**QUY TRÌNH KỸ THUẬT CHUYÊN NGÀNH NHI KHOA**

**PHẦN NGOẠI - BỎNG - PHỤ KHOA SƠ SINH - UNG BƯỚU**

*(Ban hành kèm theo Quyết định số 2005/QĐ-TTYT ngày 20/9/2022*

*của Trung tâm Y tế Hải Hà)*

**MỤC LỤC**

[NỘI SOI CHẨN ĐOÁN, CAN THIỆP 16](#_Toc113394293)

[1. SOI TRỰC TRÀNG 16](#_Toc113394294)

[2. NỘI SOI ĐẶT ỐNG THÔNG NIỆU QUẢN (SONDE JJ) 19](#_Toc113394295)

[3. NỘI SOI RÚT SONDE JJ 22](#_Toc113394296)

[4. NỘI SOI TÁN SỎI NIỆU QUẢN (BÚA KHÍ NÉN, SIÊU ÂM, LASER). 25](#_Toc113394297)

[5. NỘI SOI LẤY SỎI NIỆU QUẢN 29](#_Toc113394298)

[6. NỘI SOI BÀNG QUANG 33](#_Toc113394299)

[7. NỘI SOI BÀNG QUANG, LẤY DỊ VẬT, SỎI 37](#_Toc113394300)

[8. NỘI SOI BÀNG QUANG TÌM XEM ĐÁI DƯỠNG CHẤP, ĐẶT CATHETER LÊN THẬN BƠM THUỐC ĐỂ TRÁNH PHẪU THUẬT 41](#_Toc113394301)

[9. NỘI SOI BÀNG QUANG, ĐƯA CATHETER LÊN NIỆU QUẢN BƠM RỬA NIỆU QUẢN SAU TÁN SỎI NGOÀI CƠ THỂ KHI SỎI TẮC Ở NIỆU QUẢN 45](#_Toc113394302)

[10. NỘI SOI BÀNG QUANG, BƠM RỬA LẤY MÁU CỤC TRÁNH PHẪU THUẬT 49](#_Toc113394303)

[11. NỘI SOI SINH THIẾT NIỆU ĐẠO 54](#_Toc113394304)

[12. NỘI SOI BÀNG QUANG ĐẶT UPR, ĐẶT CATHETER NIỆU QUẢN 58](#_Toc113394305)

[13. NỘI SOI NIỆU QUẢN CHẨN ĐOÁN 62](#_Toc113394306)

[14. NỘI SOI NIỆU QUẢN SINH THIẾT 66](#_Toc113394307)

[15. NỘI SOI BÀNG QUANG SINH THIẾT 70](#_Toc113394308)

[VIII. BỎNG 74](#_Toc113394309)

[16. THAY BĂNG ĐIỀU TRỊ BỎNG NÔNG, TỪ 10% ĐẾN 20% DIỆN TÍCH CƠ THỂ Ở TRẺ EM 74](#_Toc113394310)

[17. THAY BĂNG ĐIỀU TRỊ BỎNG SÂU, DƯỚI 5% DIỆN TÍCH CƠ THỂ Ở TRẺ EM 81](#_Toc113394311)

[18. CẮT BỎ HOẠI TỬ TIẾP TUYẾN BỎNG SÂU DƯỚI 3% DIỆN TÍCH CƠ THỂ Ở TRẺ EM 88](#_Toc113394312)

[19. CẮT BỎ HOẠI TỬ TOÀN LỚP BỎNG SÂU DƯỚI 1% DIỆN TÍCH CƠ THỂ Ở TRẺ EM 92](#_Toc113394313)

[20. CẮT CỤT CHI THỂ CẤP CỨU, TRÊN NGƯỜI BỆNH BỎNG SÂU CHI THỂ KHÔNG CÒN KHẢ NĂNG BẢO TỒN, ĐE DOẠ ĐẾN TÍNH MẠNG. 96](#_Toc113394314)

[21. CẮT CỤT CHI THỂ TRONG ĐIỀU TRỊ, TRÊN NGƯỜI BỆNH BỎNG SÂU CHI THỂ KHÔNG CÒN KHẢ NĂNG BẢO TỒN. 100](#_Toc113394315)

[22. SỬ DỤNG THUỐC TẠO MÀNG ĐIỀU TRỊ VẾT THƯƠNG BỎNG NÔNG THEO CHỈ ĐỊNH 104](#_Toc113394316)

[23. THAY BĂNG ĐIỀU TRỊ BỎNG NÔNG, DƯỚI 10% DIỆN TÍCH CƠ THỂ Ở TRẺ EM. 109](#_Toc113394317)

[24. RẠCH HOẠI TỬ BỎNG SÂU GIẢI PHÒNG CHÈN ÉP TRONG 116](#_Toc113394318)

[25. KHÂU CẦM MÁU, THẮT MẠCH MÁU ĐỂ CẤP CỨU CHẢY MÁU TRONG BỎNG SÂU DO DÒNG ĐIỆN 120](#_Toc113394319)

[26. BỘC LỘ TĨNH MẠCH NGOẠI VI 123](#_Toc113394320)

[27. NGÂM RỬA VẾT BỎNG BẰNG NƯỚC MÁT SẠCH, BĂNG ÉP, TRONG SƠ CỨU, CẤP CỨU TỔN THƯƠNG BỎNG KỲ ĐẦU 127](#_Toc113394321)

[B. CÁC KỸ THUẬT TRONG ĐIỀU TRỊ VẾT THƯƠNG MÃN TÍNH 131](#_Toc113394322)

[28. THAY BĂNG ĐIỀU TRỊ VẾT THƯƠNG MÃN TÍNH 131](#_Toc113394323)

[29. NGÂM RỬA ĐIỀU TRỊ VẾT THƯƠNG MÃN TÍNH 135](#_Toc113394324)

[30. CẮT ĐÁY Ổ LOÉT VẾT THƯƠNG MÃN TÍNH 135](#_Toc113394325)

[PHỤ KHOA-SƠ SINH 136](#_Toc113394326)

[31. CHÍCH RẠCH MÀNG TRINH DO Ứ MÁU KINH 136](#_Toc113394327)

[32. CẮT CỤT CỔ TỬ CUNG 139](#_Toc113394328)

[33. PHẪU THUẬT MỞ BỤNG THĂM DÒ, XỬ TRÍ BỆNH LÝ PHỤ KHOA 142](#_Toc113394329)

[34. PHẪU THUẬT MỞ BỤNG CẮT TỬ CUNG HOÀN TOÀN 145](#_Toc113394330)

[35. PHẪU THUẬT MỞ BỤNG XỬ TRÍ VIÊM PHÚC MẠC TIỂU KHUNG, VIÊM PHẦN PHỤ, Ứ MỦ VÒI TRỨNG 149](#_Toc113394331)

[36. ĐÓNG RÒ TRỰC TRÀNG - ÂM ĐẠO HOẶC RÒ TIẾT NIỆU- SINH DỤC 151](#_Toc113394332)

[37. PHẪU THUẬT CHẤN THƯƠNG TẦNG SINH MÔN 154](#_Toc113394333)

[38. CHÍCH ÁP XE TUYẾN BARTHOLIN 157](#_Toc113394334)

[39. DẪN LƯU CÙNG ĐỒ DOUGLAS 160](#_Toc113394335)

[40. CHỌC DÒ TÚI CÙNG DOUGLAS 162](#_Toc113394336)

[41. CHỌC HÚT DỊCH DO MÁU TỤ SAU MỔ 165](#_Toc113394337)

[42. LẤY DỊ VẬT ÂM ĐẠO 167](#_Toc113394338)

[43. KHÂU RÁCH CÙNG ĐỒ ÂM ĐẠO 169](#_Toc113394339)

[44. LÀM LẠI THÀNH ÂM ĐẠO, TẦNG SINH MÔN 172](#_Toc113394340)

[XV. UNG BƯỚU- NHI 174](#_Toc113394341)

[45. CẮT U DA ĐẦU LÀNH, ĐƯỜNG KÍNH TỪ 5 CM TRỞ LÊN 174](#_Toc113394342)

[46. CẮT U DA ĐẦU LÀNH, ĐƯỜNG KÍNH DƯỚI 5 CM 177](#_Toc113394343)

[47. BÓC, CẮT U BÃ ĐẬU, U MỠ DƯỚI DA ĐẦU ĐƯỜNG KÍNH DƯỚI 10 CM 179](#_Toc113394344)

[48. CẮT U MÁU DƯỚI DA ĐẦU CÓ ĐƯỜNG KÍNH DƯỚI 5 CM 181](#_Toc113394345)

[49. CẮT U MỠ, U BÃ ĐẬU VÙNG HÀM MẶT ĐƯỜNG KÍNH DƯỚI 5CM 184](#_Toc113394346)

[50. CẮT U XƠ VÙNG HÀM MẶT ĐƯỜNG KÍNH DƯỚI 3CM 186](#_Toc113394347)

[51. CẮT POLYP ỐNG TAI 188](#_Toc113394348)

[52. CẮT POLYP MŨI 191](#_Toc113394349)

[53. MỞ THÔNG DẠ DÀY RA DA DO UNG THƯ 194](#_Toc113394350)

[54. CẮT U SÙI ĐẦU MIỆNG SÁO 196](#_Toc113394351)

[55. CÁC KHỐI U LÀNH DƯƠNG VẬT 199](#_Toc113394352)

[56. CẮT TOÀN BỘ TỬ CUNG, ĐƯỜNG BỤNG 202](#_Toc113394353)

[57. CẮT CỤT CỔ TỬ CUNG 206](#_Toc113394354)

[58. PHẪU THUẬT UNG THƯ BUỒNG TRỨNG CẮT TỬ CUNG HOÀN TOÀN VÀ MẠC NỐI LỚN 209](#_Toc113394355)

[59. PHẪU THUẬT UNG THƯ BUỒNG TRỨNG CẮT TỬ CUNG HOÀN TOÀN, HAI PHẦN PHỤ VÀ MẠC NỐI LỚN 211](#_Toc113394356)

[60. PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT U NANG BUỒNG TRỨNG XOẮN 213](#_Toc113394357)

[61. CẮT U NANG BUỒNG TRỨNG 216](#_Toc113394358)

[62. CẮT U NANG BUỒNG TRỨNG VÀ PHẦN PHỤ 220](#_Toc113394359)

[63. PHẪU THUẬT MỞ BỤNG CẮT U BUỒNG TRỨNG HOẶC CẮT PHẦN PHỤ 224](#_Toc113394360)

[64. CẮT U THÀNH ÂM ĐẠO 228](#_Toc113394361)

[65. BÓC NANG TUYẾN BARTHOLIN 232](#_Toc113394362)

[66. CẮT U VÚ LÀNH TÍNH 235](#_Toc113394363)

[67. MỔ BÓC NHÂN XƠ VÚ 237](#_Toc113394364)

[68. CẮT U LÀNH PHẦN MỀM ĐƯỜNG KÍNH TRÊN 10 CM 240](#_Toc113394365)

[69. CẮT U MÁU KHU TRÚ ĐƯỜNG KÍNH DƯỚI 5CM 242](#_Toc113394366)

[ĐẦU, THẦN KINH SỌ NÃO 245](#_Toc113394367)

[70. RẠCH DA ĐẦU RỘNG TRONG MÁU TỤ DƯỚI DA ĐẦU 245](#_Toc113394368)

[71. CẮT LỌC, KHÂU VẾT THƯƠNG RÁCH DA ĐẦU 245](#_Toc113394369)

[TIM MẠCH - LỒNG NGỰC 248](#_Toc113394370)

[72. CẮT BỎ GIÃN TĨNH MẠCH CHI DƯỚI 248](#_Toc113394371)

[73. THẮT CÁC ĐỘNG MẠCH NGOẠI VI 251](#_Toc113394372)

[74. KHÂU KÍN VẾT THƯƠNG THỦNG NGỰC 255](#_Toc113394373)

[75. KÉO LIÊN TỤC MỘT MẢNG SƯỜN HAY MẢNG ỨC SƯỜN 255](#_Toc113394374)

[76. KHÂU CƠ HOÀNH BỊ RÁCH HAY THỦNG DO CHẤN THƯƠNG QUA ĐƯỜNG BỤNG 255](#_Toc113394375)

[77. PHẪU THUẬT CỐ ĐỊNH MẢNG SƯỜN DI ĐỘNG BẰNG NẸP 255](#_Toc113394376)

[78. CỐ ĐỊNH GÃY XƯƠNG SƯỜN BẰNG BĂNG DÍNH TO BẢN 256](#_Toc113394377)

[TIÊU HÓA - BỤNG 259](#_Toc113394378)

[79. MỞ THÔNG DẠ DÀY 259](#_Toc113394379)

[80. KHÂU LỖ THỦNG DẠ DÀY, TÁ TRÀNG ĐƠN THUẦN 264](#_Toc113394380)

[81. PHẪU THUẬT ĐIỀU TRỊ VIÊM/CHẢY MÁU TÚI THỪA MECKEL 266](#_Toc113394381)

[82. PHẪU THUẬT THÁO LỒNG KHÔNG CẮT RUỘT 267](#_Toc113394382)

[83. PHẪU THUẬT THÁO LÔNG CÓ CẮT RUỘT, NỐI NGAY HOẶC DẪN LƯU 2 ĐẦU RUỘT 269](#_Toc113394383)

[84. CẮT ĐOẠN ĐẠI TRÀNG 272](#_Toc113394384)

[85. ĐÓNG HẬU MÔN NHÂN TẠO 275](#_Toc113394385)

[86. PHẪU THUẬT CẮT NỬA ĐẠI TRÀNG TRÁI/PHẢI 276](#_Toc113394386)

[87. THỤT THÁO ĐẠI TRÀNG TRONG BỆNH PH NH ĐẠI TRÀNG BẨM SINH 280](#_Toc113394387)

[88. THÁO LỒNG BẰNG KHÍ/NƯỚC 283](#_Toc113394388)

[89. PHẪU THUẬT ĐIỀU TRỊ VIÊM RUỘT THỪA 287](#_Toc113394389)

[90. PHẪU THUẬT VIÊM PHÚC MẠC RUỘT THỪA 289](#_Toc113394390)

[91. PHẪU THUẬT CẮT TÚI THỪA RUỘT NON, RUỘT GIÀ 292](#_Toc113394391)

[92. PHẪU THUẬT ÁP XE RUỘT THỪA TRONG Ổ BỤNG 295](#_Toc113394392)

[93. CẮT ĐOẠN RUỘT NON 298](#_Toc113394393)

[94. DẪN LƯU ÁP XE RUỘT THỪA 301](#_Toc113394394)

[95. CẮT TRĨ TỪ 2 BÚI TRỞ LÊN 303](#_Toc113394395)

[96. PHẪU THUẬT TRĨ ĐỘ II 305](#_Toc113394396)

[97. PHẪU THUẬT TRĨ ĐỘ III 308](#_Toc113394397)

[98. PHẪU THUẬT TRĨ ĐỘ IV 311](#_Toc113394398)

[99. CẮT BỎ TRĨ VÒNG 314](#_Toc113394399)

[100. PHẪU THUẬT LẠI TRĨ CHẢY MÁU 317](#_Toc113394400)

[101. PHẪU THUẬT TRĨ NHỒI MÁU PHỨC TẠP 320](#_Toc113394401)

[102. PHẪU THUẬT TRĨ BẰNG MÁY ZZ2D 323](#_Toc113394402)

[103. THẮT TRĨ BẰNG DÂY CAO SU 323](#_Toc113394403)

[105. NONG HẬU MÔN KHÔNG GÂY MÊ 323](#_Toc113394404)

[106. THẮT TRĨ ĐỘ I, II 323](#_Toc113394405)

[107. PHẪU THUẬT RÒ HẬU MÔN THỂ ĐƠN GIẢN 324](#_Toc113394406)

[108. THẮT TRĨ CÓ KÈM BÓC TÁCH, CẮT MỘT BÓ TRĨ 327](#_Toc113394407)

[109. PHẪU THUẬT TRĨ NHỒI MÁU NHỎ 327](#_Toc113394408)

[110. CẮT POLYPE TRỰC TRÀNG 329](#_Toc113394409)

[111. CẮT NANG/POLYP RỐN 331](#_Toc113394410)

[112. PHẪU THUẬT THOÁT VỊ KHÓ: ĐÙI, BỊT 333](#_Toc113394411)

[113. PHẪU THUẬT ĐIỀU TRỊ ÁP XE TỒN DƯ TRONG Ổ BỤNG 336](#_Toc113394412)

[114. PHẪU THUẬT ĐIỀU TRỊ VIÊM PHÚC MẠC TIÊN PHÁT 338](#_Toc113394413)

[115. PHẪU THUẬT CẮT U NANG MẠC NỐI LỚN 342](#_Toc113394414)

[116. PHẪU THUẬT CẮT U NANG MẠC TREO RUỘT KHÔNG CẮT RUỘT 345](#_Toc113394415)

[117. PHẪU THUẬT CẮT U NANG MẠC TREO RUỘT CÓ CẮT NỐI RUỘT 349](#_Toc113394416)

[118. PHẪU THUẬT CẮT U SAU PHÚC MẠC 354](#_Toc113394417)

[119. CẮT U NANG BUỒNG TRỨNG 357](#_Toc113394418)

[120. PHẪU THUẬT DẪN LƯU ÁP XE CƠ ĐÁI CHẬU 360](#_Toc113394419)

[121. PHẪU THUẬT THOÁT VỊ BẸN NGHẸT 361](#_Toc113394420)

[122. PHẪU THUẬT ĐIỀU TRỊ THOÁT VỊ THÀNH BỤNG KHÁC 364](#_Toc113394421)

[123. PHẪU THUẬT THOÁT VỊ VẾT MỔ CŨ THÀNH BỤNG 366](#_Toc113394422)

[124. PHẪU THUẬT LẠI CHỮA RÒ ỐNG TIÊU HÓA SAU MỔ 369](#_Toc113394423)

[125. DẪN LƯU ÁP XE HẬU MÔN ĐƠN GIẢN 370](#_Toc113394424)

[126. LẤY MÁU TỤ TẦNG SINH MÔN 373](#_Toc113394425)

[127. PHẪU THUẬT THOAT VỊ BẸN HAY THANH BỤNG THƯỜNG 375](#_Toc113394426)

[128. MỞ BỤNG THĂM DÒ 379](#_Toc113394427)

[129. KHÂU LẠI BỤC THÀNH BỤNG ĐƠN THUẦN 381](#_Toc113394428)

[130. KHÂU LẠI DA THÌ 2, SAU NHIỄM KHUẨN 384](#_Toc113394429)

[131. CHỌC DÒ TÚI CÙNG DOUGLAS 386](#_Toc113394430)

[132. CHÍCH ÁP XE TẦNG SINH MÔN 389](#_Toc113394431)

[133. PHẪU THUẬT VẾT THƯƠNG TẦNG SINH MÔN ĐƠN GIẢN 392](#_Toc113394432)

[134. CẮT GAN KHÔNG ĐIỂN HÌNH DO VỠ GAN, CẮT GAN NHỎ 394](#_Toc113394433)

[135. KHÂU VỠ GAN DO CHẤN THƯƠNG, VẾT THƯƠNG GAN 397](#_Toc113394434)

[136. PHẪU THUẬT DẪN LƯU ÁP XE GAN 400](#_Toc113394435)

[137. LẤY SỎI ỐNG MẬT CHỦ, DẪN LƯU ỐNG KEHR KÈM TẠO HÌNH CƠ THẮT ODDI 402](#_Toc113394436)

[138. CẮT TÚI MẬT 405](#_Toc113394437)

[139. CẮT TÚI MẬT, MỞ ỐNG MẬT CHỦ LẤY SỎI, DẪN LƯU KEHR 408](#_Toc113394438)

[140. PHẪU THUẬT ĐIỀU TRỊ ÁP XE GAN DO GIUN, MỞ ỐNG MẬT CHỦ LẤY GIUN 411](#_Toc113394439)

[142. LẤY SỎI ỐNG MẬT CHỦ, DẪN LƯU ỐNG KEHR, PHẪU THUẬT LẠI 415](#_Toc113394440)

[143. LẤY SỎI ỐNG MẬT CHỦ, DẪN LƯU ỐNG KEHR LẦN ĐẦU 418](#_Toc113394441)

[144. DẪN LƯU ĐƯỜNG MẬT RA DA 421](#_Toc113394442)

[145. DẪN LƯU TÚI MẬT 424](#_Toc113394443)

[146. DẪN LƯU NANG ỐNG MẬT CHỦ 426](#_Toc113394444)

[147. CẮT LÁCH TOÀN BỘ DO CHẤN THƯƠNG 428](#_Toc113394445)

[TIẾT NIỆU - SINH DỤC 430](#_Toc113394446)

[148. DẪN LƯU THẬN 430](#_Toc113394447)

[149. DẪN LƯU VIÊM TẤY QUANH THẬN, ÁP XE THẬN 433](#_Toc113394448)

[150. PHẪU THUẬT CẤP CỨU VỠ BÀNG QUANG 437](#_Toc113394449)

[151. BƠM RỬA BÀNG QUANG, BƠM HÓA CHẤT 440](#_Toc113394450)

[152. THAY ỐNG THÔNG DẪN LƯU THẬN, BÀNG QUANG 444](#_Toc113394451)

[153. PHẪU THUẬT CẮT TÚI THỪA BÀNG QUANG 447](#_Toc113394452)

[154. PHẪU THUẬT ĐẶT VÕNG NÂNG CỔ BÀNG QUANG (SLING) TRONG TIỂU KHÔNG KIỂM SOÁT KHI GẮNG SỨC 450](#_Toc113394453)

[155. DẪN LƯU BÀNG QUANG TRÊN XƯƠNG MU BẰNG ỐNG THÔNG 454](#_Toc113394454)

[156. MỔ LẤY SỎI BÀNG QUANG 459](#_Toc113394455)

[157. MỞ THÔNG BÀNG QUANG 463](#_Toc113394456)

[158. DẪN LƯU NƯỚC TIỂU BÀNG QUANG 467](#_Toc113394457)

[159. DẪN LƯU ÁP XE KHOANG RETZIUS 471](#_Toc113394458)

[160. ĐẶT ỐNG THÔNG BÀNG QUANG 475](#_Toc113394459)

[161. LẤY SỎI NIỆU ĐẠO 478](#_Toc113394460)

[162. LÀM LẠI THÀNH ÂM ĐẠO 479](#_Toc113394461)

[163. TẠO HÌNH ÂM ĐẠO 482](#_Toc113394462)

[164. TẠO HÌNH ÂM ĐẠO 484](#_Toc113394463)

[165. PHẪU THUẬT TẠO HÌNH ÂM VẬT, ÂM ĐẠO 484](#_Toc113394464)

[166. TẠO HÌNH ÂM ĐẠO, GHÉP DA TRÊN KHUÔN NONG 484](#_Toc113394465)

[167. PHẪU THUẬT ĐIỀU TRỊ GIÃN TĨNH MẠCH THỪNG TINH 485](#_Toc113394466)

[168. TẠO HÌNH DƯƠNG VẬT, PHẪU THUẬT MỘT THÌ 490](#_Toc113394467)

[169. PHẪU THUẬT ĐIỀU TRỊ HỘI CHỨNG DƯƠNG VẬT BỊ VÙI LẤP 490](#_Toc113394468)

[170. HẠ TINH HOÀN ẨN, TINH HOÀN LẠC CHỔ 1 BÊN MỘT THÌ 494](#_Toc113394469)

[171. HẠ TINH HOÀN ẨN, TINH HOÀN LẠC CHỔ 2 BÊN MỘT THÌ 498](#_Toc113394470)

[172. HẠ TINH HOÀN ẨN, TINH HOÀN LẠC CHỔ 1 BÊN THÌ 502](#_Toc113394471)

[173. HẠ TINH HOÀN ẨN, TINH HOÀN LẠC CHỔ 2 BÊN HAI THÌ 506](#_Toc113394472)

[174. CẮT TINH MẠC 510](#_Toc113394473)

[175. CẮT MÀO TINH 514](#_Toc113394474)

[176. PHẪU THUẬT VỠ VẬT HANG DO GẪY DƯƠNG VẬT 518](#_Toc113394475)

[177. PHẪU THUẬT TRÀN DỊCH MÀNG TINH HOÀN/NANG THỪNG TINH 1 BÊN/2 BÊN 522](#_Toc113394476)

[178. PHẪU THUẬT TRÀN DỊCH MÀNG TINH HOÀN/NANG THỪNG TINH 2 BÊN/2 BÊN 527](#_Toc113394477)

[179. PHẪU THUẬT CHỮA CƯƠNG CỨNG DƯƠNG VẬT 532](#_Toc113394478)

[180. CẮT BỎ TINH HOÀN LẠC CHỖ 537](#_Toc113394479)

[181. PHẪU THUẬT HẠ LẠI TINH HOÀN 541](#_Toc113394480)

[182. TẠO VẠT DA CHỮ Z TRONG TẠO HÌNH DƯƠNG VẬT 545](#_Toc113394481)

[183. PHẪU THUẬT THOÁT VỊ BẸN NGHẸT 545](#_Toc113394482)

[184. PHẪU THUẬT THOÁT VỊ ĐÙI ĐÙI NGHẸT 548](#_Toc113394483)

[185. KHÂU VẾT THƯƠNG ÂM HỘ, ÂM ĐẠO 551](#_Toc113394484)

[186. PHẪU THUẬT THOÁT VỊ BẸN THƯỜNG 1 BÊN /2 BÊN 553](#_Toc113394485)

[187. RẠCH RỘNG VÒNG THẮT NGHẸT BAO QUY ĐẦU 558](#_Toc113394486)

[188. PHẪU THUẬT XOẮN, VỠ TINH HOÀN 561](#_Toc113394487)

[189. CẮT BỎ BAO QUY ĐẦU DO DÍNH HOẶC DÀI 565](#_Toc113394488)

[190. CẮT HẸP BAO QUY ĐẦU 569](#_Toc113394489)

[191. MỞ RỘNG LỖ SÁO 574](#_Toc113394490)

[192. NONG NIỆU ĐẠO 577](#_Toc113394491)

[193. CẮT BỎ TINH HOÀN 581](#_Toc113394492)

[194. DẪN LƯU ÁP XE BÌU/TINH HOÀN 585](#_Toc113394493)

[E. CHẤN THƯƠNG - CHỈNH HÌNH 586](#_Toc113394494)

[195. PHẪU THUẬT THÁO KHỚP VAI 586](#_Toc113394495)

[196. PHẪU THUẬT KẾT HỢP XƯƠNG ĐIỀU TRỊ GÃY XƯƠNG ĐÒN 588](#_Toc113394496)

[197. LẤY BỎ TỔ CHỨC U ĐIỀU TRỊ U XƯƠNG 590](#_Toc113394497)

[198. KÉO DÀI CHI TRÊN BẰNG PHƯƠNG PHÁP ILIZAROV 590](#_Toc113394498)

[199. PHẪU THUẬT ĐIỀU TRỊ VẸO KHUỶU, ĐỤC SỬA TRỤC 590](#_Toc113394499)

[200. CỐ ĐỊNH NẸP VÍT GÃY LIÊN LỒI CẦU CÁNH TAY 591](#_Toc113394500)

[201. PHẪU THUẬT GÃY XƯƠNG CÁNH TAY KÈM TỔN THƯƠNG THẦN KINH HOẶC MẠCH MÁU 594](#_Toc113394501)

[202. CỐ ĐỊNH KIRSCHNER TRONG GÃY ĐẦU TRÊN XƯƠNG CÁNH TAY 597](#_Toc113394502)

[203. CỐ ĐỊNH NẸP VÍT GÃY THÂN XƯƠNG CÁNH TAY 600](#_Toc113394503)

[204. PHẪU THUẬT CỨNG DUỖI KHỚP KHUỶU 603](#_Toc113394504)

[205. PHẪU THUẬT DÍNH KHỚP KHUỶU 606](#_Toc113394505)

[206. CẮT ĐOẠN KHỚP KHUỶU 609](#_Toc113394506)

[207. PHẪU THUẬT TRẬT KHỚP KHUỶU 611](#_Toc113394507)

[208. PHẪU THUẬT GẤP KHỚP KHUỶU DO BẠI NÃO 614](#_Toc113394508)

[209. PHẪU THUẬT DÍNH KHỚP KHUỶU 615](#_Toc113394509)

[210. PHẪU THUẬT DÍNH KHỚP QUAY TRỤ BẨM SINH 618](#_Toc113394510)

[211. PHẪU THUẬT CAN LỆNH ĐẦU DƯỚI XƯƠNG QUAY 621](#_Toc113394511)

[212. PHẪU THUẬT DI CHỨNG BẠI LIỆT CHI TRÊN 623](#_Toc113394512)

[213. PHẪU THUẬT GÃY ĐẦU DƯỚI XƯƠNG QUAY VÀ TRẬT KHỚP QUAY TRỤ DƯỚI 625](#_Toc113394513)

[214. NẮN GĂM KIM KIRSCHNER TRONG GÃY POUTEAU - COLLES (P - C) 627](#_Toc113394514)

[215. PHẪU THUẬT GIẢI PHÓNG DÂY GIỮA TRONG HỘI CHỨNG ỐNG CỔ TAY 630](#_Toc113394515)

[216. CẮT LỌC VẾT THƯƠNG GẪY XƯƠNG HỞ, NẮN CHỈNH CỐ ĐỊNH TẠM THỜI 632](#_Toc113394516)

[217. PHẪU THUẬT GÃY MONTEGGIA 635](#_Toc113394517)

[218. CẮT CỤT CÁNH TAY 638](#_Toc113394518)

[219. THÁO KHỚP KHUỶU 641](#_Toc113394519)

[220. CẮT CỤT CẲNG TAY 644](#_Toc113394520)

[221. THÁO KHỚP CỔ TAY 647](#_Toc113394521)

[222. PHẪU THUẬT GÃY LỒI CẦU NGOÀI XƯƠNG CÁNH TAY 648](#_Toc113394522)

[223. PHẪU THUẬT VIÊM XƯƠNG CÁNH TAY: ĐỤC, MỔ, NẠO, LẤY XƯƠNG CHẾT, DẪN LƯU 651](#_Toc113394523)

[224. PHẪU THUẬT GÃY MỎM TRÊN RÒNG RỌC XƯƠNG CÁNH TAY 654](#_Toc113394524)

[225. PHẪU THUẬT VIÊM XƯƠNG CẲNG TAY ĐỤC, MỔ, NẠO, DẪN LƯU 658](#_Toc113394525)

[226. PHẪU THUẬT CỐ ĐỊNH NẸP VÍT GÃY HAI XƯƠNG CẲNG TAY 661](#_Toc113394526)

[227. PHẪU THUẬT ĐÓNG ĐINH NỘI TỦY GÃY 2 XƯƠNG CẲNG TAY 664](#_Toc113394527)

[228. PHẪU THUẬT ĐÓNG ĐINH NỘI TỦY GÃY 1 XƯƠNG CẲNG TAY 667](#_Toc113394528)

[229. PHẪU THUẬT BÀN TAY CẤP CỨU CÓ TỔN THƯƠNG PHỨC TẠP 670](#_Toc113394529)

[230. PHẪU THUẬT BÀN TAY, CHỈNH HÌNH PHỨC TẠP 670](#_Toc113394530)

[231. THAY KHỚP LIÊN ĐỐT CÁC NGÓN TAY 671](#_Toc113394531)

[232. ĐẶT VÍT GÃY TRẬT XƯƠNG THUYỀN 673](#_Toc113394532)

[233. PHẪU THUẬT CHUYỂN CƠ GIANG NGẮN NGÓN I ĐIỀU TRỊ TÁCH NGÓN I BẨM SINH 676](#_Toc113394533)

[234. PHẪU THUẬT ĐIỀU TRỊ TÁCH BÀN TAY (CÀNG CUA) 679](#_Toc113394534)

[235. PHẪU THUẬT ĐIỀU TRỊ TRẬT KHỚP BÀN-NGÓN I BẨM SINH 679](#_Toc113394535)

[236. CẮT DỊ TẬT BẨM SINH VỀ BÀN VÀ NGÓN TAY 680](#_Toc113394536)

[237. GĂM ĐINH KIRSCHNER GÃY ĐỐT BÀN NHIỀU ĐỐT BÀN 682](#_Toc113394537)

[238. PHẪU THUẬT VIÊM TẤY BÀN TAY, CẢ VIÊM BAO HOẠT DỊCH 685](#_Toc113394538)

[239. PHẪU THUẬT DỊ TẬT DÍNH NGÓN, BẰNG VÀ DƯỚI 2 NGÓN TAY 689](#_Toc113394539)

[240. PHẪU THUẬT ĐIỀU TRỊ NGÓN TAY CÒ SÚNG 692](#_Toc113394540)

[241. PHẪU THUẬT ĐIỀU TRỊ CÁC DỊ TẬT BÀN TAY, DI CHỨNG VẾT THƯƠNG BÀN TAY 695](#_Toc113394541)

[242. PHẪU THUẬT CHUYỂN NGÓN THAY THẾ NGÓN CÁI 695](#_Toc113394542)

[243. PHẪU THUẬT CẮT BỎ NGÓN TAY THỪA 696](#_Toc113394543)

[244. THÁO BỎ CÁC NGÓN TAY, ĐỐT NGÓN TAY 698](#_Toc113394544)

[245. PHẪU THUẬT GÃY ĐỐT BÀN NGÓN TAY KẾT HỢP XƯƠNG VỚI KIRSCHNER HOẶC NẸP VÍT 702](#_Toc113394545)

[246. THÁO KHỚP HÁNG 705](#_Toc113394546)

[247. LÀM CỨNG KHỚP Ở TƯ-THẾ CHỨC NĂNG 706](#_Toc113394547)

[248. ĐÓNG ĐINH XƯƠNG ĐÙI MỞ, NGƯỢC DÒNG 708](#_Toc113394548)

[249. PHẪU THUẬT CẮT CỤT ĐÙI 711](#_Toc113394549)

[250. KẾT HỢP XƯƠNG ĐINH NẸP MỘT KHỐI GÃY LIỀN MẤU CHUYỂN HOẶC DƯỚI MẤU CHUYỂN 716](#_Toc113394550)

[251. KẾT HỢP XƯƠNG ĐINH NẸP KHỐI GÃY TRÊN LỒI CẦU, LIÊN LỒI CẦU 716](#_Toc113394551)

[252. PHẪU THUẬT VIÊM XƯƠNG KHỚP HÁNG 716](#_Toc113394552)

[253. PHẪU THUẬT TRẬT KHỚP HÁNG 716](#_Toc113394553)

[254. ĐẶT ĐINH NẸP GÃY XƯƠNG ĐÙI (XUÔI DÒNG) 717](#_Toc113394554)

[255. ĐẶT NẸP VÍT GÃY MÂM CHÀY VÀ TRÊN ĐẦU XƯƠNG CHÀY 720](#_Toc113394555)

[256. KÉO DÀI ĐÙI BẰNG PHƯƠNG PHÁP ILIZAROV 723](#_Toc113394556)

[257. LẤY BỎ TỔ CHỨC U ĐIỀU TRỊ U XƯƠNG 726](#_Toc113394557)

[258. PHẪU THUẬT GẤP VÀ KHÉP KHỚP HÁNG DO BẠI NÃO 729](#_Toc113394558)

[259. PHẪU THUẬT ĐÓNG ĐINH XƯƠNG ĐÙI DƯỚI C-ARM 730](#_Toc113394559)

[260. ĐẶT NẸP VÍT ĐIỀU TRỊ GÃY MÂM CHÀY VÀ ĐẦU TRÊN XƯƠNG CHÀY 733](#_Toc113394560)

[261. CẮT LỌC VẾT THƯƠNG GÃY XƯƠNG HỞ, NẮN CHỈNH CỐ ĐỊNH TẠM THỜI 736](#_Toc113394561)

[262. CẮT CỤT DƯỚI MẤU CHUYỂN XƯƠNG ĐÙI 739](#_Toc113394562)

[263. PHẪU THUẬT VIÊM XƯƠNG ĐÙI ĐỤC, MỔ, NẠO, LẤY XƯƠNG CHẾT, DẪN LƯU 740](#_Toc113394563)

[264. PHẪU THUẬT XƠ CỨNG CƠ THẲNG TRƯỚC 743](#_Toc113394564)

[265. CỐ ĐỊNH NGOÀI ĐIỀU TRỊ GÃY KHUNG CHẬU 745](#_Toc113394565)

[266. CỐ ĐỊNH NGOÀI ĐIỀU TRỊ GÃY XƯƠNG ĐÙI 746](#_Toc113394566)

[267. LẤY BỎ TOÀN BỘ XƯƠNG BÁNH CHÈ 750](#_Toc113394567)

[268. NÉO ÉP HOẶC BUỘC VÒNG CHỈ THÉP GÃY XƯƠNG BÁNH CHÈ 753](#_Toc113394568)

[269. THÁO KHỚP GỐI 755](#_Toc113394569)

[270. CHỌC HÚT MÁU TỤ KHỚP GỐI, BÓ BỘT ỐNG 757](#_Toc113394570)

[271. ĐÓNG ĐINH XƯƠNG CHÀY MỞ 757](#_Toc113394571)

[272. ĐẶT NẸP VÍT GÃY THÂN XƯƠNG CHÀY 758](#_Toc113394572)

[273. ĐẶT NẸP VÍT GÃY ĐẦU DƯỚI XƯƠNG CHÀY 761](#_Toc113394573)

[274. CỐ ĐỊNH NGOÀI ĐIỀU TRỊ GÃY XƯƠNG CẲNG CHÂN 764](#_Toc113394574)

[275. CẮT LỌC VẾT THƯƠNG GÃY XƯƠNG HỞ, NẮN CHỈNH CỐ ĐỊNH TẠM THỜI 768](#_Toc113394575)

[276. CẮT CỤT CẲNG CHÂN 771](#_Toc113394576)

[277. PHẪU THUẬT VIÊM XƯƠNG CẲNG CHÂN: ĐỤC, MỔ, NẠO, LẤY XƯƠNG CHẾT, DẪN LƯU 775](#_Toc113394577)

[278. PHẪU THUẬT KHOAN XƯƠNG CÓ TƯỚI RỬA KHÁNG SINH LIÊN TỤC ĐIỀU TRỊ VIÊM XƯƠNG TỦY GIAI ĐOẠN TRUNG GIAN 778](#_Toc113394578)

[279. GĂM KIRSCHNER TRONG GÃY MẮT CÁ 778](#_Toc113394579)

[280. KẾT HỢP XƯƠNG TRONG GÃY XƯƠNG MÁC 779](#_Toc113394580)

[281. THÁO MỘT NỬA BÀN CHÂN TRƯỚC 781](#_Toc113394581)

[282. CẮT LỌC VẾT THƯƠNG GÃY XƯƠNG HỞ, NẮN CHỈNH CỐ ĐỊNH TẠM THỜI 783](#_Toc113394582)

[283. ĐẶT NẸP ĐIỀU TRỊ VÍT GÃY MẮT CÁ TRONG, NGOÀI HOẶC DUPUYTREN 786](#_Toc113394583)

[284. THÁO KHỚP CỔ CHÂN 787](#_Toc113394584)

[385. THÁO BỎ CÁC NGÓN CHÂN 790](#_Toc113394585)

[286. THÁO ĐỐT BÀN 793](#_Toc113394586)

[287. PHẪU THUẬT BONG LÓC DA VÀ CƠ PHÚC TẠP, SÂU, RỘNG SAU CHẤN THƯƠNG 796](#_Toc113394587)

[288. CHUYỂN VẠT DA CÓ CUỐNG MẠCH 797](#_Toc113394588)

[289. TẠO HÌNH CÁC VẠT DA CHE PHỦ, VẠT TRƯỢT 801](#_Toc113394589)

[290. NỐI GÂN GẤP 804](#_Toc113394590)

[291. CẮT LỌC DA, CƠ, CÂN TRÊN 3% DIỆN TÍCH CƠ THỂ 807](#_Toc113394591)

[292. BƠM RỬA Ổ ÁP XE KHỚP (KHỚP HÁNG, KHỚP GỐI …) 807](#_Toc113394592)

[293. PHẪU THUẬT VIÊM KHỚP MỦ THỨ PHÁT CÓ SAI KHỚP 809](#_Toc113394593)

[294. DẪN LƯU VIÊM MỦ KHỚP, KHÔNG SAI KHỚP 809](#_Toc113394594)

[295. DẪN LƯU ÁP XE CƠ ĐÁI CHẬU 809](#_Toc113394595)

[296. PHẪU THUẬT VẾT THƯƠNG BÀN TAY, CẮT LỌC ĐƠN THUẦN 810](#_Toc113394596)

[297. CHÍCH ÁP XE PHẦN MỀM LỚN 812](#_Toc113394597)

[298. KHÂU LẠI DA VẾT PHẪU THUẬT SAU NHIỄM KHUẨN 814](#_Toc113394598)

[299. NỐI GÂN DUỖI 815](#_Toc113394599)

[300. TẠO HÌNH BẰNG CÁC VẠT TẠI CHỖ ĐƠN GIẢN 818](#_Toc113394600)

[301. CẮT LỌC TỔ CHỨC HOẠI TỬ HOẶC CẮT LỌC VẾT THƯƠNG ĐƠN GIẢN 820](#_Toc113394601)

[302. CẮT HOẠI TỬ TIẾP TUYẾN 10 ĐẾN 15% DIỆN TÍCH CƠ THỂ 824](#_Toc113394602)

[303. CẮT HOẠI TỬ TIẾP TUYẾN DƯỚI 10% DIỆN TÍCH CƠ THỂ 828](#_Toc113394603)

[304. VÁ DA DẦY TOÀN BỘ, DIỆN TÍCH DƯỚI 10CM2 832](#_Toc113394604)

[305. KHÂU VẾT THƯƠNG PHẦN MỀM DÀI TRÊN 10CM 836](#_Toc113394605)

[306. THAY BĂNG, CẮT CHỈ VẾT MỔ 838](#_Toc113394606)

[307. KHÂU VẾT THƯƠNG PHẦN MỀM DÀI DƯỚI 10CM 842](#_Toc113394607)

[308. NẮN, BÓ BỘT GIAI ĐOẠN TRONG HỘI CHỨNG VOLKMANN 844](#_Toc113394608)

[309. NẮN, BÓ BỘT GÃY CỔ XƯƠNG ĐÙI, VỠ Ổ CỐI VÀ TRẬT KHỚP HÁNG 848](#_Toc113394609)

[310. NẮN, BÓ BỘT GÃY 1/3 TRÊN XƯƠNG ĐÙI 853](#_Toc113394610)

[311. NẮN, BÓ BỘT GÃY 1/3 GIỮA XƯƠNG ĐÙI 858](#_Toc113394611)

[312. NẮN, BÓ BỘT GÃY 1/3 DƯỚI XƯƠNG ĐÙI 863](#_Toc113394612)

[313. NẮN, BÓ BỘT TRẬT KHỚP HÁNG BẨM SINH 868](#_Toc113394613)

[314. NẮN, BÓ BỘT GÃY XƯƠNG HÀM 870](#_Toc113394614)

[315. NẮN, BÓ BỘT CỘT SỐNG 871](#_Toc113394615)

[316. NẮN, BÓ BỘT TRẬT KHỚP VAI 875](#_Toc113394616)

[317. NẮN, BÓ BỘT GÃY XƯƠNG ĐÒN 880](#_Toc113394617)

[318. NẮN, BÓ BỘT GÃY 1/3 TRÊN THÂN XƯƠNG CÁNH TAY 883](#_Toc113394618)

[319. NẮN, BÓ BỘT GÃY 1/3 GIỮA THÂN XƯƠNG CÁNH TAY 887](#_Toc113394619)

[320. NẮN, BÓ BỘT GÃY 1/3 DƯỚI THÂN XƯƠNG CÁNH TAY 892](#_Toc113394620)

[321. NẮN, BÓ BỘT TRẬT KHỚP KHUỶU 897](#_Toc113394621)

[322. NẮN, BÓ BỘT GÃY VÀ TRẬT KHỚP KHUỶU 899](#_Toc113394622)

[323. NẮN, BÓ BỘT BONG SỤN TIẾP KHỚP KHUỶU, KHỚP CỔ TAY 903](#_Toc113394623)

[325. NẮN, BÓ BỘT GÃY TRÊN LỒI CẦU XƯƠNG CÁNH TAY TRẺ EM ĐỘ III VÀ ĐỘ IV 909](#_Toc113394624)

[326. NẮN, BÓ BỘT GÃY 1/3 TRÊN HAI XƯƠNG CẲNG TAY 914](#_Toc113394625)

[327. NẮN, BÓ BỘT GÃY 1/3 GIỮA HAI XƯƠNG CẲNG TAY 918](#_Toc113394626)

[328. NẮN, BÓ BỘT GÃY 1/3 DƯỚI HAI XƯƠNG CẲNG TAY 923](#_Toc113394627)

[329. NẮN, BÓ BỘT GÃY MỘT XƯƠNG CẲNG TAY 927](#_Toc113394628)

[330. NẮN, BÓ BỘT GÃY POUTEAU-COLLES 932](#_Toc113394629)

[331. NẮN, BÓ BỘT GÃY XƯƠNG BÀN, NGÓN TAY 935](#_Toc113394630)

[332. NẮN, BÓ BỘT TRẬT KHỚP HÁNG 939](#_Toc113394631)

[333. NẮN, BÓ BỘT TRONG BONG SỤN TIẾP KHỚP GỐI, KHỚP HÁNG 944](#_Toc113394632)

[334. NẮN, BÓ BỘT GÃY MÂM CHÀY 949](#_Toc113394633)

[335. NẮN, BÓ BỘT GÃY XƯƠNG CHẬU 952](#_Toc113394634)

[336. NẮN, BÓ BỘT GÃY CỔ XƯƠNG ĐÙI 953](#_Toc113394635)

[337. NẮN, CỐ ĐỊNH TRẬT KHỚP HÁNG KHÔNG CÓ CHỈ ĐỊNH PHẪU THUẬT 958](#_Toc113394636)

[338. NẮN, BÓ BỘT GÃY LỒI CẦU XƯƠNG ĐÙI 963](#_Toc113394637)

[339. BÓ BỘT ỐNG TRONG GÃY XƯƠNG BÁNH CHÈ 968](#_Toc113394638)

[340. NẮN, BÓ BỘT TRẬT KHỚP GỐI 971](#_Toc113394639)

[341. NẮN, BÓ BỘT GÃY 1/3 TRÊN HAI XƯƠNG CẲNG CHÂN 975](#_Toc113394640)

[342. NẮN, BÓ BỘT GÃY 1/3 GIỮA HAI XƯƠNG CẲNG CHÂN 980](#_Toc113394641)

[343. NẮN, BÓ BỘT GÃY 1/3 DƯỚI HAI XƯƠNG CẲNG CHÂN 985](#_Toc113394642)

[344. NẮN, BÓ BỘT GÃY XƯƠNG CHÀY 990](#_Toc113394643)

[345. NẮN, BÓ BỘT GÃY DUPUYTREN 995](#_Toc113394644)

[346. NẮN, BÓ BỘT GÃY MONTEGGIA 998](#_Toc113394645)

[347. NẮN, BÓ BỘT GÃY XƯƠNG BÀN CHÂN 1001](#_Toc113394646)

[348. NẮN, BÓ BỘT GÃY XƯƠNG GÓT 1005](#_Toc113394647)

[349. NẮN, BÓ BỘT GÃY XƯƠNG NGÓN CHÂN 1010](#_Toc113394648)

[350. NẮN, BÓ BỘT TRẬT KHỚP XƯƠNG ĐÒN 1014](#_Toc113394649)

[351. NẮN, CỐ ĐỊNH TRẬT KHỚP HÀM 1016](#_Toc113394650)

[352. NẮN, BÓ BỘT TRẬT KHỚP CỔ CHÂN 1016](#_Toc113394651)

[353. NẮN, BÓ BỘT GÃY XƯƠNG CÁC LOẠI DƯỚI C ARM 1018](#_Toc113394652)

[354. NẸP BỘT CÁC LOẠI, KHÔNG NẮN 1019](#_Toc113394653)

[355. CHÍCH RẠCH ÁP XE LỚN, DẪN LƯU 1025](#_Toc113394654)

[356. MỞ CỬA SỔ XƯƠNG 1028](#_Toc113394655)

[357. RÚT NẸP VÍT VÀ CÁC DỤNG CỤ KHÁC SAU PHẪU THUẬT 1029](#_Toc113394656)

[358. RÚT ĐINH CÁC LOẠI 1031](#_Toc113394657)

[359. PHẪU THUẬT VẾT THƯƠNG KHỚP 1032](#_Toc113394658)

[360. PHẪU THUẬT VIÊM TẤY PHẦN MỀM Ở CÁC CƠ QUAN VẬN ĐỘNG 1035](#_Toc113394659)

[361. MỞ KHOANG VÀ GIẢI PHÓNG MẠCH BỊ CHÈN ÉP CỦA CÁC CHI 1038](#_Toc113394660)

[362. RÚT CHỈ THÉP XƯƠNG ỨC 1038](#_Toc113394661)

[363. ĐẶT TÚI BƠM GIÃN DA 1039](#_Toc113394662)

[364. CHUYỂN XOAY VẠT DA GHÉP CÓ CUỐNG MẠCH LIỀN KHÔNG NỐI 1043](#_Toc113394663)

[365. TẠO HÌNH BẰNG CÁC VẠT TỰ DO ĐA DẠNG ĐƠN GIẢN 1047](#_Toc113394664)

[366. CHÍCH RẠCH ÁP XE NHỎ 1051](#_Toc113394665)

[367. CHÍCH HẠCH VIÊM MỦ 1054](#_Toc113394666)

[368. THAY BĂNG, CẮT CHỈ 1056](#_Toc113394667)

[369. CẮT U NANG BAO HOẠT DỊCH 1060](#_Toc113394668)

[370. CẮT RÒ XOANG LÊ 1062](#_Toc113394669)

[371. PHẪU THUẬT LẤY DỊ VẬT THÀNH NGỰC, THÀNH BỤNG 1062](#_Toc113394670)

[372. PHẪU THUẬT LẤY DỊ VẬT LỒNG NGỰC, Ổ BỤNG 1064](#_Toc113394671)

[373. PHẪU THUẬT LẤY DỊ VẬT PHẦN MỀM 1069](#_Toc113394672)

[374. PHẪU THUẬT LẠI CẦM MÁU DO CHẢY MÁU SAU MỔ 1071](#_Toc113394673)

[375. CẮT LỌC TỔ CHỨC HOẠI TỬ 1071](#_Toc113394674)

[376. DẪN LƯU ÁP XE CỔ/ÁP XE TUYẾN GIÁP 1074](#_Toc113394675)

[377. PHẪU THUẬT NỘI SOI ĐIỀU TRỊ LỒNG RUỘT 1077](#_Toc113394676)

[378. PHẪU THUẬT NỘI SOI ĐIỀU TRỊ HẸP PHÌ ĐẠI MÔN VỊ 1081](#_Toc113394677)

[379. PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT U NANG MẠC NỐI LỚN 1085](#_Toc113394678)

[380. PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT HẠ PHÂN THÙY GAN, U GAN NHỎ 1088](#_Toc113394679)

[381. PHẪU THUẬT NỘI SOI ĐIỀU TRỊ ÁP XE GAN 1096](#_Toc113394680)

[382. PHẪU THUẬT NỘI SOI ĐIỀU TRỊ NANG GAN ĐƠN THUẦN 1099](#_Toc113394681)

[383. PHẪU THUẬT NỘI SOI THĂM DÒ Ổ BỤNG +/- SINH THIẾT 1102](#_Toc113394682)

[384. PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT LÁCH 1105](#_Toc113394683)

[385. PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT NANG ỐNG MẬT CHỦ, NỐI ỐNG GAN CHUNG-RUỘT 1109](#_Toc113394684)

[386. PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT TÚI MẬT, MỞ ỐNG MẬT CHỦ LẤY SỎI, ĐẶT DẪN LƯU KEHR 1112](#_Toc113394685)

[387. PHẪU THUẬT NỘI SOI DẪN LƯU TÚI MẬT/ĐƯỜNG MẬT NGOÀI GAN 1116](#_Toc113394686)

[388. PHẪU THUẬT NỘI SOI MỞ THÔNG DẠ DÀY 1116](#_Toc113394687)

[389. PHẪU THUẬT NỘI SOI KỸ THUẬT HELLER ĐIỀU TRỊ CO THẮT TÂM VỊ 1119](#_Toc113394688)

[390. PHẪU THUẬT NỘI SOI DẠ DÀY ĐIỀU TRỊ BÉO PHÌ 1125](#_Toc113394689)

[391. PHẪU THUẬT NỘI SOI ĐIỀU TRỊ XOẮN DẠ DÀY CÓ KÈM CẮT DẠ DÀY 1129](#_Toc113394690)

[392. PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT TOÀN BỘ DẠ DÀY 1133](#_Toc113394691)

[393. PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT 2/3 DẠ DÀY 1136](#_Toc113394692)

[394. PHẪU THUẬT NỘI SOI SA TRỰC TRÀNG 1139](#_Toc113394693)

[395. PHẪU THUẬT NỘI SOI KHÂU TREO TRỰC TRÀNG ĐIỀU TRỊ SA TRỰC TRÀNG 1143](#_Toc113394694)

[396. NỘI SOI CẮT POLYP DẠ DÀY 1146](#_Toc113394695)

[397. NỘI SOI CẮT POLYP TRỰC TRÀNG, ĐẠI TRÀNG 1150](#_Toc113394696)

[398. PHẪU THUẬT NỘI SOI KHÂU THỦNG DẠ DÀY 1155](#_Toc113394698)

[399. PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT DẦY DÍNH TRONG Ổ BỤNG 1159](#_Toc113394699)

[400. PHẪU THUẬT NỘI SOI THOÁT VỊ BẸN 1164](#_Toc113394700)

[401. PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT RUỘT THỪA 1167](#_Toc113394701)

[402. PHẪU THUẬT NỘI SOI ĐIỀU TRỊ THOÁT VỊ QUA KHE THỰC QUẢN 1169](#_Toc113394702)

[403. PHẪU THUẬT NỘI SOI VỠ RUỘT TRONG CHẤN THƯƠNG BỤNG 1173](#_Toc113394703)

[404. PHẪU THUẬT NỘI SOI LỖ THỦNG RUỘT DO BỆNH LÝ HOẶC VẾT THƯƠNG BỤNG 1176](#_Toc113394704)

[405. PHẪU THUẬT NỘI SOI Ổ BỤNG ĐIỀU TRỊ THOÁT VỊ CƠ HOÀNH 1179](#_Toc113394705)

[406. PHẪU THUẬT NỘI SOI ĐIỀU TRỊ THỦNG TẠNG RỖNG (TRONG CHẤN THƯƠNG BỤNG) 1182](#_Toc113394706)

[407. PHẪU THUẬT NỘI SOI TẮC RUỘT DO DÂY CHẰNG 1185](#_Toc113394707)

[408. PHẪU THUẬT NỘI SOI VIÊM PHÚC MẠC RUỘT THỪA 1191](#_Toc113394708)

[409. PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT TÚI THỪA MECKEL 1194](#_Toc113394709)

[410. PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT RUỘT NON 1197](#_Toc113394710)

[411. PHẪU THUẬT NỘI SOI NỐI NANG TỤY - HỖNG TRÀNG 1201](#_Toc113394711)

[412. NỘI SOI ĐẶT SONDE JJ 1202](#_Toc113394712)

[413. NỘI SOI THÁO SONDE JJ 1205](#_Toc113394713)

[414. TÁN SỎI NIỆU QUẢN ĐOẠN GIỮA VÀ DƯỚI QUA NỘI SOI NIỆU QUẢN NGƯỢC DÒNG BẰNG ỐNG CỨNG VÀ MÁY TÁN HƠI 1208](#_Toc113394714)

[415. TÁN SỎI NIỆU QUẢN QUA NỘI SOI 1212](#_Toc113394715)

[416. PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT NANG NIỆU QUẢN QUA NGẢ NIỆU ĐẠO 1216](#_Toc113394716)

[417. MỞ RỘNG NIỆU QUẢN QUA NỘI SOI 1220](#_Toc113394717)

[418. NỘI SOI LẤY SỎI BÀNG QUANG 1225](#_Toc113394718)

[419. NỘI SOI BÀNG QUANG CHẨN ĐOÁN 1229](#_Toc113394719)

[420. PHẪU THUẬT NỘI SOI CẤP CỨU VỠ BÀNG QUANG 1233](#_Toc113394720)

[421. BÓP SỎI BÀNG QUANG QUA NỘI SOI (BÓP SỎI CƠ HỌC) 1237](#_Toc113394721)

[422. PHẪU THUẬT NỘI SOI ĐIỀU TRỊ TÚI SA NIỆU QUẢN TRONG BÀNG QUANG 1241](#_Toc113394722)

[423. PHẪU THUẬT NỘI SOI TẠO HÌNH BÀNG QUANG 1245](#_Toc113394723)

[424. THẮT TĨNH MẠCH TINH NỘI SOI ĐIỀU TRỊ GIÃN TĨNH MẠCH THỪNG TINH 1249](#_Toc113394724)

[425. PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT XƠ HẸP NIỆU ĐẠO 1253](#_Toc113394725)

[426. CẮT U NIỆU ĐẠO, VAN NIỆU ĐẠO QUA NỘI SOI 1255](#_Toc113394726)

[427. PHẪU THUẬT NỘI SOI HẠ TINH HOÀN LẠC ẨN TỪ TRONG Ổ BỤNG 1 THÌ 1258](#_Toc113394727)

[428. PHẪU THUẬT NỘI SOI HẠ TINH HOÀN TỪ TRONG Ổ BỤNG 2 THÌ 1262](#_Toc113394728)

[429. PHẪU THUẬT NỘI SOI Ổ BỤNG THĂM DÒ XÁC ĐỊNH GIỚI TÍNH ± SINH THIẾT 1266](#_Toc113394729)

[430. PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT TỬ CUNG HOÀN TOÀN + 2 PHẦN PHỤ + VÉT HẠCH CHẬU 2 BÊN 1267](#_Toc113394730)

[431. PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT UNG THƯ BUỒNG TRỨNG KÈM CẮT TỬ CUNG HOÀN TOÀN + 2 PHẦN PHỤ + MẠC NỐI LỚN 1269](#_Toc113394731)

[432. PHẪU THUẬT NỘI SOI XỬ TRÍ VIÊM PHÚC MẠC TIỂU KHUNG, VIÊM PHẦN PHỤ, Ứ MỦ VÒI TRỨNG 1272](#_Toc113394732)

[433. PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT TỬ CUNG BÁN PHẦN 1276](#_Toc113394733)

[434. PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT TỬ CUNG TOAN PHẦN 1281](#_Toc113394734)

[435. PHẪU THUẬT NỘI SOI BOC U LẠC NỘI MẠC BUỒNG TRỨNG 1284](#_Toc113394735)

[436. PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT PHẦN PHỤ 1287](#_Toc113394736)

[437. NỘI SOI NIỆU ĐẠO, BÀNG QUANG CHẨN ĐOÁN 1292](#_Toc113394737)

[438. PHẪU THUẬT NỘI SOI ĐIỀU TRỊ BUỒNG TRỨNG BỊ XOẮN 1296](#_Toc113394738)

[439. PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT U NANG BUỒNG TRỨNG 1299](#_Toc113394739)

[440. PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT U BUỒNG TRỨNG VÀ PHẦN PHỤ 1303](#_Toc113394740)

# NỘI SOI CHẨN ĐOÁN, CAN THIỆP

## 1. SOI TRỰC TRÀNG

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Soi trực tràng là phương pháp đưa máy nội soi đi từ hậu môn vào trực tràng để quan sát tổn thương hoặc can thiệp bệnh lí trực tràng qua nội soi.

**II. CHỈ ĐỊNH**

- Xuất huyết tiêu hóa dưới (ỉa máu đỏ tươi, phân có máu).

- Siêu âm nội soi đại trực tràng, đo vận động đại trực tràng.

- Cắt polyp.

- Cầm máu.

- Gắp dị vật.

- Nong hẹp trực tràng.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

1. Chống chỉ định tuyệt đối

- Nghi ngờ thủng ruột, viêm phúc mạc.

- Viêm đại tràng cấp tính.

- Trụy tim mạch, hô hấp không ổn định.

2. Chống chỉ định tương đối

- Giảm tiểu cầu nặng hoặc các bệnh lí khác gây chảy máu.

- Nhiễm trùng máu.

- Tiền sử mới phẫu thuật ống tiêu hóa.

- Giãn ruột do ngộ độc, tắc ruột.

- Phình động mạch chủ bụng.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện qui trình kỹ thuật**

Nhóm nội soi (01 bác sĩ và 02 điều dưỡng), nhóm gây mê (01 bác sĩ và 01 kỹ thuật viên gây mê).

**2. Phương tiện**

01 hệ thống nội soi tiêu hóa dưới kèm theo các dụng cụ can thiệp như kìm sinh thiết, lọng cắt polyp, phương tiện gây mê hồi sức.

**3. Người bệnh**

Khám lâm sàng, khai khác tiền sử nội soi, phẫu thuật, giải thích nguy cơ, nhịn ăn uống, thụt Microlisme 3-9g tùy theo tuổi trước nội soi.

**4. Hồ sơ bệnh án**

Phiếu chỉ định nội soi trực tràng, giấy cam đoan, 01 bệnh án kèm theo bộ xét nghiệm thông qua mổ (nếu là nội soi can thiệp) hoặc kết quả khám tai mũi họng (nếu là nội soi chẩn đoán) và các xét nghiệm khác (nếu có).

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Kiểm tra hồ sơ**: Bệnh án có đầy đủ xét nghiệm đạt yêu cầu

**2. Kiểm tra người bệnh**: Đánh giá tình trạng người bệnh.

**3. Thực hiện kỹ thuật:**

- Nên gây mê toàn thân.

- Đặt người bệnh nằm nghiêng trái, cằng chân vuông góc với đùi, đùi vuông góc với bụng. Thăm khám hậu môn trực tràng.

- Bôi trơn gel KY vào hậu môn. Kéo mông phải lên, đẩy đèn nội soi vào trực tràng. Bơm hơi, quan sát niêm mạc trực tràng và ba nếp gấp hình mặt trăng. Động tác quặt ngược nên hạn chế ở trẻ em do có thể gây vỡ trực tràng.

- Nếu lòng trực tràng bẩn không quan sát được, cần bơm rửa sạch.

**VI. THEO DÕI**

Tình trạng hô hấp, tim mạch, tri giác, đau bụng và ỉa máu, chướng hơi.

**VII. XỬ TRÍ TAI BIẾN**

- Chảy máu: Cầm máu qua nội soi, mời hội chẩn ngoại và hồi sức cấp cứu, xét nghiệm máu nếu diễn biến nặng.

- Thủng: kẹp clip và mời hội chẩn ngoại, chụp X quang, siêu âm.

GHI CHÚ

- Không đẩy máy nội soi khi không quan sát được.

- Tai biến chảy máu, thủng ruột xuất hiện ngay lập tức hoặc sau 5-7 ngày.

**TÀI LIỆU THAM KHẢO**

Bộ Y Tế (2016), *Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật Nhi khoa*. Hà Nội, tháng 9 năm 2016.

## 2. NỘI SOI ĐẶT ỐNG THÔNG NIỆU QUẢN (SONDE JJ)

**I. ĐẠI CƯƠNG**

- Đặt sonde JJ là thủ thuật luồn một ống rỗng bằng nhựa dẻo được thiết kế đặc biệt vào niệu quản và đưa lên bể thận.

- Mục đích:

+ Sonde JJ giúp nước tiểu có thể chảy từ thận xuống đến bàng quang. Bằng cách này, thận tiếp tục hoạt động và giảm tổn thương do tắc nghẽn, đồng thời tránh những cơn đau quặn dữ dội khi thận không được dẫn lưu tốt.

+ Sonde JJ còn bảo vệ niệu quản, giúp niệu quản lành vết thương.

+ Đặt sonde JJ có thể giúp niệu quản giãn rộng trong trường hợp hẹp niệu quản, giúp các tiếp cận vào niệu quản dễ thành công hơn.

**II. CHỈ ĐỊNH**

Khi có tắc nghẽn hoặc dự phòng tắc nghẽn ở niệu quản hoặc thận.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Nhiễm khuẩn đường niệu: viêm bàng quang, viêm niệu đạo vì dễ gây viêm bể thận ngược dòng.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**: 1 bác sỹ, 1 điều dưỡng

**2. Phương tiện, dụng cụ:**

- Máy soi bàng quang cứng (kim loại) hoặc mềm(sợi).

- Bộ cáp quang dẫn truyền hình ảnh và màn hình video

- Nguồn ánh sáng lạnh.

- Nguồn nước vô trùng và hệ thống dẫn nước vào máy.

- Giường kiểu khám phụ khoa có thể điều chỉnh lên xuống tự động.

- Găng vô trùng 2 đôi

- Cồn Betadin sát trùng: 1 lọ

- Gạc vô trùng: 1 gói

- Kẹp vô trùng: 1 cái

- Quần áo mổ: 2 bộ

- Mũ, khẩu trang: 2 bộ

- Bộ sonde JJ: 1 bộ

- Thuốc gây mê hoặc gây tê tủy sống tùy từng trường hợp

**3. Người bệnh:** cần được giải thích kỹ trước khi làm thủ thuật, tiêm thuốc gây mê hoặc gây tê tủy sống

**4. Hồ sơ bệnh án**

- Bệnh nhân được làm các xét nghiệm cận lâm sàng trướng mổ, CTscaner bụng có tiêm thuốc cản quang dựng hình hệ tiết niệu và mạch thận.

- Hoàn thành các thủ tục hành chính theo quy định.

- Bệnh án chi tiết, biên bản hội chẩn, biên bản khám trước khi gây mê, giấy cam đoan đồng ý phẫu thuật.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

1. Kiểm tra hồ sơ

2. Kiểm tra người bệnh

3. Thực hiện kỹ thuật

- Giảm đau cho Người bệnh: bằng tiêm thuốc gây mê hoặc gây tê tủy sống.

- Tư thế Người bệnh nằm theo tư thế sản khoa.

- Soi kiểm tra: đặt máy soi bàng quang, cho nước và bàng quang kiểm tra tình trạng bàng quang, xác định vị trí 2 lỗ niệu quản và quan sát tình trạng lỗ niệu quản cần đặt sonde JJ.

- Đưa sonde JJ ngược dòng từ niệu đạo vào bàng quang, lên niệu quản, lên bể thận qua ống soi bàng quang

**VI. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ**

- Nhiễm khuẩn ngược dòng: điều trị kháng sinh.

- Đái máu: theo dõi, dùng thuốc cầm máu, truyền máu trong trường hợp mất quá nhiều máu.

- Thủng niệu quản: xử trí ngoại khoa

## 3. NỘI SOI RÚT SONDE JJ

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Sonde JJ (Stent niệu quản) là một loại sonde dùng để đặt bên trong niệu quản để dẫn lưu nước tiểu từ thận xuống bàng quang; có thể được đặt qua da hay qua nội soi bàng quang. Sonde có dạng 2 đầu cong ngược nhau, ống có cản quang và có nhiều lỗ dọc theo suốt chiều dài sonde.

Sonde JJ không nên để lưu trong người bệnh quá lâu. Sonde cần được rút đúng thời hạn tránh nguy cơ bám cặn sỏi vào ống, làm tắc ống, có thể gây nhiễm trùng.

**II. CHỈ ĐỊNH**

Chỉ định rút sonde khi đã để lưu trong cơ thể Người bệnh đủ thời hạn (thường sau phẫu thuật 03 tuần).

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Rối loạn đông máu nặng

- Nhiễm trùng bàng quang nặng

- Người bệnh đang bị nhiễm trùng bộ phận sinh dục (lậu, giang mai,...)

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**: 01 bác sỹ và 01điều dưỡng.

**2. Phương tiện:**

- Bộ dụng cụ nội soi:

∙ Cáp dẫn quang x 1 cái

∙ Troca để vào bàng quang x 1 cái

∙ Grasping forcep x 1 cái

∙ Camera nội soi x 1 cái

- Gạc vô trùng: 01 gói (5 miếng)

- Dung dịch sát khuẩn: Betadine 10% hoặc thuốc đỏ

- Nước muối sinh lý 0,9%: 1000ml

- Gel xylocain 2% và chlorhexadin.

- Găng vô trùng: 02 đôi

- Săng có lỗ vô trùng: 1 cái

**3. Người bệnh**

+ Người bệnh được giải thích rõ về chỉ định, quá trình diễn ra cũng như biến chứng có thể xảy ra của soi bàng quang và rút sonde

+ Ký cam kết

**4. Hồ sơ bệnh án**

- Bệnh nhân được làm các xét nghiệm cận lâm sàng trướng mổ, CTscaner bụng có tiêm thuốc cản quang dựng hình hệ tiết niệu và mạch thận.

- Hoàn thành các thủ tục hành chính theo quy định.

- Bệnh án chi tiết, biên bản hội chẩn, biên bản khám trước khi gây mê, giấy cam đoan đồng ý phẫu thuật.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Kiểm tra hồ sơ**

**2. Kiểm tra người bệnh**: đo huyết áp, nhịp tim trước khi soi

**3. Thực hiện kỹ thuật**

- Cho Người bệnh nằm ở tư thế sản khoa, bộc lộ cơ quan sinh dục.

- sát trùng vùng hạ vị và bộ phận sinh dục cho Người bệnh

- Trải khăn vô khuẩn lên bộ phận sinh dục Người bệnh

- Bơm Lidocain 2% dạng gel vào lỗ sáo của Người bệnh nhằm gây tê niêm mạc dọc đường đi của ống soi (đối với nữ giới thì không cần)

- Bôi trơn ống nội soi.

- Nâng dương vật Người bệnh lên thẳng đứng 90 độ, từ từ đưa ống soi vào. Sau đó vừa đẩy ống thẳng qua lỗ tiểu vào niệu đạo rồi vào bàng quang. Trong lúc thực hiện quan sát nét mặt Người bệnh. (đối với nữ: đưa thange ống qua lỗ tiểu vào bàng quang)

+ Cho thoát hết nước tiểu tồn lại trong bàng quang ra ngoài rồi cho đường truyền dung dịch Natriclorua 0,9% chảy vào bàng quang.

+ Quan sát tổng thể bàng quang, xác định sonde

+ Đưa kẹp vào lòng bàng quang qua hệ thống soi

+ Kẹp ống sonde và nhẹ nhàng rút sonde khỏi niệu quản

+ Rút ống nội soi ra cho vào bồn rủa, kết thúc thủ thuật.

+ Vệ sinh lại vùng sinh dục cho Người bệnh

**VI. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ**

- Chấn thương bàng quang niệu đạo, nặng có thể gây thủng bàng quang, rách niệu đạo.

- Tùy theo tai biến xảy ra có biện pháp phù hợp.

## 4. NỘI SOI TÁN SỎI NIỆU QUẢN (BÚA KHÍ NÉN, SIÊU ÂM, LASER).

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Trong số các trường hợp sỏi tiết niệu thì bệnh lý sỏi niệu quản gặp khá phổ biến. Kỹ thuật điều trị kinh điển thường là các kỹ thuật mổ mở. Tuy nhiên kỹ thuật mổ mở thường có một số nhược điểm như xâm lấn nhiều, các biến chứng thường nặng nề, thời gian nằm viện dài ngày. Kỹ thuật tán sỏi qua nội soi niệu quản là một phương pháp có nhiều ưu điểm hơn mổ mở lấy sỏi như ít xâm lấn hơn, ít biến chứng hơn, thời gian nằm viện ngắn hơn, mang lại hiệu quả cao trong chẩn đoán và điều trị.

**II. CHỈ ĐỊNH**

- Sỏi niệu quản 1/3 giữa hoặc 1/3 dưới.

- Sỏi niệu quản 1/3 trên nhưng không có chỉ định tán sỏi hoặc tán sỏi ngoài cơ thể thất bại.

- Sỏi niệu quản tái phát sau mổ lấy sỏi có biến chứng hẹp niệu quản.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Rối loạn đông máu.

- Nhiễm khuẩn đường tiết niệu đang trong giai đoạn cấp chưa được điều trị hiệu quả.

- Người bệnh có bệnh lý nội khoa nặng như bệnh lý tim mạch (tăng huyết áp, suy tim nặng), hô hấp, nội tiết…có nguy cơ khi gây tê hoặc gây mê.

- Người bệnh bị bệnh xương khớp không nằm được tư thế sản khoa.

- Hẹp niệu đạo không đặt được ống soi.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

- 01 bác sĩ chuyên khoa (bác sĩ chính).

- 01 bác sĩ phụ.

- 01 bác sĩ gây mê.

- 01 kỹ thuật viên gây mê.

- 01 điều dưỡng phụ dụng cụ.

- 01 điều dưỡng chăm sóc và theo dõi người bệnh.

**2. Phương tiện**

- Máy nội soi niệu quản với ống soi niệu quản, nguồn sáng, camera, dây dẫn (guidewire).

- Dụng cụ gắp sỏi: rọ lấy sỏi, kìm kẹp sỏi.

- Sonde JJ (double J) hoặc sonde plastic kích thước 6 - 8 Fr x 01 bộ.

**3. Người bệnh**

- Khám bệnh và làm các xét nghiệm cơ bản:

+ Xét nghiệm máu: Công thức máu, nhóm máu, chức năng đông máu, sinh hóa máu, HBsAg, anti HIV, anti HCV.

+ Tổng phân tích nước tiểu.

+ Siêu âm bụng tổng quát.

+ Chụp X quang: Hệ tiết niệu không chuẩn bị, UIV, tim phổi...

+ Làm điện tâm đồ; nếu trên 60 tuổi hoặc bệnh nhân có bệnh lý tim mạch phối hợp: siêu âm tim.

- Giải thích cho người bệnh hiểu về thủ thuật, mục đích và tai biến, viết giấy cam đoan.

- Động viên người bệnh yên tâm điều trị.

- Nhịn ăn uống trước khi nội soi 6 giờ và thụt tháo sạch.

- Dùng kháng sinh dự phòng trước khi nội soi.

**4. Hồ sơ bệnh án**

- Bệnh nhân được làm các xét nghiệm cận lâm sàng trướng mổ, CTscaner bụng có tiêm thuốc cản quang dựng hình hệ tiết niệu và mạch thận.

- Hoàn thành các thủ tục hành chính theo quy định.

- Bệnh án chi tiết, biên bản hội chẩn, biên bản khám trước khi gây mê, giấy cam đoan đồng ý phẫu thuật.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án**: Họ tên, tuổi người bệnh, chú ý các chống chỉ định.

**2. Kiểm tra người bệnh**: Đã được giải thích kỹ, vệ sinh, thụt tháo sạch.

**3. Thực hiện kỹ thuật**: Thực hiện tại buồng vô trùng.

- Người bệnh nằm tư thế sản khoa.

- Người bệnh được tiền mê kỹ, gây tê tủy sống hoặc gây mê nội khí quản.

- Sát khuẩn bộ phận sinh dục và trải vải mổ vô trùng.

- Đặt ống soi niệu quản vào bàng quang.

- Xác định lỗ niệu quản bên có sỏi.

- Đặt dây dẫn (guidewire) vào niệu quản bên có sỏi.

- Đặt ống soi vào niệu quản theo dây dẫn, khi ống soi vào niệu quản thì rút dần dây dẫn ra.

- Nhờ camera quan sát niệu quản để xác định vị trí sỏi. Khi xác định vị trí sỏi thì dùng rọ cố định sỏi lại sau đó tán nhỏ nhờ máy tán sỏi laser, sau đó dùng dụng cụ lấy ra qua ống soi niệu quản và kết hợp bơm rửa sạch niệu quản.

- Trước khi rút ống soi thì đặt lại dây dẫn để dẫn đường cho sonde niệu quản.

- Đặt sonde niệu quản theo dây dẫn, có thể đặt bằng sonde plastic hoặc sonde double J.

- Rút ống soi và dây dẫn, đặt sonde bàng quang qua đường niệu đạo và kết thúc thủ thuật.

**VI. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ**

**1. Tổn thương niệu quản**

- Nếu tổn thương nhỏ, tổn thương niêm mạc niệu quản: Chỉ cần đặt sonde niệu quản tốt là đủ và thời gian lưu sonde cần lâu hơn.

- Thủng niệu quản: Xử trí tùy theo mức độ tổn thương.

**2. Chảy máu**: Thông thường sau nội soi niệu quản có thể có chảy máu nhưng không đáng kể, chỉ cần đặt sonde niệu quản và điều trị nội khoa là đủ.

**3. Nhiễm khuẩn đường tiết niệu ngược dòng**: Cấy nước tiểu và điều trị kháng sinh tùy theo mức độ nhiễm khuẩn.

**4. Biến chứng xa**: Hẹp niệu quản, có thể phải tạo hình niệu quản.

## 5. NỘI SOI LẤY SỎI NIỆU QUẢN

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Trong số các trường hợp sỏi tiết niệu thì bệnh lý sỏi niệu quản gặp khá phổ biến. Kỹ thuật điều trị kinh điển thường là các kỹ thuật mổ mở. Tuy nhiên kỹ thuật mổ mở thường có một số nhược điểm như xâm lấn nhiều, các biến chứng thường nặng nề, thời gian nằm viện dài ngày. Bên cạnh kỹ thuật tán sỏi qua nội soi niệu quản thì kỹ thuật lấy sỏi qua nội soi niệu quản là một phương pháp có nhiều ưu điểm hơn so với kỹ thuật mổ mở như ít xâm lấn hơn, ít biến chứng hơn, thời gian nằm viện ngắn hơn, mang lại hiệu quả cao trong chẩn đoán và điều trị.

**II. CHỈ ĐỊNH**

- Sỏi niệu quản 1/3 giữa hoặc 1/3 dưới.

- Sỏi niệu quản 1/3 trên nhưng không có chỉ định tán sỏi hoặc tán sỏi ngoài cơ thể thất bại.

- Sỏi niệu quản tái phát sau mổ lấy sỏi có biến chứng hẹp niệu quản.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Rối loạn đông máu.

- Nhiễm khuẩn đường tiết niệu đang trong giai đoạn cấp chưa được điều trị hiệu quả.

- Người bệnh có bệnh lý nội khoa nặng như bệnh lý tim mạch (tăng huyết áp, suy tim nặng), hô hấp, nội tiết…có nguy cơ khi gây tê hoặc gây mê.

- Người bệnh bị bệnh xương khớp không nằm được tư thế sản khoa.

- Hẹp niệu đạo không đặt được ống soi.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

- 01 bác sĩ chuyên khoa (bác sĩ chính).

- 01 bác sĩ phụ.

- 01 bác sĩ gây mê.

- 01 kỹ thuật viên gây mê.

- 01 điều dưỡng phụ dụng cụ.

- 01 điều dưỡng chăm sóc và theo dõi người bệnh.

**2. Phương tiện**

- Máy nội soi niệu quản với ống soi niệu quản, nguồn sáng, camera, dây dẫn (guidewire).

- Dụng cụ gắp sỏi: rọ lấy sỏi, kìm kẹp sỏi.

- Sonde JJ (double J) hoặc sonde plastic kích thước 6 - 8 Fr x 01 bộ.

**3. Người bệnh**

- Khám bệnh và làm các xét nghiệm cơ bản:

+ Xét nghiệm máu: Công thức máu, nhóm máu, chức năng đông máu, sinh hóa máu, HBsAg, anti HIV, anti HCV.

+ Tổng phân tích nước tiểu.

+ Siêu âm bụng tổng quát.

+ Chụp X quang: Hệ tiết niệu không chuẩn bị, UIV, tim phổi...

+ Nếu người bệnh trên 50 tuổi: làm điện tâm đồ; nếu trên 60 tuổi: siêu âm tim.

- Giải thích cho người bệnh hiểu về thủ thuật, mục đích và tai biến, viết giấy cam đoan.

- Động viên người bệnh yên tâm điều trị.

- Nhịn ăn uống trước khi nội soi 6 giờ và thụt tháo sạch.

- Dùng kháng sinh dự phòng trước khi nội soi.

**4. Hồ sơ bệnh án**

- Bệnh nhân được làm các xét nghiệm cận lâm sàng trướng mổ, CTscaner bụng có tiêm thuốc cản quang dựng hình hệ tiết niệu và mạch thận.

- Hoàn thành các thủ tục hành chính theo quy định.

- Bệnh án chi tiết, biên bản hội chẩn, biên bản khám trước khi gây mê, giấy cam đoan đồng ý phẫu thuật.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án:** Họ tên, tuổi người bệnh, chú ý các chống chỉ định.

**2. Kiểm tra người bệnh**: Đã được giải thích kỹ, vệ sinh, thụt tháo sạch.

**3. Thực hiện kỹ thuật**: Thực hiện tại buồng vô trùng.

- Người bệnh nằm tư thế sản khoa.

- Người bệnh được tiền mê kỹ, gây tê tủy sống hoặc gây mê nội khí quản.

- Sát khuẩn bộ phận sinh dục và trải vải mổ vô trùng.

- Đặt ống soi niệu quản vào bàng quang.

- Xác định lỗ niệu quản bên có sỏi.

- Đặt dây dẫn (guidewire) vào niệu quản bên có sỏi.

- Đặt ống soi vào niệu quản theo dây dẫn, khi ống soi vào niệu quản thì rút dần dây dẫn ra.

- Nhờ camera quan sát niệu quản để xác định vị trí sỏi. Nếu sỏi nhỏ thì dùng dụng cụ lấy sỏi ra, nếu sỏi kích thước lớn thì tán nhỏ nhờ máy tán sỏi sau đó dùng dụng cụ lấy ra qua ống soi niệu quản và kết hợp bơm rửa sạch niệu quản.

- Trước khi rút ống soi thì đặt lại dây dẫn để dẫn đường cho sonde niệu quản.

- Đặt sonde niệu quản theo dây dẫn, có thể đặt bằng sonde plastic hoặc sonde double J.

- Rút ống soi và dây dẫn, đặt sonde bàng quang qua đường niệu đạo và kết thúc thủ thuật.

**VI. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ**

**1. Tổn thương niệu quản**

- Nếu tổn thương nhỏ, tổn thương niêm mạc niệu quản: Chỉ cần đặt sonde niệu quản tốt là đủ và thời gian lưu sonde cần lâu hơn.

- Thủng niệu quản: Xử trí tùy theo mức độ tổn thương.

**2. Chảy máu**: Thông thường sau nội soi niệu quản có thể có chảy máu nhưng không đáng kể, chỉ cần đặt sonde niệu quản và điều trị nội khoa là đủ.

**3. Nhiễm khuẩn đường tiết niệu ngược dòng**: Cấy nước tiểu và điều trị kháng sinh tùy theo mức độ nhiễm khuẩn.

**4. Biến chứng xa**: Hẹp niệu quản, có thể phải tạo hình niệu quản.

## 6. NỘI SOI BÀNG QUANG

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Nội soi bàng quang là một thủ thuật được sử dụng để quan sát bên trong bàng quang, niệu đạo.

**II. CHỈ ĐỊNH**

− Đái máu.

− Đái mủ.

− Hội chứng bàng quang.

− Viêm bàng quang mạn.

− U bàng quang.

− Sỏi, dị vật bàng quang.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

− Chấn thương đứt niệu đạo.

− Nhiễm trùng đường niệu thấp đang tiến triển.

− Lao bàng quang.

− U vùng tiểu khung có chèn ép tắc nghẽn đường niệu.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

01 bác sĩ, 01 điều dưỡng, 01 kỹ thuật viên gây mê.

**2. Phương tiện, dụng cụ**

− Máy soi bàng quang cứng (kim loại) hoặc mềm (sợi).

− Bộ cáp quang dẫn truyền hình ảnh và màn hình video.

− Nguồn ánh sáng lạnh.

− Nguồn nước vô trùng và hệ thống dẫn nước vào máy.

− Máy theo dõi lifescope và dụng cụ cấp cứu: mặt nạ, bóng bóp, nội khí quản.

− Catheter các cỡ để chụp thận ngược dòng.

− Bộ phận sinh thiết: 01 kìm sinh thiết bàng quang

− Giường kiểu khám phụ khoa có thể điều chỉnh lên xuống tự động: 01 chiếc

− Găng vô trùng: 02 đôi

− Cồn betadin sát trùng: 01 lọ

− Gạc vô trùng: 01 gói

− Kẹp vô trùng: 01 cái

− Quần áo mổ: 02 bộ

− Mũ, khẩu trang: 02 bộ

− Bơm 50ml (để bơm rửa bàng quang lấy máu cục nếu có): 01 chiếc.

− Thuốc giảm đau (Felden, mobic…), gây tê tại chỗ (Xylocain).

− Thuốc mê và tiền mê: midazolam 5mg từ 1 - 4 ống, fantanyl 0,1mg từ 1 - 3 ống, propofol 20ml từ 1 - 4 ống.

**3.Người bệnh**

- 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.

- Nhịn ăn uống trước mổ 6 giờ,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.

-Cho ký cam đoan trước khi tiến hành phẫu thuật

**4. Hồ sơ bệnh án**

Bệnh án được hoàn thiện với các thủ tục dành cho người bệnh tiến hành làm thủ thuật: hồ sơ đã duyệt can thiệp thủ thuật, giấy cam đoan có ký xác nhận của người bệnh hoặc người nhà.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Kiểm tra hồ sơ:** kiểm tra lại hồ sơ bệnh án.

**2. Kiểm tra người bệnh:**

- Các chức năng sống (mạch, huyết áp, SPO2 và ý thức) xem có thể tiến hành thủ thuật được không.

- Đối chiếu tên, tuổi,chẩn đoán bệnh.

**3. Thực hiện kỹ thuật:**

- Giảm đau, gây mê cho người bệnh: sau khi người bệnh được tiền mê hoặc gây mê, sẽ tiến hành thủ thuật.

- Tư thế người bệnh: nằm theo tư thế sản khoa.

- Soi kiểm tra: đặt máy soi bàng quang, cho nước và bàng quang kiểm tra tình trạng bàng quang, niệu đạo, hai lỗ niệu quản.

- Sinh thiết bàng quang vị trí nghi ngờ, hoặc bơm rửa bàng quang nếu có máu cục.

**VI. THEO DÕI**

- Theo dõi các thông số: mạch, huyết áp, SPO2 và ý thức trong và sau khi làm thủ thuật.

- Theo dõi diễn biến và kết quả của kỹ thuật

+ Dấu hiệu nhiễm trùng tại chỗ, trong ổ bụng và chảy máu trong ổ bụng.

+ Dấu hiệu nước tiểu: số lượng, màu sắc

- Theo dõi tai biến và biến chứng của kỹ thuật:

+ Dấu hiệu chảy máu bàng quang: màu sắc nước tiểu, tổng phân tích nước tiểu.

**VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ**

− Thủng bàng quang: rất ít xảy ra, xử trí ngoại khoa.

− Chảy máu: theo dõi, dùng thuốc cầm máu, truyền máu trong trường hợp mất  
quá nhiều máu.

− Nhiễm khuẩn: do có nhiễm khuẩn cũ hoặc nhiễm khuẩn do làm thủ thuật kéo  
dài và không vô khuẩn tuyệt đối: điều trị kháng sinh và theo dõi.

− Biến chứng liên quan tới gây mê: tụt huyết áp, suy hô hấp, buồn nôn hoặc nôn.  
Tiến hành truyền dịch, thở oxy.

## 7. NỘI SOI BÀNG QUANG, LẤY DỊ VẬT, SỎI

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Nội soi bàng quang gắp dị vật bàng quang là một thủ thuật dùng dụng cụ để lấy dị vật qua đường nội soi bàng quang.

**II. CHỈ ĐỊNH**

Dị vật bàng quang.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

− Nhiễm trùng đường niệu thấp đang tiến triển.

− Phì đại lành tính tuyến tiền liệt có kích thước to.

− U vùng tiểu khung có chèn ép tắc nghẽn đường niệu.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

01 bác sĩ phẫu thuật, 01 điều dưỡng.

**2. Phương tiện**

− Máy soi bàng quang cứng (kim loại) hoặc mềm(sợi).

− Bộ cáp quang dẫn truyền hình ảnh và màn hình video.

− Nguồn ánh sáng lạnh.

− Nguồn nước vô trùng và hệ thống dẫn nước vào máy.

− Dụng cụ gắp sỏi, dị vật bàng quang: dùng kẹp hoặc dùng rọ dormia: 01 bộ.

− Giường kiểu khám phụ khoa có thể điều chỉnh lên xuống tự động.

− Găng vô trùng: 02 đôi

− Cồn betadin sát trùng: 01 lọ

− Gạc vô khuẩn: 02 gói

− Kẹp vô trùng: 01 cái

− Quần áo mổ: 02 bộ

− Mũ, khẩu trang: 02 bộ

− Thuốc giảm đau (Felden, mobic,...), gây tê tại chỗ (Xylocain)

**3. Người bệnh**

- 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..

- Cần được giải thích kỹ trước khi làm thủ thuật, tiêm thuốc giảm đau trước khi tiến hành thủ thuật (Felden, mobic…) và cần được gây tê tại chỗ bằng Xylocain (thườngdùng loại gel) bơm qua đường niệu đạo.

-Cho ký cam đoan trước khi tiến hành phẫu thuật. thủ thuật

**4. Hồ sơ bệnh án**

Bệnh án được hoàn thiện với các thủ tục dành cho người bệnh tiến hành làm thủ thuật,có giấy cam đoan có ký xác nhận của người bệnh hoặc người nhà.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Kiểm tra hồ sơ:** kiểm tra lại hồ sơ bệnh án.

**2. Kiểm tra người bệnh:**

- Các chức năng sống (mạch, huyết áp, SPO2 và ý thức) xem có thể tiến hành thủ thuật được không.

- Đối chiếu tên, tuổi, chẩn đoán bệnh.

**3. Thực hiện kỹ thuật**

− Giảm đau cho người bệnh: tiêm thuốc giảm đau trước khi tiến hành thủ thuật (Felden, mobic..), gây tê tại chỗ bằng xylocain (thường dùng loại gel) bơm qua đườngniệu đạo.

− Tư thế người bệnh: nằm theo tư thế sản khoa hay tư thế bàng quang.

− Soi kiểm tra: đặt máy soi bàng quang, cho nước và bàng quang kiểm tra tình trạng bàng quang, xác định vị trí, kích thước của sỏi, dị vật.

− Đưa kẹp để gắp dị vật bàng quang.

− Rút máy,kết thúc phẫu thuật,ghi hồ sơ.

**VI. THEO DÕI**

Trong 24-48 giờ:

− Theo dõi tính chất, màu sắc, số lượng nước tiểu.

− Tình trạng bụng (đau, phản ứng thành bụng).

− Nhiệt độ, huyết áp, toàn trạng.

**VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ**

**1. Thủng bàng quang**

Rất ít xảy ra, xử trí ngoại khoa.

**2. Chảy máu**

Theo dõi, dùng thuốc cầm máu, truyền máu trong trường hợp mất quá nhiều máu.

**3. Nhiễm khuẩn**

Do có nhiễm khuẩn cũ hoặc nhiễm khuẩn do làm thủ tục kéo dài và không vô khuẩn tuyệt đối. Điều trị kháng sinh và theo dõi.

## 8. NỘI SOI BÀNG QUANG TÌM XEM ĐÁI DƯỠNG CHẤP, ĐẶT CATHETER LÊN THẬN BƠM THUỐC ĐỂ TRÁNH PHẪU THUẬT

**I.ĐỊNH NGHĨA**

Nội soi bàng quang tìm xem đái dưỡng chấp là nội soi bàng quang qua đường niệu đạo bằng máy soi, từ đó có thể nhìn thấy rõ nhất bên trong niệu đạo, bàng quang có dưỡng chấp không, đồng thời tiến hành đặt catheter lên thận bơm thuốc để tránh phẫu thuật

**II.CHỈ ĐỊNH**

- Nghi ngờ bệnh nhân đái dưỡng chấp.

**III.CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Tình trạng toàn thân nặng.

**IV.CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

- Bác sĩ: 01

- Điều dưỡng: 01

**2. Phương tiện**

- Máy soi bàng quang ống cứng và nguồn sáng.

− Catheter niệu quản các cỡ.

- Bàn soi bàng quang.

- Dung dịch sát khuẩn: betadin 10% .

- Bơm thủy tinh 200ml hoặc máy hút để bơm rửa hoặc hút máu cục.

Gel xylocain và chlorhexadin để bôi trơn, sát khuẩn và gây tê tại chỗ.

- Gạc vô trùng: 05 miếng −Panh vô trùng: 01 chiếc

- Găng vô trùng: 02 đôi

- 1000- 2000ml nước vô trùng (Natriclorua 0,9% hoặc nước cất)

- Săng có lỗ vô trùng: 01 cái

**3. Người bệnh**

Người bệnh được giải thích rõ về chỉ định, quá trình diễn ra cũng như  biến chứng có thể xảy ra của thủ thuật.

**4. Hồ sơ  bệnh án**

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Kiểm tra hồ sơ:** kiểm tra lại hồ sơ bệnh án.

**2. Kiểm tra người bệnh:**

- Các chức năng sống (mạch, huyết áp, SPO2 và ý thức) xem có thể tiến hành thủ thuật được không.

- Đối chiếu tên, tuổi, chẩn đoán bệnh.

**3. Thực hiện kỹ thuật**

- Tư thế người bệnh:

+ Người bệnh nằm ở tư thế sản khoa.

+ Người bệnh được mặc quần dành cho người bệnh nội soi bàng quang.

Tiến hành:

- Vệ sinh bộ phận sinh dục bằng gạc thấm dung dịch sát trùng.

- Ống soi được bôi gel xylocain và chlorhexadin. Bác sĩ đưa từ từ ống soi qua lỗ niệu đạo vào bàng quang.

- Trong quá trình đưa ống soi vào bàng quang, cần để nước vô trùng chảy liên tục qua ống soi để giảm tổn thương cho niệu đạo và bàng quang.

− Soi kiểm tra: đặt máy soi bàng quang, cho nước vào bàng quang kiểm tra tình trạng bàng quang, xác định vị trí 2 lỗ niệu quản và quan sát tình trạng lỗ niệu quản cần đặt catheter.

- Khi thấy dưỡng chấp trong bàng quang, cho nước vô trùng chảy liên tục vào bàng quang qua ống soi (khoảng 200ml), sau đó xả hết nước trong bàng quang. - Làm như vậy nhiều lần cho đến khi nước xả không còn dưỡng chấp.

− Đưa catheter ngược dòng từ niệu đạo vào bàng quang lên niệu quản khoảng 5- 7cm qua ống soi bàng quang, bơm 07- 15ml dung dịch thuốc.

- Đặt sonde tiểu sau khi kết thúc phẫu thuật nếu bệnh nhân được tiến hành gây tê tuỷ sống.

- Ghi hồ sơ bệnh án

**V.THEO DÕI**

- Trong 24-48 giờ:

+ Nhiệt độ, huyết áp, toàn trạng.

+ Theo dõi tính chất, màu sắc, số lượng nước tiểu.

+ Tình trạng bụng (đau, phản ứng thành bụng).

**VI.TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ**

- Chấn thương niệu đạo và bàng quang nặng có thể gây thủng bàng quang.

- Nhiễm trùng ngược dòng lên bể thận => người bệnh cần theo dõi xét nghiệm nước tiểu,dấu hiệu lâm sàng,và điều trị kháng sinh tích cực khi phát hiện.

- Giảm đau nếu người bệnh đau nhiều.

- Dặn người bệnh uống nhiều nước.

- Khi đái máu nhiều có thể phải truyền máu.

- Khi có thủng bàng quang phải can thiệp ngoại khoa.

## 9. NỘI SOI BÀNG QUANG, ĐƯA CATHETER LÊN NIỆU QUẢN BƠM RỬA NIỆU QUẢN SAU TÁN SỎI NGOÀI CƠ THỂ KHI SỎI TẮC Ở NIỆU QUẢN

**I.ĐỊNH NGHĨA**

Nội soi bàng quang là nội soi bàng quang qua đường niệu đạo bằng máy soi, từ đó có thể nhìn thấy rõ nhất bên trong niệu đạo, bàng quang có dưỡng chấp không,.

- Sau tán sỏi ngoài cơ thể khi sỏi tắc ở niệu quản, do vậy soi bàng quang đồng thời đưa catheter lên niệu quản bơm rửa niệu quản để lấy sỏi tắc ở niệu quản.

**II.CHỈ ĐỊNH**

- Sau tán sỏi ngoài cơ thể khi sỏi tắc ở niệu quản

**III.CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Tình trạng toàn thân nặng.

**IV.CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

- Bác sĩ: 01

- Điều dưỡng: 01

**2. Phương tiện**

- Máy soi bàng quang ống cứng và nguồn sáng.

− Catheter niệu quản các cỡ.

- Bàn soi bàng quang.

- Dung dịch sát khuẩn: betadin 10% .

- Bơm thủy tinh 200ml hoặc máy hút để bơm rửa hoặc hút máu cục.

Gel xylocain và chlorhexadin để bôi trơn, sát khuẩn và gây tê tại chỗ.

- Gạc vô trùng: 05 miếng −Panh vô trùng: 01 chiếc

- Găng vô trùng: 02 đôi

- 1000- 2000ml nước vô trùng (Natriclorua 0,9% hoặc nước cất)

- Săng có lỗ vô trùng: 01 cái

**3. Người bệnh**

Người bệnh được giải thích rõ về chỉ định, quá trình diễn ra cũng như  biến chứng có thể xảy ra của thủ thuật.

**4. Hồ sơ  bệnh án**

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Kiểm tra hồ sơ:** kiểm tra lại hồ sơ bệnh án.

**2. Kiểm tra người bệnh:**

- Các chức năng sống (mạch, huyết áp, SPO2 và ý thức) xem có thể tiến hành thủ thuật được không.

- Đối chiếu tên, tuổi, chẩn đoán bệnh.

**3. Thực hiện kỹ thuật**

- Tư thế người bệnh:

+ Người bệnh nằm ở tư thế sản khoa.

+ Người bệnh được mặc quần dành cho người bệnh nội soi bàng quang.

Tiến hành:

- Vệ sinh bộ phận sinh dục bằng gạc thấm dung dịch sát trùng.

- Ống soi được bôi gel xylocain và chlorhexadin. Bác sĩ đưa từ từ ống soi qua lỗ niệu đạo vào bàng quang.

- Trong quá trình đưa ống soi vào bàng quang, cần để nước vô trùng chảy liên tục qua ống soi để giảm tổn thương cho niệu đạo và bàng quang.

− Soi kiểm tra: đặt máy soi bàng quang, cho nước vào bàng quang kiểm tra tình trạng bàng quang, xác định vị trí 2 lỗ niệu quản và quan sát tình trạng lỗ niệu quản cần đặt catheter.

− Đưa catheter ngược dòng từ niệu đạo vào bàng quang lên niệu quản khoảng 5- 7cm qua ống soi bàng quang, tìm sỏi niệu quản, bơm rửa sỏi xuống quàng quang.

- Đặt sonde tiểu sau khi kết thúc phẫu thuật nếu bệnh nhân được tiến hành gây tê tuỷ sống.

- Ghi hồ sơ bệnh án

**V.THEO DÕI**

- Trong 24-48 giờ:

+ Nhiệt độ, huyết áp, toàn trạng.

+ Theo dõi tính chất, màu sắc, số lượng nước tiểu.

+ Tình trạng bụng (đau, phản ứng thành bụng).

**VI.TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ**

- Chấn thương niệu đạo và bàng quang nặng có thể gây thủng bàng quang.

- Nhiễm trùng ngược dòng lên bể thận => người bệnh cần theo dõi xét nghiệm nước tiểu,dấu hiệu lâm sàng,và điều trị kháng sinh tích cực khi phát hiện.

- Giảm đau nếu người bệnh đau nhiều.

- Dặn người bệnh uống nhiều nước.

- Khi đái máu nhiều có thể phải truyền máu.

- Khi có thủng bàng quang phải can thiệp ngoại khoa.

## 10. NỘI SOI BÀNG QUANG, BƠM RỬA LẤY MÁU CỤC TRÁNH PHẪU THUẬT

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Rửa bàng quang lấy máu cục là kỹ thuật đưa một lượng dịch vô trùng vào bàng quang và sau đó dẫn lưu ra qua sonde bàng quang nhằm làm sạch máu cục trong bàng quang.

**II. CHỈ ĐỊNH**

Có máu cục trong bàng quang.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Không có chống chỉ định.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

01 Điều dưỡng.

**2. Phương tiện**

− Bộ dụng cụ để đặt sonde tiểu.

− Bơm vô trùng 50 ml.

− Nước muối sinh lý 9%: 1000 ml.

− Cọc treo.

− Gạc sạch và gạc thấm dung dịch sát khuẩn để sát khuẩn đầu sonde.

− Dung dịch sát khuẩn.

− Găng vô trùng.

− Kẹp Kocher.

− Khay quả đậu vô trùng.

− Săng vô trùng.

− Băng dính.

− Dụng cụ để sát khuẩn tay.

− Giấy thấm bảo vệ dùng 1 lần.

**3. Người bệnh**

− Giải thích cho người bệnh lý do rửa bàng quang, quy trình rửa diễn ra như thế nào và biến chứng có thể xảy ra.

− Đặt người bệnh nằm ngửa, có giấy thấm phía dưới người bệnh.

**4. Hồ sơ bệnh án**

**V. CÁCH TIẾN HÀNH**

**1. Kiểm tra hồ sơ:** kiểm tra lại hồ sơ bệnh án.

**2. Kiểm tra người bệnh:**

- Các chức năng sống (mạch, huyết áp, SPO2 và ý thức) xem có thể tiến hành thủ thuật được không.

- Đối chiếu tên, tuổi, chẩn đoán bệnh.

**3. Thực hiện kỹ thuật**

− Điều dưỡng đeo khẩu trang, đội mũ, rửa sạch tay.

− Mở dụng cụ vô trùng.

− Đặt dụng cụ lên khu vực đã được khử trùng trước đó.

− Mở các túi gạc sạch và gạc được thấm dung dịch sát khuẩn.

− Chuẩn bị dung dịch trong các cốc vô trùng: nước muối sinh lý hoặc nước muối sinh lý với thuốc được chỉ định.

− Đặt săng vô trùng giữa hai chân.

− Rửa tay bằng cồn.

− Đeo găng vô trùng.

− Đặt sonde tiểu nếu người bệnh chưa có sonde bàng quang.

− Nếu người bệnh đã có sonde bàng quang: kẹp sonde phía trên vị trí đầu sonde nối với túi nước tiểu (không kẹp trực tiếp vào sonde mà quấn gạc vào sonde rồi kẹp để tránh làm hỏng

sonde).  
− Dùng gạc thấm dung dịch sát khuẩn để tháo sonde ra khỏi túi đựng nước tiểu và sát khuẩn đầu sonde.

− Đặt đầu sonde lên khay quả đậu vô trùng, dùng băng dính cố định đầu sonde vào khay quả đậu.

− Che đầu túi đựng nước tiểu bằng 1 miếng gạc sạch thấm dung dịch sát khuẩn.

− Cắm bơm tiêm nước muối vào đầu sonde.

− Tháo kẹp ở sonde.

− Bơm từ từ 50ml nước muối sinh lý vào bàng quang rồi hút ra hoặc kết nối đầu sonde với chai nước muối sinh lý 1000 ml (chai này được treo trên cọc truyền). Nòng còn lại của sonde bàng quang được nối với bộ dây truyền huyết thanh thứ 2 rồi thả vào túi đựng nước tiểu. Làm như vậy nhiều lần cho đến khi nước ra trong.

− Kẹp sonde lại và rút bơm tiêm ra

− Nối lại sonde vào túi nước tiểu

− Tháo kẹp sonde, kiểm tra xem có nước tiểu chảy ra không

− Đưa người bệnh trở lại vị trí và tư thế ban đầu.

− Ghi vào phiếu theo dõi: màu sắc dịch rửa bàng quang, có cục máu đông không, thể tích dịch rửa.

Ghi hồ sơ**:**

− Ngày giờ rửa bàng quang.

− Dung dịch rửa, số lượng dịch.

− Tính chất, màu sắc nước chảy ra.

− Tình trạng của người bệnh trong và sau khi rửa.

− Tên người tiến hành.

**V.THEO DÕI**

- Trong 24-48 giờ:

+ Nhiệt độ, huyết áp, toàn trạng.

+ Theo dõi tính chất, màu sắc, số lượng nước tiểu.

+ Tình trạng bụng (đau, phản ứng thành bụng).

**VI.TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ**

- Chấn thương niệu đạo và bàng quang nặng có thể gây thủng bàng quang.

- Nhiễm trùng ngược dòng lên bể thận => người bệnh cần theo dõi xét nghiệm nước tiểu,dấu hiệu lâm sàng,và điều trị kháng sinh tích cực khi phát hiện.

- Giảm đau nếu người bệnh đau nhiều.

- Dặn người bệnh uống nhiều nước.

- Khi đái máu nhiều có thể phải truyền máu.

- Khi có thủng bàng quang phải can thiệp ngoại khoa.

## 11. NỘI SOI SINH THIẾT NIỆU ĐẠO

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Sinh thiết niệu đạo là một kỹ thuật thường được tiến hành đồng thời khi nội soi niệu đạo bàng quang chẩn đoán nhằm xác định các tổn thương, u, viêm đặc hiệu (lao,giang mai…) hoặc không đặc hiệu.

**II. CHỈ ĐỊNH**

− Các tổn thương u.

− Các tổn thương viêm mạn tính…

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

− Rối loạn đông máu nặng

− Nhiễm trùng đường tiết niệu cấp tính.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

− Bác sĩ: 01 bác sĩ.

− Điều dưỡng: 01

**2. Phương tiện**

− Máy nội soi bàng quang ống cứng và nguồn sáng tương ứng.

− Máy ghi hình.

− Bàn soi bàng quang.

− Vật tư tiêu hao:

+ Dung dịch cố định mảnh sinh thiết (thường là dung dịch formol).

+ Dung dịch sát khuẩn: betadin 10% hoặc thuốc đỏ.

+ Gel xylocain và chlorhexadin.

+ Gạc vô trùng: 05 miếng

+ Panh vô trùng: 01 chiếc

+ Kìm sinh thiết niệu đạo, bàng quang: 01 cái

+ Găng vô trùng: 02 đôi

+ 2-5 lít nước muối sinh lý hoặc nước cất

+ Săng có lỗ vô trùng: 01 cái

**3. Người bệnh**

Người bệnh được giải thích rõ về chỉ định, quá trình diễn ra cũng như biến chứngcó thể xảy ra của thủ

thuật.

-Cho ký cam đoan trước khi tiến hành phẫu thuật

**4. Hồ sơ bệnh án**

Bệnh án được hoàn thiện với các thủ tục dành cho người bệnh tiến hành làm thủ thuật: hồ sơ đã duyệt can thiệp thủ thuật, giấy cam đoan có ký xác nhận của người bệnh hoặc người nhà.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Kiểm tra hồ sơ:** kiểm tra lại hồ sơ bệnh án.

**2. Kiểm tra người bệnh:**

- Các chức năng sống (mạch, huyết áp, SPO2 và ý thức) xem có thể tiến hành thủ thuật được không.

- Đối chiếu tên, tuổi, chẩn đoán bệnh.

**3. Thực hiện kỹ thuật**

− Người bệnh nằm ở tư thế sản khoa.

− Người bệnh được tiền mê ,giảm đau hoặc gây tê tủy sống

− Soi kiểm tra: đặt máy soi bàng quang, cho nước kiểm tra tình trạng niệu đạo,

− Khi nghi ngờ có tổn thương, tiến hành sinh thiết.

− Sau khi rút kìm sinh thiết, quan sát mảnh sinh thiết, cho vào dung dịch cố định.

− Quan sát lại niệu đạo đặc biệt vị trí sinh thiết để đánh giá tình trạng chảy máu.

− Ghi hồ sơ

**VI. THEO DÕI**

Trong 24-48 giờ:

− Theo dõi tính chất, màu sắc, số lượng nước tiểu.

− Tình trạng bụng (đau, phản ứng thành bụng).

− Nhiệt độ, huyết áp, toàn trạng.

**VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ**

**1. Chảy máu**

Theo dõi, dùng thuốc cầm máu, truyền máu trong trường hợp mất quá nhiều máu.

**2. Nhiễm khuẩn**

Do có nhiễm khuẩn cũ hoặc nhiễm khuẩn do làm thủ tục kéo dài và không vô  
khuẩn tuyệt đối: điều trị kháng sinh và theo dõi.

## 12. NỘI SOI BÀNG QUANG ĐẶT UPR, ĐẶT CATHETER NIỆU QUẢN

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Chụp UPR là phương pháp chụp hệ tiết niệu ngược dòng qua catheter đưa lên niệu quản bơm thuốc cản quang vào hệ tiết niệu. Bằng phương pháp này thuốc cản quang được đưa trực tiếp vào bể thận, thuốc không bị pha loãng, nên đài bể thận hiện rõ.Tuy nhiên phương pháp này chỉ đánh giá được hình thái đài-bể thận mà không biết được chức năng thận.

**II. CHỈ ĐỊNH**

− Hẹp hoặc tắc niệu quản do sỏi hoặc các nguyên nhân khác: nhằm đánh giá hình thái đài - bể thận, niệu quản trong trường hợp chụp thận thuốc tĩnh mạch không ngấm hoặc người bệnh có chống chỉ định chụp UIV.

− Tìm các đường dò lưu thông từ hệ thống bạch huyết sang xoang thận trong các trường hợp đái dưỡng chấp.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

**1. Khi có nhiễm khuẩn đường niệu**

Viêm bàng quang, viêm niệu đạo vì dễ gây viêm bể thận ngược dòng.

**2. Dị ứng thuốc cản quang**

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

01 bác sĩ, 01 điều dưỡng, 01 kỹ thuật viên Xquang, Kíp gây mê trong một số trường hợp cần thiết.

**2. Phương tiện, dụng cụ**

− Máy Xquang.

− Máy soi bàng quang cứng (kim loại) hoặc mềm (sợi).

− Bộ cáp quang dẫn truyền hình ảnh và màn hình video.

− Nguồn ánh sáng lạnh.

− Nguồn nước vô trùng và hệ thống dẫn nước vào máy.

− Catheter các cỡ để chụp thận ngược dòng.

− Bàn soi bàng quang

− Thuốc cản quang tan trong nước (Telebrix,..): 01 lọ

− Găng vô trùng: 02 đôi

− Cồn betadin sát trùng: 01 lọ

− Gạc vô trùng: 02 gói

− Kẹp vô trùng: 01 cái

− Quần áo mổ: 02 bộ

− Mũ, khẩu trang: 02 bộ

− Thuốc giảm đau (Felden, mobic, ...), gây tê tại chỗ (Xylocain).

− Thuốc tiền mê hay gây mê toàn thân tùy từng trường hợp cụ thể.

**3. 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..

- Nhịn ăn uống trước mổ 6 giờ,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.

-Cho ký cam đoan trước khi tiến hành phẫu thuật. thủ thuật

**4. Hồ sơ bệnh án**

Bệnh án được hoàn thiện với các thủ tục dành cho người bệnh tiến hành làm thủ thuật: hồ sơ đã duyệt can thiệp thủ thuật, giấy cam đoan có ký xác nhận của người bệnh hoặc người nhà.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Kiểm tra hồ sơ:** kiểm tra lại hồ sơ bệnh án.

**2. Kiểm tra người bệnh:**

- Các chức năng sống (mạch, huyết áp, SPO2 và ý thức) xem có thể tiến hành thủ thuật được không.

- Đối chiếu tên, tuổi, chẩn đoán bệnh.

**3. Thực hiện kỹ thuật**

− Giảm đau cho người bệnh: tiêm thuốc giảm đau trước khi tiến hành thủ thuật (Felden, mobic...), gây tê tại chỗ bằng xylocain (thường dùng loại gel) bơm qua đường niệu đạo hoặc người bệnh sẽ được tiến hành gây tê tuỷ sống.

− Người bệnh nằm theo tư thế sản khoa.

− Soi kiểm tra: đặt máy soi bàng quang, cho nước vào bàng quang kiểm tra tình trạng bàng quang, xác định vị trí 2 lỗ niệu quản và quan sát tình trạng lỗ niệu quản cần đặt UPR.

− Đưa catheter ngược dòng từ niệu đạo vào bàng quang lên niệu quản khoảng  
5- 7cm qua ống soi bàng quang, bơm 07- 15ml dung dịch thuốc cản quang qua catheter rồi chụp phim thứ nhất ngay sau khi bơm thuốc và phim thứ hai sau 5 phút.

- Đặt sonde tiểu sau khi kết thúc phẫu thuật nếu bệnh nhân được tiến hành gây tê tuỷ sống.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ**:**

Có thể thấy các hình ảnh bất thường:

− Thấy rõ hình ảnh đài-bể thận-niệu quản với các hình ảnh bệnh lý như phần chụp UIV đã mô tả.

− Xác định vị trí các dị vật hoặc các đoạn chít tắc trên thận hoặc

− Thấy được các đường rò từ hệ bạch huyết vào xoang thận.

**VII. BIẾN CHỨNG VÀ XỨ TRÍ**

− Nhiễm khuẩn ngược dòng: uống nhiều nước và sử dụng kháng sinh.

− Đái máu vi thể: không cần xử trí. Đái máu đại thể: sử dụng thuốc cầm máu, truyền máu nếu cần.

− Thủng niệu quản: can thiệp ngoại khoa.

## 13. NỘI SOI NIỆU QUẢN CHẨN ĐOÁN

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Nội soi niệu quản chẩn đoán là kỹ thuật dùng ống soi niệu quản để nội soi ngược dòng qua niệu đạo vào bàng quang và lên niệu quản, có thể tới đài - bể thận, nhờ hệ thống camera giúp quan sát và chẩn đoán các bệnh lý đường tiết niệu cao. Đây là phương pháp có nhiều ưu điểm, dần được ứng dụng rộng rãi và mang lại hiệu quả cao trong chẩn đoán nhiều bệnh lý trên đường tiết niệu.

**II. CHỈ ĐỊNH**

Chẩn đoán nguyên nhân và vị trí đái máu đại thể từ đường tiết niệu cao chưa rõ nguyên nhân.

Chẩn đoán hẹp niệu quản hoặc hẹp khúc nối bể thận - niệu quản mà các kỹ thuật chẩn đoán hình ảnh khác (chụp UIV, chụp UPR) không rõ chẩn đoán.

Chẩn đoán các khối u trong lòng niệu quản.

Lấy bệnh phẩm làm xét nghiệm tế bào học hoặc mô bệnh học qua soi niệu quản.

 III. **CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Rối loạn đông máu.

Nhiễm khuẩn đường tiết niệu đang trong giai đoạn cấp chưa được điều trị hiệu quả.

Người bệnh có bệnh lý nội khoa nặng như bệnh lý tim mạch (tăng huyết áp, suy tim nặng), hô hấp, nội tiết… có nguy cơ khi gây mê hoặc gây tê.

Người bệnh bị bệnh xương khớp không nằm được tư thế sản khoa.

Hẹp niệu đạo không đặt được ống soi.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

01 bác sĩ chuyên khoa (bác sĩ chính).

01 bác sĩ phụ.

01 bác sĩ gây mê.

01 kỹ thuật viên gây mê.

01 điều dưỡng phụ dụng cụ.

01 điều dưỡng chăm sóc và theo dõi người bệnh.

**2. Phương tiện**

Máy nội soi niệu quản ống mềm đường kính 6,5 - 9,5 Fr với ống soi niệu quản, nguồn sáng, camera, dây dẫn (guidewire).

Các dụng cụ phục vụ cho kỹ thuật chẩn đoán: kìm sinh thiết...

Sonde JJ (double J) hoặc sonde plastic kích thước 6 - 8 Fr x 01 bộ.

**3. Người bệnh**

Khám bệnh và làm các xét nghiệm cơ bản:

Xét nghiệm máu: công thức máu, nhóm máu, chức năng đông máu, sinh hóa máu, HBsAg, anti HIV, anti HCV. +Tổng phân tích nước tiểu.

Siêu âm bụng tổng quát.

Chụp X quang: hệ tiết niệu không chuẩn bị, UIV, tim phổi...

Giải thích cho gia đình trẻ về thủ thuật, mục đích và tai biến có thể xảy ra, cho viết giấy cam đoan.

Động viên người bệnh yên tâm điều trị.

Nhịn ăn uống trước khi nội soi 6 giờ và thụt tháo sạch phân.

Dùng kháng sinh dự phòng trước khi nội soi.

**4. Hồ sơ bệnh án**

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án**

Đối chiếu họ tên, tuổi người bệnh, chú ý các chống chỉ định.

**2. Kiểm tra người bệnh**

Đã được giải thích kỹ, vệ sinh, thụt tháo sạch.

**3. Thực hiện kỹ thuật**

* Thực hiện tại phòng vô trùng.
* Người bệnh nằm tư thế sản khoa.
* Người bệnh được tiền mê kỹ, gây tê tủy sống hoặc gây mê nội khí quản.
* Sát khuẩn bộ phận sinh dục và trải vải mổ vô trùng.
* Đặt ống soi niệu quản vào bàng quang.
* Xác định lỗ niệu quản bên có chỉ định soi.
* Đặt dây dẫn (guidewire) vào niệu quản.
* Đặt ống soi vào niệu quản theo dây dẫn, khi ống soi đã vào niệu quản thì rút dần dây dẫn ra.
* Nhờ camera quan sát niệu quản để chẩn đoán các bất thường tại niệu quản, có thể tới đài – bể thận;
* Trước khi rút ống soi thì đặt lại dây dẫn để dẫn đường cho sonde niệu quản.
* Đặt sonde niệu quản theo dây dẫn, có thể đặt bằng sonde plastic hoặc sonde double J.
* Rút guidewire và ống soi ra ngoài, đặt sonde bàng quang qua đường niệu đạo và kết thúc thủ thuật.

 VI. **TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ**

**1. Tổn thương niệu quản**

Nếu tổn thương nhỏ, tổn thương niêm mạc niệu quản: chỉ cần đặt sonde niệu quản tốt là đủ và thời gian lưu sonde cần lâu hơn.

Thủng niệu quản: xử trí tùy theo mức độ tổn thương.

**2. Chảy máu**

Thông thường sau nội soi niệu quản có thể có chảy máu nhưng không đáng kể, chỉ cần đặt sonde niệu quản và điều trị nội khoa là đủ.

**3. Nhiễm khuẩn đường tiết niệu ngược dòng**

Cấy nước tiểu và điều trị kháng sinh tùy theo mức độ nhiễm khuẩn.

**4. Biến chứng xa**

Hẹp niệu quản, có thể phải tạo hình niệu quản.

## 14. NỘI SOI NIỆU QUẢN SINH THIẾT

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Nội soi niệu quản sinh thiết là kỹ thuật dùng ống soi niệu quản để nội soi ngược dòng qua niệu đạo vào bàng quang và lên niệu quản, có thể tới đài - bể thận, nhờ hệ thống camera giúp quan sát, sinh thiết chẩn đoán nhằm xác định các tổn thương, u, viêm đặc hiệu (lao,giang mai…) hoặc không đặc hiệu.

**II. CHỈ ĐỊNH**

Chẩn đoán các khối u trong lòng niệu quản.

III. **CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Rối loạn đông máu.

Nhiễm khuẩn đường tiết niệu đang trong giai đoạn cấp chưa được điều trị hiệu quả.

Người bệnh có bệnh lý nội khoa nặng như bệnh lý tim mạch (tăng huyết áp, suy tim nặng), hô hấp, nội tiết… có nguy cơ khi gây mê hoặc gây tê.

Người bệnh bị bệnh xương khớp không nằm được tư thế sản khoa.

Hẹp niệu đạo không đặt được ống soi.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

01 bác sĩ chuyên khoa (bác sĩ chính).

01 bác sĩ phụ.

01 bác sĩ gây mê.

01 kỹ thuật viên gây mê.

01 điều dưỡng phụ dụng cụ.

01 điều dưỡng chăm sóc và theo dõi người bệnh.

**2. Phương tiện**

Máy nội soi niệu quản ống mềm đường kính 6,5 - 9,5 Fr với ống soi niệu quản, nguồn sáng, camera, dây dẫn (guidewire).

Các dụng cụ phục vụ cho kỹ thuật chẩn đoán: kìm sinh thiết...

Dung dịch cố định mảnh sinh thiết (thường là dung dịch formol).

Sonde JJ (double J) hoặc sonde plastic kích thước 6 - 8 Fr x 01 bộ.

**3. Người bệnh**

Khám bệnh và làm các xét nghiệm cơ bản:

Xét nghiệm máu: công thức máu, nhóm máu, chức năng đông máu, sinh hóa máu, HBsAg, anti HIV, anti HCV. +Tổng phân tích nước tiểu.

Siêu âm bụng tổng quát.

Chụp X quang: hệ tiết niệu không chuẩn bị, UIV, tim phổi...

Giải thích cho gia đình trẻ về thủ thuật, mục đích và tai biến có thể xảy ra, cho viết giấy cam đoan.

Động viên người bệnh yên tâm điều trị.

Nhịn ăn uống trước khi nội soi 6 giờ và thụt tháo sạch phân.

Dùng kháng sinh dự phòng trước khi nội soi.

**4. Hồ sơ bệnh án**

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án**

Đối chiếu họ tên, tuổi người bệnh, chú ý các chống chỉ định.

**2. Kiểm tra người bệnh**

Đã được giải thích kỹ, vệ sinh, thụt tháo sạch.

**3. Thực hiện kỹ thuật**

* Thực hiện tại phòng vô trùng.
* Người bệnh nằm tư thế sản khoa.
* Người bệnh được tiền mê kỹ, gây tê tủy sống hoặc gây mê nội khí quản.
* Sát khuẩn bộ phận sinh dục và trải vải mổ vô trùng.
* Đặt ống soi niệu quản vào bàng quang.
* Xác định lỗ niệu quản bên có chỉ định soi.
* Đặt dây dẫn (guidewire) vào niệu quản.
* Đặt ống soi vào niệu quản theo dây dẫn, khi ống soi đã vào niệu quản thì rút dần dây dẫn ra.
* Nhờ camera quan sát niệu quản để chẩn đoán các bất thường tại niệu quản, có thể tới đài – bể thận;
* Khi nghi ngờ có tổn thương, tiến hành sinh thiết. Tùy theo loại tổn thương, vị trí tổn thương mà số điểm sinh thiết khác nhau (thông thường > 2 điểm).
* Sau khi rút kìm sinh thiết, quan sát mảnh sinh thiết, cho vào dung dịch cố định.
* Quan sát lại bàng quang đặc biệt vị trí sinh thiết để đánh giá tình trạng chảy máu.
* Trước khi rút ống soi thì đặt lại dây dẫn để dẫn đường cho sonde niệu quản.
* Đặt sonde niệu quản theo dây dẫn, có thể đặt bằng sonde plastic hoặc sonde double J.
* Rút guidewire và ống soi ra ngoài, đặt sonde bàng quang qua đường niệu đạo và kết thúc thủ thuật.

 VI. **TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ**

**1. Tổn thương niệu quản**

Nếu tổn thương nhỏ, tổn thương niêm mạc niệu quản: chỉ cần đặt sonde niệu quản tốt là đủ và thời gian lưu sonde cần lâu hơn.

Thủng niệu quản: xử trí tùy theo mức độ tổn thương.

**2. Chảy máu**

Thông thường sau nội soi niệu quản có thể có chảy máu nhưng không đáng kể, chỉ cần đặt sonde niệu quản và điều trị nội khoa là đủ.

**3. Nhiễm khuẩn đường tiết niệu ngược dòng**

Cấy nước tiểu và điều trị kháng sinh tùy theo mức độ nhiễm khuẩn.

**4. Biến chứng xa**

Hẹp niệu quản, có thể phải tạo hình niệu quản.

## 15. NỘI SOI BÀNG QUANG SINH THIẾT

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Sinh thiết bàng quang là một kỹ thuật thường được tiến hành đồng thời khi nội soi bàng quang chẩn đoán nhằm xác định các tổn thương, u, viêm đặc hiệu (lao,giang mai…) hoặc không đặc hiệu.

**II. CHỈ ĐỊNH**

− Các tổn thương u.

− Các tổn thương viêm mạn tính…

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

− Rối loạn đông máu nặng

− Nhiễm trùng đường tiết niệu cấp tính.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

− Bác sĩ: 01 bác sĩ.

− Điều dưỡng: 01

**2. Phương tiện**

− Máy nội soi bàng quang ống cứng và nguồn sáng tương ứng.

− Máy ghi hình.

− Bàn soi bàng quang.

− Vật tư tiêu hao:

+ Dung dịch cố định mảnh sinh thiết (thường là dung dịch formol).

+ Dung dịch sát khuẩn: betadin 10% hoặc thuốc đỏ.

+ Gel xylocain và chlorhexadin.

+ Gạc vô trùng: 05 miếng

+ Panh vô trùng: 01 chiếc

+ Kìm sinh thiết bàng quang: 01 cái

+ Găng vô trùng: 02 đôi

+ 2-5 lít nước muối sinh lý hoặc nước cất

+ Săng có lỗ vô trùng: 01 cái

**3. Người bệnh**

Người bệnh được giải thích rõ về chỉ định, quá trình diễn ra cũng như biến chứngcó thể xảy ra của soi bàng quang và sinh thiết bàng quang.

-Cho ký cam đoan trước khi tiến hành phẫu thuật

**4. Hồ sơ bệnh án**

Bệnh án được hoàn thiện với các thủ tục dành cho người bệnh tiến hành làm thủ thuật: hồ sơ đã duyệt can thiệp thủ thuật, giấy cam đoan có ký xác nhận của người bệnh hoặc người nhà.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Kiểm tra hồ sơ:** kiểm tra lại hồ sơ bệnh án.

**2. Kiểm tra người bệnh:**

- Các chức năng sống (mạch, huyết áp, SPO2 và ý thức) xem có thể tiến hành thủ thuật được không.

- Đối chiếu tên, tuổi, chẩn đoán bệnh.

**3. Thực hiện kỹ thuật**

− Người bệnh nằm ở tư thế sản khoa.

− Người bệnh được tiền mê ,giảm đau hoặc gây tê tủy sống

− Soi kiểm tra: đặt máy soi bàng quang, cho nước và bàng quang kiểm tra tình trạng bàng quang, niệu đạo, hai lỗ niệu quản.

− Khi nghi ngờ có tổn thương, tiến hành sinh thiết.

− Sau khi rút kìm sinh thiết, quan sát mảnh sinh thiết, cho vào dung dịch cố định.

− Quan sát lại bàng quang đặc biệt vị trí sinh thiết để đánh giá tình trạng chảy máu.

− Đặt sonde tiểu cho bệnh nhân nếu bệnh nhân được gây tê tủy sống. \

- Ghi hồ sơ

**VI. THEO DÕI**

Trong 24-48 giờ:

− Theo dõi tính chất, màu sắc, số lượng nước tiểu.

− Tình trạng bụng (đau, phản ứng thành bụng).

− Nhiệt độ, huyết áp, toàn trạng.

**VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ**

**1. Thủng bàng quang**

Rất ít xảy ra, xử trí ngoại khoa.

**2. Chảy máu**

Theo dõi, dùng thuốc cầm máu, truyền máu trong trường hợp mất quá nhiều máu.

**3. Nhiễm khuẩn**

Do có nhiễm khuẩn cũ hoặc nhiễm khuẩn do làm thủ tục kéo dài và không vô

khuẩn tuyệt đối: điều trị kháng sinh và theo dõi.

**VIII. BỎNG**

**16. THAY BĂNG ĐIỀU TRỊ BỎNG NÔNG, TỪ 10% ĐẾN 20% DIỆN TÍCH CƠ THỂ Ở TRẺ EM**

**I. KHÁI NIỆM**

**Mục đích của công tác thay băng**

Làm sạch vết bỏng, loại bỏ dịch, mủ ứ đọng, cắt lọc hoại tử hoặc chuẩn bị nền ghép da, ... để hỗ trợ cho vết bỏng nhanh liền.

Sử dụng các thuốc điều trị tại chỗ: chống nhiễm khuẩn, kích thích hình thành mô hạt và tạo điều kiện tốt cho việc biểu mô hóa liền vết bỏng.

Bổ sung chẩn đoán diện tích, độ sâu và theo dõi diễn biến tại vết bỏng.

Yêu cầu công tác thay băng

Đảm bảo vô khuẩn, chống lây chéo, nhẹ nhàng tỷ mỷ.

Chống đau đớn, không gây chảy máu hoặc làm bong mảnh da ghép.

Công tác thay băng nên tiến hành khi trạng thái toàn thân tạm ổn định. Với người bệnh bỏng nặng, tiến hành thay băng khi đã kiểm soát được tình trạng hô hấp, tuần hoàn.

**Trẻ bị bỏng 10%- 19% diện tích cơ thể** thuộc nhóm bỏng mức độ vừa, có thể vẫn có diễn biến nặng. Quá trình thay băng vẫn đòi hỏi theo dõi chặt chẽ, nên được giảm đau hoặc gây mê.

**II. CHỈ ĐỊNH**

Thay băng vết thương bỏng mới để xử trí kỳ đầu.

Thay băng điều trị người bệnh bỏng thường kỳ, tùy theo tình trạng vết thương mà quyết định áp dụng liệu pháp thay băng:

Vết thương ô nhiễm nặng (nhiều dịch, mủ,...): Thay băng ngày 2 lần hoặc hàng ngày.

Vết bỏng ít ô nhiễm (sạch, ít tiết dịch): thay băng cách ngày.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Đang có các dấu hiệu đe dọa chức năng sống như suy hô hấp, trụy tim mạch, shock.. (cần ưu tiên hồi sức tổng hợp, khi kiểm soát cơ bản được chức năng sống tiến hành thay băng).

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

Kíp thay băng tối thiểu 3 người: 1 bác sĩ điều trị, 2 điều dưỡng chuyên khoa bỏng hay chấn thương (1 hữu trùng giúp ngoài, 1 vô trùng), được đào tạo.

Kíp gây mê (nếu cần): Bác sỹ gây mê và kỹ thuật viên gây mê.

2. Phương tiện

**Dụng cụ**

Mỗi người bệnh cần thay băng theo khẩu phần riêng, bao gồm cơ bản:

Khay quả đậu, bông, băng, gạc, vải vô khuẩn.

Nỉa có mấu và không mấu, kéo cong, kéo thẳng, găng tay. Nên có sẵn những dụng cụ cầm máu như pince, kìm cầm kim...

Xô đựng đồ bẩn.

Thuốc thay băng bỏng

Các dung dịch sát khuẩn dùng để rửa vết bỏng: Dung dịch Natriclorid 0,9%; dung dịch becberin 1%; dung dịch PVP iodine 10%, ngoài ra có thể dùng dung dịch acid boric 2-4%; nitrat bạc 0,5%,…

- Các thuốc bỏng dùng tại chỗ:

Thuốc có tác dụng kháng khuẩn: Các thuốc có chứa silver sulfadiazin (SSD) 1%, thuốc chứa bạc như nitrat bạc hoặc chứa bạc kích thước nano, thuốc acid boric; thuốc kháng sinh dùng ngoài... Các thuốc nam có tác dụng kháng khuẩn như mỡ Maduxin; mỡ Eupoline; cream berberin,...

Thuốc tăng cường quá trình tái tạo, biểu mô hóa như Biafine; cream Dampomade; mật ong, cream rau má, nghệ (cream nghệ...); thuốc chứa các yếu tố tăng trưởng (các GF: growth factor), thuốc tạo môi trường ẩm như Vaseline; thuốc chứa corticoid, chứa các yếu tố cần thiết cho liền vết thương như oxyd kẽm...

Các thuốc tạo màng che phủ vết bỏng mới như B76 (theo quy trình riêng).

Các thuốc hoặc vật liệu giúp cầm máu tại chỗ như spongel, dung dịch adrenalin...

Các vật liệu thay thế da tạm thời: da đồng loại; da dị loại (trung bì da lợn; da ếch…); các tấm tế bào nuôi cấy (tấm nguyên bào sợi…); màng collagen; các vật liệu sinh học và tổng hợp khác… Các băng vết thương có thuốc: vật liệu nano, các băng vết thương vật liệu hydrocoloid…

Việc sử dụng các thuốc và vật liệu do bác sỹ chỉ định theo tính chất vết thương.

3. Người bệnh

Giải thích động viên người bệnh

Dặn người bệnh nhịn ăn trước 6 giờ nếu phải gây mê.

Thử phản ứng thuốc (nếu cần)

Kiểm tra mạch, nhiệt độ, huyết áp, tình trạng hô hấp…

Địa điểm thay băng

Buồng thay băng hoặc buồng bệnh có đủ các trang bị hồi sức: máy thở; nguồn cung cấp oxy; máy hút; monitor theo dõi người bệnh; các dụng cụ và thuốc cấp cứu cần thiết khác.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Vô cảm**: Sử dụng thuốc giảm đau hoặc có thể gây mê (theo quy trình riêng).

**2. Kỹ thuật**

Bảo đảm quy định vô khuẩn trong thay băng: Nhân viên kíp thay băng rửa tay vô trùng; mặc quần áo mũ, khẩu trang vô trùng; đi găng vô trùng. Dụng cụ thay băng vô khuẩn, mỗi người bệnh phải dùng riêng để tránh lây chéo.

Bác sĩ điều trị: trực tiếp và chỉ đạo công tác thay băng để đánh giá vết thương, chỉ định các thuốc hay vật liệu thay thế da dùng tại chỗ vết bỏng và xử TRÍ vết thương bỏng cùng với kíp thay băng.

Bác sỹ và 3 điều dưỡng vô trùng sẽ thực hiện các kỹ thuật vô trùng còn 1 điều dưỡng hữu trùng sẽ giúp ngoài, chủ động theo dõi tình trạng người bệnh trong quá trình thay băng.

*Bước 1: Tháo bỏ băng cũ và các lớp gạc phía ngoài*

Điều dưỡng hữu trùng đưa người bệnh vào buồng băng, để nằm trên bàn thay băng (hoặc giường bệnh); dùng nỉa kéo cắt bỏ băng cũ, tháo bỏ các lớp gạc phía ngoài, để lại lớp gạc trong cùng.

Dùng dung dịch nước muối sinh lý vô trùng làm ẩm lớp gạc trong cùng.

*Bước 2: Bóc bỏ lớp gạc trong cùng và làm sạch vết bỏng*

Điều dưỡng vô trùng bóc bỏ lớp gạc trong cùng (gỡ miếng gạc song song với mặt da), chú ý nhẹ nhàng để không gây chảy máu và đau đớn cho người bệnh.

Dùng gạc mềm hoặc bông cầu vô trùng tẩm dung dịch nước muối rửa (hoặc các dung dịch sát khuẩn có chỉ định) để rửa vết bỏng; lấy bỏ giả mạc, dị vật; cắt lọc các hoại tử đang rụng hoặc còn sót lại sau phẫu thuật (nếu có).

Xử trí vòm nốt phổng: nếu vòm nốt phổng còn nguyên vẹn, chưa bị nhiễm khuẩn: trích rạch, cắt thủng nốt phỏng, tháo bỏ dịch nốt phổng, cố gắng giữ lại vòm nốt phỏng, sau đó băng ép lại. Nếu nốt phổng đã nhiễm khuẩn: cắt bỏ, tháo dịch nốt phổng.

Trong khi thay băng, nếu chảy máu: đắp gạc tẩm nước muối ấm hoặc tẩm dung dịch adrenalin 1/200.000, hoặc bằng các biện pháp như đốt điện, thắt buộc mạch máu...

Rửa lại vết bỏng bằng dung dịch sát khuẩn. Thấm khô.

*Bước 3: Sử dụng thuốc tại chỗ vết bỏng*

Căn cứ vào diễn biến, tình trạng vết thương mà người bác sỹ sẽ quyết định sử dụng thuốc điều trị tại chỗ tổn thương bỏng.

Điều dưỡng vô trùng chuẩn bị các thuốc hoặc vật liệu thay thế da dùng tại chỗ. Sau khi đã làm sạch vết bỏng, sử dụng thuốc tại chỗ vết bỏng theo một trong các cách sau:

+ Bôi thuốc trực tiếp lên vết bỏng một lớp đủ dày, kín hết vùng tổn thương bỏng, sau đó đắp một lớp gạc vô trùng bên ngoài. Nên đắp tiếp một lớp gạc tẩm vaseline bên ngoài lớp gạc trong cùng. Sau đó đắp vài lớp gạc vô trùng theo kiểu lợp ngói (độ dày của gạc tùy thuộc tình trạng dịch xuất tiết, mủ vết thương, thường từ 4-6 lớp gạc).

+ Tẩm thuốc vào một lớp gạc rồi đắp lên vết bỏng sao cho mép các tấm gạc chồng một phần lên nhau; đắp một lớp gạc tẩm vaseline chồng lên lớp gạc thuốc; đắp vài lớp gạc vô trùng theo kiểu lợp ngói (độ dày của gạc tùy thuộc tình trạng dịch xuất tiết, mủ vết thương, thường từ 4-6 lớp gạc).

+ Các vật liệu thay thế da tạm thời được lấy khỏi túi đựng vô khuẩn, tạo các khía hay các lỗ thủng để thoát dịch và khí, ngâm trong dung dịch nước muối vô khuẩn trước khi sử dụng.

Đắp các tấm vật liệu thay thế da tạm thời lên nền vết bỏng sao cho chúng bám sát vào vết bỏng, không để dịch hay khí ứ đọng phía dưới.

Đắp một lớp gạc tẩm dung dịch kháng sinh hay dung dịch betadine 3% lên các tấm vật liệu thay thế da; đắp tiếp một lớp gạc tẩm vaseline bên ngoài lớp gạc thuốc và vài lớp (2-4-6 lớp) gạc khô ngoài cùng theo kiểu lợp ngói.

*- Bước 4: Băng vết bỏng, đưa người bệnh về giường và theo dõi sau thay băng*

Điều dưỡng giúp ngoài băng lại vết bỏng bằng băng cuộn hoặc băng lưới, không băng quá chặt làm ảnh hưởng đến lưu thông tuần hoàn của người bệnh.

Đưa người bệnh về giường, kiểm tra lại các chỉ số hô hấp, mạch, nhiệt độ, huyết áp của người bệnh và bàn giao cho điều dưỡng buồng bệnh.

Lưu ý:

Trong các thì thay băng vô trùng cần tiến hành theo nguyên tắc: thay băng vùng bỏng ở đầu mặt cổ trước, tiếp đến chi thể và thân, sau cùng là vùng tầng sinh môn. Thay băng vùng bỏng không hoặc ít bị nhiễm khuẩn trước vùng nhiễm khuẩn hoặc nhiễm khuẩn nặng sau.

Tùy theo tính chất vết bỏng mà sau khi thay băng vết bỏng đó có thể được băng kín hay để bán hở (chỉ để một lớp gạc thuốc trong cùng sau đó làm khô vết bỏng cho đến khi vết bỏng tự liền).

**VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

**1. Toàn thân**

Theo dõi trạng thái toàn thân, mạch, nhiệt độ, huyết áp…sau thay băng chặt chẽ, kịp thời phát hiện trạng thái sốc, đe dọa sốc để xứ lý.

Người bệnh choáng, ngất trong và sau thay băng: Tạm dừng thay băng, đặt nằm chỗ thoáng, mát, cho thở oxy, thuốc trợ tim. Khi người bệnh tỉnh, trở lại trạng ổn định cho phép mới thay băng tiếp.

Theo dõi tác dụng phụ của thuốc giảm đau toàn thân hoặc theo dõi chung sau gây mê để xử trí kịp thời như tình trạng ngừng thở ngừng tim, nôn…

Trẻ sau thay băng, gây mê thay băng ở nhóm này có thể gặp nôn trớ, nguy cơ gây suy hô hấp. Đặt trẻ nằm ngửa, đầu nghiêng về 1 bên. Lau hút sạch đờm dãi, trợ hô hấp, thở oxy, nếu cần đặt nội khí quản bóp bóng hay thở máy hỗ trợ. Khi trẻ tỉnh, trở lại trạng ổn định cho phép mới thay băng tiếp.

- Tình trạng đau đớn sau thay băng như kêu đau, rét run hoặc sốt cao: tiếp tục dùng giảm đau, ủ ấm, hạ sốt…

2. Tại chỗ

Tụt băng gạc để lộ vết thương: tiến hành băng bó bổ xung.

Tình trạng băng quá chặt gây phù nề, chèn ép vùng bỏng: hay gặp khi thay băng trong 3 ngày đầu (vết bỏng vẫn tiếp tục phù nề) hoặc sau phẫu thuật ghép da: nới băng, thậm chí kiểm tra rạch hoại tử giải phóng chèn ép khi có chỉ định (theo quy trình riêng)

Chảy máu: Thay băng lại vùng chảy máu, đắp nước muối ấm, băng ép hoặc khâu cầm máu nếu cần, lấy sạch máu cục, đắp lại gạc thuốc, gạc vaseline và gạc khô, băng ép.

## 17. THAY BĂNG ĐIỀU TRỊ BỎNG SÂU, DƯỚI 5% DIỆN TÍCH CƠ THỂ Ở TRẺ EM

**I. KHÁI NIỆM**

**Mục đích của công tác thay băng**

Làm sạch vết bỏng, loại bỏ dịch, mủ ứ đọng, cắt lọc hoại tử hoặc chuẩn bị nền ghép da, ... để hỗ trợ cho vết bỏng nhanh liền.

Sử dụng các thuốc điều trị tại chỗ: chống nhiễm khuẩn, kích thích hình thành mô hạt và tạo điều kiện tốt cho việc biểu mô hóa liền vết bỏng.

Bổ sung chẩn đoán diện tích, độ sâu và theo dõi diễn biến tại vết bỏng.

Yêu cầu công tác thay băng

Đảm bảo vô khuẩn, chống lây chéo, nhẹ nhàng tỷ mỷ.

Chống đau đớn, không gây chảy máu hoặc làm bong mảnh da ghép.

Công tác thay băng nên tiến hành khi trạng thái toàn thân tạm ổn định. Với người bệnh bỏng nặng, tiến hành thay băng khi đã kiểm soát được tình trạng hô hấp, tuần hoàn.

**Trẻ bị bỏng dưới 5% diện tích cơ thể** thuộc nhóm bỏng sâu mức độ nhẹ và vừa, vẫn có thể có diễn biến nặng.

**II. CHỈ ĐỊNH**

Thay băng vết thương bỏng mới để xử trí kỳ đầu.

Thay băng điều trị người bệnh bỏng thường kỳ, tùy theo tình trạng vết thương mà quyết định áp dụng liệu pháp thay băng:

Vết thương ô nhiễm nặng (nhiều dịch, mủ,...): Thay băng ngày 2 lần hoặc hàng ngày.

Vết bỏng ít ô nhiễm (sạch, ít tiết dịch): thay băng cách ngày.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Đang có các dấu hiệu đe dọa chức năng sống như suy hô hấp, trụy tim mạch, shock.. (cần ưu tiên hồi sức tổng hợp, khi kiểm soát cơ bản được chức năng sống tiến hành thay băng).

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

Kíp thay băng tối thiểu 3 người: 1 bác sĩ điều trị, 2 điều dưỡng chuyên khoa bỏng hay chấn thương (1 hữu trùng giúp ngoài, 1 vô trùng), được đào tạo.

Kíp gây mê (nếu cần): Bác sỹ gây mê và kỹ thuật viên gây mê.

2. Phương tiện

**Dụng cụ**

Mỗi người bệnh cần thay băng theo khẩu phần riêng, bao gồm cơ bản:

Khay quả đậu, bông, băng, gạc, vải vô khuẩn.

Nỉa có mấu và không mấu, kéo cong, kéo thẳng, găng tay. Nên có sẵn những dụng cụ cầm máu như pince, kìm cầm kim...

Xô đựng đồ bẩn.

Thuốc thay băng bỏng

Các dung dịch sát khuẩn dùng để rửa vết bỏng: Dung dịch Natriclorid 0,9%; dung dịch becberin 1%; dung dịch PVP iodine 10%, ngoài ra có thể dùng dung dịch acid boric 2-4%; nitrat bạc 0,5%,…

Các thuốc bỏng dùng tại chỗ:

Thuốc có tác dụng kháng khuẩn: Các thuốc có chứa silver sulfadiazin (SSD) 1%, thuốc chứa bạc như nitrat bạc hoặc chứa bạc kích thước nano, thuốc acid boric; thuốc kháng sinh dùng ngoài... Các thuốc nam có tác dụng kháng khuẩn như mỡ Maduxin; mỡ Eupoline; cream berberin,...

Thuốc tăng cường quá trình tái tạo, biểu mô hóa như Biafine; cream Dampomade; mật ong, cream rau má, nghệ (cream nghệ...); thuốc chứa các yếu tố tăng trưởng (các GF: growth factor), thuốc tạo môi trường ẩm như Vaseline; thuốc chứa corticoid, chứa các yếu tố cần thiết cho liền vết thương như oxyd kẽm...

Các thuốc tạo màng che phủ vết bỏng mới như B76 (theo quy trình riêng).

Các thuốc hoặc vật liệu giúp cầm máu tại chỗ như spongel, dung dịch adrenalin...

Các vật liệu thay thế da tạm thời: da đồng loại; da dị loại (trung bì da lợn; da ếch…); các tấm tế bào nuôi cấy (tấm nguyên bào sợi…); màng collagen; các vật liệu sinh học và tổng hợp khác… Các băng vết thương có thuốc: vật liệu nano, các băng vết thương vật liệu hydrocoloid…

Việc sử dụng các thuốc và vật liệu do bác sỹ chỉ định theo tính chất vết thương.

3. Người bệnh

Giải thích động viên người bệnh

Dặn người bệnh nhịn ăn trước 6 giờ nếu phải gây mê.

Thử phản ứng thuốc (nếu cần)

Kiểm tra mạch, nhiệt độ, huyết áp, tình trạng hô hấp…

Địa điểm thay băng

Buồng thay băng hoặc buồng bệnh có đủ các trang bị hồi sức: máy thở; nguồn cung cấp oxy; máy hút; monitor theo dõi người bệnh; các dụng cụ và thuốc cấp cứu cần thiết khác.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Vô cảm**

Sử dụng thuốc giảm đau hoặc có thể gây mê (theo quy trình riêng).

2. Kỹ thuật

Bảo đảm quy định vô khuẩn trong thay băng: Nhân viên kíp thay băng rửa tay vô trùng; mặc quần áo mũ, khẩu trang vô trùng; đi găng vô trùng. Dụng cụ thay băng vô khuẩn, mỗi người bệnh phải dùng riêng để tránh lây chéo.

Bác sĩ điều trị: trực tiếp và chỉ đạo công tác thay băng để đánh giá vết thương, chỉ định các thuốc hay vật liệu thay thế da dùng tại chỗ vết bỏng và xử trí vết thương bỏng cùng với kíp thay băng.

Bác sỹ và 3 điều dưỡng vô trùng sẽ thực hiện các kỹ thuật vô trùng còn 1 điều dưỡng hữu trùng sẽ giúp ngoài, chủ động theo dõi tình trạng người bệnh trong quá trình thay băng.

*Bước 1: Tháo bỏ băng cũ và các lớp gạc phía ngoài*

Điều dưỡng hữu trùng đưa người bệnh vào buồng băng, để nằm trên bàn thay băng (hoặc giường bệnh); dùng nỉa kéo cắt bỏ băng cũ, tháo bỏ các lớp gạc phía ngoài, để lại lớp gạc trong cùng.

Dùng dung dịch nước muối sinh lý vô trùng làm ẩm lớp gạc trong cùng.

*Bước 2: Bóc bỏ lớp gạc trong cùng và làm sạch vết bỏng*

Điều dưỡng vô trùng bóc bỏ lớp gạc trong cùng (gỡ miếng gạc song song với mặt da), chú ý nhẹ nhàng để không gây chảy máu và đau đớn cho người bệnh.

Dùng gạc mềm hoặc bông cầu vô trùng tẩm dung dịch nước muối rửa (hoặc các dung dịch sát khuẩn có chỉ định) để rửa vết bỏng; lấy bỏ giả mạc, dị vật; cắt lọc các hoại tử đang rụng hoặc còn sót lại sau phẫu thuật (nếu có).

Xử trí vòm nốt phổng: nếu vòm nốt phổng còn nguyên vẹn, chưa bị nhiễm khuẩn: trích rạch, cắt thủng nốt phỏng, tháo bỏ dịch nốt phổng, cố gắng giữ lại vòm nốt phỏng, sau đó băng ép lại. Nếu nốt phổng đã nhiễm khuẩn: cắt bỏ, tháo dịch nốt phổng.

Trong khi thay băng, nếu chảy máu: đắp gạc tẩm nước muối ấm hoặc tẩm dung dịch adrenalin 1/200.000, hoặc bằng các biện pháp như đốt điện, thắt buộc mạch máu...

Rửa lại vết bỏng bằng dung dịch sát khuẩn. Thấm khô.

*Bước 3: Sử dụng thuốc tại chỗ vết bỏng*

Căn cứ vào diễn biến, tình trạng vết thương mà người bác sỹ sẽ quyết định sử dụng thuốc điều trị tại chỗ tổn thương bỏng.

Điều dưỡng vô trùng chuẩn bị các thuốc hoặc vật liệu thay thế da dùng tại chỗ. Sau khi đã làm sạch vết bỏng, sử dụng thuốc tại chỗ vết bỏng theo một trong các cách sau:

+ Bôi thuốc trực tiếp lên vết bỏng một lớp đủ dày, kín hết vùng tổn thương bỏng, sau đó đắp một lớp gạc vô trùng bên ngoài. Nên đắp tiếp một lớp gạc tẩm vaseline bên ngoài lớp gạc trong cùng. Sau đó đắp vài lớp gạc vô trùng theo kiểu lợp ngói (độ dày của gạc tùy thuộc tình trạng dịch xuất tiết, mủ vết thương, thường từ 4-6 lớp gạc).

+ Tẩm thuốc vào một lớp gạc rồi đắp lên vết bỏng sao cho mép các tấm gạc chồng một phần lên nhau; đắp một lớp gạc tẩm vaseline chồng lên lớp gạc thuốc; đắp vài lớp gạc vô trùng theo kiểu lợp ngói (độ dày của gạc tùy thuộc tình trạng dịch xuất tiết, mủ vết thương, thường từ 4-6 lớp gạc).

+ Các vật liệu thay thế da tạm thời được lấy khỏi túi đựng vô khuẩn, tạo các khía hay các lỗ thủng để thoát dịch và khí, ngâm trong dung dịch nước muối vô khuẩn trước khi sử dụng.

Đắp các tấm vật liệu thay thế da tạm thời lên nền vết bỏng sao cho chúng bám sát vào vết bỏng, không để dịch hay khí ứ đọng phía dưới.

Đắp một lớp gạc tẩm dung dịch kháng sinh hay dung dịch betadine 3% lên các tấm vật liệu thay thế da; đắp tiếp một lớp gạc tẩm vaseline bên ngoài lớp gạc thuốc và vài lớp (2-4-6 lớp) gạc khô ngoài cùng theo kiểu lợp ngói.

*- Bước 4: Băng vết bỏng, đưa người bệnh về giường và theo dõi sau thay băng*

Điều dưỡng giúp ngoài băng lại vết bỏng bằng băng cuộn hoặc băng lưới, không băng quá chặt làm ảnh hưởng đến lưu thông tuần hoàn của người bệnh.

Đưa người bệnh về giường, kiểm tra lại các chỉ số hô hấp, mạch, nhiệt độ, huyết áp của người bệnh và bàn giao cho điều dưỡng buồng bệnh.

Lưu ý:

Trong các thì thay băng vô trùng cần tiến hành theo nguyên tắc: thay băng vùng bỏng ở đầu mặt cổ trước, tiếp đến chi thể và thân, sau cùng là vùng tầng sinh môn. Thay băng vùng bỏng không hoặc ít bị nhiễm khuẩn trước vùng nhiễm khuẩn hoặc nhiễm khuẩn nặng sau.

Tùy theo tính chất vết bỏng mà sau khi thay băng vết bỏng đó có thể được băng kín hay để bán hở (chỉ để một lớp gạc thuốc trong cùng sau đó làm khô vết bỏng cho đến khi vết bỏng tự liền).

**VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

**1. Toàn thân**

Theo dõi trạng thái toàn thân, mạch, nhiệt độ, huyết áp…sau thay băng.

Người bệnh choáng, ngất trong và sau thay băng: Tạm dừng thay băng, đặt nằm chỗ thoáng, mát, cho thở oxy, thuốc trợ tim. Khi người bệnh tỉnh, trở lại trạng ổn định cho phép mới thay băng tiếp.

Theo dõi tác dụng phụ của thuốc giảm đau toàn thân hoặc theo dõi chung sau gây mê để xử trí kịp thời như tình trạng ngừng thở ngừng tim, nôn…

Trẻ sau thay băng, gây mê thay băng ở nhóm này có thể gặp nôn trớ, nguy cơ gây suy hô hấp. Đặt trẻ nằm ngửa, đầu nghiêng về 1 bên. Lau hút sạch đờm dãi, Trợ hô hấp, thở oxy, nếu cần đặt nội khí quản bóp bóng hay thở máy hỗ trợ. Khi trẻ tỉnh, trở lại trạng ổn định cho phép mới thay băng tiếp.

- Tình trạng đau đớn sau thay băng như kêu đau, rét run hoặc sốt cao: tiếp tục dùng giảm đau, ủ ấm, hạ sốt…

2. Tại chỗ

Tụt băng gạc để lộ vết thương: tiến hành băng bó bổ xung.

Tình trạng băng quá chặt gây phù nề, chèn ép vùng bỏng: hay gặp khi thay băng trong 3 ngày đầu (vết bỏng vẫn tiếp tục phù nề) hoặc sau phẫu thuật ghép da: nới băng, thậm chí kiểm tra rạch hoại tử giải phóng chèn ép khi có chỉ định (theo quy trình riêng)

Chảy máu: Thay băng lại vùng chảy máu, đắp nước muối ấm, băng ép hoặc khâu cầm máu nếu cần, lấy sạch máu cục, đắp lại gạc thuốc, gạc vaseline và gạc khô, băng ép.

## 18. CẮT BỎ HOẠI TỬ TIẾP TUYẾN BỎNG SÂU DƯỚI 3% DIỆN TÍCH CƠ THỂ Ở TRẺ EM

**I. KHÁI NIỆM**

Cắt bỏ hoại tử theo phương pháp tiếp tuyến (hay phương pháp tiệm cận) là phương pháp loại bỏ hoại tử từng lớp đến tiếp giáp với phần mô lành của cơ thể.

Cắt bỏ hoại tử dưới 3% ở trẻ em vẫn đòi hỏi gây mê hồi sức đảm bảo. Đồng thời, phẫu thuât vẫn có nguy cơ như mất máu (có thể gây sốc mất máu). Do đó sau phẫu thuật đòi hỏi theo dõi chặt chẽ, nên có vật liệu che phủ ngay sau cắt, điều trị toàn thân tích cực (nâng đỡ cơ thể, kháng sinh…).

**II. CHỈ ĐỊNH**

Bỏng sâu độ IV (theo cách phân loại bỏng thành 5 độ bỏng)

Toàn trạng thoát sốc ổn định, các xét nghiệm trong giới hạn cho phép phẫu thuật.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Bỏng nông.

Sốc bỏng nặng hoặc toàn trạng không cho phép phẫu thuật.

Cơ sở điều trị không có đủ trang thiết bị phẫu thuật, hồi sức và kỹ thuật chuyên khoa.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

Kíp phẫu thuật viên chuyên khoa bỏng (2-3 bác sỹ).

Kíp gây mê của phòng phẫu thuật (1 bác sỹ gây mê, 1 kỹ thuật viên phụ mê, 1 điều dưỡng vô trùng đưa dụng cụ, 1 điều dưỡng hữu trùng).

**2. Phương tiện**

Bộ dụng cụ cho cuộc mổ trung phẫu bỏng.

Dao chuyên dụng có định mức: Lagrot, Humby, Week...

Dự trù máu phù hợp để truyền trong và sau phẫu thuật.

**3. Người bệnh**

Tư vấn và giải thích để người bệnh, gia đình hiểu và cộng tác với chuyên

môn.

**4. Chuẩn bị hồ sơ, bệnh án** theo quy định.

Thay băng, kiểm tra tổn thương và vệ sinh vùng phẫu thuật.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Chuẩn bị**: tương tự cuộc phẫu thuật loại III vô khuẩn thông thường.

**2. Vô cảm**: gây mê.

3. Kỹ thuật

Thì 1: xử trí vết thương trước khi cắt hoại tử:

Thay băng, bộc lộ tổn thương theo quy định.

Chọn tư thế người bệnh phù hợp với vùng phẫu thuật.

Sát khuẩn vùng tổn thương bằng dung dịch PVP 10%, rửa lại bằng nước muối sinh lý. Thấm khô. Kiểm tra lại tổn thương.

Sát trùng vùng da lành xung quanh bằng cồn 700,

Trải vải vô trùng bộc lộ vùng phẫu thuật.

Thì 2: cắt hoại tử kiểu tiếp tuyến dưới 3%

Dùng dao chuyên dụng (Lagrot, Humby, Week…) đặt mức chiều sâu phù hợp với lớp cắt. Cắt hoại tử từng lớp tới khi tiếp giáp với phần lành (xuất hiện các điểm chảy máu) thì dừng lại.

Cầm máu bằng đắp gạc tẩm adrenalin 1/200.000 hoặc đốt điện, hoặc khâu cầm máu kiểu chữ X (nếu cần).

Rửa lại nền vết thương sau cắt hoại tử bằng dung dịch PVP 3%.

Diện tích một lần phẫu thuật dưới 3% diện tích cơ thể.

Thì 3: Che phủ nền tổn thương sau cắt:

Đắp thuốc kháng khuẩn như Silver Sulfadiazin 1%, Manfenid..., băng kín.

Hoặc che phủ bằng vật liệu thay thế da tạm thời lên nền tổn thương như da đồng loại, dị loại, màng sinh học... Băng gạc khô 5-7 lớp.

Chăm sóc thay băng sau phẫu thuật

Thay băng hàng ngày sau phẫu thuật

Nếu còn hoại tử sót lại có thể cắt lọc tiếp, làm sạch vết bỏng.

Khi có mô hạt đủ tiêu chuẩn ghép da thì tiến hành ghép da.

**VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ BIẾN CHỨNG**

**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.

## 19. CẮT BỎ HOẠI TỬ TOÀN LỚP BỎNG SÂU DƯỚI 1% DIỆN TÍCH CƠ THỂ Ở TRẺ EM

**I. KHÁI NIỆM**

Cắt bỏ hoại tử theo phương pháp toàn lớp (hay phương pháp toàn bộ) là phương pháp loại bỏ toàn bộ hoại tử tới phần mô lành của cơ thể.

Cắt bỏ hoại tử toàn lớp dưới 1% ở trẻ em là phẫu thuật cũng có nguy cơ như mất máu, nguy cơ nhiễm khuẩn. Do đó sau phẫu thuật đòi hỏi theo dõi chặt chẽ, nên có vật liệu che phủ ngay sau cắt.

**II. CHỈ ĐỊNH**

Bỏng độ IV, độ V hoặc các độ bỏng trên xen kẽ (phân loại 5 độ bỏng).

Toàn trạng thoát sốc ổn định, cho phép phẫu thuật, các xét nghiệm trong giới hạn cho phép phẫu thuật.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Bỏng nông.

Sốc bỏng nặng hoặc toàn trạng không cho phép phẫu thuật.

Cơ sở điều trị không có đủ trang thiết bị phẫu thuật, hồi sức và kỹ thuật chuyên khoa.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

Kíp phẫu thuật viên chuyên khoa bỏng (2-3 bác sỹ).

Kíp gây mê của phòng phẫu thuật (1 bác sỹ gây mê, 1 kỹ thuật viên phụ mê, 1 điều dưỡng vô trùng đưa dụng cụ, 1 điều dưỡng hữu trùng).

**2. Phương tiện**

Bộ dụng cụ cho cuộc mổ trung phẫu bỏng.

Dao mổ thường, dao chuyên dụng có định mức: Lagrot, Humby, Week...

Dự trù máu phù hợp để truyền trong và sau phẫu thuật (nếu cần).

**3. Người bệnh**

Tư vấn và giải thích để người bệnh, gia đình hiểu và cộng tác với chuyên

môn.

4. Chuẩn bị hồ sơ, bệnh án theo quy định.

Thay băng, kiểm tra tổn thương và vệ sinh vùng phẫu thuật.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Chuẩn bị**: tương tự cuộc phẫu thuật vô khuẩn loại III thông thường.

**2. Vô cảm**: gây mê hoặc tê khu vực phẫu thuật (theo quy trình riêng).

**3. Kỹ thuật**

Thì 1: Thay băng, bộc lộ tổn thương theo quy định

Chọn tư thế người bệnh phù hợp với vùng phẫu thuật.

Sát khuẩn vùng tổn thương bằng dung dịch PVP 10%, rửa lại bằng nước muối sinh lý. Thấm khô.

Sát khuẩn vùng da lành xung quanh bằng cồn 700.

Trải vải vô trùng bộc lộ vùng phẫu thuật.

Thì 2: cắt hoại tử toàn lớp

Dùng dao mổ thường hoặc dao mổ điện hoặc dao có định mức chiều sâu như lagrot cắt toàn bộ hoại tử tới phần lành.

Cắt hết hoại tử: độ IV cắt tới mỡ lành hoặc cân nông, độ V cắt tới cơ lành (chảy máu và co cơ), xương lành (rớm máu), gân lành (trong bóng)....Kiểm tra lại nền tổn thương đã cắt hết hoại tử chưa.

Diện tích một lần phẫu thuật dưới 1% diện tích cơ thể.

Cầm máu bằng đắp gạc tẩm adrenalin 1/200.000 hoặc đốt điện hay kẹp, thắt, buộc, khâu cầm máu kiểu chữ X (nếu tổn thương ở chi thể, có thể garô trên vùng phẫu thuật để hạn chế mất máu khi cắt hoại tử).

Rửa lại vết mổ bằng dung dịch PVP 3%, rửa lại bằng natri clorid 0,9%, thấm khô.

***Thì 3: che phủ nền tổn thương.*** Có thể áp dụng các biện pháp sau

Ghép da mỏng tự thân hay da dày tự thân ngay sau cắt hoại tử (tùy theo tính chất của vùng tổn thương, tính chất nền ghép…): theo quy trình riêng.

Che phủ tạm thời bằng các vật liệu thay thế da (da đồng loại, trung bì da lợn, các màng sinh học…): theo quy trình riêng.

Bôi các thuốc kháng khuẩn tại chỗ, thay băng hàng ngày khi có mô hạt thì ghép da

Chăm sóc thay băng sau phẫu thuật

Thay băng hàng ngày sau phẫu thuật

Nếu còn hoại tử sót lại có thể cắt lọc tiếp, làm sạch vết bỏng.

Khi có mô hạt đủ tiêu chuẩn ghép da thì tiến hành ghép da.

**VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ BIẾN CHỨNG**

**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.

**20. CẮT CỤT CHI THỂ CẤP CỨU, TRÊN NGƯỜI BỆNH BỎNG SÂU CHI THỂ KHÔNG CÒN KHẢ NĂNG BẢO TỒN, ĐE DOẠ ĐẾN TÍNH MẠNG.**

**I. KHÁI NIỆM**

Cắt bỏ cấp cứu, không trì hoãn một phần hoặc toàn bộ chi thể bị bỏng sâu, phức tạp không còn khả năng bảo tồn, đe dọa tới tính mạng của người bệnh.

Là phẫu thuật cấp cứu.

**II. CHỈ ĐỊNH**

Chi thể bị bỏng hoại tử toàn bộ da, cân, cơ, xương, thần kinh, mạch máu (hoại tử toàn bộ, teo đét, than hóa…) dễ dàng đánh giá được việc không thể bảo tồn và có nguy cơ đe dọa tính mạng người bệnh (nhiễm độc nặng, suy thận cấp…)

Bỏng sâu lớn có biến chứng hoại thư sinh hơi nặng, tiến triển nhanh đe dọa tính mạng người bệnh.

Bỏng sâu kết hợp gãy xương, đứt mạch máu lớn, tổn thương dập nát phần mềm lớn, tổn thương các khớp lớn, tính chất phức tạp không còn khả năng bảo tồn, đang chảy máu lớn hoặc đe dọa chảy máu lớn mà không giải quyết được bằng các biện pháp cầm máu khác.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Khi chưa có dấu hiệu đe dọa tính mạng người bệnh, còn có thể trì hoãn để theo dõi tiếp tục, hy vọng còn biện pháp khác để bảo tồn chi.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện:** Phẫu thuật viên bác sĩ chuyên khoa ngoại được đào tạo.

**2. Phương tiện:** bộ đại phẫu, máy đốt điện, dao điện, máu, dịch truyền…

**3. Người bệnh**

**-** Bảo đảm bệnh án đủ các chỉ tiêu phẫu thuật

Giải thích cho gia đình và người nhà TRÍ do, tai biến nếu không cắt cụt và kí giấy xin phẫu thuật.

Dặn người bệnh nhịn ăn, uống trước phẫu thuật 6 giờ và thay băng.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Vô cảm**

Gây mê; với cắt cụt ngón tay, ngón chân có thể gây tê gốc chi hoặc đám rối thần kinh (gây tê vùng).

2. Kỹ thuật

Rạch thăm dò trên phần chi hoại tử, đến vùng cơ, thần kinh, mạch máu còn nuôi được phần chi phía dưới và cắt cụt ở phần đó. Garo phía trên đường kính khoảng 20 cm.

Cắt cụt chi thể không điển hình.

Khác với cắt cụt chấn thương: Cắt cụt trong bỏng là cắt cụt không điển hình hoại tử tới đâu cắt tới đó. Thường không sử dụng được các kỹ thuật cắt cụt như trong chấn thương hay trong các bệnh lý khác.

Da và cân nông cùng cắt 1 thì.

Cắt cơ: có thể cắt ngay 1 thì cho tới xương (vết thương nhiễm hoại thư...) hoặc cắt từng lớp: ví dụ cắt lớp cơ nông ngay mức da co, cắt lớp cơ sâu ngay mức cơ nông co hoặc ngang mức cưa xương.

Cố gắng bảo tồn tối đa phần da, cân, cơ mạch máu, thần kinh còn có khả năng bảo tồn.

Cầm máu tốt, chú ý các mạch máu đã hoại tử hay đe dọa hoại tử. Cố gắng thắt, khâu và vùi các mạch máu với tổ chức cân cơ còn lành. Phải thắt hoặc buộc mạch máu ngang mức cắt của cơ mà nó nuôi dưỡng. Mạch máu to cần buộc 2 lần. Cắt thần kinh cao hơn mức cưa xương, cắt bằng dao sắc, cắt 1 nhát gọn và dứt khoát.

Cưa xương: dùng đĩa vén cơ hoặc gạc vén các cơ xung quanh lên cao. Cắt cốt mạc chỗ định cưa xương, lóc từ trên xuống. Đối với chi có 2 xương: cưa xương di động trước, cưa xương cố định sau, nhưng khi cưa xương phải bắt đầu ở xương cố định trước. Dũa nhẵn các đầu xương sau cắt. Rửa sạch bằng natri clorid 0,9%.

Kiểm tra và cắt lọc kỹ các khối cơ đã hoại tử. Nếu phía trên điểm cắt cụt vẫn còn nguy cơ hoại tử thì cố gắng rạch cao lên phía trên để tránh chèn ép, cải thiện tuần hoàn.

Rửa sạch tổ chức đầu mỏm cụt bằng oxy già, dung dịch betadine 3% và nước muối sinh lý. Tháo ga rô kiểm tra tình trạng chảy máu.

Khâu định hướng da cơ, đặt dẫn lưu. Chú ý để hở mỏm cụt, không đóng kín. Bôi thuốc kháng khuẩn, băng ép.

Thay băng hàng ngày mỏm cụt

Hoại tử toàn bộ chi, phải tháo khớp vai hoặc khớp háng.

Phẫu thuật lớn phải có máu truyền, hồi sức chống sốc trong và sau phẫu thuật.

**VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

**1. Toàn thân**

Theo dõi biến chứng gây mê nếu có: suy hô hấp, tụt huyết áp, nôn…: truyền dịch, nâng huyết áp, thở oxy, để đầu thấp nghiêng 1 bên, lau sạch đờm dãi…

Đau nhiều sau phẫu thuật: cho thuốc giảm đau sau mổ 1- 2 ngày.

Sốc: theo dõi mạch, nhiệt độ, huyết áp 1 giờ/lần, trong 24 giờ đầu; các ngày sau tùy tình trạng người bệnh, ít nhất phải lấy mạch, nhiệt độ, huyết áp sáng và chiều.

Nhiễm khuẩn toàn thân: điều trị theo phác đồ nhiễm khuẩn máu.

**-** Chống suy mòn cho người bệnh, nuôi dưỡng tốt.

**2. Tại chỗ**

Thay băng hàng ngày, do phẫu thuật viên đã phẫu thuật cho người bệnh trực tiếp thay băng.

Theo dõi tình trạng chảy máu tại vết mổ: garo chờ, tiến hành cầm máu lại, băng ép nhẹ nhàng.

Theo dõi các dẫn lưu: hút máu tụ, dịch đọng.

Nhiễm khuẩn tại chỗ: dẫn lưu dịch đọng, cắt bỏ các mối khâu khi cần. Thay băng vô khuẩn, đắp thuốc kháng khuẩn tại chỗ và kháng sinh toàn thân.

Mỏm cụt có mô hạt: ghép da tự thân phủ kín mỏm cụt; nếu có lòi xương: cắt ngắn xương, dùng vạt da phủ kín đầu xương cắt.

Hẹn người bệnh kiểm tra định kỳ sau khi ra viện để đánh giá mỏm cụt và phẫu thuật sửa lại mỏm cụt kỳ hai (nếu cần)

Giới thiệu người bệnh đến các trung tâm chỉnh hình để phục hồi chức năng, làm chi giả.

## 21. CẮT CỤT CHI THỂ TRONG ĐIỀU TRỊ, TRÊN NGƯỜI BỆNH BỎNG SÂU CHI THỂ KHÔNG CÒN KHẢ NĂNG BẢO TỒN.

**I. KHÁI NIỆM**

Cắt bỏ một phần hoặc toàn bộ chi thể bị bỏng sâu, phức tạp không còn khả năng bảo tồn. Chỉ tiến hành sau khi đã cố gắng bảo tồn bằng mọi biện pháp không kết quả.

Thận trọng trong chỉ định và tiết kiệm phần tổ chức còn có khả năng bảo tồn trong Kỹ thuật

II. CHỈ ĐỊNH

Chi thể bị bỏng hoại tử toàn bộ da, cân, cơ, xương, thần kinh, mạch máu (hoại tử toàn bộ, teo đét, than hóa…)

Bỏng sâu khối hoại tử lớn, mất cơ lớn, viêm mủ nặng, đã dẫn lưu rửa ổ khớp…không kết quả, đe dọa nhiễm khuẩn máu.

Bỏng có biến chứng hoại thư sinh hơi đe dọa tính mạng người bệnh, các phương pháp điều trị khác không có kết quả.

Bỏng sâu kết hợp gãy xương, đứt mạch máu lớn, tổn thương dập nát phần mềm lớn, các khớp lớn, điều trị bảo tồn không kết quả.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Khi còn hy vọng hoặc còn biện pháp khác để bảo tồn chi.

IV. CHUẨN BỊ

**1. Người thực hiện:** Phẫu thuật viên bác sĩ chuyên khoa ngoại được đào tạo.

**2. Phương tiện:** bộ đại phẫu, máy đốt điện, dao điện, máu, dịch truyền…

**3. Người bệnh**

**-** Bảo đảm bệnh án đủ các chỉ tiêu phẫu thuật

Giải thích cho gia đình và người nhà TRÍ do, tai biến nếu không cắt cụt và kí giấy xin phẫu thuật.

Dặn người bệnh nhịn ăn, uống trước phẫu thuật 6 giờ và thay băng.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Vô cảm**

Gây mê; với cắt cụt ngón tay, ngón chân có thể gây tê gốc chi hoặc đám rối thần kinh (gây tê vùng).

**2. Kỹ thuật**

Rạch thăm dò trên phần chi hoại tử, đến vùng cơ, thần kinh, mạch máu còn nuôi được phần chi phía dưới và cắt cụt ở phần đó. Garo phía trên đường kính khoảng 20 cm.

Cắt cụt chi thể không điển hình.

Khác với cắt cụt chấn thương: Cắt cụt trong bỏng là cắt cụt không điển hình hoại tử tới đâu cắt tới đó. Thường không sử dụng được các kỹ thuật cắt cụt như trong chấn thương hay trong các bệnh lý khác.

Da và cân nông cùng cắt 1 thì.

Cắt cơ: có thể cắt ngay 1 thì cho tới xương (vết thương nhiễm hoại thư...) hoặc cắt từng lớp: ví dụ cắt lớp cơ nông ngay mức da co, cắt lớp cơ sâu ngay mức cơ nông co hoặc ngang mức cưa xương.

Cố gắng bảo tồn tối đa phần da, cân, cơ mạch máu, thần kinh còn có khả năng bảo tồn.

Cầm máu tốt, chú ý các mạch máu đã hoại tử hay đe dọa hoại tử. Cố gắng thắt, khâu và vùi các mạch máu với tổ chức cân cơ còn lành. Phải thắt hoặc buộc mạch máu ngang mức cắt của cơ mà nó nuôi dưỡng. Mạch máu to cần buộc 2 lần. Cắt thần kinh cao hơn mức cưa xương, cắt bằng dao sắc, cắt 1 nhát gọn và dứt khoát.

Cưa xương: dùng đĩa vén cơ hoặc gạc vén các cơ xung quanh lên cao. Cắt cốt mạc chỗ định cưa xương, lóc từ trên xuống. Đối với chi có 2 xương: cưa xương di động trước, cưa xương cố định sau, nhưng khi cưa xương phải bắt đầu ở xương cố định trước. Dũa nhẵn các đầu xương sau cắt. Rửa sạch bằng natri clorid 0,9%.

Kiểm tra và cắt lọc kỹ các khối cơ đã hoại tử. Nếu phía trên điểm cắt cụt vẫn còn nguy cơ hoại tử thì cố gắng rạch cao lên phía trên để tránh chèn ép, cải thiện tuần hoàn.

Rửa sạch tổ chức đầu mỏm cụt bằng oxy già, dung dịch betadine 3% và nước muối sinh lý. Tháo ga rô kiểm tra tình trạng chảy máu.

Khâu định hướng da cơ, đặt dẫn lưu. Chú ý để hở mỏm cụt, không đóng kín. Bôi thuốc kháng khuẩn, băng ép.

Thay băng hàng ngày mỏm cụt

Hoại tử toàn bộ chi, phải tháo khớp vai hoặc khớp háng.

Phẫu thuật lớn phải có máu truyền, hồi sức chống sốc trong và sau phẫu thuật.

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

**1. Toàn thân**

Theo dõi biến chứng gây mê nếu có: suy hô hấp, tụt huyết áp, nôn…: truyền dịch, nâng huyết áp, thở oxy, để đầu thấp nghiêng 1 bên, lau sạch đờm dãi…

Đau nhiều sau phẫu thuật: cho thuốc giảm đau sau mổ 1- 2 ngày.

**-** Sốc: theo dõi mạch, nhiệt độ, huyết áp 1 giờ/lần, trong 24 giờ đầu; các ngày sau tùy tình trạng người bệnh, ít nhất phải lấy mạch, nhiệt độ, huyết áp sáng và chiều.

Nhiễm khuẩn toàn thân: điều trị theo phác đồ nhiễm khuẩn máu.

Chống suy mòn cho người bệnh, nuôi dưỡng tốt.

2. Tại chỗ

Thay băng hàng ngày, do phẫu thuật viên đã phẫu thuật cho người bệnh trực tiếp thay băng.

Theo dõi tình trạng chảy máu tại vết mổ: garo chờ, tiến hành cầm máu lại, băng ép nhẹ nhàng.

Theo dõi các dẫn lưu: hút máu tụ, dịch đọng.

Nhiễm khuẩn tại chỗ: dẫn lưu dịch đọng, cắt bỏ các mối khâu khi cần. Thay băng vô khuẩn, đắp thuốc kháng khuẩn tại chỗ và kháng sinh toàn thân.

Mỏm cụt có mô hạt: ghép da tự thân phủ kín mỏm cụt; nếu có lòi xương: cắt ngắn xương, dùng vạt da phủ kín đầu xương cắt.

Hẹn người bệnh kiểm tra định kỳ sau khi ra viện để đánh giá mỏm cụt và phẫu thuật sửa lại mỏm cụt kỳ hai (nếu cần)

Giới thiệu người bệnh đến các trung tâm chỉnh hình để phục hồi chức năng, làm chi giả.

## 22. SỬ DỤNG THUỐC TẠO MÀNG ĐIỀU TRỊ VẾT THƯƠNG BỎNG NÔNG THEO CHỈ ĐỊNH

**I. KHÁI NIỆM**

Thuốc tạo màng là thuốc được bào chế từ thảo mộc, trong thành phần có tỷ lệ tanin ≥ 20%. Thuốc tạo màng có 2 dạng: cao và bột. Khi bôi/rắc thuốc tạo màng lên vết bỏng nông đã được xử trí đúng theo qui trình thì Tanin trong thành phần thuốc sẽ kết hợp với Protein trong huyết tương thoát ra ở vết bỏng tạo Proteinat tanin, tạo màng thuốc bám chặt vào nền vết bỏng. Màng thuốc này sẽ bong ra khi vết bỏng đã khỏi.

Thuốc nếu dùng đúng chỉ định thì có tác dụng tốt, nhưng nếu dùng sai chỉ định, thuốc có thể gây nguy hại do hiện tượng đau đớn quá mức, hiện tượng nhiễm độc do hấp thu mủ, hiện tượng garo...

**II. CHỈ ĐỊNH**

Kkhi vết bỏng đồng thời đáp ứng điều kiện:

Bỏng nông, không có hoại tử (bỏng độ II, III nông)

Vết bỏng sạch, chưa bị nhiễm khuẩn.

Nên dùng khi vết bỏng mới (24-72 giờ sau bỏng)

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Vết bỏng có hoại tử ( bỏng độ III sâu, độ IV, độ V)

Vết bỏng bị nhiễm khuẩn.

Vết bỏng do hóa chất, do điện

Cân nhắc chỉ định khi vết bỏng ở vị trí: Đầu mặt cổ, khớp vận động, bàn ngón tay, bàn ngón chân, tầng sinh môn.

Thuôc tạo màng nhìn chung gây đau xót mạnh khi đắp, do vậy không nên dùng với diện tích rộng (ở trẻ em trên 5%, người lớn trên 10%)

**IV. CHUẨN BỊ**

Tương tự như cuộc thay băng bỏng

**1. Người thực hiện**

Kíp thay băng tối thiểu 3 người: 1 bác sĩ điều trị, 2 điều dưỡng chuyên khoa bỏng hay chấn thương (1 hữu trùng giúp ngoài, 1 vô trùng), được đào tạo.

Kíp gây mê (nếu cần): Bác sỹ gây mê và kỹ thuật viên gây mê.

**2. Phương tiện**

**Dụng cụ**

Mỗi người bệnh cần thay băng theo khẩu phần riêng, bao gồm cơ bản:

Khay quả đậu, bông, băng, gạc, vải vô khuẩn...

Nỉa có mấu và không mấu, kéo cong, kéo thẳng, găng tay. Nên có sẵn những dụng cụ cầm máu như pince, kìm cầm kim...

Xô đựng đồ bẩn.

Thuốc thay băng bỏng

Các dung dịch sát khuẩn dùng để rửa vết bỏng có thể sử dụng: Dung dịch Natri clorid 0,9%; dung dịch becberin 1%; dung dịch povidone iodine (PVP) 10%, acid boric 2-4%; nitrat bạc 0,5%,…

Các thuốc tạo màng che phủ vết bỏng dạng cao: cao Xoan Trà, cao lá Sim, cao lá Sến, cao củ Nâu… hoặc dạng bột như B76

3. Người bệnh

Giải thích động viên người bệnh

Dặn người bệnh nhịn ăn trước 6 giờ nếu phải gây mê.

Thử phản ứng thuốc (nếu cần)

Kiểm tra mạch, nhiệt độ, huyết áp, tình trạng hô hấp…

Địa điểm thay băng

Buồng thay băng hoặc buồng bệnh có đủ các trang bị cấp cứu: nguồn cung cấp oxy; máy hút; monitor theo dõi người bệnh; các dụng cụ và thuốc cấp cứu cần thiết khác.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Vô cảm**: Sử dụng thuốc giảm đau hoặc có thể gây mê (theo quy trình riêng).

**2. Kỹ thuật**

Bảo đảm quy định vô khuẩn trong thay băng: Nhân viên kíp thay băng rửa tay vô trùng; mặc quần áo mũ, khẩu trang vô trùng; đi găng vô trùng. Dụng cụ thay băng vô khuẩn, mỗi người bệnh phải dùng riêng để tránh lây chéo.

Bác sĩ điều trị: trực tiếp và chỉ đạo công tác thay băng để đánh giá vết thương, xử trí vết thương bỏng cùng với kíp thay băng.

Bác sỹ và điều dưỡng vô trùng sẽ thực hiện các kỹ thuật vô trùng còn 1 điều dưỡng hữu trùng sẽ giúp ngoài, chủ động theo dõi tình trạng người bệnh trong quá trình thay băng.

Điều dưỡng hữu trùng đưa người bệnh vào buồng băng, để nằm trên bàn thay băng (hoặc giường bệnh);

Nếu vết bỏng mới: được xử trí kỳ đầu theo quy trình riêng. Nếu vết bỏng bẩn hoặc có dị vật như đất, cát, dầu, mỡ... thì cần phải rửa vết bỏng bằng nước xà phòng 5%.

Rửa vết bỏng bằng dung dịch NaCl 0,9%.

Cắt bỏ vòm nốt phỏng, lấy bỏ sạch các mảnh biểu bì đã bị hoại tử *(lưu ý không được để sót mảnh biểu bì bị hoại tử còn trên nền vết bỏng vì sẽ làm nhiễm khuẩn dưới màng thuốc).*

Rửa vết bỏng bằng dung dịch sát khuẩn như PVP 3%, berberin 1%. Rửa lại bằng dung dịch NaCl 0,9%.

Thấm khô vết bỏng bằng gạc vô trùng.

Sát khuẩn vùng da lành xung quanh vết bỏng bằng cồn 70O.

Bôi/ rắc thuốc tạo màng lên nền vết bỏng đã được rửa sạch, có thể bôi/rắc bổ xung lần 2 sau 30-60 phút. Thông thường màng thuốc sẽ khô sau 1-2 giờ sau khi bôi/rắc thuốc.

Để hở vết bỏng, không cần băng kín.

Đưa người bệnh về buồng bệnh.

\* Lưu ý:

Không được bôi thuốc tạo màng kín chu vi chi thể (ngón tay, ngón chân, cẳng chân, đùi, cẳng tay, cánh tay), kín chu vi cổ, chu vi thân, ngực (tránh hiện tượng chèn ép kiểu garo sau khi màng thuốc khô). Trong trường hợp này cần để 2 dải gạc rộng 1-2 cm tẩm dung dịch kháng sinh chạy dọc theo mặt trong và mặt ngoài chi thể, vùng bỏng còn lại được bôi/rắc thuốc tạo màng như bình thường.

**VI. CHĂM SÓC, THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

**1. Chăm sóc**

Khi màng thuốc chưa khô: tránh để màng thuốc tiếp xúc với ga trải giường, quần, áo, vật dụng khác. Có thể sấy khô vết thương bằng luồng khí ấm, bóng điện, ánh mặt trời…

Khi thuốc khô sẽ tạo màng che phủ, không cần băng. Khi màng thuốc khô, người bệnh có thể đi lại sinh hoạt bình thường (có thể gây hạn chế cử động cho người bệnh).

Khi vết bỏng khỏi thì màng thuốc bắt đầu bong ra, nên cắt bỏ phần màng thuốc bong ra trước, phần còn bám vào nền vết bỏng thì để màng tự bong ra sau.

**2. Theo dõi và xử trí biến chứng toàn thân**

Theo dõi trạng thái toàn thân chung tương tự như sau thay băng thông thường: mạch, nhiệt độ, huyết áp…

Đau đớn tăng sau khi dùng thuốc tạo màng. Nhược điểm cơ bản của thuốc tạo màng là phải bóc bỏ vòm nốt phổng, bản thân thuốc chứa tannin làm khô vết bỏng, do vậy sau khi dùng thuốc người bệnh đau tăng. Xử trí: giảm đau trong 1-2 ngày đầu, thậm chí phải gây mê.

**3. Theo dõi và xử trí biến chứng toàn thân**

Theo dõi tình trạng phù nề: vùng bỏng được bôi/rắc thuốc tạo màng thường gây phù nề mạnh, đặc biệt trong 2-3 ngày đầu. Cần dùng biện pháp giảm viêm nề : thuốc chống viêm, kê cao chi thể, giảm đau. Cần phát hiện sớm hiện tượng phù nề mạnh gây chèn ép kiểu garo, gây rối loạn tuần hoàn, hô hấp: phẫu thuật cắt bỏ màng thuốc, băng vết bỏng bằng thuốc khác.

Màng thuốc không bám dính, ứ dịch mủ phía dưới do nhiễm khuẩn hoặc có hoại tử dưới màng thuốc: dùng kéo cong cắt bỏ màng thuốc nơi bị ứ dịch mủ (tránh nhiễm độc cho cơ thể), rửa nền vết bỏng vừa cắt bỏ màng thuốc bằng dung dịch PVP 3%, thấm khô vết bỏng, có thể bôi/rắc thuốc tạo màng hoặc điều trị vùng bỏng này bằng phương pháp thay băng thông thường.

## 23. THAY BĂNG ĐIỀU TRỊ BỎNG NÔNG, DƯỚI 10% DIỆN TÍCH CƠ THỂ Ở TRẺ EM.

**I. KHÁI NIỆM**

**Mục đích của công tác thay băng**

Làm sạch vết bỏng, loại bỏ dịch, mủ ứ đọng, cắt lọc hoại tử hoặc chuẩn bị nền ghép da, ... để hỗ trợ cho vết bỏng nhanh liền.

Sử dụng các thuốc điều trị tại chỗ: chống nhiễm khuẩn, kích thích hình thành mô hạt và tạo điều kiện tốt cho việc biểu mô hóa liền vết bỏng.

Bổ sung chẩn đoán diện tích, độ sâu và theo dõi diễn biến tại vết bỏng.

Yêu cầu công tác thay băng

Đảm bảo vô khuẩn, chống lây chéo, nhẹ nhàng tỷ mỷ.

Chống đau đớn, không gây chảy máu hoặc làm bong mảnh da ghép.

Công tác thay băng nên tiến hành khi trạng thái toàn thân tạm ổn định. Với người bệnh bỏng nặng, tiến hành thay băng khi đã kiểm soát được tình trạng hô hấp, tuần hoàn.

**Trẻ bị bỏng dưới 10% diện tích cơ thể** thuộc nhóm bỏng mức độ nhẹ và vừa, vẫn có thể có diễn biến nặng.

**II. CHỈ ĐỊNH**

Thay băng vết thương bỏng mới để xử trí kỳ đầu.

Thay băng điều trị người bệnh bỏng thường kỳ, tùy theo tình trạng vết thương mà quyết định áp dụng liệu pháp thay băng:

Vết thương ô nhiễm nặng (nhiều dịch, mủ,...): Thay băng ngày 2 lần hoặc hàng ngày.

Vết bỏng ít ô nhiễm (sạch, ít tiết dịch): thay băng cách ngày.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Đang có các dấu hiệu đe dọa chức năng sống như suy hô hấp, trụy tim mạch, shock.. (cần ưu tiên hồi sức tổng hợp, khi kiểm soát cơ bản được chức năng sống tiến hành thay băng).

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

Kíp thay băng tối thiểu 3 người: 1 bác sĩ điều trị, 2 điều dưỡng chuyên khoa bỏng hay chấn thương (1 hữu trùng giúp ngoài, 1 vô trùng), được đào tạo.

Kíp gây mê (nếu cần): Bác sỹ gây mê và kỹ thuật viên gây mê.

**2. Phương tiện**

**Dụng cụ**

Mỗi người bệnh cần thay băng theo khẩu phần riêng, bao gồm cơ bản:

Khay quả đậu, bông, băng, gạc, vải vô khuẩn.

Nỉa có mấu và không mấu, kéo cong, kéo thẳng, găng tay. Nên có sẵn những dụng cụ cầm máu như pince, kìm cầm kim...

Xô đựng đồ bẩn.

Thuốc thay băng bỏng

Các dung dịch sát khuẩn dùng để rửa vết bỏng: Dung dịch Natriclorid 0,9%; dung dịch becberin 1%; dung dịch PVP iodine 10%, ngoài ra có thể dùng dung dịch acid boric 2-4%; nitrat bạc 0,5%,…

Các thuốc bỏng dùng tại chỗ:

Thuốc có tác dụng kháng khuẩn: Các thuốc có chứa silver sulfadiazin (SSD) 1%, thuốc chứa bạc như nitrat bạc hoặc chứa bạc kích thước nano, thuốc acid boric; thuốc kháng sinh dùng ngoài... Các thuốc nam có tác dụng kháng khuẩn như mỡ Maduxin; mỡ Eupoline; cream berberin,...

Thuốc tăng cường quá trình tái tạo, biểu mô hóa như Biafine; cream Dampomade; mật ong, cream rau má, nghệ (cream nghệ...); thuốc chứa các yếu tố tăng trưởng (các GF: growth factor), thuốc tạo môi trường ẩm như Vaseline; thuốc chứa corticoid, chứa các yếu tố cần thiết cho liền vết thương như oxyd kẽm...

Các thuốc tạo màng che phủ vết bỏng mới như B76 (theo quy trình riêng).

Các thuốc hoặc vật liệu giúp cầm máu tại chỗ như spongel, dung dịch adrenalin...

Các vật liệu thay thế da tạm thời: da đồng loại; da dị loại (trung bì da lợn; da ếch…); các tấm tế bào nuôi cấy (tấm nguyên bào sợi…); màng collagen; các vật liệu sinh học và tổng hợp khác… Các băng vết thương có thuốc: vật liệu nano, các băng vết thương vật liệu hydrocoloid…

Việc sử dụng các thuốc và vật liệu do bác sỹ chỉ định theo tính chất vết thương.

**3. Người bệnh**

Giải thích động viên người bệnh

Dặn người bệnh nhịn ăn trước 6 giờ nếu phải gây mê.

Thử phản ứng thuốc (nếu cần)

Kiểm tra mạch, nhiệt độ, huyết áp, tình trạng hô hấp…

Địa điểm thay băng

Buồng thay băng hoặc buồng bệnh có đủ các trang bị hồi sức: máy thở; nguồn cung cấp oxy; máy hút; monitor theo dõi người bệnh; các dụng cụ và thuốc cấp cứu cần thiết khác.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Vô cảm**

Sử dụng thuốc giảm đau hoặc có thể gây mê (theo quy trình riêng).

**2. Kỹ thuật**

Bảo đảm quy định vô khuẩn trong thay băng: Nhân viên kíp thay băng rửa tay vô trùng; mặc quần áo mũ, khẩu trang vô trùng; đi găng vô trùng. Dụng cụ thay băng vô khuẩn, mỗi người bệnh phải dùng riêng để tránh lây chéo.

Bác sĩ điều trị: trực tiếp và chỉ đạo công tác thay băng để đánh giá vết thương, chỉ định các thuốc hay vật liệu thay thế da dùng tại chỗ vết bỏng và xử trí vết thương bỏng cùng với kíp thay băng.

Bác sỹ và 3 điều dưỡng vô trùng sẽ thực hiện các kỹ thuật vô trùng còn 1 điều dưỡng hữu trùng sẽ giúp ngoài, chủ động theo dõi tình trạng người bệnh trong quá trình thay băng.

*Bước 1: Tháo bỏ băng cũ và các lớp gạc phía ngoài*

Điều dưỡng hữu trùng đưa người bệnh vào buồng băng, để nằm trên bàn thay băng (hoặc giường bệnh); dùng nỉa kéo cắt bỏ băng cũ, tháo bỏ các lớp gạc phía ngoài, để lại lớp gạc trong cùng.

Dùng dung dịch nước muối sinh lý vô trùng làm ẩm lớp gạc trong cùng.

*Bước 2: Bóc bỏ lớp gạc trong cùng và làm sạch vết bỏng*

Điều dưỡng vô trùng bóc bỏ lớp gạc trong cùng (gỡ miếng gạc song song với mặt da), chú ý nhẹ nhàng để không gây chảy máu và đau đớn cho người bệnh.

Dùng gạc mềm hoặc bông cầu vô trùng tẩm dung dịch nước muối rửa (hoặc các dung dịch sát khuẩn có chỉ định) để rửa vết bỏng; lấy bỏ giả mạc, dị vật; cắt lọc các hoại tử đang rụng hoặc còn sót lại sau phẫu thuật (nếu có).

Xử trí vòm nốt phổng: nếu vòm nốt phổng còn nguyên vẹn, chưa bị nhiễm khuẩn: trích rạch, cắt thủng nốt phỏng, tháo bỏ dịch nốt phổng, cố gắng giữ lại vòm nốt phỏng, sau đó băng ép lại. Nếu nốt phổng đã nhiễm khuẩn: cắt bỏ, tháo dịch nốt phổng.

Trong khi thay băng, nếu chảy máu: đắp gạc tẩm nước muối ấm hoặc tẩm dung dịch adrenalin 1/200.000, hoặc bằng các biện pháp như đốt điện, thắt buộc mạch máu...

Rửa lại vết bỏng bằng dung dịch sát khuẩn. Thấm khô.

*Bước 3: Sử dụng thuốc tại chỗ vết bỏng*

Căn cứ vào diễn biến, tình trạng vết thương mà người bác sỹ sẽ quyết định sử dụng thuốc điều trị tại chỗ tổn thương bỏng.

Điều dưỡng vô trùng chuẩn bị các thuốc hoặc vật liệu thay thế da dùng tại chỗ. Sau khi đã làm sạch vết bỏng, sử dụng thuốc tại chỗ vết bỏng theo một trong các cách sau:

+ Bôi thuốc trực tiếp lên vết bỏng một lớp đủ dày, kín hết vùng tổn thương bỏng, sau đó đắp một lớp gạc vô trùng bên ngoài. Nên đắp tiếp một lớp gạc tẩm vaseline bên ngoài lớp gạc trong cùng. Sau đó đắp vài lớp gạc vô trùng theo kiểu lợp ngói (độ dày của gạc tùy thuộc tình trạng dịch xuất tiết, mủ vết thương, thường từ 4-6 lớp gạc).

+ Tẩm thuốc vào một lớp gạc rồi đắp lên vết bỏng sao cho mép các tấm gạc chồng một phần lên nhau; đắp một lớp gạc tẩm vaseline chồng lên lớp gạc thuốc; đắp vài lớp gạc vô trùng theo kiểu lợp ngói (độ dày của gạc tùy thuộc tình trạng dịch xuất tiết, mủ vết thương, thường từ 4-6 lớp gạc).

+ Các vật liệu thay thế da tạm thời được lấy khỏi túi đựng vô khuẩn, tạo các khía hay các lỗ thủng để thoát dịch và khí, ngâm trong dung dịch nước muối vô khuẩn trước khi sử dụng.

Đắp các tấm vật liệu thay thế da tạm thời lên nền vết bỏng sao cho chúng bám sát vào vết bỏng, không để dịch hay khí ứ đọng phía dưới.

Đắp một lớp gạc tẩm dung dịch kháng sinh hay dung dịch betadine 3% lên các tấm vật liệu thay thế da; đắp tiếp một lớp gạc tẩm vaseline bên ngoài lớp gạc thuốc và vài lớp (2-4-6 lớp) gạc khô ngoài cùng theo kiểu lợp ngói.

*- Bước 4: Băng vết bỏng, đưa người bệnh về giường và theo dõi sau thay băng*

Điều dưỡng giúp ngoài băng lại vết bỏng bằng băng cuộn hoặc băng lưới, không băng quá chặt làm ảnh hưởng đến lưu thông tuần hoàn của người bệnh.

Đưa người bệnh về giường, kiểm tra lại các chỉ số hô hấp, mạch, nhiệt độ, huyết áp của người bệnh và bàn giao cho điều dưỡng buồng bệnh.

Lưu ý:

Trong các thì thay băng vô trùng cần tiến hành theo nguyên tắc: thay băng vùng bỏng ở đầu mặt cổ trước, tiếp đến chi thể và thân, sau cùng là vùng tầng sinh môn. Thay băng vùng bỏng không hoặc ít bị nhiễm khuẩn trước vùng nhiễm khuẩn hoặc nhiễm khuẩn nặng sau.

Tùy theo tính chất vết bỏng mà sau khi thay băng vết bỏng đó có thể được băng kín hay để bán hở (chỉ để một lớp gạc thuốc trong cùng sau đó làm khô vết bỏng cho đến khi vết bỏng tự liền).

**VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

**1. Toàn thân**

Theo dõi trạng thái toàn thân, mạch, nhiệt độ, huyết áp…sau thay băng.

Người bệnh choáng, ngất trong và sau thay băng: Tạm dừng thay băng, đặt nằm chỗ thoáng, mát, cho thở oxy, thuốc trợ tim. Khi người bệnh tỉnh, trở lại trạng ổn định cho phép mới thay băng tiếp.

Theo dõi tác dụng phụ của thuốc giảm đau toàn thân hoặc theo dõi chung sau gây mê để xử trí kịp thời như tình trạng ngừng thở ngừng tim, nôn…

Trẻ sau thay băng, gây mê thay băng ở nhóm này có thể gặp nôn trớ, nguy cơ gây suy hô hấp. Đặt trẻ nằm ngửa, đầu nghiêng về 1 bên. Lau hút sạch đờm dãi, Trợ hô hấp, thở oxy, nếu cần đặt nội khí quản bóp bóng hay thở máy hỗ trợ. Khi trẻ tỉnh, trở lại trạng ổn định cho phép mới thay băng tiếp.

- Tình trạng đau đớn sau thay băng như kêu đau, rét run hoặc sốt cao: tiếp tục dùng giảm đau, ủ ấm, hạ sốt…

**2. Tại chỗ**

Tụt băng gạc để lộ vết thương: tiến hành băng bó bổ xung.

Tình trạng băng quá chặt gây phù nề, chèn ép vùng bỏng: hay gặp khi thay băng trong 3 ngày đầu (vết bỏng vẫn tiếp tục phù nề) hoặc sau phẫu thuật ghép da: nới băng, thậm chí kiểm tra rạch hoại tử giải phóng chèn ép khi có chỉ định (theo quy trình riêng)

Chảy máu: Thay băng lại vùng chảy máu, đắp nước muối ấm, băng ép hoặc khâu cầm máu nếu cần, lấy sạch máu cục, đắp lại gạc thuốc, gạc vaseline và gạc khô, băng ép.

## 24. RẠCH HOẠI TỬ BỎNG SÂU GIẢI PHÒNG CHÈN ÉP TRONG

**I. KHÁI NIỆM**

Bỏng sâu kín chu vi chi thể hoặc bỏng sâu vùng cổ, ngực, bụng do phản ứng viêm nề bên trong rất mạnh nhưng tổ chức hoại tử (đặc biệt hoại tử khô) lại kém hoặc không thể giãn ra được do đó hậu quả gây chèn ép chu vi chi thể cản trở máu nuôi ngoại vi hoặc phù nề chèn ép vùng cổ, ngực, bụng gây khó thở.

Rạch hoại tử để giúp thoát bớt dịch viêm, giúp tổ chức hoại tử tách giãn rộng ra từ đó giải phòng được tình trạng phù nề chèn ép.

**II. CHỈ ĐỊNH**

Hoại tử kín chu vi chi thể gây chèn ép thiếu máu đầu chi thể.

Hoại tử vùng cổ, ngực, lưng, bụng gây cản trở hô hấp.

Khi có hội chứng khoang ngăn ở chi, đặc biệt ở cảng chân do bỏng sâu tới dưới lớp cân.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Bỏng nông.

Bỏng sâu không chèn ép gây thiểu dưỡng đầu chi, gây khó thở.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

Tối thiểu 1 bác sĩ ngoại khoa, 2 điều dưỡng (1 vô trùng, 1 hữu trùng) Kíp vô cảm (nếu có): 1 bác sỹ gây mê, 1 kỹ thuật viên phụ mê.

**2. Phương tiện**

Bộ tiểu phẫu, dao mổ thường hoặc dao mổ điện, bông băng gạc vô trùng... đảm bảo cuộc thay băng, thuốc kháng khuẩn tại chỗ, dụng cụ cầm máu...

**3. Người bệnh**

Giải thích cho người bệnh hiểu rõ Kỹ thuật, viết đơn cam kết. Làm xét nghiệm sàng lọc, xét nghiệm đông máu

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Vô cảm**

Tiến hành dưới giảm đau toàn thân. Nếu có điều kiện: gây mê bằng ketamin.

**2. Kỹ thuật**

- Rửa vết bỏng theo quy trình thay băng

Sát khuẩn vùng bỏng bằng dung dịch PVP 10%.

Rạch hoại tử (bằng dao mổ thường hoặc dao đốt điện) càng sớm càng tốt. Rạch đám da hoại tử theo chiều dài của chi qua lớp da, tới lớp mỡ và cân. Nếu không thấy máu chảy tại vùng rạch thì tiếp tục rạch qua lớp cân tới lớp cơ lành (cơ đỏ tươi, róm máu và cơ co).

Dùng nỉa hoặc kìm tách nhẹ miệng vết rạch 1- 2 cm để thoát dịch phù.

Cầm máu

Sát khuẩn lại vết rạch bằng dung dịch PVP 10%.

Đắp thuốc mỡ silver sulfadiazin 1% hoặc mỡ Maduxin…

Đắp gạc khô vô khuẩn, băng ép nhẹ.

Vị trí các đường rạch

Nguyên tắc: Không tiến hành rạch trên đường đi của mạch máu, rạch đến khi chảy máu, kết hợp với chẩn đoán độ sâu của bỏng.

Bỏng sâu vùng cổ gây chèn ép khó thở: rạch 2-3 đường dọc; nếu phải mở khí quản kèm theo thì không khâu đường rạch da.

Bỏng sâu vùng ngực: rạch các đường dọc và ngang kiểu ô bàn cờ.

Bỏng sâu ở chi: rạch nhiều đường song song dọc theo chi. Đường rạch qua khớp nên đi theo hình chữ chi hoặc Z.

Bỏng sâu ở cẳng tay: rạch dọc theo chi, rạch hình chữ Z.

Bỏng sâu ở cẳng chân: các đường rạch dọc bên, gần các bờ xương chày, rạch thêm đường dọc phía sau cẳng chân

Bỏng sâu ở ngón tay, ngón chân: rạch 2 đường theo 2 bên ngón.

Bỏng bàn tay, mu bàn chân: rạch dọc theo các kẽ ngón tới cổ tay, cổ chân.

Nguy cơ hoại thư sinh hơi: mở rộng cân, kiểm tra tổn thương khối cơ, dịch tiết xám, mùi hôi, cơ nát mủn…

Rửa vùng rạch mở bằng dung dịch oxy già.

Tiêm penicillin và huyết thanh chống hoại thư 10.000-300.000 đơn vị, vùng cơ lành lân cận.

**VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

**1. Theo dõi tình trạng chung**

Mạch, nhiệt độ, huyết áp, hô hấp, nước tiểu...

Đau nhiều sau rạch hoại tử: cho tiếp giảm đau toàn thân.

**2. Tại chỗ**

Chảy máu đường rạch: băng ép tăng cường; kê cao chi.

Nếu không đỡ: mở vết rạch kiểm tra, cầm máu bằng các biện pháp như khâu, thắt buộc mạch máu, đốt điện...

- Tình trạng giải phóng chèn ép:

Kiểm tra hiện tượng thiếu máu nuôi dưỡng đầu chi. Nếu đường rạch vẫn chưa hiệu quả: kiểm tra lại, tách rộng đường rạch, rạch thêm 1 số đường song song với đường rạch cũ để giải thoát chèn ép.

Kiểm tra tình trạng chèn ép gây khó thở: sau rạch tình trạng khó thở do chèn ép vẫn chưa cải thiện: rạch bổ xung.

## 25. KHÂU CẦM MÁU, THẮT MẠCH MÁU ĐỂ CẤP CỨU CHẢY MÁU TRONG BỎNG SÂU DO DÒNG ĐIỆN

**I. KHÁI NIỆM**

Chảy máu là biến chứng thường gặp trong bỏng sâu, nhất là bỏng sâu do dòng điện. Chảy máu thứ phát tại vùng bỏng đe dọa tính mạng người bệnh, đòi hỏi các biện pháp cầm máu khẩn cấp như băng ép chặt, đặt garo, kẹp mạch tạm thời, khâu, thắt mạch máu và truyền máu bổ xung.

**III. CHỈ ĐỊNH**

Khi tổn thương bỏng có:

Máu thấm băng.

Đứt mạch máu gây chảy máu.

Lộ, hoại tử mạch máu nguy cơ đe dọa chảy máu cao, chủ động khâu, vùi thắt các mạch máu dể dự phòng chảy máu.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

**-** Rớm máu bề mặt vết bỏng có thể cầm máu bằng đắp gạc nước muối, băng ép.

- Trong các trường hợp có dấu hiệu đe dọa tính mạng người bệnh, chỉ tiến hành cầm máu tạm thời như kê cao chi, gập chi, băng chèn, băng ép chặt, garo, kẹp mạch máu…, khi người bệnh đã tạm ổn định mới tiếp tục xử trí cơ bản.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

Bác sỹ, điều dưỡng.

**2. Phương tiện**

+ Bộ tiểu phẫu: 01 bộ; dao đốt điện.

+ Thuốc giảm đau toàn thân, thuốc tê (lidocain, novocain…), thuốc mê.

+ Thuốc thay băng: PVP 10%; natri clorid 0,9%; cream silversulfadiazin 1%...

**3. Người bệnh**

Giải thích để người bệnh hiểu và phối hợp với chuyên môn

**4. Hồ sơ bệnh án**

Chuẩn bị hồ sơ bệnh án theo quy định, các xét nghiệm,

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Vô cảm**

Dùng thuốc giảm đau hoặc gây mê, gây tê đám rối thần kinh.

**2. Kỹ thuật**

Thay băng theo quy trình.

Bộc lộ vùng tổn thương chảy máu, xác định vị trí, mạch máu chảy, kẹp cầm máu

Nếu chảy ở các mạch nhỏ:

+ Có thể tiến hành buộc mạch máu hoặc đốt cầm máu bằng dao đốt điện. Có thể tiến hành khâu cầm máu bằng các mối chỉ đơn, mối chữ U, X…

Nếu là các mạch cỡ trung bình hoặc lớn: sau khi cầm máu tạm thời tại chỗ

phải tiến hành phẫu thuật: bộc lộ và thắt mạch máu trên vùng tổn thương.

Trong trường hợp nghi ngờ tổn thương mạch lớn vẫn tiếp tục tiên triển: chủ động bộc lộ, đặt chỉ chờ phía trên.

- Tiến hành thay băng, băng ép vừa phải.

**VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

**1. Toàn thân**

Theo dõi tình trạng ý thức, mạch, huyết áp, nhiệt độ và hô hấp….

Dự phòng và điều trị sốc mất máu: bù đủ dịch, trợ tim, ủ ấm, thở oxy, truyền máu khi có mất máu nặng.

2. Tại chỗ

Tình trạng chảy máu tái phát. Có thể băng ép bổ xung; nếu không kết quả phải bóc bỏ gạc, cầm máu lại.

Tình trạng thiếu máu phía dưới vùng tổn thương mạch

## 26. BỘC LỘ TĨNH MẠCH NGOẠI VI

**I. KHÁI NIỆM**

Đối với người bệnh bỏng, đặc biệt bỏng nặng, một trong những nhiệm vụ cấp thiết của người thầy thuốc là phải thiết lập được đường truyền dịch nhằm bổ sung khối lượng máu lưu hành, cũng như đưa các thuốc đường tĩnh mạch để cấp cứu & điều trị người bệnh.

Ưu tiên hàng đầu là các đường truyền tĩnh mạch ngoại vi, tiếp đến là các tĩnh mạch trung tâm. Có thể đặt 2 – 3 đường truyền cùng một lúc. Tuy nhiên, trong những trường hợp khó khăn (hay gặp ở trẻ em), phải bộc lộ tĩnh mạch ngoại vi, hoặc truyền qua xương xốp, thể hang … để đưa dịch và thuốc điều trị người bệnh.

**II. CHỈ ĐỊNH**

Người bệnh bỏng có chỉ định truyền dịch mà không thể hoặc không có điều kiện đặt được đường truyền tĩnh mạch ngoại vi hoặc tĩnh mạch trung tâm.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Không có chống chỉ định tuyệt đối. Thận trọng khi người bệnh bỏng có: phù phổi cấp, bệnh tim nặng.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**: bác sỹ, điều dưỡng.

**2. Địa điểm:** buồng tiểu thủ thuật.

**3. Phương tiện**

Dịch truyền theo y lệnh, cọc truyền, bộ dây truyền, kim luồn tĩnh mạch

Khay vô khuẩn, khay quả đậu.

Hộp tiểu phẫu.

Găng tay vô khuẩn, băng dính, băng cuộn.

Phiếu truyền dịch.

Hộp thuốc chống sốc, huyết áp kế, nhiệt kế ….

Hộp đựng vật sắc nhọn, hộp đựng rác thải, …

**4. Người bệnh**

Giải thích để người bệnh yên tâm và phối hợp với chuyên môn.

Cho người bệnh đi đại tiện, tiểu tiện trước khi truyền dịch.

**5. Hồ sơ bệnh án**

Chuẩn bị hồ sơ bệnh án theo quy định, các xét nghiệm liên quan.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

Nhân viên y tế đội mũ, rửa tay, mang khẩu trang.

Giải thích, động viên người bệnh.

Kiểm tra dịch truyền, đặt quang treo vào chai dịch, sát khuẩn nút chai, pha thuốc (nếu có).

Cắm dây truyền vào chai dịch, treo chai dịch, đuổi khí qua dây, khoá lại.

Chọn tĩnh mạch bộc lộ, thường chọn tĩnh mạch hiển ở chi dưới (hiển trong: ở trước trong mắt cá trong; tĩnh mạch hiển ngoài: trên mắt cá ngoài), tốt nhất là ở xa vùng bị bỏng.

Người bệnh được giảm đau, an thần hoặc tê tại chỗ.

Đi găng vô khuẩn, buộc dây garo trên vùng bộc lộ 3 – 5 cm.

Sát khuẩn vùng bộc lộ từ trong ra ngoài 2 lần. Trải xăng lỗ ở vùng bộc lộ.

Nếu bộc lộ ở tĩnh mạch hiển: Rạch da ngang trên phía trước mắt cá trong hoặc ngang trên mắt cá ngoài, bộc lộ tĩnh mạch.

Thắt đầu ngoại vi tĩnh mạch bộc lộ. Mở thân tĩnh mạch phía trên chỗ thắt, luồn kim luồn tĩnh mạch, buộc cố định.

Nối kim luồn tĩnh mạch với dây truyền dịch, tháo dây garo.

Mở khoá cho dịch chảy. Khâu che phủ tĩnh mạch và phục hồi vết rạch da, cố định kim luồn và dây truyền, che vết mổ bằng gạc vô khuẩn, cố định bằng nẹp (nếu cần).

Điều chỉnh tốc độ theo y lệnh, ghi phiếu theo dõi truyền dịch.

Theo dõi và phát hiện tai biến.

Thu dọn dụng cụ, tháo găng, rửa tay.

Thực hiện truyền dịch theo y lệnh.

**VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

**1. Toàn thân**

Hướng dẫn người bệnh và gia đình không được tự ý thay đổi tốc độ truyền dịch.

Theo dõi tình trạng ý thức, mạch, nhiệt độ, huyết áp, hô hấp của người bệnh, phát hiện các dấu hiệu bất thường như sốt, rét run, khó thở, …

Nếu có sốc phản vệ: Xử trí theo phác đồ cấp cứu sốc phản vệ (thở oxy, kháng histamin, corticoid, adrenalin,…).

**2. Tại chỗ**

Nhiễm khuẩn: thay vị trí truyền, điều trị kháng sinh, trích rạch ổ nhiễm khuẩn...

Huyết khối tĩnh mạch, tắc mạch phổi: hiếm gặp. Điều trị bằng Heparin.

Viêm hoặc tắc tĩnh mạch: chườm ấm, thay vị trí truyền.

- Chệch ven: truyền dịch ra ngoài ven. Cần dừng truyền, chuyển vị trí

khác.

## 27. NGÂM RỬA VẾT BỎNG BẰNG NƯỚC MÁT SẠCH, BĂNG ÉP, TRONG SƠ CỨU, CẤP CỨU TỔN THƯƠNG BỎNG KỲ ĐẦU

**I. KHÁI NIỆM**

Sơ cấp cứu người bệnh là những công việc vừa mang tính cộng đồng, vừa mang tính chất chuyên môn, bao gồm những can thiệp được tiến hành trong khoảng thời gian ngay sau khi bị nạn, trước khi người bệnh tới cơ sở y tế đầu tiên. Sơ cấp cứu đúng ngay sau bỏng làm giảm diện tích và độ sâu bỏng, làm diễn biến bệnh nhẹ hơn. Xử trí sai làm tăng diện tích, làm bệnh nặng hơn.

Trong sơ cứu bỏng, ngâm rửa vết bỏng càng sớm càng tốt ngay sau khi bị bỏng có nhiều lợi ích: Giảm được nhiệt độ tại chỗ ngay lập tức với bỏng nhiệt, hòa loãng và làm trôi tác nhân gây bỏng, giảm đau, hạn chế rối loạn vi tuần hoàn tại vùng bỏng, làm giảm phù nề và giảm độ sâu tổn thương bỏng.

Nên nhớ việc sử dụng nước lạnh sạch là rất cần thiết vì hiệu quả cao, có sẵn, bảo đảm được thời gian sớm nhất. Không nên bôi bất cứ cái gì lên vết bỏng khi chưa được bác sỹ khám đánh giá và chỉ định.

**II. CHỈ ĐỊNH**

Bỏng do nhiệt trong vòng 1 giờ đầu sau bỏng, càng sớm càng tốt.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Chống chỉ định tuyệt đối: không có

Chống chỉ định tương đối: Không cần thiết trong một số trường hợp: bỏng nhiệt sau nhiều giờ, bỏng đã lâu ngày, người bị bỏng đang có các dấu hiệu nguy hiểm đe dọa tính mạng.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người bệnh**

Được giải thích mục đích của ngâm rửa và đề nghị hợp tác

**2. Dụng cụ, trang bị**

Nước lạnh, sạch: nước lọc, nước máy, nước giếng, nước mưa, trong trường hợp cần thiết có thể dùng nước hồ, sông

Chậu, xô, vòi nước, gáo nước

Khăn, chăn ủ ấm

Băng gạc sạch

**3. Người thực hiện sơ cấp cứu**

Tại hiện trường, người tham gia cấp cứu có thể là tình nguyện viên, hội viên hội chữ thập đỏ…, hoặc chính người bệnh.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**Bước 1**: **Loại trừ tiếp xúc với tác nhân gây bỏng càng sớm càng tốt**

Nhanh chóng loại bỏ tác nhân gây bỏng ra khỏi nạn nhân: nhanh chóng đưa nạn nhân ra khỏi nơi hỏa hoạn, dập tắt lửa trên người nạn nhân…

Để nạn nhân nơi an toàn, thoáng, cao ráo để có thể thực hiện cứu chữa sơ bộ ban đầu có hiệu quả.

Cới hoặc cắt bỏ quần áo cháy, ngấm nước sôi… Nhanh chóng cởi quần áo chật, nhẫn hoặc đồng hồ trước khi phần bỏng sưng nề.

**Bước 2:** Đánh giá ban đầu, bảo đảm những chức năng sống còn,

Kiểm tra đánh giá trạng thái toàn thân, đặc biệt các chức năng sinh tồn:

+ Tình trạng ý thức (tỉnh hay không tỉnh)

+ Đường thở, tình trạng hô hấp (ngừng thở, khó thở không)

+ Tuần hoàn: mạch ngoại vi còn hay không, có ngừng tim hay không

+ Phát hiện chấn thương kết hợp, đặc biệt những gãy xương lớn hoặc chấn thương sọ não, chảy máu lớn…

Tiến hành cấp cứu tối khẩn cấp khi phát hiện những rối loạn trên.

**Bước 3:** Nhanh chóng ngâm rửa vùng bỏng vào nước sạch

Tiến hành ngâm vùng bỏng vào nước sạch càng sớm càng tốt (tốt nhất trong vòng 30-60 phút đầu).

Có thể ngâm rửa hoặc dội bằng nước sạch hay hứng dưới vòi nước sạch.

Vừa ngâm rửa vùng bỏng vừa cắt bỏ quần áo bị cháy, vừa dùng gạc lau nhẹ để làm trôi dị vật, bùn đất bám vào vết bỏng.

Có thể ngâm, rửa, dội hoặc đắp các khăn tẩm nước lên vùng bị bỏng.

Không sử dụng đá lạnh, nước đá lạnh để ngâm rửa hay chườm lên vết bỏng

Thời gian ngâm rửa thường từ 15 - 20 phút- 30 – 45 phút. Có thể ngâm rửa tới khi hết đau rát.

Kinh nghiệm cho thấy khi thôi không ngâm rửa nữa mà người bệnh vẫn đau tăng, ngâm trở lại người bệnh lại giảm đau có nghĩa là ngâm rửa vẫn còn tác dụng.

Sử dụng nước lạnh sạch, nhiệt độ từ 16 đến 20 độ là tốt nhất... Tận dụng nguồn nước sạch sẵn có ngay tại nơi bị nạn như nước máy, nước mưa, nước giếng... Nước vô trùng là không cần thiết.

Lưu ý: Chú ý chỉ ngâm rửa vùng bị bỏng còn những vùng khác của cơ thể cần được giữ ấm, nhất là mùa đông. Đặc biệt với trẻ em, người già, khi thời tiết lạnh, khi diện tích bỏng rộng: cần rút bớt thời gian ngâm, đề phòng nhiễm lạnh.

**Bước 4**: Che phủ tạm thời vết bỏng

Sau khi ngâm rửa, tiến hành che phủ vết bỏng bằng gạc sạch hoặc vải sạch,thậm chí khăn mặt, khăn tay, vải màn sạch…

- Băng ép vừa phải vết bỏng

**Bước 5:** Ủ ấm, bù nước điện giải sau bỏng

Bù nước điện giải bằng đường uống (uống oréol, nước chè đường ấm, nước cháo loãng, nước khoáng…

Ủ ấm

Giảm đau cho người bệnh (nếu có thể) bằng các thuốc giảm đau toàn thân.

**Bước 6:** Vận chuyển nạn nhân dến cơ sở y tế gần nhất.

**VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN, BIẾN CHỨNG**

**-** Ngừng thở, ngừng tim:

Do bỏng nặng, đau đớn quá mức nếu không được khám xét đánh giá đầy đủ mà vẫn tiến hành ngâm rửa thì trong quá trình ngâm rửa người bệnh có thể ngừng thở, ngừng tim. Do đó cần phải đánh giá chính xác chức năng sống và tình trạng toàn thân trước khi xử trí, nếu tình trạng nặng phải ưu tiên hồi sức cấp cứu nạn nhân trước. Nếu xảy ra ngừng thở, ngừng tim cần dừng việc ngâm rửa và tiến hành hồi sức tổng hợp.

- Nhiễm lạnh, viêm phổi do ngâm rửa: đây là biến chứng hay gặp, đặc biệt vào mùa lạnh, với trẻ em, người già, phụ nữ; diện bỏng rộng. Để tránh, cần ngâm rửa vùng bỏng nhưng ủ ấm vùng lành, không dùng đá lạnh, nước lạnh, với trẻ nhỏ quá không nên ngâm rửa diện rộng, nên chọn nơi kín gió.

**B. CÁC KỸ THUẬT TRONG ĐIỀU TRỊ VẾT THƯƠNG MÃN TÍNH**

**28. THAY BĂNG ĐIỀU TRỊ VẾT THƯƠNG MÃN TÍNH**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Các vết thương khó lành, vết thương mạn tính ngày càng phổ biến trong đời sống theo cùng sự phát triển của kinh tế xã hội và tuổi thọ của dân chúng, thường gặp trong bỏng nặng, vết thương ngoại khoa có biến chứng, vết thương là hậu quả của bệnh lý mạch máu, đái đường, xạ trị, tỳ đè, bệnh lý miễn dịch da, …

Điều trị vết thương mạn tính rất khó khăn, phức tạp, là một thách thức lớn, đòi hỏi tổng hợp nhiều biện pháp điều trị trong một thời gian dài, trong đó vấn đề thay băng đóng vai trò quan trọng.

**II. CHỈ ĐỊNH**

Tất cả các loại vết thương mạn tính, mục đích nhằm:

Loại bỏ tổ chức hoại tử, dịch tiết, dịch mủ, …

Đưa thuốc và vật liệu vào điều trị tại chỗ

Bổ xung chẩn đoán, theo dõi tiến triển của vết thương.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Không có chống chỉ định tuyệt đối. Cần chú ý trong các trường hợp bị suy hô hấp, tuần hoàn đe dọa tính mạng người bệnh.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

Kíp thay băng tối thiểu 3 người: 1 bác sĩ điều trị, 2 điều dưỡng chuyên khoa bỏng hay chấn thương (1 hữu trùng giúp ngoài, 1 vô trùng), được đào tạo.

Kíp gây mê (nếu cần): Bác sỹ gây mê và kỹ thuật viên gây mê.

**2. Phương tiện**

**– Dụng cụ:**

Mỗi người bệnh cần thay băng theo khẩu phần riêng, bao gồm cơ bản:

Khay quả đậu, bông, băng, gạc, vải vô khuẩn.

Nỉa có mấu và không mấu, kéo cong, kéo thẳng, găng tay. Nên có sẵn những dụng cụ cầm máu như pince, kìm cầm kim…

Xô đựng đồ bẩn.

**– Thuốc thay băng:**

Các dung dịch sát khuẩn dùng để rửa vết bỏng: Dung dịch Natriclorid 0,9%; dung dịch becberin 1%; dung dịch PVP iodine 10%, ngoài ra có thể dùng dung dịch acid boric 2-4%; nitrat bạc 0,5%,…

**3. Người bệnh**

Giải thích động viên người bệnh

Dặn người bệnh nhịn ăn trước 6 giờ nếu phải gây mê.

**4. Hồ sơ bệnh án**

Chuẩn bị hồ sơ bệnh án theo quy định, các xét nghiệm liên quan.

**– Địa điểm thay băng**

Buồng thay băng hoặc buồng bệnh (buồng bệnh nặng hoặc buồng bệnh hồi sức cấp cứu).

Yêu cầu: có đủ các trang bị hồi sức: máy thở; nguồn cung cấp oxy; máy hút; monitor theo dõi người bệnh; các dụng cụ và thuốc cấp cứu cần thiết khác.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Vô cảm:** Dùng thuốc giảm đau hoặc gây mê, gây tê đám rối thần kinh (nếu cần).

**2. Kỹ thuật**: Nhân viên đội mũ, đeo mạng, rửa tay và đi găng vô khuẩn.

Mở hộp dụng cụ và xắp xếp dụng cụ thuận tiên cho việc thay băng.

Trải tấm nylon lót dưới vùng thay băng

Bộc lộ vùng tổn thương. Dùng cồn 700, ete lau rửa vùng da lành quanh vết thương.

Lau rửa vết thương bằng nước muối sinh lý, dung dịch sát khuẩn.

Cắt lọc tổ chức hoại tử, lấy bỏ máu tụ, giả mạc, dịch tiết mủ, cầm máu.

Rửa lại vết thương 2 -3 lần bằng nước muối sinh lý, dung dịch thuốc sát khuẩn, thấm khô

Đặt gạc thuốc hoặc các loại vật liệu sinh học (theo chỉ định)

Phủ 4 – 6 lớp gạc khô, băng ép vừa phải

**VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

**– Toàn thân**

Theo dõi trạng thái toàn thân, mạch, nhiệt độ, huyết áp…sau thay băng. Theo dõi sau gây mê chặt chẽ, kịp thời để xứ lý.

Người bệnh choáng, ngất trong và sau thay băng: Tạm dừng thay băng, đặt nằm chỗ thoáng, mát, cho thở oxy, thuốc trợ tim. Khi người bệnh tỉnh, trở lại trạng ổn định cho phép mới thay băng tiếp.

Tình trạng đau đớn sau thay băng như kêu đau, rét run hoặc sốt cao: tiếp tục dùng giảm đau, ủ ấm, hạ sốt…

**– Tại chỗ**

Chảy máu: Thay băng lại vùng chảy máu, đắp nước muối ấm, băng ép hoặc khâu cầm máu nếu cần, lấy sạch máu cục, đắp lại gạc thuốc, gạc vaseline và gạc khô, băng ép.

Nhiễm khuẩn: kháng sinh, thuốc chống nhiễm khuẩn tại chỗ.

## 29. NGÂM RỬA ĐIỀU TRỊ VẾT THƯƠNG MÃN TÍNH

## 30. CẮT ĐÁY Ổ LOÉT VẾT THƯƠNG MÃN TÍNH

# PHỤ KHOA-SƠ SINH

**TÀI LIỆU THAM KHẢO**

Hướng dẫn quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành Phụ Sản của bộ y tế 2013.

## 31. CHÍCH RẠCH MÀNG TRINH DO Ứ MÁU KINH

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Phẫu thuật chích 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. CHỈĐỊNH**

- Màng trinh không có lỗ.

- Ứ máu kinh trong âm đạovà buồng tử cung.

- Ứ máu kinh trong âm đạo và cổ tử cung.

- Ứ máu kinh trong buồng tử cung và lan ra cả haivòi tử cung.

- Giao hợp khó khăn do màng trinh không thủng hoặc có lỗ thủng nhỏ.

**III. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

Bác sỹ chuyên khoa Phụ sản

**2. Phương tiện**

Bộ dụng cụ cắt tử cung đường âm đạo.

**3. Người bệnh**

- Người bệnh phải đủ điều kiện thực hiện phẫu thuật.

- Không có biểu hiện của triệu chứng viêm nhiễm đường sinh dục.

- Người bệnh và gia đình: được giải thích, tư vấn lý do phải chích rạch màng trinh và ký giấy cam đoan đồng ý làm thủ thuật.

- Khám toàn trạng và chuyên khoa để đánh giá tổng thể sức khỏe, phát hiện chống chỉ định.

- Người bệnh được vệ sinh vùng tầng sinh môn trước khi làm thủ thuật

- Tư thế nằm tư thế sản khoa

**4. Hồ sơ bệnh án**

Hồ sơ bệnh án theo quy định.

**IV. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

⮚**Thì 1.** Thăm dò màng trinh:

Vị trí độ dàycủa màng trinh để quyết định đường rạch

⮚**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,tránhdính.

**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.

## 32. 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 ngờ 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**

**1. 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.

**2. 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

**3. Người bệnh**

* + Khám toàn thân và chuyên khoa để đánh giá tổng thể sức khỏe và phát hiện những chống chỉ đinh.
  + Xét nghiệm bộ xét nghiệm cơ bản trong phẫu thuật và thêm các xét nghiệm khác tùy theo tình trạng bệnh lý kèm theo ( nếu cần). Người bệnh được soi cổ tử cung và sinh thiết làm mô bệnh học trước khi chỉ định cắt cụt cổ tử cung.
  + Được tư vấn kỹ về bệnh và quy trình kỹ thuật, nguy cơ và biến chứng có thể xảy ra.

1. Người bệnh ký cam đoan chấp nhận phẫu thuật, thủ thuật và gây mê hồi sức. - Sử dụng kháng sinh dự phòng
   * Thụt tháo
   * Vệ sinh âm hộ, sát khuẩn vùng mổ
   * Người bệnh nằm tư thế phụ khoa
   * Gây mê hoặc gây tê vùng.
2. **Hồ sơ bệnh án**

Hồ sơ bệnh án theo quy định .

1. **Nơi thực hiện phẫu thuật:** trong phòng mổ.

**V. CÁC BƯ ỚC 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 đ ến hết bề dày thành âm đ ạo. 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 đư ờng 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

## 33. PHẪU THUẬT MỞ BỤNG THĂM DÒ, XỬ TRÍ BỆNH LÝ PHỤ KHOA

**I. ĐẠI CƯƠNG**

* Thăm dò ổ bụng là thì đầu tiên để quyết định mọi can thiệp vào các tạng trong ổ bụng. Thủ thuật nhằm xác định chính xác vị trí, tính chất của tổn thương, liên quan của nó với các tạng khác, nhất là các tạng lân cận để có quyết định phẫu thuật thích hợp.
* Đây là một thủ thuật kinh điển, ngày nay nhờ có các tiến bộ về cận lâm sàng trước mổ như siêu âm, CT-scan, MRI nên các thương tổn bệnh lý đã được xác định trước mổ tương đối đầy đủ, tuy vậy mọi quyết định cách thức phẫu thuật vẫn phải dựa trên tổn thương cụ thể được xác định qua thăm dò sau khi mở bụng, nhất là đối với chấn thương thì thăm dò ổ bụng là bắt buộc không thể bỏ qua.
* Nguyên tắc của thủ thuật là phải xác định đầy đủ các thương tổn, không được bỏ sót, nhất là trong chấn thương. Trường hợp thăm dò bệnh lý phụ khoa thì thường sử dụng đường mổ Pfannenstein nhưng nếu cần phải thăm dò toàn bộ ổ bụng thì tốt nhất là mở đường giữa trên và dưới rốn để có thể thăm dò rộng rãi và dễ dàng.

**II. CHỈ ĐỊNH**

* Các trường hợp chấn thương, tai biến sản phụ khoa
* Các trường hợp có chỉ định phẫu thuật tuy nhiên chưa có chẩn đoán xác định rõ ràng trước mổ.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

* **Bệnh nhân có chống chỉ định phẫu thuật, chống chỉ định gây mê nói chung:**
* Chưa sử dụng các phương pháp chẩn đoán không xâm lấn khác.

**IV. CHUẨN BỊ**

* + - 1. **Người thực hiện**
* Bác sĩ chuyên khoa sản đã được huấn luyện, đào tạo phẫu thuật
* Bác sĩ hoặc kĩ thuật viên gây mê hồi sức
* Điều dưỡng viên/y tá làm người đưa dụng cụ
  + - 1. **Phương tiện**
* Thuốc gây mê toàn thân, các thuốc hồi sức, dịch truyền.
* Dụng cụ đặt nội khí quản và máy thở
* Bộ dụng cụ phẫu thuật
  + - 1. **Người bệnh**
* Khám toàn thân và chuyên khoa để đánh giá tổng thể sức khỏe và phát hiện những chống chỉ đinh.
* Xét nghiệm bộ xét nghiệm cơ bản trong phẫu thuật và thêm các xét nghiệm khác tùy theo tình trạng bệnh lý kèm theo ( nếu cần). Phát hiện các chống chỉ định.
* Được tư vấn kỹ về bệnh và kỹ thuật cũng như những nguy cơ, biến chứng, tai biến của phẫu thuật có thể xảy ra
* Người bệnh ký cam đoan chấp nhận phẫu thuật, thủ thuật và gây mê hồi sức
* Sử dụng kháng sinh dự phòng
* Thụt tháo
* Vệ sinh bụng, sát khuẩn vùng mổ . Thông tiểu.
* Được gây mê toàn thân, thở máy
  + - 1. **Hồ sơ bệnh án**

Hồ sơ bệnh án theo quy định

5. **Nơi thực hiện thủ thuật:** Phòng mổ.

**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
* Thăm khám, kiểm tra lần lượt các tạng trong vùng tiểu khung và ổ bụng. Đánh giá trực tràng trong phúc mạc, bàng quang, tử cung phần phụ, mạch chậu 2 bên. Kiểm tra các tạng trong ổ bụng tìm tổn thương, bệnh lý phối hợp, không bỏ sót tổn thương. Nhất là trong các trường hợp chấn thương hoặc ung thư.
* Tùy theo tổn thương bệnh lý mà có phương án phẫu thuật, xử trí phù hợp.
* Kiểm tra lại toàn bộ ổ bụng, kiểm tra chảy máu.
* 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**

* **Theo dõi toàn trạng, chỉ số sinh tồn, vết mổ, ổ bụng, nước tiểu**
* **Tùy theo phẫu thuật xử trí mà theo dõi thêm hậu phẫu: dẫn lưu, máu âm đạo, ...**

**VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ**

* Tai biến và xử trí nói chung giống như phẫu thuật thông thường
* Do gây mê, đặt ống thở khó khăn, dị ứng thuốc, bệnh tim phổi.
* Nhiễm trùng vết thương.
* Chảy máu.
* Viêm tắc tĩnh mạch, tắc mạch phổi do có cục máu đông trong lòng mạch.
* Tổn thương mạch máu, hệ tiết niệu, hệ tiêu hóa trong quá trình phẫu thuật
* Nhiễm trùng, chảy máu trong

## 34. PHẪU THUẬT MỞ BỤNG CẮT TỬ CUNG HOÀN TOÀN

**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, để lại buồng trứng.

**II. CHỈ ĐỊNH**

**1. 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.

**2. 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**

**1. Người thực hiện**

- Bác sỹ: 01 bác sỹ mổ chính, 02 bác sỹ phụ

- Điều dưỡng: 01 dụng cụ viên, 01 phụ dụng cụ

- Kỹ thuật viên: 01 Bác sỹ vô cảm: 01. Phụ gây mê, vô cảm: 01

**2. Phương tiện**

Bộ dụng cụ cắt tử cung

**3. Người bệnh**

Giải thích tình trạng bệnh và phẫu thuật cầm làm cho gia đình trẻ.

Chuẩn bị như các trưởng hợp mổ có chuẩn bị, được vệ sinh thụt tháo và sử dụng an **thần trước mổ.**

**4.Hồ sơ bệnh án**

- Hồ sơ bệnh án theo quy định.

**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 hay đã có sẹo mổ cũ đường trắng dưới rốn thì sử dụng đường trắng giữa dưới rốn.

**2. Thì 2: Cắt các dây chằng**

Kẹp và cắt dây chằng 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.Kẹp cắt vòi trứng để lại buồng trứng, khâu cầm máu.

**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

- Tách phúc mạc sau vòng quanh cổ tử cung phía trên và đẩy xuống ngang mức cắt âm đạo.

**5. Thì 5: 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

## 35. PHẪU THUẬT MỞ BỤNG XỬ TRÍ VIÊM PHÚC MẠC TIỂU KHUNG, VIÊM PHẦN PHỤ, Ứ MỦ VÒI TRỨNG

**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**

**1. Người thực hiện**

Bác sĩ chuyên khoa Phụ Sản đã được đào tạo.

**2. Phương tiện**

Bộ dụng cụ phẫu thuật mở bụng.

**3. Người bệnh**

- Khám toàn thân và chuyên khoa đánh giá các bệnh lý phối hợp

-Bệnh nhi và gia đình được tư vấn về nguy cơ, biến chứng, tai biến của phẫu thuật

**4. Hồ sơ bệnh án**

- Hồ sơ bệnh án theo quy định.

**5. Nơi thực hiện thủ thuật**

Phòng mổ.

**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.

## 36. ĐÓNG RÒ TRỰC TRÀNG - ÂM ĐẠO HOẶC RÒ TIẾT NIỆU- SINH DỤC

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Rò trực tràng - âm đạo (Rò trực tràng - âm đạo) là thành âm đạo và trực tràng bị rách làm cho trực tràng thông với âm đạo, gây nhiễm khuẩn ngược dòng lên đường sinh dục.  Rò trực tràng - âm đạo thường xảy ra do đẻ khó hoặc can thiệp thủ thuật khi sinh hoặc các phẫu thuật phụ khoa đường âm đạo

**II. CHỈ ĐỊNH**

Cho bất kỳ các trường hợp bị Rò trực tràng - âm đạo

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Khi người bệnh đang hành kinh hoặc ra huyết bất thường mà chưa điều trị khỏi

Khi đang mắc các bệnh nhiễm khuẩn hoặc các bệnh về máu, hoặc viêm âm đạo nặng

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

Phụ sản hoặc ngoại

**2. Phương tiện**

Bộ trung phẫu

**3. Người bệnh**

Khám toàn thân và chuyên khoa để đánh giá tổng thể sức khỏe và phát hiện những chống chỉ định.

Được tư vấn kỹ về bệnh và kỹ thuật cũng như những tai biến có thể xảy ra.

Vệ sinh tại chỗ

Nên mổ sau sạch kinh khoảng 1 tuần.

**4. Hồ sơ bệnh án**

Hồ sơ bệnh án được chuẩn bị theo qui định

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

Người bệnh được thụt tháo phân

Gây tê hoặc tiền mê

Sát khuẩn âm đạo, TSM.

Trải khăn vô khuẩn

Dùng van mở rộng âm đạo

Cố định mép trên và mép dưới chỗ rò bằng kìm răng chuột

Rạch thành âm đạo theo chiều dọc. Nếu lỗ rò bị xơ hóa nhiều thì dùng kéo cong xén hết tổ chức xơ quanh miệng lỗ rò

Bóc tách thành âm đạo khỏi thành của trực tràng bằng kéo phẫu thuật có lưỡi mỏng.

Cố định mép của thành âm đạo vừa bóc tách bằng kìm răng chuột

Khâu thành trực tràng bằng mũi rời, mép niêm mạc lộn vào trong lòng của trực tràng chỉ Vicryl số 1. Có thể khâu vắt.

Khâu thành âm đạo  bằng mũi rời hoặc khâu vắt  sau khi đã khâu hết thành trực tràng bằng chỉ Vicryl số 1

Sát khuẩn lại âm đạo và TSM

**Ghi chú:**nếu sẹo xơ cứng nên đặt hoặc bôi estrogen 1-2 tuần cho niêm mạc âm đạo mềm mại, giảm xơ  và làm tăng khả năng thành công của phẫu thuật

**VI. THEO DÕI**

Theo dõi  ra máu âm đạo

Có máu ra ở hậu môn hoặc đi ngoài tra máu đỏ tươi không

Dặn người bệnh vệ sinh TSM ngày 2 lần hoặc sau đại tiểu tiện, sau đó lau khô

Ăn nhẹ hoặc nhịn ăn tùy thuộc tổn thương vào trực tràng nhiều hay ít

**VII. TAI BIẾN**

Nếu chảy máu âm đạo hoặc qua hậu môn nhiều, đỏ tươi thì phải dùng van kiểm tra lại. Có thể khâu tăng cường để cầm máu hoặc nếu cần thiết phải mở ra khâu lại.

## 37. PHẪU THUẬT CHẤN THƯƠNG TẦNG SINH MÔN

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Có 2 loại chấn thương tầng sinh môn: đơn giản và phức tạp:

Chấn thương tầng sinh môn đơn giản là những chấn thương phần mềm đơn thuần không kèm theo các thương tổn nặng vùng tiểu khung

Chấn thương tầng sinh môn phức tạp là những chấn thương tầng sinh môn có tổn thương cơ thắt, ống hậu môn hoặc và kèm theo các thương tổn nặng vùng tiểu khung như trực tràng, bàng quang, niệu đạo, xương chậu,…

Có nhiều nguyên nhân gây chấn thương tầng sinh môn như do tai nạn giao thông, do ngồi vào vật nhọn, do tai biến sản khoa…

**II. CHỈ ĐỊNH**

Chấn thương phần mềm vùng tầng sinh môn.

Các chấn thương tầng sinh môn kèm theo thương tổn khác ở tiểu khung như trực tràng, ống hậu môn, cơ thắt, niệu đạo, bàng quang, xương chậu,…

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Không có chống chỉ định

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện:**

Phẫu thuật viên Sản khoa, có thể phối hợp PTV Ngoại chung hoặc phẫu thuật viên Tiêu hóa.

**2.** **Phương tiện:**

Chấn thương tầng sinh môn đơn giản: bộ phẫu thuật trung phẫu (chấn thương , các loại chỉ tiêu chậm và không tiêu,…

Chấn thương tầng sinh môn phức tạp: bộ phẫu thuật đại phẫu, chỉ tiêu chậm, chỉ không tiêu, chỉ khâu mạch máu, túi hậu môn, sonde bang quang…

**3. Người bệnh:**

Nếu bệnh nhân đến viện trong tình trạng cấp cứu, cho kháng sinh, truyền dịch, phòng chống sốc.

Khám toàn thân và chuyên khoa để đánh giá tổng thể sức khỏe và phát hiện những chống chỉ đinh.

Xét nghiệm bộ xét nghiệm cơ bản trong phẫu thuật và thêm các xét nghiệm khác tùy theo tình trạng bệnh lý kèm theo ( nếu cần)

Người bệnh ký cam đoan chấp nhận phẫu thuật, thủ thuật và gây mê hồi sức

Được tư vấn kỹ về bệnh và kỹ thuật cũng như những tai biến có thể xảy ra.

**4. Hồ sơ bệnh án**

Hồ sơ bệnh án theo quy định.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Tư thế:**tư thế sản khoa hoặc nằm sấp.

**2. Vô cảm:**gây tê vùng, gây tê tại chỗ hoặc gây mê toàn thân.

**3. Kỹ thuật:**Thời gian dự kiến phẫu thuật 45 – 60 phút hoặc vài giờ tùy mức độ tổn thương.

Lấy dị vật như sỏi, đá, mảnh tre…

Làm sạch chấn thương bằng nước muối, oxy già, betadine…

Cắt lọc tổ chức dập nát hoặc hoại tử không còn mạch nuôi. Cố gắng bảo tồn tối đa da vùng tầng sinh môn, sẽ cắt lọc lần 2 nếu tổ chức bị hoại tử tiếp.

Không khâu kín chấn thương.

Xử lý thương tổn phối hợp:

Làm hậu môn nhân tạo bảo vệ trong các trường hợp có tổn thương cơ thắt ½ trên, tổ chức phần mềm dập nát, mất nhiều, chấn thương thủng trực tràng,…

Dẫn lưu bàng quang trong trường hợp có tổn thương niệu đạo, bàng quang,…

Các thương tổn cơ thắt, niệu đạo, trực tràng,… phức tạp nên xử lý thì 2 khi Người bệnh đã ổn định, chấn thương phần mềm sạch hoặc đã liền.

**VI. THEO DÕI**

Chăm sóc và theo dõi Người bệnh như các trường hợp vết thương phần mềm (chấn thương TSM đơn giản) hoặc phẫu thuật mở bụng khác (chấn thương TSM phức tạp).

Dùng kháng sinh toàn thân, phối hợp 2 loại kháng sinh (metronidazol, cephalosporin thế hệ 3,…)

Thay băng hàng ngày, nhiều lần trong ngày nếu chấn thương rộng, bẩn, thấm nhiều dịch,…

**VII. XỬ TRÍ TAI BIẾN**

Chảy máu: băng ép bằng gạc, chèn mét hoặc khâu cầm máu khi cần thiết.

Nhiễm trùng: thay băng nhiều lần trong ngày, có thể cắt lọc lại lần 2.

## 38. CHÍCH ÁP XE TUYẾN BARTHOLIN

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Nang tuyến Bartholin khi nhiễm trùng hóa mủ thành abces tuyến thì phải chích rạch tháo mủ.

**II. CHỈ ĐỊNH, CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

1. **Chỉ định**

Abces đã hóa mủ

1. **Chống chỉ định**

Ổ viêm đỏ chưa hóa mủ

Nhiễm trùng toàn thân nặng chưa được điều trị

**III. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

Bác sĩ chuyên khoa phụ sản

**2. Dụng cụ**

- Cồn 70 hoặc dung dịch sát trùng như Betadin

- Bơm tiêm 5ml

- Thuốc giảm đau toàn thân : dolargan, fentanyl….

- Thuốc gây tê tại chỗ bằng Lidocain

- Bộ dụng cụ để chích ápxe.

- Các khăn trải phẫu thuật vô khuẩn

- Bàn khám hoặc bàn mổ.

**3. Người bệnh**

- Người bệnh và gia đình: được giải thích lý do phải chích abces và ký giấy cam đoan đồng ý làm thủ thuật.

- Khám toàn trạng và chuyên khoa để đánh giá tổng thể sức khỏe, phát hiện chống chỉ định.

- Người bệnh được vệ sinh vùng tầng sinh môn trước khi làm thủ thuật

- Tư thế nằm tư thế sản khoa

**4. Hồ sơ bệnh án**

Hồ sơ bệnh án theo quy định.

**IV. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

⮚**Thì 1.**

- Sát trùng rộng vùng abces từ trong ra ngoài

- Dùng khăn vô trùng để bao bọc xung quanh vùng thủ thuật.

⮚**Thì2.**

- Rạch da ngay trên khối abces chỗ mềm nhất đường rạch đủ rộng để tháo hết mủ. Có thể đi đường trong môi bé hay đường nếp gấp môi lớn môi bé.

- Sau khi rạch qua da và tổ chức dưới da đi thẳng vào khối abces tránh làm nát các tổ chức xung quanh gây chảy máu. Dùng kẹp nhỏ có quấn gạc làm sạch ổ abces

- Để da hở, đặt một meche trong ổ abcesđể dẫn lưu mủ ra ngoài, rút sau 12 giờ.

**V. THEO DÕI**

- Người bệnh được dùng thuốc giảm đau và kháng sinh uống hoặc tiêm trong 5 đến 7 ngày, thuốc chống phù nề (nếu cần)

- Theo dõi chảy máu tại vết rạch.

**VI. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ**

- Chảy máu: chảy máu tại vùng rạch da hoặc trong ổ abces, khâu chỗ chảy máu dùng tiếp kháng sinh

- Không thoát mủ: mở thông lại, dùng kháng sinh tiêm.

## 39. DẪN LƯU CÙNG ĐỒ DOUGLAS

* + - 1. **ĐẠI CƯƠNG**

Dẫn lưu cùng đồ Douglas là một thủ thuật nhằm đưa dịch (mủ hoặc máu) ra khỏi ổ bụng qua đường cùng đồ sau.

**II. CHỈ ĐỊNH**

-    Có dịch ổ bụng/ dịch ở cùng đồ sau.

-    Có ổ áp xe phần phụ hoặc áp xe Douglas.

**III. CHUẨN BỊ**

**1.Người thực hiện**

Bác sỹ chuyên khoa Sản, nên có điều dưỡng, nữ hộ sinh phụ cho người làm thủ thuật.

**2.Dụng cụ:**

+   Bộ khám phụ khoa.

+   Các dung dịch sát khuẩn.

+   Lidocain, nước cất.

+   Bơm tiêm 10 - 20 ml, kim chọc dò tủy sống

+ Túi dẫn lưu

+ Bộ tiểu phẫu

**3.Người bệnh**

+  Tư vấn: cho người bệnh biết lý do cần đặt dẫn lưu, các bước tiến hành và nguy cơ có thể xảy ra.

+ Vệ sinh cơ quan sinh dục ngoài và đi tiểu tiện.

**4. Hồ sơ bệnh án**

Hồ sơ bệnh án theo quy định.

**IV. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

-          Người bệnh nằm theo tư thế phụ khoa.

-          Sát khuẩn rộng vùng âm hộ.

-          Đặt mỏ vịt (có thể dùng van âm đạo) tiếp tục sát khuẩn phần trong âm đạo và túi cùng sau.

-          Dùng kìm Pozzi kẹp mép sau cổ tử cung, kéo nhẹ theo hướng ra ngoài và lên trên, bộc lộ túi cùng sau âm đạo.

-         Tiến hành mở túi cùng để dẫn lưu mủ và gửi xét nghiệm giải phẫu bệnh. Cầm máu vị trí mở cùng đồ.

- Sát khuẩn lại âm đạo.

**V. THEODÕI**

- Toàn trạng: mạch, nhiệt độ, huyết áp.

- Theo dõi máu âm đạo/ nhiễm trùng sau làm thủ thuật

**VII. TAI BIẾNVÀ XỬTRÍ**

- Chảy máu: Tìm vị trí chảy máu và xử trí cầm máu

- Nhiễm trùng : dùng kháng sinh và xử trí tác nhân gây viêm.

## 40. CHỌC DÒ TÚI CÙNG DOUGLAS

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Chọc dò túi cùng sau là một thủ thuật nhằm xác định túi cùng Douglas có dịch, máu hay mủ.

**II. CHỈ ĐỊNH**

- Nghi thai ngoài tử cung vỡ, vỡ nang trứng chảy máu

- Lấy dịch ổ bụng làm xét nghiệm.

- Nghi có ổ áp xe phần phụ hoặc áp xe Douglas.

**III. CHUẨN BỊ**

**1.Người thực hiện**

Bác sỹ chuyên khoa Sản, nên có điều dưỡng, nữ hộ sinh phụ cho người làm thủ thuật

**2.Dụng cụ:**

+   Bộ khám phụ khoa.

+   Các dung dịch sát khuẩn.

+   Lidocain, nước cất.

+   Bơm tiêm 10 - 20 ml, kim chọc dò tủy sống.

**3.Người bệnh**

+  Tư vấn: cho người bệnh biết các bước tiến hành.

+ Động viên, hỗ trợ tinh thần, vệ sinh cơ quan sinh dục ngoài và đi tiểu tiện.

**4. Hồ sơ bệnh án**

Hồ sơ bệnh án theo quy định.

**IV.CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

-          Người bệnh nằm theo tư thế phụ khoa.

-          Sát khuẩn rộng vùng âm hộ.

-          Đặt mỏ vịt (có thể dùng van âm đạo) tiếp tục sát khuẩn phần trong âm đạo và túi cùng sau.

-          Dùng kìm Pozzi kẹp mép sau cổ tử cung, kéo nhẹ theo hướng ra ngoài và lên trên, bộc lộ túi cùng sau âm đạo.

-          Lắp kim vào bơm tiêm.

-          Chọc nhanh kim vào túi cùng sau ở dưới mép sau cổ tử cung (thường không cần phải gây tê)

-          Kéo nòng bơm tiêm từ từ để hút dịch ở túi cùng Douglas. Nếu:

+        Hút ra được máu đen loãng, không đông, có thể là chảy máu trong do thai ngoài tử cung.

+        Hút ra được máu nhưng để bên ngoài một lúc thì đông, có thể đã chọc vào mạch máu. Nếu cần có thể chọc lại lần nữa theo hướng khác.

+        Hút ra dịch vàng, trong và không phải máu. Có thể đó là thai ngoài tử cung chưa vỡ hoặc viêm tử cung.

-          Nếu hút ra mủ, thì lưu kim lại tại chỗ, tiến hành mở túi cùng để dẫn lưu mủ và gửi xét nghiệm.

**V. THEODÕI**

- Toàntrạng: mạch,nhiệtđộ,huyếtáp.

- Theodõimáu âm đạo/nhiễm trùng sau làm thủ thuật

**VII. TAI BIẾNVÀ XỬTRÍ**

- Chảy máu: Tìm vị trí chảy máu và xử trí cầm máu

- Nhiễm trùng : dùng kháng sinh và xử trí tác nhân gây viêm.

## 41. CHỌC HÚT DỊCH DO MÁU TỤ SAU MỔ

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Tụ máu sau mổ là một tai biến sau phẫu thuật, có thể dẫn đến tình trạng thiếu máu hoặc nhiễm trùng nếu không được xử lý kịp thời. Chọc hút dịch tại vị trí tụ máu là một trong những cách xử trí.

**II. CHỈ ĐỊNH**

-   Có khối dạng dịch tại vết mổ.

**III. CHUẨN BỊ**

**1.Người thực hiện**

Bác sỹ chuyên khoa Sản, nên có điều dưỡng, nữ hộ sinh phụ cho người làm thủ thuật.

**2.Dụng cụ:**

+   Bộ dụng cụ tiểu phẫu

+   Các dung dịch sát khuẩn.

+   Lidocain, nước cất.

+   Bơm tiêm 10 ml

1. **Người bệnh**

+  Tư vấn: cho người bệnh biết các bước tiến hành và nguy cơ có thể xảy ra.

+ Nằm ngửa

**4. Hồ sơ bệnh án**

Hồ sơ bệnh án theo quy định

**IV. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

-          Người bệnh nằm ngửa.

-          Sát khuẩn rộng vùng vết mổ

-         Gây tê tại vị trí chọc theo chiều dài vết môr

-          Tiến hành chọc hút dịch tại vị trí có khối máu tụ (nên có định hướng của siêu âm nhất là khi khối máu tụ nằm sâu): chọc nơi mềm và căng phồng nhất.

- Sát khuẩn lại vết mổ. Băng vết mổ.

**V. THEODÕI**

- Toàn trạng: mạch, nhiệt độ,huyết áp.

- Theo dõi tình trạng vết mổ

**VII. TAI BIẾNVÀ XỬTRÍ**

- Nhiễm trùng : dùng kháng sinh và xử trí tác nhân gây viêm.

## 42. LẤY DỊ VẬT ÂM ĐẠO

1. **ĐẠI CƯƠNG**

Dị vật âm đạo là hiện tượng trong âm đạo nữ giới có các vật thể lạ, do vô tình hoặc cố ý. Nếu không phát hiện sớm và lấy dị vật âm đạo ra kịp thời có thể gây tổn thương đến thành âm đạo,âm đạo, cổ tử cung, gây viêm phụ khoa cho nữ giới.

1. **CHỈ ĐỊNH**

Có dị vật trong âm đạo

1. **CHUẨN BỊ**
2. **Người thực hiện**

Bác sỹ chuyên khoa Phụ sản đã được đào tạo.

1. **Phương tiện**

Bộ dụng cụ tiểu phẫu

1. **Người bệnh** 
   * Khám toàn thân và chuyên khoa đánh giá các bệnh lý phối hợp
   * Được tư vấn về nguy cơ, tai biến của thủ thuật
   * Được giải thích đầy đủ, ký giấy cam đoan

Nơi thực hiện thủ thuật: Có thể thực hiện ở phòng thủ thuật. Người bệnh có thể ra viện trong ngày.

1. **Hồ sơ bệnh án**

Hồ sơ bệnh án theo quy định.

**IV. CÁC BƯỚC THỰC HIỆN KỸ THUẬT**

1. Yêu cầu người bệnh đi tiểu

2. Người bệnh nằm lên bàn theo tư thế phụ khoa

3. Sát khuẩn vùng sinh dục

4. Đặt van âm đạo hay mỏ vịt: Tiến hành lấy dị vật ra khỏi âm đạo. Kiểm tra xem có tổn thương kèm theo không. Nếu có tiến hành xử trí theo thương tổn.

5. Sát khuẩn lại âm đạo

**V. THEO DÕI**

* + Theo dõi toàn trạng, các dấu hiệu sinh tồn, máu âm đạo
  + Có thể sử dụng kháng sinh nếu cần

**VI. TAI BIẾN VÀ BIẾN CHỨNG**

Tổn thương thành âm đạo, âm đạo, cổ tử cung

Viêm âm đạo/ viêm phần phụ

## 43. KHÂU RÁCH CÙNG ĐỒ ÂM ĐẠO

**I. ĐẠI CƯƠNG**

* + Rách âm đạo thường xảy ra sau đẻ thường hoặc đẻ 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 đạongay sau khi chẩn đoánxác định có tổn thương âm đạo để tránh mất máu cho sản phụ

**III. CHUẨN BỊ**

**1. 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: Nữ hộ sinh có kinh nghiệm, bác sỹ sản khoa
  + Rách 1/3 ngoài, rách sâu/ rách ở giữa/ rách 1/3 trên: nữ hộ sinh có kinh nghiệm hoặc bác sỹ sản khoa.

**2. Phương tiện**

+ 2 van âm đạo

          + 2 panh hình tim cặp cổ tử cung

           + 1 panh sát trùng

           + 1 kéo thẳng đầu tù, sắc

           + 1 panh cặp kim

           + 1 panh đỡ kim

           + 1 cốc đựng dung dịch sát trùng

           + 1 đến 2 sợi chỉ vicryl số 1

           + 1 bơm tiêm 10ml

+ dung dịch povidone

**3. Người bệnh**

* + Đánh giá toàn trạng người bệnh: lượng máu mất, mạch, huyết áp, toàn trạng, mức độ co hồi tử cung trong trường hợp sau đẻ (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…
  + Khai thác kỹ tiền sử dị ứng với các thuốc gây tê, giảm đau, kháng sinh
  + Tư vấn kỹ cho bệnh nhân về tình trạng bệnh và phương pháp điều trị cũng như nguy cơ có thể xảy ra.
  + Nơi thực hiện thủ thuật: Có thể thực hiện ở phòng thủ thuật/phòng đẻ nếu sau đẻ thường.

**4. Hồ sơ bệnh án**

Hồ sơ bệnh án theo quy định .

**IV. CÁC BƯỚC THỰC HIỆN KỸ THUẬT**

1. Sát trùng âm đạo tầng sinh môn, thông tiểu, người phụ giữ van bộc lộ âm đạo

2. Giảm đau bằng gây tê tại chỗ Lidocain 2% 2ml +3ml nước cất (trừ khi thai phụ đã được gây tê ngoài màng cứng để giảm đau trong và sau đẻ)

3. 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.

4. Sát trùng âm đạo sau khi khâu xong

5. Cho 1 ngón tay vào hậu môn kiểm tra xem có khâu vào trực tràng không, nếu có phải cắt chỉ khâu lại

6. Sát trùng hậu môn

**V. THEO DÕI**

* + 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 ở 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. TAI BIẾN VÀ BIẾN CHỨNG**

* + Tụ máu âm đạo/ tầng sinh môn
  + Thiếu máu
  + Nhiễm trùng

## 44. LÀM LẠI THÀNH ÂM ĐẠO, TẦNG SINH MÔN

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Làm lại thành âm đạo, tầng sinh môn là phương pháp khâu phục hồi thành âm đạo và tầng sinh môn theo đúng giải phẫu.

**II. CHỈ ĐỊNH**

Chỉ định khi có tổn thương rách tầng sinh môn/sa thành âm đạo.

**III. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

Bác sĩ chuyên khoa phụ sản có kinh nghiệm

**2. Phương tiện**

+ 2 van âm đạo

          + 2 panh hình tim, kẹp cổ tử cung

           + 1 panh sát trùng

           + 1 kéo thẳng đầu tù, sắc

           + 1 panh cặp kim

           + 1 panh đỡ kim

           + 1 cốc đựng dung dịch sát trùng

           + Chỉ vicryl số 1, vicryl rapid 2.0

           + 1 bơm tiêm 10ml

+ dung dịch povidone

**3. Người bệnh**

* + Đánh giá toàn trạng người bệnh, các bệnh lý có liên quan đến đông cầm máu như giảm tiểu cầu, APTT kéo dài, giảm fibrinogen…
  + Khai thác kỹ tiền sử dị ứng với các thuốc gây tê, giảm đau, kháng sinh
  + Tư vấn kỹ cho bệnh nhân về tình trạng bệnh và phương pháp điều trị cũng như nguy cơ có thể xảy ra.
  + Nơi thực hiện thủ thuật: Có thể thực hiện ở phòng thủ thuật/ phòng mổ nếu cần
  + Khám kỹ để tránh bỏ xót các tổn thương ở âm đạo, tầng sinh môn

**4. Hồ sơ bệnh án**

Hồ sơ bệnh án theo quy .

**IV. CÁC BƯỚC THỰC HIỆN KỸ THUẬT**

**Thì 1:** Rạch da

Dùng dao rạch vòng cung phía trên đường ranh giới giữa hậu môn và âm đạo khoảng 15-25 mm, từ hai mép bên rạch thẳng vào âm đạo tạo thành hình thang, đỉnh tròn.

**Thì 2:** Bóc tách mảnh niêm mạc âm đạo đến mặt trước cơ nâng hậu môn ở phía trên và đầu đứt của vòng hậu môn phía dưới.

**Thì 3:** Khâu cơ vòng hậu môn bằng hai mũi chỉ vicryl hình chữ U

**Thì 4:** Cắt mảnh niêm mạc âm đạo và khâu tầng sinh môn sau

Khâu bờ trong và sâu của hai bó cơ nâng hậu môn bằng chỉ không tiêu

Khâu niêm mạc âm đạo từ trên xuống bằng chỉ vicryl mũi rời. Khâu tổ chức dưới da và cân tầng sinh môn bằng chỉ vicryl số 2.0

Mũi khâu tăng cường cuối cùng bằng chỉ vicryl xuyên từ da qua tổ chức dưới da đến hai đầu cơ vòng bị đứt, sẽ làm tăng độ chắc của cơ vòng hậu môn

**VI. THEO DÕI**

* + 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, bệnh nhân thường tức vùng âm đạo, có cảm giác chèn ở 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.

Dùng kháng sinh 5 ngày sau khi khâu

**VII. TAI BIẾN VÀ BIẾN CHỨNG**

* + Tụ máu âm đạo/ tầng sinh môn
  + Nhiễm trùng

# XV. UNG BƯỚU- NHI

**TÀI LIỆU THAM KHẢO:**

1. Bộ Y Tế (2013). Hướng dẫn quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh

1. Bộ Y Tế - Bệnh viện K ( 2014). Phẫu thuật một số bệnh ung thư đầu mặt cổ, Nhà xuất bản Y học.

## 45. CẮT U DA ĐẦU LÀNH, ĐƯỜNG KÍNH TỪ 5 CM TRỞ LÊN

**I. ĐẠI CƯƠNG**

U vùng da đầu – cổ thường gặp như ung thư da, u hắc tố, u hạch, u máu… có đường kính dưới 5cm

**II. CHỈ ĐỊNH**

- U có bản chất là ung thư hoặc nghi ngờ ung thư

- U lành tính, to gây cộm vướng, ảnh hướng đến chức năng sống hoặc thẩm mĩ

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- U không có chỉ định phẫu thuật ( VD ung thư da kích thước lớn, dự đoán không có đủ da tạo vạt che phủ…)

- Người bệnh 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

**2. Phương tiện**

- Bộ dụng cụ phẫu thuật phần mềm.

- Phương tiện vô cảm, nội khí quản (Nếu cần)

**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 tócvùng phẫu thuật (nếu có)

**4. 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**: Tê tại chỗ hoặc nội khí quản

**2. Tư thế người bệnh**

Tùy từng loại u, vị trí của u mà chuẩn bị tư thế cho phù hợp

**3. Đường rạch da**

- Tùy từng loại u có thể rạch quanh u hoặc trên u

- Nếu ung thư thì đường rạch phải rỗng rãi theo nguyên tắc phẫu thuật ung thư

**4. Phẫu tích, cắt u**

- Phẫu tích u ra khỏi tổ chức lành xung quanh, đặc biệt là thần kinh – mạch máu

- Cắt u khi phẫu tích xong

- Cầm máu kỹ: Cầm máu bằng Bibolar hoặc dao điện. Trường hợp cần thiết có thể đặt dẫn lưu kín hút liên tục

**5. Đóng vết mổ:**Sát khuẩn lại vết mổ. Đóng vết mổ theo các lớp giải phẫu

**VI. THEO DÕI TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ**

**1. Chảy máu**: Có thể chảy từ mép da, mạch máu nhỏ trong quá trình phẫu thuật. Xử trí: cắt chỉ cầm máu lại

## 46. CẮT U DA ĐẦU LÀNH, ĐƯỜNG KÍNH DƯỚI 5 CM

**I. ĐẠI CƯƠNG**

U vùng da đầu – cổ thường gặp như ung thư da, u hắc tố, u hạch, u máu… có đường kính dưới 5cm

**II. CHỈ ĐỊNH**

- U có bản chất là ung thư hoặc nghi ngờ ung thư

- U lành tính, to gây cộm vướng, ảnh hướng đến chức năng sống hoặc thẩm mĩ

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- U không có chỉ định phẫu thuật ( VD ung thư da kích thước lớn, dự đoán không có đủ da tạo vạt che phủ…)

- Người bệnh 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

**2. Phương tiện**

- Bộ dụng cụ phẫu thuật phần mềm.

- Phương tiện vô cảm, nội khí quản (Nếu cần)

**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 tócvùng phẫu thuật (nếu có)

**4. 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**: Tê tại chỗ hoặc nội khí quản

**2. Tư thế người bệnh**

Tùy từng loại u, vị trí của u mà chuẩn bị tư thế cho phù hợp

**3. Đường rạch da**

- Tùy từng loại u có thể rạch quanh u hoặc trên u

- Nếu ung thư thì đường rạch phải rỗng rãi theo nguyên tắc phẫu thuật ung thư

**4. Phẫu tích, cắt u**

- Phẫu tích u ra khỏi tổ chức lành xung quanh, đặc biệt là thần kinh – mạch máu

- Căt u khi phẫu tích xong

- Cầm máu kỹ: Cầm máu bằng Bibolar hoặc dao điện. Trường hợp cần thiết có thể đặt dẫn lưu kín hút liên tục

**5. Đóng vết mổ:**theo các lớp giải phẫu

**VI. THEO DÕI TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ**

**1. Chảy máu**: Có thể chảy từ mép da, mạch máu nhỏ trong quá trình phẫu thuật.

Xử trí: cắt chỉ cầm máu lại

## 47. BÓC, CẮT U BÃ ĐẬU, U MỠ DƯỚI DA ĐẦU ĐƯỜNG KÍNH DƯỚI 10 CM

**I. ĐẠI CƯƠNG**

U mỡ, u bã đậu vùng da đầu có đường kính trên 5cm là các u lành tính. Điều trị chủ yếu bằng phẫu thuật.

**II. CHỈ ĐỊNH**

U lành tính, to gây cộm vướng, ảnh hướng đến chức năng sống hoặc thẩm mĩ

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Người bệnh quá 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

**2. Phương tiện**

- Bộ dụng cụ phẫu thuật phần mềm.

- Phương tiện vô cảm, nội khí quản (Nếu cần)

**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 tócvùng phẫu thuật (nếu có)

**4. 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**: Tê tại chỗ hoặc nội khí quản

**2. Tư thế người bệnh**

Tùy từng loại u, vị trí của u mà chuẩn bị tư thế cho phù hợp

**3. Đường rạch da**

- Tùy từng loại u có thể rạch quanh u hoặc trên u

**4. Phẫu tích, cắt u**

- Phẫu tích u ra khỏi tổ chức lành xung quanh, đặc biệt là thần kinh – mạch máu

- Cắt u khi phẫu tích xong

- Cầm máu kỹ: Cầm máu bằng Bibolar hoặc dao điện. Trường hợp cần thiết có thể đặt dẫn lưu kín hút liên tục

**5. Đóng vết mổ:**Sát khuẩn lại vết mổ. Đóng vết mổ theo các lớp giải phẫu

**VI. THEO DÕI TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ**

**1. Chảy máu**: Có thể chảy từ mép da, mạch máu nhỏ trong quá trình phẫu thuật. Xử trí: cắt chỉ cầm máu lại

## 48. CẮT U MÁU DƯỚI DA ĐẦU CÓ ĐƯỜNG KÍNH DƯỚI 5 CM

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Là phẫu thuật cắt bỏ 1 phần hoặc toàn bộ u mạch máu khu trú dưới da vị trí xác định kích thước nhỏ dưới 5cm

**II. CHỈ ĐỊNH**

Khối u ảnh hưởng đến chức năng, thẩm mỹ, cuộc sống người bệnh.

**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 sĩ chuyên khoa phẫu thuật

**2. Người bệnh**

- Bệnh án ngoại khoa.

- Làm đủ bộ xét nghiệm thường quy xét nghiệm chuyên sâu khi cần thiết

- Giải thích người bệnh và người nhà trước phẫu thuật, ký hồ sơ bệnh án.

**3. Phương tiện**

- Bộ dụng cụ phẫu thuật

- Chỉ, gạc vô khuẩn

- Dẫn lưu

- Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình, phẫu thuật mạch máu

- Kính lúp, kính vi phẫu

- Clip mạch máu

- Chất nút mạch,thuốc gây xơ

- Gạc mỡ, băng chun

**4. Hồ sơ bệnh án**: Theo mẫu quy định của Bộ Y Tế

**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

**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)

- 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 nếu tại vị trí băng được.

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

**1. Theo dõi**: Dẫn lưu rút sau 3 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

## 49. CẮT U MỠ, U BÃ ĐẬU VÙNG HÀM MẶT ĐƯỜNG KÍNH DƯỚI 5CM

**I. ĐẠI CƯƠNG**

U mỡ, u bã đậu vùng hàm mặt có đường kính dưới 5cm là các u lành tính. Điều trị chủ yếu bằng phẫu thuật.

**II. CHỈ ĐỊNH**

- U lành tính, to gây cộm vướng, ảnh hướng đến chức năng sống hoặc thẩm mĩ

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Người bệnh quá yếu, người bệnh suy tim, suy thận nặng không có khả năng chịu đựng được phẫu thuật lớn.

- Các chống chỉ định của ngoại khoa nói chung

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**: Phẫu thuật viên chuyên khoa đầu cổ

**2. Phương tiện**

- Bộ dụng cụ phẫu thuật phần mềm.

- Phương tiện vô cảm, nội khí quản (Nếu cần)

**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 tóc vùng phẫu thuật (nếu có)

**4. 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**: Tê tại chỗ hoặc nội khí quản

**2. Tư thế người bệnh**

Tùy từng loại u, vị trí của u mà chuẩn bị tư thế cho phù hợp

**3. Đường rạch da**

- Tùy từng loại u có thể rạch quanh u hoặc trên u

**4. Phẫu tích, cắt u**

- Phẫu tích u ra khỏi tổ chức lành xung quanh, đặc biệt là thần kinh – mạch máu

- Căt u khi phẫu tích xong

- Cầm máu kỹ: Cầm máu bằng Bibolar hoặc dao điện. Trường hợp cần thiết có thể đặt dẫn lưu kín hút liên tục

**5. Đóng vết mổ:**theo các lớp giải phẫu

**VI. THEO DÕI TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ**

**1. Chảy máu**: Có thể chảy từ mép da, mạch máu nhỏ trong quá trình phẫu thuật. Xử trí: cắt chỉ cầm máu lại.

## 50. CẮT U XƠ VÙNG HÀM MẶT ĐƯỜNG KÍNH DƯỚI 3CM

**I. ĐẠI CƯƠNG**

U xơ vùng hàm mặt thường lành tính. Phẫu thuật cắt cắt u nhằm mục đích cắt chọn khối u và đảm bảo thẩm mĩ cho bệnh nhân.

**II. CHỈ ĐỊNH**

- U to gây cộm vướng, ảnh hướng đến chức năng sống hoặc thẩm mĩ

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- U không có chỉ định phẫu thuật (VD Khối u ở những vị trí dự đoán không có đủ da tạo vạt che phủ…)

- Người bệnh quá 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

**2. Người bệnh**: được giải thích kĩ về phương pháp phẫu thuật, tai biến, biến chứng. Dặn nhịn ăn uống đêm trước phẫu thuật. Kí cam đoan mổ.

**3. Phương tiện**

- Bộ dụng cụ phẫu thuật đầu mặt cổ

- Phương tiện vô cảm, nội khí quản.

**4. Hồ sơ bệnh án**

- Theo quy định của Bộ Y tế

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Vô cảm**: Tê tại chỗ hoặc nội khí quản

**2. Tư thế người bệnh**: Tùy từng loại u, vị trí của u mà chuẩn bị tư thế cho phù hợp

**3. Đường rạch da**

- Tùy từng loại u có thể rạch quanh u hoặc trên u

**4. Phẫu tích, cắt u**

- Phẫu tích u ra khỏi tổ chức lành xung quanh, đặc biệt là thần kinh – mạch máu

- Cắt u khi phẫu tích xong

- Cầm máu kỹ: Cầm máu bằng Bibolar hoặc dao điện. Trường hợp cần thiết có thể đặt dẫn lưu kín hút liên tục

- Chuyển vạt da trong những trường hợp khuyết hổng tổ chức không thể khâu khép.

**5. Đóng vết mổ:**theo các lớp giải phẫu

**VI. THEO DÕI TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ**

**1. Chảy máu**: Có thể chảy từ mép da, mạch máu bị xâm lấn trong quá trình phẫu thuật .Xử trí: cắt chỉ cầm máu lại

## 51. CẮT POLYP ỐNG TAI

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Phẫu thuật lấy đi Polyp lành tính của ống tai ngoài gây chít hẹp ống tai.

**II. CHỈ ĐỊNH**

- Polyp ống tai ngoài lành tính.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Dị ứng với thuốc gây tê.

- Bệnh về rối loạn đông cầm máu.

- U ác tính ống tai ngoài

- Viêm tai ngoài, viêm tai giữa cấp tính

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

- Bác sĩ chuyên khoa I tai mũi họng có kinh nghiệm phẫu thuật tai.

**2. Phương tiện**

- Ống nội soi cứng 0 độ.

- Kính hiển vi phẫu thuật.

- Bộ phẫu thuật vi phẫu, khoan điện.

- Thuốc gây tê.

**3. Người bệnh**

- Được giải thích kỹ về bệnh và tai biến phẫu thuật và ký cam đoan phẫu thuật.

- Bệnh nhân nằm nghiêng,tai bệnh ở phía trên.

**4. Hồ sơ bệnh án**

- Làm đầy đủ xét nghiệm cơ bản: công thức máu, sinh hóa (chức năng gan, thận), đông máu toàn bộ, HIV, HbsAg, phim chụp tim phổi thẳng.

- Xét nghiệm chuyên khoa: thính lực đồ, nhĩ lượng, phim Schuller hoặc CT scan xương đá (là tốt nhất).

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Vô cảm**

- Gây mê toàn thân hoặc tiền mê + gây tê tại chỗ.

**2. Tư thế bệnh nhân**

- Người bệnh nằm đầu nghiêng sang bên đối diện và đặt đầu sao cho mặt xương chũm nằm ngang để có thể thao tác dễ dàng. Sát khuẩn tai và vùng quanh tai mổ.

**3. Các bước tiến hành**

- Tiêm tê trong ống tai: tiêm thấm sao da ống tai sát chân u chuyển màu trắng, không phồng rộp.

- Quan sát qua kính hiển vi hoặc dùng nội soi nếu ống tai rộng, rạch da ống tai trên bề mặt Polyp bóc tách da ống tai sang hai bên bộc lộ toàn bộ Polyp đế chân bám.

- Dùng khoan điện mài polyp đến hết chân u, bơm rửa cầm máu kỹ

- Đặt lại vạt da ống tai đảm bảo phủ kín hốc mổ, cắt bỏ vạt da thừa nếu có, đặt merocell tai.

**VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

**1. Theo dõi**

- Viêm nhiễm sau mổ: kháng sinh, chống viêm.

- Rút merocel ngày thứ 7.

**2. Xử trí**

- Hẹp ống tai đặt merocel tai thêm 7 ngày.

- Trượt mép da ống tai, vuốt lại vạt da phủ kín hốc mổ.

## 52. CẮT POLYP MŨI

**I. ĐỊNH NGHĨA**

Phẫu thuật lấy đi những polyp xuất phát từ niêm mạc hốc mũi.

**II. CHỈ ĐỊNH**

- Polyp gây ngạt tắc mũi.

- Polyp gây rối loạn thông khí vòi nhĩ.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Cơ địa hen hay trạng thái hen (tạm thời, điều trị nội khoa trước phẫu thuật).

- Nhiễm khuẩn mũi hoặc viêm xoang mủ (tạm thời, điều trị trước phẫu thuật).

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Phương tiện**

- Kìm Luc, kìm mỏ vịt, Lubet-Barbon.

- Thòng lọng cắt polyp.

- Banh mũi (Puplan, Killian).

- Dao cắt hút (micro debrider).

**2. Người thực hiện**

Bác sĩ chuyên khoa Tai Mũi Họng

**3.** Người bệnh

- Khám tai, mũi, họng, làm xét nghiệm đầy đủ:

- Khám trước mổ: bác sĩ Gây mê hồi sức

- Giải thích về cách thức phẫu thuật, tai biến có thể xảy ra.

**4.** Hồ sơ bệnh án:

Làm đầy đủ mô tả tình trạng chung và các bệnh khác vùng tai, mũi, họng. Các xét nghiệm cần thiết: công thức máu, máu chảy, máu đông, đường máu, urê máu, đường niệu, protein niệu, phim phổi, phim CT mũi xoang

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1.** Vô cảm

Phẫu thuật thực hiện dưới gây mê toàn thân.

**2.** Tư thế

- Người bệnh nằm ngửa, có gối đầu

- Phẫu thuật viên chính đứng bên phải, người phụ đứng bên đối diện.

**3.Kỹ thuật**

**3.1. Cắt polyp bằng thòng lọng**

***3.1.1. Chỉ định***

Polyp là một khối riêng biệt có cuống ở phần trước hốc mũi, và khe giữa có thể tách thòng lọng vào được.

***3.1.2. Kỹ thuật***

- Banh mũi bằng banh Killian.

- Thăm dò bằng que thăm dò.

- Đặt thòng lọng vào giữa polyp và vách mũi xoang.

- Đưa dần thòng lọng đến sát chân polyp ở phía trên trước hốc mũi.

- Thắt dần thòng lọng để chẹn cuống polyp.

**3.2. Cắt polyp bằng kìm Luc**

***3.2.1. Chỉ định***

- Các polyp trải rộng trong lòng khe giữa.

- Polyp do thoái hóa cuốn.

***3.2.2. Kỹ thuật***

- Cắt polyp bằng kìm Luc bẹt các cỡ.

- Tách riêng các cuống polyp, lấy lần lượt từ trước ra sau.

- Kiểm tra hốc mũi, lấy mảnh vụn niêm mạc (bảo vệ cuốn giữa).

- Đặt bấc mũi hai bên.

**3.3. Cắt polyp bằng dao cắt hút (Micro-debrider)**

***3.3.1. Chỉ định***

Tất cả các loại polyp mũi.

***3.3.2. Kỹ thuật***

- Dùng mũi cắt thẳng hoặc khuỷu 300 cắt hút khối polyp từ trước ra sau, lấy hết chân.

- Đặt bấc mũi/merocel.

**VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

- Chảy máu: kiểm tra vùng chảy máu và nhét bấc.

- Viêm nhiễm sau mổ: kháng sinh toàn thân và thuốc chống viêm.

- Cơn hen kịch phát sau mổ: điều trị nội khoa tích cực trước mổ để tránh tai biến.

- Rút bấc/merocel ngày thứ 2 sau mổ.

## ****53. MỞ THÔNG DẠ DÀY RA DA DO UNG THƯ****

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Mở thông dạ dày là phẫu thuật tạo ra một lỗ mở trực tiếp vào dạ dày để hút dạ dày hoặc nuôi dưỡng người bệnh tạm thời hay vĩnh viễn.

**II. CHỈ ĐỊNH**

- Nuôi dưỡng trong: ung thư thực quản, hầu họng, không có khả năng phẫu thuật.

- Nuôi dưỡng tạm thời: hẹp thực quản do bỏng, viêm và sau phẫu thuật lớn ở bụng cần được nuôi dưỡng bổ sung.

- Hút dịch dạ dày - ruột để giảm áp lực đường tiêu hóa trong một thời gian.

**III. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**: Phẫu thuật viên chuyên khoa Ngoại Ung bướu, Ngoại Tiêu Hóa

**2. Phương tiện**

- Bộ dụng cụ phẫu thuật

- Ống thông: chọn một trong các loại Malecot, Pezzer, Nelaton, cỡ 22- 24 Ch

**3. Người bệnh**

- Các xét nghiệm cơ bản

- Giải thích cho người bệnh và gia đình người bệnh hiểu cũng cách chăm sóc về sau.

**4. Hồ sơ bệnh án**: được bác sỹ gây mê kiểm tra đầy đủ các xét nghiệm, có chữ ký thông qua mổ và giấy cam đoan mổ.

**IV. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

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

**2. Vô cảm**: Có thể gây mê nội khí quản, tĩnh mạch hoặc gây tê tại chỗ.

**3. Kỹ thuật**

- Yêu cầu kỹ thuật:

+ Đặt dẫn lưu vào lòng dạ dày càng cao càng tốt (phình vị)

+ Cố định dẫn lưu lâu ngày. Không được tuột ít nhất 10 ngày.

- Tiến hành:

+ Mở bụng: đường trắng giữa trên rốn hay bờ ngoài cơ thẳng to bên trái.

+ Vào ổ bụng, tìm phình vị, đục lỗ qua thành dạ dày. Đặt ống dẫn lưu vào, cố định bằng 2 - 3 mối khâu túi. Theo phương pháp Witzel: khâu ép dẫn lưu trên dọc thành dạ dày dài 8 - 10 cm. Khâu đính đường hầm vào thành bụng.

Đưa dẫn lưu ra ngoài bằng lỗ đối chiếu trên thành dạ dày. Cố định ống dẫn lưu vào thành bụng. Khâu lại thành bụng và da.

**V. THEO DÕI**

- Thay băng hàng ngày

- Bắt đầu bơm cho ăn qua ống thông 24 giờ: thức ăn lỏng, sữa, dung dịch nuôi dưỡng. Người bệnh cần nằm cao đầu, sau ăn rửa ống thông bằng 20 ml nước nguội hay nước muối đẳng trương để tránh tắc. Từ ngày thứ 10 sau phẫu thuật có thể thay ống thông mới (nếu cần).

**VI. XỬ TRÍ TAI BIẾN**

- Rơi ống dẫn lưu quá sớm, đường hầm chưa hình thành: phẫu thuật đặt lại

- Hẹp đường hầm

Viêm phúc mạc do dò dịch dạ dày thức ăn vào ổ bụng: phẫu thuật lại

## 54. CẮT U SÙI ĐẦU MIỆNG SÁO

**I. ĐẠI CƯƠNG**

- Là phẫu thuật nhằm lấy bỏ các u sùi đầu miệng sáo

**II. CHỈ ĐỊNH**

- các u sùi đầu miệng sáo

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Điều kiện toàn thân không cho phép phẫu thuật

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

- 03 bác sĩ: 01 phẫu thuật viên chính là bác sỹ chuyên khoa Tiết niệu và 02 phụ mổ

- 02 điều dưỡng: 1 điều dưỡng đưa dụng cụ, 01 phục phụ bên ngoài.

**2. Phương tiện**

- Dung dịch betadin sát trùng: 01 lọ

- Thuốc gây tê lidocain 2%: 04 ống

- Nước muối sinh lý 0,9%: 500ml

- Bơm, kim tiêm 5ml: 01 chiếc

- Bông băng gạc vô trùng: 04 gói

- Bộ áo thủ thuật + mũ + khẩu trang vô khuẩn: 03 bộ

- Găng tay vô trùng: 03 đôi

- Săng vô khuẩn: 04 chiếc

- Panh kẹp săng: 04 chiếc.

- Cán dao mổ

- Lưỡi dao mổ số 10

- Kéo phẫu tích

- Kéo cắt băng, chỉ

- Ống hút

- Kẹp mang kim

- Sonde tiểu folley số 16

- Chỉ tiêu chậm 3.0 hay 2.0 để khâu vạt, chỉ tiêu chậm 1.0 đóng cân cơ, chỉ không tiêu khâu da

**3. Người bệnh**

- Gia đình và người bệnh được giải thích rõ về phẫu thuật, cũng như các nguy cơ có thể xảy ra và ký vào giấy cam kết đồng ý làm thủ thuật

- Bệnh nhân được tắm rửa, vệ sinh sạch sẽ vùng mổ, đánh dấu vị trí mổ.

**4. Hồ sơ bệnh án**

- Đầy đủ các xét nghiệm cơ bản, điện tim, Xquang phổi

- Giấy cam đoan phẫu thuật.

- Hoàn thành các thủ tục hành chính theo quy định.

- Bệnh án chi tiết, biên bản hội chẩn, biên bản khám trước khi gây mê, giấy cam đoan đồng ý phẫu thuật.

**V.CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

1.**Tư thế:**  nằm ngửa

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

## 55. CÁC KHỐI U LÀNH DƯƠNG VẬT

**I. ĐẠI CƯƠNG**

- Là phẫu thuật nhằm lấy bỏ các u ở dương vật

**II. CHỈ ĐỊNH**

- Các khối u lành tính của dương vật

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Điều kiện toàn thân không cho phép phẫu thuật

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

- 03 bác sĩ: 01 phẫu thuật viên chính là bác sỹ chuyên khoa Tiết niệu và 02 phụ mổ

- 02 điều dưỡng: 1 điều dưỡng đưa dụng cụ, 01 phục phụ bên ngoài.

**2. Phương tiện**

- Dung dịch betadin sát trùng: 01 lọ

- Thuốc gây tê lidocain 2%: 04 ống

- Nước muối sinh lý 0,9%: 500ml

- Bơm, kim tiêm 5ml: 01 chiếc

- Bông băng gạc vô trùng: 04 gói

- Bộ áo thủ thuật + mũ + khẩu trang vô khuẩn: 03 bộ

- Găng tay vô trùng: 03 đôi

- Săng vô khuẩn: 04 chiếc

- Panh kẹp săng: 04 chiếc.

- Cán dao mổ

- Lưỡi dao mổ số 10

- Kéo phẫu tích

- Kéo cắt băng, chỉ

- Ống hút

- Kẹp mang kim

- Sonde tiểu folley số 16

- Chỉ tiêu chậm 3.0 hay 2.0 để khâu vạt, chỉ tiêu chậm 1.0 đóng cân cơ, chỉ không tiêu khâu da

**3. Người bệnh**

- Gia đình và người bệnh được giải thích rõ về phẫu thuật, cũng như các nguy cơ có thể xảy ra và ký vào giấy cam kết đồng ý làm thủ thuật

- Phải thụt tháo phân tối hôm trước mổ.

- Bệnh nhân được tắm rửa, vệ sinh sạch sẽ vùng mổ, đánh dấu vị trí mổ.

**4. Hồ sơ bệnh án**

- Đầy đủ các xét nghiệm cơ bản, điện tim, Xquang phổi

- Giấy cam đoan phẫu thuật.

- Hoàn thành các thủ tục hành chính theo quy định.

- Bệnh án chi tiết, biên bản hội chẩn, biên bản khám trước khi gây mê, giấy cam đoan đồng ý phẫu thuật.

**V.CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

1.**Tư thế:**  nằm ngửa

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

## 56. CẮT TOÀN BỘ TỬ CUNG, ĐƯỜNG BỤNG

**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, để lại buồng trứng.

**II. CHỈ ĐỊNH**

**1. 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.

**2. 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**

**1. Người thực hiện**

- Bác sỹ: 01 bác sỹ mổ chính, 02 bác sỹ phụ

- Điều dưỡng: 01 dụng cụ viên, 01 phụ dụng cụ

- Kỹ thuật viên: 01 Bác sỹ vô cảm: 01. Phụ gây mê, vô cảm: 01

**2. Phương tiện**

Bộ dụng cụ cắt tử cung

**3. Người bệnh**

Chuẩn bị như các trưởng hợp mổ có chuẩn bị, được vệ sinh thụt tháo và sử dụng an **thần trước mổ.**

**4.Hồ sơ bệnh án**

- Hồ sơ bệnh án theo quy định.

**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 hay đã có sẹo mổ cũ đường trắng dưới rốn thì sử dụng đường trắng giữa dưới rốn.

**2. Thì 2: Cắt các dây chằng**

Kẹp và cắt dây chằng 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.Kẹp cắt vòi trứng để lại buồng trứng, khâu cầm máu.

**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

- Tách phúc mạc sau vòng quanh cổ tử cung phía trên và đẩy xuống ngang mức cắt âm đạo.

**5. Thì 5: 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

## 57. 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 ngờ 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**

**1. 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.

**2. 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

**3. Người bệnh**

* + Khám toàn thân và chuyên khoa để đánh giá tổng thể sức khỏe và phát hiện những chống chỉ đinh.
  + Xét nghiệm bộ xét nghiệm cơ bản trong phẫu thuật và thêm các xét nghiệm khác tùy theo tình trạng bệnh lý kèm theo ( nếu cần). Người bệnh được soi cổ tử cung và sinh thiết làm mô bệnh học trước khi chỉ định cắt cụt cổ tử cung.
  + Được tư vấn kỹ về bệnh và quy trình kỹ thuật, nguy cơ và biến chứng có thể xảy ra.

1. Người bệnh ký cam đoan chấp nhận phẫu thuật, thủ thuật và gây mê hồi sức. - Sử dụng kháng sinh dự phòng
   * Thụt tháo
   * Vệ sinh âm hộ, sát khuẩn vùng mổ
   * Người bệnh nằm tư thế phụ khoa
   * Gây mê hoặc gây tê vùng.
2. **Hồ sơ bệnh án**

Hồ sơ bệnh án theo quy định .

1. **Nơi thực hiện phẫu thuật:** trong phòng mổ.

**V. CÁC BƯ ỚC 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 đ ến 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 thư ớc 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 đư ờng 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.

## 58. PHẪU THUẬT UNG THƯ BUỒNG TRỨNG CẮT TỬ CUNG HOÀN TOÀN VÀ MẠC NỐI LỚN

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Phẫu thuật ung thư buồng trứng bao gồm cắt tử cung hoàn toàn, mạc nối lớn là phương pháp điều trị ngoại khoa để loại bỏ khối ung thư buồng trứng để phòng tái phát và di căn

**II. CHỈ ĐỊNH**

Ung thư buồng trứng giai đoạn I, II

Ung thư buồng trứng giai đoạn muộn đã được điều trị hóa chất

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Ung thư buồng trứng giai đoạn muộn đã di căn nhiều nơi

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

Bác sĩ chuyên khoa phụ ung thư, bác sĩ phụ sản có kinh nghiệm

**2. Phương tiện**

Bộ đại phẫu của phụ khoa ung thư

**3. Người bệnh**

Khám toàn thân và chuyên khoa để đánh giá bệnh lý phối hợp

Tư vấn cho người bệnh và gia đình về nguy cơ phẫu thuật

Thụt tháo, vệ sinh bụng và âm đạo

**4. Hồ sơ bệnh án**

Hồ sơ bệnh án phẫu thuật theo quy định

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

Thì 1: Mở bụng theo đường trắng giữa dưới rốn và trên rốn nếu cần

Thì 2: Thăm dò ổ bụng

Lấy dịch ổ bụng làm xét nghiệm tế bào

Đánh giá khối u

Thì 3: Cắt bỏ khối u, lấy tới mô u có thể

Thì 4: Cắt tử cung hoàn toàn

Thì 5: Cắt mạc nối lớn

Thì 6: Vét hạch chậu 2 bên: vét hạch ở chỗ phân nhánh động mạch chậu để làm xét nghiệm tức thì, nếu xét nghiệm dương tính thì vét hạch dọc theo mạch máu đến chỗ phân nhánh 2 động mạch chậu gốc, nếu xét nghiệm còn dương tính thì vét hạch theo động mạch chủ lên đến cơ hoành

Kiểm tra và cầm máu kỹ

Thì 7: Đóng bụng theo các lớp giải phẫu

**VI. THEO DÕI**

 Theo dõi các yếu tố huyết động, theo dõi bụng, ra máu âm đạo

**VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ**

Chảy máu trong và sau mổ. Phát hiện sớm chảy máu để mổ lại cầm máu

Viêm phúc mạc

Tổn thương đường tiêu hóa : ruột, đại tràng, trực tràng

Tổn thương đường tiết niệu : bàng quang, niệu quản

Tổn thương mạch máu : dễ xảy ra trong thì vét hạch

## 59. PHẪU THUẬT UNG THƯ BUỒNG TRỨNG CẮT TỬ CUNG HOÀN TOÀN, HAI PHẦN PHỤ VÀ MẠC NỐI LỚN

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Phẫu thuật ung thư buồng trứng bao gồm cắt tử cung hoàn toàn + 2 phần phụ

mạc nối lớn là phương pháp điều trị ngoại khoa để loại bỏ khối ung thư buồng trứng để phòng tái phát và di căn

**II. CHỈ ĐỊNH**

Ung thư buồng trứng giai đoạn I, II

Ung thư buồng trứng giai đoạn muộn đã được điều trị hóa chất

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Ung thư buồng trứng giai đoạn muộn đã di căn nhiều nơi

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

Bác sĩ chuyên khoa phụ ung thư, bác sĩ phụ sản có kinh nghiệm

**2. Phương tiện**

Bộ đại phẫu của phụ khoa ung thư

**3. Người bệnh**

Khám toàn thân và chuyên khoa để đánh giá bệnh lý phối hợp

Tư vấn cho người bệnh và gia đình về nguy cơ phẫu thuật

Thụt tháo, vệ sinh bụng và âm đạo

**4. Hồ sơ bệnh án**

Hồ sơ bệnh án phẫu thuật theo quy định

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

Thì 1: Mở bụng theo đường trắng giữa dưới rốn và trên rốn nếu cần

Thì 2:

Thăm dò ổ bụng

Lấy dịch ổ bụng làm xét nghiệm tế bào

Đánh giá khối u

Thì 3: Cắt bỏ khối u, lấy tới mô u có thể

Thì 4: Cắt tử cung hoàn toàn và 2 phần phụ

Thì 5: Cắt mạc nối lớn

Thì 6: Vét hạch chậu 2 bên: vét hạch ở chỗ phân nhánh động mạch chậu để làm xét nghiệm tức thì, nếu xét nghiệm dương tính thì vét hạch dọc theo mạch máu đến chỗ phân nhánh 2 động mạch chậu gốc, nếu xét nghiệm còn dương tính thì vét hạch theo động mạch chủ lên đến cơ hoành

Kiểm tra và cầm máu kỹ

Thì 7: Đóng bụng theo các lớp giải phẫu

**VI. THEO DÕI**

 Theo dõi các yếu tố huyết động, theo dõi bụng, ra máu âm đạo

**VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ**

Chảy máu trong và sau mổ. Phát hiện sớm chảy máu để mổ lại cầm máu

Viêm phúc mạc

Tổn thương đường tiêu hóa : ruột, đại tràng, trực tràng

Tổn thương đường tiết niệu : bàng quang, niệu quản

Tổn thương mạch máu : dễ xảy ra trong thì vét hạch

## 60. 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 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

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- 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**

**1. 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.

**2. Phương tiện**

- Bộ phẫu thuật nội soi.

- Dàn máy và phương tiện nội soi ổ bụng.

**3. 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

**4. Hồ sơ bệnh án**

Hồ sơ bệnh án theo quy định

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

- Bơm hơi ổ phúc mạc (qua kim hoặc qua trocart)

- Đưa đèn soi vào ổ bụng

- Thăm khám đánh giá tình trạng khối u xoắn mấy vòng , có tím đen hay không , tháo xoắn buồng trứng có hồng trở lại hay không

- Nếu U buồng trứng sau tháo xoắn không hồi phục tiến hành cắt u buồng trứng

- Dùng dao 2 cực cặp và đốt cuống khối u buồng trứng 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 ngờ 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

**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 5 ngày

**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

## 61. CẮT U NANG BUỒNG TRỨNG

**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 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 nang buồng trứng , nang cạnh vòi tử cung không nghi ngờ ác tính và không quá to, không quá dính,

**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**

**1. 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.

**2. Phương tiện**

- Bộ phẫu thuật nội soi.

- Dàn máy và phương tiện nội soi ổ bụng.

**3. 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

**4. Hồ sơ bệnh án**

Hồ sơ bệnh án theo quy định

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

- Bơm hơi ổ phúc mạc (qua kim hoặc qua trocart)

- Đưa đèn soi vào ổ bụng

- Thăm khám đánh giá tình trạng khối U buồng trứng , nang cạnh vòi tử cung xem có bị dính với các tạng xung quanh.

- Nếu dính thì phải gỡ dính

- Nếu dính nhiều tiên lượng khó khăn khi cắt bằng nội soi thì phải chuyển sang mổ mở

**1. Bóc u nang buồng trứng**

- Dùng dao một cực rạch trên mặt khối u dài khoảng 2 cm 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

**2. Cắt khối u nang**

- Dùng dao 2 cực cặp và đốt cuống khối u buồng trứng 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 ngờ 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

**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 5 ngày

**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.

## 62. CẮT U NANG BUỒNG TRỨNG VÀ 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 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 nang buồng trứng , nang cạnh vòi tử cung không nghi ngờ ác tính và không quá to, không quá dính,

**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**

**1. 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.

**2. Phương tiện**

- Bộ phẫu thuật nội soi.

- Dàn máy và phương tiện nội soi ổ bụng.

**3. 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

**4. Hồ sơ bệnh án**

Hồ sơ bệnh án theo quy định

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

- Bơm hơi ổ phúc mạc (qua kim hoặc qua trocart)

- Đưa đèn soi vào ổ bụng

- Thăm khám đánh giá tình trạng khối U buồng trứng , nang cạnh vòi tử cung xem có bị dính với các tạng xung quanh.

- Nếu dính thì phải gỡ dính

- Nếu dính nhiều tiên lượng khó khăn khi cắt bằng nội soi thì phải chuyển sang mổ mở

**1. Bóc u nang buồng trứng**

- Dùng dao một cực rạch trên mặt khối u dài khoảng 2 cm 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

**2. Cắt khối u nang**

- Dùng dao 2 cực cặp và đốt cuống khối u buồng trứng 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 ngờ 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

**3. Cắt nang cạnh vòi**

- Thăm khám đánh giá tình trạng phần phụ xem có bị dính với các tạng xung quanh.

- Nếu dính thì phải gỡ dính

- Dùng dao 2 cực cặp và đốt cuống khối nang cạnh vòi trứng , chú ý hạn chế tổn thương vòi trứng

- Dùng kéo hoặc dao một cực cắt cuống khối nang cạnh vòi

- 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 5 ngày

**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.

## 63. 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**

**1. 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.

**2. Phương tiện**

Bộ trung phẫu hoặc đại phẫu

**3. 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

**4. Hồ sơ bệnh án**

- Hồ sơ bệnh án theo quy 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.

**1. 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 ngờ khối u vừa cắt bị ung thư thì cắt miếng nhỏ buồng trứng đối diện để xét nghiệm mô bệnh học

**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 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**

- Tổn thương mạch máu, hệ tiết niệu, hệ tiêu hóa trong quá trình phẫu thuật.

- Nhiễm trùng, chảy máu trong.

## 64. CẮT U THÀNH ÂM ĐẠO

1. **ĐẠI CƯƠNG**

Các khối u thành âm đạo bao gồm các khối u lành tính và ác tính xuất phát từ âm đạo, cách thức phẫu thuật đối với mỗi loại là khác nhau:

- U lành tính: Lấy u đơn thuần

- U ác tính: Cắt rộng âm hộ sâu vào phía trong hoặc cắt bỏ âm đạo và tử cung rộng kèm theo vét hạch chậu 2 bên như trong ung thư cổ tử cung.

**II. CHỈ ĐỊNH**

- Các khối u lành tính ở âm đạo: u nang, u xơ cơ …gây cảm giác khó chịu.

- Các khối u ác tính ở âm đạo

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Người bệnh già yếu, mắc các bệnh nội khoa nặng không có khả năng gây mê hoặc gây tê tủy sống.

- Ung thư âm đạo lan rộng hoặc di căn xa vượt quá khả năng phẫu thuật.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Phương tiện**

- Trường hợp các u lành tính, kích thước nhỏ chỉ cần gây tê tại chỗ; đốivới các u lớn và ung thư âm đạo cần gây tê tủy sống hoặc gây mê nội khí quản.

- Bộ phẫu thuật phụ khoa ổ bụng.

- Máy hút, dao điện, kim chỉ tốt.

- Các loại dịch truyền thay máu và các thuốc hồi sức.

- Thuốc tiền mê,gây mê, ống nội khí quản.

**2. Người thực hiện**

- Bác sỹ chuyên khoa gây mê - hồi sức.

- Bác sỹ phẫu thuật chuyên khoa ung thư hoặc chuyên khoa sản phụ khoa.

**3. Người bệnh**

- Hồ sơ bệnh án đầy đủ có khai thác các bệnh nội khoa, ngoại khoa đã phẫu thuật từ trước đặc biệt là tại ổ bụng, đầy đủ các xét nghiệm cần thiết và có chỉ định mổ rõ ràng.

- Giải thích cho người bệnh và người nhà của người bệnh lý do phải phẫuthuật. Động viên, an ủi người bệnh.

- Trong trường hợp người bệnh nặng suy kiệt, thiếu máu phải hồi sức trước khi phẫu thuật.

- Kháng sinh dự phòng.

- Thuốc ngủ buổi tối trước ngày phẫu thuật.

- Thụt tháo trước khi phẫu thuật.

**4. Hồ sơ bệnh án**

Hồ sơ bệnh án theo quy định.

**V. CÁC BƯỚC TIẾNHÀNH**

**1. Vô cảm:** tê tại chỗ đối với u lành tính kích thước nhỏ,gây mê nội khí quản hoặc tê tủy sống đối với các khối u lớn và ung thư âm đạo tùy thuộc vào tình trạng người bệnh, kinh nghiệm của bác sỹ gây mê hồi sức.

**2. Tư thế**

- Người bệnh nằm tư thế phụ khoa, bàn phẫu thuật hơi thấp về phía đầu

- Vị trí phẫu thuật viên: bên trái người bệnh, trợ thủ viên đứng đối diện, tốt nhất là có hai trợ thủ viên

**3. Kỹ thuật**

*3.1. Phẫu thuật nang ở âm đạo*

3.1.1. Nang nhỏ

- Đường rạch ngang theo hình vòng cung quanh nang

- Tách xuống sâu quá đáy nang và cặp cắt đơn giản

- Khâu lại thành âm đạo sau khi đã cầm máu bằng chỉ tiêu

3.1.2. Nang lớn

- Nang lớn ở sâu cần chú ý rạch ở chỗ lồi của nang để bóc tách vòng xuống dưới nang (đường rạch phải đủ rộng), đảm bảo đủ niêm mạc lúc khâu kín khoang bóc tách

- Thường bóc tách rộng, chảy máu nhiều, cần khâu cầm máu nhiều lớp chéo lên nhau tránh tạo đường hầm để ép 2 thành bên âm đạo với nhau

3.1.3. Nang nằm giữa vách âm đạo-trực tràng

- Rạch rộng tầng sinh môn

- Bóc tách cẩn thận, không rạch quá sâu làm tổn thương đến trực tràng bằng cách cho ngón trỏ bàn tay trái vào trực tràng để thăm dò hướng dẫn đường bóc tách

- Khâu cầm máu nhiều lớp chéo lên nhau tránh đường hầm để ép 2 thành bênâm đạo với nhau

*3.2. Phẫu thuật khối u xơ cơ ở âm đạo*

Tùy theo từng loại u mà có phương pháp cắt bỏ khác nhau:

- U xơ nhỏ: rạch quanh khối u, bóc tách tận đáy u và cắt dễ dàng như trường hợp bóc nang.

- U xơ có cuống: rạch vòng quanh cuống và cắt sâu đáy cuống. Cặp cầm máuvà khâu thành âm đạo một hoặc hai lớp tùy theo độ sâu và độ rộng của khoang bóc tách.

Chú ý: không nên xoắn cuống u, vì lúc xoắn có thể làm tổn thương đến bàng quang hoặc trực tràng khi u ở thành trước hoặc thành sau âm đạo.

- U xơ to: u xơ to phát triển rộng choán hết cả âm đạo làm âm đạo phồnglên, làm thay đổi giải phẫu của bàng quang, niệu đạo, niệu quản và trực tràng nên phẫu thuật khó khăn hơn. Trong các trường hợp trên cần chú ý:

+ Thăm dò kỹ vị trí bàng quang, trực tràng

+ Thăm dò khối lượng khối u và tình trạng dính của khối u vào thành âm đạo do viêm nhiễm lâu.

+ Thăm dò cuống xuất phát của khối u.

+ Điều trị kháng sinh chống viêm nhiễm trước khi phẫu thuật.

3.3. Kỹ thuật

- Giải phóng khối u:

+ Dùng ngón tay vạch quanh khối u,vừa gỡ dính vừa thăm dò khối u và cácphủ tạng lân cận.

+ Dùng dao cắt khối u thành từng mảnh để dễ dàng tách và lấy hết đáycuống khối u khỏi âm đạo.

+ Cần lấy hết đáy cuống khối u.

*3.4. Phẫu thuật các khối u ác tính ở âm đạo*

Tùy theo vị trí của khối u ác tính mà phương pháp phẫu thuật sẽ khác nhau:

- Khối u ở 1/3 dưới âm đạo: cắt rộng âm hộ sâu vào phía trong,đảm bảo diện cắt âm tính (qua sinh thiết tức thì).

- Khối u ở 1/3 giữavà 1/3 trên: cắt toàn bộ âm đạo,cắt tử cung rộng và vét hạch chậu 2 bên (giốngung thư cổ tử cung).

**VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

- Các biến chứng của gây tê, gây mê: buồn nôn, nôn, sốc phản vệ...Xử trí: dừng cuộc phẫu thuật và hồi sức tích cực.

- Chảy máu sau mổ có thể do tuột chỉ cuống mạch, do chảy máu từ mỏm cắtvì khâu cầm máu không tốt, do rối loạn đông máu. Biểu hiện bằng choáng tụt huyết áp, tình trạng thiếu máu cấp, ổ bụng có dịch... phải mổ lại để cầm máu đồng thời với việc hồi sức tích cực, điều chỉnh rối loạn đông máu, bồi phụ thể tích tuần hoàn.

- Máu tụ ngoài phúc mạc do không kiểm soát tốt tình trạng cầm máu.Thường chỉ cần theo dõi và điều trị nội khoa, hồi sức tuần hoàn nếu không thấykhối máu tụ to lên thì không cần mổ lại.

- Gây thương tổn đường tiết niệu chủ yếu là thương tổn niệu đạo, bàng quang và niệu quản trong các trường hợp u lớn, diện phẫu tích rộng. phải mổ lại để phục hồi thương tổn.

- Thủng trực tràng do u ở vách trực tràng âm đạo. phải khâu lỗ thủng.

- Áp xe tiểu khung sau mổ do nhiễm trùng đọng dịch sau mổ trong trường hợp phẫu thuật ung thư 2/3 trên âm đạo do diện phẫu tích rộng ở tiểu khung.phải tiến hành hồi sức, điều trị bằng kháng sinh phối hợp, liều cao và mổ lại để rửa ổ bụng hoặc dẫn lưu ổ áp xe qua âm đạo nếu có thể.

## 65. BÓC NANG TUYẾN BARTHOLIN

**I. CHỈ ĐỊNH**

- Viêm tuyến Bartholin có rò hoặc không rò.

- Nang tuyến Bartholin

**II. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Nang tuyến Bartholin đang trong giai đoạn viêm (sưng, nóng, đỏ, đau)

**III. CHUẨNBỊ**

**1. Người thực hiện**

Bác sỹ chuyên ngành Phụ - Sản

**2. Phương tiện**

Bộ dụng cụ tiểu phẫu thủ thuật

**3. Người bệnh**

- Người bệnh và gia đình: được giải thích lý do phải bóc nang tuyến Bartholin và ký giấy cam đoan đồng ý làm thủ thuật.

- Khám toàn trạng và chuyên khoa để đánh giá tổng thể sức khỏe, phát hiện chống chỉ định.

- Người bệnh được vệ sinh vùng tầng sinh môn trước khi làm thủ thuật

- Tư thế nằm tư thế sản khoa

**4. Hồ sơ bệnh án**

Hồ sơ bệnh án theo quy định.

**IV. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

⮚**Thì 1.** Rạch da

- Có thể sử dụng các đường rạch để vào tuyến tùy theo tác giả.

+ Đường rạch giữa nếp gấp môi lớn và môi bé.

+ Đường rạch ở mặt ngoài môi lớn (đường Halban)

+ Đường rạch bờ môi lớn chỗ căng phồng của tuyến dọc theo cả chiều dài của khối u (Lieffring).

⮚**Thì 2.** Bóc tách tuyến.

- Bờ trên ngoài của tuyến thường dính nên khó bóc tách hơn mặt trong dưới niêm mạc

- Bóc tách phải rất cẩn thận tránh vỡ khối viêm hoặc để dịch mủ thoát ra ngoài qua lỗ tiết của tuyến, vì vậy khi bóc tách đến lỗ tuyến nên cặp cổ tuyến bằng kẹp.

⮚**Thì 3.** Cầm máu.

Nên sử dụng dao điện cầm máu hoặc khâu qua đáy khoang bóc tách bằng chỉ Vicryl. Trường hợp chảy máu nhiều hoặc có mủ nên đặt mảnh cao su dẫn lưu.

⮚**Thì 4.** Khâu niêm mạc.

Thắtcác mũikhâucầm máuqua khoangbóc táchsẽ làmkhíthaiméprạchhoặc cóthểkhâuniêm mạc bằngmũi rời.

**V. THEO DÕI**

- Sử dụng kháng sinh ít nhất 5 ngày sau khi làm thủ thuật

- Vệ sinh tầng sinh môn bằng dung dịch betadin hoặc các dung dịch sát trùng khác.

- Theo dõi nguy cơ tụ máu sau khi làm thủ thuật và nguy cơ nhiễm khuẩn

**VI. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ**

- Chảy máu: chảy máu tại vùng rạch da hoặc vị trí bóc, khâu chỗ chảy máu dùng tiếp kháng sinh

- Tụ máu : lấy máu tụ, cầm máu tốt.

- Nhiễm trùng : Xử trí yếu tố gây viêm kết hợp kháng sinh.

## 66. CẮT U VÚ LÀNH TÍNH

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Phẫu thuật cắt u vú lành tính là phẫu thuật ngoại khoa cắt bỏ một phần tuyến vú bị bệnh.

**II. CHỈ ĐỊNH**

* + Tiết dịch, tiết máu núm vú đã có chụp ống tuyến vú nghi quá sản hoặc papillom tuyến vú
  + Tuyến vú có nhiều khối u

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Ung thư vú hoặc lao tuyến vú

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

Bác sĩ chuyên khoa phụ sản, bác sĩ ngoại khoa có kinh nghiệm

**2. Phương tiện**

Bộ trung phẫu chuyên ngành phẫu thuật vú

**3.Người bệnh**

Khám toàn thân và chuyên khoa để đánh giá bệnh lý phối hợp

Tư vấn cho người bệnh và gia đình về cuộc phẫu thuật, ký giấy cam đoan phẫu thuật

**4.Hồ sơ bệnh án**

Hồ sơ bệnh án theo quy định

1. **CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**Thì 1:** Bơm xanh methylen vào ống tuyến vú tiết dịch, tiết máu (trong trường hợp u tuyến vú)

**Thì 2:** Rạch da: theo bờ quầng vú hoặc đường rạch nan hoa song song dọc

đường đi của nang tiết dịch

**Thì 3:** Bóc tách da ở vùng tuyến vú có tổn thương (có màu xanh chỉ dẫn)

**Thì 4:** Cắt bỏ một phần tuyến vú theo hình nan hoa xe đạp, cắt rộng hết vùng tuyến vú có u hoặc có màu xanh chỉ dẫn

Cầm máu kỹ

**Thì 5:** Khâu lại vết cắt tuyến vú làm cho tuyến vú tròn lại

Đặt ống dẫn lưu

**Thì 6:**Khâu da

Có thể băng ép và hút dẫn lưu liên tục

**VI.  TAI BIẾN**

Nhiễm khuẩn

Tụ máu

## 67. MỔ 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**

**1. Người thực hiện**

Phẫu thuật viên được đào tạo về phẫu thuật vú, cả thẩm mỹ và giữ được chức năng vú (nếu chỉ bóc bỏ nhân vú lành tính).

**2. Phương tiện**

- 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

**3. Người bệnh**

- Người bệnh cởi bỏ áo

- Tư thế nằm ngửa duỗi thẳng

**4. Hồ sơ bệnh án:**

Hồ sơ bệnh án theo quy định.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**⮚ Thì 1.**

- Sát trùng rộng vùng phẫu thuật từ trong ra ngoài

- Dùng khăn vô trùng để baobọc xung quanh phẫu trường

**⮚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

**⮚ 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.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.

**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 tùy 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.

**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.

## 68. CẮT U LÀNH PHẦN MỀM ĐƯỜNG KÍNH TRÊN 10 CM

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Là phẫu thuật nhằm lấy bỏ các u phần mềm lành tính như u da, u mỡ, u nang … có đường kính trên 10cm

**II. CHỈ ĐỊNH**

Các khối u lành tính của da và tổ chức dưới da : U mỡ, u nang…

**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

**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

- Chỉ, gạc

- Dẫn lưu

**4. Hồ sơ bệnh án**: Theo mẫu quy định của Bộ Y Tế

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

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

**2. Vô cảm**: Mê nội khí quản hoặc tê tại chỗ nếu được

**3. Kỹ thuật**

- Lựa chọn được rạch da, trên u, quanh u, hoặc elip tùy theo kích thước và vị trí cụ thể

- Rạch da

- Phẫu tích bộ lộ khối u, cắt bỏ toàn bộ khối u

- Cầm máu kĩ diện cắt

- Đặt dẫn lưu

- Khâu đóng trực tiếp, ghép da hoặc xoay vạt tại chỗ

- Băng ép nếu cần.

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

- Tai biến của gây tê,

- Chảu máu, nhiễm trùng, chậm liền vết mổ

- Xử trí theo từng nguyên nhân

## 69. CẮT U MÁU KHU TRÚ ĐƯỜNG KÍNH DƯỚI 5CM

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Là phẫu thuật cắt bỏ 1 phần hoặc toàn bộ u mạch máu khu trú dưới da vị trí xác định kích thước nhỏ dưới 5cm

**II. CHỈ ĐỊNH**

Khối u ảnh hưởng đến chức năng, thẩm mỹ, cuộc sống người bệnh.

**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 sĩ chuyên khoa phẫu thuật

**2. Người bệnh**

- Bệnh án ngoại khoa.

- Làm đủ bộ xét nghiệm thường quy xét nghiệm chuyên sâu khi cần thiết

- Giải thích người bệnh và người nhà trước phẫu thuật, ký hồ sơ bệnh án.

**3. Phương tiện**

- Bộ dụng cụ phẫu thuật

- Chỉ, gạc vô khuẩn

- Dẫn lưu

- Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình, phẫu thuật mạch máu

- Kính lúp, kính vi phẫu

- Clip mạch máu

- Chất nút mạch,thuốc gây xơ

- Gạc mỡ, băng chun

**4. Hồ sơ bệnh án**: Theo mẫu quy định của Bộ Y Tế

**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

**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)

- 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 nếu tại vị trí băng được.

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

**1. Theo dõi**: Dẫn lưu rút sau 3 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

# ĐẦU, THẦN KINH SỌ NÃO

## 70. RẠCH DA ĐẦU RỘNG TRONG MÁU TỤ DƯỚI DA ĐẦU

## 71. CẮT LỌC, KHÂU VẾT THƯƠNG RÁCH DA ĐẦU

**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

**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**

**1. Tai biến của gây tê, gây mê:**

Dị ứng, sốc phản vệ…

Xử trí: Chống sốc, thuốc chống dị ứng.

**2. 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.

**3. 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.

**4. Sẹo xấu, sẹo lồi:**

Xử trí tuỳ theo bệnh lý.

**5. Hoại tử vạt một phần hoặc toàn bộ.**

Xử trí: cắt lọc, làm sạch, lập kế hoạch tạo hình tiếp theo.

**TIM MẠCH - LỒNG NGỰC**

## 72. CẮT BỎ GIÃN TĨNH MẠCH CHI DƯỚI

I. ĐẠI CƯƠNG

Suy tĩnh mạch mạn tính được định nghĩa là tình trạng các tĩnh mạch không thể bơm đủ máu nghèo ôxy trở về tim. Bệnh thường tiến triển chậm, không rầm rộ, ít nguy hiểm đến tính mạng nhưng trở ngại nhiều cho sinh hoạt và công việc hàng ngày, điều trị lâu dài và tốn kém nhất là khi có biến chứng.

Có nhiều kỹ thuật điều trị suy tĩnh mạch. Stripping là kỹ thuật lột bỏ tĩnh mạch hiển bằng cách sử dụng dây rút tĩnh mạch, phương pháp này được thực hiện phổ biến từ năm 1950 đến ngày nay. Phẫu thuật Stripping thường được áp dụng với các trường hợp tĩnh mạch nông giãn, chạy quanh co, có thể thấy rõ dưới da.

**II. CHỈ ĐỊNH**

Giãn tĩnh mạch nông từ giai đoạn III trở lên đã điều trị nội khoa không đáp ứng

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Như các chống chỉ định phẫu thuật nói chung

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**:

Kíp mổ: PTV chuyên khoa mạch máu

Một phụ phẫu thuật dụng cụ viên

**2. Người bệnh:**

Người bệnh và người nhà người bệnh được giải thích hiểu rõ và đồng ý phẫu thuật.

**3. Phương tiện:**

Trang thiết bị cơ bản của phòng mổ

Bộ Stripper

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Kiểm tra hồ sơ:**

Đầy đủ theo quy định (hành chính, chuyên môn, pháp lý).

Kiểm tra người bệnh:

Đúng người (tên, tuổi …), đúng bệnh.

**2. Tư thế:**

Người bệnh nằm ngửa sát khuẩn rộng toàn bộ hai chân

**3. Vô cảm:**

Gây tê tủy sống

**4. Kỹ thuật:**

Rạch da dọc điểm giữa nếp làn bẹn

Bộc lộ tĩnh mạch hiển

Thắt bỏ các nhánh của tĩnh mạch hiển

Bộ lộ đầu dưới tĩnh mạch hiển ở đầu trên mắt cá trong

Luồn Stripper

Kéo Stripper theo hướng từ trên xướng dưới kéo đến đâu dùng gạc cuộn băng ép tới đó.

Khâu đóng vết mổ

**VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

**1. Theo dõi:**

Theo dõi toàn trạng: các dấu hiệu sinh tồn.

**2. Tai biến:**

Thường không gây tai biến gì đáng kể có thể có tụ máu dọc theo đường đi của tĩnh mạch hiển thường sẽ tự hết sau một vài tuần hoặc có biểu hiện dị cảm ở bề mặt da do tổn thương thần kinh hiển kèm theo.

## 73. THẮT CÁC ĐỘNG MẠCH NGOẠI VI

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Là phẫu thuật mạch máu hiếm gặp, chỉ định hạn chế trong số ít trường hợp

Mạch máu tổn thương cần được xử lý để cầm máu là chủ yếu.

**II. CHỈ ĐỊNH**

Cụt chấn thương vẫn đang chảy máu.

Chi thiếu máu không hồi phục có biểu hiện nhiễm độc, chưa có khả năng cắt cụt.

Vết thương, chấn thương hoặc nhiễm trùng mạch máu phía ngoại vi gây mất máu nhiều, không có khả năng cầm máu, mục đích là cầm máu tạm thời trước điều trị thực thụ.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Có biện pháp cầm máu hiệu quả khác.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện:**

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

Kíp gây mê: bác sĩ gây mê và 1 trợ thủ.

**2. Phương tiện:**

Dụng cụ phẫu thuật: Bộ dụng cụ phẫu thuật mạch máu

Phương tiện gây mê: Gây mê nội khí quản, tê tủy sống hoặc gây tê tại chỗ tùy trường hợp

**3. Người bệnh:**

Chuẩn bị mổ theo quy trình mổ cấp cứu. Giải thích người bệnh và gia đình theo quy định (tổn thương nặng, nguy cơ cụt chi và tử vong). Hoàn thiện các biên bản pháp lý.

**4. Hồ sơ bệnh án:**

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

Các xét nghiệm cần thiết bao gồm:

Xquang ngực thẳng

Nhóm máu

Công thức máu toàn bộ

Chức năng đông máu cầm máu toàn bộ

Xét nghiệm đánh giá chức năng gan, thận

Điện giải đồ

Xét nghiệm nước tiểu

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Kiểm tra hồ sơ:**

Đầy đủ theo quy định (hành chính, chuyên môn, pháp lý).

**2. Kiểm tra người bệnh:**

Đúng người (tên, tuổi …), đúng bệnh.

**3. Vô cảm và chuẩn bị người bệnh:**

Gây tê tại chỗ, gây tê tủy sống hoặc gây mê nội khí quản; theo dõi huyết áp và điện tim. Đặt thông tiểu, theo dõi huyết áp liên tục. Đặt tư thế phù hợp với vị trí mạch máu cần thắt; sát trùng; trải toan.

Tư thế cụ thể:

Thắt ĐM nách: Tay ngang 90 độ, kê gối dưới vai hoặc người bệnh nằm nghiêng 90 độ, tay treo vuông góc 90 độ.

Thắt ĐM cánh tay: người bệnh nằm ngửa tay ngang 90 độ, bàn tay để ngửa

Thắt ĐM đùi chung và đùi nông: người bệnh nằm ngửa.

**4. Kỹ thuật :**

Rạch da theo đường đi của mạch máu (phụ thuộc vào mạch máu định thắt, có thể là đường ngang ½ giữa xương đòn/ bờ ngoài cơ ngực lớn với ĐM nách, ống cánh tay với ĐM cánh tay, đường nối giữa điểm giữa của dây chằng bẹn với điểm trong ½ giữa lồi cầu trong xương đùi với hai ĐM đùi chung và đùi nông).

Bộc lộ động mạch cần thắt.

Thắt mạch máu hai lần bằng các loại chỉ tốt nhất là không tiêu hoặc tiêu chậm.

Đặt dẫn lưu trong trường hợp cần thiết.

Đóng các vết mổ, kết thúc phẫu thuật.

**VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

**1. Theo dõi:**

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

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

Theo dõi biểu hiện thiếu máu cấp tính phía ngoại vi sau mổ.

Cho thuốc chống đông (heparin) ngay sau 6 8 giờ đầu sau mổ, nếu hết nguy cơ chảy máu và còn cần bảo tồn chi.

**2. Xử trí tai biến:**

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

Thiếu máu chi sau mổ: Có thể phục hồi lưu thông mạch hoặc cắt cụt tùy trường hợp.

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

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

## 74. KHÂU KÍN VẾT THƯƠNG THỦNG NGỰC

## 75. KÉO LIÊN TỤC MỘT MẢNG SƯỜN HAY MẢNG ỨC SƯỜN

## 76. KHÂU CƠ HOÀNH BỊ RÁCH HAY THỦNG DO CHẤN THƯƠNG QUA ĐƯỜNG BỤNG

## 77. PHẪU THUẬT CỐ ĐỊNH MẢNG SƯỜN DI ĐỘNG BẰNG NẸP

## 78. CỐ ĐỊNH GÃY XƯƠNG SƯỜN BẰNG BĂNG DÍNH TO BẢN

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Gãy xương là một tình trạng mất tính liên tục của xương, có thể biểu hiện dưới nhiều hình thức từ một vết rạn cho đến gãy hoàn toàn của xương và bao gồm gãy xương kín và gãy xương hở. Trong những trường hợp nặng nếu không xử trí đúng cách người bệnh có thể sốc do đau, mất máu hoặc tổn thương nặng lên và để lại di chứng nặng nề.

**II. CHỈ ĐỊNH**

Các loại gẫy xương kín hoặc hở do [chấn thương](http://khamgiodau.com/tin-tuc/chan-thuong-chinh-hinh.html), bệnh lý.

**III.CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Không có chống chỉ định tuyệt đối khi băng bó cố định chi gãy. Tuy nhiên không kéo nắn đầu xương gãy với gãy xương hở.

**IV. CHUẨN BỊ**

***1. Người thực hiện***

Bác sí có kỹ năng băng bó vết thương.

***2. Dụng cụ***

- Băng dính to bản.

- Băng cuộn, bông: Dùng để đệm lót vào đầu nẹp hoặc nơi ụ xương cọ xát  
vào nẹp, gồm bông mỡ và bông thường hoặc dùng vải hay quần áo.  
- Bông, gạc vô khuẩn, cồn sát khuẩn

- Dây Oxy và bình oxy

- Thuốc gây tê tại chỗ

***3. Người bệnh***

Được giải thích kỹ về kỹ thuật sắp tiến hành, được sử dụng giảm đau hoặc  
phong bế thần kinh trước khi tiến hành thủ thuật.

***4. Hồ sơ bệnh án***

Người bệnh được làm hồ sơ xác định tổn thương xương.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

***1. Kiểm tra lại hồ sơ***

Người bệnh, chỉ định, chống chỉ đinh và cam kết đồng ý thực hiện thủ  
thuật.  
***2. Kiểm tra người bệnh***

- Xử trí các vấn đề đường thở và hô hấp .

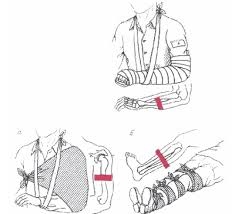
- Xác định vị trí gẫy xương.

- Đánh giá và kiểm soát chảy máu. Đề phòng sốc.

- Hạn chế dịch chuyển, xê dịch vùng tổn thương.

- Bất động vùng tổn thương bằng nẹp khi cần thiết

***3. Thực hiện kỹ thuật***

****

- Dùng bǎng dính to bản cố định.

- Treo tay cùng bên với bên lồng ngực có xương gãy vào cổ.

- Xử trí vết thương lồng ngực nếu có.

**VI. THEO DÕI**

Theo dõi toàn trạng, tình trạng mất máu, đau, phát hiện tình trạng sốc.

# TIÊU HÓA - BỤNG

## 79. 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…

**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**

- Bệnh lý toàn thân nặng không cho phép can thiệp phẫu thuật.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện:** Phẫu thuật viên chuyên khoa tiêu hoá hoặc ung bướu.

**2. Phương tiện:** bộ dụng cụ trung phẫu, chỉ khâu.

**3. Người bệnh:**

- Được làm đầy đủ các xét nghiệm chuẩn bị cuộc mổ.

- Được giải thích về quy trình, nguy cơ tai biến của phẫu thuật.

- Với những trường hợp mổ theo kế hoạch: vệ sinh sạch sẽ, ăn nhẹ đến 22h ngày hôm trước, thụt tháo phân sạch ,sáng ngày mổ: nhịn ăn uống, kháng sinh dự phòng

**4. Hồ sơ bệnh án:** Theo quy định bộ y tế, được bác sỹ kiểm tra đầy đủ các xét nghiệm, có chữ ký thông qua mổ và giấy cam đoan mổ.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Tư thế:** người bệnh nằm ngửa, có thể kê gối ở đáy ngực, Người thực hiện đứng bên phải người bệnh, người phụ và dụng cụ viên đứng bên đối diện.

**2. Vô cảm:** Mê toàn thân hoặc tiền mê, tê tại chỗ.

**3. Kỹ thuật:**

- Đường trắng giữa trên rốn, cách mũi ức 2 cm, chiều dài đường mổ phụ thuộc vào mức độ dày của thành bụng. Hoặc đường mổ trắng bên hoặc dưới sườn.

- 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.

- Các phương pháp:

3.1. 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 1-1,5 cm.

- 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 - 10 cm 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.

3.2. 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 bằng chỉ tiêu chậm 2.0 hoặc 3.0

- 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.

**VI. 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 axit 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.

## 80. KHÂU LỖ THỦNG DẠ DÀY, TÁ TRÀNG ĐƠN THUẦN

**I. ĐẠI CƯƠNG**

- Khâu lỗ thủng dạ dày tá tràng là một kỹ thuật thường quy trong phẫu thuật tiêu hóa. Hiện nay hầu hết đã được thực hiện qua phẫu thuật nội soi.

**II. CHỈ ĐỊNH**

- Lỗ thủng lành tính, bờ mềm mại, không gây hẹp, loại trừ được tổn thương do ung thư

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Bệnh lý toàn thân nặng không cho phép can thiệp phẫu thuật.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện:** Phẫu thuật viên chuyên khoa ngoại tiêu hóa.

**2. Phương tiện**: bộ dụng cụ trung phẫu, chỉ phẫu thuật.

**3. 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, trừ trường hợp cấp cứu.

- 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.

**4. Hồ sơ bệnh án:** Theo quy định bộ y tế, được bác sỹ kiểm tra đầy đủ các xét nghiệm, có chữ ký thông qua mổ và giấy cam đoan mổ.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Tư thế:** bệnh nhân nằm ngửa, dạng 2 tay, có thể kê gối lưng.

**2. Vô cảm:** Mê toàn thân có giãn cơ.

**3. Kỹ thuật:**

Bước 1: mở bụng đường trắng giữa trên dưới rốn.

Bước 2: đánh giá tổn thương

- Đánh giá dịch ổ bụng, tình trạng phúc mạc. cấy dịch ổ bụng.

- Đánh giá cơ quan khác trong ổ bụng.

- Đánh giá tổn thương tại chỗ.

Bước 3: khâu lỗ thủng chữ X, U. nếu nghi ngờ tổn thương ác tính phải sinh thiết. Với ổ loét xơ chai: khoét bỏ, khâu mũi rời theo chiều ngang, tránh hẹp.

Bước 4: hút rửa sạch ổ bụng

Bước 5: đặt dẫn lưu dưới gan.

Bước 6: đóng bụng theo bình diện giải phẫu.

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

- Chảy máu trong ổ bụng: 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.

## 81. PHẪU THUẬT ĐIỀU TRỊ VIÊM/CHẢY MÁU TÚI THỪA MECKEL

## 82. PHẪU THUẬT THÁO LỒNG KHÔNG CẮT RUỘT

**I .ĐẠI CƯƠNG**

- Lồng ruột là trạng thái một đoạn ruột chui vào đoạn ruột tiếp theo. Có nhiều kiểu lồng ruột nhưng hay gặp nhất là lồng hồi-manh tràng.

- Điều trị lồng ruột ở trẻ nhỏ phổ biến nhất là tháo lồng bằng các phương pháp không phẫu thuật. Chỉ có số ít trường hợp (khoảng 10%) phải phẫu thuật điều trị tháo lồng ruột. Có thể phẫu thuật nội soi và phẫu thuật mở.

**II. CHỈ ĐỊNH**

- Tháo lồng bằng các phương pháp không phẫu thuật thất bại

- Lồng ruột tái phát nhiều lần trong thời gian ngắn sau tháo lồng bằng các phương pháp không phẫu thuật (trên 3 lần/24h).

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Người bệnh tình trạng sốc, rối loạn đông máu, rối loạn cân bằng nội môi: phải hồi sức, điều chỉnh rồi mới mổ.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện:** Phẫu thuật viên tiêu hóa.

**2. Phương tiện:** Bộ dụng cụ phẫu thuật trung phẫu, chỉ khâu.

**3. Người bệnh:**

- Được làm đầy đủ các xét nghiệm chuẩn bị cuộc mổ.

- Được giải thích về quy trình, nguy cơ tai biến của phẫu thuật.

**4. Hồ sơ bệnh án:** Theo quy định bộ y tế, được bác sỹ kiểm tra đầy đủ các xét nghiệm, có chữ ký thông qua mổ và giấy cam đoan mổ.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Kiểm tra hồ sơ**

- Kiểm tra lại chỉ định và cam kết đồng ý thực hiện thủ thuật.

- Kiểm tra người bệnh tình trạng toàn thân

**2. Thực hiện kỹ thuật**

- Rạch da và mở bụng đường dọc giữa hay đường ngang trên rốn, hoặc rạch da đường ngang hố chậu phải và mở bụng theo đường trắng bên.

- Bộc lộ tìm góc hồi manh tràng và khối lồng.

- Tiến hành nong cổ khối lồng bằng cán forceps hoặc dùng ngón tay út.

- Bóp đẩy khối lồng từ phía đại tràng, chú ý nhẹ nhàng tránh làm tổn thương rách thanh mạc.

- Tháo lồng xong kiểm tra tổn thương ruột. Đắp gạc ấm lên chỗ ruột bị tím đợi 10-15 phút.

- Cắt bờ mỡ ngay góc hồi manh tràng

- Cắt ruột thừa, cố định manh tràng vào thành bụng sau bên phải.

- Đóng bụng theo các lớp giải phẫu

- Khâu lại các vết mổ

**VI. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ**

- Chăm sóc sau mổ: Lưu sonde dạ dày, nhịn ăn truyền dịch đến khi phục hồi lưu thông tiêu hóa.

- Chú ý hồi sức theo dõi nhiệt độ, rối loạn điện giải ở những trong lồng ruột muộn.

- Ra viện khi ăn đường miệng hoàn toàn, thể trạng chung tốt.

## 83. PHẪU THUẬT THÁO LÔNG CÓ CẮT RUỘT, NỐI NGAY HOẶC DẪN LƯU 2 ĐẦU RUỘT

1. **ĐẠI CƯƠNG**
   * Lồng ruột là trạng thái một đoạn ruột chui vào đoạn ruột tiếp theo. Có nhiều kiểu lồng ruột nhưng hay gặp nhất là lồng hồi-manh tràng.
   * Là một trong những cấp cứu ngoại khoa hay gặp nhất ở trẻ em, được biệt ở trẻ dưới 2 tuổi. Tần suất ở Việt nam là 302 ca trên 100 000 tr dưới 1 tuổi /1 năm
   * Nếu không được cấp cứu kịp thời có thể gây nên biến chứng nặng và tử vong.
   * Điều trị lồng ruột ở trẻ nhỏ phổ biến nhất là tháo lồng bằng các phương pháp không phẫu thuật. Chỉ có số ít trẻ ( khoảng 10%) phải phẫu thuật điều trị lồng ruột. Có thể phẫu thuật nội soi và phẫu thuật mổ mở.

**II. CHỈ ĐỊNH PHẪU THUẬT ĐIỀU TRỊ LỒNG RUỘT**

* + Khi có chống chỉ địnhtháo lồng bằng các phương pháp không phẫu thuật: thủng ruột, viêm phúc mạc,
  + Tháo lồng bằng các phương pháp không phẫu thuật thất bại
  + Có bệnh lý ngoại khoa gây nên lồng ruột như khối u, ruột đôi, túi th a Meckel ..
  + Lồng ruột tái phát nhiều lần trong thời gian ngắn sau tháo lồng bằng các phương pháp không phẫu thuật (trên 3 lần/24h).

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Người bệnh tình trạng sốc, rối loạn đông máu, rối loạn nội môi: phải hồi sức, điều chỉnh rồi mới mổ

**IV. CHUẨN BỊ**

1. **Người bệnh**

Hồi sức đối với các người bệnh nặng: bù nước, điện giải, thăng bằng toan kiềm..., tiêm kháng sinh tĩnh mạch, nhịn ăn uống, đặt sonde dạ dày nếu có dấu hiệu tắc ruột (bụng chướng, nôn nhiều).

Người thực hiện

Kíp phẫu thuật: 1 bác sĩ mổ chính, 1- 2 bác sĩ phụ mổ, dụng cụ viên

Phương tiện

Bộ dụng cụ phẫu thuật ổ bụng trung phẫu

Hồ sơ bệnh án

Đã có hội chẩn mổ cấp cứu, có đầy đủ xét nghiệm cho mổ cấp cứu, có giấy cam đoan đồng ý phẫu thuật của gia đình người bệnh.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Kiểm tra hồ sơ**

Kiểm tra lại chỉ định và cam kết đồng ý thực hiện thủ thu t.

Kiểm tra người bệnh

T nh trạng toàn thân

Thực hiện kỹ thuật

* + Rạch da và mở bụng đường dọc giữa hay đường ngang trên rốn, hoặc rạch da đường ngang hố chậu phải và mở bụng theo đường trắng bên.
  + Bộc lộ tìm góc hồi manh tràng và khối lồng.
  + Tiến hành nong cổ khối lồng bằng cán forceps hoặc dùng ngón tay út.
    - Bóp đẩy khối lồng từ phía đại tràng, chú ý nhẹ nhàng tránh làm tổn thương rách thanh mạc.
    - Tháo lồng xong kiểm tra tổn thương ruột. Đắp gạc ấm lên chỗ ruột bị tím đợi 10-15 phút.
    - Nếu thấy có chỗ hoại tử thủng ruột, chỗ tím sắp hoại tử không hồi phục thì phải cắt đoạn ruột bị tổn thương, không cần cắt rộng rãi.
    - Nối ruột ngay khi không có viêm phúc mạc nặng.
    - Nếu có thủng ruột do tháo lồng bằng hơi hoặc nước muối sinh lý: khâu lại chỗ thủng. Rửa ổ bụng.
    - Xem xét cắt bờ mỡ ngay góc hồi manh tràng
    - Xem xét cắt ruột thừa, cố định manh tràng vào thành bụng sau bên phải.
    - Dẫn lưu 2 đầu ruột kiểu Mikulicz khi người bệnh viêm phúc mạc nặng. Nếu hồi tràng còn lại phía manh tràng quá ngắn 2-3 cm sau khi cắt ruột th khâu vùi đầu dưới dẫn lưu đầu trên (có thể vẫn nối lại được hồi-hồi tràng khi mổ thì 2). Rửa, dẫn lưu ổ bụng.
    - Khâu lại vết mổ

**VI. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ**

* + Lưu sonde dạ dày, nhịn ăn truyền dịch đến khi phục hồi lưu thông tiêu hóa.
  + Chú ý hồi sức theo dõi nhiệt độ, rối loạn điện giải ở những trẻ lồng ruột muộn.
  + Ra viện khi ăn đường miệng hoàn toàn, thể trạng chung tốt.

## 84. CẮT ĐOẠN ĐẠI TRÀNG

**I. ĐẠI CƯƠNG**

- Cắt đoạn đại tràng, nối ngay là phẫu thuật cắt bỏ một đoạn đại tràng, thực hiện miệng nối ruột ngay thì đầu.

**II. CHỈ ĐỊNH**

- Những tổn thuơng ở khung đại tràng như u đại tràng mà được chuẩn bị đại tràng sạch, việc nối ngay 2 đầu đại tràng đảm bảo việc không xì bục miệng nối.

- Những tổn thương như vết thương, chấn thương ở đại tràng, tắc ruột do u đại tràng cũng có thể cắt đoạn đại tràng nối ngay nếu tình trạng 2 đầu đại tràng được làm sạch, ổ bụng sạch sẽ, ít nguy cơ xì bục miệng nối.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Bệnh lý toàn thân nặng không cho phép can thiệp phẫu thuật.

- 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:**

- Phẫu thuật viên chuyên khoa ngoại tiêu hóa, ung bướu.

**2. Phương tiện:**

- Bộ dụng cụ mổ mở đại phẫu tiêu hóa, chỉ khâu, dao điện, dao siêu âm nếu có.

**3. Người bệnh:**

- Được làm đầy đủ các xét nghiệm chuẩn bị cuộc mổ.

- Được giải thích về quy trình, nguy cơ tai biến của phẫu thuật.

- Với những trường hợp mổ theo kế hoạch: vệ sinh sạch sẽ, ăn nhẹ đến 22h ngày hôm trước, chuẩn bị đại tràng sạch ,sáng ngày mổ: nhịn ăn uống, kháng sinh dự phòng

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

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Tư thế:** bệnh nhân nằm ngửa, dạng 2 tay.

**2. Vô cảm:** gây mê nội khí quản.

**3. Kỹ thuật:**

- Rạch da: đường trắng giữa dưới rốn, có thể kéo dài lên trên rốn.

- Thăm dò đánh giá thương tổn và toàn bộ ổ bụng.

- Cắt đoạn đại tràng tổn thương:

+ Giải phóng đoạn đại tràng cần cắt bỏ.

+ Cặp cắt các mạc máu nuôi đoạn đại tràng.

+ Xác định đoạn đại tràng cần cắt: tùy vào tổn thương do ung thư hay do tổn thương khác mà cắt đoạn đại tràng cho hợp lý nhất.

- Lập lại lưu thông tiêu hóa ngay:

+ Nếu đã được chuẩn bị đại tràng trước mổ: thực hiện miệng nối ngay bằng 1 lớp hoặc 2 lớp bằng các mũi chỉ Vicryl 3.0 hoặc 4.0.

+ Nếu trường hợp mổ cấp cứu: cần làm sạch phân trong 2 đầu đại tràng còn lại, chuẩn bị 2 đầu đại tràng sạch để đảm bảo việc khâu nối ngay không bị xì bục miệng nối. Thực hiện miệng nối 1 lớp hoặc 2 lớp bằng các mũi chỉ Vicryl 3.0 hoặc 4.0.

- Có thể mở thông hồi tràng phía trên miệng nối để bảo vệ miệng nối.

- Lau rửa sạch ổ bụng, dẫn lưu ổ bụng, đóng bụng: 2 hoặc 3 lớp.

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

- Chảy máu trong ổ bụng: 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 xì bục miệng nối, nhiễm trùng vết mổ, theo dõi hậu môn nhân tạo 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.

## 85. ĐÓNG HẬU MÔN NHÂN TẠO

## 86. PHẪU THUẬT CẮT NỬA ĐẠI TRÀNG TRÁI/PHẢI

**I. ĐẠI CƯƠNG**

- Cắt đại tràng phải hoặc đại tràng trái nối ngay là phẫu thuật mở cắt đại tràng phải hoặc đại trái bị tổn thương, lập lại lưu thông tiêu hóa bằng miệng nối hồi- đại tràng hoặc đại- trực tràng.

**II. CHỈ ĐỊNH**

1. Chỉ định mổ cắt đại tràng phải:

- Thường áp dụng nhất cho các trường hợp u ở đại tràng từ van hồi - manh tràng đến đại tràng góc gan.

- 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.

2. Chỉ định mổ cắt đại tràng trái:

- Thường áp dụng nhất cho các trường hợp u bên trái đại tràng ngang, u đại tràng góc lách, đại tràng xuống.

- 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**

- Bệnh lý toàn thân nặng không cho phép can thiệp phẫu thuật.

- 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:**

- Phẫu thuật viên chuyên khoa ngoại tiêu hóa hoặc ung bướu.

**2. Phương tiện:**

- Bộ dụng cụ mổ mở đại phẫu tiêu hóa, chỉ khâu, dao điện, dao siêu âm nếu có.

**3. Người bệnh:**

- Được làm đầy đủ các xét nghiệm chuẩn bị cuộc mổ.

- Được giải thích về quy trình, nguy cơ tai biến của phẫu thuật.

- Với những trường hợp mổ theo kế hoạch: vệ sinh sạch sẽ, ăn nhẹ đến 22h ngày hôm trước, chuẩn bị đại tràng sạch ,sáng ngày mổ: nhịn ăn uống, kháng sinh dự phòng.

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

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Tư thế:** bệnh nhân nằm ngửa, dạng 2 tay.

**2. Vô cảm:** gây mê nội khí quản.

**3. Kỹ thuật:**

3.1 Kỹ thuật cắt đại tràng phải:

- Rạch da: đường trắng giữa trên và dưới rốn.

- 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.

- 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 mạch 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.

- Lập lại lưu thông đường tiêu hóa:

+ Miệng nối hồi - đại tràng ngang với chỉ không tiêu hoặc tiêu chậm 4.0 hoặc 3.0 kiểu tận – tận, tận – bên hoặc bên – bên. Có thể sử dụng máy cắt nối nếu có điều kiện.

-Dẫn lưu dưới gan – rãnh đại tràng phải.

- Đóng bụng: 2 hoặc 3 lớp.

3.2 Kỹ thuật cắt đại tràng trái, nối ngay:

- Rạch da: đường trắng giữa trên và dưới rốn.

- 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.

- 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.

- 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 Vicryl 4.0 hoặc 3.0.

- Dẫn lưu rãnh đại tràng trái, Douglas.

- Đóng bụng: 2 hoặc 3 lớp.

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

- Chảy máu trong ổ bụng: 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 nhiễm trùng vết mổ, theo dõi xì bục miệng nối 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.

## 87. THỤT THÁO ĐẠI TRÀNG TRONG BỆNH PH NH ĐẠI TRÀNG BẨM SINH

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Thụt tháo đại tràng là đưa nước vào đại tràng nhằm làm mềm những cục phân cứng và làm thành ruột nở rộng, thành ruột được kích thích sẽ co lại đẩy phân ra ngoài trong trường hợp người bệnh không đại tiện được và để làm sạch khung đại tràng.

**II. CHỈ ĐỊNH**

Thụt tháo trong điều trị: Táo bón thông thường, táo bón do rối loạn chức năng hoặc trong các bệnh lý hậu môn trực tràng.

Thụt tháo trước mổ: mổ đường tiêu hóa, mổ vùng ổ bụng, khung chậu.

Thụt tháo phục vụ chẩn đoán: trước khi chụp đại tràng, chụp UIV, chụp cột sống.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Thương hàn.

Xoắn, tắc ruột.

Người bệnh có cắt nối đường tiêu hóa còn tổn thương.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

Điều dưỡng hoặc bác sĩ .

**2. Phương tiện**

Bộ dụng cụ làm thủ thuật thụt hậu môn, các vật tư tiêu hao, trang thiết bị cho cuộc thủ

thuật.

**3. Nguời bệnh**

Nhận định tình trạng người bệnh.

Cân người bệnh để tính lượng nước thụt.

Giải thích cho người bệnh và gia đình biết rõ bệnh và tình trạng toàn thân, về khả năng thủ thuật sẽ thực hiện, về các tai biến, biến chứng, di chứng có thể gặp do bệnh, do thủ thuật, do cơ địa của người bệnh. Giải đáp những khúc mắc của người bệnh về bệnh tật, về thủ thuật trong phạm vi cho phép.

**4. Hồ sơ bệnh án**

Hoàn thành các thủ tục hành chính theo qui định.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Kiểm tra hồ sơ**

Kiểm tra lại chỉ định và cam kết đồng ý thực hiện thủ thuật.

**2. Kiểm tra người bệnh**

TÌnh trạng toàn thân

**3. Thực hiện kỹ thuật**

3.1 Tư thế người bệnh và vị trí thủ thuật viên.

Người bệnh nằm ngửa, tư thế sản khoa, cởi quần.

Thủ thuật viên đứng phía dưới chân người bệnh.

3.2 Các thì thủ thuật

Đổ nước vào bốc thụt và đuổi khí, kẹp ống thông lại.

Bôi trơn đầu ống thông và đưa vào hậu môn, mở kẹp.

Kẹp, rút ống thông và hướng dẫn người bệnh đi ngoài.

Tiếp tục thụt cho đến khi nước trong.

- Vệ sinh và thay quần áo sạch cho người bệnh.

**VI. THEO DÕI**

Tình trạng người bệnh trước, trong và sau khi thực hiện thủ thuật.

**VII. BIẾN CHỨNG VÀ XỬ TRÍ**

Thủng đại tràng: Phẫu thuật.

Hạ thân nhiệt: Lau khô người, ủ ấm.

Rối loạn nước, điện giải: Bù nước, điện giải.

Thụt không ra phân:

Kiểm tra lại xem có bị tắc hoặc gặp ống thông không, nếu có thì làm sạch và đặt lại ống thông.

Có thể ống thông chưa qua đoạn vô hạch thì cần đặt lưu ống thông sau khi thụt khoảng 2-3 giờ để phân và hơi sẽ theo ống thông ra ngoài khi người bệnh ở trạng thái nghỉ ngơi.

## 88. THÁO LỒNG BẰNG KHÍ/NƯỚC

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Lồng ruột là trạng thái một đoạn ruột chui vào đoạn ruột tiếp theo. Có nhiều kiểu lồng ruột nhưng hay gặp nhất là lồng hồi-manh tràng.

Là một trong những cấp cứu ngoại khoa hay gặp nhất ở trẻ em, được biệt ở trẻ dưới 2 tuổi. Tần suất ở Việt nam là 302 ca trên 100 000 tr dưới 1 tuổi /1 năm

Nếu không được cấp cứu kịp thời có thể gây nên biến chứng nặng và tử vong.

Điều trị lồng ruột ở trẻ nhỏ phổ biến nhất là tháo lồng bằng các phương pháp không phẫu thuật(tháo lồng bằng khí/nước). Chỉ có số ít trẻ (khoảng 10%) phải phẫu thuật điều trị lồng ruột. Có thể phẫu thuật nội soi và phẫu thuật mổ mở.

**II. CHỈ ĐỊNH ĐIỀU TRỊ**

Cho tất cả các trường hợp lồng ruột chưa có biến chứng

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Đến muộn sau 48h

Biểu hiện: tắc ruột, có sốc, bụng chướng căng, có dấu hiệu viêm phúc mạc

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người bệnh**

Được bù nước điện giải nếu có mất nước điện giải

Thiết lập đường truyền tĩnh mạch, đặt ống thông dạ dày

**2. Người thực hiện**

Kíp làm thủ thuật: 1 bác sĩ, 1 điều dưỡng, 1 kỹ thuật viên

**3. Phương tiện**

Máy tháo lồng (bơm hơi) theo áp lực

Xông Foley các cỡ

Thuốc tiền mê

**4. Hồ sơ bệnh án**

Đầy đủ chỉ định,xét nghiêm nếu cần

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Kiểm tra hồ sơ**

Kiểm tra lại chỉ định và cam kết đồng ý thực hiện thủ thuật.

**2. Kiểm tra người bệnh**

Tình trạng toàn thân

**3. Thực hiện kỹ thuật**

**Tiền mê**

Không bắt buộc, có thể dùng một cách có hệ thống trên tất cả người bệnh hoặc chọn lọc có trường hợp tháo khó

Bằng Midazolam (Hypnovel) và Atrropin với liều sau:

+ Atropine IV 0.01 to 0.02 mg/kg (Cân nhắc với BN có mạch nhanh hoặc sốt cao).

+ Midazolam (Hypnovel) (Cân nhắc với BN có biểu hiện tinh thần lơ mơ): IV (tiêm TM): 0.05 - 0.1 mg/kg

IN (nhỏ mũi): 0.2 - 0.3 mg/kg (5 - 10 phút trước khi bơm hơi) PO (đường uống): 0.5 - 1 mg/kg (20 - 30 phút trước khi bơm hơi)

**Kỹ thuật**

Đặt ống thông Foley vào hậu môn, bơm căng bóng

Nối ống thông Foley với máy tháo lồng

Bơm hơi từ từ vào đại tràng, áp lực từ 8-10mmHg or 80-100cmH2O

Duy trìáp lực cao nhất không quá 3 phút/01 lần.

Quan sát dưới màn huỳnh quang theo dõi di chuyển của khối lồng

Bơm hơi từng đợt cho đến khi tháo được lồng.

Ngay sau tháo được khối lồng phải giữ ống thông hậu môn, nắn bụng để tháo hơi hoặc dịch ra hết mới rút ống thông.

Tiêu chuẩn tháo lồng thành công

+ Nếu tháo lồng dưới màn hình tăng sáng: Hết hình ảnh khối lồng trên Xquang, hơi sang ruột non nhiều và dễ, khi bơm hơi thấy áp lực không tăng. Chụp 1 phim trước khi tháo lồng và 1 phim sau khi tháo lồng.

+ Nếu không tháo dưới màn h nh tăng sáng: Bụng tròn đều, nắn không thấy khối lồng, bụng giữa giữ hơi sau khi ngưng bơm hơi, hơi ra liên tục qua thông dạ dày.

+ Nếu bơm lần đầu không có kết quả, tạm nghỉ khoảng 30 phút và bơm lại lần hai.

Nếu bơm lần hai thất bại có thể bơm thử lại lần ba.

+ Nếu sau ba lần vẫn không tháo được, đặc biệt thấy khối lồng bị ép xuống mỗi khi bơm hơi rồi lại trở về vị trí cũ khi xả hơi thì dừng lại và chuyển phẫu thuật.

+ Bơm hơi tháo lồng sau khi gây mê, nếu không kết quả tiến hành phẫu thuật.

**VI. THEO DÕI**

Sau khi tháo lồng cho người bệnh nhịn ăn 2-4 tiếng, truyền dịch

Truyền dịch Ringer glucose 5%: Đánh giá tình trạng thiếu dịch và bù dịch cho người bệnh. Sau đó duy trì theo nhu cầu cơ bản

Nhu cầu cơ bản: công thức 4-2-1 0 - 10 kg: 4ml/kg/h

11 - 20 kg: 2ml/kg/h

**VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ**

Thủng đại tràng trong lúc tháo lồng: có hơi tự do trong bụng trên màn hình tăng sáng.

Xử trí: Chọc giải áp hơi trong bụng bệnh nhi bằng kim 18G, hỗ trợ oxy, dịch truyền, kháng sinh và chuẩn bị phẫu thuật

Sau khi tháo lồng cho người bệnh nhịn ăn 2-4 tiếng, truyền dịch

Truyền dịch Ringer glucose 5%: Đánh giá tình trạng thiếu dịch và bù dịch cho người bệnh. Sau đó duy trì theo nhu cầu cơ bản

Nhu cầu cơ bản: công thức 4-2-1 0 - 10 kg: 4ml/kg/h

11 - 20 kg: 2ml/kg/h >20 kg : 1ml/kg/h

Cho người bệnh xuất viện khoảng 24h sau bơm hơi tháo lồng khi siêu âm kiểm tra không còn dấu hiệu của lồng ruột.

## 89. PHẪU THUẬT ĐIỀU TRỊ VIÊM RUỘT THỪA

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Ruột thừa là một bộ phận nhỏ như ngón tay cái nằm ở phía dưới bên phải của bụng (90% ruột thừa nằm ở hố chậuphải), có một đầu bịt kín, một đầu thông với manh tràng (đoạn đầu tiên của ruột già). Nếu vì một nguyên nhân nào đó làm cho lòng ruột thừa bị tắc nghẽn (do sỏi phân, do phì đại quá mức tổ chức bạch huyết ở thành ruột thừa, dị vật…) sẽ khiến cho ruột thừa sưng lên và nhiễm trùng, tạo thành ruột thừa viêm.

**II. CHỈ ĐỊNH**

Người bệnh được chẩn đoán viêm ruột thừa trên lâm sàng và các phương tiện chẩn đoán hình ảnh gợi ý

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Rối loạn đông máu

Bệnh lý toàn thân

Viêm ruột thừa đã có biến chứng

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người bệnh:** Đầy đủ chỉ định, xét nghiêm cần thiết

**2. Người thực hiện**

Kíp làm thủ thuật: 01 phẫu thuật viên chính,01 phẫu thuật viên phụ, 01 điều dưỡng

**3. Phương tiện**

Dụng cụ mổ mở: bộ phẫu thu t mổ mở thường quy

**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**

**2. Kiểm tra người bệnh**

**3. Thực hiện kỹ thuật**

Tư thế người bệnh: người bệnh nằm ngửa, có đặt sonde niệu đạo bàng quang.

Tư thế phẫu thuật viên: đứng ở bên phải người bệnh

Tư thế phẫu thuật viên phụ: đứng ở bên trái người bệnh

Dụng cụ viên: đứng bên trái phẫu thuật viên.

Rạch da theo đường ngang từ bờ ngoài cơ thẳng to đến cách gai chậu trước trên khoản 3-4cm

Bóc tách da và tổ chức dưới da khỏi cân. Mở cơ và phúc mạc như trong đường mổ Mac Burney

Dùng mèche ruột non để bộc lộ manh tràng, tìm ruột thừa

Cắt mạc treo ruột thừa, cắt ruột thừa giữa hai panh. Khâu gốc ruột thừa

Kiểm tra túi thừa Meckel

Đóng vết mổ theo các lớp giải phẫu

**VI. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ**

Chảy máu trong mổ tại mạc treo ruột thừa

+ Xử trí: cầm máu

Tụt chỉ hoặc clip gốc mạc treo ruột thừa

+ Xử trí: buộc chỉ hoặc clip lại

**90. PHẪU THUẬT VIÊM PHÚC MẠC RUỘT THỪA**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

* + Ruột thừa là một bộ phận nhỏ như ngón tay cái nằm ở phía dưới bên phải của bụng (90% ruột thừa nằm ở hố chậu phải), có một đầu bịt kín, một đầu thông với manh tràng (đoạn đầu tiên của ruột già). Nếu vì một nguyên nhân nào đó làm cho lòng ruột thừa bị tắc nghẽn (do sỏi phân, do ph đại quá mức tổ chức bạch huyết ở thành ruột thừa, dị vật…) sẽ khiến cho ruột thừa sưng lên và nhiễm trùng, tạo thành ruột thừa viêm.
  + Viêm phúc mạc do viêm ruột thừa là tình trạng viêm phúc mạc do viêm ruột thừa cấp vỡ mủ gây ra, mủ chảy khắp ổ bụng gây nên bệnh cảnh nhiễm trùng nhiễm độc nặng.

**II. CHỈ ĐỊNH**

Người bệnh được chẩn đoán viêm phúc mạc ruột thừa trên lâm sàng và các phương tiện chẩn đoán hình ảnh gợi ý

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Rối loạn đông máu.

Bệnh lý toàn thân nặng.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người bệnh**

Xét nghiệm phục vụ chẩn đoán, phẫu thuật và gây mê đầy đủ.

**2. Người thực hiện**

Kíp làm thủ thuật: 01 phẫu thuật viên chính, 01 phẫu thuật viên phụ, 01 điều dưỡng dụng cụ

**3. Phương tiện**

Dụng cụ mổ mở: bộ phẫu thuật mổ mở thường quy

**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**

**2. Kiểm tra người bệnh**

**3. Thực hiện kỹ thuật**

* Tư thế người bệnh: người bệnh nằm ngửa, có đặt sonde niệu đạo bàng quang.
* Tư thế phẫu thuật viên: đứng ở bên phải người bệnh
* Tư thế phẫu thuật viên phụ 1: đứng ở bên trái người bệnh
* Tư thế phẫu thuật viên phụ 2: đứng ở trên phẫu thuật viên chính
* Dụng cụ viên: đứng bên trái phẫu thuật viên.
* Rạch da theo đường trắng giữa trên và dưới rốn
* Đi qua da,tổ chức dưới da, cân cơ và phúc mạc vào ổ bụng
* Bộc lộ ruột thừa
* Xử lý mạc treo ruột thừa:có thể đốt điện, khâu buộc hoặc clip
* Xử trí gốc ruột thừa:buộc gốc ruột thừa bằng chỉ có thòng lọng chuẩn bị sẵn hoặc buộc bằng hai panh.Có thể kẹp bằng clip
* Kiểm tra túi thừa Meckel
* Rửa ổ bụng bằng Nacl 9 %o
* Làm xẹp ruột, xếp lại ruột, có hoặc không đặt 01 dẫn lưu tại Douglas qua hố chậu phải
* Đóng vết mổ theo các lớp giải phẫu

**VI. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ**

Chảy máu trong mổ tại mạc treo ruột thừa Xử trí: cầm máu

Tụt chỉ hoặc clip gốc mạc treo ruột thừa Xử trí: buộc chỉ hoặc clip lại

Nhiễm trùng vết mổ Xử trí: thay băng vết mổ.

## 91. PHẪU THUẬT CẮT TÚI THỪA RUỘT NON, RUỘT GIÀ

**I. ĐẠI CƯƠNG**

- Túi thừa đại tràng là những cấu trúc dạng túi phát triển trong thành của đại tràng. Do thành đại tràng yếu so với các vị trí khác, hay gặp ở đại tràng sigma, đại tràng trái, manh tràng và cũng có thể gặp ở toàn bộ đại tràng.

- Điều trị nội là chủ yếu và chỉ phẫu thuật khi có biến chứng.

- 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.

- Cắt túi thừa tá tràng là phẫu thuật mở cắt túi thừa tá tràng, thường thực hiện khi túi thừa tá tràng có triệu chứng hoặc biến chứng.

**II. CHỈ ĐỊNH**

- Thủng đại tràng do túi thừa.

- Áp xe quanh đại tràng

- Chảy máu do túi thừa

- Tắc: hẹp đại tràng, gây dính ruột

- Khối viêm giả u.

- Rò: bàng quang, âm đạo, ruột, da...

- Điều trị nội khoa không kết quả.

- Túi thừa tá tràng có triệu chứng hoặc có biến chứng.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Bệnh lý toàn thân nặng không cho phép can thiệp phẫu thuật.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện:**

- Phẫu thuật viên chuyên khoa ngoại tiêu hoá.

**2. Phương tiện:** Bộ dụng cụ đại phẫu, chỉ khâu, máy cắt nối…

**3. 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

- Nhịn ăn, thụt tháo, vệ sinh vùng phẫu thuật và toàn thân, kháng sinh dự phòng (trừ trường hợp mổ cấp cứu).

**4. Hồ sơ bệnh án:** Theo quy định bộ y tế, được bác sỹ kiểm tra đầy đủ các xét nghiệm, có chữ ký thông qua mổ và giấy cam đoan mổ.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Tư thế:** người bệnh nằm ngửa

**2. Vô cảm:** gây mê nội khí quản.

**3. Kỹ thuật:**

**3.1 Cắt túi thừa tá tràng**

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.

**3.2 cắt túi thừa đại tràng**

- Đường vào ổ bụng: theo một trong những đường sau tuỳ thuộc vào túi thừa nằm ở bên phải hay bên trái của đại tràng:

- Kiểm tra thương tổn, toàn bộ đại - trực tràng và các cơ quan trong ổ bụng.

- Phẫu tích đại tràng khỏi khỏi tổ chức dính

- Cắt và buộc động mạch và tĩnh mạch:

- Cắt nối đại tràng: dùng máy nối hay khâu tay

- Trong trường hợp đánh giá tình trạng thương tổn, điều kiện toàn thân hay phương tiện không cho phép nên đưa hai đầu ra thành bụng là hậu môn nhân tạo hay phẫu thuật kiểu Hartmann.

- Dẫn lưu: nên đặt dẫn lưu (dưới gan, Douglas, hoặc hố lách tuỳ tổn thương ở đại tràng trái hay phải).

- Đóng bụng: đóng một, hai hay ba lớp tuỳ theo thói quen và kinh nghiệm của phẫu thuật viên. Nếu vết mổ có nguy cơ bị nhiễm khuẩn thì đóng một lớp.

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

- Chảy máu trong ổ bụng: 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.

## 92. PHẪU THUẬT ÁP XE RUỘT THỪA TRONG Ổ BỤNG

**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 kèm theo là loại bỏ ổ áp xe trong ổ bụng do viêm ruột thừa.

**II. CHỈ ĐỊNH**

- 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. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Rối loạn đông máu.

- Bệnh lý toàn thân nặng nề.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện:**

- Là phẫu thuật viên chuyên khoa ngoại tiêu hóa.

**2. Phương tiện:** Dụng cụ mổ mở: bộ phẫu thuật mổ mở trung phẫu

**3. Người bệnh:**

- Được làm đầy đủ các xét nghiệm chuẩn bị cuộc mổ.

- Được giải thích về quy trình, nguy cơ tai biến của phẫu thuật.

- Chụp cắt lớp vi tính ổ bụng với những trường hợp khó chẩn đoán.

**4. Hồ sơ bệnh án:** Theo quy định bộ y tế, được bác sỹ kiểm tra đầy đủ các xét nghiệm, có chữ ký thông qua mổ và giấy cam đoan mổ.

**IV. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

1. Tư thế: người bệnh nằm ngửa và được đặt thông tiểu.

2. 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.

3. 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 kháng sinh.

- 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.

## 93. CẮT ĐOẠN RUỘT NON

**I. ĐẠI CƯƠNG**

- Phẫu thuật cắt đoạn ruột non là một thuật ngữ chỉ kỹ thuật mổ cắt bỏ đoạn ruột non bất thường bằng phẫu thuật mở, thực hiện từ hai miệng nối ruột- ruột trở lên bằng phẫu thuật mở.

**II. CHỈ ĐỊNH**

- U ruột non (GIST, carcinoid, adenoma, adenocarcinoma,…) có hoặc không có biến chứng.

- Tắc ruột (do dính, thoát vị nội, bã thức ăn, viêm, lao,…) có biến chứng hoại tử ruột.

- Hoại tử / thủng ruột do huyết khối mạch máu/ lao/ viêm ruột/ viêm thủng túi thừa Meckel/ chấn thương bụng kín …

- Chảy máu tiêu hoá từ ruột non do viêm loét, dị dạng mạch máu, túi thừa Meckel,…

- Bệnh Crohn không đáp ứng điều trị nội khoa hoặc có biến chứng (tắc ruột, chảy máu tiêu hoá, thủng, nguy cơ ác tính…).

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Bệnh lý toàn thân nặng không cho phép can thiệp phẫu thuật.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện:**

- Là phẫu thuật viên chuyên khoa ngoại tiêu hoá.

**2. Phương tiện:**

- Phòng mổ có đủ phương tiện thực hiện phẫu thuật.

- Bộ dụng cụ phẫu thuật đại phẫu, chỉ khâu., dụng cụ máy cắt nối ống tiêu hóa nếu có.

**3. Người bệnh:**

- Được làm đầy đủ các xét nghiệm chuẩn bị cuộc mổ.

- Được giải thích về quy trình, nguy cơ tai biến của phẫu thuật.

- Với những trường hợp mổ theo kế hoạch: vệ sinh sạch sẽ, ăn nhẹ đến 22h ngày hôm trước, chuẩn bị đại tràng sạch , sáng ngày mổ: nhịn ăn uống, kháng sinh dự phòng

**4. Hồ sơ bệnh án:**

Hoàn tất các chi tiết về chuyên môn và thủ tục hành chính theo qui định (bệnh án, cam kết chấp nhận phẫu thuật, gây mê hồi sức,…).

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Vô cảm:** gây mê toàn thể với nội khí quản.

**2. Tư thế:** người bệnh nằm ngửa, dạng 2 tay. Vị trí của phẫu thuật viên, người phụ, dụng cụ viên tuỳ vị trí tổn thương.

**3. Kỹ thuật:**

- Rạch da đường trắng giữa trên, dưới rốn tùy thương tổn.

- Khảo sát vị trí, tình trạng thương tổn tại ruột non và các cơ quan khác trong ổ bụng.

- Cắt mạc treo ruột non tương ứng với những đoạn ruột non cần cắt bỏ. Đối với adenocarcinoma cần cắt rộng 2 đầu ruột non và mạc treo tương ứng để bảo đảm diện cắt không còn tế bào ác tính và lấy hết các hạch vùng tương ứng.

- Cắt các đoạn ruột non tổn thương.

- Thực hiện miệng nối tận- tận hoặc bên- bên, tận- bên tùy trường hợp, 1 lớp hoặc 2 lớp bằng chỉ Vicryl 3.0.

- Khâu lại mạc treo các đoạn ruột non đã cắt nối, tránh thoát vị nội.

- Lau rửa bụng, dẫn lưu, đóng bụng.

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

- Chảy máu trong ổ bụng: 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 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.

## 94. DẪN LƯU ÁP XE RUỘT THỪA

**I. ĐẠI CƯƠNG**

- Dẫn lưu áp xe ruột thừa là phương pháp mổ mở nhằm rất lưu ổ áp xe ruột thừa, không cố gắng cắt bỏ ruột thừa.

- Phương pháp này hiện nay ngày càng ít được áp dụng do có thể dẫn lưu áp xe ruột thừa bằng phẫu thuật nội soi hay dẫn lưu áp xe ruột thừa dưới hướng dẫn của siêu âm hoặc cắt lớp vi tính bụng.

**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. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Bệnh lý toàn thân nặng không cho phép can thiệp phẫu thuật.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện:** Phẫu thuật viên chuyên khoa ngoại tiêu hóa.

**2. Phương tiện:** Bộ dụng cụ phẫu thuật trung phẫu, chỉ khâu.

**3. Người bệnh:**

- Được làm đầy đủ các xét nghiệm chuẩn bị cuộc mổ.

- Được giải thích về quy trình, nguy cơ tai biến của phẫu thuật.

**4. Hồ sơ bệnh án:** Theo quy định bộ y tế, được bác sỹ kiểm tra đầy đủ các xét nghiệm, có chữ ký thông qua mổ và giấy cam đoan mổ.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Tư thế:** người bệnh nằm ngửa , dạng 2 tay.

**2. 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.

**3. Kỹ thuật:**

- Rạch da: đường giữa dưới rốn, có thể kéo dài lên trên rốn.

- Gỡ dính hoặc lần theo các quai ruột hồi tràng đến gốc ruột thừa tại đáy manh tràng, nếu ổ áp xe quá chặt không tìm thấy ruột thừa thì không cố gắng phẫu tích tìm ruột thừa.

- Làm sạch ổ áp xe trong ổ bụng do ruột thừa 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.

- Đóng bụng theo các lớp cân cơ, da hoặc đóng bụng một lớp toàn thể mũi rời nếu ổ bụng viêm phúc mạc nặng.

**VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

1. Theo dõi

- 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 kháng sinh.

- 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.

## 95. CẮT TRĨ TỪ 2 BÚI TRỞ LÊN

**I. ĐẠI CƯƠNG**

- Kỹ thuật cắt búi trĩ sa 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, có thể kèm tắc mạch.

2. Sa búi trĩ 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**

**1. Người thực hiện:** Phẫu thuật viên tiêu hóa.

**2. Phương tiện:** Van hậu môn, tốt nhất có van Hill Ferguson, bộ dụng cụ trung phẫu.

**3. Người bệnh:**

- Được làm đầy đủ các xét nghiệm chuẩn bị cuộc mổ.

- Vệ sinh sạch sẽ, ăn nhẹ đến 22h ngày hôm trước.

- Được giải thích về quy trình, nguy cơ tai biến của phẫu thuật.

- Thụt tháo phân sạch .

- Sáng ngày mổ: nhịn ăn, uống, kháng sinh dự phòng.

**4. Hồ sơ bệnh án:** Theo quy định bộ y tế, được bác sỹ kiểm tra đầy đủ các xét nghiệm, có chữ ký thông qua mổ và giấy cam đoan mổ.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Tư thế:** người bệnh nằm ngửa hoặc nằm sấp.

**2. Vô cảm:** Tê tủy sống

**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 VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

**1. 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.

**2. Xử trí tai biến**

- Choáng do dị ứng thuốc. Cần nằm lại theo dõi 1 - 2 giờ.

- Chảy máu gốc búi trĩ: khâu lại.

## 96. PHẪU THUẬT TRĨ ĐỘ II

**I. ĐẠI CƯƠNG**

- 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 2

- Trĩ đã được điều trị bằng các phương pháp khác thất bại còn sa và chảy máu.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Bệnh lý toàn thân nặng không cho phép can thiệp phẫu thuật.

**III. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện:** phẫu thuật viên tiêu hóa.

**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 đặt được người bệnh tư thế phụ khoa, bàn có thể xoay được các tư thế.

- Máy cắt trĩ

**3. Người bệnh:**

- Được làm đầy đủ các xét nghiệm chuẩn bị cuộc mổ.

- Vệ sinh sạch sẽ, ăn nhẹ đến 22h ngày hôm trước.

- Được giải thích về quy trình, nguy cơ tai biến của phẫu thuật.

- Thụt tháo phân sạch .

- Sáng ngày mổ: nhịn ăn, uống, kháng sinh dự phòng.

**4. Hồ sơ bệnh án:** Theo quy định bộ y tế, được bác sỹ kiểm tra đầy đủ các xét nghiệm, có chữ ký thông qua mổ và giấy cam đoan mổ.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Tư thế:** Phụ khoa, có thể nằm sấp.

**2. Vô cảm:** Gây mê toàn thân, gây tê vùng hoặc gây tê tại chỗ.

**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 đến 2,5 cm, 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.

**VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

**1. Theo dõi:**

- Theo dõi tình trạng toàn thân và tại vùng phẫu thuật: Mạch, huyết áp, nhịp thở, nhiệt độ, tri giác

- Theo dõi tại vết mổ: chảy máu, chảy dịch, đau.

- Khi phẫu thuật bằng gây tê tủy sống, người bệnh thường bí đái trong ngày đầu, có thể phải đặt sonde bàng quang.

- Dùng thuốc giảm đau, kháng sinh nếu cần; thuốc nhuận tràng, thuốc an thần buổi tối.

- Cho người bệnh ăn nhẹ, tập vận động sớm.

- Săn sóc vết mổ: thay băng hàng ngày, khi có hiện tượng bất thường như chảy máu, thấm dịch nhiều phải kiểm tra vết mổ. Ngâm hậu môn trong nước ấm.

- Thuờng cho kháng sinh, 3 ngày – 5 ngày loại metronidazol, hoặc phối hợp 2 loại kháng sinh nếu cần.

- Săn sóc tại chỗ: giữ sạch vết mổ (sau đại tiện rửa sạch hậu môn, thấm khô).

**2. Xử trí tai biến:**

- Chảy máu: ít gặp, do vết thuơng đã đuợc khâu chủ động, Thuờng 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: Thường dùng thuốc giảm đau loại paracetamol.

- Bí đái: Thuờng gặp sau gây tê tủy sống, hoặc do nguời bệnh đau nhiều cũng gây khó tiểu tiện. Nếu cần thiết phải đặt sonde bàng quang.

- Mất hoặc giảm tự chủ đại tiện: Thuờng mức độ nhẹ và tự khỏi hoặc tập phục hồi chức năng sẽ cải thiện.

## 97. PHẪU THUẬT TRĨ ĐỘ III

**I. ĐẠI CƯƠNG**

- 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

- Trĩ đã được điều trị bằng các phương pháp khác thất bại còn sa và chảy máu.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Bệnh lý toàn thân nặng không cho phép can thiệp phẫu thuật.

**III. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện:** phẫu thuật viên tiêu hóa.

**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 đặt được người bệnh tư thế phụ khoa, bàn có thể xoay được các tư thế.

- Máy cắt trĩ

**3. Người bệnh:**

- Được làm đầy đủ các xét nghiệm chuẩn bị cuộc mổ.

- Vệ sinh sạch sẽ, ăn nhẹ đến 22h ngày hôm trước.

- Được giải thích về quy trình, nguy cơ tai biến của phẫu thuật.

- Thụt tháo phân sạch .

- Sáng ngày mổ: nhịn ăn, uống, kháng sinh dự phòng.

**4. Hồ sơ bệnh án:** Theo quy định bộ y tế, được bác sỹ kiểm tra đầy đủ các xét nghiệm, có chữ ký thông qua mổ và giấy cam đoan mổ.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Tư thế:** Phụ khoa, có thể nằm sấp.

**2. Vô cảm:** Gây mê toàn thân, gây tê vùng hoặc gây tê tại chỗ.

**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 đến 2,5 cm, 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.

**VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

**1. Theo dõi:**

- Theo dõi tình trạng toàn thân và tại vùng phẫu thuật: Mạch, huyết áp, nhịp thở, nhiệt độ, tri giác

- Theo dõi tại vết mổ: chảy máu, chảy dịch, đau.

- Khi phẫu thuật bằng gây tê tủy sống, người bệnh thường bí đái trong ngày đầu, có thể phải đặt sonde bàng quang.

- Dùng thuốc giảm đau, kháng sinh nếu cần; thuốc nhuận tràng, thuốc an thần buổi tối.

- Cho người bệnh ăn nhẹ, tập vận động sớm.

- Săn sóc vết mổ: thay băng hàng ngày, khi có hiện tượng bất thường như chảy máu, thấm dịch nhiều phải kiểm tra vết mổ. Ngâm hậu môn trong nước ấm.

- Thuờng cho kháng sinh, 3 ngày – 5 ngày loại metronidazol, hoặc phối hợp 2 loại kháng sinh nếu cần.

- Săn sóc tại chỗ: giữ sạch vết mổ (sau đại tiện rửa sạch hậu môn, thấm khô).

**2. Xử trí tai biến:**

- Chảy máu: ít gặp, do vết thuơng đã đuợc khâu chủ động, Thuờng 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: Thường dùng thuốc giảm đau loại paracetamol.

- Bí đái: Thuờng gặp sau gây tê tủy sống, hoặc do nguời bệnh đau nhiều cũng gây khó tiểu tiện. Nếu cần thiết phải đặt sonde bàng quang.

- Mất hoặc giảm tự chủ đại tiện: Thuờng mức độ nhẹ và tự khỏi hoặc tập phục hồi chức năng sẽ cải thiện.

## 98. PHẪU THUẬT TRĨ ĐỘ IV

**I. ĐẠI CƯƠNG**

- 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 4

- Trĩ đã được điều trị bằng các phương pháp khác thất bại còn sa và chảy máu.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Bệnh lý toàn thân nặng không cho phép can thiệp phẫu thuật.

**III. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện:** phẫu thuật viên tiêu hóa.

**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 đặt được người bệnh tư thế phụ khoa, bàn có thể xoay được các tư thế.

- Máy cắt trĩ

**3. Người bệnh:**

- Được làm đầy đủ các xét nghiệm chuẩn bị cuộc mổ.

- Vệ sinh sạch sẽ, ăn nhẹ đến 22h ngày hôm trước.

- Được giải thích về quy trình, nguy cơ tai biến của phẫu thuật.

- Thụt tháo phân sạch .

- Sáng ngày mổ: nhịn ăn, uống, kháng sinh dự phòng.

**4. Hồ sơ bệnh án:** Theo quy định bộ y tế, được bác sỹ kiểm tra đầy đủ các xét nghiệm, có chữ ký thông qua mổ và giấy cam đoan mổ.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Tư thế:** Phụ khoa, có thể nằm sấp.

**2. Vô cảm:** Gây mê toàn thân, gây tê vùng hoặc gây tê tại chỗ.

**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 đến 2,5 cm, 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.

**VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

**1. Theo dõi:**

- Theo dõi tình trạng toàn thân và tại vùng phẫu thuật: Mạch, huyết áp, nhịp thở, nhiệt độ, tri giác

- Theo dõi tại vết mổ: chảy máu, chảy dịch, đau.

- Khi phẫu thuật bằng gây tê tủy sống, người bệnh thường bí đái trong ngày đầu, có thể phải đặt sonde bàng quang.

- Dùng thuốc giảm đau, kháng sinh nếu cần; thuốc nhuận tràng, thuốc an thần buổi tối.

- Cho người bệnh ăn nhẹ, tập vận động sớm.

- Săn sóc vết mổ: thay băng hàng ngày, khi có hiện tượng bất thường như chảy máu, thấm dịch nhiều phải kiểm tra vết mổ. Ngâm hậu môn trong nước ấm.

- Thuờng cho kháng sinh, 3 ngày – 5 ngày loại metronidazol, hoặc phối hợp 2 loại kháng sinh nếu cần.

- Săn sóc tại chỗ: giữ sạch vết mổ (sau đại tiện rửa sạch hậu môn, thấm khô).

**2. Xử trí tai biến:**

- Chảy máu: ít gặp, do vết thuơng đã đuợc khâu chủ động, Thuờng 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: Thường dùng thuốc giảm đau loại paracetamol.

- Bí đái: Thuờng gặp sau gây tê tủy sống, hoặc do nguời bệnh đau nhiều cũng gây khó tiểu tiện. Nếu cần thiết phải đặt sonde bàng quang.

- Mất hoặc giảm tự chủ đại tiện: Thuờng mức độ nhẹ và tự khỏi hoặc tập phục hồi chức năng sẽ cải thiện.

## 99. CẮT BỎ TRĨ VÒNG

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Khi các búi trĩ hỗn hợp liên kết với nhau và chiếm hầu hết chu vi hậu môn được gọi là trĩ vòng.

Có nhiều phương pháp phẫu thuật **cắt trĩ vòng** khác nhau. Các phương pháp phẫu thuật cổ điển như cắt khoang niêm mạc da hay cắt rời từng búi trĩ có nhiều hạn chế như đau sau mổ, chít hẹp hậu môn, ỉa són, thời nằm viện kéo dài…

Dựa trên nguyên tắc bảo tồn khối đệm hậu môn, giảm lưu lượng máu đến đám rối tĩnh mạch để giảm thể tích các búi trĩ, một số phương pháp phẫu thuật mới đã ra đời. Trong đó, [phẫu thuật Longo](https://benhvienthucuc.vn/hoi-dap-chuyen-gia/vi-sao-phau-thuat-tri-longo-lai-duoc-goi-la-mo-cat-tri-khong-dau/) vẫn là lựa chọn tối ưu để điều trị các trường hợp trĩ vòng.

**II. CHỈ ĐỊNH**

- Trĩ vòng độ 3,4

- Trĩ đã được điều trị bằng các phương pháp khác thất bại còn sa và chảy máu.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

– Người bệnh trĩ vòng đang bị viêm nhiễm ống hậu môn

– Người bệnh có các vấn đề về rối loạn đông máu hoặc bệnh lý tim mạch hay bệnh nội khoa nặng chưa điều trị ổn định.

**III. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện:** phẫu thuật viên tiêu hóa.

**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 đặt được người bệnh tư thế phụ khoa, bàn có thể xoay được các tư thế.

- Máy cắt trĩ

**3. Người bệnh:**

- Được làm đầy đủ các xét nghiệm chuẩn bị cuộc mổ.

- Vệ sinh sạch sẽ, ăn nhẹ đến 22h ngày hôm trước.

- Được giải thích về quy trình, nguy cơ tai biến của phẫu thuật.

- Thụt tháo phân sạch .

- Sáng ngày mổ: nhịn ăn, uống, kháng sinh dự phòng.

**4. Hồ sơ bệnh án:** Theo quy định bộ y tế, được bác sỹ kiểm tra đầy đủ các xét nghiệm, có chữ ký thông qua mổ và giấy cam đoan mổ.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Tư thế:** Phụ khoa, có thể nằm sấp.

**2. Vô cảm:** Gây mê toàn thân, gây tê vùng hoặc gây tê tại chỗ.

**3. Kỹ thuật:**

– Đặt người bệnh nằm ngửa, chân ở tư thế sản khoa, hoặc nằm sấp đặt gối dưới bụng để bộc lộ rõ vùng hậu môn – trực tràng. Vô cảm người bệnh.

– Sử dụng bộ dụng cụ nong hậu môn đẩy búi trĩ lên để dễ dàng quan sát đường lược rồi dùng mũi chỉ hoặc kẹp khâu cố định vào đáy chậu. Sau đó tiến hành nong hậu môn để đánh giá chính xác lại trình trạng, vị trí, kích thước của búi trĩ với các cấu trúc xung quanh vùng hậu môn.

– Đặt van hậu môn rồi khâu cố định van.Tiến hành khâu vòng kín quanh niêm mạc bằng chỉ prolene 2.0, trên đường lược 2,5cm và bắt đầu từ vị trí 3 giờ. Độ sâu của mũi khâu tới lớp dưới niêm mạc trực tràng.

– Đặt đầu máy trên vòng khâu sau đó xiết vòng chỉ khâu và buộc nút chỉ. Dưới sự trợ giúp của dụng cụ kéo chỉ móc 2 đầu sợi chỉ và thắt nút.

– Dùng lực kéo chỉ đưa búi trĩ vào trong khoang chứa mô của máy, đóng máy từ từ tới vạch đánh dấu. Trong trường hợp người bệnh là nữ cần kiểm tra vách âm đạo không nằm trong đường cắt. Sau đó giữ máy khoảng 1 phút để ép mô sẽ cắt.

– Bác sĩ tiến hành bấm máy và giữ trong khoảng 2 phút. Sau khi thực hiện xong, mở 2 vòng xoay, quay máy 90 độ sang phải và trái để mô cắt rời ra hoàn toàn.

– Cuối cùng, bác sĩ kiểm tra vòng cắt trên máy và miệng nối. Nếu còn chảy máu khâu mũi chữ X vicryl 3.0.

**VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

**1. Theo dõi:**

- Theo dõi tình trạng toàn thân và tại vùng phẫu thuật: Mạch, huyết áp, nhịp thở, nhiệt độ, tri giác

- Theo dõi tại vết mổ: chảy máu, chảy dịch, đau.

- Khi phẫu thuật bằng gây tê tủy sống, người bệnh thường bí đái trong ngày đầu, có thể phải đặt sonde bàng quang.

- Dùng thuốc giảm đau, kháng sinh nếu cần; thuốc nhuận tràng, thuốc an thần buổi tối.

- Cho người bệnh ăn nhẹ, tập vận động sớm.

- Săn sóc vết mổ: thay băng hàng ngày, khi có hiện tượng bất thường như chảy máu, thấm dịch nhiều phải kiểm tra vết mổ. Ngâm hậu môn trong nước ấm.

- Thuờng cho kháng sinh, 3 ngày – 5 ngày loại metronidazol, hoặc phối hợp 2 loại kháng sinh nếu cần.

- Săn sóc tại chỗ: giữ sạch vết mổ (sau đại tiện rửa sạch hậu môn, thấm khô).

**2. Xử trí tai biến:**

- Chảy máu: ít gặp, do vết thuơng đã đuợc khâu chủ động, Thuờng 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: Thường dùng thuốc giảm đau loại paracetamol.

- Bí đái: Thuờng gặp sau gây tê tủy sống, hoặc do nguời bệnh đau nhiều cũng gây khó tiểu tiện. Nếu cần thiết phải đặt sonde bàng quang.

- Mất hoặc giảm tự chủ đại tiện: Thuờng mức độ nhẹ và tự khỏi hoặc tập phục hồi chức năng sẽ cải thiện.

## 100. PHẪU THUẬT LẠI TRĨ CHẢY MÁU

**I. ĐẠI CƯƠNG**

- Phẫu thuật cắt bỏ từng búi riêng rẽ, điều trị bệnh trĩ ở mức độ nặng đã điều trị thủ thuật thất bại, chảy máu

- 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**

- Trĩ đã được điều trị bằng các phương pháp khác thất bại còn sa và chảy máu.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Bệnh lý toàn thân nặng không cho phép can thiệp phẫu thuật.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện:** Phẫu thuật viên tiêu hóa.

**2. Phương tiện:** Van hậu môn, tốt nhất có van Hill Ferguson, bộ dụng cụ trung phẫu.

**3. Người bệnh:**

- Được làm đầy đủ các xét nghiệm chuẩn bị cuộc mổ.

- Vệ sinh sạch sẽ, ăn nhẹ đến 22h ngày hôm trước.

- Được giải thích về quy trình, nguy cơ tai biến của phẫu thuật.

- Thụt tháo phân sạch .

- Sáng ngày mổ: nhịn ăn, uống, kháng sinh dự phòng.

**4. Hồ sơ bệnh án:** Theo quy định bộ y tế, được bác sỹ kiểm tra đầy đủ các xét nghiệm, có chữ ký thông qua mổ và giấy cam đoan mổ.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Tư thế:** Phụ khoa, có thể nằm sấp.

**2. Vô cảm:** Gây mê toàn thân, gây tê vùng hoặc gây tê tại chỗ.

**3. Kỹ thuật:**

- Nong hậu môn, bộc lộ các búi trĩ.

- Đặt van Hill - Ferguson (van bán nguyệt che phần còn lại của ống hậu môn trực tràng để bộc rõ búi trĩ sẽ cắt)

- Phẫu tích cắt từng búi trĩ: thường bắt đầu ở búi 3h. 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 hoặc5.0).

- Thực hiện tương tự với các búi trĩ còn lại (8h và 11h).

- Kiểm tra lại vết mổ: cầm máu, hậu môn không 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 VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

**1. Theo dõi:**

- Theo dõi tình trạng toàn thân và tại vùng phẫu thuật: Mạch, huyết áp, nhịp thở, nhiệt độ, tri giác

- Theo dõi tại vết mổ: chảy máu, chảy dịch, đau.

- Khi phẫu thuật bằng gây tê tủy sống, người bệnh thường bí đái trong ngày đầu, có thể phải đặt sonde bàng quang.

- Dùng thuốc giảm đau, kháng sinh nếu cần; thuốc nhuận tràng, thuốc an thần buổi tối.

- Cho người bệnh ăn nhẹ, tập vận động sớm.

- Săn sóc vết mổ: thay băng hàng ngày, khi có hiện tượng bất thường như chảy máu, thấm dịch nhiều phải kiểm tra vết mổ. Ngâm hậu môn trong nước ấm.

- Thuờng cho kháng sinh, 3 ngày – 5 ngày loại metronidazol, hoặc phối hợp 2 loại kháng sinh nếu cần.

- Săn sóc tại chỗ: giữ sạch vết mổ (sau đại tiện rửa sạch hậu môn, thấm khô).

**2. Xử trí tai biến:**

- Chảy máu: ít gặp, do vết thuơng đã đuợc khâu chủ động, Thuờng 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: Thường dùng thuốc giảm đau loại paracetamol.

- Bí đái: Thuờng gặp sau gây tê tủy sống, hoặc do nguời bệnh đau nhiều cũng gây khó tiểu tiện. Nếu cần thiết phải đặt sonde bàng quang.

- Mất hoặc giảm tự chủ đại tiện: Thuờng mức độ nhẹ và tự khỏi hoặc tập phục hồi chức năng sẽ cải thiện.

## 101. PHẪU THUẬT TRĨ NHỒI MÁU PHỨC TẠP

**I. ĐẠI CƯƠNG**

- trĩ nhồi máu phức tạp là trĩ mức độ nặng

- Phẫu thuật cắt trĩ theo phương pháp Milligan- morgan là phẫu thuật cắt bỏ từng búi riêng rẽ, sau khi thắt gốc, cắt búi trĩ, các cầu da niêm mạc sẽ để hở.

**II. CHỈ ĐỊNH**

- Trĩ nhồi máu phức tạp

- 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**

- Bệnh lý toàn thân nặng không cho phép can thiệp phẫu thuật.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện:** Phẫu thuật viên tiêu hóa.

**2. Phương tiện:** Van hậu môn, tốt nhất có van Hill Ferguson, bộ dụng cụ trung phẫu.

**3. Người bệnh:**

- Được làm đầy đủ các xét nghiệm chuẩn bị cuộc mổ.

- Vệ sinh sạch sẽ, ăn nhẹ đến 22h ngày hôm trước.

- Được giải thích về quy trình, nguy cơ tai biến của phẫu thuật.

- Thụt tháo phân sạch .

- Sáng ngày mổ: nhịn ăn, uống, kháng sinh dự phòng.

**4. Hồ sơ bệnh án:** Theo quy định bộ y tế, được bác sỹ kiểm tra đầy đủ các xét nghiệm, có chữ ký thông qua mổ và giấy cam đoan mổ.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Tư thế:** Phụ khoa, có thể nằm sấp.

**2. Vô cảm:** Gây mê toàn thân, gây tê vùng hoặc gây tê tại chỗ.

**3. Kỹ thuật:**

- Nong hậu môn, bộc lộ các búitrĩ.

- Đặt van Hill - Ferguson (van bán nguyệt che phần còn lại của ống hậu môn trực tràng để bộc rõ búi trĩ sẽ cắt)

- Phẫu tích cắt từng búi trĩ: thường bắt đầu ở búi 3h. 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). Để hở cầu da, niêm mạc

- Thực hiện tương tự với các búi trĩ còn lại (8h và 11h).

- Kiểm tra lại vết mổ: cầm máu, hậu môn không 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 VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

**1. Theo dõi:**

- Theo dõi tình trạng toàn thân và tại vùng phẫu thuật: Mạch, huyết áp, nhịp thở, nhiệt độ, tri giác

- Theo dõi tại vết mổ: chảy máu, chảy dịch, đau.

- Khi phẫu thuật bằng gây tê tủy sống, người bệnh thường bí đái trong ngày đầu, có thể phải đặt sonde bàng quang.

- Dùng thuốc giảm đau, kháng sinh nếu cần; thuốc nhuận tràng, thuốc an thần buổi tối.

- Cho người bệnh ăn nhẹ, tập vận động sớm.

- Săn sóc vết mổ: thay băng hàng ngày, khi có hiện tượng bất thường như chảy máu, thấm dịch nhiều phải kiểm tra vết mổ. Ngâm hậu môn trong nước ấm.

- Thuờng cho kháng sinh, 3 ngày – 5 ngày loại metronidazol, hoặc phối hợp 2 loại kháng sinh nếu cần.

- Săn sóc tại chỗ: giữ sạch vết mổ (sau đại tiện rửa sạch hậu môn, thấm khô).

**2. Xử trí tai biến:**

- Chảy máu: ít gặp, do vết thuơng đã đuợc khâu chủ động, Thuờng 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: Thuờng gặp sau gây tê tủy sống, hoặc do nguời bệnh đau nhiều cũng gây khó tiểu tiện. Nếu cần thiết phải đặt sonde bàng quang.

- Mất hoặc giảm tự chủ đại tiện: Thuờng mức độ nhẹ và tự khỏi hoặc tập phục hồi chức năng sẽ cải thiện.

## 102. PHẪU THUẬT TRĨ BẰNG MÁY ZZ2D

## 103. THẮT TRĨ BẰNG DÂY CAO SU

**104. NONG HẬU MÔN DƯỚI GÂY MÊ**

## 105. NONG HẬU MÔN KHÔNG GÂY MÊ

## 106. THẮT TRĨ ĐỘ I, II

## 107. PHẪU THUẬT RÒ HẬU MÔN THỂ ĐƠN GIẢN

**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.

- Là phẫu thuật điều trị rò hậu môn với những thể rò hậu môn đơn giản.

**II. CHỈ ĐỊNH**

- Rò hậu môn là bệnh lý ngoại khoa, cần được chỉ định phẫu thuật.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Bệnh lý toàn thân nặng không cho phép can thiệp phẫu thuật.

**III. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện:** phẫu thuật viên tiêu hóa.

**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 đặt được người bệnh tư thế phụ khoa, bàn có thể xoay được các tư thế.

**3. Người bệnh:**

- Được làm đầy đủ các xét nghiệm chuẩn bị cuộc mổ.

- Vệ sinh sạch sẽ, ăn nhẹ đến 22h ngày hôm trước.

- Được giải thích về quy trình, nguy cơ tai biến của phẫu thuật.

- Thụt tháo phân sạch .

- Sáng ngày mổ: nhịn ăn, uống, kháng sinh dự phòng.

**4. Hồ sơ bệnh án:** Theo quy định bộ y tế, được bác sỹ kiểm tra đầy đủ các xét nghiệm, có chữ ký thông qua mổ và giấy cam đoan mổ.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Tư thế:** Phụ khoa, có thể nằm sấp.

**2. Vô cảm:** Gây mê toàn thân, gây tê vùng hoặc gây tê tại chỗ.

**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:

- 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 hở 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.

**VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

**1. Theo dõi:**

- Theo dõi tình trạng toàn thân và tại vùng phẫu thuật: Mạch, huyết áp, nhịp thở, nhiệt độ, tri giác

- Theo dõi tại vết mổ: chảy máu, chảy dịch, đau.

- Khi phẫu thuật bằng gây tê tủy sống, người bệnh thường bí đái trong ngày đầu, có thể phải đặt sonde bàng quang.

- Dùng thuốc giảm đau, kháng sinh nếu cần; thuốc nhuận tràng, thuốc an thần buổi tối.

- Cho người bệnh ăn nhẹ, tập vận động sớm.

- Săn sóc vết mổ: thay băng hàng ngày, khi có hiện tượng bất thường như chảy máu, thấm dịch nhiều phải kiểm tra vết mổ. Ngâm hậu môn trong nước ấm.

- Thuờng cho kháng sinh, 3 ngày – 5 ngày loại metronidazol, hoặc phối hợp 2 loại kháng sinh nếu cần.

- Săn sóc tại chỗ: giữ sạch vết mổ (sau đại tiện rửa sạch hậu môn, thấm khô).

**2. Xử trí tai biến:**

- Chảy máu: ít gặp, do vết thuơng đã đuợc khâu chủ động, Thuờng 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: Thuờng gặp sau gây tê tủy sống, hoặc do nguời bệnh đau nhiều cũng gây khó tiểu tiện. Nếu cần thiết phải đặt sonde bàng quang.

- Mất hoặc giảm tự chủ đại tiện: Thuờng mức độ nhẹ và tự khỏi hoặc tập phục hồi chức năng sẽ cải thiện.

## 108. THẮT TRĨ CÓ KÈM BÓC TÁCH, CẮT MỘT BÓ TRĨ

## 109. PHẪU THUẬT TRĨ NHỒI MÁU NHỎ

**I. ĐẠI CƯƠNG**

- Là kỹ thuật 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.

- Bệnh lý toàn thân nặng không cho phép can thiệp phẫu thuật.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện:** Phẫu thuật viên tiêu hóa.

**2. Phương tiện:** Van hậu môn, tốt nhất có van Hill Ferguson, bộ dụng cụ trung phẫu.

**3. Người bệnh:**

- Được làm đầy đủ các xét nghiệm chuẩn bị cuộc mổ.

- Vệ sinh sạch sẽ, ăn nhẹ đến 22h ngày hôm trước.

- Được giải thích về quy trình, nguy cơ tai biến của phẫu thuật.

- Thụt tháo phân sạch .

- Sáng ngày mổ: nhịn ăn, uống, kháng sinh dự phòng.

**4. Hồ sơ bệnh án:** Theo quy định bộ y tế, được bác sỹ kiểm tra đầy đủ các xét nghiệm, có chữ ký thông qua mổ và giấy cam đoan mổ.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Tư thế:** Phụ khoa, có thể nằm sấp.

**2. Vô cảm:** Gây mê toàn thân, gây tê vùng hoặc gây tê tại chỗ.

**3. Kỹ thuật:**

- Thăm hậu môn, xác định lại chẩn đoán.

- Có thể 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 VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

**1. Theo dõi:**

- Theo dõi tình trạng toàn thân và tại vùng phẫu thuật: Mạch, huyết áp, nhịp thở, nhiệt độ, tri giác

- Theo dõi tại vết mổ: chảy máu, chảy dịch, đau.

- Khi phẫu thuật bằng gây tê tủy sống, người bệnh thường bí đái trong ngày đầu, có thể phải đặt sonde bàng quang.

- Dùng thuốc giảm đau, kháng sinh nếu cần; thuốc nhuận tràng, thuốc an thần buổi tối.

- Cho người bệnh ăn nhẹ, tập vận động sớm.

- Săn sóc vết mổ: thay băng hàng ngày, khi có hiện tượng bất thường như chảy máu, thấm dịch nhiều phải kiểm tra vết mổ. Ngâm hậu môn trong nước ấm.

- Thuờng cho kháng sinh, 3 ngày – 5 ngày loại metronidazol, hoặc phối hợp 2 loại kháng sinh nếu cần.

- Săn sóc tại chỗ: giữ sạch vết mổ (sau đại tiện rửa sạch hậu môn, thấm khô).

**2. Xử trí tai biến:**

- Chảy máu: ít gặp, do vết thuơng đã đuợc khâu chủ động, Thuờng 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: Thuờng gặp sau gây tê tủy sống, hoặc do nguời bệnh đau nhiều cũng gây khó tiểu tiện. Nếu cần thiết phải đặt sonde bàng quang.

- Mất hoặc giảm tự chủ đại tiện: Thuờng mức độ nhẹ và tự khỏi hoặc tập phục hồi chức năng sẽ cải thiện.

## 110. CẮT POLYPE TRỰC TRÀNG

**I. ĐẠI CƯƠNG**

- Polype trực tràng là bệnh khá thường gặp, đây là những khối u lồi vào trong lòng đại trực tràng, chúng được hình thành do sự tăng sinh quá mức của niêm mạc trực tràng. Polype trực tràng có thể là một hay nhiều khối u đường kính từ vài milimet đến vài centimet, nhô lên bề mặt lòng trực tràng. Polype trực tràng có thể là u lành tính, một số khác có thể biến thành ung thư.

**II. CHỈ ĐỊNH**

- Vị trí: Khối u, polype trực tràng 1/3 giữa trở xuống

- Kích thước: Các polype đường kính dưới 2cm, chân hẹp

- Số lượng: Dưới 5 polype

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Polypose đại trực tràng

- Polype chân rộng, tổn thương ung thư hoá thâm nhiễm qua lớp dưới niêm mạc.

- Bệnh lý toàn thân nặng không cho phép can thiệp phẫu thuật.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện:** Phẫu thuật viên chuyên khoa ngoại tiêu hóa

**2. Phương tiện:** Van hậu môn, tốt nhất có van Hill Ferguson, bộ dụng cụ trung phẫu.

**3. Người bệnh:**

- Được làm đầy đủ các xét nghiệm chuẩn bị cuộc mổ.

- Vệ sinh sạch sẽ, ăn nhẹ đến 22h ngày hôm trước.

- Thụt tháo phân sạch .

- Sáng ngày mổ: nhịn ăn, uống, kháng sinh dự phòng.

**4. Hồ sơ bệnh án:** Theo quy định bộ y tế, được bác sỹ kiểm tra đầy đủ các xét nghiệm, có chữ ký thông qua mổ và giấy cam đoan mổ.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

- Tư thế: Phụ khoa, có thể nằm sấp.

- Vô cảm: Gây mê toàn thân, gây tê vùng hoặc gây tê tại chỗ.

- Kỹ thuật:

+ Đặt van hậu môn

+ Xác định chính xác chân polype, cắt polype, cắt sâu xuống lớp cơ niêm của trực tràng, gửi bệnh phẩm làm giải phẫu bệnh.

+ Khâu lại diện cắt.

**VI.THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

**1. Theo dõi:**

- Theo dõi tình trạng toàn thân và tại vùng phẫu thuật: Mạch, huyết áp, nhịp thở, nhiệt độ, tri giác

- Theo dõi tại vết mổ: chảy máu, chảy dịch, đau.

- Khi phẫu thuật bằng gây tê tủy sống, người bệnh thường bí đái trong ngày đầu, có thể phải đặt sonde bàng quang.

- Dùng thuốc giảm đau, kháng sinh nếu cần; thuốc nhuận tràng, thuốc an thần buổi tối.

- Cho người bệnh ăn nhẹ, tập vận động sớm.

- Săn sóc vết mổ: thay băng hàng ngày, khi có hiện tượng bất thường như chảy máu, thấm dịch nhiều phải kiểm tra vết mổ. Ngâm hậu môn trong nước ấm.

- Thuờng cho kháng sinh, 3 ngày – 5 ngày loại metronidazol, hoặc phối hợp 2 loại kháng sinh nếu cần.

- Săn sóc tại chỗ: giữ sạch vết mổ (sau đại tiện rửa sạch hậu môn, thấm khô).

**2. Xử trí tai biến:**

- Chảy máu: ít gặp, do vết thuơng đã đuợc khâu chủ động, Thuờng 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: Thuờng gặp sau gây tê tủy sống, hoặc do nguời bệnh đau nhiều cũng gây khó tiểu tiện. Nếu cần thiết phải đặt sonde bàng quang.

- Mất hoặc giảm tự chủ đại tiện: Thuờng mức độ nhẹ và tự khỏi hoặc tập phục hồi chức năng sẽ cải thiện.

## 111. CẮT NANG/POLYP RỐN

**I. ĐẠI CƯƠNG**

* + Ống rốn tràng là phần ống nối giữa ruột non và túi rốn trong thời kỳ bào thai
  + Polyp rốn, nang rốn là một phần ống rốn tràng còn tồn tại ở phía rốn. Polyp rốn bao phủ bởi chấtìnhầy ruột. Nang rốn giãn thành nang, tịt ở hai đầu. Nang có thể dính với thành bụng và phát triển qua rốn hoặc nằm ở đoạn giữa của ống rốn tràng.

**II. CHỈ ĐỊNH**

Người bệnh được chẩn đoán có nang rốn trên lâm sàng

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Rối loạn đông máu.

Bệnh lý toàn thân

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

Có chứng chỉ hành nghề là Phẫu thuật viên Nhi khoa và có kinh nghiệm trong l nh vực ngoại tiêu hóa.

- 01 phẫu thuật viên chính, 01 phẫu thuật viên phụ, 01 điều dưỡng dụng cụ

**2. Phương tiện**

Dụng cụ phẫu thuật thông thường

**3. Nguời bệnh**

- Làm đủ các xét nghiệm chẩn đoán, chẩn đoán khả năng phẫu thu t,…

**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**

**2. Kiểm tra người bệnh**

**3. Thực hiện kỹ thuật**

Tư thế người bệnh: người bệnh nằm ngửa

Tư thế phẫu thuật viên: đứng bên phải người bệnh

Tư thế phẫu thuật viên phụ: đứng bên trái người bệnh

Dụng cụ viên: đứng bên trái phẫu thuật viên.

Khâu treo đáy rốn

Rạch da vòng quanh đáy rốn

Phẫu tích dưới da bộc lộ hết polyp rốn,nang rốn ( có thể vào ổ bụng)

Cắt toàn bộ polyp rốn,nang rốn

Khâu tái tạo lại thành bụng và da rốn.

**VI. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ**

Chảy máu tại rốn: do làm tổn thương tình mạch rốn Xử trí: Khâu cầm máu tình mạch rốn

Nhiễm trùng vết mổ

Xử trí: Thay băng hàng ngày, kháng sinh.

## 112. PHẪU THUẬT THOÁT VỊ KHÓ: ĐÙI, BỊT

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Trong thoát vị đùi, tạng thoát vị đi qua ống đùi, chui qua mạc sàng để nằm dưới da. Trong một số ít trường hợp, thay vì chui qua mạc sàng, khối thoát vị đùi di chuyển ngược lên trên, chui qua giữa dây chằng bẹn và dải chậu mu, nằm dưới cân cơ chéo bụng ngoài trên vùng bẹn. Hình thái hiếm gặp này của thoát vị đùi được xem như một loại thoát vị gian thành.

Điều trị thoát vị bẹn chủ yếu là phẫu thuật trong đó phẫu thuật nội soi điều trị thoát vị bẹn có ưu điểm là thời gian hồi phục sau mổ và trở lại làm việc nhanh, ít đau so với mổ mở.

**II. CHỈ ĐỊNH**

- Thoát vị đùi

- Thoát vị bẹn gián tiếp, trực tiếp 2 bên.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Bệnh lý toàn thân nặng không đảm bảo cuộc mổ

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện.**

- Phẫu thuật viên chuyên ngành tiêu hóa

**2. Phương tiện.**

- Dụng cụ mổ mở, đồ banh chuyên dụng hoặc bộ dụng cụ mổ nội soi

- Mảnh ghép nhân tạo với kích cỡ phù hợp

**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.

- Ngày phẫu thuật: Bơm thuốc để bệnh nhân đi cầu, không cần tẩy sạch như phẫu thuật đại trực tràng.

- Ngày phẫu thuật: nhịn ăn, uống, đi tiểu trước khi lên bàn mổ.

**4. Hồ sơ bệnh án:** Theo quy định bộ y tế, được bác sỹ kiểm tra đầy đủ các xét nghiệm, có chữ ký thông qua mổ và giấy cam đoan mổ.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Vô cảm: tê** tủy sống khi mổ mở hoặc mê nội khí quản nếu mổ nội soi

**2. Tư thế:** nằm ngửa

**3. Kỹ thuật**

**1, mổ thoát vị đùi**

- Để phẫu thuật bệnh nhân bị thoát vị đùi, có thể chọn phương pháp mổ mở hay mổ nội soi.

- Sau khi xử lý túi thoát vị , đối với phẫu thuật mổ mở, liềm bẹn được khâu với dây chằng Cooper. Đối với phẫu thuật phía sau, dải chậu mu (hay cung cân cơ ngang bụng) được khâu với dây chằng Cooper. Có thể dùng mảnh ghép cho cả đường trước và sau.

- Phẫu thuật nội noi có thể thực hiện trước phúc mạc hay trong phúc mạc.

**2, mổ thoát vị bẹn**

- Kỹ thuật Shouldice: Tương tự Bassini, có sử dụng dây chằng bẹn, nhưng thay vì khâu chung cả 3 thành phần vào dây chằng bẹn, Shouldice đã tách ra thành 4 lớp riêng biệt bằng các mũi khâu vắt liên tục. Nếu Bassini không chú trọng đến việc làm dầy lớp mạc ngang (thành sau của ống bẹn) thì Shouldice lại nhấn mạnh đến việc khâu xếp lớp mạc ngang bằng 2 mũi khâu vắt nhằm sửa chữa thành sau của ống bẹn.

**VI. THEO DÕI**

- Theo dõi tình trạng toàn thân và tại vùng phẫu thuật:

+ Mạch, huyết áp, nhịp thở, nhiệt độ, tri giác

+ Theo dõi tại vết mổ: chảy máu, chảy dịch, đau.

- Dùng thuốc giảm đau

- Có thể dung kháng sinh điều tri nếu phẫu thuật viên thấy cần

- Cho người bệnh ăn nhẹ, tập vận động sớm.

- Săn sóc vết mổ: thay băng hàng ngày, khi có hiện tượng bất thường như

chảy máu, thấm dịch nhiều phải kiểm tra vết mổ.

- Cắt chỉ vết mổ sau 7 ngày

- Tái khám định kì sau phẫu thuật 2 tuần

**VII. XỬ TRÍ TAI BIẾN**

- Chảy máu trong mổ: kiểm tra kĩ lại vết mổ, tìm chỗ chảy máu, cầm máu kĩ các vị trí chảy máu

- Rách thủng bàng quang: mời hội chẩn bác sĩ chuyên khoa niệu tại phòng mổ

- Khâu vào ruột, thủng ruột: mở bụng đường giữa thám sát xử trí tùy thương tổn

- Sưng hoặc teo tinh hoàn: mời khám bác sĩ chuyên khoa nam sau mổ

- Nhiễm trùng vết mổ: sử dụng kháng sinh, chăm sóc thay băng vết mổ 2 lần/ ngày

## 113. PHẪU THUẬT ĐIỀU TRỊ ÁP XE TỒN DƯ TRONG Ổ BỤNG

**I. ĐẠI CƯƠNG**

- Áp-xe trong ổ bụng vẫn tiếp tục là vấn đề quan trọng và nghiêm trọng trong thực hành phẫu thuật. Chẩn đoán và điều trị chậm trễ có thể dẫn đến tỷ lệ tử vong tăng lên, do đó, tác động việc điều trị trì hoãn là đáng kể.

- Là phẫu thuật mở nhằm làm sạch những ổ áp xe tổn dư, dẫn ổ bụng.

**II. CHỈ ĐỊNH**

- Áp xe có triệu chứng: đau, sốt, không đáp ứng với điều trị nội khoa.

- Ổ áp xe nằm trong ổ bụng mà không dẫn lưu qua da trên hướng dẫn của chẩn đoán hình ảnh

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Bệnh lý toàn thân nặng không cho phép can thiệp phẫu thuật.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện:** Người thực hiện là bác sỹ ngoại tiêu hóa.

**2. Phương tiện:**

- Bộ dụng cụ mổ mở trung phẫu, chỉ phẫu thuật…

**3. Người bệnh**

- Được làm đầy đủ các xét nghiệm chuẩn bị cuộc mổ.

- Được giải thích về quy trình, nguy cơ tai biến của phẫu thuật.

- Với những trường hợp mổ theo kế hoạch: vệ sinh sạch sẽ, ăn nhẹ đến 22h ngày hôm trước, thụt tháo phân sạch ,sáng ngày mổ: nhịn ăn uống, kháng sinh dự phòng

**4. Hồ sơ bệnh án:** Theo quy định bộ y tế, được bác sỹ kiểm tra đầy đủ các xét nghiệm, có chữ ký thông qua mổ và giấy cam đoan mổ.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Vô cảm:** gây mê toàn thể với nội khí quản.

**2. Tư thế:** người bệnh nằm ngửa, dạng 2 tay. Vị trí của phẫu thuật viên, người phụ, dụng cụ viên tuỳ vị trí tổn thương.

**3. Kỹ thuật:**

- Rạch da: đường giữa trên hoặc dưới rốn tùy vị trí ổ áp xe.

- Quan sát toàn ổ bụng đánh giá tình trạng ổ áp xe: Hút dịch tiết hoặc dịch mủ (nếu có) ở khoang bụng tự do, lấy mẫu dịch để xét nghiệm vi khuẩn và làm kháng sinh đồ.

- Hút rửa và làm sạch ổ áp xe

- Kiểm tra các quai ruột và toàn ổ bụng

- Đặt dẫn lưu tại vị trí ổ áp xe và vị trí khác nếu cần.

- Đóng bụng

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

- Chảy máu trong ổ bụng: 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 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

## 114. PHẪU THUẬT ĐIỀU TRỊ VIÊM PHÚC MẠC TIÊN PHÁT

**i. ĐẠI CƯƠNG**

Viêm phúc mạc có nhiều nguyên nhân và xử trí trong phẫu thuật khác nhau theo nguyên nhân. Tuy nhiên phần này chỉ đề cập việc xử trí viêm phúc viêm phúc mạc toàn thể tiên phát.  Đây là một cấp cứu ngoại khoa thường gặp, cần phải xử trí phẫu thuật cấp cứu mục đích dẫn lưu mủ, lau rửa ổ bụng.

**ii. CHỈ ĐỊNH**

Viêm phúc mạc toàn thể.

**iii. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Viêm phúc mạc do phế cầu đã được khẳng định (xét nghiệm vi khuẩn)

**iv. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

Người thực hiện đã có kinh nghiệm phẫu thuật, đặc biệt là phẫu thuật tiêu hóa, và gây mê hồi sức có kinh nghiệm.

**2. Phương tiện**

Bộ dụng cụ phẫu thuật bụng

Bộ dụng cụ phẫu thuật tiêu hóa

Dao mổ điện

**3. Người bệnh**

Các xét nghiệm cơ bản

Chụp x quang phổi, điện tâm đồ

Siêu âm, hoặc chụp cắt lớp vi tính.

Kháng sinh mạnh, phổ rộng, dùng sớm đường tĩnh mạch. Nên dùng Métronidazol phối hợp với Cephalosporine thế hệ thứ 3.

**v. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Tư thế**

Người bệnh nằm ngửa . Có thể độn lưng nếu nghi ngờ các tổn thương ở tụy tá tràng.

Đặt thông dạ dày

Đặt dẫn lưu bàng quang

**2. Vô cảm**

Gây mê nội khí quản

**3. Kỹ thuật**

***Rạch da:***

Đường trắng giữa trên dưới rốn rộng rãi để đảm bảo thăm dò được toàn bộ ổ bụng

Nếu Người thực hiện có kinh nghiệm, có phương tiện có thể thực hiện phẫu thuật nội soi.

***Thăm dò toàn bộ ổ bụng***

Theo nguyên tắc: trên xuống dưới toàn bộ đường tiêu hóa, các tạng trong bụng: gan, lách..., sau phúc mạc: tụy, thận..., tiểu khung : phần phụ. Nếu có tổn thương XỬ trí theo thương tổn.Cần kiểm tra kỹ tránh bỏ sót tổn thương.

Lấy mủ xét nghiệm vi khuẩn. Cần làm soi tươi trực tiếp và nuôi cấy.

Yêu cầu mủ phải lấy và chuyển ngay cho khoa vi sinh từ lúc vào ổ bụng.

Trước khi đóng bụng, cần rửa bụng nhiều huyết thanh mặn, ấm, pha Betadine

Đặt dẫn lưu: Các vị trí cần đặt là rãnh đại tràng 2 bên và ở Douglas. Yêu cầu dẫn lưu to, tốt nhất dùng dẫn lưu tráng silicone. Ngoài ra theo các vị trí có tổn thương:  vùng tụy, hố lách, trên gan ...

***Đóng bụng 1 lớp toàn thể: lấy toàn bộ các lớp của thành bụng.***

**vi. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

**1. Theo dõi**

Như những trường hợp phẫu thuật nói chung, đặc biệt lưu ý các dẫn lưu về màu sắc, số lượng. Nếu thấy dẫn lưu ra màu đỏ, ra nhiều bất thường cần báo Người thực hiện xem lại ngay.

Trong 6 giờ đầu sau phẫu thuật cần theo dõi mạch, huyết áp, nhiệt độ mỗi giờ 1 lần. Trong ngày tiếp theo theo dõi 2 lần/ ngày

Sau phẫu thuật phối hợp tối thiểu 2 loại kháng sinh như phần trên. Tuy nhiên kháng sinh có thể chỉnh sau khi có kết quả kháng sinh đồ. Thời gian dùng kháng sinh kéo dài 7 đến 10 ngày hoặc hơn tùy theo diễn biến của người bệnh.

Các dẫn lưu sẽ được rút theo chỉ định của bác sĩ điều trị: thể trạng người bệnh tiến triển tốt, dẫn lưu không ra, kiểm tra siêu âm không còn mủ hoặc không có ổ khu trú.

Cần lưu ý bồi phụ đủ nước, điện giải, protein máu, truyền máu nếu cần thiết.

**2. Tai biến và xử trí**

***Trong phẫu thuật***

Chảy máu do tổn thương mạch trong quá trình tiến hành thăm dò, ví dụ rách mạch máu mạc treo ruột tùy tình huống có thể khâu bằng chỉ tiêu chậm số 4 hoặc 5, hoặc cắt đoạn ruột.

Thủng ruột nên khâu lại chỉ tiêu số 3 hoặc 4. khâu 2 lớp. Thủng dạ dày: khâu lại chỉ tiêu chậm, lưu ống thông dạ dày để  hút sau mổ.

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 nhiều có thể nối ngay chỉ tiêu chậm số 4/0 và đặt modelage. Nếu bị mất đoạn nhiều nên đưa dẫn lưu  đoạn 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.

Thủng bàng quang khâu lại bàng quang  chỉ tiêu chậm số 3, 2 lớp và dẫn lưu bàng quang sông Pezzer hoặc Foley

Hồi sức tích cực, truyền máu nếu cần thiết.

***Sau phẫu thuật***

Chảy máu từ thành bụng bên ngoài, nếu nhẹ có thể băng ép và theo dõi, nếu chảy nhiều cần mở vết thương kiểm tra để khâu cầm máu.

Chảy máu trong ổ bụng: dẫn lưu ra nhiều máu đỏ tươi, tụt huyết áp, nên mổ lại kiểm tra để cầm máu

Áp xe tồn dư, cần theo dõi. Nếu áp xe nhỏ, dưới 5 cm, thể trạng người bệnh tiến triển tốt, tiêu hóa thông, có thể theo dõi điều trị nội khoa.

Áp xe lớn, sốt, tùy theo mức độ và khu trú có thể chọc hút dẫn lưu lại

dưới siêu âm hoặc mổ lại để dẫn lưu.

Tắc ruột sớm do dính, theo dõi điều trị nội khoa : ống thông dạ dày, kháng sinh, truyền dịch. Tuy nhiên nếu điều trị nội thất bại cần phẫu thuật, tủy theo mức độ sẽ gỡ dính, hoặc dính nhiều làm mở thông ruột trên chỗ tắc.

## 115. PHẪU THUẬT CẮT U NANG MẠC NỐI LỚN

**i. ĐẠI CƯƠNG**

- U nang mạc nối lớn là một bệnh hiếm gặp. Các u nang mạc nối lớn thường được phát hiện một cách tình cờ hoặc khi đang làm chẩn đoán cho những triệu chứng mơ hồ ở bụng khác.

**ii. CHỈ ĐỊNH**

- Tất cả các trường hợp u nang mạc nối lớn, bao gồm cả các bệnh nhân có chảy máu hay nhiễm trùng nang phải mổ cấp cứu.

**iii. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- U lymphoma (hóa trị liệu).

- U lympho lành tính (lymphangioma) không có triệu chứng.

- Viêm mạc treo xơ hóa giai đoạn sớm.

- Bệnh Whipple chưa được điều trị trimethoprim trong ít nhất 9 tháng.

**iv. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

Người thực hiện đã có kinh nghiệm phẫu thuật, đặc biệt là phẫu thuật tiêu hóa, và gây mê hồi sức có kinh nghiệm.

**2. Phương tiện**

Bộ dụng cụ phẫu thuật bụng

Bộ dụng cụ phẫu thuật tiêu hóa

Dao mổ điện

**3. Người bệnh**

Các xét nghiệm cơ bản

Chụp x quang phổi, điện tâm đồ

Siêu âm, hoặc chụp cắt lớp vi tính.

Kháng sinh mạnh, phổ rộng, dùng sớm đường tĩnh mạch. Nên dùng Métronidazol phối hợp với Cephalosporine thế hệ thứ 3.

**v. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Tư thế**

Người bệnh nằm ngửa . Có thể độn lưng nếu nghi ngờ các tổn thương ở tụy tá tràng.

Đặt thông dạ dày

Đặt dẫn lưu bàng quang

**2. Vô cảm**

Gây mê nội khí quản

**3. Thực hiện kỹ thuật:**

3.1. Tư thế:

- Bệnh nhân nằm ngửa, có thể độn lưng ở những trường hợp u nang mạc treo tiên lượng phải cắt ruột (để dễ dàng đưa ruột ra ngoài hơn)

- Phẫu thuật viên và người cầm camera đứng phía đối diện với u, màn hình để về phía có u.

3.2.Vô cảm: gây mê nội khí quản

3.3. Thực hiện kỹ thuật

- Rạch da: đường trắng giữa trên, dưới rốn.

- Thăm dò đánh giá các tổn thương

- Cắt bỏ u nang mạc nối lớn:

+ Tránh tổn thương cung mạch của mạc treo đại tràng ngang.

+ Bóc mạc nối lớn vể phía trái không kéo căng quá dễ làm rách lách.

+ Cắt bỏ u nang mạc nối lớn.

- Lau bụng, dẫn lưu ổ bụng, đóng bụng.

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

- Chảy máu trong ổ bụng: 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 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.

**116. PHẪU THUẬT CẮT U NANG MẠC TREO RUỘT KHÔNG CẮT RUỘT**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Các u mạc treo ruột thường được phát hiện một cách tình cờ hoặc khi đang làm chẩn đoán cho những triệu chứng mơ hồ ở bụng khác.

**II.** **CHỈ ĐỊNH**

Các u nang mạc treo ruột có chỉ định phẫu thuật:

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Các u mạc treo ruột không có chỉ định phẫu thuật.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện:** Phẫu thuật viên khoa ngoại tiêu hóa có kỹ năng và thành thạo các thao tác trong mổ nội soi, bác sỹ gây mê có kinh nghiệm trong phẫu thuật nội soi.

**2. Phương tiện:**

Phòng mổ có đầy đủ điều kiện tiến hành nội soi qua ổ bụng.

Bộ nội soi ổ bụng: monitor, camera, nguồn sáng, nguồn khí CO

Hệ thống máy bơm và rửa hút dịch bụng.

Hệ thống dao điện đơn cực, lưỡng cực và dao cắt đốt siêu âm. Các dụng cụ kẹp ruột, vén, kẹp, kéo nội soi ổ bụng.

**3. Người bệnh:**

Các xét nghiệm tiền phẫu (sinh hóa, huyết học, nước tiểu,...).

Chụp Xquang ngực thẳng, điện tâm đồ (với người > 65 tuổi).

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

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

1. Kiểm tra hồ sơ: biên bản hội chẩn, cam kết phẫu thuật, biên bản duyệt mổ, biên bản khám tiền phẫu và tiền mê.

2. Kiểm tra người bệnh: đúng người bệnh.

3. Thực hiện kỹ thuật:

Vô cảm: gây mê nội khí quản.

Tư thế:

**Người bệnh:**

 + Nằm ngửa, đặt thông bàng quang.

+ Đầu thấp, nghiêng trái họặc nghiêng phải, tùy vị trí thương tổn.

Kíp phẫu thuật: Tùy vị trí u mạc treo.

**Kỹ thuật cắt u mạc treo:**

Số trocar sử dụng và vị trí đặt: 3-4 trocars, trocar đầu tiên 10mm đặt ở dưới rốn hoặc trên rốn (trên người bệnh có vết mổ cũ), tất cả các trocar còn lại được đặt tùy thuộc vào vị trí của u mạc treo. Bơm CO2 với áp lực 10-12mmHg.

Sau khi khảo sát vị trí và tình trạng của u mạc treo ruột và các tạng khác (gan, túi mật, lách, dạ dày, đại tràng...), tiến hành cắt u mạc treo ruột.

Phẫu thuật nội soi cắt u mạc treo ruột không cắt đoạn ruột non thường được chỉ định đối với các sang thương lành tính hoặc không có tiềm năng hóa ác: mở phúc mạc quanh u, bóc tách u ra khỏi các mô xung quanh, có thể dùng đốt điện, bipolar hoặc dao cắt đốt siêu âm trong quá trình phẫu tích kết hợp với phẫu tích tù, trong trường hợp u là nang mạc treo to quá có thể dùng kim chọc hút để làm nhỏ bớt nang thuận tiện cho việc cầm nắm nội soi, chú ý trong trường hợp bóc nang mạc treo, cố gắng lấy trọn được thành nang, vì nguy cơ tái phát cao khi để sót lại thành nang mạc treo, cũng như nguy cơ khi u là ác tính (<3%). Sau khi lấy được toàn bộ u hoặc nang mạc treo, tiến hành bỏ u mạc treo vào bao bệnh phẩm (endobag) và lấy ra ngoài qua lỗ trocar rốn, có thể mở rộng vết mổ vùng rốn để dễ dàng lấy bệnh phẩm được nguyên vẹn.

**VI. THEO DÕI**

Rút thông tiểu, thông mũi dạ dày sớm nhất có thể.

Có thể cho uống nước đường sau 24 giờ.

Thời gian rút dẫn lưu ổ bụng tùy trường hợp, thường rút sau 24 giờ nếu dịch dẫn lưu<100 ml trong vòng 24 giờ.

**VII. XỬ TRÍ TAI BIẾN**

Trong lúc mổ: chảy máu do các chỗ kẹp cắt mạch máu mạc treo ruột không chặt, hoặc không nhận biết được mạch máu trước đi đốt điện. Xử trí bằng khâu cầm máu hoặc kẹp lại bằng clip, dao đốt lưỡng cực. Nếu không cầm máu nội soi được thì chuyển sang mổ mở để cầm máu, tránh để tụ máu lớn trong mạc treo.

Sau mổ:

+ Chảy máu ổ bụng sau mổ: cần mổ lại sơm để kiểm tra và xử lý cầm máu + Tắc ruột sau mổ.

 + Vì không phải cắt đoạn ruột non nên không thường gặp các biến chứng của hội chứng ruột ngắn, xì miệng nối, hẹp miệng nối...

## 117. PHẪU THUẬT CẮT U NANG MẠC TREO RUỘT CÓ CẮT NỐI RUỘT

**I. ĐẠI CƯƠNG**

U mạc treo ruột là một bệnh hiếm gặp gồm nhiều loại giải phẫu bệnh học tương ứng với các kế hoạch xử trí và tiên lượng khác nhau.

Các u mạc treo ruột thường được phát hiện một cách tình cờ hoặc khi đang làm chẩn đoán cho những triệu chứng mơ hồ ở bụng khác.

Chiến lược điều trị được quyết định dựa vào bản chất khối u mạc treo ruột, liên quan của u mạc treo ruột với các cấu trúc lân cận, và các triệu chứng có liên quan đến u.

**II. CHỈ ĐỊNH**

 Chỉ định tuyệt đối -Cắt bỏ:

Nang lympho lành tính

 U mạc treo ruột ác tính hoặc tiềm năng ác tính, u nhú trung mô, u mỡ (liposarcome), u tổ chức liên kết, u sợi đơn độc, xơ hóa, mạc treo co rút, u nội tiết của ruột non.

Bóc u: u dạng nang đơn độc lành tính gây đau, u sợi đơn độc, nang nhầy, u mô liên kết và u castle-man.

Chỉ định tương đối:

Các u mạc treo nhỏ, phát hiện tình cờ.

U mô liên kết mạc treo không hoặc có triệu chứng nhưng phải có giới hạn rõ, không xâm lấn các cấu trúc xung quanh.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

U lymphoma (hóa trị liệu).

U lympho lành tính (lymphangioma) không có triệu chứng.

Viêm mạc treo xơ hóa giai đoạn sớm.

Bệnh Whipple chưa được điều trị trimethoprim trong ít nhất 9 tháng.

**VI. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện kỹ thuật**: phẫu thuật viên khoa ngoại tiêu hóa có kỹ năng và thành thạo các thao tác trong mổ nội soi, bác sỹ gây mê có kinh nghiệm trong phẫu thuật nội soi.

**2. Phương tiện:**

Phòng mổ có đầy đủ điều kiện tiến hành nội soi qua ổ bụng. -Bộ nội soi ổ bụng: monitor, camera, nguồn sáng, nguồn khí CO2

Hệ thống máy bơm và rửa hút dịch bụng.

Hệ thống dao điện đơn cực, lưỡng cực và dao cắt đốt siêu âm. -Các dụng cụ kẹp ruột, vén, kẹp, kéo nội soi ổ bụng.

**3. Người bệnh:**

Các xét nghiệm tiền phẫu (sinh hóa, huyết học, nước tiểu,...).

Chụp Xquang ngực thẳng, điện tâm đồ ( với người > 65 tuổi).

**4. Hồ sơ bệnh án**

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

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Kiểm tra hồ sơ:** biên bản hội chẩn, cam kết phẫu thuật, biên bản duyệt mổ, biên bản khám tiền phẫu và tiền mê.

**2. Kiểm tra người bệnh:** đúng người bệnh.

**3. Thực hiện kỹ thuật Vô cảm:** gây mê nội khí quản

Tư thế:

Người bệnh

+ Nằm ngửa, đặt thông bàng quang

+ Đầu thấp, nghiêng trái họặc nghiêng phải, tùy vị trí thương tổn -Kíp phẫu thuật:

Tùy vị trí u mạc treo.

Kỹ thuật cắt u mạc treo:

Số trocar sử dụng và vị trí đặt: 3-4 trocars, trocar đầu tiên 10mm đặt ở dưới rốn hoặc trên rốn (trên người bệnh có vết mổ cũ), tất cả các trocar còn lại được đặt tùy thuộc vào vị trí của u mạc treo. Bơm CO2 với áp lực 1012mmHg.

Sau khi khảo sát vị trí và tình trạng của u mạc treo ruột và các tạng khác (gan, túi mật, lách, dạ dày, đại tràng...), tiến hành cắt u mạc treo ruột.

Phẫu thuật nội soi cắt u mạc treo ruột có cắt đoạn ruột non thường được chỉ định với các loại u ác tính hay khả năng hóa ác: phẫu thuật cắt rộng R0 được mô tả sau đây.

Mở mạc treo ruột non ở đầu gần phần mạc treo có chứa u, bắt đầu từ bờ mạc treo của ruột non và tiếp tục tiến đến gốc mạc treo, phẫu tích cắt lá phúc mạc dọc theo mạch máu của mạc treo, mô mỡ xung quanh cặp động tĩnh mạch mạc treo được phẫu tích cẩn thận để có thể lần theo đó đến gốc mạc treo bộc lộ bó mạch mạc treo tràng trên. Tĩnh mạch mạc treo tràng trên được bộc lộ và các nhánh tĩnh mạch từ vùng mạc treo chứa u sẽ được bóc tách và thắt sát bề mặt của tĩnh mạch mạc treo tràng trên. Phía trái và đằng sau tĩnh mạch mạc treo tràng trên sẽ là động mạch mạc treo tràng trên, bộc lộ và thắt sát gốc các nhánh động mạch mạc treo đi vào u. Tiếp tục làm tương tự với phần mạc treo phía xa, bắt đầu mở mạc treo ruột non từ bờ mạc treo ruột non đến gốc mạc treo, bộc lộ và thắt tất cả các nhánh động tĩnh mạch sát gốc động tĩnh mạch mạc treo tràng trên. Phẫu tích như vậy sẽ đảm bảo được sự toàn vẹn của mạch máu nuôi phần gần, phần xa của ruột non, phần mạc treo không bị ảnh hưởng và đại tràng phải. Bây giờ có thể tiến hành cắt phần mạc treo mang u và cắt 2 đầu ruột non với độ dài thích hợp. Tiến hành nối ruột non nội soi bên-bên bằng Stapler hoặc mở nhỏ vết mổ để nối tận tận, đồng thời lấy bệnh phẩm trong bao ra ngoài.

**VI. THEO DÕI**

Như các loại phẫu thuật đường tiêu hóa khác.

Rút thông tiểu, thông mũi dạ dày sớm nhất có thể.

Có thể cho uống nước đường sau 24h.

Thời gian rút dẫn lưu ổ bụng tùy trường hợp.

**VII. XỬ TRÍ TAI BIẾN**

Các biến chứng của điều trị phẫu thuật đối với các khối ở mạc treo không đặc hiệu với loại bệnh, ngoại trừ khi cắt rộng u đối với u đặc có thể làm tổn thương cung cấp máu ở mạc treo hoặc khi cắt rộng ruột non cần thiết để đạt được R0. Mặc dù hội chứng ruột ngắn không thường gặp trong phẫu thuật vùng mạc treo, sự thận trọng đúng mức của phẫu thuật viên có thể phòng ngừa được biến chứng này, có thể do việc cắt quá rộng mạc treo cần thiết hoặc từ tổn thương không chủ ý của các mạch máu cho ruột đoạn ruột bình thường.

Trong lúc mổ: chảy máu do các chỗ kẹp cắt mạch máu mạc treo ruột không chặt, hoặc không nhận biết được mạch máu trước đi đốt điện. Xử trí bằng khâu cầm máu hoặc kẹp lại bằng clip, dao đốt lưỡng cực. Nếu không cầm máu nội soi được thì chuyển sang mổ mở để cầm máu, tránh để tụ máu lớn trong mạc treo.

Sau mổ.

+ Chảy máu ổ bụng sau mổ: cần mổ lại sơm để kiểm tra và xử lý cầm máu.

+ Xì miệng nối: đối với cắt u mạc treo ruột có cắt đoạn ruột non, cần mổ lại sớm.

+Hẹp miệng nối: mổ lại để giải quyết nguyên nhân.

+ Tắc ruột sau mổ.

+ Hội chứng ruột ngắn. Cần hội chẩn dinh dưỡng và lên kế hoạch bổ sung dinh dưỡng tĩnh mạch.

## 118. PHẪU THUẬT CẮT U SAU PHÚC MẠC

**I. ĐẠI CƯƠNG**

- Phẫu thuật là phương pháp điều trị chính cho u sau phúc mạc với kết quả tương đối tốt. Phẫu thuật thường kèm theo cắt bỏ các tạng liên quan như: tụy, lách, đại tràng… nhằm đảm bảo lấy được hết tổ chức ung thư.

**II. CHỈ ĐỊNH**

- Khối u sau phúc mạc đã được sinh thiết làm giải phẫu bệnh có chỉ định phẫu thuật như: sarcoma, schwanoma có triệu chứng lâm sàng…

- Khối u không chẩn đoán được bản chất mô bệnh học bằng sinh thiết.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Khối u được xác định là lymphoma.

- Khối u không có khả năng lấy bỏ như: xâm lấn mạch máu lớn (động mạch chủ, tĩnh mạch chủ, động mạch mạc treo tràng trên), xâm lấn nhiều tạng, có di căn xa.

- Thể trạng người bệnh không cho phép phẫu thuật.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện:**

Phẫu thuật viên ung thư, các phẫu thuật viên chuyên ngành tiêu hóa, gan mật tụy, tiết niệu, mạch máu, thần kinh.

**2. Người bệnh:**

- Các xét nghiệm cơ bản để chẩn đoán.

- Chụp MSCT scanner hoặc MRI ổ bụng

- Soi dạ dày, đại tràng

- Sinh thiết khối u qua siêu âm hoặc CT scanner.

- Chuẩn bị đại tràng trước mổ.

**3. Phương tiện:** Bộ đại phẫu tiêu hóa, phẫu thuật mạch máu, các phương tiện khác như dao điện, dao siêu âm.

**4. Hồ sơ bệnh án:** Theo quy định bộ y tế, được bác sỹ kiểm tra đầy đủ các xét nghiệm, có chữ ký thông qua mổ và giấy cam đoan mổ.

**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:**

- Rạch da: đường trắng giữa trên và dưới rốn, hoặc đường dưới sườn.

- Thăm dò đánh giá thương tổn:

+ Đánh giá tình trạng ổ bụng, phúc mạc, các tạng trong ổ bụng

+ Đánh giá tổn thương: vị trí, kích thước, mức độ xâm lấn các tạng, khả năng cắt bỏ.

- Đưa ra chẩn đoán trong mổ và quyết định xử trí: lấy bỏ được u hay không, cắt những tạng nào kèm theo.

- Với u sau phúc mạc bên trái:

+ Lật toàn bộ những tạng nằm phía trước mà u không xâm lấn vào sang bên phải, bao gồm: giải phóng đại tràng góc lách, mở mạc Toldt bên trái giải phóng đại tràng xuống cùng mạc treo, giải phóng lách-thân tụy và có thể cả thận khỏi thành bụng sau.

Từ đó tiếp cận mặt trước và bên trái khối u cùng những tạng bị xâm lấn.

+ Kiểm soát mạch máu vào khối u cũng như những tạng mà u xâm lấn (chẳng hạn như thân tụy, lách, thận trái, đại tràng trái) từ bờ trái động mạch chủ. Cần thận trọng tránh gây vết thương động tĩnh mạch chủ.

+ Cắt cả khối u và những tạng bị xâm lấn có thể bắt đầu từ bờ trái hoặc bờ phải phẫu tích mặt sau u khỏi thành bụng.

- U sau phúc mạc bên phải:

+ Lật các tạng phía trước u sang bên trái (tá tràng, đại tràng phải, thận phải) để tiếp cận u từ mặt trước và bờ phải.

+ Kiểm soát mạch máu vào u và các tạng bị xâm lấn từ bờ phải tĩnh mạch chủ + Lấy bỏ u cùng các tạng xâm lấn.

+ Xử trí phối hợp: tùy theo từng trường hợp

+ Phục hồi lưu thông tiêu hóa hoặc làm hậu môn nhân tạo trong trường hợp có cắt đại tràng.

- Khâu phục hồi hoặc đưa niệu quản ra da trong trường hợp phải cắt đoạn niệu quản.

- Cắt nối hoặc ghép đoạn mạch trong trường hợp u xâm lấn mạch máu.

**VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

**1. Theo dõi:**

- Giống với hậu phẫu ổ bụng thông thường: mạch, nhiệt độ, huyết áp, hô hấp,…

- Trong trường hợp có can thiệp đường tiêu hóa có thể cần nhịn ăn , nuôi dưỡng tĩnh mạch tới khi có lưu thông trở lại.

- Sử dụng thuốc giảm đau, kháng sinh sau mổ.

- Trong trường hợp cắt thận cần theo dõi nước tiểu và chức năng thận.

**2. Xử trí tai biến:**

- Chảy máu trong ổ bụng: tùy theo mức độ mất máu mà quyết định bảo tồn hoặc mổ lại.

- Apxe tồn dư trong ổ bụng: kháng sinh và dẫn lưu qua siêu âm ổ bụng.

- Rò tiêu hóa, rò tụy sau mổ: điều trị bảo tồn, chăm sóc da tránh loét.

- Rò nước tiểu do tổn thương niệu quản: đặt JJ niệu quản, dẫn lưu ổ bụng.

## 119. CẮT U NANG BUỒNG TRỨNG

**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 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 nang buồng trứng

**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**

**1. 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.

**2. Phương tiện**

Bộ trung phẫu hoặc đại phẫu

**3. 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

**4. Hồ sơ bệnh án**

- Hồ sơ bệnh án theo quy 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.

**Kỹ thuật**

- 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 ngờ khối u vừa cắt bị ung thư thì cắt miếng nhỏ buồng trứng đối diện để xét nghiệm mô bệnh học

**VI. THEO DÕI VÀ TAI BIẾN**

- Tổn thương mạch máu, hệ tiết niệu, hệ tiêu hóa trong quá trình phẫu thuật.

- Nhiễm trùng, chảy máu trong

## 120. PHẪU THUẬT DẪN LƯU ÁP XE CƠ ĐÁI CHẬU

## 121. PHẪU THUẬT THOÁT VỊ BẸN NGHẸT

**I. ĐẠI CƯƠNG**

[Thoát vị bẹn nghẹt](https://benhvienthucuc.vn/thoat-vi-ben-nghet-muc-do-nguy-hiem-va-phuong-phap-dieu-tri/) là một biến chứng nghiêm trọng nhất của bệnh lý thoát vị bẹn. Bệnh có thể khiến các tạng trong túi thoát vị bị ngoại tử vì không được cung cấp đủ máu. Thoát vị bẹn nghẹt cần phải được phát hiện và xử lý ngay nếu không sẽ nguy hiểm đến tính mạng người bệnh.

**II. CHỈ ĐỊNH**

- Tuyệt đối: Cho các trường hợp bị nghẹt.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Phẫu thuật viên chuyên ngành tiêu hóa

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện.**

Người thực hiện là bác sĩ ngoại tiêu hóa và bác sỹ gây mê hồi sức có kinh

nghiệm.

**2. Phương tiện.**

- Dụng cụ mổ mở trung phẫu

- Mảnh ghép nhân tạo với kích cỡ phù hợp

**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.

- Ngày phẫu thuật: Bơm thuốc để bệnh nhân đi cầu, không cần tẩy sạch như phẫu thuật đại trực tràng.

- Ngày phẫu thuật: nhịn ăn, uống, đi tiểu trước khi lên bàn mổ.

**4. Hồ sơ bệnh án:** Theo quy định bộ y tế, được bác sỹ kiểm tra đầy đủ các xét nghiệm, có chữ ký thông qua mổ và giấy cam đoan mổ.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Vô cảm:** tê tủy sống

**2. Tư thế:** nằm ngửa

**3. Kỹ thuật**

- Rạch da đường phân giác góc bẹn

- Bóc tách cân cơ tìm túi thoát vị

- Đánh giá tạng thoát vị

- Đưa tạng thoát vị vào trong ổ bụng

- Khâu cột cổ túi

- Đặt và khâu cố định mảnh ghép vào thành sau ống bẹn bằng những mũi khâu vắt liên tục

- Xẻ đôi mảnh ghép và khâu lại, ôm sát thừng tinh tại lỗ bẹn sâu

- Khâu cân cơ chéo ngoài

- Khâu da và băng ép

**VI. THEO DÕI**

- Theo dõi tình trạng toàn thân và tại vùng phẫu thuật:

+ Mạch, huyết áp, nhịp thở, nhiệt độ, tri giác

+ Theo dõi tại vết mổ: chảy máu, chảy dịch, đau.

- Dùng thuốc giảm đau

- Có thể dung kháng sinh điều tri nếu phẫu thuật viên thấy cần

- Cho người bệnh ăn nhẹ, tập vận động sớm.

- Săn sóc vết mổ: thay băng hàng ngày, khi có hiện tượng bất thường như

chảy máu, thấm dịch nhiều phải kiểm tra vết mổ.

- Cắt chỉ vết mổ sau 7 ngày

- Tái khám định kì sau phẫu thuật 2 tuần

**VII. XỬ TRÍ TAI BIẾN**

- Chảy máu trong mổ: kiểm tra kĩ lại vết mổ, tìm chỗ chảy máu, cầm máu kĩ các vị trí chảy máu

- Rách thủng bàng quang: mời hội chẩn bác sĩ chuyên khoa niệu tại phòng mổ

- Khâu vào ruột, thủng ruột: mở bụng đường giữa thám sát xử trí tùy thương tổn

- Sưng hoặc teo tinh hoàn: mời khám bác sĩ chuyên khoa nam sau mổ

- Nhiễm trùng vết mổ: sử dụng kháng sinh, chăm sóc thay băng vết mổ 2 lần/ ngày.

## 122. PHẪU THUẬT ĐIỀU TRỊ THOÁT VỊ THÀNH BỤNG KHÁC

**I. ĐẠI CƯƠNG**

- Thoát vị rốn: xảy ra phổ biến ở trẻ sơ sinh, nhưng hầu hết các khiếm khuyết sẽ biến mất sau năm 2 tuổi.

Thoát vị nghẹt là biến chứng thường gặp và nghiêm trọng nhất của các loại thoát vị thành bụng.

**II. CHỈ ĐỊNH**

- Thoát vị rốn

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Chống chỉ định phẫu thuật chung

- Những bệnh nhân có yếu tố nguy cơ tái phát sau mổ cao. Chỉ nên mổ khi đã giải quyết được các yếu tố nguy cơ này.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện.**

- Phẫu thuật viên chuyên ngành tiêu hóa

**2. Phương tiện.**

- Dụng cụ mổ mở, đồ banh chuyên dụng hoặc bộ dụng cụ mổ nội soi

- Mảnh ghép nhân tạo với kích cỡ phù hợp

**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.

- Ngày phẫu thuật: nhịn ăn, uống, đi tiểu trước khi lên bàn mổ.

**4. Hồ sơ bệnh án:** Theo quy định bộ y tế, được bác sỹ kiểm tra đầy đủ các xét nghiệm, có chữ ký thông qua mổ và giấy cam đoan mổ.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Vô cảm:** tê tủy sống khi mổ mở hoặc mê nội khí quản nếu mổ nội soi

**2. Tư thế:** nằm ngửa

**3. Kỹ thuật**

- Phương pháp điều trị cổ điển được đề xuất bởi Mayo (khâu xếp mép của lớp cân trên chồng lên mép của lớp cân dưới) hiện nay ít được áp dụng.

Đối với lỗ thoát vị nhỏ, khâu đóng đơn giản lổ thoát vị bằng chỉ không tan. Đối với lỗ thoát vị lớn, có thể đặt mảnh ghép tăng cường sau khi khâu đóng lỗ thoát vị hay bắc cầu qua lỗ thoát vị.

Các thoát vị rất lớn có thể được điều trị bằng cách đặt mảnh ghép từ trong ổ bụng qua nội soi.

**VI. THEO DÕI**

- Theo dõi tình trạng toàn thân và tại vùng phẫu thuật:

+ Mạch, huyết áp, nhịp thở, nhiệt độ, tri giác

+ Theo dõi tại vết mổ: chảy máu, chảy dịch, đau.

- Dùng thuốc giảm đau

- Có thể dung kháng sinh điều tri nếu phẫu thuật viên thấy cần

- Cho người bệnh ăn nhẹ, tập vận động sớm.

- Săn sóc vết mổ: thay băng hàng ngày, khi có hiện tượng bất thường như

chảy máu, thấm dịch nhiều phải kiểm tra vết mổ.

- Cắt chỉ vết mổ sau 7 ngày

- Tái khám định kì sau phẫu thuật 2 tuần

**VII. XỬ TRÍ TAI BIẾN**

- Chảy máu trong mổ: kiểm tra kĩ lại vết mổ, tìm chỗ chảy máu, cầm máu kĩ các vị trí chảy máu

- Rách thủng bàng quang: mời hội chẩn bác sĩ chuyên khoa niệu tại phòng mổ

- Khâu vào ruột, thủng ruột: mở bụng đường giữa thám sát xử trí tùy thương tổn

- Nhiễm trùng vết mổ: sử dụng kháng sinh, chăm sóc thay băng vết mổ 2 lần/ ngày.

## 123. PHẪU THUẬT THOÁT VỊ VẾT MỔ CŨ THÀNH BỤNG

**I. ĐẠI CƯƠNG**

- Thoát vị vết mổ xảy ra với tỉ lệ có thể lên tới 10% các trường hợp mở bụng.

- Các yếu tố thuận lợi: béo phì, báng bụng, thai kỳ…

**II. CHỈ ĐỊNH**

- Thoát vị vết mổ

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Bệnh lý toàn thân nặng không đảm bảo cuộc mổ

- Những bệnh nhân có yếu tố nguy cơ tái phát sau mổ cao. Chỉ nên mổ khi đã giải quyết được các yếu tố nguy cơ này.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện.**

- Phẫu thuật viên chuyên ngành tiêu hóa

**2. Phương tiện.**

- Dụng cụ mổ mở, đồ banh chuyên dụng hoặc bộ dụng cụ mổ nội soi

- Mảnh ghép nhân tạo với kích cỡ phù hợp

**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.

- Ngày phẫu thuật: Bơm thuốc để bệnh nhân đi cầu, không cần tẩy sạch như phẫu thuật đại trực tràng.

- Ngày phẫu thuật: nhịn ăn, uống, đi tiểu trước khi lên bàn mổ.

**4. Hồ sơ bệnh án:** Theo quy định bộ y tế, được bác sỹ kiểm tra đầy đủ các xét nghiệm, có chữ ký thông qua mổ và giấy cam đoan mổ.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Vô cảm:** tê tủy sống khi mổ mở hoặc mê nội khí quản nếu mổ nội soi

**2. Tư thế:** nằm ngửa

**3. Kỹ thuật**

- Đối với lỗ thoát vị nhỏ, mổ mở, khâu khép lại thành bụng.

- Đối với lỗ thoát vị lớn (đường kính ≥ 4 cm), có nhiều phương pháp được lựa

chọn:

+ Khâu khép thành bụng, sau đó tăng cường bằng một mảnh ghép phủ lên

trên (onlay).

+ Khâu mảnh ghép vào mép lỗ thoát vị (inlay).

+ Khâu mảnh ghép giữa các lớp cân cơ thành bụng (kiểu “sandwich”)

+ Mổ nội soi, khâu mảnh ghép che lỗ thoát vị từ bên dưới (underlay).

- Cố gắng khâu che phúc mạc bên dưới mảnh ghép. Trong trường hợp ngược lại, dùng mạc nối lớn chen giữa mảnh ghép và các quai ruột để tránh biến chứng dò ruột.

- Vật liệu làm nên mảnh ghép đóng vai trò quan trọng khi cân nhắc sử dụng mảnh ghép để điều trị thoát vị vết mổ. Polypropylene được xem là vật liệu tốt nhất hiện nay, do nó cho phép sự phát triển của các nguyên bào sợi giữa các khe, làm cho mảnh ghép “hoà hợp” vào lớp cân thành bụng chung quanh. PTFE (polytetrafluoroethylene) cũng cho phép sự phát triển của các nguyên bào sợi, nhưng không thể “hoà hợp” vào lớp cân thành bụng chung quanh. Điều này làm cho mảnh ghép PTFE dễ bị vách hoá, dẫn đến nhiễm trùng.

**VI. THEO DÕI**

- Theo dõi tình trạng toàn thân và tại vùng phẫu thuật:

+ Mạch, huyết áp, nhịp thở, nhiệt độ, tri giác

+ Theo dõi tại vết mổ: chảy máu, chảy dịch, đau.

- Dùng thuốc giảm đau

- Có thể dùng kháng sinh điều tri nếu phẫu thuật viên thấy cần

- Cho người bệnh ăn nhẹ, tập vận động sớm.

- Săn sóc vết mổ: thay băng hàng ngày, khi có hiện tượng bất thường như

chảy máu, thấm dịch nhiều phải kiểm tra vết mổ.

- Cắt chỉ vết mổ sau 7 ngày

- Tái khám định kì sau phẫu thuật 2 tuần

**VII. XỬ TRÍ TAI BIẾN**

- Chảy máu trong mổ: kiểm tra kĩ lại vết mổ, tìm chỗ chảy máu, cầm máu kĩ các vị trí chảy máu

- Rách thủng bàng quang: mời hội chẩn bác sĩ chuyên khoa niệu tại phòng mổ

- Khâu vào ruột, thủng ruột: mở bụng đường giữa thám sát xử trí tùy thương tổn

- Nhiễm trùng vết mổ: sử dụng kháng sinh, chăm sóc thay băng vết mổ 2 lần/ ngày.

## 124. PHẪU THUẬT LẠI CHỮA RÒ ỐNG TIÊU HÓA SAU MỔ

## 125. DẪN LƯU ÁP XE HẬU MÔN ĐƠN GIẢN

**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**

- Bệnh lý toàn thân nặng không cho phép can thiệp phẫu thuật.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện:** Phẫu thuật viên tiêu hóa.

**2. Phương tiện:** Van hậu môn, tốt nhất có van Hill Ferguson, bộ dụng cụ trung phẫu.

**3. Người bệnh:**

- Được làm đầy đủ các xét nghiệm chuẩn bị cuộc mổ.

- Gia đình được giải thích về quy trình, nguy cơ tai biến của phẫu thuật.

- Với những trường hợp mổ theo kế hoạch: vệ sinh sạch sẽ, ăn nhẹ đến 22h ngày hôm trước, thụt tháo phân sạch ,sáng ngày mổ: nhịn ăn uống, kháng sinh dự phòng

**4. Hồ sơ bệnh án:** Theo quy định bộ y tế, được bác sỹ kiểm tra đầy đủ các xét nghiệm, có chữ ký thông qua mổ và giấy cam đoan mổ.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Tư thế:** Sản khoa.

**2. Vô cảm:** Gây mê toàn thân, gây tê vùng hoặc gây tê tại chỗ.

**3. Kỹ thuật:**

3.1 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.

3.2 Cụ thể:

- Đường rạch tùy 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.

**VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

**1. Theo dõi:**

- Theo dõi tình trạng toàn thân và tại vùng phẫu thuật: Mạch, huyết áp, nhịp thở, nhiệt độ, tri giác

- Theo dõi tại vết mổ: chảy máu, chảy dịch, đau.

- Khi phẫu thuật bằng gây tê tủy sống, người bệnh thường bí đái trong ngày đầu, có thể phải đặt sonde bàng quang.

- Dùng thuốc giảm đau, kháng sinh nếu cần; thuốc nhuận tràng, thuốc an thần buổi tối.

- Cho người bệnh ăn nhẹ, tập vận động sớm.

- Săn sóc vết mổ: thay băng hàng ngày, khi có hiện tượng bất thường như chảy máu, thấm dịch nhiều phải kiểm tra vết mổ. Ngâm hậu môn trong nước ấm.

- Thuờng cho kháng sinh, 3 ngày – 5 ngày loại metronidazol, hoặc phối hợp 2 loại kháng sinh nếu cần.

- Săn sóc tại chỗ: giữ sạch vết mổ (sau đại tiện rửa sạch hậu môn, thấm khô).

**2. Xử trí tai biến:**

- Chảy máu: ít gặp, do vết thuơng đã đuợc khâu chủ động, Thuờng 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: Thường dùng thuốc giảm đau loại paracetamol.

- Bí đái: Thuờng gặp sau gây tê tủy sống, hoặc do nguời bệnh đau nhiều cũng gây khó tiểu tiện. Nếu cần thiết phải đặt sonde bàng quang.

- Mất hoặc giảm tự chủ đại tiện: Thuờng mức độ nhẹ và tự khỏi hoặc tập phục hồi chức năng sẽ cải thiện.

**126. LẤY MÁU TỤ TẦNG SINH MÔN**

**I.       ĐẠI CƯƠNG**

          Huyết tụ là những biến chứng chảy máu và tụ máu thành một khối máu ở tầng sinh môn.

**II.      CHỈ ĐỊNH**

- Khối máu tụ có xu hướng tăng dần kích thước, tốc độ tăng nhanh

- Đứt các mạch máu lớn.

- Khối máu tụ gây cảm giác đau đớn cho người bệnh

- Khối máu tụ bị nhiễm khuẩn, nhiễm trùng, có lỗ rò..

**III.  CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Khối máu tụ kích thước nhỏ.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1.Người thực hiện**

Bác sỹ chuyên khoa Sản, nên có điều dưỡng, nữ hộ sinh phụ cho người làm thủ thuật.

**2.Dụng cụ:**

+   Bộ dụng cụ tiểu phẫu

+   Các dung dịch sát khuẩn.

+   Lidocain, nước cất.

+   Bơm tiêm 10 ml

1. **Người bệnh**

+  Tư vấn: cho người bệnh biết các bước tiến hành và nguy cơ có thể xảy ra.

+ Nằm ngửa

**4. Hồ sơ bệnh án**

Hồ sơ bệnh án theo quy định

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

- Cách chích: chích ở chỗ cao nhất một lỗ nhỏ, nặn hết máu cục, rồi chèn gạc tẩm kháng sinh vào, the kiểu đèn xếp để cầm máu. Để 24 giờ sau đó rút gạc ra.

- Đối với huyết tụ do các mạch máu to vỡ, cần rạch lấy máu cục ra, khâu bằng những mũi chữ X để cầm máu, sau khi buộc các mạch máu thì chèn gạc tẩm kháng sinh và thrombose, sau 24 giờ rút gạc.

**VI. THEODÕI**

- Toàn trạng: mạch, nhiệt độ,huyết áp.

- Theo dõi tình trạng vết mổ

**VII. TAI BIẾNVÀ XỬTRÍ**

- Nhiễm trùng : dùng kháng sinh và xử trí tác nhân gây viêm.

## 127. PHẪU THUẬT THOAT VỊ BẸN HAY THANH BỤNG THƯỜNG

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Phẫu thuật điều trị thoát vị thành bụng khác bao gồm:

- Thoát vị rốn: xảy ra phổ biến ở trẻ sơ sinh, nhưng hầu hết các khiếm khuyết sẽ biến mất sau năm 2 tuổi. Thoát vị rốn ở người lớn thường là một bệnh lý mắc phải.

- Thoát vị vùng thượng vị: xảy ra chủ yếu ở nam giới. Vị trí thoát vị nằm trên đường giữa, giữa mũi ức và rốn. Trong 20% các trường hợp, BN có từ hai thoát vị trở lên.

- Thoát vị spigelian (thoát vị bán nguyệt): Xảy ra ở vị trí bờ ngoài cơ thẳng bụng dưới và cách rốn khoảng 3-5 cm. Vị trí này là nơi tiếp giáp giữa bờ ngoài cơ thẳng bụng và đường cung (đường bán nguyệt). Đây là một loại thoát vị gian thành. Bệnh nhân gặp ở độ tuổi 40-70 tuổi.

- Thoát vị bịt: là loại thoát vị hiếm gặp.

- Thoát vị lưng có thể bẩm sinh hay mắc phải.

- Thoát vị bẹn

**II. CHỈ ĐỊNH**

- Thoát vị rốn

- Thoát vị vùng thượng vị

- Thoát vị spigelian (thoát vị bán nguyệt)

- Thoát vị bịt

- Thoát vị lưng

- Thiast vị bẹn thường

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Chống chỉ định phẫu thuật chung

- Những bệnh nhân có yếu tố nguy cơ tái phát sau mổ cao. Chỉ nên mổ khi đã giải quyết được các yếu tố nguy cơ này.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện.**

- Phẫu thuật viên chuyên ngành tiêu hóa

**2. Phương tiện.**

- Dụng cụ mổ mở, đồ banh chuyên dụng hoặc bộ dụng cụ mổ nội soi

- Mảnh ghép nhân tạo với kích cỡ phù hợp

**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.

- Ngày phẫu thuật: Bơm thuốc để bệnh nhân đi cầu, không cần tẩy sạch như phẫu thuật đại trực tràng.

- Ngày phẫu thuật: nhịn ăn, uống, đi tiểu trước khi lên bàn mổ.

**4. Hồ sơ bệnh án:** Theo quy định bộ y tế, được bác sỹ kiểm tra đầy đủ các xét nghiệm, có chữ ký thông qua mổ và giấy cam đoan mổ.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Vô cảm:** tê tủy sống khi mổ mở hoặc mê nội khí quản nếu mổ nội soi

**2. Tư thế:** nằm ngửa

**3. Kỹ thuật**

a. Thoát vị rốn

- Phương pháp điều trị cổ điển được đề xuất bởi Mayo (khâu xếp mép của lớp cân trên chồng lên mép của lớp cân dưới) hiện nay ít được áp dụng. Đối với lỗ thoát vị nhỏ, khâu đóng đơn giản lổ thoát vị bằng chỉ không tan. Đối với lỗ thoát vị lớn, có thể đặt mảnh ghép tăng cường sau khi khâu đóng lỗ thoát vị hay bắc cầu qua lỗ thoát vị. Các thoát vị rất lớn có thể được điều trị bằng cách đặt mảnh ghép từ trong ổ bụng qua nội soi.

b. Thoát vị vùng thượng vị

- Khâu lại chỗ hở của lớp cân thành bụng.

c. Thoát vị spigelian (thoát vị bán nguyệt)

- Rạch da tại chỗ, cắt bỏ túi thoát vị và khâu đóng lại lỗ thoát vị.

d. Thoát vị bịt

- Phẫu thuật là chỉ định điều trị của thoát vị bịt. Có thể phẫu thuật đường sau, nội soi hay mở bụng (dành cho BN bị thoát vị bịt có nghẹt ruột). Sau khi đưa tạng thoát vị vào lại ổ bụng, chú ý lấy hết mô mỡ tiền phúc mạc nằm trong ống bịt, tìm và bộc lộ thần kinh bịt cùng bó mạch bịt. Ống bịt sau đó được khâu khép hay khâu che bằng một mảnh ghép nhỏ.

e. Thoát vị lưng

- Phương pháp điều trị được lựa chọn cho thoát vị lưng là đặt mảnh ghép khâu che lỗ thoát vị. Thường khó khâu khép lỗ thoát vị, do một trong các cạnh của chúng là xương.

F, Thoát vị bẹn

- Kỹ thuật Bassini: Lớp khâu tạo hình bao gồm cơ chéo bụng trong, cơ ngang và lá trên của mạc ngang (3 lớp của Bassini) khâu vào dây chằng bẹn bằng các mũi rời. Tuy nhiên thực tế phẫu thuật viên chỉ đơn giản khâu cơ ngang bụng cùng với cơ chéo trong (chỉ có 2 lớp) vào dây chằng bẹn mà không có mạc ngang.

**VI. THEO DÕI**

- Theo dõi tình trạng toàn thân và tại vùng phẫu thuật:

+ Mạch, huyết áp, nhịp thở, nhiệt độ, tri giác

+ Theo dõi tại vết mổ: chảy máu, chảy dịch, đau.

- Dùng thuốc giảm đau

- Có thể dung kháng sinh điều tri nếu phẫu thuật viên thấy cần

- Cho người bệnh ăn nhẹ, tập vận động sớm.

- Săn sóc vết mổ: thay băng hàng ngày, khi có hiện tượng bất thường như

chảy máu, thấm dịch nhiều phải kiểm tra vết mổ.

- Cắt chỉ vết mổ sau 7 ngày

- Tái khám định kì sau phẫu thuật 2 tuần

**VII. XỬ TRÍ TAI BIẾN**

- Chảy máu trong mổ: kiểm tra kĩ lại vết mổ, tìm chỗ chảy máu, cầm máu kĩ các vị trí chảy máu

- Rách thủng bàng quang: mời hội chẩn bác sĩ chuyên khoa niệu tại phòng mổ

- Khâu vào ruột, thủng ruột: mở bụng đường giữa thám sát xử trí tùy thương tổn

- Nhiễm trùng vết mổ: sử dụng kháng sinh, chăm sóc thay băng vết mổ 2 lần/ ngày.

## 128. MỞ BỤNG THĂM DÒ

**I. ĐẠI CƯƠNG**

- Phẫu thuật thăm dò ổ bụng, được sử dụng để chẩn đoán, điều trị trong những trường hợp có tổn thương nghi ngờ trong ổ bụng mà các phương tiện kỹ thuật khác không đánh giá chính xác được.

**II. CHỈ ĐỊNH**

- Các chấn thương, tổn thương chưa biết rõ cơ quan nào, các vết thương thấu bụng không rõ tổn thương bên trong, các bệnh có nghi ngờ tổn thương trong ổ bụng khác.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Bệnh lý toàn thân nặng không cho phép can thiệp phẫu thuật.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện:**

- Là phẫu thuật viên chuyên khoa ngoại tiêu hoá.

**2. Phương tiện:** Bộ dụng cụ đại phẫu, chỉ khâu, máy cắt nối…

**3. 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.

- Nếu mổ theo kế hoạch: Nhịn ăn, thụt tháo, vệ sinh vùng phẫu thuật và toàn thân, kháng sinh dự phòng

- Được làm đầy đủ các xét nghiệm phục vụ cuộc mổ.

**4. Hồ sơ bệnh án:** Theo quy định bộ y tế,được bác sỹ kiểm tra đầy đủ các xét nghiệm, có chữ ký thông qua mổ và giấy cam đoan mổ.

**V. CÁC BỨỚC 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 tổn thương

- Bước 2: Xử trí tổn thương, tùy từng loại tổn thương mà có phương pháp xử trí khác nhau.

- Bước 3: 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.

## 129. KHÂU LẠI BỤC THÀNH BỤNG ĐƠN THUẦN

**I. ĐẠI CƯƠNG**

- 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.

**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.

- Bệnh lý toàn thân quá nặng không đảm bảo cuộc mổ.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện:** Phẫu thuật viên chuyên ngành tiêu hóa, ngoại chung.

**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:** Theo quy định bộ y tế, được bác sỹ kiểm tra đầy đủ các xét nghiệm, có chữ ký thông qua mổ và giấy cam đoan mổ.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Tư thế:** Bệnh nhân nằm ngửa

**2. Vô cảm:** Gây mê nội khí quản hoặc tê tại chỗ trong các trường hợp toác vết mổ nhỏ, đơn thuần.

**3. Kỹ thuật:**

3.1. 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. 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.

## 130. KHÂU LẠI DA THÌ 2, SAU NHIỄM KHUẨN

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Khâu lại da thì 2, sau nhiễm khuẩn vết mổ đã để hở da, hiện điều trị ổn định nhiễm khuẩn bằng kháng sinh mổ lại, và khâu da thì 1.

**II. CHỈ ĐỊNH**

- Khâu da thì 1 nhiễm trùng vết mổ ổn định

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Nhiễm khẩu nặng

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện:** 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.

**4. Hồ sơ bệnh án:** Theo quy định bộ y tế, được bác sỹ kiểm tra đầy đủ các xét nghiệm, có chữ ký thông qua mổ và giấy cam đoan mổ.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Kiểm tra hồ sơ**

**2. Kiểm tra người bệnh**

**3. Thực hiện kỹ thuật:**

- 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.

**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.

## 131. CHỌC DÒ TÚI CÙNG DOUGLAS

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Chọc dò túi cùng sau là một thủ thuật nhằm xác định túi cùng Douglas có dịch, máu hay mủ.

**II. CHỈ ĐỊNH**

- Nghi thai ngoài tử cung vỡ, vỡ nang trứng chảy máu

- Lấy dịch ổ bụng làm xét nghiệm.

- Nghi có ổ áp xe phần phụ hoặc áp xe Douglas.

**III. CHUẨN BỊ**

**1.Người thực hiện**

Bác sỹ chuyên khoa Sản, nên có điều dưỡng, nữ hộ sinh phụ cho người làm thủ thuật

**2.Dụng cụ:**

+   Bộ khám phụ khoa.

+   Các dung dịch sát khuẩn.

+   Lidocain, nước cất.

+   Bơm tiêm 10 - 20 ml, kim chọc dò tủy sống.

**3.Người bệnh**

+  Tư vấn: cho người bệnh biết các bước tiến hành.

+ Động viên, hỗ trợ tinh thần, vệ sinh cơ quan sinh dục ngoài và đi tiểu tiện.

**4. Hồ sơ bệnh án**

Hồ sơ bệnh án theo quy định.

**IV.CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

* Người bệnh nằm theo tư thế phụ khoa.
* Sát khuẩn rộng vùng âm hộ.
* Đặt mỏ vịt (có thể dùng van âm đạo) tiếp tục sát khuẩn phần trong âm đạo và túi cùng sau.
* Dùng kìm Pozzi kẹp mép sau cổ tử cung, kéo nhẹ theo hướng ra ngoài và lên trên, bộc lộ túi cùng sau âm đạo.
* Lắp kim vào bơm tiêm.
* Chọc nhanh kim vào túi cùng sau ở dưới mép sau cổ tử cung (thường không cần phải gây tê)
* Kéo nòng bơm tiêm từ từ để hút dịch ở túi cùng Douglas. Nếu:

+ Hút ra được máu đen loãng, không đông, có thể là chảy máu trong do thai ngoài tử cung.

+ Hút ra được máu nhưng để bên ngoài một lúc thì đông, có thể đã chọc vào mạch máu. Nếu cần có thể chọc lại lần nữa theo hướng khác.

+ Hút ra dịch vàng, trong và không phải máu. Có thể đó là thai ngoài tử cung chưa vỡ hoặc viêm tử cung.

-  Nếu hút ra mủ, thì lưu kim lại tại chỗ, tiến hành mở túi cùng để dẫn lưu mủ và gửi xét nghiệm.

**V. THEODÕI**

- Toàn trạng: mạch,nhiệtđộ,huyếtáp.

- Theo dõi máu âm đạo/nhiễm trùng sau làm thủ thuật

**VII. TAI BIẾNVÀ XỬTRÍ**

- Chảy máu: Tìm vị trí chảy máu và xử trí cầm máu

- Nhiễm trùng : dùng kháng sinh và xử trí tác nhân gây viêm.

## 132. CHÍCH ÁP XE TẦNG SINH MÔN

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Áp xe tầng sinh môn nếu không sớm thăm khám và khắc phục có thể bệnh sẽ phát triển nhanh chóng sang các bộ phận xung quanh gây hoại tử mềm quanh bộ phận sinh dục và tầng sinh môn, ảnh hưởng nghiêm trọng đến đời sống, sức khỏe, sức khỏe sinh sản.

**II. CHỈ ĐỊNH**

Abces đã hóa mủ

**II. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Ổ viêm đỏ chưa hóa mủ

Nhiễm trùng toàn thân nặng chưa được điều trị

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

Bác sĩ chuyên khoa phụ sản

**2. Dụng cụ**

- Cồn 70 hoặc dung dịch sát trùng như Betadin

- Bơm tiêm 5ml

- Thuốc giảm đau toàn thân : dolargan, fentanyl….

- Thuốc gây tê tại chỗ bằng Lidocain

- Bộ dụng cụ để chích ápxe.

- Các khăn trải phẫu thuật vô khuẩn

- Bàn khám hoặc bàn mổ.

**3. Người bệnh**

- Người bệnh và gia đình: được giải thích lý do phải chích abces và ký giấy cam đoan đồng ý làm thủ thuật.

- Khám toàn trạng và chuyên khoa để đánh giá tổng thể sức khỏe, phát hiện chống chỉ định.

- Người bệnh được vệ sinh vùng tầng sinh môn trước khi làm thủ thuật

- Tư thế nằm tư thế sản khoa

**4. Hồ sơ bệnh án**

Hồ sơ bệnh án theo quy định.

**IV. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

⮚**Thì 1.**

- Sát trùng rộng vùng abces từ trong ra ngoài

- Dùng khăn vô trùng để bao bọc xung quanh vùng thủ thuật.

⮚**Thì 2.**

- Rạch da ngay trên khối abces chỗ mềm nhất đường rạch đủ rộng để tháo hết mủ. Có thể đi đường trong môi bé hay đường nếp gấp môi lớn môi bé.

- Sau khi rạch qua da và tổ chức dưới da đi thẳng vào khối abces tránh làm nát các tổ chức xung quanh gây chảy máu. Dùng kẹp nhỏ có quấn gạc làm sạch ổ abces

- Để da hở, đặt một meche trong ổ abcesđể dẫn lưu mủ ra ngoài, rút sau 12 giờ.

**V. THEO DÕI**

- Người bệnh được dùng thuốc giảm đau và kháng sinh uống hoặc tiêm trong 5 đến 7 ngày, thuốc chống phù nề (nếu cần)

- Theo dõi chảy máu tại vết rạch.

**VI. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ**

- Chảy máu: chảy máu tại vùng rạch da hoặc trong ổ abces, khâu chỗ chảy máu dùng tiếp kháng sinh

- Không thoát mủ: mở thông lại, dùng kháng sinh tiêm.

## 133. PHẪU THUẬT VẾT THƯƠNG TẦNG SINH MÔN ĐƠN GIẢN

**I. ĐẠI CƯƠNG**

- Vết thương tầng sinh môn đơn giản là những vết thương phần mềm đơn thuần không kèm theo các thương tổn nặng vùng tiểu khung.

- Có nhiều nguyên nhân gây vết thương tầng sinh môn như do tai nạn giao thông, do ngồi vào vật nhọn, do tai biến sản khoa,…

**II. CHỈ ĐỊNH**

Vết thương phần mềm vùng tầng sinh môn.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Các vết thương tầng sinh môn kèm theo thương tổn khác ở tiểu khung như trực tràng, ống hậu môn, cơ thắt, niệu đạo, bang quang, xương chậu,…

**IV. CHUẨN BỊ**

- Người thực hiện: phẫu thuật viên ngoại chung hoặc phẫu thuật viên tiêu hóa.

- Người bệnh: thường đến viện trong tình trạng cấp cứu, cho kháng sinh, truyền dịch.

- Phương tiện: bộ phẫu thuật trung phẫu, các loại chỉ tiêu chậm và không tiêu,…

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Tư thế:**phụ khoa hoặc nằm sấp.

**2. Vô cảm:**gây tê vùng, gây tê tại chỗ hoặc gây mê toàn thân.

**3. Kỹ thuật:**Thời gian dự kiến phẫu thuật 45 - 60 phút

- Lấy dị vật như sỏi, đá, mảnh tre…

- Làm sạch vết thương bằng nước muối, oxy già, betadine…

- Cắt lọc tổ chức dập nát hoặc hoại tử không còn mạch nuôi. Cố gắng bảo tồn tối đa da vùng tầng sinh môn, sẽ cắt lọc lần 2 nếu tổ chức bị hoại tử tiếp.

- Không khâu kín vết thương.

**VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

**1. Chăm sóc và theo dõi:**

- Chăm sóc và theo dõi người bệnh như các trường hợp phẫu thuật vết thương phần mềm khác.

- Dùng kháng sinh toàn thân (metronidazol, cephalosporin thế hệ 3,…).

- Thay băng một đến nhiều lần trong ngày nếu vết thương rộng, bẩn.

**2. Xử trí tai biến:**

- Chảy máu: băng ép bằng gạc hoặc khâu cầm máu khi cần thiết.

- Nhiễm trùng: thay băng nhiều lần trong ngày, có thể cắt lọc lại lần 2, trong một số trường hợp phải làm hậu môn nhân tạo.

## 134. CẮT GAN KHÔNG ĐIỂN HÌNH DO VỠ GAN, CẮT GAN NHỎ

**I. ĐẠI CƯƠNG**

- Cắt gan nhỏ: khi cắt dưới 1 phân thùy (cắt phân thùy bên, phân thùy giữa, phân thùy trước, phân thùy sau, phân thùy đuôi và cắt hạ phân thùy: I, III, V, VI, VII, VIII).

**II. CHỈ ĐỊNH**

- Võ gan khu trú tại gan phải hoặc thuỳ gan phải.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Bệnh lý nội khoa nặng: bệnh tim mạch, hô hấp, rối loạn đông máu…

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện:**

- Là phẫu thuật viên chuyên khoa tiêu hoá, gan mật.

**2. Phương tiện:**

- Khung van xích nâng thành bụng.

- Bộ dụng cụ đại phẫu tiêu hoá.

- Bộ dụng cụ mạch máu: clamp mạch máu các loại, dụng cụ khâu nối mạch máu 4.0, 5.0…

- Chỉ tiêu 3.0, 4.0, chỉ không tiêu 4.0,5.0…

- Dao mổ cắt gan:dao siêu âm(harmonicscaplel), dao CUSA,dao điện lưỡng cực…

**3. Người bệnh:**

- Người bệnh phải được làm đầy đủ xét nghiệm đánh giá tình trạng bệnh, đánh giá toàn thân (tim mạch, hô hấp, đông máu).

- Người bệnh phải được chụp cắt lớp vi tính đa dãy đo V gan còn lại. Tính tỷ lệ V gan còn lại/ P cơ thể, nếu tỷ lệ > 1% cho phép cắt gan phải, nếu tỷ lệ < 1% phải xét nút tĩnh mạch cửa phải để phì đại gan trái.

- Ngày trước mổ phải được vệ sinh thân thể, cạo lông bộ phận sinh dục, thụt tháo sạch, trong trường hợp cắt gan lớn phải được tẩy ruột bằng Fortrans (3 gói pha 3000ml uống trong 3h).

- Người bệnh cần được giải thích đầy đủ về bệnh lý, về quy trình phẫu thuật, các tai biến rủi ro có thể xảy ra trong và sau phẫu thuật.

**4. Hồ sơ bệnh án:** Theo quy định bộ y tế, được bác sỹ kiểm tra đầy đủ các xét nghiệm, có chữ ký thông qua mổ và giấy cam đoan mổ.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Tư thế:**

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

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

**2. Vô cảm:**

- Gây mê nội khí quản, đặt sonde dạ dày, đặt sonde tiểu, đường truyền ngoại vi và trung ương. Thường kê một gối nhỏ ở mũi ức để bộc lộ rõ đường mổ, sát trùng toàn bộ ổ bụng từ dưới núm vú đến xương mu.

**3. Kỹ thuật:**

BƯỚC 1 - mở bụng: Đường mở bụng giữa trên rốn, có thể kéo dưới rốn thường được áp dụng, có thể mở bụng đường chữ J dưới sườn phải nếu khối u lớn

BƯỚC 2: Đánh giá thương tổn tại gan, hạch cuống gan, nhu mô phần gan còn lại. Đánh giá các bộ phận khác như dạ dày, ruột non… trong ổ bụng, đánh giá tình trạng dịch ổ bụng.

BƯỚC 3: Giải phóng gan: dây chằng tròn, dây chằng liềm, dây chằng tam giác, dây chằng vành. Mở mạc nối nhỏ, tách dây chằng tĩnh mạch chỗ sát với cuống thuỳ trái (điểm dưới cùng bên trái dây chằng tròn).

BƯỚC 4: Cắt gan theo phương pháp Tôn Thất Tùng

- Dùng dao điện đánh dấu đường cắt gan: mặt trên gan là đường bám của dây chằng liềm thường hơi lệch sang trái một chút, bắt đầu từ bờ trái tĩnh mạch chủ dưới trên gan đến bờ trái chỗ tiếp xúc của dây chằng tròn với gan, mặt dưới là đường song song và sát cạnh dây chằng tĩnh mạch.

- Cắt nhu mô gan bằng pincer, bằng dao siêu âm hoặc CUSA. Trong quá trình cắt nhu mô gan có thể cặp cuống gan toàn bộ, thời gian cặp mỗi lần không quá 15’, giữa các lần cặp nghỉ 5’. Phẫu tích và buộc toàn bộ các nhánh mạch ở diện cắt gan có thể dùng dao lưỡng cực hoặc dao siêu âm để cầm máu các nhánh nhỏ.

- Cầm máu diện cắt gan: những điểm chảy máu có thể được khâu cầm máu bằng các mũi chữ X với chỉ 4.0, 5.0 hoặc đốt điện với dao Bipolar hoặc khâu các mũi chữ u ép bờ trên và dưới diện cắt với nhau.

BƯỚC 5: Lau ổ bụng, đặt dẫn lưu: đặt 02 dẫn lưu tại diện cắt, đóng bụng.

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

- Khi người bệnh rút được ống nội khí quản thì được chuyển về bệnh phòng, thở Oxy > 48h, nuôi dưỡng bằng đường tĩnh mạch >72h, các xét nghiệm sinh hóa máu, đông máu, công thức máu được thực hiện vào ngày 1, 3, 5, 7 sau mổ. Các biến chứng sau mổ gồm các biến chứng sau:

- Suy gan sau mổ: theo tiêu chuẩn Belghiti 2005 “50-50”: bilirubin>50umo/l; tỷ lệ prothrombin<50%vào ngày thứ 5 sau mổ. Điều trị nội khoa: chống nhiễm trùng, đảm bảo chức năng thận, bồi phụ Albumin, thuốc hỗ trợ chức năng gan, thuốc lợi mật. Trường hợp không có kết quả phải tiến hành lọc huyết tương.

- Chảy máu trong ổ bụng: chảy máu qua dẫn lưu, hematocrite giảm, phải truyền máu hoặc can thiệp mổ lại cầm máu.

- Rò mật: khi dịch mật qua dẫn lưu > 50ml/ngày trong 3 ngày. Theo dõi và điều trị nội khoa, giữ lại dẫn lưu ổ bụng thời gian dài và luôn mở dẫn lưu mật để giảm áp đường mật.

- Chảy dịch ổ bụng: > 500ml/ngày trong > 3 ngày. Điều trị nội khoa bằng bù Albumin, thuốc lợi tiểu…

- Biến chứng khác: nhiễm trùng vết mổ,viêm phổi, nhiễm khuẩn tiết niệu...

## 135. KHÂU VỠ GAN DO CHẤN THƯƠNG, VẾT THƯƠNG GAN

**I. ĐẠI CƯƠNG**

- Chấn thương gan là một trong những cấp cứu ngoại khoa thường gặp và nguy hiểm nếu không phát hiện và xử trí kịp thời

**II. CHỈ ĐỊNH**

- Khâu gan thường được thực hiện khi vỡ gan mà phẫu thuật viên đánh giá không cần phải cắt gan.

- Trong một số trường hợp khâu gan có tác dụng cầm máu để cứu sống người bệnh và giải quyết tổn thương gan ở thì mổ sau.

- Khi gan vỡ gây chảy máu mà không có tổn thương đứt đường mật phân thuỳ, hạ phân thuỳ và tổn thương gan không lan rộng quá một hạ phân thuỳ.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Người bệnh có bệnh lý toàn thân nặng không cho phép can thiệp phẫu thuật.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện:**

- Là phẫu thuật viên chuyên khoa ngoại tiêu hoá, gan mật.

**2. Phương tiện:**

- Khung van xích nâng thành bụng.

- Bộ dụng cụ đại phẫu tiêu hoá.

- Bộ dụng cụ mạch máu: clamp mạch máu các loại, dụng cụ khâu nối mạch máu 4.0, 5.0…

- Chỉ tiêu 3.0, 4.0, chỉ không tiêu 4.0,5.0…

**3. Người bệnh:**

- Người bệnh phải được làm các xét nghiệm cơ bản phục vụ cuộc mổ, hoặc trong trường hợp mất máu tối khẩn cấp không kịp làm xét nghiệm có thể mổ ngay để cứu sống bệnh nhân.

- Người bệnh hoặc người nhà được giải thích đầy đủ về bệnh lý, về quy trình phẫu thuật, các tai biến rủi ro có thể xảy ra trong và sau phẫu thuật.

**4. Hồ sơ bệnh án:** Theo quy định bộ y tế, được bác sỹ kiểm tra đầy đủ các xét nghiệm, có chữ ký thông qua mổ và giấy cam đoan mổ.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

- Thì 1: mở bụng. Đường mở thường sử dụng đường trắng giữa trên rốn kéo dài xuống dưới rốn. Trong một số trường hợp bệnh nhân béo, tổn thương chắc chắn vỡ gan có thể sử dụng đường Mercedes hoặc đường Kehr.

- Thì 2: đánh giá tổn thương. Trong trường hợp mở bụng máu trào ra nhiều thì báo với bác sỹ gây mê hồi sức sẵn sàng bù máu, dịch. Không nên hút ngay lập tức hết máu mà cần mở bụng rộng rãi nhanh chóng cắt dây chằng tròn và chèn chặt gạc lớn vào dưới vòm hoành và chèn chặt dưới hay thuỳ gan phải và trái để cầm máu tạm thời. Lúc này dùng máy hút hút máu cục (có thể đổ huyết thanh mặn nóng để bệnh nhân không bị mất nhiệt).

+ Đánh giá các tổn thương, thăm dò toàn bộ ổ bụng theo trình tự: vòm hoành trái, lách, tuỵ, dạ dày, tá tràng, ruột non, đại tràng, mạc treo ruột, thận niệu quản hai bên, bàng quang, tình trạng tụ máu sau phúc mạc,... để thống kê toàn bộ các tổn thương trong ổ bụng ngoài gan.

+ Lúc này quay trở lại đánh giá tổn thương gan: vị trí, đường vỡ, tình trạng nhu mô gan để quyết định chèn gạc, khâu gan hay cắt gan.

+ Cắt gan được chỉ định khi: tổn thương dập nát nhu mô gan không còn khả năng hồi phục hoặc tổn thương đứt các thành phần trong bao Glisson, đứt tĩnh mạch gan chi phối gây hoại tử gan. Cắt gan bé khi tổn thương dưới hai hạ phân thuỳ. Cắt gan lớn khi tổn thương từ bên ba hạ phân thuỳ. Trong trường hợp tổn thương gan phải lan rộng sang gan trái hoặc tổn thương gan trái lan rộng sang bên phải thì phải cân nhắc cắt gan tránh suy gan sau mổ. (Trong trường hợp này bằng mọi cách chỉ cần cầm máu tạm thời bằng khâu chèn gạc và chuyển về tuyến trên).

- Thì 3: giải phóng gan. Thì này rất quan trọng để làm dễ dàng kiểm soát cầm máu gan trong quá trình cắt gan cũng như trong quá trình khâu gan cầm máu. Cắt dây chằng giải phóng gan. Tổn thương gan phải cũng như tổn thương gan trái cần giải phóng toàn bộ gan: cắt dây chằng tròn, dây chằng liềm, dây chằng tam giác trái, phục mạc sau bờ dưới gan phải, mở mạc nối nhỏ. Trong quá trình giải phóng gan, phẫu thuật viên phải chú ý không để người phụ dùng máy hút hút máu tại nơi vỡ gan mà phải cầm máu bằng chèn gạc vào nơi gan vỡ.

- Thì 4: Khẫu gan vỡ

Cách khâu gan: 3 cách khâu:

+ Khâu mũi chữ U

+ Khâu mũi chữ X

+ Khâu thường.

Khâu sao cho máu không chảy ở diện cắt là được, có thể đùng chỉ nhỏ như prolene 3/0, 4/0... đến chỉ catgut to. Có thể khâu chỉ ở trong diện vỡ gan, có thể khâu ở ngoài nhu mô gan lành để ép 2 mép cầm máu.

- Thì 5: kiểm tra. Rửa ổ bụng bằng huyết thanh ấm, kiểm tra kỹ diện cắt gan, có thể khâu tăng cường bằng các mũi chữ U. Tuỳ vị trí tổn thương gan và hình thái cắt gan, có thể cắt túi mật, kiểm soát rò mật bằng đặt ống sonde nhựa nhỏ qua cổ túi mật vào ống mật chủ.

- Thì 6: đặt dẫn lưu ổ bụng và đóng bụng. Nên đặt nhiều dẫn lưu ở diện cắt gan và ở dưới gan qua đường dưới sườn phải. Lau ổ bụng. Đóng bụng theo các lớp giải phẫu.

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

1. Theo dõi.

- Theo dõi sát mạch, huyết áp và toàn trạng trong 48h đầu.

- Theo dõi số lượng dịch dẫn lưu, màu sắc.

- Kiểm tra chức năng gan, điện giải đồ, công thức máu sau mổ.

- Bồi phụ đầy đủ dịch và điện giải. Truyền máu khi Hematocrit < 30%.

2. Một số biến chứng cần lưu ý. chảy máu sau mổ, áp xe tồn dư, suy gan, viêm phúc mạc, tràn dịch màng phổi,... cần phát hiện và xử lý kịp thời để giảm tỷ lệ tử vong. Trường hợp quá khả năng điều trị chuyển về tuyến trên.

## 136. PHẪU THUẬT DẪN LƯU ÁP XE GAN

**I. ĐẠI CƯƠNG**

- Áp xe gan là do tổ chức tế bào gan bị phá hủy tạo thành ổ mủ ở gan

**II. CHỈ ĐỊNH**

- Các ổ áp xe gan lớn >5cm.

- Áp xe gan có triệu chứng: đau, sốt, không đáp ứng với điều trị nội khoa.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Người bệnh có bệnh lý toàn thân nặng không cho phép can thiệp thủ thuật.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện:**

- Là phẫu thuật viên chuyên khoa tiêu hoá, gan mật hoặc bác sĩ chẩn đoán hình ảnh

**2. Phương tiện:**

- Máy siêu âm với đầu dò 2-5Mhz

- Kim chọc, sonde dẫn lưu.

- Chỉ khâu cố định sonde.

**3. Người bệnh:**

- Người bệnh phải được làm đầy đủ xét nghiệm.

- Người bệnh được giải thích đầy đủ về bệnh lý, về quy trình phẫu thuật, các tai biến rủi ro có thể xảy ra trong và sau phẫu thuật.

**4. Hồ sơ bệnh án:** Theo quy định bộ y tế.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Tư thế:**

- Người bệnh nằm ngửa hoặc nghiêng phải, tuỳ theo vị trí ổ áp-xe

**2. Vô cảm:** Tê tại chỗ

**3. Kỹ thuật:**

Bước 1: Đặt đầu dò siêu âm, xác định vị trí ổ áp-xe. Xác định vị trí tiếp cận ổ áp- xe thuận lợi nhất, tránh các mạch máu lớn.

Bước 2: Gây tê tại chỗ dự kiến chọc.

Bước 3: Rạch da 0,5cm, chọc kim dẫn đường qua da dưới hướng dẫn siêu âm, hút mủ gửi vi sinh.

Bước 4: Sau khi xác định chính xác kim đã ở trong ổ áp-xe, luồn ống dẫn lưu theo.

Bước 5: Cố định dẫn lưu.

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

**1. Theo dõi**

- Trong 24h đầu: Theo dõi sát mạch, huyết áp, nhiệt độ, nước tiểu, dẫn lưu.

- Làm xét nghiệm công thức máu, đông máu cơ bản, sinh hoá: chức năng gan thận, điện giải ngày thứ 1 sau mổ.

2. Xử trí biến chứng:

- Chảy máu:

. Truyền máu, hồi sức tích cực.

. Can thiệp nút mạch dưới điện quang hoặc mổ lại cầm máu.

- Viêm phúc mạc:

. Điều trị kháng sinh liều cao

. Phẫu thuật mở bụng rộng rãi, lau rửa.

## 137. LẤY SỎI ỐNG MẬT CHỦ, DẪN LƯU ỐNG KEHR KÈM TẠO HÌNH CƠ THẮT ODDI

**I. ĐẠI CƯƠNG**

- Sỏi ống mật chủ (OMC) là bệnh thường gặp ở nước ta. Trước đây, sỏi OMC chiếm tới 80 - 90% trong tổng số sỏi mật; gần đây, do tỷ lệ sỏi túi mật ngày càng gia tăng, làm tỷ lệ sỏi OMC giảm đáng kể (khoảng 50 - 60%).

- Khác với sỏi OMC ở các nước Âu, Mỹ (chủ yếu là sỏi Cholesterol và di chuyển từ túi mật xuống); bệnh lý sỏi OMC ở Việt Nam rất phức tạp, thành phần chủ yếu của sỏi OMC là sắc tố mật, nhân là xác hay trứng giun đũa. Yếu tố giun chui đường mật và nhiễm trùng đóng vai trò quan trọng trong cơ chế hình thành sỏi.

**II. CHỈ ĐỊNH**

- Sỏi ống mật chủ

- Tắc mật cấp

-Viêm phúc mạc mật, thấm mật phúc mạc

- Nhiễm trùng đường mật

- Viêm tụy cấp do sỏi ống mật chủ

- Sỏi đường mật trong gan

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Bệnh lý toàn thân nặng không cho phép can thiệp phẫu thuật.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện:** phẫu thuật viên chuyên khoa tiêu hoá hoặc gan mật.

**2. Phương tiện:** Bộ dụng cụ phẫu thuật chuyên khoa, các vật tư tiêu hao, trang thiết bị cho một cuộc phẫu thuật gan mật.

**3. Người bệnh:**

- Được làm đầy đủ các xét nghiệm chuẩn bị cuộc mổ.

- Vệ sinh sạch sẽ, ăn nhẹ đến 22h ngày hôm trước.

- Được giải thích về quy trình, nguy cơ tai biến của phẫu thuật.

- Chuẩn bị đại tràng sạch.

- Sáng ngày mổ: nhịn ăn uống, kháng sinh dự phòng.

**4. Hồ sơ bệnh án:** Theo quy định bộ y tế, được bác sỹ kiểm tra đầy đủ các xét nghiệm, có chữ ký thông qua mổ và giấy cam đoan mổ.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1.Tư thế:**

- Người bệnh nằm ngửa, có thể kê tấm độn dưới lung ngang vị trí mũi ức. Dạng 2 tay

- Phẫu thuật viên đứng bên phải người bệnh, bác sĩ phụ 1 đứng bên trái, phụ 2(nếu có) đứng trên bác sĩ phụ 1.

**2. Vô cảm:** Gây mê nội khí quản,.

**3. Kỹ thuật:**

Bước 1: mở bụng: rạch da đường trắng giữa trên rốn hoặc đường dưới sườn phải

Bước 2: đánh giá tổn thương

Bước 3: bộc lộ ống mật chủ

Bước 4: mở ống mật chủ, khâu treo và cầm máu ống mật chủ

Bước 5: lấy sỏi ống mật chủ

Bước 6: kiểm tra và nong cơ oddi

Bước 7: đặt dẫn lưu kehr và cố định

Bước 8: đặt dẫn lưu dưới gan

Bước 9: đóng bụng theo giải phẫu

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

**1. Theo dõi:**

- Trong 24h đầu: người bệnh thở oxy, theo dõi sát mạch, huyết áp, nhiệt độ, nước tiểu, dẫn lưu.

- Làm xét nghiệm công thức máu, đông máu cơ bản, sinh hoá: chức năng gan thận, điện giải ngày thứ 1 sau mổ.

- Vào ngày thứ 2 sau mổ có thể cho ăn trở lại, thức ăn từ lỏng đến đặc dần, số lượng tăng dần.

**2. Xử trí biến chứng:**

- Chảy máu:

+ Truyền máu, hồi sức tích cực.

+ Can thiệp nút mạch dưới điện quang hoặc mổ lại cầm máu.

- Áp xe, ổ dịch tồn dư:

+ Điều trị kháng sinh liều cao

+ Dẫn lưu dưới hướng dẫn siêu âm.

## 138. CẮT TÚI MẬT

**I. ĐẠI CƯƠNG**

- Cắt túi mật là một thủ tục phẫu thuật để loại bỏ túi mật - một cơ quan hình quả lê nằm ngay dưới gan vào phía trên bên phải của bụng.

- Phẫu thuật cắt túi mật là phẫu thuật mở cắt túi mật, phẫu thuật này hiện được dần thay thế bằng phẫu thuật nội soi cắt túi mật.

**II. CHỈ ĐỊNH**

- Sỏi mật trong túi mật (sỏi mật).

- Sỏi mật trong ống dẫn mật (choledocholithiasis).

- Viêm túi mật.

- Viêm tụy do sỏi túi mật

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Người bệnh có rối loạn đông máu, nhiễm trùng toàn thân nặng,

- Có chống chỉ định gây mê toàn thân: bệnh lý tim mạch, hô hấp nặng.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện:**

- Là phẫu thuật viên chuyên khoa ngoại tiêu hóa , gan mật.

**2. Phương tiện:**

- Dụng cụ phẫu thuật tiêu hoá thông thường.

- Chỉ khâu mạch máu Prolene 4/0, 5/0; chỉ Vicryl 2/0, 3/0.

- Dao điện, máy hút.

- Hệ thống van kéo tự động (nếu có).

**3. Người bệnh:**

- Vệ sinh sạch sẽ, ăn nhẹ đến 22h ngày hôm trước.

- Được giải thích về quy trình, nguy cơ tai biến của phẫu thuật.

- Được chụp cắt lớp vi tính hoặc MRI ổ bụng đánh giá bất thường đường mật.

- Thụt tháo phân sạch, sáng ngày mổ: nhịn ăn, uống, kháng sinh dự phòng.

**4. Hồ sơ bệnh án:** Theo quy định bộ y tế, được bác sỹ kiểm tra đầy đủ các xét nghiệm, có chữ ký thông qua mổ và giấy cam đoan mổ.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1.Tư thế:**

- Người bệnh nằm ngửa, có thể kê tấm độn dưới lưng ngang vị trí mũi ức. Tay phải dạng, tay trái khép.

- Phẫu thuật viên đứng bên phải người bệnh, bác sĩ phụ 1 đứng bên trái, phụ 2(nếu có) đứng trên bác sĩ phụ 1.

**2.Vô cảm:** Gây mê nội khí quản, có giãn cơ.

**3. Kỹ thuật:**

- Bước 1: mở bụng: rạch da đường trắng giữa trên rốn hoặc đường dưới sườn phải

- Bước 2: đánh giá tổn thương túi mật: viêm, hoại tử, sỏi túi mật…. thăm dò các tạng khác trong ổ bụng : gan, dạ dày…..

- Bước 3: cắt tui mật xuôi dòng: cầm máu các mạch máu nhỏ đi ra từ giường túi mật, bộc lộ động mạch túi mật, ống cổ túi mật, cắt túi mật tránh làm tổn thương ống mật chủ

- Bước 4: lau rửa sạch ổ bụng, đặt dẫn lưu dưới gan

- Bước 5: đóng bụng theo các lớp giải phẫu

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

1. Theo dõi:

- Trong 24h đầu: người bệnh thở oxy, theo dõi sát mạch, huyết áp, nhiệt độ, nước tiểu, dẫn lưu.

- Làm xét nghiệm công thức máu, đông máu cơ bản, sinh hoá: chức năng gan thận, điện giải ngày thứ 1 sau mổ.

- Vào ngày thứ 2 sau mổ có thể cho ăn trở lại, thức ăn từ lỏng đến đặc dần, số lượng tăng dần.

2. Xử trí biến chứng:

- Chảy máu:

+ Truyền máu, hồi sức tích cực.

+ Can thiệp nút mạch dưới điện quang hoặc mổ lại cầm máu.

- Áp xe, ổ dịch tồn dư:

+ Điều trị kháng sinh liều cao

+ Dẫn lưu dưới hướng dẫn siêu âm

## 139. CẮT TÚI MẬT, MỞ ỐNG MẬT CHỦ LẤY SỎI, DẪN LƯU KEHR

**I. ĐẠI CƯƠNG**

- Sỏi ống mật chủ (OMC) là bệnh thường gặp ở nước ta. Trước đây, sỏi OMC chiếm tới 80 - 90% trong tổng số sỏi mật; gần đây, do tỷ lệ sỏi túi mật ngày càng gia tăng, làm tỷ lệ sỏi OMC giảm đáng kể (khoảng 50 - 60%).

Cắt túi mật là một thủ tục phẫu thuật để loại bỏ túi mật - một cơ quan hình quả lê nằm ngay dưới gan vào phía trên bên phải của bụng.

- Khác với sỏi OMC ở các nước Âu, Mỹ (chủ yếu là sỏi Cholesterol và di chuyển từ túi mật xuống); bệnh lý sỏi OMC ở Việt Nam rất phức tạp, thành phần chủ yếu của sỏi OMC là sắc tố mật, nhân là xác hay trứng giun đũa. Yếu tố giun chui đường mật và nhiễm trùng đóng vai trò quan trọng trong cơ chế hình thành sỏi.

**II. CHỈ ĐỊNH**

- Sỏi ống mật chủ, Sỏi mật trong túi mật (sỏi mật).

- Nhiễm trùng đường mật, túi mật

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Bệnh lý toàn thân nặng không cho phép can thiệp phẫu thuật.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện:** phẫu thuật viên chuyên khoa tiêu hoá hoặc gan mật.

**2. Phương tiện:** Bộ dụng cụ phẫu thuật chuyên khoa, các vật tư tiêu hao, trang thiết bị cho một cuộc phẫu thuật gan mật.

**3. Người bệnh:**

- Được làm đầy đủ các xét nghiệm chuẩn bị cuộc mổ.

- Vệ sinh sạch sẽ, ăn nhẹ đến 22h ngày hôm trước.

- Được giải thích về quy trình, nguy cơ tai biến của phẫu thuật.

- Chuẩn bị đại tràng sạch.

- Sáng ngày mổ: nhịn ăn uống, kháng sinh dự phòng.

**4. Hồ sơ bệnh án:** Theo quy định bộ y tế, được bác sỹ kiểm tra đầy đủ các xét nghiệm, có chữ ký thông qua mổ và giấy cam đoan mổ.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1.Tư thế:**

- Người bệnh nằm ngửa, có thể kê tấm độn dưới lung ngang vị trí mũi ức. Dạng 2 tay

- Phẫu thuật viên đứng bên phải người bệnh, bác sĩ phụ 1 đứng bên trái, phụ 2(nếu có) đứng trên bác sĩ phụ 1.

**2. Vô cảm:** Gây mê nội khí quản,.

**3. Kỹ thuật:**

Bước 1: mở bụng: rạch da đường trắng giữa trên rốn hoặc đường dưới sườn phải

Bước 2: đánh giá tổn thương túi mật: viêm, hoại tử, sỏi túi mật…. thăm dò các tạng khác trong ổ bụng : gan, dạ dày…..

Bước 3: cắt tui mật xuôi dòng: cầm máu các mạch máu nhỏ đi ra từ giường túi mật, bộc lộ động mạch túi mật, ống cổ túi mật, cắt túi mật tránh làm tổn thương ống mật chủ

Bước 4: mở ống mật chủ, khâu treo và cầm máu ống mật chủ

Bước 5: lấy sỏi ống mật chủ

Bước 6: kiểm tra và nong cơ oddi

Bước 7: đặt dẫn lưu kehr và cố định

Bước 8: lau rửa sạch ổ bụng, đặt dẫn lưu dưới gan

Bước 9: đóng bụng theo giải phẫu

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

**1. Theo dõi:**

- Trong 24h đầu: người bệnh thở oxy, theo dõi sát mạch, huyết áp, nhiệt độ, nước tiểu, dẫn lưu.

- Làm xét nghiệm công thức máu, đông máu cơ bản, sinh hoá: chức năng gan thận, điện giải ngày thứ 1 sau mổ.

- Vào ngày thứ 2 sau mổ có thể cho ăn trở lại, thức ăn từ lỏng đến đặc dần, số lượng tăng dần.

**2. Xử trí biến chứng:**

- Chảy máu:

+ Truyền máu, hồi sức tích cực.

+ Can thiệp nút mạch dưới điện quang hoặc mổ lại cầm máu.

- Áp xe, ổ dịch tồn dư:

+ Điều trị kháng sinh liều cao

+ Dẫn lưu dưới hướng dẫn siêu âm.

## 140. PHẪU THUẬT ĐIỀU TRỊ ÁP XE GAN DO GIUN, MỞ ỐNG MẬT CHỦ LẤY GIUN

**I. ĐẠI CƯƠNG**

- Áp xe gan là do tổ chức tế bào gan bị phá hủy tạo thành ổ mủ ở gan

- Khác với sỏi OMC ở các nước Âu, Mỹ (chủ yếu là sỏi Cholesterol và di chuyển từ túi mật xuống); bệnh lý sỏi OMC ở Việt Nam rất phức tạp, thành phần chủ yếu của sỏi OMC là sắc tố mật, nhân là xác hay trứng giun đũa. Yếu tố giun chui đường mật và nhiễm trùng đóng vai trò quan trọng trong cơ chế hình thành sỏi.

**II. CHỈ ĐỊNH**

- Các ổ áp xe gan lớn >5cm.

- Áp xe gan có triệu chứng: đau, sốt, không đáp ứng với điều trị nội khoa.

- Sỏi ống mật chủ do giun

- Tắc mật cấp do giun

- Sỏi đường mật trong gan do giun

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Người bệnh có bệnh lý toàn thân nặng không cho phép can thiệp thủ thuật.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện:**

- Là phẫu thuật viên chuyên khoa tiêu hoá, gan mật hoặc bác sĩ chẩn đoán hình ảnh

**2. Phương tiện:**

- Máy siêu âm với đầu dò 2-5Mhz

- Kim chọc, sonde dẫn lưu.

- Chỉ khâu cố định sonde.

**3. Người bệnh:**

- Người bệnh phải được làm đầy đủ xét nghiệm.

- Người bệnh được giải thích đầy đủ về bệnh lý, về quy trình phẫu thuật, các tai biến rủi ro có thể xảy ra trong và sau phẫu thuật.

**4. Hồ sơ bệnh án:** Theo quy định bộ y tế.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Tư thế:**

- Người bệnh nằm ngửa hoặc nghiêng phải, tuỳ theo vị trí ổ áp-xe

**2. Vô cảm:** Tê tại chỗ

**3. Kỹ thuật:**

1. Điều trị Áp xe gan

Bước 1: Đặt đầu dò siêu âm, xác định vị trí ổ áp-xe. Xác định vị trí tiếp cận ổ áp- xe thuận lợi nhất, tránh các mạch máu lớn.

Bước 2: Gây tê tại chỗ dự kiến chọc.

Bước 3: Rạch da 0,5cm, chọc kim dẫn đường qua da dưới hướng dẫn siêu âm, hút mủ gửi vi sinh.

Bước 4: Sau khi xác định chính xác kim đã ở trong ổ áp-xe, luồn ống dẫn lưu theo.

Bước 5: Cố định dẫn lưu.

2. Mở ống mật chủ lấy giun

- Mở bụng đường trắng giữa trên rốn.

- Cắt bỏ dây chằng tròn.

- Mở ống mật chủ.

- Dùng dụng cụ lấy sỏi ống mật chủ.

- Bơm rửa sạch đường mật.

- Nong Oddi.

- Đóng lại ống mật chủ bằng chỉ tiêu 4.0.

- Đặt 1 dẫn lưu dưới gan.

- Đóng lại thành bụng theo các lớp giải phẫu.

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

**1. Theo dõi**

- Trong 24h đầu: Theo dõi sát mạch, huyết áp, nhiệt độ, nước tiểu, dẫn lưu.

- Làm xét nghiệm công thức máu, đông máu cơ bản, sinh hoá: chức năng gan thận, điện giải ngày thứ 1 sau mổ.

2. Xử trí biến chứng:

- Chảy máu:

. Truyền máu, hồi sức tích cực.

. Can thiệp nút mạch dưới điện quang hoặc mổ lại cầm máu.

- Viêm phúc mạc:

. Điều trị kháng sinh liều cao

. Phẫu thuật mở bụng rộng rãi, lau rửa.

**141. PHẪU THUẬT ĐIỀU TRỊ THỦNG ĐƯỜNG MẬT NGOÀI GAN**

## 142. LẤY SỎI ỐNG MẬT CHỦ, DẪN LƯU ỐNG KEHR, PHẪU THUẬT LẠI

**I. ĐẠI CƯƠNG**

- Sỏi ống mật chủ (OMC) là bệnh thường gặp ở nước ta. Trước đây, sỏi OMC chiếm tới 80 - 90% trong tổng số sỏi mật; gần đây, do tỷ lệ sỏi túi mật ngày càng gia tăng, làm tỷ lệ sỏi OMC giảm đáng kể (khoảng 50 - 60%).

- Khác với sỏi OMC ở các nước Âu, Mỹ (chủ yếu là sỏi Cholesterol và di chuyển từ túi mật xuống); bệnh lý sỏi OMC ở Việt Nam rất phức tạp, thành phần chủ yếu của sỏi OMC là sắc tố mật, nhân là xác hay trứng giun đũa. Yếu tố giun chui đường mật và nhiễm trùng đóng vai trò quan trọng trong cơ chế hình thành sỏi.

**II. CHỈ ĐỊNH**

- Sỏi ống mật chủ

- Tắc mật cấp

-Viêm phúc mạc mật, thấm mật phúc mạc

- Nhiễm trùng đường mật

- Viêm tụy cấp do sỏi ống mật chủ

- Sỏi đường mật trong gan

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Bệnh lý toàn thân nặng không cho phép can thiệp phẫu thuật.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện:** phẫu thuật viên chuyên khoa tiêu hoá hoặc gan mật.

**2. Phương tiện:** Bộ dụng cụ phẫu thuật chuyên khoa, các vật tư tiêu hao, trang thiết bị cho một cuộc phẫu thuật gan mật.

**3. Người bệnh:**

- Được làm đầy đủ các xét nghiệm chuẩn bị cuộc mổ.

- Vệ sinh sạch sẽ, ăn nhẹ đến 22h ngày hôm trước.

- Được giải thích về quy trình, nguy cơ tai biến của phẫu thuật.

- Chuẩn bị đại tràng sạch.

- Sáng ngày mổ: nhịn ăn uống, kháng sinh dự phòng.

**4. Hồ sơ bệnh án:** Theo quy định bộ y tế, được bác sỹ kiểm tra đầy đủ các xét nghiệm, có chữ ký thông qua mổ và giấy cam đoan mổ.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1.Tư thế:**

- Người bệnh nằm ngửa, có thể kê tấm độn dưới lung ngang vị trí mũi ức. Dạng 2 tay

- Phẫu thuật viên đứng bên phải người bệnh, bác sĩ phụ 1 đứng bên trái, phụ 2(nếu có) đứng trên bác sĩ phụ 1.

**2. Vô cảm:** Gây mê nội khí quản,.

**3. Kỹ thuật:**

Bước 1: mở bụng: rạch da đường trắng giữa trên rốn hoặc đường dưới sườn phải

Bước 2: đánh giá tổn thương

Bước 3: bộc lộ ống mật chủ

Bước 4: mở ống mật chủ, khâu treo và cầm máu ống mật chủ

Bước 5: lấy sỏi ống mật chủ

Bước 6: kiểm tra và nong cơ oddi

Bước 7: đặt dẫn lưu kehr và cố định

Bước 8: đặt dẫn lưu dưới gan

Bước 9: đóng bụng theo giải phẫu

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

**1. Theo dõi:**

- Trong 24h đầu: người bệnh thở oxy, theo dõi sát mạch, huyết áp, nhiệt độ, nước tiểu, dẫn lưu.

- Làm xét nghiệm công thức máu, đông máu cơ bản, sinh hoá: chức năng gan thận, điện giải ngày thứ 1 sau mổ.

- Vào ngày thứ 2 sau mổ có thể cho ăn trở lại, thức ăn từ lỏng đến đặc dần, số lượng tăng dần.

**2. Xử trí biến chứng:**

- Chảy máu:

+ Truyền máu, hồi sức tích cực.

+ Can thiệp nút mạch dưới điện quang hoặc mổ lại cầm máu.

- Áp xe, ổ dịch tồn dư:

+ Điều trị kháng sinh liều cao

+ Dẫn lưu dưới hướng dẫn siêu âm.

## 143. LẤY SỎI ỐNG MẬT CHỦ, DẪN LƯU ỐNG KEHR LẦN ĐẦU

**I. ĐẠI CƯƠNG**

- Sỏi ống mật chủ (OMC) là bệnh thường gặp ở nước ta. Trước đây, sỏi OMC chiếm tới 80 - 90% trong tổng số sỏi mật; gần đây, do tỷ lệ sỏi túi mật ngày càng gia tăng, làm tỷ lệ sỏi OMC giảm đáng kể (khoảng 50 - 60%).

- Khác với sỏi OMC ở các nước Âu, Mỹ (chủ yếu là sỏi Cholesterol và di chuyển từ túi mật xuống); bệnh lý sỏi OMC ở Việt Nam rất phức tạp, thành phần chủ yếu của sỏi OMC là sắc tố mật, nhân là xác hay trứng giun đũa. Yếu tố giun chui đường mật và nhiễm trùng đóng vai trò quan trọng trong cơ chế hình thành sỏi.

**II. CHỈ ĐỊNH**

- Sỏi ống mật chủ

- Tắc mật cấp

-Viêm phúc mạc mật, thấm mật phúc mạc

- Nhiễm trùng đường mật

- Viêm tụy cấp do sỏi ống mật chủ

- Sỏi đường mật trong gan

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Bệnh lý toàn thân nặng không cho phép can thiệp phẫu thuật.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện:** phẫu thuật viên chuyên khoa tiêu hoá hoặc gan mật.

**2. Phương tiện:** Bộ dụng cụ phẫu thuật chuyên khoa, các vật tư tiêu hao, trang thiết bị cho một cuộc phẫu thuật gan mật.

**3. Người bệnh:**

- Được làm đầy đủ các xét nghiệm chuẩn bị cuộc mổ.

- Vệ sinh sạch sẽ, ăn nhẹ đến 22h ngày hôm trước.

- Được giải thích về quy trình, nguy cơ tai biến của phẫu thuật.

- Chuẩn bị đại tràng sạch.

- Sáng ngày mổ: nhịn ăn uống, kháng sinh dự phòng.

**4. Hồ sơ bệnh án:** Theo quy định bộ y tế, được bác sỹ kiểm tra đầy đủ các xét nghiệm, có chữ ký thông qua mổ và giấy cam đoan mổ.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1.Tư thế:**

- Người bệnh nằm ngửa, có thể kê tấm độn dưới lung ngang vị trí mũi ức. Dạng 2 tay

- Phẫu thuật viên đứng bên phải người bệnh, bác sĩ phụ 1 đứng bên trái, phụ 2(nếu có) đứng trên bác sĩ phụ 1.

**2. Vô cảm:** Gây mê nội khí quản,.

**3. Kỹ thuật:**

Bước 1: mở bụng: rạch da đường trắng giữa trên rốn hoặc đường dưới sườn phải

Bước 2: đánh giá tổn thương

Bước 3: bộc lộ ống mật chủ

Bước 4: mở ống mật chủ, khâu treo và cầm máu ống mật chủ

Bước 5: lấy sỏi ống mật chủ

Bước 6: kiểm tra và nong cơ oddi

Bước 7: đặt dẫn lưu kehr và cố định

Bước 8: đặt dẫn lưu dưới gan

Bước 9: đóng bụng theo giải phẫu

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

**1. Theo dõi:**

- Trong 24h đầu: người bệnh thở oxy, theo dõi sát mạch, huyết áp, nhiệt độ, nước tiểu, dẫn lưu.

- Làm xét nghiệm công thức máu, đông máu cơ bản, sinh hoá: chức năng gan thận, điện giải ngày thứ 1 sau mổ.

- Vào ngày thứ 2 sau mổ có thể cho ăn trở lại, thức ăn từ lỏng đến đặc dần, số lượng tăng dần.

**2. Xử trí biến chứng:**

- Chảy máu:

+ Truyền máu, hồi sức tích cực.

+ Can thiệp nút mạch dưới điện quang hoặc mổ lại cầm máu.

- Áp xe, ổ dịch tồn dư:

+ Điều trị kháng sinh liều cao

+ Dẫn lưu dưới hướng dẫn siêu âm.

## 144. DẪN LƯU ĐƯỜNG MẬT RA DA

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Trong những trường hợp tắc mật dẫn lưu đường mật, đặt stent đường mật sẽ có hiệu quả làm giảm áp lực đường mật, lưu thông đường mật giải quyết sự tắc mật để phòng ngừa các biến chứng, cải thiện chất lượng sống và thời gian sống cho người bệnh.

**II. CHỈ ĐỊNH**

Giãn đường mật, có hội chứng tắc mật. Giảm tắc nghẽn đường mật, lập lại lưu thông đường mật do: ung thư đường mật, ung thư từ cơ quan lân cận xâm lấn đường mật (ung thư túi mật, ung thư tế bào gan, ung thư tụy), ung thư di căn vùng rốn gan, ung thư vùng bóng Vater, ung thư đầu tụy mà không còn khả năng phẫu thuật hoặc tình trạng người bệnh chưa cho phép phẫu thuật, sỏi mật gây tắc mật có nhiễm trùng đường mật cấp.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

– Rối loạn đông máu: PT<60%, tiểu cầu < 50.000.

– Cổ trướng.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

– 02 bác sỹ.

– 01 điều dưỡng.

**2. Phương tiện**

2.1. Dụng cụ

– Máy siêu âm với đầu dò 3,5MHz.

– Máy X quang C-arm với màn hu nh quang tăng sáng.

– Kim Secalon 18-21G.

– Dây dẫn đường (guide wire): đầu chữ J và thẳng.

– Bộ ống nong và ống dẫn lưu (ODL) 8F-16F.

– Ống silicon 14F, ống latex phủ silicon 16F.

– Các dụng cụ vô khuẩn khác: bơm và kim tiêm, khay quả đậu, khăn trải có lỗ, túi chứa dịch.

2.2. Thuốc:

Thuốc sát khuẩn, lidocain 2%, thuốc tiền mê (fentanyl, midazolam).

**3. Người bệnh:**

Được đặt đường truyền tĩnh mạch và tiền mê.

**4. Hồ sơ bệnh án:**

Kiểm tra đầy đủ các xét nghiệm cần thiết.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

– Chọc đường mật qua da dưới hướng dẫn siêu âm theo kỹ thuật bàn tay tự do của Matalon TA: chọc kim 18-21G vào đường mật gan phải.

– Chụp đường mật qua da:

+ Đánh giá hệ thống cây đường mật bằng chụp đường mật qua da.

+ Tiếp tục thực hiện chọc đường mật trong gan (nếu có chỉ định).

– Đưa guide wire theo catheter vào đường mật. Cố gắng vượt qua đoạn hẹp đường mật và xuống tá tràng.

– Nếu guide wire qua được đoạn hẹp:

+ Nong đường hầm mật da và nong đoạn hẹp theo kỹ thuật nong bằng ống.

+ Đưa stent vào trong lòng đường mật: stent được đưa vào lòng đường mật qua guide wire. Kiểm tra và đặt các stent ở vị trí thích hợp.

+ Mở stent và kiểm tra sự lưu thông đường mật: các stent được mở đồng thời. Kiểm tra lưu thông đường mật.

– Đặt ống dẫn lưu đường mật qua da ra ngoài nếu:

+ Nếu guide wire không vượt qua đoạn hẹp.

+ Đặt phối hợp nhằm đề phòng biến chứng chảy máu qua vị trí kim chọc hoặc trong trường hợp stent chưa mở hoàn toàn. Dẫn lưu này sẽ được rút sau một vài ngày.

+ Tổng trạng người bệnh nặng.

**VI. THEO DÕI**

Theo dõi mạch, huyết áp, vị trí chọc kim và chân dẫn lưu, tình trạng bụng, tình trạng hô hấp của người bệnh trong 24giờ sau làm thủ thuật.

**VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ**

– Chọc vào mạch máu, chảy máu đường mật: ngừng thủ thuật, vitamin K1, plasma tươi đông lạnh nếu rối loạn đông máu nặng.

– Tràn khí màng phổi: hút hoặc dẫn lưu màng phổi.

– Nhiễm trùng đường mật, viêm phúc mạc mật, viêm túi mật: sử dụng kháng sinh trước và sau khi làm thủ thuật.

– Viêm tụy cấp: điều trị như viêm tụy cấp.

– Tụt hoặc tắc ống dẫn lưu mật, rò mật quanh chân ống thông: đặt lại ống thông dẫn lưu, cố định lại ống thông dẫn lưu nếu có rò mật quanh chân ống thông.

## 145. DẪN LƯU TÚI MẬT

**I. ĐẠI CƯƠNG**

- Túi mật có 3 phần: đáy, thân, cổ túi mật. Đáy túi mật nằm ở chỗ khuyết của bờ gan trước. Đáy túi mật tự do là nơi - để mở thông túi mật.

- Là phẫu thuật tạm thời trên những bệnh nhân nặng, không có khả năng cắt túi mật.

**II. CHỈ ĐỊNH**

- Túi mật căng to dọa vỡ

- Túi mật căng to so sỏi ống mật chủ

- Viêm tụy cấp mở thông túi mật để giảm áp

- Chấn thương gan

- Hoặc những tình huống khẩn cấp không cho phép làm tối đa

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Bệnh lý toàn thân nặng không cho phép can thiệp phẫu thuật.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

- Phẫu thuật viên chuyên khoa ngoại tiêu hóa.

**2. Phương tiện:** Bộ dụng cụ phẫu thuật chuyên khoa, các vật tư tiêu hao, trang thiết bị cho một cuộc phẫu thuật gan mật.

**3. Người bệnh:**

- Được làm đầy đủ các xét nghiệm chuẩn bị cuộc mổ.

- Được giải thích về quy trình, nguy cơ tai biến của phẫu thuật.

**4. Hồ sơ bệnh án:** Theo quy định bộ y tế, được bác sỹ kiểm tra đầy đủ các xét nghiệm, có chữ ký thông qua mổ và giấy cam đoan mổ.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1.Tư thế:**

- Người bệnh nằm ngửa, có thể kê tấm độn dưới lưng ngang vị trí mũi ức, 2 tay dạng

- Phẫu thuật viên đứng bên phải người bệnh, bác sĩ phụ 1 đứng bên trái, phụ 2(nếu có) đứng trên bác sĩ phụ 1.

**2. Vô cảm:** Gây mê nội khí quản, có giãn cơ.

**3. Kỹ thuật:**

Bước 1: rạch da đường trắng giữa trên rốn hoạc dưới sườn phải

Bước 2: tìm túi mật, trèn gạc xung quanh để tránh dịch mật tràn vào ổ bụng

Bước 3: thăm khám túi mật

Bước 4: mở túi mật, khâu mũi túi, đặt sonde malecot dẫn lưu đường mật

Bước 5: khâu cố định túi mật vào thành bụng hoặc cuốn mạc nối lớn để cách ly với ổ bụng

Bước 6: đóng bụng theo giải phẫu

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

**1. Theo dõi:**

- Trong 24h đầu: người bệnh thở oxy, theo dõi sát mạch, huyết áp, nhiệt độ, nước tiểu, dẫn lưu.

- Làm xét nghiệm công thức máu, đông máu cơ bản, sinh hoá: chức năng gan thận, điện giải ngày thứ 1 sau mổ.

- Vào ngày thứ 2 sau mổ có thể cho ăn trở lại, thức ăn từ lỏng đến đặc dần, số lượng tăng dần.

**2. Xử trí biến chứng:**

- Chảy máu:

. Truyền máu, hồi sức tích cực.

. Can thiệp nút mạch dưới điện quang hoặc mổ lại cầm máu.

- Ápxe, ổ dịch tồn dư:

. Điều trị kháng sinh liều cao

. Dẫn lưu dưới hướng dẫn siêu âm

## 146. DẪN LƯU NANG ỐNG MẬT CHỦ

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Nang ống mật chủ là tình trạng giãn bẩm sinh của đường mật trong và ngoài gan.

**II. CHỈ ĐỊNH**

- Nang ống mật chủ

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Bệnh lý toàn thân nặng không cho phép can thiệp phẫu thuật.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện:**

- Là phẫu thuật viên chuyên khoa ngoại tiêu hóa, gan mật tụy.

**2. Phương tiện:**

- Dụng cụ phẫu thuật tiêu hoá thông thường.

- Chỉ khâu mạch máu Prolene 4/0, 5/0; chỉ Vicryl 2/0, 3/0.

- Dao điện, máy hút.

- Hệ thống van kéo tự động (nếu có).

**3. Người bệnh:**

- Được làm đầy đủ các xét nghiệm chuẩn bị cuộc mổ.

- Vệ sinh sạch sẽ, ăn nhẹ đến 22h ngày hôm trước.

- Được giải thích về quy trình, nguy cơ tai biến của phẫu thuật.

- Chuẩn bị đại tràng sạch .

- Sáng ngày mổ: nhịn ăn, uống, đánh dấu vùng mổ.

- Tại thời điểm rạch da: kháng sinh dự phòng.

**4. Hồ sơ bệnh án:** Theo quy định bộ y tế, được bác sỹ kiểm tra đầy đủ các xét nghiệm, có chữ ký thông qua mổ và giấy cam đoan mổ.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1.Tư thế:**

- Người bệnh nằm ngửa, có thể kê tấm độn dưới lưng ngang vị trí mũi ức. Tay phải dạng, tay trái khép.

- Phẫu thuật viên đứng bên phải người bệnh, bác sĩ phụ 1 đứng bên trái, phụ 2(nếu có) đứng trên bác sĩ phụ 1.

**2. Vô cảm:** Gây mê nội khí quản.

**3. Kỹ thuật**

- Bước 1: rạch da đường trắng giữa trên rốn

- Bước 2: bộc lộ ống mật chủ, tìm nang ống mật chủ

- Bước 3: khâu mũi túi, mở nang, đặt dẫn nang ống mật chủ

- Bước 4: đặt 01 dẫn lưu quanh miệng nối.

- Bước 5: đóng thành bụng theo giải phẫu.

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

**1. Theo dõi:**

- Trong 24h đầu: người bệnh thở oxy, theo dõi sát mạch, huyết áp, nhiệt độ, nước tiểu, dẫn lưu.

- Làm xét nghiệm công thức máu, đông máu cơ bản, sinh hoá: chức năng gan thận, điện giải ngày thứ 1 sau mổ.

- Vào ngày thứ 2 sau mổ có thể cho ăn trở lại, thức ăn từ lỏng đến đặc dần, số lượng tăng dần.

**2. Xử trí biến chứng:**

- Chảy máu:

. Truyền máu, hồi sức tích cực.

. Can thiệp nút mạch dưới điện quang hoặc mổ lại cầm máu.

- Ápxe, ổ dịch tồn dư:

. Điều trị kháng sinh liều cao

## 147. CẮT LÁCH TOÀN BỘ DO CHẤN THƯƠNG

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Vỡ lách là một cấp cứu ngoại khoa, thường xảy ra do chấn thương bụng kín, gây tràn máu vào trong ổ bụng. Tùy thuộc vào kích thước của khối lách vỡ, mà lượng máu tràn vào ổ bụng là nhiều hay ít.

**II. CHỈ ĐỊNH**

Sinh hiệu không ổn định

Truyền 2 đơn vị máu trở lên để duy trì Hct > 26%

Có phản ứng phúc mạc toàn diện

Có tổn thương phối hợp cần can thiệp phẫu thuật.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Bệnh nhân quá nặng không thể phẫu thuật được, đa chấn thương nặng

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện:**

- Phẫu thuật viên chuyên khoa tiêu hóa

**2. Phương tiện:**

- Bộ dụng cụ phẫu thuật tiêu hóa.

- Các stapler, clip mạch máu.

- Dao Harmonic hoặc Ligasure hoặc Thunderbeat.

**3. 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.

**4. Hồ sơ bệnh án:** Theo quy định bộ y tế, được bác sỹ kiểm tra đầy đủ các xét nghiệm, có chữ ký thông qua mổ và giấy cam đoan mổ.

**VI. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

- Rạch đường trắng giữa ( né rốn) và vào bụng, vết mổ 20cm với rốn nằm giữa.

- Thấy máu lượng nhiều trong ổ bụng nên múc máu vào khay để lát truyền máu hoàn hổi

- Sau đó thám xét thấy lách vỡ làm đôi, cắt đoạn lách vỡ

- Sau đó thám xét thấy lách vỡ, kẹp cắt lách

- Tiến hành kẹp và buộc các chỗ máu còn đang chảy buộc chảy và thám sát ruột

- Tiến hành kẹp và buộc các chỗ máu còn đang chảy buộc chảy và thám sát ruột

- Rửa ổ bụng lấy máu đông và sau đó rừa phần bên ngoài bằng nước ấm

- Đóng bụng

**VI. THEO DÕI VÀ BIẾN CHỨNG**

- Chảy máu sau mổ

- Rò tiêu hóa, áp xe dư.

- Nhiễm trùng sau mổ

# TIẾT NIỆU - SINH DỤC

## 148. DẪN LƯU THẬN

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Dẫn lưu thận qua da là 1 thủ thuật phổ biến trong tiết niệu, được chỉ định trong nhiều hoàn cảnh nhưng thường mang tính chất tạm thời để giải quyết trong các trường hợp cấp tính sau đó phẫu thuật thì 2 hoặc chỉ giải quyết vấn đề triệu chứng ở những người bệnh không còn chỉ định phẫu thuật

**II. CHỈ ĐỊNH**

Những trường hợp cấp tính mà chưa thể phẫu thuật ngay do thể trạng người bệnh yếu, nhiễm trùng nặng:

* Ứ mủ thận do sỏi thận, niệu quản (NQ) mà thể trạng không cho phép phẫu thuật
* Suy thận cấp do hẹp NQ 2 bên, dẫn lưu thận cấp cứu sau đó mổ sau
* Người bệnh không còn chỉ định phẫu thuật: Hẹp NQ 2 bên do khối u chèn ép hoặc xâm lấn ở giai đoạn muộn

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

* Có nhiễm trùng tại chỗ vùng chọc dẫn lưu
* Chống chỉ định tương đối: rối loạn đông máu, nếu trường hợp tối cấp thì cần vừa điều trị rối loạn đông máu phối hợp tiến hành thủ thuật

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện:**

* + 1 bác sỹ chuyên khoa tiết niệu
  + 1 người phụ

1. **Người bệnh:**
   * Làm bilan trước mổ đánh giá: chức năng thận, tình trạng nhu mô thận cả 2 bên, các bệnh lý toàn thân, tiền sử can thiệp cũ vùng thắt lưng 2 bên.
   * Dặn nhịn ăn trước khi tiến hành can thiệp 6 tiếng, nếu có thể nên thì thụt hậu môn.
   * Giải thích cho người bệnh và người nhà cách thức tiến hành, những nguy cơ, biến chứng có thể xảy ra
2. **Phương tiện:**

* Máy siêu âm
* Kim chọc và bộ nong
* Guide wire
* Sonde dẫn lưu mono J
* Kim khâu và chỉ cố định
* Bộ dụng cụ tiểu phẫu khâu vết thương
* Máy monitor theo dõi M, HA, Sp02
* Thời gian phẫu thuật: tùy từng trường hợp, có thểtừ15-60 phút.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**Tư thế**: nằm nghiêng về bên đối diện bên tổn thương, hoặc nằm sấp có kê cao phần thắt lưng.

**Vô cảm**: Tê tại chỗhoặc tiền mê tĩnh mạch

**Kỹ thuật:**

* Sát khuẩn vùng chọc dẫn lưu
* Trải toan vô khuẩn
* Tê tại chỗ dưới da : thường dùng xylocaine 2%
* Dùng đầu dò siêu âm xác định vị trí bể thận đánh giá tình trạng nhu mô thận và các tạng lân cận.
* Chọc kim thăm dò vào bể thận dưới hướng dẫn siêu âm, khi kim vào đúng bể thận sẽ quan sát thấy trên siêu âm và thấy nước tiểu chảy qua kim.
* Dùng guide wire luồn qua kim vào bể thận.
* Dùng bộ nong tạo đường hầm rộng.
* Đưa sonde mono J qua đường hầm vào bể thận, đầu chữ J nằm trong bể thận.
* Cố định ngoài da bằng chỉ khâu.
* Nối sonde mono J với túi nước tiểu.

**VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

1. **Theo dõi**

* Tai biến thuốc gây tê, gây mê
* Chảy máu
* Rò nước tiểu
* Áp xe quanh thận

1. **Xử trí tai biến:**

* Tai biến thuốc gây tê, gây mê: tùy từng mức độ phản ứng với thuốc gây tê, tiền mê mà xử lý.
* Chảy máu: theo dõi màu sắc nước tiểu chảy qua dẫn lưu thận, nếu chảy máu ít điều trị nội khoa, nếu điều trị nội khoa không kết quả thì chụp mạch can thiệp nút mạch hoặc phẫu thuật lại cầm máu.
* Áp xe quanh thận do rò nước tiểu: trước tiên là điều trị nội khoa kháng sinh, chống viêm. Nếu điều trị không hiệu quả thì phải mổ làm sạch dẫn lưu khoang quanh thận.

## 149. DẪN LƯU VIÊM TẤY QUANH THẬN, ÁP XE THẬN

**I. ĐẠI CƯƠNG**

- Dịch quanh thận xuất hiện do nhiều nguyên nhân, với số lượng ít thường ít ảnh hưởng đến cấu trúc, chức năng của thận, nhưng nếu dịch quanh thận nhiều và tồn tại trong thời gian dài sẽ có nguy cơ gây chèn ép cấu trúc thận, lâu dần sẽ ảnh hưởng đến chức năng thận và gây xơ hóa cầu thận.

- Dẫn lưu dịch quanh thận dưới hướng dẫn của siêu âm là một thủ thuật cần được tiến hành để lấy hết dịch quanh thận ra ngoài, giải phóng chèn ép thận nhằm phục hồi cấu trúc và chức năng của thận.

**II. CHỈ ĐỊNH**

- Dịch quanh thận dày ≥ 3 cm

- Có dấu hiệu chèn ép thận trên siêu âm

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Người bệnh có rối loạn đông máu

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

- 02 bác sỹ

- 01 điều dưỡng

**2. Phương tiện**

- Dung dịch Betadine sát trùng: 01lọ

- Thuốc gây tê lidocaine 2%: 04 ống (10mg/ml)

- Nước muối sinh lý 0,9%: 500ml

- Kim tiêm, bơm tiêm 5ml: 01 chiếc

- Bơm tiêm 20ml: 02 chiếc

- Bông băng, gạc vô trùng: 04 gói

- Găng tay vô trùng: 03 đôi

- Bộ đặt catheter tĩnh mạch trung tâm: 01 bộ

- Máy siêu âm với đầu dò Convex 3,5-5 MHz đã được sát khuẩn

- Săng vô khuẩn loại không lỗ: 04 chiếc

- Panh kẹp săng: 04 chiếc

- Bàn thủ thuật: 01 chiếc

- Túi ni lông vô khuẩn bọc đầu dò siêu âm: 01 bộ

**3. Người bệnh**

- Người bệnh được làm các xét nghiệm về đông máu cơ bản và các xét nghiệm cơ bản khác.

- Người bệnh được siêu âm thận tiết niệu hoặc chụp cắt lớp vi tính xác định mức độ chèn ép thận và số lượng dịch.

- Người bệnh và người nhà được nghe bác sỹ giải thích kỹ về tác dụng và tai biến của thủ thuật và ký vào giấy cam kết làm thủ thuật dẫn lưu dịch quanh thận.

**4. Hồ sơ bệnh án**

- Đầy đủ các xét nghiệm cơ bản, điện tim, Xquang phổi trong giới hạn bình thường.

- Siêu âm hoặc cắt lớp vi tính hệ tiết niệu để đánh giá lượng dịch và vị trí ổ dịch quanh thận.

- Giấy cam đoan phẫu thuật.

- Bệnh nhân có Cao huyết áp, bệnh nhân trên 60 tuổi cần được siêu âm tim.

- Bệnh nhân có bệnh phổi tắc ngẽn mạn tính (COPD) phải đo chức năng hô hấp trước mổ.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Kiểm tra hồ sơ**: Kiểm tra các xét nghiệm đã được làm

**2. Kiểm tra người bệnh**: đối chiếu tên, tuổi, chẩn đoán bệnh

**3. Thực hiện kỹ thuật**

- Người bệnh dược thử phản ứng với thuốc gây tê lidocaine.

- Người bệnh được theo dõi mạch, huyết áp trước khi tiến hành thủ thuật.

- Người bệnh được nằm sấp hoặc nghiêng tùy theo vị trí dẫn lưu.

- Định vị bằng siêu âm để tìm điểm chọc hút dịch.

- Bác sỹ rửa tay, đi găng vô trùng, mặc áo thủ thuật, đội mũ, đeo khẩu trang.

- Sát trùng da vùng dẫn lưu

- Trải săng vô trùng ở vị trí chọc hút dịch

- Gây tê vùng định dẫn lưu dịch

- Chọc kim dẫn đường của bộ đặt catheter vào khối dịch quanh thận dưới sự hướng dẫn của siêu âm.

- Luồn ống dẫn lưu vào khối dịch quanh thận, rút kim dẫn đường ra

- Rút thử qua ống dẫn lưu xem đã có dịch hay chưa

- Khi chắc chắn ống dẫn lưu đã vào tới vùng dịch quanh thận rồi thì tiến hành nối ống dẫn lưu với bộ dây truyền và túi đựng nước tiểu để đánh giá số lượng dịch ra chính xác.

- Khâu cố định sonde dẫn lưu

- Siêu âm kiểm tra lại

- Sát khuẩn lại vị trí dẫn lưu

- Băng vùng chân dẫn lưu

- Cho người bệnh về giường bệnh

**VI. THEO DÕI**

- Người bệnh cần được theo dõi mạch, nhiệt độ, huyết áp.

- Theo dõi màu sắc, số lượng dịch dẫn lưu

- Theo dõi vị trí dẫn lưu (chảy máu, nhiễm trùng)

- Theo dõi nước tiểu

**VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ**

- Đau vị trí dẫn lưu: nếu đau nhiều có thể dùng thuốc giảm đau như paracetamol, nospa uống hoặc tiêm .

- Đái máu vi thể: không cần xử trí

- Đái máu đại thể:

+ Đái máu ít: Truyền thêm Natriclorua 9% hoặc Glucose 5%, theo dõi chặt chẽ mạch, huyết áp, toàn trạng.

+ Nếu có đái máu nhiều gây tụt huyết áp cần truyền máu, hồi sức tích cực và dùng thuốc cầm máu.

## 150. PHẪU THUẬT CẤP CỨU VỠ BÀNG QUANG

**I.ĐẠI CƯƠNG**

Vỡ bàng quang là bệnh lý cấp cứu cần được xử trí ngay,kịp thời,chính xác.Các dấu hiệu lâm sang của vỡ bàng quang tương đối ít,nhiều trường hơp dễ nhầm với tính trạng của vỡ tạng rỗng

**II.CHỈ ĐỊNH**

Khi chẩn đoán xác định vỡ bàng quang hoặc cần tiến hành xử trí ngay

**III.CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Vì tình trạng cần xử trí cấp cứu nên với các trường hợp nguy cơ cao như bệnh lý toàn thân nặng, rối loạn đông máu…, cần giải thích kĩ cho người bệnh và gia đình

**IV.CHUẨN BỊ**

**1.Người thực hiện**

- 01 bác sĩ phẫu thuật,02 bác sĩ phụ mổ,kíp gây mê,kíp dụng cụ.

**2. Phương tiện dụng cụ:**

- Bộ dụng cụ phẫu thuật bụng.

- Bộ thông đái: Thông đái và túi nước tiểu.

- Dẫn lưu bàng quang sonde Pezzer

- 2 sợi chỉ vicryl 2/0 khâu bàng quang, 2 sợi chỉ vicryl số 1 đóng bụng, 1-2 sợi Dafilon 3/0 đóng da

**3. 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.

- Nhịn ăn uống trước mổ 6 giờ,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.

- Cho ký cam đoan trước khi tiến hành phẫu thuật, thủ thuật

- Dùng kháng sinh dự phòng trước mổ

**4. Hồ sơ bệnh án**

Bệnh án được hoàn thiện với các thủ tục dành cho người bệnh tiến hành làm thủ thuật: hồ sơ đã duyệt can thiệp thủ thuật, giấy cam đoan có ký xác nhận của người bệnh hoặc người nhà.

**V.CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Kiểm tra hồ sơ:** kiểm tra lại hồ sơ bệnh án.

**2. Kiểm tra người bệnh:**

- Các chức năng sống (mạch, huyết áp, SPO2 và ý thức) xem có thể tiến hành thủ thuật được không.

- Đối chiếu tên, tuổi, chẩn đoán bệnh.

**3. Kỹ thuật:**

- Người bệnh tê tủy sống hoặc nội khí quản, nằm ngửa.

- Mở bụng đường trắng giữa dưới rốn

- Rạch mở cân cơ vào khoang retzius

- Bộc lộ, đánh giá thương tổn bàng quang: Số lượng chỗ vỡ, vị trí, kích thước chỗ vỡ, bờ đường vỡ. Đánh giá cổ bàng quang xem có tổn thương không?

- Khâu lỗ thủng bàng quang ngoài phúc mạc

- Dẫn lưu bàng quang tạm thời trên xương mu, kết hợp với đặt sonde niệu đạo

Làm sạch, dẫn lưu khoang retzius

- Kiểm tra cầm máu kỹ, đóng bụng hai lớp theo giải phẫu

**VI.THEO DÕI**

Toàn trạng: Các dấu hiệu sinh tồn sau mổ

## 151. BƠM RỬA BÀNG QUANG, BƠM HÓA CHẤT

**I.ĐẠI CƯƠNG**

Nội soi bàng quang và bơm hóa chất là một thăm dò bàng quang qua đường niệu đạo bằng máy soi, từ đó có thể nhìn thấy rõ nhất bên trong niệu đạo, bàng quang. Khi phát hiện tổn thương cần điều trị bằng hóa chất (ung thư bàng quang, đái máu sau điều trị xạ trị của ung thư vùng tiểu khung) thì tiến hành bơm hóa chất vào trong bàng quang. Hóa chất được dùng tùy theo bệnh lý bàng quang và mục tiêu điều trị.

**II.CHỈ ĐỊNH**

Bơm hóa chất trong điều trị ung thư bàng quang, điều trị triệu chứng trong đái máu sau xạ trị ung thư vùng tiểu khung…

**III.CHỐNG CHỈ ĐỊNH TƯƠNG ĐỐI (CHO MỘT SỐ HÓA CHẤT)**

Phụ nữ có thai và cho con bú.

**IV.CHUẨN BỊ**

**1 .Người thực hiện**

- Bác sĩ: 01

- Điều dưỡng: 01

**2. Phương tiện**

− Máy nội soi bàng quang ống cứng và nguồn sáng phù hợp.

− Bàn nội soi bàng quang

− Vật tư tiêu hao:

+ Dung dịch sát khuẩn: betadin 10% hoặc thuốc đỏ.

+ Gel xylocain và chlorhexadin.

+ Gạc vô trùng: 05 miếng

+ Panh vô trùng: 01 chiếc

+ Găng vô trùng: 02 đôi

+ 1000- 2000 ml nước vô trùng (nước cất hoặc natriclorua 0,9%).

+ Quần dành cho người bệnh soi bàng quang.

+ Hóa chất bơm bàng quang.

**3. Người bệnh**

- 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.

- Giải thích cho người bệnh và gia đình về chỉ định, cách thức tiến hành, các nguy cơ có thể xảy ra của thủ thuật.

-Cho ký cam đoan trước khi tiến hành thủ thuật

**4. Hồ sơ bệnh án**

Bệnh án được hoàn thiện với các thủ tục dành cho người bệnh tiến hành làm thủ thuật: hồ sơ đã duyệt can thiệp thủ thuật, giấy cam đoan có ký xác nhận của người bệnh hoặc người nhà.

**V.CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Kiểm tra hồ sơ:** kiểm tra lại hồ sơ bệnh án.

**2. Kiểm tra người bệnh:**

- Các chức năng sống (mạch, huyết áp, SPO2 và ý thức) xem có thể tiến hành thủ thuật được không.

- Đối chiếu tên, tuổi, chẩn đoán bệnh.

**3 .Thực hiện kỹ thuật**

-Tư thế người bệnh

+ Người bệnh nằm ở tư thế sản khoa.

+ Người bệnh được mặc quần dành cho người bệnh nội soi bàng quang.

- Vệ sinh bộ phận sinh dục bằng gạc thấm dung dịch sát trùng.

- Ống soi được bôi trơn bằng dung dịch xylocain và chlorhexadin. Bác sĩ đưa từ từ ống soi qua lỗ niệu đạo vào bàng quang.

- Trong quá trình đưa ống soi vào bàng quang, cần để nước vô trùng chảy liên tục qua ống soi để giảm tổn thương cho niệu đạo và bàng quang.

- Sau khi rửa sạch bàng quang, bơm hóa chất vào bàng quang (loại hóa chất, số lượng, thời gian lưu tùy theo mục đích điều trị).

Ghi hồ sơ:

- Ngày giờ tiến hành thủ thuật.

+ Tên hóa chất, số lượng hóa chất bơm vào bàng quang.

+ Tình trạng của người bệnh trong và sau khi tiến hành thủ thuật.

+ Tên người tiến hành.

**VI.THEO DÕI**

-Trong 24- 48 giờ:

+Nhiệt độ, huyết áp, toàn trạng.

+Theo dõi tính chất, màu sắc, số lượng nước tiểu.

+Tình trạng bụng (đau, phản ứng thành bụng).

+Theo dõi tác dụng phụ của hóa chất và phản ứng dị ứng.

**VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ**

**1. Thủng bàng quang**

Rất ít xảy ra, xử trí ngoại khoa.

**2. Chảy máu**

Theo dõi, dùng thuốc cầm máu, truyền máu trong trường hợp mất quá nhiều máu.

**3. Nhiễm khuẩn**

Do có nhiễm khuẩn cũ hoặc nhiễm khuẩn do làm thủ tục kéo dài và không vô  
khuẩn tuyệt đối: điều trị kháng sinh và theo dõi.

**4. Phản ứng với hoá chất khi bơm truyền**

Xử trí cấp cứu theo phác đồ sốc phản vệ khi bệnh nhân có phản ứng.

## 152. THAY ỐNG THÔNG DẪN LƯU THẬN, BÀNG QUANG

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Trường hợp không tự tiểu được sẽ phải đặt dẫn lưu bàng quang (DLBQ). Thường dẫn lưu bàng quang (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 dẫn lưu bàng quang gây tắc sonde .

**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. 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.  
**3. 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.

- Nhịn ăn uống trước mổ 6 giờ,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.

- Cho ký cam đoan trước khi tiến hành phẫu thuật, thủ thuật

- Dùng kháng sinh dự phòng trước mổ

**4. Hồ sơ bệnh án**

Bệnh án được hoàn thiện với các thủ tục dành cho người bệnh tiến hành làm thủ thuật: hồ sơ đã duyệt can thiệp thủ thuật, giấy cam đoan có ký xác nhận của người bệnh hoặc người nhà.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Kiểm tra hồ sơ:** kiểm tra lại hồ sơ bệnh án.

**2. Kiểm tra người bệnh:**

- Các chức năng sống (mạch, huyết áp, SPO2 và ý thức) xem có thể tiến hành thủ thuật được không.

- Đối chiếu tên, tuổi, chẩn đoán bệnh.

**3. Kỹ thuật:**

- Nằm ngửa

- Tê tủy sống hay mê nội khí quản

- 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**

- 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

**VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ**

- 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.

## 153. PHẪU THUẬT CẮT TÚI THỪA BÀNG QUANG

**I.ĐẠI CƯƠNG**

Túi thừa bàng quang là tình trạng thoát vị của lớp niêm mạc bàng quang qua cơ bàng quang. Trong hầu hết các trường hợp, túi thừa bàng quang nằm ở mặt sau bàng quang. Nguyên nhân gây ra túi thừa bàng quang có hai loại: bẩm sinh và mắc phải.

**II. CHỈ ĐỊNH**

Bệnh nhân có túi thừa bàng quang căng to gây đau nhiều gây những biến chứng như bí tiểu, tiểu máu, hoặc nhiễm khuẩn tiết niệu tái nhiễm nhiều lần  
**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

-Người bệnh có bệnh nội khoa đi kèm có chống chỉ định gây mê, phẫu thuật.

-Kèm tổn thương bàng quang ngoài phúc mạc.

-Kèm tổn thương các tạng khác trong ổ bụng.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

- Phẫu thuật viên chuyên khoa tiết niệu (01 phẫu thuật viên chính, 02 phẫu thuật viên phụ)

**2. Phương tiện**

- 01 bộ dụng cụ phẫu thuật tiết niệu.

**3. 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.

- Nhịn ăn uống trước mổ 6 giờ,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.

-Cho ký cam đoan trước khi tiến hành phẫu thuật. thủ thuật

- Dùng kháng sinh dự phòng trước mổ

**4. Hồ sơ bệnh án**

Bệnh án được hoàn thiện với các thủ tục dành cho người bệnh tiến hành làm thủ thuật: hồ sơ đã duyệt can thiệp thủ thuật, giấy cam đoan có ký xác nhận của người bệnh hoặc người nhà.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Kiểm tra hồ sơ:** kiểm tra lại hồ sơ bệnh án.

**2. Kiểm tra người bệnh:**

- Các chức năng sống (mạch, huyết áp, SPO2 và ý thức) xem có thể tiến hành thủ thuật được không.

- Đối chiếu tên, tuổi, chẩn đoán bệnh.

**3. Kỹ thuật**

- Bước 1: Tư thế người bệnh:

+Người bệnh được nằm ở tư thế ngửa đầu thấp. Sát trùng, phủ toan chuẩn  
bị trường mổ. đặt sonde niệu đạo và bơm rửa bàng quang một vài lần để  
làm căng túi thừa bàng quang. Sau khi bơm rửa nối sonde niệu đạo với túi nước tiểu vô trùng.

- Bước 2: Bộc lộ bàng quang:

+Bộc lộ mặt trước bàng quang và vén phúc mạc phủ mặt trước bàng quang.

+Giải phóng toàn bộ phần phúc mạc dính vào vùng đáy bàng quang.

+Giải phóng mặt bên và mặt sau của bàng quang. Nếu cần thiết thì phải bộc  
lộ và cắt bỏ cả bó mạch bàng quang trên.

- Bước 3: Tìm và cắt túi thừa bàng quang

+Bóc tách bộc lộ túi thưa bàng quang, cắt bỏ túi thừa bàng quang

- Bước 4: Đóng bàng quang

+Lau rửa bàng quang bằng huyết thanh mặn và đóng lại miệng túi thừa bàng quang bằng các mũi khâu vắt chỉ Vicryl số 3/0 và khâu tăng cường bằng các mũi chỉ mũi rời. Khâu lại phúc mạc, lau rửa vết mổ, đặt dẫn lưu và đóng bụng.

**VI. THEO DÕI**

Trong và ngay sau mổ có thể gặp các biến chứng như sau:

- Chảy máu trong mổ: theo dõi bằng cách đánh giá lượng máu mất qua  
phẫu thuật

- Chảy máu sau mổ đánh giá bằng theo dõi nước tiểu qua sonde niệu đạo

- Sau mổ có thế có nhiễm trùng: theo dõi bằng cách đo nhiệt độ ngày 2 lần.

- Ngoài ra có thể có thoát nước tiểu ra ngoài

**VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ.**

- Mất máu trong mổ: thường do thương tổn các mạch chậu, các nhánh mạch của bàng quang, tuyến tiền liệt và tĩnh mạch trước niệu đạo.

- Thủng bóng trực tràng,hoại tử quai hồi tràng biệt lập ,dò hoặc bục miệng nối ruột non 🡺 mổ mở lại xử trí ngoại khoa.

- Các tai biến, biến chứng của gây mê hồi sức…

## 154. PHẪU THUẬT ĐẶT VÕNG NÂNG CỔ BÀNG QUANG (SLING) TRONG TIỂU KHÔNG KIỂM SOÁT KHI GẮNG SỨC

**I. ĐẠI CƯƠNG:**

-Són tiểu (incontinence urinaire) là hiện tượng nước tiểu són qua niệu đạo ngoài ý  
muốn của người bệnh, do sự bất lực cơ thắt vùng cổ bàng quang (BQ) – niệu đạo (NĐ) trước áp lực sinh ra hoặc truyền qua bàng quang. Són tiểu ở nữ xảy ra khi tăng áp lực trong ổ bụng như ho, cười, hắt hơi. Đây là một bệnh lý ảnh hưởng xấu đến chất lượng cuộc sống của nhiều phụ nữ.

**II.CHỈ ĐỊNH**

- Điều trị nội khoa thất bại

- Són tiểu mức độ trung bình, nặng

- Nghiệm pháp són tiểu khi ho dương tính

- Nghiệm pháp Boney dương tính

- Di động niệu đạo dương tính

- Thang điểm chất lượng cuộc sống Ditrovie >3.

- Người bệnh có nguyện vọng điều trị phẫu thuật.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Són tiểu do BQ không ổn định

- Són tiểu khi BQ đầy

- Xơ cứng cổ BQ, NĐ do điều trị tia xạ.

- Rối loạn tiểu tiện khác đi kèm với lượng nước tiểu tồn dư ≥ 110ml

- Rò BQ – AĐ, rò NQ – AĐ, các bất thường về giải phẫu

- Chống chỉ định trong các trường hợp viêm đường tiết niệu, viêm âm đạo

- Chống chỉ định về phẫu thuật gây mê, gây tê vùng

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện:**

− 1 bác sỹ phẫu thuật chính

− 2 bác sỹ phụ mổ

− 1 dụng cụ viên

− 1 chạy ngoài

− 1 bác sỹ gây mê và 1 phụ mê

**2. Phương tiện:**

- Bộ dụng cụ trung phẫu

**3. 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.

- Nhịn ăn uống trước mổ 6 giờ,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.

- Cho ký cam đoan trước khi tiến hành phẫu thuật, thủ thuật

- Dùng kháng sinh dự phòng trước mổ

**4. Hồ sơ bệnh án**

Bệnh án được hoàn thiện với các thủ tục dành cho người bệnh tiến hành làm thủ thuật: hồ sơ đã duyệt can thiệp thủ thuật, giấy cam đoan có ký xác nhận của người bệnh hoặc người nhà.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Kiểm tra hồ sơ:** kiểm tra lại hồ sơ bệnh án.

**2. Kiểm tra người bệnh:**

- Các chức năng sống (mạch, huyết áp, SPO2 và ý thức) xem có thể tiến hành thủ thuật được không.

- Đối chiếu tên, tuổi, chẩn đoán bệnh.

**3. Kỹ thuật**

- Tư thế sản khoa

- gây tê tủy sống hoặc gây mê toàn thân

- Dụng cụ phẫu thuật TOT

+ Dải băng mỏng dài khoảng 25cm – 30 cm, rộng 1cm, chất liệu bằng Prolène.

+ Alene gồm 2 chiếc đầu cong bằng 2/3 đường tròn, có đánh trái và phải

Bước 1: Đặt thông tiểu làm xẹp BQ

Bước 2: Xác định vị trí rạch thành trên âm đạo

Bước 3: Phẫu tích tách âm đạo và mô quanh niệu đạo tới gần lỗ bịt

Bước 4: Dùng Alene móc từ ngoài (vị trí đã được đánh dấu trước) vào trong đi qua lỗ bịt

Bước 5: Đính đầu lưỡi Prolence vào Alene và kéo ra. Làm tương tự với bên đối diện  
Bước 6: Kéo căng hai đầu lưỡi Prolence ôm sát vào mép niệu đạo

Bước 7: Cắt phần thừa của lưỡi Prolence sát da

Bước 8: Khâu lại thành âm đạo đã rạch

Bước 9: Khâu da cố định hai đầu lưới Prolence

**VI. THEO DÕI**

- Theo dõi toàn thân, đánh giá tình trạng nhiễm trùng, chảy máu sau mổ.

- Theo dõi nước tiêu: màu sắc, số lượng, tình trạng lưu thông nước tiểu.

- Theo dõi tình trạng vết mổ sau mổ.

**VII. TAI BIẾN VÀ BIẾN CHỨNG**

- Nhiễm trùng vết mổ: vết mổ tấy đỏ, có mưng mủ, tụ máu tầng sinh môn

- Thời gian đặt ống thông tiểu sau mổ: được tính từ lúc phẫu thuật đến lúc rút ra  
đơn vị tính là giờ.

- Đái khó sau mổ: sau rút sonde tiểu, người bệnh đái khó hoặc không đái được.  
- Són tiểu sau mổ: sau khi rút thông tiểu Người bệnh còn són tiểu khi ho hoặc hắt  
hơi, gắng sức.

## 155. DẪN LƯU BÀNG QUANG TRÊN XƯƠNG MU BẰNG ỐNG THÔNG

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Đặt dẫn lưu trên khớp vệ để dẫn lưu nước tiểu trong trường hợp nước tiểu không thể dẫn lưu được qua đường niệu đạo thông thường do có chống chỉ định.

Thủ thuật này được tiến hành tại các khoa hồi sức cấp cứu với đặc điểm: tiến hành tại giường và cần nhiều Người thực hiện để làm thủ thuật.

**II. CHỈ ĐỊNH**

- Không đặt được sonde bàng quang trong hoàn cảnh:

+ Phì đại tuyến tiền liệt, ung thư tuyến hoặc trước phẫu thuật tuyến tiền liệt.

+ Hẹp bao quy đầu

+ Tổn thương ở cổ bàng quang.

+ Vỡ niệu đạo do vỡ khung chậu.

+ Hẹp niệu đạo: tuyến tiền liệt phì đại, co thắt niệu đạo, sẹo xơ niệu đạo, dị vật niệu đạo.

- Nhiễm trùng niệu đạo mạn tính.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Rối loạn đông máu: tiểu cầu dưới 50000/mm3; INR > 3; APTTs > 50s. Cần truyền tiểu cầu hoặc huyết tương tươi đông lạnh trước khi làm thủ thuật.

- Nhiễm trùng ở vị trí dự định đặt dẫn lưu.

- Bệnh lí trong khoang ổ bụng (viêm phúc mạc, chảy máu ổ bụng, hoặc xơ phúc mạc,...)

- U bàng quang

- Không sờ thấy bàng quang.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

01 bác sĩ chính và 01 bác sĩ phụ

**2. Phương tiện**

- Bộ dụng cụ đặt dẫn lưu qua da

+ 01 catheter trên khớp vệ, cỡ 12 - 18 F.

+ 01 bơm tiêm 50ml gắn vào đầu catheter, 03 bơm tiêm 10ml.

+ 01 kim dẫn đường để luồn guide wire: dài khoảng 7 - 8 cm, cỡ 24 - 25 G.

+ 01 dao phẫu thuật, 01 bộ kim chỉ khâu da

- Dung dịch sát khuẩn: povidin, thuốc gây tê: lidocain 1%

- Hệ thống dẫn nước tiểu vô trùng: dây dẫn nối với catheter và túi đựng nước tiểu.

- Găng phẫu thuật, gạc vô trùng, xăng vô khuẩn cỡ 4 x 4cm, băng dán vô khuẩn.

- Bộ cấp cứu sốc phản vệ

- Các chế phẩm máu sẵn sàng lĩnh về truyền khi xuất hiện chảy máu gây mất máu.

**3. 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.

- Giải thích cho người bệnh (nếu Người bệnh còn tỉnh táo) và gia đình/người đại diện hợp pháp của Người bệnh về sự cần thiết và các nguy cơ của thủ thuật. Người bệnh/đại diện của Người bệnh ký cam kết thực hiện kỹ thuật.

- Nhịn ăn uống trước mổ 6 giờ,thụt hậu môn trước mổ.

- Người bệnh nằm ngửa, đầu cao 30 và được chuẩn bị sạch vùng tiểu khung: cạo sạch lông, sát khuẩn rộng.

**4. Hồ sơ bệnh án**

Bệnh án được hoàn thiện với các thủ tục dành cho người bệnh tiến hành làm thủ thuật: hồ sơ đã duyệt can thiệp thủ thuật, giấy cam đoan có ký xác nhận của người bệnh hoặc người nhà.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Kiểm tra hồ sơ:** kiểm tra lại hồ sơ bệnh án.

**2. Kiểm tra người bệnh:**

- Các chức năng sống (mạch, huyết áp, SPO2 và ý thức) xem có thể tiến hành thủ thuật được không.

- Đối chiếu tên, tuổi,chẩn đoán bệnh.

**3. Thực hiện kỹ thuật**

- Thăm khám, sờ nắn bàng quang hoặc siêu âm xác định vị trí chọc ở trên đường trắng giữa, cách trên khớp vệ 2cm.

- Gây tê tại chỗ.

- Lắp kim dẫn đường đã chuẩn bị vào bơm tiêm có chứa dung dịch lidocain, hướng kim về vị trí chọ tạo một góc 70 - 80 so với bề mặt thành bụng (mũi kim hướng về phía đầu Người bệnh và thân kim vẫn theo hướng đường trắng giữa).

- Chọc kim, bơm khoảng 5ml thuốc gây tê khi đang tiến về phía bàng quang, trong khi từng lúc bơm thuốc gây tê xen kẽ với hút nước tiểu. Ngừng tiến thêm khi đã hút thấy nước tiểu.

- Giữ nguyên vị trí kim, rút bơm tiêm, luồn dây dẫn qua kim vào trong bàng quang.

- Giữ nguyên vị trí dây dẫn, rút kim. Dùng dao rạch một vết rạch nhỏ ở vết chọc.

- Luồn dụng cụ nong và vỏ qua dây dẫn và đưa vào trong bàng quang. Giữ nguyên vị trí vỏ nhựa, rút dụng cụ nong và rút dây dẫn.

- Đưa catheter trên khớp vệ qua vỏ nhựa vào trong bàng quang, xác định vị trí chính xác khi thấy nước tiểu chảy ra. Bơm bóng chèn của catheter và nối với hệ thống dẫn nước tiểu.

- Rút vỏ nhựa, vừa rút vừa vê nhẹ, rút đến khi thấy bóng chèn chạm thành bàng quang, rút hết vỏ nhựa ra ngoài.

- Băng vùng chọc bằng gạc vô trùng.

**VI. THEO DÕI**

- Theo dõi các thông số: mạch, huyết áp, SPO2 và ý thức trong và sau khi làm thủ thuật.

- Theo dõi diễn biến và kết quả của kỹ thuật

+ Dấu hiệu nhiễm trùng tại chỗ, trong ổ bụng và chảy máu trong ổ bụng.

+ Dấu hiệu nước tiểu: số lượng, màu sắc

- Theo dõi tai biến và biến chứng của kỹ thuật:

+ Dấu hiệu chảy máu bàng quang: màu sắc nước tiểu, tổng phân tích nước tiểu.

+ Dấu hiệu viêm phúc mạc do thủng ruột

+ Kỹ thuật thất bại

**VII. XỬ TRÍ TAI BIẾN**

- Co thắt bàng quang : Thường gặp, phòng bằng cách để đầu trong của catheter cách thành bàng quang 2cm. Khi co thắt mạnh dùng oxybutynin 5mg, 2

- 4 viên/ngày.

- Đái máu: Rách mạch máu hoặc bàng quang được giải phóng áp lực nhanh: bằng cách tháo nước tiểu ra từ từ.

- Thủng ruột: Dùng biện pháp siêu âm đánh giá trước khi cần. Phẫu thuật rửa ổ bụng.

- Tắc catheter: đầu catheter tỳ đè hoặc cục máu.

- Đái nhiều do hội chứng sau giải phóng tắc nghẽn. Xử trí: theo dõi cân bằng dịch và rối loạn điện giải.

- Tổn thương niệu quản, nhiễm trùng hoặc áp xe, tuột catheter, chảy máu và dịch quanh catheter.

- Thủ thuật thất bại: hội chẩn chuyên khoa ngoại mở thông bàng quang.

- Các biến chứng khác: xuyên qua thành tiếp theo của bàng quang, rơi một đoạn của đầu catheter trong bàng quang.

## 156. MỔ LẤY SỎI BÀNG QUANG

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Sỏi bàng quang là bệnh lý thường gặp do sỏi đường niệu trên rơi xuống hoặc hìnhthành 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….).

**II. CHỈ ĐỊNH**

- Sỏi bàng quang / Hẹp niệu đạo

- Sỏi bàng quang / 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 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 bác sĩ phụ mổ,1 bác sĩ gây mê

- Dụng cụ viên và chạy ngoài.

**2. 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.

**3. 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.

- Nhịn ăn uống trước mổ 6 giờ, 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.

-Cho ký cam đoan trước khi tiến hành phẫu thuật. thủ thuật

**4. Hồ sơ bệnh án**

Bệnh án được hoàn thiện với các thủ tục dành cho người bệnh tiến hành làm thủ thuật: hồ sơ đã duyệt can thiệp thủ thuật, giấy cam đoan có ký xác nhận của người bệnh hoặc người nhà.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Kiểm tra hồ sơ:** kiểm tra lại hồ sơ bệnh án.

**2. Kiểm tra người bệnh:**

- Các chức năng sống (mạch, huyết áp, SPO2 và ý thức) xem có thể tiến hành thủ thuật được không.

- Đối chiếu tên, tuổi, chẩn đoán bệnh.

**3. Kỹ thuật:**

-Tư thế: nằm ngửa

-Vô cảm: tê tủy sống hay mê nội khí quản

- 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; 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 bằng 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**

- 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

**VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

- 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.

## 157. MỞ THÔNG 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.

**2.Phương tiện**

- Bộ dụng cụ phẫu thuật có van tự động nhỏ.

- Sonde petzer để dẫn lưu bàng quang.

- 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

- Thời gian phẫu thuật: 30-60 phút

**3.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,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.

-Cho ký cam đoan trước khi tiến hành phẫu thuật

**4. Hồ sơ bệnh án**

Bệnh án được hoàn thiện với các thủ tục dành cho người bệnh tiến hành làm thủ thuật: hồ sơ đã duyệt can thiệp thủ thuật, giấy cam đoan có ký xác nhận của người bệnh hoặc người nhà.

**V.CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Kiểm tra hồ sơ:** kiểm tra lại hồ sơ bệnh án.

**2. Kiểm tra người bệnh:**

- Các chức năng sống (mạch, huyết áp, SPO2 và ý thức) xem có thể tiến hành thủ thuật được không.

- Đối chiếu tên, tuổi,chẩn đoán bệnh.

**3. Thực hiện kỹ thuật:**

- Tư thế: nằm ngửa.

- 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.

- 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 khoảng 5-10 cm.

- Qua da, cân cơ bộc lộ mặt trước bàng quang.

- 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**

**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.

**VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ.**

**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, dùng kháng sinh toàn thân.

## 158. 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 sẽcần 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,bác sĩ gây mê.

**2. 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.

**3. 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.

**4. Hồ sơ bệnh án**

Bệnh án được hoàn thiện với các thủ tục dành cho người bệnh tiến hành làm thủ thuật: hồ sơ đã duyệt can thiệp thủ thuật, giấy cam đoan có ký xác nhận của người bệnh hoặc người nhà.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Kiểm tra hồ sơ:** kiểm tra lại hồ sơ bệnh án.

**2. Kiểm tra người bệnh:**

- Các chức năng sống (mạch, huyết áp, SPO2 và ý thức) xem có thể tiến hành thủ thuật được không.

- Đối chiếu tên, tuổi, chẩn đoán bệnh.

**3. Kỹ thuật:**

Tư thế: nằm ngửa

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.

- 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 khoảng 5-10 cm

- 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**

- 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

**VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ**

- 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, dùng kháng sinh toàn thân.

## 159. 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 chính

− 2 bác sỹ phụ mổ

− 1 dụng cụ viên

− 1 chạy ngoài

− 1 bác sỹ gây mê và 1 phụ mê

**2. 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.

**3. 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.

**4. Hồ sơ bệnh án**

Bệnh án được hoàn thiện với các thủ tục dành cho người bệnh tiến hành làm thủ thuật: hồ sơ đã duyệt can thiệp thủ thuật, giấy cam đoan có ký xác nhận của người bệnh hoặc người nhà.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Kiểm tra hồ sơ:** kiểm tra lại hồ sơ bệnh án.

**2. Kiểm tra người bệnh:**

- Các chức năng sống (mạch, huyết áp, SPO2 và ý thức) xem có thể tiến hành thủ thuật được không.

- Đối chiếu tên, tuổi, chẩn đoán bệnh.

**3. Kỹ thuật:**

− Tư thế: nằm ngửa

− 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 áp xe 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**

− 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

**VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ**

− 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.

**160. ĐẶT ỐNG THÔNG BÀNG QUANG**

**I.   ĐẠI CƯƠNG**

Là 1 thủ thuật để lấy nước tiểu từ bàng quang ra hoặc bơm thuốc vào bàng quang.

**II.   CHỈ ĐỊNH**

Dẫn tháo nước tiểu từ bàng quang trong các trường hợp bí đái bất cứ do nguyên nhân nào

Áp dụng để đánh giá, kiểm tra, theo dõi trong hồi sức.

Lấy nước tiểu từ bàng quang để xét nghiệm đòi hỏi vô trùng như cấy nước tiểu tìm vi khuẩn.

Bơm thuốc cản quang để chụp bàng quang hoặc bơm kháng sinh để điều trị.

**III.   CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Không có

**IV.   CHUẨN BỊ**

**1.   Người thực hiện**

Bác sĩ hoặc điều dưỡng

**2.   Phương tiện**

Sonde bàng quang hoặc sonde ăn vô khuẩn các cỡ từ 5 – 8

Bông – găng – dầu paraphin vô khuẩn

3.   Bệnh nhi

Giải thích cho bệnh nhi, người nhà bệnh nhi.

4.   Hồ sơ bệnh án

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Kiểm tra hồ sơ**

**2. Kiểm tra bệnh nhi**

**3. Thực hiện kỹ thuật**

Tư thế bệnh nhi: 2 chân dạng, tư thế chân ếch

Vệ sinh bộ phận sinh dục ngoài của bệnh nhi sau đó sát trùng, phủ săng vô khuẩn.

Dùng ngón 1 và 2 hoặc 3 tay trái banh rộng 2 môi lớn (trẻ gái) hoặc kéo bao qui đầu (trẻ trai) để bộc lộ lỗ niệu đạo

Bôi dầu paraphin vào đầu sonde, đưa sonde vào sâu đến khi thấy nước tiểu chảy ra.

Trẻ trai chú ý thực hiện các bước: để dương vật trẻ ở tư thế dựng đứng, đặt đầu sonde vào lỗ sáo và đẩy nhẹ sonde vào niệu đạo. Sonde dừng lại ở bờ dưới xương mu, kéo dương vật về phía thành bụng, đẩy nhẹ sonde vào cổ bàng quang, hạ dương vật xuống giữa 2 đùi, đưa sonde vào bàng quang, thấy nước tiểu chảy ra thì dừng lại, tránh đưa sonde vào quá sâu để tránh chọc vào thành bàng quang

**VI.   THEO DÕI**

Số lượng màu sắc nước tiểu qua sonde

**VII.  TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ**

Đặt nhầm vào âm đạo ở trẻ gái: thay sonde và đặt lại

Nhiễm trùng, phù nề sây sát sau đặt sonde

     + Thuốc chống viêm, chống phù nề

     + Kháng sinh nếu cần.

## 161. LẤY SỎI NIỆU ĐẠO

## 162. LÀM LẠI THÀNH ÂM ĐẠO

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Làm lại thành âm đạo là phương pháp khâu phục hồi thành âm đạo theo đúng giải phẫu.

**II. CHỈ ĐỊNH**

Chỉ định khi có tổn thương rách tầng sinh môn/sa thành âm đạo.

**III. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

Bác sĩ chuyên khoa phụ sản có kinh nghiệm

**2. Phương tiện**

+ 2 van âm đạo

          + 2 panh hình tim, kẹp cổ tử cung

           + 1 panh sát trùng

           + 1 kéo thẳng đầu tù, sắc

           + 1 panh cặp kim

           + 1 panh đỡ kim

           + 1 cốc đựng dung dịch sát trùng

           + Chỉ vicryl số 1, vicryl rapid 2.0

           + 1 bơm tiêm 10ml

+ dung dịch povidone

**3. Người bệnh**

* + Đánh giá toàn trạng người bệnh, các bệnh lý có liên quan đến đông cầm máu như giảm tiểu cầu, APTT kéo dài, giảm fibrinogen…
  + Khai thác kỹ tiền sử dị ứng với các thuốc gây tê, giảm đau, kháng sinh
  + Tư vấn kỹ cho bệnh nhân về tình trạng bệnh và phương pháp điều trị cũng như nguy cơ có thể xảy ra.
  + Nơi thực hiện thủ thuật: Có thể thực hiện ở phòng thủ thuật/ phòng mổ nếu cần
  + Khám kỹ để tránh bỏ xót các tổn thương ở âm đạo, tầng sinh môn

**4. Hồ sơ bệnh án**

Hồ sơ bệnh án theo quy .

**IV. CÁC BƯỚC THỰC HIỆN KỸ THUẬT**

**Thì 1:** Rạch da

Dùng dao rạch vòng cung phía trên đường ranh giới giữa hậu môn và âm đạo khoảng 15-25 mm, từ hai mép bên rạch thẳng vào âm đạo tạo thành hình thang, đỉnh tròn.

**Thì 2:** Bóc tách mảnh niêm mạc âm đạo đến mặt trước cơ nâng hậu môn ở phía trên và đầu đứt của vòng hậu môn phía dưới.

**Thì 3:** Khâu cơ vòng hậu môn bằng hai mũi chỉ vicryl hình chữ U

**Thì 4:** Cắt mảnh niêm mạc âm đạo và khâu tầng sinh môn sau

Khâu bờ trong và sâu của hai bó cơ nâng hậu môn bằng chỉ không tiêu

Khâu niêm mạc âm đạo từ trên xuống bằng chỉ vicryl mũi rời. Khâu tổ chức dưới da và cân tầng sinh môn bằng chỉ vicryl số 2.0

Mũi khâu tăng cường cuối cùng bằng chỉ vicryl xuyên từ da qua tổ chức dưới da đến hai đầu cơ vòng bị đứt, sẽ làm tăng độ chắc của cơ vòng hậu môn

**VI. THEO DÕI**

* + 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, bệnh nhân thường tức vùng âm đạo, có cảm giác chèn ở 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.

Dùng kháng sinh 5 ngày sau khi khâu

**VII. TAI BIẾN VÀ BIẾN CHỨNG**

* + Tụ máu âm đạo/ tầng sinh môn
  + Nhiễm trùng

## 163. TẠO HÌNH ÂM ĐẠO

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Phẫu thuật tao hình âm đạo trong trường hợp âm đạo có vách ngăn ngang hay dọc.

**II. CHỈ ĐỊNH**

Dị dạng đường sinh dục có vách ngăn âm đạo dọc hoặc ngang

**III. CHUẨN BỊ**

1. **Người thực hiện**

Bác sĩ chuyên khoa Phụ Sản đã được đào tạo.

1. **Phương tiện**

Bộ dụng cụ phẫu thuật đường âm đạo

**3. 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

**4. Hồ sơ bệnh án**

Hồ sơ bệnh án phẫu thuật được chuẩn bị theo qui định.

**IV. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Phẫu thuật cắt vách ngăn dọc**

- Thăm dò vách ngăn:

+ Bằng ống thông tiểu sắt để xác định vị trí bám của vách ngăn với thành trước âm đạo

+ Khám trực tràng để xác định vị trí bám của vách ngăn với thành sau âm đạo

+ Khám âm đạo đẻ xác định độ dài vách ngăn

+ Dùng dao cắt dọc tận chỗ bám toàn bộ phía trước và phía sau vách ngăn, tốt nhất nên dùng dao điện

- Nếu không chảy máu: chèn bấc gạc trong 24giờ. Nếu chảy máu: khâu cầm máu và chèn ống thông, nên khâu bằng chỉ tiêu.

**2. Phẫu thuật cắt vách ngăn ngang âm đạo**

- Thăm dò:

+ Thăm dò vách ngăn, xác định vị trí vách ngăn bằng tay qua khám âm đạo, trực tràng và thăm dò bàng quang.

+ Thăm dò âm đạo trong qua lỗ thông giữa vách ngăn bằng ống thông nelaton hoặc bằng kim tiêm nếu không có lỗ thông

- Kỹ thuật:

+ Làm thủng vách ngăn bằng cách rạch ở vị trí thăm dò đã xác định (hình tam giác, chữ thập hoặc đường rạch đơn thuần)

+ Cắt một phần vách ngăn, càng sát âm đạo càng tốt.

+ Khâu các mép cắt còn lại bằng chỉ tiêu, chú ý lấy hết niêm mạc.

- Đặt bấc gạc âm đạo, lưu ít nhất 24 tiếng để tránh dính trở lại.

**V. THEO DÕI**

Giống như theo dõi các trường hợp mổ sản phụ khoa khác ở đáy chậu và tầng sinh môn

**VI. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ**

Khối máu tụ và chảy máu khi bóc tách niêm mạc âm đạo: lấy hết khối máu tụ và cầm máu kỹ.

Nhiễm trùng vết mổ: Cho kháng sinh, sát trùng âm đạo hàng ngày.

## 164. TẠO HÌNH ÂM ĐẠO

## 165. PHẪU THUẬT TẠO HÌNH ÂM VẬT, ÂM ĐẠO

## 166. TẠO HÌNH ÂM ĐẠO, GHÉP DA TRÊN KHUÔN NONG

## 167. PHẪU THUẬT ĐIỀU TRỊ GIÃN TĨNH MẠCH THỪNG TINH

**I. ĐẠI CƯƠNG**

- Giãn tĩnh mạch tinh (TMT) là hiện tượng giãn bất thường của tĩnh mạch tinh và đám rối tĩnh mạch tinh. 90% giãn TMT xảy ra ở một bên và thường là ở bên trái. - - Lý do chủ yếu để người bệnh đi khám là đau tức vùng bẹn bìu hoặc hiếm muộn con cái.

- Mục đích của phẫu thuật thắt cắt tĩnh mạch tinh là ngăn cản sự trào ngược dòng máu tĩnh mạch về tinh hoàn, trong khi đó bảo tồn dòng máu động mạch và bạch huyết.

**II. CHỈ ĐỊNH**

- Khi xuất hiện tất cả các biểu hiện sau:

+ Giãn tĩnh mạch tinh có thể sờ thấy được (độ 2-3)

+ Cặp đôi bị vô sinh

+ Phía nữ có khả năng sinh sản bình thường hoặc nếu không bình thường thì cũng có tiềm năng có thể chữa khỏi

+ Nam giới có hơn một dữ liệu bất thường trên tinh dịch đồ hoặc trên kết quả xét nghiệm chức năng tinh trùng.

- Ở nam giới trưởng thành bị giãn tĩnh mạch tinh có thể sờ thấy được và phân tích tinh dịch đồ bất thường nhưng hiện tại không cố gắng có con.

- Ở nam giới trưởng thành có bằng chứng giảm kích thước tinh hoàn cùng bên giãn tĩnh mạch tinh.

- Giãn TMT gây triệu chứng đau tức vùng bìu kéo dài ảnh hưởng đến sinh hoạt và lao động hàng ngày.

- Ở nam giới trưởng thành bị giãn tĩnh mạch tinh và có dòng trào ngược trên siêu âm Doppler.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Những người bệnh có chống chỉ định phẫu thuật nói chung

**IV. CHUẨN BỊ**

1. **Người thực hiện:**

- Phẫu thuật viên (PTV) chuyên khoa Nam học – Tiết niệu – Nhi khoa.

- 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, một số dụng cụ vi phẫu hoặc 2 kẹp phẫu tích mạch máu và sử dụng kính hiển vi hoặc kính lúp có độ phóng đại từ 3 – 18 lần để thuận lợi trong việc phẫu tích và bảo tồn các thành phần nhỏ như: động mạch, bạch mạch, …

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

**V.CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH VI PHẪU THUẬT**

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 tủy sống

3. **Kỹ thuật:**

- Mổ vi phẫu đường bẹn một bên:

\* Các bước tiến hành phẫu thuật:

- Rạch da ngang qua lỗ bẹn ngoài dài khoảng 2-3cm, đi qua lớp cân nông bụng tới bao thớ thừng tinh.

- Dùng Dissector bộc lộ thừng tinh, luồn Nelaton qua thừng tinh và kéo thừng tinh ra ngoài qua vết mổ. Đẩy tinh hoàn ra khỏi bìu qua vết mổ.

- Dùng kính phóng đại Zeiss và sử dụng dụng cụ vi phẫu tiến hành phẫu tích bộc lộ và thắt các TMT ngoài và tĩnh mạch dây treo tinh hoàn bằng chỉ prolene 4/0-5/0. Sau khi kết thúc thì này, đưa tinh hoàn trở lại bìu và cố định thừng tinh trên vết mổ bằng sonde nelaton nhỏ.

- Lần lượt mở lá ngoài và lá trong của bao thớ thừng tinh. Để tránh tổn thương đến động mạch của ống dẫn tinh và ống dẫn tinh, tách riêng các thành phần được bao bọc bởi lá trong và các thành phần nằm giữa lá trong và lá ngoài.

- Các thành phần được bao bọc bởi lá trong bao gồm TMT trong, bạch mạch và động mạch tinh hoàn. Xác định và cô lập các động mạch tinh hoàn (có thể có từ 1-4 động mạch) bằng cách quan sát nhịp đập của động mạch. Trường hợp khó xác định có thể tiến hành nhỏ dung dịch xylocain, mạch máu sẽ có nhịp đập mạnh hơn và rõ hơn.

- Bước tiếp theo là xác định và cô lập các đường bạch mạch. Thông thường có 3-4 đường bạch mạch.

- Các tĩnh mạch tinh được bao bọc bởi lá trong sẽ được thắt 2 nốt bằng chỉ prolene 4/0-5/0 và vicryl 4/0-5/0 sau đó cắt đoạn giữa gửi giải phẫu bệnh.

- Đối với các thành phần nằm giữa lá ngoài và lá trong, lần lượt xác định và bộc lộ riêng ống dẫn tinh và động mạch ống dẫn tinh, động mạch cơ bìu. Những TMTG sẽ được bộc lộ, thắt bằng chỉ prolene 4/0-5/0 và vicryl 4/0-5/0.

- Tiến hành đặt lại thừng tinh trong ống bẹn, khâu đóng bao thừng tinh.

- Khâu đóng cân nông, mở dưới da bằng chỉ vicryl 4/0.

- Đóng da bằng chỉ safil quick.

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

1. **Theo dõi:**

- Theo dõi ngay sau mổ:

+ Sự tiến triển của vết mổ: liền tốt hay viêm nhiễm, không liền

+ Tụ máu bìu

+ Phù nề, tràn dịch tinh mạc

+ Đau tinh hoàn và bìu bên mổ

- Theo dõi xa sau mổ: Thăm khám tình trạng chung và tại chỗ, SA Doppler màu vùng bìu, xét nghiệm tinh dịch đồ và nội tiết tố. Đánh giá dựa theo các tiêu chuẩn sau:

+ Tràn dịch tinh mạc

+ Giãn tĩnh mạch tinh tái phát

+ Teo tinh hoàn

+ Đau tức vùng bìu

+ Sự cải thiện về chỉ số tinh dịch đồ hay người bệnh có con sau phẫu thuật

**2. Xử trí tai biến:**

- Phải mổ lại cầm máu do chảy máu, tụ máu bìu.

- Tràn dịch tinh mạc nhiều phải mổ lại dẫn lưu dịch.

## 168. TẠO HÌNH DƯƠNG VẬT, PHẪU THUẬT MỘT THÌ

## 169. PHẪU THUẬT ĐIỀU TRỊ HỘI CHỨNG DƯƠNG VẬT BỊ VÙI LẤP

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Vùi dương vật (Burried penis) là tình trạng dương vật bình thường về hình dạng nhưng bị chôn vùi vào mô dưới da trước xương mu, thường kèm theo hẹp bao quy đầu, gây khó khăn khi tiểu tiện. Nếu không được điều trị, dị tật này sẽ gây ra những ảnh hưởng về tiết niệu như nhiễm trùng tiểu tái phát, viêm quy đầu xơ và tắc.

**II. CHỈ ĐỊNH**

Phẫu thuật sớm khi có tình trạng bí tiểu, viêm bao qui đầu mạn tính.

Có sẹo hẹp nhốt dương vật dưới da mu: Hướng dẫn nong lộn dần làm rộng bao quy đầu. Phẫu thuật để giải phóng dương vật lúc trẻ từ 1-2 tuổi.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Những người bệnh có chống chỉ định phẫu thuật nói chung

**IV. CHUẨN BỊ MỔ**

- 03 bác sĩ: 01 phẫu thuật viên chính là bác sỹ chuyên khoa Tiết niệu và 02 phụ mổ

- 02 điều dưỡng: 1 điều dưỡng đưa dụng cụ, 01 phục phụ bên ngoài.

**2. Phương tiện**

- Dung dịch betadin sát trùng: 01 lọ

- Thuốc gây tê lidocain 2%: 04 ống

- Nước muối sinh lý 0,9%: 500ml

- Bơm, kim tiêm 5ml: 01 chiếc

- Bông băng gạc vô trùng: 04 gói

- Bộ áo thủ thuật + mũ + khẩu trang vô khuẩn: 03 bộ

- Găng tay vô trùng: 03 đôi

- Săng vô khuẩn: 04 chiếc

- Panh kẹp săng: 04 chiếc.

- Cán dao mổ

- Lưỡi dao mổ số 10

- Kéo phẫu tích

- Kéo cắt băng, chỉ

- Ống hút

- Farabeuf x 04 chiếc

- Kẹp mang kim

- Sonde tiểu folley số 16

- Chỉ tiêu chậm 3.0 hay 2.0 để khâu vạt, chỉ tiêu chậm 1.0 đóng cân cơ, chỉ không tiêu khâu da

**3. Người bệnh**

- Người bệnh được giải thích rõ về phẫu thuật, cũng như các nguy cơ có thể xảy ra và ký vào giấy cam kết đồng ý làm thủ thuật

- Phải thụt tháo phân tối hôm trước mổ.

- Bệnh nhân được tắm rửa, vệ sinh sạch sẽ vùng mổ, đánh dấu vị trí mổ.

**4. Hồ sơ bệnh án**

- Đầy đủ các xét nghiệm cơ bản, điện tim, Xquang phổi

- Giấy cam đoan phẫu thuật.

- Hoàn thành các thủ tục hành chính theo quy định.

- Bệnh án chi tiết, biên bản hội chẩn, biên bản khám trước khi gây mê, giấy cam đoan đồng ý phẫu thuật.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

Dùng kelly kẹp dọc da quy đầu ở vị trí 12 giờ đến khấc quy đầu.

Cắt theo đường kẹp để hạn chế chảy máu.

Tuột da qui đầu ngược ra sau.

Đường cắt dọc trở thành đường ngang.

Kéo dài đường cắt thành vòng tròn.

Đính một mối chỉ ở quy đầu để dễ xử trí các thì kế tiếp.

Tách dương vật ra khỏi tunica albuginea. Động tác này giúp cắt bỏ lớp dây chằng bất thường.

Cố định gốc dương vật bằng cách khâu lớp cân Buck vào lớp Dartos dương vật từ 6‐8 mối chỉ tan chậm.

May lại da bao dương vật.

Nhiều trường hợp da quy dầu không tuột xuống được ngay từ trước mổ nên phần bao bọc dương vật bây giờ chủ yếu là lớp niêm mạc bên trong da quy đầu.

**VI. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ**

– Các biến chứng sớm sau mổ cần được theo dõi:

+ Chảy máu: ít gặp, nếu có chỉ cần băng ép.

+ Nhiễm trùng: thường nhẹ và đáp ứng tốt với điều trị kháng sinh.

+ Phù: đắp ấm.

– Các biến chứng muộn:

+ Dư da quanh quy đầu của dương vật.

+ Vùi dương vật tái phát: được xác định khi dương vật bị kéo một phần hoặc hoàn toàn vào dưới xương mu sau phẫu thuật nhưng vẫn trồi lên khi đè các mô xung quanh xuống.

+ Đau khi dương vật cương: rất hiếm gặp.

## 170. HẠ TINH HOÀN ẨN, TINH HOÀN LẠC CHỔ 1 BÊN MỘT THÌ

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Phẫu thuật hạ tinh hoàn là phẫu thuật giải phóng tinh hoàn lạc chỗ đưa xuống bìu và cố định tinh hoàn xuống bìu ngoài cơ Dartos.

**II. CHỈ ĐỊNH**

Tuổi mổ lý tưởng nhất 3-6 tuổi, trẻ có tinh hoàn không xuống bìu.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Dị dạng bẩm sinh nặng về tiết-sinh dục (tật lỗ tiểu ở trên, bàng quang lộ ngoài, lưỡng tính).

**IV. CHUẨN BỊ MỔ**

- 03 bác sĩ: 01 phẫu thuật viên chính là bác sỹ chuyên khoa Tiết niệu và 02 phụ mổ

- 02 điều dưỡng: 1 điều dưỡng đưa dụng cụ, 01 phục phụ bên ngoài.

**2. Phương tiện**

- Dung dịch betadin sát trùng: 01 lọ

- Thuốc gây tê lidocain 2%: 04 ống

- Nước muối sinh lý 0,9%: 500ml

- Bơm, kim tiêm 5ml: 01 chiếc

- Bông băng gạc vô trùng: 04 gói

- Bộ áo thủ thuật + mũ + khẩu trang vô khuẩn: 03 bộ

- Găng tay vô trùng: 03 đôi

- Săng vô khuẩn: 04 chiếc

- Panh kẹp săng: 04 chiếc.

- Cán dao mổ

- Lưỡi dao mổ số 10

- Kéo phẫu tích

- Kéo cắt băng, chỉ

- Ống hút

- Farabeuf x 04 chiếc

- Kẹp mang kim

- Sonde tiểu folley số 16

- Chỉ tiêu chậm 3.0 hay 2.0 để khâu vạt, chỉ tiêu chậm 1.0 đóng cân cơ, chỉ không tiêu khâu da

**3. Người bệnh**

- Người bệnh được giải thích rõ về phẫu thuật, cũng như các nguy cơ có thể xảy ra và ký vào giấy cam kết đồng ý làm thủ thuật

- Phải thụt tháo phân tối hôm trước mổ.

- Bệnh nhân được tắm rửa, vệ sinh sạch sẽ vùng mổ, đánh dấu vị trí mổ.

**4. Hồ sơ bệnh án**

- Đầy đủ các xét nghiệm cơ bản, điện tim, Xquang phổi

- Giấy cam đoan phẫu thuật.

- Hoàn thành các thủ tục hành chính theo quy định.

- Bệnh án chi tiết, biên bản hội chẩn, biên bản khám trước khi gây mê, giấy cam đoan đồng ý phẫu thuật.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

- Rạch da: Nếp bụng mu ( đường ngang) , dài khoảng 3 – 4 cm, sao cho vết mổ đi qua đường đi của ống bẹn.

- Rạch các lớp tổ chức dưới da tới lớp mạc nông, rạch lớp mạch nông theo đường dọc vuông góc với vết rạch da.

- Dùng Farabeuf vén rộng vết mổ sang 4 phía: trên, dưới, trong và ngoài. Kéo Farabeuf xuống dưới tìm lỗ bẹn nông, ta thấy có tổ chức phồng ra, đó là lớp mỡ - dây chằng của tinh hoàn.

- Mở rộng lỗ bẹn nông, ta có thể kéo được 1 phần tinh hoàn xuống dưới và ra ngoài

- Mở cân cơ chéo lớn lên tận lỗ bẹn sâu, thấy được gân cơ kết hợp.

- Phẫu tích, giải phóng tinh hoàn khỏi ống bẹn, đi ngược từ dưới lên lỗ bẹn sâu, cao tới lớp mỡ sau phúc mạc được 1 khối tổ chức gồm tinh hoàn, thừng tinh - ống phúc tinh mạc.

- Giải phóng ống phúc tinh mạch khỏi bó mạch – thừng tinh sao cho sát tới lỗ bẹn sâu. Thắt và cắt bỏ ống phúc tinh mạc, có thể khâu treo cổ ống phúc tinh mạc vào cân cơ kết hợp.

- 1 tay cầm kéo căng thừng tinh xuống dưới, 1 tay cầm gạc nhỏ, đầy phía thừng tinh lên trên để làm dài tối đa bó mạch thừng tinh.

- Kéo tinh hoàn về phía bìu để tìm vị trí rạch da bìu.

- Từ lỗ bẹn nông, dùng ngón tay, tạo khoang đường hầm đưa tinh hoàn xuống bìu, tạo khoang ở bìu.

- Rạch da bìu, tách 2 lớp da bìu – cân cơ bìu, cắt rạch thủng cân cơ bìu.

- Đưa tinh hoàn xuống bìu, sao cho thừng tinh hướng vào trong và xuống dưới. Tinh hoàn nằm dưới da bìu. Khâu hẹp bớt cân cơ bìu để cố định được tinh hoàn.

- Khâu da bìu.

- Phục hồi thành bụng:

+ Khâu cân cơ chéo lớn.

+ Khâu mạc nông - lớp tổ chức dưới da.

+ Khâu da .

- Khi bệnh nhân đến khám muộn sau tuổi dậy thì, nhiều tác giả chủ trương cắt bỏ tinh hoàn cho những trường hợp tinh hoàn nằm trong ổ bụng nhằm tránh nguy cơ ung thư hóa.

**VI. CHĂM SÓC SAU MỔ.**

- Kháng sinh, giảm đau, chống phù nề.

- Vận động tại giường.

- Ra viện ngày thứ 4 – 5 nếu bệnh nhân ổn định, đùng thuốc uống theo đơn.

- Khám lại sau 1 tháng, kiểm tra trên lâm sàng và siêu âm tinh hoàn.

## 171. HẠ TINH HOÀN ẨN, TINH HOÀN LẠC CHỔ 2 BÊN MỘT THÌ

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Phẫu thuật hạ tinh hoàn là phẫu thuật giải phóng tinh hoàn lạc chỗ đưa xuống bìu và cố định tinh hoàn xuống bìu ngoài cơ Dartos.

**II. CHỈ ĐỊNH**

Tuổi mổ lý tưởng nhất 3-6 tuổi, trẻ có tinh hoàn không xuống bìu.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Dị dạng bẩm sinh nặng về tiết-sinh dục (tật lỗ tiểu ở trên, bàng quang lộ ngoài, lưỡng tính).

**IV. CHUẨN BỊ MỔ**

- 03 bác sĩ: 01 phẫu thuật viên chính là bác sỹ chuyên khoa Tiết niệu và 02 phụ mổ

- 02 điều dưỡng: 1 điều dưỡng đưa dụng cụ, 01 phục phụ bên ngoài.

**2. Phương tiện**

- Dung dịch betadin sát trùng: 01 lọ

- Thuốc gây tê lidocain 2%: 04 ống

- Nước muối sinh lý 0,9%: 500ml

- Bơm, kim tiêm 5ml: 01 chiếc

- Bông băng gạc vô trùng: 04 gói

- Bộ áo thủ thuật + mũ + khẩu trang vô khuẩn: 03 bộ

- Găng tay vô trùng: 03 đôi

- Săng vô khuẩn: 04 chiếc

- Panh kẹp săng: 04 chiếc.

- Cán dao mổ

- Lưỡi dao mổ số 10

- Kéo phẫu tích

- Kéo cắt băng, chỉ

- Ống hút

- Farabeuf x 04 chiếc

- Kẹp mang kim

- Sonde tiểu folley số 16

- Chỉ tiêu chậm 3.0 hay 2.0 để khâu vạt, chỉ tiêu chậm 1.0 đóng cân cơ, chỉ không tiêu khâu da

**3. Người bệnh**

- Người bệnh được giải thích rõ về phẫu thuật, cũng như các nguy cơ có thể xảy ra và ký vào giấy cam kết đồng ý làm thủ thuật

- Phải thụt tháo phân tối hôm trước mổ.

- Bệnh nhân được tắm rửa, vệ sinh sạch sẽ vùng mổ, đánh dấu vị trí mổ.

**4. Hồ sơ bệnh án**

- Đầy đủ các xét nghiệm cơ bản, điện tim, Xquang phổi

- Giấy cam đoan phẫu thuật.

- Hoàn thành các thủ tục hành chính theo quy định.

- Bệnh án chi tiết, biên bản hội chẩn, biên bản khám trước khi gây mê, giấy cam đoan đồng ý phẫu thuật.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

- Rạch da: Nếp bụng mu ( đường ngang) , dài khoảng 3 – 4 cm, sao cho vết mổ đi qua đường đi của ống bẹn.

- Rạch các lớp tổ chức dưới da tới lớp mạc nông, rạch lớp mạch nông theo đường dọc vuông góc với vết rạch da.

- Dùng Farabeuf vén rộng vết mổ sang 4 phía: trên, dưới, trong và ngoài. Kéo Farabeuf xuống dưới tìm lỗ bẹn nông, ta thấy có tổ chức phồng ra, đó là lớp mỡ - dây chằng của tinh hoàn.

- Mở rộng lỗ bẹn nông, ta có thể kéo được 1 phần tinh hoàn xuống dưới và ra ngoài

- Mở cân cơ chéo lớn lên tận lỗ bẹn sâu, thấy được gân cơ kết hợp.

- Phẫu tích, giải phóng tinh hoàn khỏi ống bẹn, đi ngược từ dưới lên lỗ bẹn sâu, cao tới lớp mỡ sau phúc mạc được 1 khối tổ chức gồm tinh hoàn, thừng tinh - ống phúc tinh mạc.

- Giải phóng ống phúc tinh mạch khỏi bó mạch – thừng tinh sao cho sát tới lỗ bẹn sâu. Thắt và cắt bỏ ống phúc tinh mạc, có thể khâu treo cổ ống phúc tinh mạc vào cân cơ kết hợp.

- 1 tay cầm kéo căng thừng tinh xuống dưới, 1 tay cầm gạc nhỏ, đầy phía thừng tinh lên trên để làm dài tối đa bó mạch thừng tinh.

- Kéo tinh hoàn về phía bìu để tìm vị trí rạch da bìu.

- Từ lỗ bẹn nông, dùng ngón tay, tạo khoang đường hầm đưa tinh hoàn xuống bìu, tạo khoang ở bìu.

- Rạch da bìu, tách 2 lớp da bìu – cân cơ bìu, cắt rạch thủng cân cơ bìu.

- Đưa tinh hoàn xuống bìu, sao cho thừng tinh hướng vào trong và xuống dưới. Tinh hoàn nằm dưới da bìu. Khâu hẹp bớt cân cơ bìu để cố định được tinh hoàn.

- Khâu da bìu.

- Phục hồi thành bụng:

+ Khâu cân cơ chéo lớn.

+ Khâu mạc nông - lớp tổ chức dưới da.

+ Khâu da .

- Khi bệnh nhân đến khám muộn sau tuổi dậy thì, nhiều tác giả chủ trương cắt bỏ tinh hoàn cho những trường hợp tinh hoàn nằm trong ổ bụng nhằm tránh nguy cơ ung thư hóa.

**VI. CHĂM SÓC SAU MỔ.**

- Kháng sinh, giảm đau, chống phù nề.

- Vận động tại giường.

- Ra viện ngày thứ 4 – 5 nếu bệnh nhân ổn định, đùng thuốc uống theo đơn.

- Khám lại sau 1 tháng, kiểm tra trên lâm sàng và siêu âm tinh hoàn.

## 172. HẠ TINH HOÀN ẨN, TINH HOÀN LẠC CHỔ 1 BÊN THÌ

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Phẫu thuật hạ tinh hoàn là phẫu thuật giải phóng tinh hoàn lạc chỗ đưa xuống bìu và cố định tinh hoàn xuống bìu ngoài cơ Dartos.

**II. CHỈ ĐỊNH**

Tuổi mổ lý tưởng nhất 3-6 tuổi, trẻ có tinh hoàn không xuống bìu.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Dị dạng bẩm sinh nặng về tiết-sinh dục (tật lỗ tiểu ở trên, bàng quang lộ ngoài, lưỡng tính).

**IV. CHUẨN BỊ MỔ**

- 03 bác sĩ: 01 phẫu thuật viên chính là bác sỹ chuyên khoa Tiết niệu và 02 phụ mổ

- 02 điều dưỡng: 1 điều dưỡng đưa dụng cụ, 01 phục phụ bên ngoài.

**2. Phương tiện**

- Dung dịch betadin sát trùng: 01 lọ

- Thuốc gây tê lidocain 2%: 04 ống

- Nước muối sinh lý 0,9%: 500ml

- Bơm, kim tiêm 5ml: 01 chiếc

- Bông băng gạc vô trùng: 04 gói

- Bộ áo thủ thuật + mũ + khẩu trang vô khuẩn: 03 bộ

- Găng tay vô trùng: 03 đôi

- Săng vô khuẩn: 04 chiếc

- Panh kẹp săng: 04 chiếc.

- Cán dao mổ

- Lưỡi dao mổ số 10

- Kéo phẫu tích

- Kéo cắt băng, chỉ

- Ống hút

- Farabeuf x 04 chiếc

- Kẹp mang kim

- Sonde tiểu folley số 16

- Chỉ tiêu chậm 3.0 hay 2.0 để khâu vạt, chỉ tiêu chậm 1.0 đóng cân cơ, chỉ không tiêu khâu da

**3. Người bệnh**

- Người bệnh được giải thích rõ về phẫu thuật, cũng như các nguy cơ có thể xảy ra và ký vào giấy cam kết đồng ý làm thủ thuật

- Phải thụt tháo phân tối hôm trước mổ.

- Bệnh nhân được tắm rửa, vệ sinh sạch sẽ vùng mổ, đánh dấu vị trí mổ.

**4. Hồ sơ bệnh án**

- Đầy đủ các xét nghiệm cơ bản, điện tim, Xquang phổi

- Giấy cam đoan phẫu thuật.

- Hoàn thành các thủ tục hành chính theo quy định.

- Bệnh án chi tiết, biên bản hội chẩn, biên bản khám trước khi gây mê, giấy cam đoan đồng ý phẫu thuật.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

- Rạch da: Nếp bụng mu ( đường ngang) , dài khoảng 3 – 4 cm, sao cho vết mổ đi qua đường đi của ống bẹn.

- Rạch các lớp tổ chức dưới da tới lớp mạc nông, rạch lớp mạch nông theo đường dọc vuông góc với vết rạch da.

- Dùng Farabeuf vén rộng vết mổ sang 4 phía: trên, dưới, trong và ngoài. Kéo Farabeuf xuống dưới tìm lỗ bẹn nông, ta thấy có tổ chức phồng ra, đó là lớp mỡ - dây chằng của tinh hoàn.

- Mở rộng lỗ bẹn nông, ta có thể kéo được 1 phần tinh hoàn xuống dưới và ra ngoài

- Mở cân cơ chéo lớn lên tận lỗ bẹn sâu, thấy được gân cơ kết hợp.

- Phẫu tích, giải phóng tinh hoàn khỏi ống bẹn, đi ngược từ dưới lên lỗ bẹn sâu, cao tới lớp mỡ sau phúc mạc được 1 khối tổ chức gồm tinh hoàn, thừng tinh - ống phúc tinh mạc.

- Giải phóng ống phúc tinh mạch khỏi bó mạch – thừng tinh sao cho sát tới lỗ bẹn sâu. Thắt và cắt bỏ ống phúc tinh mạc, có thể khâu treo cổ ống phúc tinh mạc vào cân cơ kết hợp.

- 1 tay cầm kéo căng thừng tinh xuống dưới, 1 tay cầm gạc nhỏ, đầy phía thừng tinh lên trên để làm dài tối đa bó mạch thừng tinh.

- Kéo tinh hoàn về phía bìu để tìm vị trí rạch da bìu.

- Từ lỗ bẹn nông, dùng ngón tay, tạo khoang đường hầm đưa tinh hoàn xuống bìu, tạo khoang ở bìu.

- Rạch da bìu, tách 2 lớp da bìu – cân cơ bìu, cắt rạch thủng cân cơ bìu.

- Đưa tinh hoàn xuống bìu, sao cho thừng tinh hướng vào trong và xuống dưới. Tinh hoàn nằm dưới da bìu. Khâu hẹp bớt cân cơ bìu để cố định được tinh hoàn.

- Khâu da bìu.

- Phục hồi thành bụng:

+ Khâu cân cơ chéo lớn.

+ Khâu mạc nông - lớp tổ chức dưới da.

+ Khâu da .

- Khi bệnh nhân đến khám muộn sau tuổi dậy thì, nhiều tác giả chủ trương cắt bỏ tinh hoàn cho những trường hợp tinh hoàn nằm trong ổ bụng nhằm tránh nguy cơ ung thư hóa.

**VI. CHĂM SÓC SAU MỔ.**

- Kháng sinh, giảm đau, chống phù nề.

- Vận động tại giường.

- Ra viện ngày thứ 4 – 5 nếu bệnh nhân ổn định, đùng thuốc uống theo đơn.

- Khám lại sau 1 tháng, kiểm tra trên lâm sàng và siêu âm tinh hoàn.

## 173. HẠ TINH HOÀN ẨN, TINH HOÀN LẠC CHỔ 2 BÊN HAI THÌ

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Phẫu thuật hạ tinh hoàn là phẫu thuật giải phóng tinh hoàn lạc chỗ đưa xuống bìu và cố định tinh hoàn xuống bìu ngoài cơ Dartos.

**II. CHỈ ĐỊNH**

Tuổi mổ lý tưởng nhất 3-6 tuổi, trẻ có tinh hoàn không xuống bìu.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Dị dạng bẩm sinh nặng về tiết-sinh dục (tật lỗ tiểu ở trên, bàng quang lộ ngoài, lưỡng tính).

**IV. CHUẨN BỊ MỔ**

- 03 bác sĩ: 01 phẫu thuật viên chính là bác sỹ chuyên khoa Tiết niệu và 02 phụ mổ

- 02 điều dưỡng: 1 điều dưỡng đưa dụng cụ, 01 phục phụ bên ngoài.

**2. Phương tiện**

- Dung dịch betadin sát trùng: 01 lọ

- Thuốc gây tê lidocain 2%: 04 ống

- Nước muối sinh lý 0,9%: 500ml

- Bơm, kim tiêm 5ml: 01 chiếc

- Bông băng gạc vô trùng: 04 gói

- Bộ áo thủ thuật + mũ + khẩu trang vô khuẩn: 03 bộ

- Găng tay vô trùng: 03 đôi

- Săng vô khuẩn: 04 chiếc

- Panh kẹp săng: 04 chiếc.

- Cán dao mổ

- Lưỡi dao mổ số 10

- Kéo phẫu tích

- Kéo cắt băng, chỉ

- Ống hút

- Farabeuf x 04 chiếc

- Kẹp mang kim

- Sonde tiểu folley số 16

- Chỉ tiêu chậm 3.0 hay 2.0 để khâu vạt, chỉ tiêu chậm 1.0 đóng cân cơ, chỉ không tiêu khâu da

**3. Người bệnh**

- Người bệnh được giải thích rõ về phẫu thuật, cũng như các nguy cơ có thể xảy ra và ký vào giấy cam kết đồng ý làm thủ thuật

- Phải thụt tháo phân tối hôm trước mổ.

- Bệnh nhân được tắm rửa, vệ sinh sạch sẽ vùng mổ, đánh dấu vị trí mổ.

**4. Hồ sơ bệnh án**

- Đầy đủ các xét nghiệm cơ bản, điện tim, Xquang phổi

- Giấy cam đoan phẫu thuật.

- Hoàn thành các thủ tục hành chính theo quy định.

- Bệnh án chi tiết, biên bản hội chẩn, biên bản khám trước khi gây mê, giấy cam đoan đồng ý phẫu thuật.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

- Rạch da: Nếp bụng mu ( đường ngang) , dài khoảng 3 – 4 cm, sao cho vết mổ đi qua đường đi của ống bẹn.

- Rạch các lớp tổ chức dưới da tới lớp mạc nông, rạch lớp mạch nông theo đường dọc vuông góc với vết rạch da.

- Dùng Farabeuf vén rộng vết mổ sang 4 phía: trên, dưới, trong và ngoài. Kéo Farabeuf xuống dưới tìm lỗ bẹn nông, ta thấy có tổ chức phồng ra, đó là lớp mỡ - dây chằng của tinh hoàn.

- Mở rộng lỗ bẹn nông, ta có thể kéo được 1 phần tinh hoàn xuống dưới và ra ngoài

- Mở cân cơ chéo lớn lên tận lỗ bẹn sâu, thấy được gân cơ kết hợp.

- Phẫu tích, giải phóng tinh hoàn khỏi ống bẹn, đi ngược từ dưới lên lỗ bẹn sâu, cao tới lớp mỡ sau phúc mạc được 1 khối tổ chức gồm tinh hoàn, thừng tinh - ống phúc tinh mạc.

- Giải phóng ống phúc tinh mạch khỏi bó mạch – thừng tinh sao cho sát tới lỗ bẹn sâu. Thắt và cắt bỏ ống phúc tinh mạc, có thể khâu treo cổ ống phúc tinh mạc vào cân cơ kết hợp.

- 1 tay cầm kéo căng thừng tinh xuống dưới, 1 tay cầm gạc nhỏ, đầy phía thừng tinh lên trên để làm dài tối đa bó mạch thừng tinh.

- Kéo tinh hoàn về phía bìu để tìm vị trí rạch da bìu.

- Từ lỗ bẹn nông, dùng ngón tay, tạo khoang đường hầm đưa tinh hoàn xuống bìu, tạo khoang ở bìu.

- Rạch da bìu, tách 2 lớp da bìu – cân cơ bìu, cắt rạch thủng cân cơ bìu.

- Đưa tinh hoàn xuống bìu, sao cho thừng tinh hướng vào trong và xuống dưới. Tinh hoàn nằm dưới da bìu. Khâu hẹp bớt cân cơ bìu để cố định được tinh hoàn.

- Khâu da bìu.

- Phục hồi thành bụng:

+ Khâu cân cơ chéo lớn.

+ Khâu mạc nông - lớp tổ chức dưới da.

+ Khâu da .

- Khi bệnh nhân đến khám muộn sau tuổi dậy thì, nhiều tác giả chủ trương cắt bỏ tinh hoàn cho những trường hợp tinh hoàn nằm trong ổ bụng nhằm tránh nguy cơ ung thư hóa.

**VI. CHĂM SÓC SAU MỔ.**

- Kháng sinh, giảm đau, chống phù nề.

- Vận động tại giường.

- Ra viện ngày thứ 4 – 5 nếu bệnh nhân ổn định, đùng thuốc uống theo đơn.

- Khám lại sau 1 tháng, kiểm tra trên lâm sàng và siêu âm tinh hoàn.

## 174. CẮT TINH MẠC

**I. ĐẠI CƯƠNG**

- Phẫu thuật cắt tinh mạc thường dùng trong bệnh lý tràn dịch màng tinh hoàn.

- Tràn dịch màng tinh hoàn thường gặp ở nam giới cao tuổi do màng tinh hoàn mất tính bán thấm, ứ nước ở 2 lá của màng tinh hoàn và có thể do nhiều nguyên nhân gây ra.

**II.CHỈ ĐỊNH**

Người bệnh tràn dịch màng tinh hoàn do bệnh lý tại lá của màng tinh hoàn ở mức độ nhiều, gây đau tức khó chịu.

**III.CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

-Tràn dịch màng tinh hoàn do còn ống phúc tinh mạc, thoát vị bẹn hay do nguyên nhân chèn ép tĩnh mạch (các bệnh lý ung thư bộ phận sinh dục ngoài hay tiểu khung...) hay bạch mạch (sau mổ thắt tĩnh mạch tinh...).

-Các người bệnh có chống chỉ định phẫu thuật.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

- 03 bác sĩ: 01 phẫu thuật viên chính là bác sỹ chuyên khoa Tiết niệu và 02 phụ mổ

- 02 điều dưỡng: 1 điều dưỡng đưa dụng cụ, 01 phục phụ bên ngoài.

**2. Phương tiện**

- Dung dịch betadin sát trùng: 01 lọ

- Thuốc gây tê lidocain 2%: 04 ống

- Nước muối sinh lý 0,9%: 500ml

- Bơm, kim tiêm 5ml: 01 chiếc

- Bông băng gạc vô trùng: 04 gói

- Bộ áo thủ thuật + mũ + khẩu trang vô khuẩn: 03 bộ

- Găng tay vô trùng: 03 đôi

- Săng vô khuẩn: 04 chiếc

- Panh kẹp săng: 04 chiếc.

- Cán dao mổ

- Lưỡi dao mổ số 10

- Kéo phẫu tích

- Kéo cắt băng, chỉ

- Ống hút

- Kẹp mang kim

- Sonde tiểu folley số 16

- Chỉ tiêu chậm 3.0 hay 2.0 để khâu vạt, chỉ tiêu chậm 1.0 đóng cân cơ, chỉ không tiêu khâu da

**3. Người bệnh**

- Người bệnh được giải thích rõ về phẫu thuật, cũng như các nguy cơ có thể xảy ra và ký vào giấy cam kết đồng ý làm thủ thuật

- Phải thụt tháo phân tối hôm trước mổ.

- Bệnh nhân được tắm rửa, vệ sinh sạch sẽ vùng mổ, đánh dấu vị trí mổ.

**4. Hồ sơ bệnh án**

- Đầy đủ các xét nghiệm cơ bản, điện tim, Xquang phổi

- Giấy cam đoan phẫu thuật.

- Hoàn thành các thủ tục hành chính theo quy định.

- Bệnh án chi tiết, biên bản hội chẩn, biên bản khám trước khi gây mê, giấy cam đoan đồng ý phẫu thuật.

**V.CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

1.**Tư thế:** Người bệnh nằm ngửa. Phẫu thuật viên (PTV) chính và người đưa dụng cụ đứng phía bên phẫu thuật tinh hoàn của người bệnh. 2 PTV phụ đứng phía đối diện, người đưa dụng cụ đứng phía chân người bệnh…

2.**Vô cảm:** gây tê tủy sống hoặc gây mê.

3.**Kỹ thuật:**

-Rạch da và phẫu tích tổ chức dưới da bìu

-Chú ý phẫu tích để tránh làm chảy máu cuống mạch tinh hoàn.

-Cầm máu kỹ vùng bìu và các tổ chức xung quanh hạn chế việc chảy máu.

-Mở màng tinh hoàn hút sạch nước trong màng tinh hoàn.

-Lấy dịch thử vi khuẩn và làm giải phẫu bệnh.

-Cắt tinh mạc và khâu lại bằng Vicryl 2/0 vắt và có thể cố định tinh hoàn vào mạc bìu bằng Prolene 4/0 mũi rời.

-kiểm tra lại và cầm máu kĩ khoang vùng bìu, đặt dẫn lưu hút liên tục.

-Đóng lại mạc bìu có thể bằng chỉ Vicryl 3/0 hoặc 4/0 mũi rời hay vắt.

-Đóng lại da mũi rời bằng chỉ tiêu nhanh hoặc chỉ không tiêu mũi rời và đặt xông

tiểu.

**VI.THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

1.**Theo dõi:**

-Tụ máu và chảy máu trong bìu trong 24h-48h đầu

-Rút sonde tiểu trong vòng 24-48h sau mổ.

2.**Tai biến và xử trí:**

-Chảy máu sau mổ: Nếu chảy máu mép vết mổ có thể băng ép hoặc khâu cầm máu. Nếu chảy máu nhiều cần mở lại để kiểm tra và khâu cầm máu.

-Phù nề tụ dịch vùng bìu: cần trích rạch để tránh nhiễm trùng.

## 175. CẮT MÀO TINH

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Cắt mào tinh hoàn là cắt bỏmột phần hay toàn bộ mào tinh hoàn do bệnh lý như nang mào tinh hoàn hay u viêm mào tinh hoàn.

**II.CHỈ ĐỊNH**

-Nang mào tinh hoàn >1cm hay gây đau, khó chịu

-Nang chảy máu

-U viêm mào tinh hoàn điều trị nội khoa không kết quả

**III.CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Chống chỉ định khi người bệnh có các bệnh đang tiến triển như suy gan, bệnh tim mạch, tiểu đường, rối loạn đông máu…

**IV.CHUẨN BỊ**

1.**Người thực hiện:**

-Phẫu thuật viên là bác sĩ chuyên khoa tiết niệu - nam học

-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).

- 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 XQ phổi, phim XQ hệ tiết niệu, siêu âm tinh hoàn, tinh dịch đồ nhất là người bệnh trẻ tuổi.

- Xét nghiệm vi khuẩn, kháng sinh đồ để điều trị nhiễm khuẩn.

**3.Phương tiện:**

- Bàn mổ có thể điều khiển quay các tư thế khi cần thiết

- Dao điện đơn cực, dao điện lưỡng cực bipolar

-Máy hút

- Dao mổ lạnh, cán dao, kìm kẹp kim, 10 pince cong, 2 pharabuf, 2 kéo phẫu tích: 1 to, 1 nhỏ, 1 kéo cắt chỉ.

- Các loại chỉ khâu chuyên dụng như: chỉ tiêu chậm [Monosyn, vicryl (4/0, 5/0)] 2 sợi, chỉ tiêu nhanh (safil quick, vicryl rapid: 4/0, 5/0) 1 sợi

**4. Hồ sơ bệnh án**

- Đầy đủ các xét nghiệm cơ bản, điện tim, Xquang phổi

- Giấy cam đoan phẫu thuật.

- Hoàn thành các thủ tục hành chính theo quy định.

- Bệnh án chi tiết, biên bản hội chẩn, biên bản khám trước khi gây mê, giấy cam đoan đồng ý phẫu thuật.

**V.CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1.Tư thế:** Người bệnh nằm ngửa

2.**Vô cảm:** Tê tủy sống hoặc gây mê.

3.**Kỹ thuật:**

- Đường rạch da: đường đan của bìu hay đường song song với đường đan bên tinh hoàn bên bệnh lý.

- Bộc lộ tinh hoàn và nang mào tinh hoàn đánh giá vị trí kích thước nang.

- Mở lá thành mào tinh hoàn bộc lộ nang, phẫu tích bóc nang, cầm máu kỹ.

- Nếu nang nhỏ ở người bệnh trẻ chỉ cần mở nang tránh bóc quá kỹ gây tổn thương ống mào tinh hoàn

- Nếu dịch nang đục có thể xét nghiệm (vi khuẩn, tế bào)

- Khâu phục hồi tạo hình mào tinh hoàn

- Đưa tinh hoàn vào trong màng tinh hoàn: Chú ý mào tinh hoàn ở phía sau, đầu mào tinh hoàn ở trên chống xoắn tinh hoàn

- Đóng vết mổ 2 lớp. Có thể đặt dẫn lưu nếu cần theo dõi sau mổ.

**VI.THEO DÕI CÁC TAI BIẾN - BIẾN CHỨNG VÀ XỬ TRÍ**

1.**Theo dõi:**

- Theo dõi toàn thân

-Theo dõi dẫn lưu (nếu có): theo dõi số lượng, tính chất dịch dẫn lưu.

- Các tai biến, biến chứng có thể gặp:

+Chảy máu

+Tụ máu, phù nề bìu và tầng sinh môn

+Nhiễm khuẩn vết mổ.

**2.Nguyên tắc xử trí:**

-Chảy máu: thay băng, theo dõi. Nếu chảy máu vết mổ thì khâu cầm máu. Nếu chảy máu bên trong thì mổ lại cầm máu.

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

## 176. PHẪU THUẬT VỠ VẬT HANG DO GẪY DƯƠNG VẬT

**I.ĐẠI CƯƠNG**

- Vật hang là hai thể hình trụ ở hai bên lưng dương vật chứa đầy máu khi dương vật cương cứng. Bao bọc vật hang là một bao xơ gọi là cân Abuginea (vỏ trắng) gồm nhiều bó collagen dày và một số sợi đàn hồi. Thành vỏ trắng dày khoảng 2-3 mm, khi dương vật cương cứng mỏng đi còn 0,5 mm nên dễ bị vỡ khi có chấn thương do bẻ gãy hoặc chấn thương khi giao hợp sai tư thế, cưỡng dâm…

- Khi vật hang bị vỡ (rách lớp vỏ trắng), máu thoát ra ngoài gây máu tụ, dương vật biến dạng vẹo lệch, để lại những biến chứng như cong vẹo dương vật, đái khó, đau khi cương, dẫn tới rối loạn cương dương, ảnh hưởng tới chất lượng cuộc sống tình dục của người bệnh.

- Phẫu thuật vỡ vật hang chủ yếu nhằm:

-Cắt lọc chỗ bầm dập.

-Lấy hết máu tụ, cầm máu.

-Khâu kín, chắc lớp vỏ trắng bị vỡ.

-Đề phòng biến chứng.

**II.CHỈ ĐỊNH**

- Vỡ vật hang được khẳng định bằng lâm sàng, có hoặc không kết hợp với các phương tiện chẩn đoán cận lâm sàng khác như: siêu âm, cộng hưởng từ.

**III.CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Đây là cấp cứu ngoại khoa nên không có chống chỉ định tuyệt đối. Cần lưu ý những người bệnh có nguy cơ phẫu thuật.

**IV. CHUẨN BỊ**

1.**Người thực hiện:**

-Phẫu thuật viên (PTV) chuyên khoa Nam học – Tiết niệu – Nhi khoa.

-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.

-Đây là một cấp cứu ngoại khoa, yêu cầu người bệnh nhịn ăn trước mổ 6 giờ.

-Chuẩn bị ruột: Thụt tháo trước mổ.

**3.Phương tiện:**

- Bộ dụng cụ trung phẫu, một bộ dụng cụ mach máu

- Chỉ khâu mạch máu không tiêu hoặc tiêu chậm (chỉ Prolene hoặc chỉ Maxon 3- 0, 4-0), các chỉ khác khâu cân và da dương vật.

**4. Hồ sơ bệnh án**

- Đầy đủ các xét nghiệm cơ bản, điện tim, Xquang phổi

- Giấy cam đoan phẫu thuật.

- Hoàn thành các thủ tục hành chính theo quy định.

- Bệnh án chi tiết, biên bản hội chẩn, biên bản khám trước khi gây mê, giấy cam đoan đồng ý phẫu thuật.

**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 vùng tại chỗ.

3.**Kỹ thuật:**

Bước 1: rạch da, tuỳ theo vị trí của nơi vỏ trắng vật hang bị vỡ, có thể áp dụng thích hợp:

+ Vỡ vật hang ở 1/3 đầu: Đường rạch vòng quanh dương vật dưới rãnh quy đầu khoảng 1 cm, rồi lóc da xuống chỗ vỡ.

+ Vỡ vật hang ở 1/3 gốc dương vật: Có thể rạch vòng quanh, đưa da lên trên hay rạch dọc.

+ Vỡ thân vật hang: Rạch dọc vừa đủ ngay trên chỗ vỡ.

Bước 2: Phẫu tích các lớp dương vật, lấy hết máu cục tại nơi vỡ vật hang và xung quanh. Rửa sạch bằng dung dịch NaCl 0,9% để kiểm tra thương tổn rõ ràng. Vỏ trắng màu trắng bóng, có máu rỉ ra liên tục, đường vỡ có thể gọn nhưng cũng có thể vỡ nham nhở hình sao, có thể ngắn nhưng cũng có thể dài vòng quanh ½ chu vi hoặc hơn nữa, vào sâu gần hết chu vi vật hang.

Bước 3: Cắt xén một cách tiết kiệm, gọn gàng để 2 mép rách của vỏ trắng dễ khép vào nhau khi khâu.

Bước 4: Khâu vỏ trắng vật hang bằng chỉ khâu mạch máu mũi rời. Khâu vùi chỉ buộc vào trong để khi liền lớp vỏ trắng, không sờ thấy nút chỉ.

Bước 5: Khâu phục hồi lớp mạc sâu và mạc nông bên ngoài bằng chỉ tiêu chậm.

Bước 6: Khâu da tỉ mỉ để tránh sẹo rúm ró.

Chú ý: Kiểm tra, nếu có thương tổn niệu đạo kèm theo thì phải xử trí niệu đạo hoặc phải đặt thông tiểu cho người bệnh

**VI.THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

1.**Theo dõi:**

-Điều trị kháng sinh phối hợp, chống phù nề (α-chymotrypsin 4 viên/ ngày).

-Thuốc an thần tránh cương dương vật sớm: Seduxen 5 mg x 2 viên / ngày (uống vào lúc 21 giờ).

-Thay băng tránh nhiễm khuẩn vết thương, băng vòng quanh dương vật, tạo điều kiện cho thẳng dương vật, tránh vẹo dương vật sau này.

-Nhiều người bệnh được điều trị bảo tồn hoặc phẫu thuật muộn có biểu hiện của rối loạn tình dục như: cương đau, cong dương vật, rối loạn cương dương.

-Người bệnh có tổn thương niệu đạo phối hợp với vỡ vật hang mà không được điều trị có nguy cơ cao bị áp xe quanh niệu đạo, hẹp và rò niệu đạo.

**2.Xử trí tai biến:**

-Người bệnh bị rối loạn tình dục có thể điều trị nội khoa ổn định. Nếu dương vật cong nhiều, có thể tiến hành phẫu thuật sửa lại dương vật cho thẳng.

-Những tổn thương niệu đạo thường cần phải phẫu thuật sửa chữa niệu đạo.

## 177. PHẪU THUẬT TRÀN DỊCH MÀNG TINH HOÀN/NANG THỪNG TINH 1 BÊN/2 BÊN

**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**

- 03 bác sĩ: 01 phẫu thuật viên chính là bác sỹ chuyên khoa Tiết niệu và 02 phụ mổ

- 02 điều dưỡng: 1 điều dưỡng đưa dụng cụ, 01 phục phụ bên ngoài.

**2. Phương tiện**

- Dung dịch betadin sát trùng: 01 lọ

- Thuốc gây tê lidocain 2%: 04 ống

- Nước muối sinh lý 0,9%: 500ml

- Bơm, kim tiêm 5ml: 01 chiếc

- Bông băng gạc vô trùng: 04 gói

- Bộ áo thủ thuật + mũ + khẩu trang vô khuẩn: 03 bộ

- Găng tay vô trùng: 03 đôi

- Săng vô khuẩn: 04 chiếc

- Panh kẹp săng: 04 chiếc.

- Cán dao mổ

- Lưỡi dao mổ số 10

- Kéo phẫu tích

- Kéo cắt băng, chỉ

- Ống hút

- Kẹp mang kim

- Sonde tiểu folley số 16

- Chỉ tiêu chậm 3.0 hay 2.0 để khâu vạt, chỉ tiêu chậm 1.0 đóng cân cơ, chỉ không tiêu khâu da

**3. Người bệnh**

- Bệnh nhân có Cao huyết áp, bệnh nhân trên 60 tuổi cần được siêu âm tim; Bệnh nhân có bệnh phổi tắc ngẽn mạn tính (COPD) phải đo chức năng hô hấp trước mổ hoặc các bệnh lý mạn tính, nhiễm khuẩn khác khác cần phải được điều trị ổn định trước phẫu thuật.

- Người bệnh được giải thích rõ về phẫu thuật, cũng như các nguy cơ có thể xảy ra và ký vào giấy cam kết đồng ý làm thủ thuật

- Phải thụt tháo phân tối hôm trước mổ.

- Bệnh nhân được tắm rửa, vệ sinh sạch sẽ vùng mổ, đánh dấu vị trí mổ.

**4. Hồ sơ bệnh án**

- Đầy đủ các xét nghiệm cơ bản, điện tim, Xquang phổi

- Giấy cam đoan phẫu thuật.

- Hoàn thành các thủ tục hành chính theo quy định.

- Bệnh án chi tiết, biên bản hội chẩn, biên bản khám trước khi gây mê, giấy cam đoan đồng ý phẫu thuật.

**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.

## 178. PHẪU THUẬT TRÀN DỊCH MÀNG TINH HOÀN/NANG THỪNG TINH 2 BÊN/2 BÊN

**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**

- 03 bác sĩ: 01 phẫu thuật viên chính là bác sỹ chuyên khoa Tiết niệu và 02 phụ mổ

- 02 điều dưỡng: 1 điều dưỡng đưa dụng cụ, 01 phục phụ bên ngoài.

**2. Phương tiện**

- Dung dịch betadin sát trùng: 01 lọ

- Thuốc gây tê lidocain 2%: 04 ống

- Nước muối sinh lý 0,9%: 500ml

- Bơm, kim tiêm 5ml: 01 chiếc

- Bông băng gạc vô trùng: 04 gói

- Bộ áo thủ thuật + mũ + khẩu trang vô khuẩn: 03 bộ

- Găng tay vô trùng: 03 đôi

- Săng vô khuẩn: 04 chiếc

- Panh kẹp săng: 04 chiếc.

- Cán dao mổ

- Lưỡi dao mổ số 10

- Kéo phẫu tích

- Kéo cắt băng, chỉ

- Ống hút

- Kẹp mang kim

- Sonde tiểu folley số 16

- Chỉ tiêu chậm 3.0 hay 2.0 để khâu vạt, chỉ tiêu chậm 1.0 đóng cân cơ, chỉ không tiêu khâu da

**3. Người bệnh**

- Bệnh nhân có Cao huyết áp, bệnh nhân trên 60 tuổi cần được siêu âm tim; Bệnh nhân có bệnh phổi tắc ngẽn mạn tính (COPD) phải đo chức năng hô hấp trước mổ hoặc các bệnh lý mạn tính, nhiễm khuẩn khác khác cần phải được điều trị ổn định trước phẫu thuật.

- Người bệnh được giải thích rõ về phẫu thuật, cũng như các nguy cơ có thể xảy ra và ký vào giấy cam kết đồng ý làm thủ thuật

- Phải thụt tháo phân tối hôm trước mổ.

- Bệnh nhân được tắm rửa, vệ sinh sạch sẽ vùng mổ, đánh dấu vị trí mổ.

**4. Hồ sơ bệnh án**

- Đầy đủ các xét nghiệm cơ bản, điện tim, Xquang phổi

- Giấy cam đoan phẫu thuật.

- Hoàn thành các thủ tục hành chính theo quy định.

- Bệnh án chi tiết, biên bản hội chẩn, biên bản khám trước khi gây mê, giấy cam đoan đồng ý phẫu thuật.

**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.

## 179. PHẪU THUẬT CHỮA CƯƠNG CỨNG DƯƠNG VẬT

**I. ĐẠI CƯƠNG**

- Cương đau dương vật kéo dài là tình trạng dương vật cương cứng liên tục mà không do ham muốn tình dục hoặc không do kích thích thường kéo dài > 6h và thường chỉ liên quan đến thể hang.

- Tình trạng này là một cấp cứu trong tiết niệu và có nhiều nguyên nhân khác nhau, hậu quả để lại là rối loạn cương dương (ED) nếu không điều trị phù hợp.

**II. CHỈ ĐỊNH**

- Sau điều trị bảo tồn không hiệu quả.

- Mục tiêu của điều trị phẫu thuật là làm cho dòng máu chảy vào và ra khỏi dương vật trở lại bình thường, ngăn ngừa thiếu máu cục bộ và xơ hóa của dương vật.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Chống chỉ định khi người bệnh có các bệnh đang tiến triển như suy gan, bệnh tim mạch, tiểu đường, rối loạn đông máu…

**IV. CHUẨN BỊ**

1. **Người thực hiện:**

-Phẫu thuật viên là bác sĩ chuyên khoa tiết niệu - nam học

-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).

- 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 XQ phổi, phim XQ hệ tiết niệu

- Xét nghiệm vi khuẩn, kháng sinh đồ để điều trị nhiễm khuẩn.

3. **Phương tiện:**

- Bàn mổ có thể điều khiển quay các tư thế khi cần thiết

- Dao điện đơn cực, dao điện lưỡng cực bipolar

- Máy hút

- Dao mổ lạnh, cán dao, kìm kẹp kim, 10 pince cong, 2 pharabuf, 2 kéo phẫu tích: 1 to, 1 nhỏ, 1 kéo cắt chỉ.

- Các loại chỉ khâu chuyên dụng như: chỉ tiêu chậm [Monosyn, vicryl (4/0, 5/0)] 2 sợi, chỉ tiêu nhanh (safil quick, vicryl rapid: 4/0, 5/0) 1 sợi

**4. Hồ sơ bệnh án**

- Đầy đủ các xét nghiệm cơ bản, điện tim, Xquang phổi

- Giấy cam đoan phẫu thuật.

- Hoàn thành các thủ tục hành chính theo quy định.

- Bệnh án chi tiết, biên bản hội chẩn, biên bản khám trước khi gây mê, giấy cam đoan đồng ý phẫu thuật.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

1. **Tư thế:**  Người bệnh nằm ngửa

2. **Vô cảm:** Tê tủy sống hoặc gây mê

3. **Kỹ thuật:**

- Tạo đường thông thương vật hang và vật xốp

**+** Phương pháp Winter

Bệnh nhân được gâ tê tại chỗ, một kim Tru- Cut sinh thiết được đưa qua quy đầu vào vật hang. Qua đó có thể bơm rửa và hút máu ứ đọng trong vật hang. Khi kim được rút ra sẽ tạo một lỗ thông thương giữa vật hang và vật xốp. Có thể chọc mỗi bên một hoặc nhiều lỗ để tạo lỗ thông hiệu quả hơn.

**+** Phương pháp Ebbehoj

Trong thủ thuật này, sử dụng dao mổ số 15, dao được sử dụng để xuyên qua vật hang thông qua quy đầu dương vật (hình 5.1). Quy đầu dương vật sau đó được đóng lại bằng cách sử dụng chỉ khâu. Có thể sử dụng dao mổ số 10 chọc vào vật hang qua quy đầu dương vật sau đó xoay lưỡi dao 900, để tạo ra một lỗ lớn hình chữ T thông thương giữa vật hang và vật xốp. Lợi thế lớn của phương pháp này là một đường thông thương lớn đủ cho dương vật xẹp xuống. Một lợi ích nữa của phương pháp này là nó có thể thực hiện với gây tê tại chỗ và đã được thực hiện thành công trong điều kiện của khoa cấp cứu.

+ Phương pháp Al-Ghorab

Rạch một đường nằm ngang phía dương vật lưng cách rãnh quy đầu 1cm. Phẫu tích xuống phía dưới cho tới khi thấy rõ 2 vật hang hai bên. Mở một đường elip rộng 5mm ở phần đầu vật hang, nặn hết máu đọng cũ, bơm ruawr và làm xẹp vật hang. Sau đó khâu đóng lại vết rạch ở vật xốp.

- Mở thông vật hang vật xốp ở phần xa dương vật

**+**Phương pháp quackels

Bệnh nhân được đặt ở tư thế sản khoa. Rạch da đường tầng sinh môn. Phẫu tích hành xốp bằng cách giải phóng cơ hành xốp. Để dễ dàng cho việc phẫu tihcs nên đặt một hống thông nnieeuj đạo. Rạch 1cm ở vật hang và vật xốp. Đường rạch này phải đủ lớn để thực hiện nối vạt hang với vật xốp. Để tạo ra một đường thông thương tốt hơn, một số tác giả khuyên nên cắt bỏ một hình elip ở vật hang và vật xốp thay vì là rạch một đường đơn giản. Khi mở thể hang, máu cũ phải được lấy ra cho đến khi nhìn thấy máu tươi. Khâu nối vật hang với vật xốp bằng chỉ prolen 5.0. Đa số các trường hợp, một miệng nối là đủ để làm xẹp dương vật sau 10-15 phút và áp lực trong dương vật sẽ thấp hơn 40cmH2O. Nếu sau khi khâu nối một bên mà không làm xẹp dương vạt thì cần tính toán để làm thêm miệng nối bên đối diện. + Phương pháp Barry (tạo đường thông thương giữa tĩnh mạch lưng dương vật với vật hang).

rạch da 4cm ở mặt lưng dương vật. Phẫu tích giải phóng tĩnh mạch nông hoặc sâu ở lưng dương vật và khâu nối với vật hang qua cân trắng dương vật.

**+** Phương pháp Grayhack (tạo đường thông thương tĩnh mạch hiển trong với vật hang)

Đối với phương pháp này, bệnh nhân được đặt trong tư thế nằm ngửa. Rạch da khoảng 3-4cm dưới dây chằng ben, ở ngã 3 tĩnh mạch hiển – xương đùi. Tĩnh mạch hiển được xác định và phẫu tích dài khoảng 10cm. sau khi bộc lỗ đầu xa của tĩnh mạch được thắt lại, một vết rạch thứ 2 được thực hiện ở mặt bên ở gốc dương vật. Tiếp tục phẫu tích để bộc lộ cân trắng vật hang. Sau đó, mở mặt bên vật hang hình elip, nặn hết máu đọng trong vật hang. Nối tĩnh mạch hiện với cân trắng vật hang.

**VI. CHĂM SÓC SAU PHẪU THUẬT**

Cần theo dõi sát tiến triển áp lực của dương vật sau phẫu thuật. Ban đầu sau phẫu thuật dương vật có thể vẫn còn cứng nhẹ do tình trạng phù nề, xung huyết do thiếu máu trước phẫu thuật chưa phục hồi ngay được. Nhưng áp lưng trong dương vật phải trước về mức < 40cmH2O. Nếu nghi ngờ về tình trạng tưới máu có thể kiểm tra bằng siêu âm doppler và xét nghiệm khí máu thể hang. Có thể ép tay vào dương vật để tạo lưu thông miệng nối thuận lợi hơn đảm bảo tình trạng cương cứng không tái phát trở lại.

Ngoài việc làm giảm đau, điều trị sớm priapism thiếu máu cục bộ có thể bảo toàn chức năng cương dương.

## 180. CẮT BỎ TINH HOÀN LẠC CHỖ

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Cắt bỏ tinh hoàn là phẫu thuật cắt bỏ một khối gồm cả tinh hoàn, mào tinh hoàn, thừng tinh để lấy bỏ triệt để tinh hoàn, nhất là trong bệnh ung thư tinh hoàn do tinh hoàn lạc chỗ.

**II. CHỈ ĐỊNH**

Tinh hoàn lạc chỗ có nguy cơ ung thư hóa.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Chống chỉ định khi người bệnh có các bệnh đang tiến triển như suy gan, bệnh tim mạch, tiểu đường, rối loạn đông máu…

**IV. CHUẨN BỊ**

**1 Người thực hiện:** .Bác sĩ chuyên khoa phẫu thuật tiết niệu. 1 bác sĩ mổ chính, 2 bác sĩ phụ mổ.

**2. Phương tiện**

- Dung dịch betadin sát trùng: 01 lọ

- Thuốc gây tê lidocain 2%: 04 ống

- Nước muối sinh lý 0,9%: 500ml

- Bơm, kim tiêm 5ml: 01 chiếc

- Bông băng gạc vô trùng: 04 gói

- Bộ áo thủ thuật + mũ + khẩu trang vô khuẩn: 03 bộ

- Găng tay vô trùng: 03 đôi

- Săng vô khuẩn: 04 chiếc

- Panh kẹp săng: 04 chiếc.

- Cán dao mổ

- Lưỡi dao mổ số 10

- Kéo phẫu tích

- Kéo cắt băng, chỉ

- Ống hút

- Kẹp mang kim

- Sonde tiểu folley số 16

- Chỉ tiêu chậm 3.0 hay 2.0 để khâu vạt, chỉ tiêu chậm 1.0 đóng cân cơ, chỉ không tiêu khâu da

**3. Người bệnh**

- Người bệnh được giải thích rõ về phẫu thuật, cũng như các nguy cơ có thể xảy ra và ký vào giấy cam kết đồng ý làm thủ thuật

- Phải thụt tháo phân tối hôm trước mổ.

- Bệnh nhân được tắm rửa, vệ sinh sạch sẽ vùng mổ, đánh dấu vị trí mổ.

**4. Hồ sơ bệnh án**

- Đầy đủ các xét nghiệm cơ bản, điện tim, Xquang phổi

- Giấy cam đoan phẫu thuật.

- Hoàn thành các thủ tục hành chính theo quy định.

- Bệnh án chi tiết, biên bản hội chẩn, biên bản khám trước khi gây mê, giấy cam đoan đồng ý phẫu thuật.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**.1. Vô cảm:** Gây mê toàn thân hoặc gây tê tủy sống.

**2. Kỹ thuật:**

- Đường rạch: tùy vị trí tinh hoàn có thể:

• Có thể rạch ngang trên nếp da gấp dưới ổ bụng dưới.

• Khó khăn hơn khi bộc lộ thì rạch trên nếp bẹn từ gốc bìu chéo lên trên một góc 45o với đường giữa, đường rạch dài 4-5 khoát ngón tay.

• Nếu da bìu bị xâm lấn, có lỗ rò hay viêm dính, loét thì có thể rạch da lấy cả khối thương tổn.

1 Rạch cân cơ chéo lớn thừng tinh tới tận lỗ bẹn nông. Các thớ cơ dính vào thừng tinh được cắt đốt hoặc buộc cắt rời khỏi thừng tinh nhưng không làm thương tổn dây thần kinh chậu bẹn chạy dọc theo thừng tinh.

2. Bóc tách thừng tinh ở phía sau, cặp thừng tinh và bộc lộ cả khối tinh hoàn lên trên qua vết mổ, bằng cách đẩy nhẹ tinh hoàn lên, bóc tách cầm máu và cắt dây chằng phía dưới, giữ tinh hoàn vào da.

3.Để khối tinh hoàn đã được đưa ra trên một gạc to bằng săn mổ, sau đó mở tinh hoàn đánh giá thương tổn (nếu có nghi ngờ).

4.Kéo dài đường rạch lên trên, phẫu tích nhẹ nhàng thừng tinh. Buộc động mạch hạ vị và đẩy túi cùng phúc mạc lên cao vào trong. Cặp thừng tinh và buộc hai nút buộc bằng chỉ không tiêu phía trên nẹp thừng tinh, sau đó cắt thừng tinh.

5.Buộc động mạch tinh và tĩnh mạch tinh ở cao. Kiểm tra lại ống bẹn và cầm máu kĩ ống bẹn và ổ tinh hoàn.

6.Làm lại ống bẹn bằng cách khâu dây chằng kết hợp với cung đùi và đóng gân cơ chéo lớn.

7.Đặt ống dẫn lưu phía thấp của bìu trong 48-72 giờ.

8.Đóng lại da và tổ chức dưới da.

Chú ý: Nếu có hạch ở giai đoạn ung thư tiến triển, phải kết hợp nạo vét hạch.

**VI. THEO DÕI VÀ XỬ LÝ TAI BIẾN**

1.Chảy máu do cầm máu không kỹ, gây tụ máu: băng ép và theo dõi tiếp nếu máu chảy nhiều phải cầm máu lại.

2.Phù vết mổ: băng kép kết hợp điều trị kháng sinh và chống phù nề.

## 181. PHẪU THUẬT HẠ LẠI TINH HOÀN

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Phẫu thuật hạ tinh hoàn là phẫu thuật giải phóng tinh hoàn lạc chỗ đưa xuống bìu và cố định tinh hoàn xuống bìu ngoài cơ Dartos.

**II. CHỈ ĐỊNH**

Tuổi mổ lý tưởng nhất 3-6 tuổi, trẻ có tinh hoàn không xuống bìu.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Dị dạng bẩm sinh nặng về tiết-sinh dục (tật lỗ tiểu ở trên, bàng quang lộ ngoài, lưỡng tính).

**IV. CHUẨN BỊ MỔ**

- 03 bác sĩ: 01 phẫu thuật viên chính là bác sỹ chuyên khoa Tiết niệu và 02 phụ mổ

- 02 điều dưỡng: 1 điều dưỡng đưa dụng cụ, 01 phục phụ bên ngoài.

**2. Phương tiện**

- Dung dịch betadin sát trùng: 01 lọ

- Thuốc gây tê lidocain 2%: 04 ống

- Nước muối sinh lý 0,9%: 500ml

- Bơm, kim tiêm 5ml: 01 chiếc

- Bông băng gạc vô trùng: 04 gói

- Bộ áo thủ thuật + mũ + khẩu trang vô khuẩn: 03 bộ

- Găng tay vô trùng: 03 đôi

- Săng vô khuẩn: 04 chiếc

- Panh kẹp săng: 04 chiếc.

- Cán dao mổ

- Lưỡi dao mổ số 10

- Kéo phẫu tích

- Kéo cắt băng, chỉ

- Ống hút

- Farabeuf x 04 chiếc

- Kẹp mang kim

- Sonde tiểu folley số 16

- Chỉ tiêu chậm 3.0 hay 2.0 để khâu vạt, chỉ tiêu chậm 1.0 đóng cân cơ, chỉ không tiêu khâu da

**3. Người bệnh**

- Người bệnh được giải thích rõ về phẫu thuật, cũng như các nguy cơ có thể xảy ra và ký vào giấy cam kết đồng ý làm thủ thuật

- Phải thụt tháo phân tối hôm trước mổ.

- Bệnh nhân được tắm rửa, vệ sinh sạch sẽ vùng mổ, đánh dấu vị trí mổ.

**4. Hồ sơ bệnh án**

- Đầy đủ các xét nghiệm cơ bản, điện tim, Xquang phổi

- Giấy cam đoan phẫu thuật.

- Hoàn thành các thủ tục hành chính theo quy định.

- Bệnh án chi tiết, biên bản hội chẩn, biên bản khám trước khi gây mê, giấy cam đoan đồng ý phẫu thuật.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

- Rạch da: Nếp bụng mu ( đường ngang) , dài khoảng 3 – 4 cm, sao cho vết mổ đi qua đường đi của ống bẹn.

- Rạch các lớp tổ chức dưới da tới lớp mạc nông, rạch lớp mạch nông theo đường dọc vuông góc với vết rạch da.

- Dùng Farabeuf vén rộng vết mổ sang 4 phía: trên, dưới, trong và ngoài. Kéo Farabeuf xuống dưới tìm lỗ bẹn nông, ta thấy có tổ chức phồng ra, đó là lớp mỡ - dây chằng của tinh hoàn.

- Mở rộng lỗ bẹn nông, ta có thể kéo được 1 phần tinh hoàn xuống dưới và ra ngoài

- Mở cân cơ chéo lớn lên tận lỗ bẹn sâu, thấy được gân cơ kết hợp.

- Phẫu tích, giải phóng tinh hoàn khỏi ống bẹn, đi ngược từ dưới lên lỗ bẹn sâu, cao tới lớp mỡ sau phúc mạc được 1 khối tổ chức gồm tinh hoàn, thừng tinh - ống phúc tinh mạc.

- Giải phóng ống phúc tinh mạch khỏi bó mạch – thừng tinh sao cho sát tới lỗ bẹn sâu. Thắt và cắt bỏ ống phúc tinh mạc, có thể khâu treo cổ ống phúc tinh mạc vào cân cơ kết hợp.

- 1 tay cầm kéo căng thừng tinh xuống dưới, 1 tay cầm gạc nhỏ, đầy phía thừng tinh lên trên để làm dài tối đa bó mạch thừng tinh.

- Kéo tinh hoàn về phía bìu để tìm vị trí rạch da bìu.

- Từ lỗ bẹn nông, dùng ngón tay, tạo khoang đường hầm đưa tinh hoàn xuống bìu, tạo khoang ở bìu.

- Rạch da bìu, tách 2 lớp da bìu – cân cơ bìu, cắt rạch thủng cân cơ bìu.

- Đưa tinh hoàn xuống bìu, sao cho thừng tinh hướng vào trong và xuống dưới. Tinh hoàn nằm dưới da bìu. Khâu hẹp bớt cân cơ bìu để cố định được tinh hoàn.

- Khâu da bìu.

- Phục hồi thành bụng:

+ Khâu cân cơ chéo lớn.

+ Khâu mạc nông - lớp tổ chức dưới da.

+ Khâu da .

- Khi bệnh nhân đến khám muộn sau tuổi dậy thì, nhiều tác giả chủ trương cắt bỏ tinh hoàn cho những trường hợp tinh hoàn nằm trong ổ bụng nhằm tránh nguy cơ ung thư hóa.

**VI. CHĂM SÓC SAU MỔ.**

- Kháng sinh, giảm đau, chống phù nề.

- Vận động tại giường.

- Ra viện ngày thứ 4 – 5 nếu bệnh nhân ổn định, đùng thuốc uống theo đơn.

- Khám lại sau 1 tháng, kiểm tra trên lâm sàng và siêu âm tinh hoàn.

## 182. TẠO VẠT DA CHỮ Z TRONG TẠO HÌNH DƯƠNG VẬT

## 183. PHẪU THUẬT THOÁT VỊ BẸN NGHẸT

**I. ĐẠI CƯƠNG**

[Thoát vị bẹn nghẹt](https://benhvienthucuc.vn/thoat-vi-ben-nghet-muc-do-nguy-hiem-va-phuong-phap-dieu-tri/) là một biến chứng nghiêm trọng nhất của bệnh lý thoát vị bẹn. Bệnh có thể khiến các tạng trong túi thoát vị bị ngoại tử vì không được cung cấp đủ máu. Thoát vị bẹn nghẹt cần phải được phát hiện và xử lý ngay nếu không sẽ nguy hiểm đến tính mạng người bệnh.

**II. CHỈ ĐỊNH**

- Tuyệt đối: Cho các trường hợp bị nghẹt.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Phẫu thuật viên chuyên ngành tiêu hóa

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện.**

Người thực hiện là bác sĩ ngoại tiêu hóa và bác sỹ gây mê hồi sức có kinh

nghiệm.

**2. Phương tiện.**

- Dụng cụ mổ mở trung phẫu

- Mảnh ghép nhân tạo với kích cỡ phù hợp

**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.

- Ngày phẫu thuật: Bơm thuốc để bệnh nhân đi cầu, không cần tẩy sạch như phẫu thuật đại trực tràng.

- Ngày phẫu thuật: nhịn ăn, uống, đi tiểu trước khi lên bàn mổ.

**4. Hồ sơ bệnh án:** Theo quy định bộ y tế, được bác sỹ kiểm tra đầy đủ các xét nghiệm, có chữ ký thông qua mổ và giấy cam đoan mổ.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Vô cảm:** tê tủy sống

**2. Tư thế:** nằm ngửa

**3. Kỹ thuật**

- Rạch da đường phân giác góc bẹn

- Bóc tách cân cơ tìm túi thoát vị

- Đánh giá tạng thoát vị

- Đưa tạng thoát vị vào trong ổ bụng

- Khâu cột cổ túi

- Đặt và khâu cố định mảnh ghép vào thành sau ống bẹn bằng những mũi khâu vắt liên tục

- Xẻ đôi mảnh ghép và khâu lại, ôm sát thừng tinh tại lỗ bẹn sâu

- Khâu cân cơ chéo ngoài

- Khâu da và băng ép

**VI. THEO DÕI**

- Theo dõi tình trạng toàn thân và tại vùng phẫu thuật:

+ Mạch, huyết áp, nhịp thở, nhiệt độ, tri giác

+ Theo dõi tại vết mổ: chảy máu, chảy dịch, đau.

- Dùng thuốc giảm đau

- Có thể dung kháng sinh điều tri nếu phẫu thuật viên thấy cần

- Cho người bệnh ăn nhẹ, tập vận động sớm.

- Săn sóc vết mổ: thay băng hàng ngày, khi có hiện tượng bất thường như

chảy máu, thấm dịch nhiều phải kiểm tra vết mổ.

- Cắt chỉ vết mổ sau 7 ngày

- Tái khám định kì sau phẫu thuật 2 tuần

**VII. XỬ TRÍ TAI BIẾN**

- Chảy máu trong mổ: kiểm tra kĩ lại vết mổ, tìm chỗ chảy máu, cầm máu kĩ các vị trí chảy máu

- Rách thủng bàng quang: mời hội chẩn bác sĩ chuyên khoa niệu tại phòng mổ

- Khâu vào ruột, thủng ruột: mở bụng đường giữa thám sát xử trí tùy thương tổn

- Sưng hoặc teo tinh hoàn: mời khám bác sĩ chuyên khoa nam sau mổ

- Nhiễm trùng vết mổ: sử dụng kháng sinh, chăm sóc thay băng vết mổ 2 lần/ ngày.

## 184. PHẪU THUẬT THOÁT VỊ ĐÙI ĐÙI NGHẸT

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Trong thoát vị đùi, tạng thoát vị đi qua ống đùi, chui qua mạc sàng để nằm dưới da. Trong một số ít trường hợp, thay vì chui qua mạc sàng, khối thoát vị đùi di chuyển ngược lên trên, chui qua giữa dây chằng bẹn và dải chậu mu, nằm dưới cân cơ chéo bụng ngoài trên vùng bẹn. Hình thái hiếm gặp này của thoát vị đùi được xem như một loại thoát vị gian thành.

Điều trị thoát vị bẹn chủ yếu là phẫu thuật trong đó phẫu thuật nội soi điều trị thoát vị bẹn có ưu điểm là thời gian hồi phục sau mổ và trở lại làm việc nhanh, ít đau so với mổ mở.

**II. CHỈ ĐỊNH**

- Thoát vị đùi

- Thoát vị bẹn gián tiếp, trực tiếp 2 bên.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Bệnh lý toàn thân nặng không đảm bảo cuộc mổ

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện.**

- Phẫu thuật viên chuyên ngành tiêu hóa

**2. Phương tiện.**

- Dụng cụ mổ mở, đồ banh chuyên dụng hoặc bộ dụng cụ mổ nội soi

- Mảnh ghép nhân tạo với kích cỡ phù hợp

**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.

- Ngày phẫu thuật: Bơm thuốc để bệnh nhân đi cầu, không cần tẩy sạch như phẫu thuật đại trực tràng.

- Ngày phẫu thuật: nhịn ăn, uống, đi tiểu trước khi lên bàn mổ.

**4. Hồ sơ bệnh án:** Theo quy định bộ y tế, được bác sỹ kiểm tra đầy đủ các xét nghiệm, có chữ ký thông qua mổ và giấy cam đoan mổ.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Vô cảm: tê** tủy sống khi mổ mở hoặc mê nội khí quản nếu mổ nội soi

**2. Tư thế:** nằm ngửa

**3. Kỹ thuật**

- Để phẫu thuật bệnh nhân bị thoát vị đùi, có thể chọn phương pháp mổ mở hay mổ nội soi.

- Sau khi xử lý túi thoát vị , đối với phẫu thuật mổ mở, liềm bẹn được khâu với dây chằng Cooper. Đối với phẫu thuật phía sau, dải chậu mu (hay cung cân cơ ngang bụng) được khâu với dây chằng Cooper. Có thể dùng mảnh ghép cho cả đường trước và sau.

- Phẫu thuật nội noi có thể thực hiện trước phúc mạc hay trong phúc mạc.

**VI. THEO DÕI**

- Theo dõi tình trạng toàn thân và tại vùng phẫu thuật:

+ Mạch, huyết áp, nhịp thở, nhiệt độ, tri giác

+ Theo dõi tại vết mổ: chảy máu, chảy dịch, đau.

- Dùng thuốc giảm đau

- Có thể dung kháng sinh điều tri nếu phẫu thuật viên thấy cần

- Cho người bệnh ăn nhẹ, tập vận động sớm.

- Săn sóc vết mổ: thay băng hàng ngày, khi có hiện tượng bất thường như

chảy máu, thấm dịch nhiều phải kiểm tra vết mổ.

- Cắt chỉ vết mổ sau 7 ngày

- Tái khám định kì sau phẫu thuật 2 tuần

**VII. XỬ TRÍ TAI BIẾN**

- Chảy máu trong mổ: kiểm tra kĩ lại vết mổ, tìm chỗ chảy máu, cầm máu kĩ các vị trí chảy máu

- Rách thủng bàng quang: mời hội chẩn bác sĩ chuyên khoa niệu tại phòng mổ

- Khâu vào ruột, thủng ruột: mở bụng đường giữa thám sát xử trí tùy thương tổn

- Sưng hoặc teo tinh hoàn: mời khám bác sĩ chuyên khoa nam sau mổ

- Nhiễm trùng vết mổ: sử dụng kháng sinh, chăm sóc thay băng vết mổ 2 lần/ ngày.

**185. KHÂU VẾT THƯƠNG ÂM HỘ, ÂM ĐẠO**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

- Khâu vết thương âm hộ, âm đạo là những vết thương phần mềm đơn thuần không kèm theo các thương tổn nặng vùng tiểu khung.

- Có nhiều nguyên nhân gây vết thương âm hộ, âm đạonhư do tai nạn giao thông, do ngồi vào vật nhọn, do tai biến sản khoa,…

**II. CHỈ ĐỊNH**

Những vết thương âm hộ, âm đạo

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Những vết thương âm hộ, âm đạo kèm theo thương tổn khác ở tiểu khung như trực tràng, ống hậu môn, cơ thắt, niệu đạo, bang quang, xương chậu,…

**IV. CHUẨN BỊ**

- Người thực hiện: phẫu thuật viên ngoại chung hoặc phẫu thuật viên tiêu hóa.

- Người bệnh: thường đến viện trong tình trạng cấp cứu, cho kháng sinh, truyền dịch.

- Phương tiện: bộ phẫu thuật trung phẫu, các loại chỉ tiêu chậm và không tiêu,…

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Tư thế:**phụ khoa hoặc nằm sấp.

**2. Vô cảm:**gây tê vùng, gây tê tại chỗ hoặc gây mê toàn thân.

**3. Kỹ thuật:**Thời gian dự kiến phẫu thuật 45 - 60 phút

- Lấy dị vật như sỏi, đá, mảnh tre…

- Làm sạch vết thương bằng nước muối, oxy già, betadine…

- Cắt lọc tổ chức dập nát hoặc hoại tử không còn mạch nuôi.

- Khâu vết thương âm hộ, âm đạọ

**VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

**1. Chăm sóc và theo dõi:**

- Chăm sóc và theo dõi người bệnh như các trường hợp phẫu thuật vết thương phần mềm khác.

- Dùng kháng sinh toàn thân (metronidazol, cephalosporin thế hệ 3,…).

- Thay băng một đến nhiều lần trong ngày nếu vết thương rộng, bẩn.

**2. Xử trí tai biến:**

- Chảy máu: băng ép bằng gạc hoặc khâu cầm máu khi cần thiết.

- Nhiễm trùng: thay băng nhiều lần trong ngày, có thể cắt lọc lại lần 2, trong một số trường hợp phải làm hậu môn nhân tạo.

## 186. PHẪU THUẬT THOÁT VỊ BẸN THƯỜNG 1 BÊN /2 BÊN

**I. ĐẠI CƯƠNG**

- Thoát vị bẹn là bệnh lý thường gặp ở nam giới lớn tuổi.Điều trị thoát vị bẹn chủ yếu là phẫu thuật trong đó phẫu thuật nội soi điều trị thoát vị bẹn có ưu điểm là thời gian hồi phục sau mổ và trở lại làm việc nhanh, ít đau so với mổ mở.

- Thoát vị bẹn 2 bên mổ TEP hoặc TAPP

**II. CHỈ ĐỊNH**

- Thoát vị bẹn gián tiếp, trực tiếp 2 bên.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Người bệnh đã được phẫu thuật ở vùng tiền phúc mạc (cắt bướu tuyến tiền liệt, mở bàng quang ra da...)

- Thoát vị bẹn nghẹt.

- Thoát vị kẹt có thể được chỉ định nhưng bác sĩ phẫu thuật phải có kinh nghiệm.

- Chống chỉ định của phẫu thuật nội soi nói chung.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện:**

- Phẫu thuật viên chuyên ngành tiêu hóa

**2. Phương tiện:**

- Bàn mổ có thể quay các chiều.

- Hệ thống máy mổ nội soi: camera, nguồn sáng, dây dẫn sáng, máy bơm khí CO2, dây dẫn CO2, màn hình.

- Hệ thống máy đốt điện: đơn cực, lưỡng cực.

- Bộ dụng cụ mổ nội soi.

- Tấm lưới nhân tạo polypropylene, kích thước 10x15cm hay 12x15cm. Nên dùng lưới có trọng lượng nhẹ, lỗ lưới >1mm.

- Sử dụng 1 trong 3 cách sau để cố định tấm lưới nhân tạo (nếu cần cố định):

Keo để cố định tấm lưới nhân tạo: Histoacryl (rẻ tiền), keo fibrin (mắc tiền)

Kim cố định tấm lưới nhân tạo (tacker): kim cố định tự tiêu hay kim loại. Loại tự tiêu mắc tiền hơn, ít gây đau sau mổ.

Chỉ để khâu cố định tấm lưới nhân tạo: chỉ tan chậm 3.0 như Vicryl hay Safil…

- Kim chỉ khâu cân, da: chỉ tan chậm 1.0 như Vicryl hoặc Safil để khâu cân, chỉ Nylon 3.0 để khâu da…

**3. Người bệnh:**

- Khám, phát hiện, điều trị (nếu cần thiết) các yếu tố gây tăng áp lực ổ bụng

- Các cận lâm sàng cơ bản chuẩn bị mổ

- Khuyến cáo người bệnh nên ngưng hút thuốc

**4. Hồ sơ bệnh án:**

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

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Kiểm tra hồ sơ:** biên bản hội chẩn, cam kết phẫu thuật, biên bản duyệt mổ, biên bản khám tiền phẫu và tiền mê.

**2. Kiểm tra người bệnh:** đúng người bệnh

**3. Thực hiện kỹ thuật:**

Tư thế:

- Người bệnh nằm ngửa, 2 chân khép, 2 tay khép. Màn hình đặt ở phía chân. Người mổ chính đứng đối bên với thoát vị cần mổ.Đầu thấp khoảng 20 độ.

- Người phụ mổ: cầm camera đứng cạnh, phía trên người mổ chính.

- Dụng cụ viên đứng phía đối diện người mổ chính.

- Đặt thông niệu đạo hoặc cho người bệnh đi tiểu trước mổ, không đặt thông niệu đạo.

Vô cảm:

Gây mê toàn thân, có thể gây tê tủy kết hợp với tê ngoài màng cứng (cần bác sĩ gây mê có kinh nghiệm về kỹ thuật này).

Kỹ thuật:

- Rạch da dưới rốn 10-12mm. Bộc lộ lá trước cơ thẳng bụng phía thoát vị. Mở ngang lá trước cơ thẳng bụng 5-10mm, vén cơ ra ngoài để bộc lộ lá sau cơ thẳng bụng.

Dùng 1 kẹp Kelly đưa 1 gạc nhỏ (hoặc có thể dùng 1 ngón tay), theo lá sau cơ thẳng bụng vào khoang tiền phúc mạc ở đường giữa để tạo khoảng trống vào khoang tiền phúc mạc. Có thể dùng trocar có bóng, đưa vào và bơm bóng lên dưới quan sát của kính soi để tạo khoảng trống trong khoang tiền phúc mạc.

Đặt trocar 10mm vào vị trí này và bơm khí.Có thể dùng kính soi để làm rộng thêm khoang tiền phúc mạc (đưa kính soi tới và lui).

- Đặt thêm 2 trocar 5 ở đường giữa dưới quan sát của kính soi. Trocar thứ 2 trên xương mu khoảng 3 khoát ngón tay (4-5cm), trocar thứ 3 ở giữa trocar 1 và 2.

- Phẫu tích tạo khoảng trống trong khoang tiền phúc mạc:

+ Xuống phía dưới, bộc lộ xương mu, qua khỏi khớp mu về phía đối bên 1-2cm. Phẫu tích theo xương mu về bên có thoát vị đến tĩnh mạch chậu trong.

+ Bộc lộ bó mạch thượng vị dưới, dải chậu mu, phẫu tích ra phía ngoài và lên trên, đến ngang mức gai chậu trước trên, ra phía sau, đến khi thấy được cơ thắt lưng chậu hay các sợi thần kinh trên cơ thắt lưng chậu.

- Xác định túi thoát vị trực tiếp hay gián tiếp. Phẫu tích, kéo túi thoát vị trực tiếp vào trong.Phẫu tích, kéo túi thoát vị gián tiếp vào trong và tách túi thoát vị khỏi bó mạch tinh hoàn và ống dẫn tinh.Nếu túi thoát vị gián tiếp to, không nên phẫu tích hết túi thoát vị mà cột đầu gần rồi cắt ngang túi thoát vị, để hở đầu xa để tránh tụ dịch về sau.Ở nữ, có thể cắt bỏ dâychằng tròn khi phẫu tích túi thoát vị.Phẫu tích, tách phúc mạc khỏi thành chậu, xuống dưới dải chậu mu khoảng 5-7cm.

- Đặt tấm lưới nhân tạo 10x15cm hay 12x15cm, che phủ toàn bộ lỗ cơ lược (che phủ lỗ bẹn sâu, tam giác bẹn trong, lỗ đùi). Tấm lưới bao phủ rộng quanh các lỗ thoát vị 5-7 cm. Không nên cắt tấm lưới để vòng qua thừng tinh.Chú ý bờ dưới tấm lưới phải nằm trên nếp phúc mạc đã phẫu tích.

- Nếu lỗ thoát vị nhỏ, không cần cố định tấm lưới. Nếu lỗ thoát vị >3cm, có thể cố định tấm lưới bằng:

+ Keo (Histoacryl): rẻ tiền, không gây đau sau mổ

+ Kim cố định (tacker) loại tự tiêu hay kim loại: loại tự tiêu ít gây đau sau mổ hơn. Vị trí cố định: xương mu, bờ ngoài cơ thẳng bụng, thành bụng trước (phía trên dải chậu mu). Cố định bằng kim cố định nhanh nhưng chi phí cao.

+ Khâu cột: khó khăn do vị trí trocar không thuận lợi.

- Nếu thoát vị 2 bên, có thể đặt 2 tấm lưới nhân tạo 2 bên, chồng lên nhau ở đường giữa khoảng 2cm, hoặc đặt 1 tấm lưới nhân tạo lớn 10x30cm.

- Xả khí, chú ý tụ khí vùng bìu trong thoát vị gián tiếp.

- Khâu cân và da.

**VI. THEO DÕI**

- Sau mổ nên chèn gạc lên vị trí thoát vị trực tiếp để tránh tụ dịch, không cần thiết nếu thoát vị gián tiếp.

- Xuất viện sau mổ 1-2 ngày nếu diễn tiến hậu phẫu bình thường.

**VII. XỬ TRÍ BIẾN CHỨNG**

- Rách phúc mạc: thường xảy ra trong khi mổ, có thể gây khó khăn do khoảng trống thao tác giảm. Nếu chỗ rách nhỏ thì không cần xử trí gì, dùng 1 dụng cụ vén phúc mạc để tạo khoảng trống.Nếu rách phúc mạc rộng, cần cột túm chỗ rách bằng chỉ hay khâu lại.

- Tổn thương mạch máu lớn: ít xảy ra, chú ý khi phẫu tích vùng tam giác Doom (tam giác giữa ống dẫn tinh và mạch máu tinh hoàn).

- Tổn thương thần kinh: gây đau kéo dài. Chú ý khi phẫu tích vùng tam giác đau (tam giác giữa mạch máu tinh hoàn và dãi chậu mu).Không cố định tấm lưới trong vùng này.

- Tụ dịch sau mổ: là biến chứng thường gặp (0,5-12,2%), thường tự hết sau 6-8 tuần. Không nên chọc hút dịch sớm vì có thể gây bội nhiễm. Không cần dẫn lưu để tránh tụ dịch sau mổ.

- Tụ máu: ít xảy ra hơn so với mổ mở, tỉ lệ khoảng 5,6-16%. Ít khi chảy máu nhiều phải truyền máu.Nếu khối máu tụ to, gây đau nhiều, có thể gây tê để rạch, lấy máu tụ.

- Nhiễm khuẩn vết mổ: hiếm xảy ra (<1%). Nhiễm khuẩn tấm lưới rất hiếm gặp và ít khi phải lấy tấm lưới ra.

- Bí tiểu sau mổ, tổn thương bàng quang: Bí tiểu sau mổ khoảng <3%.Tổn thương bàng quang rất hiếm gặp (<1%). Tổn thương bàng quang hay xảy ra khi cắt vào túi thoát vị trực tiếp.

- Tổn thương ống dẫn tinh, mạch máu tinh hoàn và viêm tinh hoàn:

+ Phần lớn các biến chứng này thoáng qua và tự hết gồm các biểu hiện: đau tinh hoàn, sưng tinh hoàn, viêm tinh hoàn và mào tinh. Đau vùng bìu có thể do tổn thương thần kinh sinh dục đùi. Sưng, đau tinh hoàn, viêm tinh hoàn có thể do tắc mạch bạch huyết, tắc tĩnh mạch. Không nên phẫu tích nhiều để lấy toàn bộ túi thoát vị to mà nên cắt ngang để tránh các biến chứng này.Nên cho người bệnh nằm nghỉ ngơi, hạn chế vận động, thuốc giảm đau.Tỉ lệ teo tinh hoàn tương tự như mổ mở.

+ Ống dẫn tinh bị đứt có thể được khâu nối.

- Biến chứng của tấm lưới:

+ Tấm lưới có thể bị gập, di chuyển gây thoát vị tái phát. Phòng ngừa bằng cách trải tấm lưới phẳng, không gập góc, phẫu tích khoang tiền phúc mạc đủ rộng, sử dụng tấm lưới lớn (ít nhất 10x15cm).

+ Nhiễm khuẩn tấm lưới: hiếm xảy ra. Nên dùng kháng sinh phòng ngừa và thao tác đảm bảo vô khuẩn.

## 187. RẠCH RỘNG VÒNG THẮT NGHẸT BAO QUY ĐẦU

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Thắt nghẹt bao quy đầu (paraphimosis) là tình trạng bao quy đầu sau khi tuột xuống thì không thể trở lại vị trí bình thường để che phủ đầu dương vật.

Hiện tượng này thường gặp ở những người có bao quy đầu hẹp nhẹ. Vì bao quy đầu chỉ hẹp nhẹ nên vẫn có thể tụt bao quy đầu ra khỏi quy đầu nhưng lại không tự tụt trở lại vị trí bình thường được (thường gặp lúc dương vật cương), tạo ra một vòng thắt ở bao quy đầu và khấc quy đầu gây ứ dịch phù nề bao quy đầu.

**II. CHỈ ĐỊNH**

- Thắt nghẹt bao quy đầu

**III.CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Vùi dương vật.

- Viêm bao qui đầu.

- Hẹp niệu đạo.

**IV. CHUẨN BỊ**

1. **Người thực hiện:**

- Bác sĩ chuyên khoa tiết niệu kết hợp bác sĩ chuyên khoa Gây mê hồi sức

**2. Phương tiện**

- Bộ dụng cụ tiểu phẫu

**3. Người bệnh**

- Người bệnh được giải thích rõ về phẫu thuật, cũng như các nguy cơ có thể xảy ra và ký vào giấy cam kết đồng ý làm thủ thuật

- Phải thụt tháo phân tối hôm trước mổ.

- Bệnh nhân được tắm rửa, vệ sinh sạch sẽ vùng mổ, đánh dấu vị trí mổ.

**4. Hồ sơ bệnh án**

- Đầy đủ các xét nghiệm cơ bản, điện tim, Xquang phổi

- Giấy cam đoan phẫu thuật.

- Hoàn thành các thủ tục hành chính theo quy định.

- Bệnh án chi tiết, biên bản hội chẩn, biên bản khám trước khi gây mê, giấy cam đoan đồng ý phẫu thuật.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Tư thế**

- Bệnh nhân nằm ngửa, hai chân duỗi thẳng đầu kê cao 15 độ

- Bố trí phòng mổ:

+ Bác sĩ gây mê đứng ở phía trên đầu bệnh nhân.

+ Phẫu thuật viên chính đứng phía bên trái bệnh nhân, phẫu thuật viên phụ đứng phía đối diện.

+ Bàn dụng cụ đặt ở phía chân bệnh nhân, y tá đưa dụng cụ đứng cùng bên với phẫu thuật viên chính.

**2. Vô cảm**

- Sử dụng thuốc bôi gây tê tại chỗ quanh dương vật và đầu dương vật (2% lidocaine gel hoặc kem lidocaine 5%, hoặc EMLA Cream: 2,5% prilocaine plus 2,5% lidocaine) trong 15 - 30 phút cho phép thực hiện thủ thuật gần như không gây đau. 

**3.Kỹ thuật**

- Sat khuẩn dương vật

- Sau khi sát khuẩn dương vật bằng dung dịch polividone iodine, rạch một vết trên khối vòng nghẹt, thường rạch ở vị trí 12 giờ.

**-** Nếu tính trạng phù nề nhẹ thì sau khi giải quyết tình trạng thắt nghẹt bao quy đầu có thể tiến hành cắt bao quy đầu luôn. Trong trường hợp phù nề nặng, việc cắt bao quy đầu có thể hoãn lại cho đến khi hết phù nề, thường mất vài ngày.

**VI: THEO DÕI VÀ NGUYÊN TẮC XỬ LÍ TAI BIẾN – BIẾN CHỨNG:**

- Chảy máu (thường ở vị trí dây thắng, mạch máu dưới bao qui đầu)=> cầm máu (băng ép, đốt điện, hoặc khâu cầm máu).

- Phù nề, máu tụ => đắp ấm, hoặc thoát dịch, thoát máu tụ.

- Nhiễm trùng => thay băng + kháng sinh.

- Thiếu da do cắt bỏ quá nhiều bao qui đầu (xảy ra do cắt bao qui đầu ở tư thế dương vật không cương) => ghép da.

- Tổn thương qui đầu và một phần dương vật do kẹp bao qui đầu không chính xác => tạo hình lại qui đầu, dương vật.

## 188. PHẪU THUẬT XOẮN, VỠ TINH HOÀN

**I.ĐẠI CƯƠNG**

- Xoắn tinh hoàn là một cấp cứu ngoại khoa cần được chẩn đoán và điều trị sớm để tránh những biến chứng đáng tiếc như hoại tử tinh hoàn, hoặc teo tinh hoàn với tỷ lệ 68%.

- Xoắn tinh hoàn được chia làm 3 loại: xoắn cả bó mạch thừng tinh; xoắn tinh hoàn đơn thuần, xoắn phần phụ của mào tinh – tinh hoàn.

**II.CHỈ ĐỊNH**

- Xoắn tinh hoàn, người bệnh đau nhiều bìu-tinh hoàn, có thể khẳng định được trên siêu âm Doppler.

**III.CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Đây là cấp cứu ngoại khoa nên không có chống chỉ định tuyệt đối.

- Chống chỉ định tương đối khi người bệnh có các bệnh đang tiến triển như suy gan, bệnh tim mạch, tiểu đường, rối loạn đông máu…

**IV.CHUẨN BỊ**

1.**Người thực hiện:**

- Phẫu thuật viên là bác sĩ chuyên khoa tiết niệu - nam học

- 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).

- Hồ sơ người bệnh, xét nghiệm cơ bản, phim XQ phổi, siêu âm tinh hoàn.

- Chuẩn bị người bệnh như một người bệnh mổ theo kế hoạch. Cạo lông sạch sẽ hoàn toàn bộ phận sinh dục ngoài.

- Điều trị dự phòng nhiễm khuẩn bằng kháng sinh.

3.**Phương tiện:**

-Bàn mổ có thể điều khiển quay các tư thế khi cần thiết

-Dao điện đơn cực, dao điện lưỡng cực bipolar

- Máy hút

- Dao mổ lạnh, cán dao, kìm kẹp kim, 10 pince cong, 2 pharabuf, 2 kéo phẫu tích: 1 to, 1 nhỏ, 1 kéo cắt chỉ.

- Các loại chỉ khâu chuyên dụng như: chỉ tiêu chậm [Monosyn, vicryl (4/0, 5/0)] 2 sợi, chỉ tiêu nhanh (safil quick, vicryl rapid: 4/0, 5/0) 1 sợi, chỉ không tiêu prolène 4/0.

**4. Hồ sơ bệnh án**

- Đầy đủ các xét nghiệm cơ bản, điện tim, Xquang phổi

- Giấy cam đoan phẫu thuật.

- Hoàn thành các thủ tục hành chính theo quy định.

- Bệnh án chi tiết, biên bản hội chẩn, biên bản khám trước khi gây mê, giấy cam đoan đồng ý phẫu thuật.

**V.CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

1.**Tư thế:**  Người bệnh nằm ngửa

2.**Vô cảm:** Tê tủy sống hoặc gây mê

3.**Kỹ thuật:**

- Đường rạch da: đường đan của bìu hay đường song song với đường đan bên tinh hoàn bên bệnh lý.

- Bộc lộ tinh hoàn và nang mào tinh hoàn đánh giá vị trí kích thước tinh hoàn: màu sắc, vị trí, xoắn mấy vòng.

- Kiểm tra xem tinh hoàn có bị tím không, thừng tinh có bị xoắn không.

-Tháo xoắn và cố định tinh hoàn: khi tinh hoàn sau thóa xoắn có màu sắc trở lại bình thường.

-Cắt tinh hoàn khi tinh hoàn có dấu hiệu hoại tử.

- Đưa tinh hoàn vào trong màng tinh hoàn: Chú ý mào tinh hoàn ở phía sau, đầu mào tinh hoàn ở trên chống xoắn tinh hoàn

- Cố định tinh hoàn bằng prolene 4/0 hai vị trí. Khâu lại màng tinh hoàn.

- Đóng vết mổ 2 lớp.

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

1.**Theo dõi:**

- Theo dõi toàn thân,

- Các tai biến, biến chứng có thể gặp:

+Chảy máu

+Nhiễm khuẩn vết mổ.

**2.Nguyên tắc xử trí:**

-Chảy máu: thay băng, theo dõi. Nếu chảy máu vết mổ thì khâu cầm máu. Nếu chảy máu bên trong thì mổ lại cầm máu.

-Nhiễm khuẩn vết mổ: điều trị kháng sinh, chăm sóc vết mổ.

## 189. CẮT BỎ BAO QUY ĐẦU DO DÍNH HOẶC DÀI

**I. ĐẠI CƯƠNG**

- Bao quy đầu (BQĐ) là lớp da bao phủ toàn phần hoặc bán phần quy đầu. Bao quy đầu dính vào dương vật ở nơi tiếp giáp giữa thân và đầu dương vật. Lớp da này có chức năng bảo vệ và duy trì độ ẩm của lớp niêm mạc da quy đầu.

- Bao quy đầu bình thường là khi dương vật ở trạng thái cương cứng phần da quy đầu sẽ tự tuột xuống để lộ toàn phần bao quy đầu của dương vật.

- Trường hợp da BQĐ bao phủ quy đầu nhưng có thể dùng tay kéo lên xuống được thì gọi là dài da BQĐ.

**II. CHỈ ĐỊNH**

- Điều trị bảo tồn thất bại.

- BQĐ dài hoặc dính

- Theo yêu cầu của gia đình bệnh nhân.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Vùi dương vật.

- Viêm bao qui đầu.

- Hẹp niệu đạo.

**IV. CHUẨN BỊ**

1. **Người thực hiện:**

- Bác sĩ chuyên khoa tiết niệu kết hợp bác sĩ chuyên khoa Gây mê hồi sức

**2. Phương tiện**

- Bộ dụng cụ tiểu phẫu

**3. Người bệnh**

- Người bệnh được giải thích rõ về phẫu thuật, cũng như các nguy cơ có thể xảy ra và ký vào giấy cam kết đồng ý làm thủ thuật

- Phải thụt tháo phân tối hôm trước mổ.

- Bệnh nhân được tắm rửa, vệ sinh sạch sẽ vùng mổ, đánh dấu vị trí mổ.

**4. Hồ sơ bệnh án**

- Đầy đủ các xét nghiệm cơ bản, điện tim, Xquang phổi

- Giấy cam đoan phẫu thuật.

- Hoàn thành các thủ tục hành chính theo quy định.

- Bệnh án chi tiết, biên bản hội chẩn, biên bản khám trước khi gây mê, giấy cam đoan đồng ý phẫu thuật.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Tư thế**

- Bệnh nhân nằm ngửa, hai chân duỗi thẳng đầu kê cao 15 độ

- Bố trí phòng mổ:

+ Bác sĩ gây mê đứng ở phía trên đầu bệnh nhân.

+ Phẫu thuật viên chính đứng phía bên trái bệnh nhân, phẫu thuật viên phụ đứng phía đối diện.

+ Bàn dụng cụ đặt ở phía chân bệnh nhân, y tá đưa dụng cụ đứng cùng bên với phẫu thuật viên chính.

**2. Vô cảm**

+ Tê tủy sống

**3.Kỹ thuật**

+ Bước 1: Chuẩn bị phần miệng cắt

Đánh dấu phần cắt rìa ngoài của bao quy đầu khoảng 5cm tùy theo kích thước dương vật và độ dài hay hẹp của bao quy đầu. Dùng một chiếc kìm cầm máu kẹp ở chỗ dây hãm bao quy đầu để nhấc bao quy đầu lên, chuẩn bị làm miệng cắt vòng

+ Bước 2: Cắt ở mặt lưng

Dùng kéo men theo kim dò cắt mặt trong và ngoài bao quy đầu, mặt trong bao quy đầu cũng phải cắt đến chỗ cách rìa của rãnh dương vật khoảng 0.5cm.

+Bước 3: Cắt bao quy đầu

Chỉnh phần trong và ngoài bao quy đầu, kéo kìm cầm máu kẹp ở chỗ mặt lưng bao quy đầu và dây hãm ra phía ngoài.Dùng kéo cong men theo chỗ dấu cắt cách rãnh dương vật khoảng 0.5cm cắt vạt da bên phải, sau đó lại cắt phía bên trái. Mặt trong chỗ dây hãm bao quy đầu có thể không cắt đi hoặc để lại nhiều hơn hơn một chút.

+ Bước 4: Cầm máu

Tiến hành cầm máu. Dồn phần da của dương vật lên trên, để lộ phần cắt bị chảy máu để tiến hành cầm máu.

+ Bước 5: Khâu liền

Khâu lại vết thương. Dùng chỉ phẫu thuật để tiến hành khâu.

+ Bước 6: Băng bó

Tiến hành lấy gạc quấn quanh chỗ vết cắt.

**V: THEO DÕI VÀ NGUYÊN TẮC XỬ LÍ TAI BIẾN – BIẾN CHỨNG:**

**1. Biến chứng sớm:**

- Chảy máu (thường ở vị trí dây thắng, mạch máu dưới bao qui đầu)=> cầm máu (băng ép, đốt điện, hoặc khâu cầm máu).

- Phù nề, máu tụ => đắp ấm, hoặc thoát dịch, thoát máu tụ.

- Nhiễm trùng => thay băng + kháng sinh.

- Thiếu da do cắt bỏ quá nhiều bao qui đầu (xảy ra do cắt bao qui đầu ở tư thế dương vật không cương) => ghép da.

- Tổn thương qui đầu và một phần dương vật do kẹp bao qui đầu không chính xác => tạo hình lại qui đầu, dương vật.

**2. Biến chứng muộn:**

- Dính bao qui đầu sau cắt (do chừa lại bao qui đầu quá nhiều) => tách dính, hoặc cắt lại bao qui đầu.

- Thắt nghẽn bao qui đầu (do phù nề, chưa cắt hết vòng thắt bao qui đầu) => giảm phù nề (đắp ấm, thoát dịch, thuốc alphachymotrypsin) hoặc cắt vòng thắt.

- Sẹo xấu (thường ở vị trí dây thắng) => cắt sẹo, tạo hình lại bao qui đầu. Nếu cơ địa sẹo lồi => dùng corticoid.

- Hẹp lỗ tiểu (do tổn thương mạch nuôi lỗ tiểu) => mở rộng lỗ tiểu.

- Rò niệu đạo (do tổn thương niệu đạo trong lúc mổ) => vá rò.

## 190. CẮT HẸP BAO QUY ĐẦU

**I. ĐẠI CƯƠNG**

- Hẹp bao qui đầu (chít hẹp bao quy đầu, hẹp da qui đầu - phimosis) là một bệnh lý thường gặp ở bé trai.

- Hẹp bao qui đầu là hẹp lỗ mở của bao qui đầu làm cho bao qui đầu không thể tách khỏi qui đầu.

- Hẹp bao qui đầu có thể là hẹp sinh lý hoặc hẹp bệnh lý: - Hẹp sinh lý (hẹp tiên phát) là hẹp do dính, bao qui đầu dính với qui đầu để bảo vệ qui đầu và lỗ tiểu lúc trẻ mới sinh ra. Đa số bé trai mới sinh (96%) đều có hẹp bao qui đầu sinh lý, đến 3 tuổi, tỉ lệ này giảm dần xuống còn 10% và giảm xuống còn 1% lúc 14 tuổi.

- Hẹp bệnh lý (hẹp thứ phát, mắc phải) là hẹp thực sự khi có sự hiện diện của sẹo xơ. Sẹo xơ được hình thành là do viêm nhiễm ở những bao qui đầu bình thường hoặc bao qui đầu dài, cũng có thể do những lần nong bao qui đầu quá mạnh bạo trước đó.

- Cắt bao qui đầu đã được thực hiện từ 6.000 năm trước ở Ai Cập, được coi là phương pháp điều trị kinh điển cho những trẻ em bị hẹp bao qui đầu, ngoài ra còn vì lý do phong tục, tránh nhiễm khuẩn đường tiết niệu, phòng ung thư dương vật…..

**II. CHỈ ĐỊNH**

- Điều trị bảo tồn thất bại.

- Hẹp bao qui đầu thực sự (có vòng xơ).

- Có thắt nghẽn bao qui đầu.

- Theo yêu cầu của gia đình bệnh nhân.

**III.CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Vùi dương vật.

- Viêm bao qui đầu.

- Hẹp niệu đạo.

**IV. CHUẨN BỊ**

1. **Người thực hiện:**

- Bác sĩ chuyên khoa tiết niệu kết hợp bác sĩ chuyên khoa Gây mê hồi sức

**2. Phương tiện**

- Bộ dụng cụ tiểu phẫu

**3. Người bệnh**

- Bệnh nhân có Cao huyết áp, bệnh nhân trên 60 tuổi cần được siêu âm tim; Bệnh nhân có bệnh phổi tắc ngẽn mạn tính (COPD) phải đo chức năng hô hấp trước mổ hoặc các bệnh lý mạn tính, nhiễm khuẩn khác khác cần phải được điều trị ổn định trước phẫu thuật.

- Người bệnh được giải thích rõ về phẫu thuật, cũng như các nguy cơ có thể xảy ra và ký vào giấy cam kết đồng ý làm thủ thuật

- Phải thụt tháo phân tối hôm trước mổ.

- Bệnh nhân được tắm rửa, vệ sinh sạch sẽ vùng mổ, đánh dấu vị trí mổ.

**4. Hồ sơ bệnh án**

- Đầy đủ các xét nghiệm cơ bản, điện tim, Xquang phổi

- Giấy cam đoan phẫu thuật.

- Hoàn thành các thủ tục hành chính theo quy định.

- Bệnh án chi tiết, biên bản hội chẩn, biên bản khám trước khi gây mê, giấy cam đoan đồng ý phẫu thuật.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Tư thế**

- Bệnh nhân nằm ngửa, hai chân duỗi thẳng đầu kê cao 15 độ

- Bố trí phòng mổ:

+ Bác sĩ gây mê đứng ở phía trên đầu bệnh nhân.

+ Phẫu thuật viên chính đứng phía bên trái bệnh nhân, phẫu thuật viên phụ đứng phía đối diện.

+ Bàn dụng cụ đặt ở phía chân bệnh nhân, y tá đưa dụng cụ đứng cùng bên với phẫu thuật viên chính.

**2. Vô cảm**

+ Tê tủy sống

**3.Kỹ thuật**

+ Bước 1: Chuẩn bị phần miệng cắt

Đánh dấu phần cắt rìa ngoài của bao quy đầu khoảng 5cm tùy theo kích thước dương vật và độ dài hay hẹp của bao quy đầu. Dùng một chiếc kìm cầm máu kẹp ở chỗ dây hãm bao quy đầu để nhấc bao quy đầu lên, chuẩn bị làm miệng cắt vòng

+ Bước 2: Cắt ở mặt lưng

Dùng kéo men theo kim dò cắt mặt trong và ngoài bao quy đầu, mặt trong bao quy đầu cũng phải cắt đến chỗ cách rìa của rãnh dương vật khoảng 0.5cm.

+Bước 3: Cắt bao quy đầu

Chỉnh phần trong và ngoài bao quy đầu, kéo kìm cầm máu kẹp ở chỗ mặt lưng bao quy đầu và dây hãm ra phía ngoài.Dùng kéo cong men theo chỗ dấu cắt cách rãnh dương vật khoảng 0.5cm cắt vạt da bên phải, sau đó lại cắt phía bên trái. Mặt trong chỗ dây hãm bao quy đầu có thể không cắt đi hoặc để lại nhiều hơn hơn một chút.

+ Bước 4: Cầm máu

Tiến hành cầm máu. Dồn phần da của dương vật lên trên, để lộ phần cắt bị chảy máu để tiến hành cầm máu.

+ Bước 5: Khâu liền

Khâu lại vết thương. Dùng chỉ phẫu thuật để tiến hành khâu.

+ Bước 6: Băng bó

Tiến hành lấy gạc quấn quanh chỗ vết cắt.

**V: THEO DÕI VÀ NGUYÊN TẮC XỬ LÍ TAI BIẾN – BIẾN CHỨNG:**

**1. Biến chứng sớm:**

- Chảy máu (thường ở vị trí dây thắng, mạch máu dưới bao qui đầu)=> cầm máu (băng ép, đốt điện, hoặc khâu cầm máu).

- Phù nề, máu tụ => đắp ấm, hoặc thoát dịch, thoát máu tụ.

- Nhiễm trùng => thay băng + kháng sinh.

- Thiếu da do cắt bỏ quá nhiều bao qui đầu (xảy ra do cắt bao qui đầu ở tư thế dương vật không cương) => ghép da.

- Tổn thương qui đầu và một phần dương vật do kẹp bao qui đầu không chính xác => tạo hình lại qui đầu, dương vật.

**2. Biến chứng muộn:**

- Dính bao qui đầu sau cắt (do chừa lại bao qui đầu quá nhiều) => tách dính, hoặc cắt lại bao qui đầu.

- Thắt nghẽn bao qui đầu (do phù nề, chưa cắt hết vòng thắt bao qui đầu) => giảm phù nề (đắp ấm, thoát dịch, thuốc alphachymotrypsin) hoặc cắt vòng thắt.

- Sẹo xấu (thường ở vị trí dây thắng) => cắt sẹo, tạo hình lại bao qui đầu. Nếu cơ địa sẹo lồi => dùng corticoid.

- Hẹp lỗ tiểu (do tổn thương mạch nuôi lỗ tiểu) => mở rộng lỗ tiểu.

- Rò niệu đạo (do tổn thương niệu đạo trong lúc mổ) => vá rò.

## 191. 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. **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.

**3.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.

**4. Hồ sơ bệnh án**

- Đầy đủ các xét nghiệm cơ bản, điện tim, Xquang phổi

- Giấy cam đoan phẫu thuật.

- Hoàn thành các thủ tục hành chính theo quy định.

- Bệnh án chi tiết, biên bản hội chẩn, biên bản khám trước khi gây mê, giấy cam đoan đồng ý phẫu thuật.

**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.

## 192. NONG NIỆU ĐẠO

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Nong niệu đạo là thủ thuật làm rộng lòng niệu đạo đã bị hẹp do nhiều nguyên nhân (di chứng của chấn thương, di chứng viêm nhiễm niệu đạo, tai biến sau đặt sonde niệu đạo, mổ lấy sỏi niệu đạo,...) nhằm mục đích đặt sonde tiểu thuận lợi.

**II. CHỈ ĐỊNH**

- Đặt sonde tiểu thất bại do hẹp niệu đạo.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Chấn thương niệu đạo.

- Hẹp niệu đạo do phì đại tuyến tiền liệt.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

- 01 bác sĩ và 01 điều dưỡng.

**2. Phương tiện**

+ Bộ dụng cụ nong niệu đạo: kích cỡ ống từ 16 đến 32.

+ Gạc miếng: 02 gói

+ Gạc củ ấu: 02 gói

+ Dung dịch sát khuẩn (thuốc đỏ 2% hoặc thuốc tím 1%).

+ Bơm tiêm 10ml: 01 cái

+ Bơm tiêm 20ml: 01 cái

+ Nước muối sinh lý 0,9%: 01 chai 100ml

+ Gel xylocain 2%, dầu paraphine.

+ Găng vô trùng: 02 đôi

+ Săng mổ có lỗ: 01 cái

+ Kìm Kose: 01 cái

+ Bộ sonde Nelaton 16 - 18 và túi đựng nước tiểu.

+ Khay chữ nhật: 01 cái

+ Khay quả đậu: 01 cái

+ Bô dẹt: 01 cái

+ Bát kền: 01 cái

**3. Người bệnh**

- Người bệnh được giải thích rõ về phẫu thuật, cũng như các nguy cơ có thể xảy ra và ký vào giấy cam kết đồng ý làm thủ thuật

- Phải thụt tháo phân tối hôm trước mổ.

- Bệnh nhân được tắm rửa, vệ sinh sạch sẽ vùng mổ, đánh dấu vị trí mổ.

**4. Hồ sơ bệnh án**

- Đầy đủ các xét nghiệm cơ bản, điện tim, Xquang phổi

- Giấy cam đoan phẫu thuật.

- Hoàn thành các thủ tục hành chính theo quy định.

- Bệnh án chi tiết, biên bản hội chẩn, biên bản khám trước khi gây mê, giấy cam đoan đồng ý phẫu thuật.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

- Kiểm tra hồ sơ

- Kiểm tra tên, tuổi người bệnh.

- Kiểm tra người bệnh Đo huyết áp, nhịp tim.

- Thực hiện kỹ thuật

+ Cho người bệnh nằm ngửa, hai chân co và hơi dạng ra để bộc lộ bộ phận sinh dục.

+ Đặt bô dẹt dưới mông người bệnh.

+ Đổ dung dịch sát khuẩn vào bát kền đã có gạc củ ấu.

+ Bác sĩ rửa tay, đi găng vô khuẩn.

+ Sát trùng vùng hạ vị và cơ quan sinh dục cho người bệnh.

+ Trải săng vô khuẩn.

+ Bơm gel xylocain 2% hoặc xylocain vào lỗ niệu đạo người bệnh nhằm gây tê niêm mạc niệu đạo.

+ Bôi trơn ống nong bằng gel hoặc paraphine.

+ Nếu người bệnh là nam giới: nâng dương vật lên 90, đưa ống nong vào tại vị trí 2 giờ, sau đó xoay ống nong về vị trí 12 giờ để ống nong tự trượt 1cm vào bên trong niệu đạo. Dùng tay kéo nhẹ dương vật lên để ống nong đi sâu vào bên trong. Hạ dương vật xuống để ống nong cắm sâu đến cổ bàng quang, chú ý để bề dẹt của đầu ống nong phải nằm ngang.

+ Nếu người bệnh là nữ thì đưa ống nong vào niệu đạo.

+ Rút ống nong ra và lặp lại thủ thuật với các ống nong có kích thước lớn hơn.

+ Dùng ống sonde Nelaton số 16 hoặc 18 để đặt sonde đái: theo quy trình đặt sonde tiểu thường quy. Khi ống sonde vào tới bàng quang, tuỳ theo chỉ định mà lấy nước tiểu để xét nghiệm hoặc tháo nước tiểu. Nếu lưu sonde tiểu thì bơm 10 ml nước muối sinh lý vào cuff để giữ cho sonde không bị tuột ra ngoài, sau đó nối sonde với túi đựng nước tiểu.

**VI.TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ**

- Đau: nếu đau nhiều thì dùng thuốc giảm đau hoặc phải dừng thủ thuật.

- Chảy máu: ngừng thủ thuật và dùng thuốc cầm máu.

- Chấn thương niệu đạo: dừng thủ thuật và theo dõi.

- Nhiễm trùng: kháng sinh phù hợp.

## 193. CẮT BỎ TINH HOÀN

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Cắt bỏ tinh hoàn là phẫu thuật cắt bỏ một khối gồm cả tinh hoàn, mào tinh hoàn, thừng tinh để lấy bỏ triệt để tinh hoàn, nhất là trong trường hợp bệnh lý ác tính do tinh hoàn gây ra.

**II. CHỈ ĐỊNH**

- Ung thư tinh hoàn.

- Ung thư tiền liệt tuyến.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Chống chỉ định khi người bệnh có các bệnh đang tiến triển như suy gan, bệnh tim mạch, tiểu đường, rối loạn đông máu…

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

- 03 bác sĩ: 01 phẫu thuật viên chính là bác sỹ chuyên khoa Tiết niệu và 02 phụ mổ

- 02 điều dưỡng: 1 điều dưỡng đưa dụng cụ, 01 phục phụ bên ngoài.

**2. Phương tiện**

- Dung dịch betadin sát trùng: 01 lọ

- Thuốc gây tê lidocain 2%: 04 ống

- Nước muối sinh lý 0,9%: 500ml

- Bơm, kim tiêm 5ml: 01 chiếc

- Bông băng gạc vô trùng: 04 gói

- Bộ áo thủ thuật + mũ + khẩu trang vô khuẩn: 03 bộ

- Găng tay vô trùng: 03 đôi

- Săng vô khuẩn: 04 chiếc

- Panh kẹp săng: 04 chiếc.

- Cán dao mổ

- Lưỡi dao mổ số 10

- Kéo phẫu tích

- Kéo cắt băng, chỉ

- Ống hút

- Kẹp mang kim

- Sonde tiểu folley số 16

- Chỉ tiêu chậm 3.0 hay 2.0 để khâu vạt, chỉ tiêu chậm 1.0 đóng cân cơ, chỉ không tiêu khâu da

**3. Người bệnh**

- Người bệnh được giải thích rõ về phẫu thuật, cũng như các nguy cơ có thể xảy ra và ký vào giấy cam kết đồng ý làm thủ thuật

- Phải thụt tháo phân tối hôm trước mổ.

- Bệnh nhân được tắm rửa, vệ sinh sạch sẽ vùng mổ, đánh dấu vị trí mổ.

**4. Hồ sơ bệnh án**

- Đầy đủ các xét nghiệm cơ bản, điện tim, Xquang phổi

- Giấy cam đoan phẫu thuật.

- Hoàn thành các thủ tục hành chính theo quy định.

- Bệnh án chi tiết, biên bản hội chẩn, biên bản khám trước khi gây mê, giấy cam đoan đồng ý phẫu thuật.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

1. **Vô cảm:** Gây mê toàn thân hoặc gây tê tủy sống.

2. **Kỹ thuật:**

1.Đường rạch:

- Có thể rạch ngang trên nếp da gấp dưới ổ bụng dưới.

- Khó khăn hơn khi bộc lộ thì rạch trên nếp bẹn từ gốc bìu chéo lên trên một góc 45o với đường giữa, đường rạch dài 4-5 khoát ngón tay.

- Nếu da bìu bị xâm lấn, có lỗ rò hay viêm dính, loét thì có thể rạch da lấy cả khối thương tổn.

1.Rạch cân cơ chéo lớn thừng tinh tới tận lỗ bẹn nông. Các thớ cơ dính vào thừng tinh được cắt đốt hoặc buộc cắt rời khỏi thừng tinh nhưng không làm thương tổn dây thần kinh chậu bẹn chạy dọc theo thừng tinh.

2.Bóc tách thừng tinh ở phía sau, cặp thừng tinh và bộc lộ cả khối tinh hoàn lên trên qua vết mổ, bằng cách đẩy nhẹ tinh hoàn lên, bóc tách cầm máu và cắt dây chằng phía dưới, giữ tinh hoàn vào da.

3.Để khối tinh hoàn đã được đưa ra trên một gạc to bằng săn mổ, sau đó mở tinh hoàn đánh giá thương tổn (nếu có nghi ngờ).

4.Kéo dài đường rạch lên trên, phẫu tích nhẹ nhàng thừng tinh. Buộc động mạch hạ vị và đẩy túi cùng phúc mạc lên cao vào trong. Cặp thừng tinh và buộc hai nút buộc bằng chỉ không tiêu phía trên nẹp thừng tinh, sau đó cắt thừng tinh.

5.Buộc động mạch tinh và tĩnh mạch tinh ở cao. Kiểm tra lại ống bẹn và cầm máu kĩ ống bẹn và ổ tinh hoàn.

6.Làm lại ống bẹn bằng cách khâu dây chằng kết hợp với cung đùi và đóng gân cơ chéo lớn.

7.Đặt ống dẫn lưu phía thấp của bìu trong 48-72 giờ.

8.Đóng lại da và tổ chức dưới da.

Chú ý: Nếu có hạch ở giai đoạn ung thư tiến triển, phải kết hợp nạo vét hạch.

**VI. THEO DÕI VÀ XỬ LÝ TAI BIẾN**

1.Chảy máu do dầm máu không kỹ, gây tụ máu: băng ép và theo dõi tiếp nếu máu chảy nhiều phải cầm máu lại.

2.Phù vết mổ: băng kép kết hợp điều trị kháng sinh và chống phù nề.

## 194. DẪN LƯU ÁP XE BÌU/TINH HOÀN

# E. CHẤN THƯƠNG - CHỈNH HÌNH

## 195. PHẪU THUẬT THÁO KHỚP VAI

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Phẫu thuật tháo khớp vai là một phẫu thuật thay thế tay kể từ vai không còn chức năng (có thể nguy hiểm đến tính mạng) bằng một chi giả khác, mà đảm bảo được chức năng tốt hơn.

**II. CHỈ ĐỊNH**

Hoai tử tắc mạch cánh cẳng bàn tay

Dập nát cánh cẳng tay

Cụt chấn thương cánh cẳng tay

U ác tính cánh cẳng tay

Cân nhắc trong một số trường hợp tay không còn chức năng

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Chống chỉ định trong ngoại khoa nói chung

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

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

**2. 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 (nhiềm trùng, tử vong …) đại điện gia đình ghi vào hồ sơ việc chấp nhận tháo khớp vai. Nhịn ăn trước 6 giờ.

**3. Phương tiện**

Bộ dụng cụ cắt cụt chi trên

**Dự kiến thời gian phẫu thuật: 90 phút**

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Tư thế**: Nằm ngửa kê dưới vai hoặc nằm nghiêng 450.

**2. Vô cảm:** Gây mê nội khí quản

**3. Kỹ thuật:**

Rạch da bắt đầu từ mỏm quạ cánh tay theo bờ trước của cơ delta và tận hết ở nách.

Kiểm tra và thắt tĩnh mạch đầu

Tách giữa bó cơ delta và cơ ngực lớn.

Tìm và thắt động tĩnh mạch cánh tay, thần kinh quay trụ giữa.

Bộc lộ khớp vai và tháo chỏm xương cánh tay.

Khâu lại một phần vạt cơ delta và bao khớp phía trước và vào cơ ngực lớn.

Dẫn lưu.

Khâu da che phủ.

**VI. THEO DÕI XỬ TRÍ TAI BIẾN**

Chảy máu, tụ máu mỏm cụt: Mở vết mổ cầm máu, lấy máu tụ, băng ép.

Nhiễm trùng: Tách vết mổ, làm sạch, để hở.

Hoại tử mỏm cụt: Phẫu thuật sửa mỏm cụt.

Căng da mỏm cụt: Chống phù nề, phẫu thuật sửa lại mỏm cụt nếu cần.

Đau mỏm cụt: Chống phù nề, giảm đau.

## 196. PHẪU THUẬT KẾT HỢP XƯƠNG ĐIỀU TRỊ GÃY 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 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 90o (tránh đinh chui sâu vào trong lồng ngực về sau)

- Cầm máu kỹ và phục hồi phần mềm

**VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ**

**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.

## 197. LẤY BỎ TỔ CHỨC U ĐIỀU TRỊ U XƯƠNG

## 198. KÉO DÀI CHI TRÊN BẰNG PHƯƠNG PHÁP ILIZAROV

## 199. PHẪU THUẬT ĐIỀU TRỊ VẸO KHUỶU, ĐỤC SỬA TRỤC

**200. CỐ ĐỊNH NẸP VÍT GÃY LIÊN LỒI CẦU CÁNH TAY**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Gãy liên lồi cầu xương cánh tay là loại gãy nội khớp di lệch nhiều (lồi cầu và ròng rọc) phổ biến ở người lớn. Gãy kiểu chữ T hoặc chữ V

Gãy liên lồi cầu thường phải xử trí phẫu thuật

Phẫu thuật KHX liên 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**

Gãy liên lồi cầu người lớn

Điều trị bảo tồn thất bại

**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

**Dự kiến thời gian phẫu thuật: 90 phút**

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Tư thế người bệnh:**

+ Nằm ngửa, cánh tay đưa ra trước 90 độ, khuỷu gấp 90 độ, đặt trên thân mình, ôm qua ngực.

+ Nằm nghiêng về bên lành, tay vuông góc thân mình trên 1 giá đỡ riêng.

**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 cánh tay và qua mỏm khuỷu.

Phẫu tích bộc lộ thần kinh trụ, giữ bằng lam mềm

Cắt mỏm khuỷu hoặc cắt gân cơ tam đầu

Bộc lộ đầu dưới xương cánh tay

Làm sạch diện gãy và khớp khuỷu

Đặt lại xương, kết hợp xương bằng kim Kirschner/ Kwire chéo ổ gãy hoặc đặt nẹp vít và bắt vít (theo thứ tự ổ gãy liên lồi cầu - ổ gãy trên lồi cầu)

KHX theo nguyên tắc 2 cột trụ trong và ngoài

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

Néo ép lại mỏm khuỷu hoặc khâu lại gân cơ tam đầu

Băng vô khuẩn

Túi treo tay hoặc nẹp bột cánh cẳng bàn tay khuỷu 90º sau mổ.

**Chú ý:**

**-** Phẫu tích bộc lộ thần kinh trụ tránh tổn thương thứ phát

Kết hợp xương vững chắc liên lồi cầu – liên lồi cầu (2 cột trụ trong ngoài)

**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

## 201. PHẪU THUẬT GÃY XƯƠNG CÁNH TAY KÈM TỔN THƯƠNG THẦN KINH HOẶC MẠCH MÁU

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Gãy thân xương cánh tay được tính từ cổ phẫu thuật xương cánh tay đến vùng trên lồi cầu xương cánh tay. Gãy thân xương cánh tay phức tạp là gãy chéo, xoắn, có mảnh rời

Phẫu thuật KHX thân xương cánh tay bằng nẹp vít hoặc đinh nội tuỷ, đinh nội tuỷ có chốt dưới màn tăng sáng.

Biến chứng hàng đầu có thể gặp: Liệt thần kinh quay, khớp giả

**II. CHỈ ĐỊNH**

Gãy thân xương cánh tay phức tạp có hoặc không kèm theo các biến chứng khác

**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 đinh nội tuỷ xương cánh tay

**4.** **Hồ sơ bệnh án**

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

**Dự kiến thời gian phẫu thuật: 120 phút**

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Tư thế người bệnh:**

Nằm ngửa, tay đặt ngang ra bàn mổ

**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 trước ngoài hoặc đường bên.

Phẫu tích tách qua vách gian cơ ngoài

Bộc lộ và tách thần kinh quay. Thần kinh quay đi từ sau ra trước, từ trong ra ngoài đi xuyên qua vách gian cơ, theo rãnh thần kinh quay.

Bộc lộ ổ gãy, làm sạch diện gãy

Đặt lại xương, đặt nẹp vít và bắt vít (ít nhất trên và dưới ổ gãy 3 vít)

Đối với đóng đinh nội tuỷ:

+ Rạch da 2 - 3cm ngang mấu động lớn và dùi ống tuỷ

+ Rạch da 2 – 5cm trên mỏm khuỷu, dùi ống tuỷ trên hố khuỷu

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 – 3 tuần

**Chú ý:**

**-** Phẫu tích thần kinh quay cẩn thận tránh liệt sau mổ, lưu ý động mạch cánh tay sâu đi kèm

Nếu kiểm tra thấy đứt thần kinh quay, mạch máu do gãy xương, tiến hành KHX cánh tay rồi khâu phục hồi thần kinh, mạch máu.

**VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

Tụ máu, phù nề sau mổ

Nhiễm trùng sau mổ

Liệt thần kinh quay sau mổ: Do chấn thương co kéo trong mổ, garo kéo dài (liệt 3 dây)

Sau khâu phục hồi thần kinh quay cần lý liệu pháp sớm tránh teo cơ, theo dõi ít nhất 6 tháng.

## 202. CỐ ĐỊNH KIRSCHNER TRONG GÃY ĐẦU TRÊN XƯƠNG CÁNH TAY

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Gãy đầu trên xương cánh tay bao gồm chỏm, gãy cổ giải phẫu, gãy liên mấu động và gãy cổ phẫu thuật.

- Gãy đầu trên xương cánh tay thường ít di lệch (85% trường hợp).  
        - Gãy chỏm xương cánh tay là gãy trong khớp.

- Gãy mấu động và gãy cổ phẫu thuật là gãy ngoài khớp.

**II. CHỈ ĐỊNH**

- Khi gãy di lệch nhiều, nắn chỉnh không đạt kết quả, gãy có mảnh rời

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Đang có tình trạng nhiễm khuẩn

Toàn trạng nặng vì đa chấn thương

1. **Người thực hiện**

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

1. **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

1. **Phương tiện**

* Bộ dụng cụ KHX cánh tay
* Bộ nẹp vít xương cánh tay
* Bộ kim Kirschner/ Kwire

1. **Hồ sơ bệnh án**

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

1. **Dự kiến thời gian phẫu thuật: 90 phút**

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Tư thế người bệnh:**

Nằm ngửa, tay đặt ngang ra bàn mổ

**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 trước ngoài hoặc đường bên.

Phẫu tích tách qua vách gian cơ ngoài

Bộc lộ và tách thần kinh quay. Thần kinh quay đi từ sau ra trước, từ trong ra ngoài đi xuyên qua vách gian cơ, theo rãnh thần kinh quay.

Bộc lộ ổ gãy, 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 – 3 tuần

**VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

Tụ máu, phù nề sau mổ

Nhiễm trùng sau mổ

Liệt thần kinh quay sau mổ: Do chấn thương co kéo trong mổ, garo kéo dài (liệt 3 dây)

Sau khâu phục hồi thần kinh quay cần lý liệu pháp sớm tránh teo cơ, theo dõi ít nhất 6 tháng.

## 203. CỐ ĐỊNH NẸP VÍT GÃY THÂN XƯƠNG CÁNH TAY

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Gãy thân xương cánh tay được tính từ cổ phẫu thuật xương cánh tay đến vùng trên lồi cầu xương cánh tay. Gãy thân xương cánh tay phức tạp là gãy chéo, xoắn, có mảnh rời

Phẫu thuật KHX thân xương cánh tay bằng nẹp vít hoặc đinh nội tuỷ, đinh nội tuỷ có chốt dưới màn tăng sáng.

Biến chứng hàng đầu có thể gặp: Liệt thần kinh quay, khớp giả

**II. CHỈ ĐỊNH**

Gãy thân xương cánh tay phức tạp có hoặc không kèm theo các biến chứng khác

**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 đinh nội tuỷ xương cánh tay

**4. Hồ sơ bệnh án**

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

**Dự kiến thời gian phẫu thuật: 120 phút**

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Tư thế người bệnh:**

Nằm ngửa, tay đặt ngang ra bàn mổ

**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 trước ngoài hoặc đường bên.

Phẫu tích tách qua vách gian cơ ngoài

Bộc lộ và tách thần kinh quay. Thần kinh quay đi từ sau ra trước, từ trong ra ngoài đi xuyên qua vách gian cơ, theo rãnh thần kinh quay.

Bộc lộ ổ gãy, làm sạch diện gãy

Đặt lại xương, đặt nẹp vít và bắt vít (ít nhất trên và dưới ổ gãy 3 vít)

Đối với đóng đinh nội tuỷ:

+ Rạch da 2 - 3cm ngang mấu động lớn và dùi ống tuỷ

+ Rạch da 2 – 5cm trên mỏm khuỷu, dùi ống tuỷ trên hố khuỷu

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 – 3 tuần

**VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

Tụ máu, phù nề sau mổ

Nhiễm trùng sau mổ

Liệt thần kinh quay sau mổ: Do chấn thương co kéo trong mổ, garo kéo dài (liệt 3 dây)

Sau khâu phục hồi thần kinh quay cần lý liệu pháp sớm tránh teo cơ, theo dõi ít nhất 6 tháng.

## 204. PHẪU THUẬT CỨNG DUỖI KHỚP KHUỶU

**I. ĐẠI CƯƠNG**

- Có 4 tình trạng bệnh lý dẫn đến viêm cứng khớp khuỷu bao gồm: viêm dính khớp khuỷu tiên phát, viêm cứng khớp khuỷu do đái tháo đường, viêm dính khớp khuỷu sau chấn thương và viêm dính khớp khuỷu sau phẫu thuật.

- Viêm dính khớp khuỷu tiên phát là tình trạng bệnh lý phổ biến dẫn đến đau, hạn chế vận động và cuối cùng là cứng khớp khuỷu. Viêm cứng khớp vai ở người bệnh đái tháo đường thường dẫn đến đau nhiều và hạn chế vận động khớp vai ít đáp ứng với điều trị không phẫu thuật. Viêm dính khớp vai sau chấn thương và sau phẫu thuật thường do viêm dính, co rút tổ chức bao khớp và phần mềm quanh khớp sau sang chấn.

**II. CHỈ ĐỊNH**

Viêm dính khớp khuỷu gây đau và hạn chế vận động khớp vai không cải thiện sau 6 tháng điều trị không phẫu thuật (bao gồm cả điều trị nội khoa, phục hồi chức năng…).

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Người bệnh đang có tình trạng nhiễm trùng toàn thân hoặc tại chỗ đang tiến triển.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện kỹ thuật:** Là phẫu thuật viên chấn thương chỉnh hình được đào tạo về phẫu thuật nội soi khớp vai.

**2. Phương tiện:**

Bộ dụng cụ phẫu thuật chung.

**3. Người bệnh:**

- Tư thế người bệnh khi phẫu thuật:

+ Người bệnh ở tư thế nửa ngồi (tư thế beach chair): Vai bên phẫu thuật được đặt ra mép bàn mổ, tay người bệnh để dọc thân mình, kê gối dưới vai, người người bệnh được cố định vào bàn mổ; Gấp bàn mổ lại khoảng 450- 600 sao cho người bệnh trong tư thế nửa nằm nửa ngồi.

+ Tư thế nằm nghiêng: Người bệnh được đặt nằm nghiêng trên bàn mổ về bên vai không phẫu thuật, vai bên phẫu thuật hơi ngả ra sau khoảng 300; Tay bên phẫu thuật được kéo bởi hệ thống khung kéo ở tư thế khớp vai dạng khoảng 450, đưa ra trước khoảng 150.

**4. Hồ sơ bệnh án:**

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

1. Kiểm tra hồ sơ: Đầy đủ theo quy định Bộ Y tế.

2. Kiểm tra người bệnh: Đúng người (tên, tuổi,…), đúng bệnh.

3. Thực hiện kỹ thuật:

- Rạch da

- Bộc lộ khớp khuỷu

- Bơm nước vào ổ khớp.

- Quan sát toàn bộ bên trong khớp để kiểm tra các tổn thương nội, đưa dụng cụ vào can thiệp, điều trị bệnh lý trong khớp.

- Giải phóng khoảng trống chóp xoay: đưa bào khớp hoặc đầu đốt vào để giải phóng và mở rộng khoảng trống chóp xoay.

- Dùng móc đốt điện giải phóng toàn bộ tổ chức xơ dính phía trước và phía sau của gân cơ.

- Đưa dụng cụ vào làm sạch tổ chức hoạt dịch viêm để giải phóng gân cơ chóp xoay.

- Bơm rửa sạch ổ khớp, hút hết dịch trong khớp vai.

- Khâu đóng lại các ngõ vào khớp vai.

- Người bệnh sau mổ thường không cần bất động khớp mà ngược lại để gối đệm ở nách để là cánh tay hơi dạng, cánh tay không được đặt ở tư thế xoay trong mà có xu hướng và khuyến khích đặt ở tư thế xoay ngoài.

**VI. THEO DÕI XỬ TRÍ TAI BIẾN**

- Nhiễm trùng sau mổ: Là biến chứng chung có thể gặp ở bất kỳ người bệnh sau phẫu thuật nào. Cần theo dõi sát tình trạng toàn thân cũng như tại chỗ để phát hiện kịp thời biến chứng nhiễm trùng sau mổ và có thái độ xử trí đúng đắn dựa vào mức độ nhiễm trùng.

- Chảy máu sau mổ

## 205. PHẪU THUẬT DÍNH KHỚP KHUỶU

**I. ĐẠI CƯƠNG**

- Viêm dính khớp khuỷu tiên phát, viêm cứng khớp khuỷu do đái tháo đường, viêm dính khớp khuỷu sau chấn thương và viêm dính khớp khuỷu sau phẫu thuật.

- Viêm dính khớp khuỷu tiên phát là tình trạng bệnh lý phổ biến dẫn đến đau, hạn chế vận động và cuối cùng là cứng khớp khuỷu. Viêm cứng khớp vai ở người bệnh đái tháo đường thường dẫn đến đau nhiều và hạn chế vận động khớp vai ít đáp ứng với điều trị không phẫu thuật. Viêm dính khớp vai sau chấn thương và sau phẫu thuật thường do viêm dính, co rút tổ chức bao khớp và phần mềm quanh khớp sau sang chấn.

**II. CHỈ ĐỊNH**

Viêm dính khớp khuỷu gây đau và hạn chế vận động khớp vai không cải thiện sau 6 tháng điều trị không phẫu thuật (bao gồm cả điều trị nội khoa, phục hồi chức năng…).

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Người bệnh đang có tình trạng nhiễm trùng toàn thân hoặc tại chỗ đang tiến

triển.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện kỹ thuật:** Là phẫu thuật viên chấn thương chỉnh hình được đào tạo về phẫu thuật nội soi khớp vai.

**2. Phương tiện:** bộ dụng cụ phẫu thuật nội soi khớp vai, vật tư tiêu hao cho khớp vai.

Bộ dụng cụ phẫu thuật chung.

**3. Người bệnh:**

- Tư thế người bệnh khi phẫu thuật:

+ Người bệnh ở tư thế nửa ngồi (tư thế beach chair): Vai bên phẫu thuật được đặt ra mép bàn mổ, tay người bệnh để dọc thân mình, kê gối dưới vai, người người bệnh được cố định vào bàn mổ; Gấp bàn mổ lại khoảng 450- 600 sao cho người bệnh trong tư thế nửa nằm nửa ngồi.

+ Tư thế nằm nghiêng: Người bệnh được đặt nằm nghiêng trên bàn mổ về bên vai không phẫu thuật, vai bên phẫu thuật hơi ngả ra sau khoảng 300; Tay bên phẫu thuật được kéo bởi hệ thống khung kéo ở tư thế khớp vai dạng khoảng 450, đưa ra trước khoảng 150.

**4. Hồ sơ bệnh án:**

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

1. Kiểm tra hồ sơ: Đầy đủ theo quy định Bộ Y tế.

2. Kiểm tra người bệnh: Đúng người (tên, tuổi,…), đúng bệnh.

3. Thực hiện kỹ thuật:

- Rạch da

- Bộc lộ khớp khuỷu

- Bơm nước vào ổ khớp.

- Quan sát toàn bộ bên trong khớp để kiểm tra các tổn thương nội, đưa dụng cụ vào can thiệp, điều trị bệnh lý trong khớp.

- Giải phóng khoảng trống chóp xoay: đưa bào khớp hoặc đầu đốt vào để giải phóng và mở rộng khoảng trống chóp xoay.

- Dùng móc đốt điện giải phóng toàn bộ tổ chức xơ dính phía trước và phía sau của gân cơ.

- Đưa dụng cụ vào làm sạch tổ chức hoạt dịch viêm để giải phóng gân cơ chóp xoay.

- Bơm rửa sạch ổ khớp, hút hết dịch trong khớp vai.

- Khâu đóng lại các ngõ vào khớp vai.

- Người bệnh sau mổ thường không cần bất động khớp mà ngược lại để gối đệm ở nách để là cánh tay hơi dạng, cánh tay không được đặt ở tư thế xoay trong mà có xu hướng và khuyến khích đặt ở tư thế xoay ngoài.

**VI. THEO DÕI XỬ TRÍ TAI BIẾN**

- Nhiễm trùng sau mổ: Là biến chứng chung có thể gặp ở bất kỳ người bệnh sau phẫu thuật nào. Cần theo dõi sát tình trạng toàn thân cũng như tại chỗ để phát hiện kịp thời biến chứng nhiễm trùng sau mổ và có thái độ xử trí đúng đắn dựa vào mức độ nhiễm trùng.

- Chảy máu sau mổ

## 206. CẮT ĐOẠN KHỚP KHUỶU

**I. ĐẠI CƯƠNG**

phẫu thuật cắt đoạn khớp khuỷulà một phẫu thuật thay thế tay kể từ khuỷu không còn chức năng (có thể nguy hiểm đến tính mạng) bằng một chi giả khác, mà đảm bảo được chức năng tốt hơn.

**II. CHỈ ĐỊNH**

* [Viêm khớp dạng thấp](https://www.vinmec.com/co-xuong-khop/cac-benh-thuong-gap/viem-khop-dang-thap-nguyen-nhan-trieu-chung-chan-doan-va-dieu-tri/?link_type=related_posts) gây hỏng khớp khuỷu
* Thoái hoá khớp khuỷu mức độ nặng
* Di chứng sau chấn thương gây dính, cứng khớp khuỷu
* Các khuyết xương vùng khuỷu như khuyết xương đầu dưới xương cánh tay hoặc đầu trên xương trụ do di chứng chấn thương hoặc sau phẫu thuật [**u xương**](https://www.vinmec.com/vi/co-xuong-khop/suc-khoe-thuong-thuc/u-xuong-la-benh-gi-cac-loai-u-lanh-tinh-o-xuong/).
* Các trường hợp cứng khớp hoặc hạn chế vận động khuỷu đã được điều trị bằng các phương pháp khác như phục hồi chức năng, mổ gỡ dính (mổ mở hoặc nội soi) không mang lại hiệu quả thì thay khớp khuỷu là lựa chọn tối ưu nhất.

**III.CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Chống chỉ định trong ngoại khoa nói chung

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

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

**2. 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 (nhiềm trùng, tử vong …) đại điện gia đình ghi vào hồ sơ việc chấp nhận phẫu thuật. Nhịn ăn trước 6 giờ.

**3. Phương tiện**

Bộ dụng cụ cắt cụt chi trên

4. Dự kiến thời gian phẫu thuật: 90 phút

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Tư thế:** Nằm ngửa kê dưới mông hoặc nằm nghiêng 45o

**2. Vô cảm:** Gây mê nội khí quản

**3. Kỹ thuật:**

- Rạch da bắt đầu từ khuỷu theo bờ trước của cơ và tận hết..

- Tìm và thắt động tĩnh mạch cánh tay, thần kinh quay trụ giữa.

- Bộc lộ khớp khuỷu, cắt đoạn khớp khuỷu

- Khâu lại một phần vạt cơ delta và bao khớp phía trước và vào cơ ngực lớn.

- Dẫn lưu.

- Khâu da che phủ.

**VI. THEO DÕI, XỬ TRÍ TAI BIẾN**

- Chảy máu, tụ máu mỏm cụt: Mở vết mổ cầm máu, lấy máu tụ, băng ép.

- Nhiễm trùng: Tách vết mổ, làm sạch, để hở.

- Hoại tử mỏm cụt: Phẫu thuật sửa mỏm cụt.

- Căng da mỏm cụt: Chống phù nề, phẫu thuật sửa lại mỏm cụt nếu cần.

- Đau mỏm cụt: Chống phù nề, giảm đau.

**207. PHẪU THUẬT TRẬT KHỚP KHUỶU**

**i. ĐẠI CƯƠNG**

- Khớp khuỷu được cấu tạo bởi 3 phần: khớp cánh tay-trụ, khớp cánh tay- quay và khớp quay-trụ trên.

- Nói trật khớp khuỷu là khi trật khớp cánh tay-trụ và khớp cánh tay-quay, còn khớp quay-trụ trên hiếm khi bị tổn thương.

- Là loại trật khớp hay gặp (chỉ sau khớp vai), hay gặp ở tuổi lao động, do ngã chống tay trong tư thế khuỷu duỗi tối đa, cẳng tay ngửa. Có tác giả nói trật khớp khuỷu hay gặp ở trẻ em, nhưng ở Việt nam rất hiếm gặp.

- Trong nhiều trường hợp, có gặp vỡ mỏm trên ròng rọc (mỏm trên lồi cầu trong) kèm theo, trong điều trị chỉ cần nắn khớp, mỏm xương sẽ tự vào theo.

- Hầu hết gặp kiểu trật khớp khuỷu ra sau (hơn 90%).

**ii. CHỈ ĐỊNH**

Gãy mỏm khuỷu phức tạp, di lệch, hoặc có trật khớp khuỷu, khớp quay trụ trên

Điều trị bảo tồn thất bại

**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

**Dự kiến thời gian phẫu thuật: 90 phút**

**v. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Tư thế người 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 rộng rãi đầu trên xương trụ và ổ gãy mỏm khuỷu, khớp quay trụ trên

Làm sạch diện gãy và khớp khuỷu

Đặt lại xương, đặt lại khớp khuỷu, khớp quay trụ trên, kết hợp xương néo ép bằng kim Kirschner/ Kwire và chỉ thép hoặc đặt nẹp vít ôm mỏm khuỷu và bắt vít

Cố định khớp khuỷu, khớp quay trụ tạm thời bằng kim Kirschner/ Kwire (rút sau 3 – 4 tuần)

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 - 3 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 tích cực

## 208. PHẪU THUẬT GẤP KHỚP KHUỶU DO BẠI NÃO

## 209. PHẪU THUẬT DÍNH KHỚP KHUỶU

**I. ĐẠI CƯƠNG**

- Viêm dính khớp khuỷu tiên phát, viêm cứng khớp khuỷu do đái tháo đường, viêm dính khớp khuỷu sau chấn thương và viêm dính khớp khuỷu sau phẫu thuật.

- Viêm dính khớp khuỷu tiên phát là tình trạng bệnh lý phổ biến dẫn đến đau, hạn chế vận động và cuối cùng là cứng khớp khuỷu. Viêm cứng khớp vai ở người bệnh đái tháo đường thường dẫn đến đau nhiều và hạn chế vận động khớp vai ít đáp ứng với điều trị không phẫu thuật. Viêm dính khớp vai sau chấn thương và sau phẫu thuật thường do viêm dính, co rút tổ chức bao khớp và phần mềm quanh khớp sau sang chấn.

**II. CHỈ ĐỊNH**

Viêm dính khớp khuỷu gây đau và hạn chế vận động khớp vai không cải thiện sau 6 tháng điều trị không phẫu thuật (bao gồm cả điều trị nội khoa, phục hồi chức năng…).

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Người bệnh đang có tình trạng nhiễm trùng toàn thân hoặc tại chỗ đang tiến

triển.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện kỹ thuật:** Là phẫu thuật viên chấn thương chỉnh hình được đào tạo về phẫu thuật nội soi khớp vai.

**2. Phương tiện:** bộ dụng cụ phẫu thuật nội soi khớp vai, vật tư tiêu hao cho khớp vai.

Bộ dụng cụ phẫu thuật chung.

**3. Người bệnh:**

- Tư thế người bệnh khi phẫu thuật:

+ Người bệnh ở tư thế nửa ngồi (tư thế beach chair): Vai bên phẫu thuật được đặt ra mép bàn mổ, tay người bệnh để dọc thân mình, kê gối dưới vai, người người bệnh được cố định vào bàn mổ; Gấp bàn mổ lại khoảng 450- 600 sao cho người bệnh trong tư thế nửa nằm nửa ngồi.

+ Tư thế nằm nghiêng: Người bệnh được đặt nằm nghiêng trên bàn mổ về bên vai không phẫu thuật, vai bên phẫu thuật hơi ngả ra sau khoảng 300; Tay bên phẫu thuật được kéo bởi hệ thống khung kéo ở tư thế khớp vai dạng khoảng 450, đưa ra trước khoảng 150.

**4. Hồ sơ bệnh án:**

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

1. Kiểm tra hồ sơ: Đầy đủ theo quy định Bộ Y tế.

2. Kiểm tra người bệnh: Đúng người (tên, tuổi,…), đúng bệnh.

3. Thực hiện kỹ thuật:

- Rạch da

- Bộc lộ khớp khuỷu

- Bơm nước vào ổ khớp.

- Quan sát toàn bộ bên trong khớp để kiểm tra các tổn thương nội, đưa dụng cụ vào can thiệp, điều trị bệnh lý trong khớp.

- Giải phóng khoảng trống chóp xoay: đưa bào khớp hoặc đầu đốt vào để giải phóng và mở rộng khoảng trống chóp xoay.

- Dùng móc đốt điện giải phóng toàn bộ tổ chức xơ dính phía trước và phía sau của gân cơ.

- Đưa dụng cụ vào làm sạch tổ chức hoạt dịch viêm để giải phóng gân cơ chóp xoay.

- Bơm rửa sạch ổ khớp, hút hết dịch trong khớp vai.

- Khâu đóng lại các ngõ vào khớp vai.

- Người bệnh sau mổ thường không cần bất động khớp mà ngược lại để gối đệm ở nách để là cánh tay hơi dạng, cánh tay không được đặt ở tư thế xoay trong mà có xu hướng và khuyến khích đặt ở tư thế xoay ngoài.

**VI. THEO DÕI XỬ TRÍ TAI BIẾN**

- Nhiễm trùng sau mổ: Là biến chứng chung có thể gặp ở bất kỳ người bệnh sau phẫu thuật nào. Cần theo dõi sát tình trạng toàn thân cũng như tại chỗ để phát hiện kịp thời biến chứng nhiễm trùng sau mổ và có thái độ xử trí đúng đắn dựa vào mức độ nhiễm trùng.

- Chảy máu sau mổ

## 210. PHẪU THUẬT DÍNH KHỚP QUAY TRỤ BẨM SINH

**I. ĐẠI CƯƠNG**

**Dính khớp quay trụ trên** là dị tật bẩm sinh tương đối phổ biến (tỷ lệ gặp phải trên thế giới là 1/250.000), làm hạn chế chức năng sấp và ngửa của cẳng tay.

Dính khớp quay trụ trên được chia làm 2 loại, loại 1 là dính đầu xương quay vào trụ (có thể không có chỏm xương quay) và loại 2 là biến dạng chỏm xương quay, trật khớp ra trước hoặc sau.

**Dính khớp trụ quay trên** mặc dù đã được điều trị bằng phẫu thuật cắt xương xoay ngửa cẳng tay nhằm phục chức năng của cẳng tay nhưng bệnh nhân còn gặp nhiều biến chứng hậu phẫu. Chẩn đoán và kiểm tra bằng cách chụp X-quang trước và sau khi phẫu thuật ở cả 2 vị trí là thẳng và nghiêng.

**II. CHỈ ĐỊNH**

* Bệnh nhân dị tật **dính khớp quay trụ trên bẩm sinh** ở một hoặc hai bên cẳng tay, có góc cẳng tay cố định sấp trên 60 độ.
* Chức năng cẳng tay của bệnh nhân bị hạn chế, gặp khó khăn khi sử dụng muỗng, đũa, bưng bát, uống nước, rửa mặt, cài nút áo quần, ....
* Trẻ từ 4 tuổi trở lên.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Người bệnh đang có tình trạng nhiễm trùng toàn thân hoặc tại chỗ đang tiến

triển.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện kỹ thuật:** Là phẫu thuật viên chấn thương chỉnh hình được đào tạo về phẫu thuật nội soi khớp vai.

**2. Phương tiện:** bộ dụng cụ phẫu thuật nội soi khớp vai, vật tư tiêu hao cho khớp vai.

Bộ dụng cụ phẫu thuật chung.

**3. Người bệnh:**

- Tư thế người bệnh khi phẫu thuật:

+ Người bệnh ở tư thế nửa ngồi (tư thế beach chair): Vai bên phẫu thuật được đặt ra mép bàn mổ, tay người bệnh để dọc thân mình, kê gối dưới vai, người người bệnh được cố định vào bàn mổ; Gấp bàn mổ lại khoảng 450- 600 sao cho người bệnh trong tư thế nửa nằm nửa ngồi.

+ Tư thế nằm nghiêng: Người bệnh được đặt nằm nghiêng trên bàn mổ về bên vai không phẫu thuật, vai bên phẫu thuật hơi ngả ra sau khoảng 300; Tay bên phẫu thuật được kéo bởi hệ thống khung kéo ở tư thế khớp vai dạng khoảng 450, đưa ra trước khoảng 150.

**4. Hồ sơ bệnh án:**

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

1. Kiểm tra hồ sơ: Đầy đủ theo quy định Bộ Y tế.

2. Kiểm tra người bệnh: Đúng người (tên, tuổi,…), đúng bệnh.

3. Thực hiện kỹ thuật:

* Bước 1: Thực hiện kháng sinh dự phòng trước phẫu thuật. Sau đó tiến hành gây mê toàn thân, gây tê tại chỗ, vô trùng vùng mổ.
* Bước 2: Để bộc lộ xương trụ, dùng dao phẫu thuật rạch trên da mặt sau phía trong cẳng tay 3cm, cách mỏm trâm trụ 2cm.
* Bước 3: Để bộc lộ xương quay, dùng dao phẫu thuật rạch trên da mặt trước phía ngoài cẳng tay 5cm, cách nếp khuỷu 5cm.
* Bước 4: Sau khi bộc lộ xương quay, xác định khu vực **dính khớp quay trụ trên** và dùng cưa dây để cắt ngang, cắt rời xương quay tại vị trí dưới khu vực dính 2 xương với nhau từ 1 - 1,5cm, cắt đầu trên xương quay để làm ngắn xương còn khoảng 0,5 - 1cm.
* Bước 5: Sau khi bộc lộ đầu dưới xương trụ, tiến hành cắt rời xương trụ và cách mỏm trâm trụ khoảng 3 - 5cm, cắt đầu dưới xương trụ để làm ngắn xương còn khoảng 0,5 - 1cm.
* Bước 6: Tiến hành xoay ngửa để cẳng tay về vị trí trung gian, góc sấp cẳng tay từ 10 - 30 độ. Sau đó, dùng đinh Kirschner xuyên từ mỏm trâm quay và trâm trụ về trung tâm, bẻ cong đầu đinh.
* Bước 7: Sử dụng bột để bất động cánh cẳng tay ngay tại bàn phẫu thuật.

**VI. THEO DÕI XỬ TRÍ TAI BIẾN**

- Nhiễm trùng sau mổ: Là biến chứng chung có thể gặp ở bất kỳ người bệnh sau phẫu thuật nào. Cần theo dõi sát tình trạng toàn thân cũng như tại chỗ để phát hiện kịp thời biến chứng nhiễm trùng sau mổ và có thái độ xử trí đúng đắn dựa vào mức độ nhiễm trùng.

- Chảy máu sau mổ.

**211. PHẪU THUẬT CAN LỆNH ĐẦU DƯỚI XƯƠNG QUAY**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

* Can lệch là một trong các di chứng sau gẫy xương. Do cal lệch mà đoạn chi sẽ ngắn, trục chi biến dạng do đó khả năng tỳ đè bị hạn chế, ảnh hưởng đến sinh hoạt, làm việc của người bệnh.
* Cal lệch đầu dưới xương quay hay gặp, đặc biệt cal lệch sau gãy Colle, làm giảm cơ năng đáng kể

**II. CHỈ ĐỊNH:** Cal lệch gây biến dạng trục chi nhiều

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

* Tình trạng tại chỗ và toàn thân không cho phép
* Cal lệch vừa phải, không ảnh hưởng nhiều đến chức năng vận động

**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 cẳng tay và nẹp vít
4. **Dự kiến thời gian phẫu thuật:** 60 - 90 phút

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

1. **Vô cảm:** Gây mê toàn thân hoặc tại chỗ

2. Kỹ thuật:

* Sát khuẩn đoạn chi
* Garo sau khi dồn máu
* Rạch da, phẫu tích phần mềm vào xương
* Đục rời xương ở vị trí gãy cũ, phá bỏ cal lệch, lưu ý giữ lại các tổ chức cal có nhiều xương xốp để ghép lại về sau
* Nắn chình xương về vị trí giải phẫu, kiểm tra trục và độ dài chi
* Cố định xương bằng nẹp vít hoặc găm kim Krichner giữ xương phối hợp vơi bó bột
* Bơm rửa
* Ghép lại phần cal xương quanh vị trí ổ gãy xương
* Dẫn lưu vùng mổ
* Phục hồi giải phẫu phần mềm
* Băng

**VI. THEO DÕI**

* Biến chứng chảy máu
* Biến chứng nhiễm trùng

**VII. XỬ TRÍ BIẾN CHỨNG**

* Chảy máu: băng ép chặt vùng mổ, mở lại kiểm tra nếu cần
* Nhiễm trùng: săn sóc tại chỗ, thay kháng sinh

## 212. PHẪU THUẬT DI CHỨNG BẠI LIỆT CHI TRÊN

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Liệt thần kinh giữa và thần kinh trụ là di chứng hay gặp của chi trên thường nguyên nhân do vết thương gây ra.

Điều trị liệt thần kinh giữa và thần kinh trụ khi thần kinh đã được khâu nối mà không hồi phục.

**II. CHỈ ĐỊNH**

**1. Chẩn đoán liệt thần kinh giữa**

Vận động: dấu hiệu bàn tay khỉ: Khớp bàn ngón duỗi quá mức, đầu ngón co, mất đối chiếu ngón cái, cơ gan tay và cơ ô mô cái teo

Cảm giác: Mất cảm giác đốt 3 của ngón 2,3

**2. Chẩn đoán liệt thần kinh trụ**

Vận động: Biểu hiện dấu hiệu vuốt trụ, ngón 4 ngón 5 đốt 1 bị duỗi quá mức, còn đốt 2 và 3 bị co gấp.

Cảm giác: Mất cảm giác ở mu ngón 5, mu tay và mu ngón 4 phía trụ

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Bàn tay có tình trạng nhiễm trùng

**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

**Dự kiến thời gian phẫu thuật:**

120 phút

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Vô cảm:**

Gây tê đám rối thần kinh cánh tay hoặc gây mê

**2. Kỹ thuật**

Đánh rửa tay bằng xà phòng, nước muối vô khuẩn

Ga rô cánh tay: tốt nhất ga rô hơi với áp lực 200- 250mmHg, ga-rô đuổi máu cho sạch phẫu trường.

Chuyển gân trong liệt TK giữa: chuyển gân gấp nông ngón 4 khâu vào đốt 1 ngón cái, sau mổ để ngón cái tư thế đối chiếu, cổ tay duỗi 0 độ.

Chuyển gân liệt TK trụ, kỹ thuật Zancolli: Rạch dọc ở gan tay chỗ khớp bàn ngón, lấy vạt chữ u có cuống và kéo vạt lên cao khâu vào cổ đốt bàn giúp cho khớp bàn ngón gấp 20 độ.

**VI. THEO DÕI VÀ ĐIỀU TRỊ SAU MỔ**

Theo dõi tình trạng vết thương, đầu ngón tay

Điều trị: Kháng sinh 3- 5 ngày, giảm viêm

**VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ**

Nhiễm trùng bàn tay: Cắt chỉ, thay băng, cắt lọc lại.

**213. PHẪU THUẬT GÃY ĐẦU DƯỚI XƯƠNG QUAY VÀ TRẬT KHỚP QUAY TRỤ DƯỚI**

1. **ĐẠI CƯƠNG**

Trật khớp quay trụ dưới là một trong các bệnh lý của khớp quay trụ dưới. Trật  
khớp quay trụ dưới có thể gặp sau chấn thương (gãy đầu dưới xương quay), do thoái hóa  
và nhiều nguyên nhân khác.

1. **CHỈ ĐỊNH**

Đau và mất chức năng cổ bàn tay (sấp ngửa) sau gãy cũ đầu dưới xương quay,  
thoái hóa khớp.

Các phương pháp điều trị nội khoa không kết quả.

1. **CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Tình trạng nhiễm trùng tại chỗ.

Bệnh lý nội khoa hoặc tình trạng toàn thân nặng không cho phép phẫu thuật.

1. **CHUẨN BỊ**

- Người bệnh nằm ngửa, tay đặt lên bàn con, garo hơi ở 1/3 trên cánh tay áp lực  
250 mmHg.

- Phẫu thuật viên chính ngồi phía bờ trụ, người phụ 1 ngồi phía bờ quay, người  
phụ 2 cạnh phụ 1.

1. **CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

- Thì 1: Rạch da đường sau theo diện khớp quay trụ dưới

- Thì 2: Bộc lộ khớp quay trụ dứoi

- Thì 3: Kiểm tra dây chằng cố định khớp quay trụ dưới

+ Cố định tạm thời đầu dưới xương trụ vào xương quay bằng Kwire

+ Hoặc dùng gân gan tay dài tái tạo lại các dây chằng quay trụ dưới.

- Thì 4: Kiểm tra

+ Kiểm tra lại tư thế trên lâm sàng cũng như trên Carm

+ Cầm máu, làm sạch và đóng theo các lớp giải phẫu

1. **THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**
2. Theo dõi:

- Bất động bột cẳng bàn tay 3 - 4 tuần

- Tình trạng phù nề và nhiễm trùng sau mổ

- Tình trạng tưới máu ngoại vi và theo dõi nới bột khi cần thiết

- Tập phục hồi chức năng theo giai đoạn

1. Xử trí tai biến:

Xử trí tai biến nếu có.

## 214. NẮN GĂM KIM KIRSCHNER TRONG GÃY POUTEAU - COLLES (P - C)

**I. ĐẠI CƯƠNG**

- Gãy đầu dưới xương quay rất phổ biến ở phòng cấp cứu. Hay gặp ở trẻ lớn và người già, ở người già nữ thì nữ chiếm 2/3.

- Gãy đầu dưới xương quay di lệch được điều trị bằng nắn và bất động bột là chủ yếu. Bột được bó đến dưới khuỷu và giữ liên tục 4 - 6 tuần.

- Vấn đề phẫu thuật đặt ra khi người bệnh đến muộn can lệch ảnh hưởng lớn tới chức năng cơ bàn tay.

**II. CHỈ ĐỊNH**

- Gãy Pouteau - Colles đến muộn.

- Gãy Pouteau - Colles nắn không có kết quả.

- Gãy mở Pouteau - Colles.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Có viêm nhiễm phần mềm tại nơi gãy xương.

- Rối loạn dinh dưỡng nặng do gãy xương, do xoa đắp lá thuốc Đông y.

- Có bệnh toàn thân nặng cân điều trị ổn định.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

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

**2. Phương tiện:** Khoan xương, kim Kirschner các cỡ.

**3. Người bệnh:** Vệ sinh toàn thân, tại chỗ.

**4. Hồ sơ bệnh án:** Theo quy định.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Vô cảm**

Gây mê nội khí quản hoặc đám rối thần kinh.

**2. Phẫu thuật kết xương**

- Rạch da phía đầu dưới xương quay.

- Tách cân cơ theo lớp giải phẫu.

- Chú ý tránh nhánh cảm giác thần kinh quay ở nông dưới da.

- Bộc lộ hai diện gãy xương quay.

- Nắn di lệch.

- Găm kim Kirchsner từ mỏm trâm quay và phía sau trong xương quay.

- Kiểm tra độ vững.

- Cắt ngắn kim dưới da.

- Khôi phục phần mềm theo lớp giải phẫu.

**VI. ĐIỀU TRỊ SAU PHẪU THUẬT**

- Có thể bột hoặc nẹp bột cẳng bàn tay sau phẫu thuật.

- Rút dẫn lưu sau 48 giờ.

- Kháng sinh dùng từ 5 - 7 ngày.

- Rút đinh Kirchsner sau 6 - 8 tuần

- Tập phục hồi chức năng tại cơ sở.

**VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ**

- Với gãy hở đề phòng nguy cơ nhiễm khuẩn

- Với những trường hợp can lệch thì chú ý máu tụ lớn sau mổ, cần dẫn lưu.

## 215. PHẪU THUẬT GIẢI PHÓNG DÂY GIỮA TRONG 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

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.

## 216. CẮT LỌC VẾT THƯƠNG GẪY XƯƠNG HỞ, NẮN CHỈNH CỐ ĐỊNH TẠM THỜI

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Gãy xương hở theo phân loại của Gustilo có

**Độ I :** vết thương rách da đường kính dưới 1cm, sau khi cắt lọc vết thương có thể khâu kín và điều trị giống 1 gãy xương kín.

**Độ II :** vết thương có đường kính trên 1cm, nhưnh phần mềm xung quanh bị tổn thương nhiều. Nếu người bệnh đến sớm sau khi cắt lọc vết thương có thể điều trị như 1 gãy xương kín.

**Độ III:**

III A: Chấn thương mô mềm nhiều, vết thương bị ô nhiễm nghiêm trọng có nguy cơ nhiễm khuẩn cao, nhưng sau khi cắt lọc phần mềm tổn thương thì xương vẫn được che phủ hợp lý. Lớp da có thể bị hoại tử thứ phát gây lộ xương.

III B: vết thương gãy hở có kèm theo mất mô mềm rộng, vết thương bị ô nhiễm nghiêm trọng. Sau khi cắt lọc vết thương thì phần mềm còn lại không đủ che phủ xương lộ.

III C: vết thương gãy mở giống độ III B nhưng kèm theo có tổn thương mạch máu và thần kinh chính của đoạn chi đòi hỏi phải khâu nối lại mới bảo tồn được chi. Nguy cơ cắt cụt chi rất cao.

**II. CHỈ ĐỊNH**

Tất cả các gãy xương hở đều được chỉ định mổ cấp cứu

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Chống chỉ định trong ngoại khoa nói chung.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

Là phẫu thuật viên chấn thương chỉnh hình**.**

**2. Người bệnh**

Được giải thích đầy đủ về bệnh, về cuộc phẫu thuật, các tai biến có thể gặp trong và sau mổ (nhiễm trùng, hoại tử chi.).

Đại diện gia đình kí cam đoan chấp nhận mổ.

**3. Phương tiện**

Bộ dụng cụ đại phẫu.

Bột bó.

**4. Hồ sơ bệnh án**

Theo quy định của Bộ Y tế.

**Dự kiến thời gian phẫu thuật:**

90 phút

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Tư thế người bệnh**

Nằm ngửa hoặc nằm nghiêng trên bàn mổ, tùy theo vị trí của chi bị tổn thương

**2. Vô cảm**

Gây tê tủy sống, ngoài màng cứng, tê đám rối thần kinh cánh tay hoặc gây mê.

**3. Kỹ thuật tiến hành**

Rửa vết thương sạch bằng xà phòng vô khuẩn với nước muối sinh lý.

Ga-rô gốc chi, tốt nhất với ga-rô hơi.

Thì cắt lọc phần mềm: cắt lọc mép vết thương ít nhất 2 mm, cắt bỏ tổ chức dập nát, làm sạch khớp (lấy dị vật, máu tụ...). Rạch rộng vết thương, tiếp tục cắt lọc phần mềm và rửa vùng mổ bằng nhiều nước muối sinh lý. Kiểm tra mạch máu và thần kinh (gãy hở độ IIIC).

Thì cố định xương: Làm sạch đầu xương bằng thìa nạo, kìm gặm xương. Rửa lại ổ mổ một lần nữa để đảm bảo khớp không còn dị vật.Nắn chỉnh ổ gãy xương.

Đặt dẫn lưu.

Khâu che phủ xương

Tháo bỏ Ga-rô

Cố định ổ gãy xương bằng bột rạch dọc, tùy theo vị trí gãy xương.

**VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIÉN**

Tụ máu, phù nề sau mổ: lấy máu tụ, băng ép.

Chèn ép bột

Nhiễm trùng sau mổ: Tách vết mổ, làm sạch, để hở.

Liệt thần kinh sau mổ: do chấn thương co kéo trong mổ, garo kéo dài

## 217. PHẪU THUẬT GÃY MONTEGGIA

**I. ĐỊNH NGHĨA**

Là gãy 1/3 trên xương trụ kèm trật khớp quay trụ trên (do đứt dây chằng vòng).

**ii. CHỈ ĐỊNH**

Gãy monteggia di lệch hoặc điều trị bảo tồn thất bại

Có biến chứng như can lệch, tổn thương thần kinh trụ...

**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.

**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.

Chỏm quay nắn vào nếu dễ bị trật lại, cần tái tạo dây chằng vòng.

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.

**vi. THEO DÕI VÀ ĐIỀU TRỊ SAU MỔ**

Theo dõi mạch, nhiệt độ, huyết áp, tại chỗ vết mổ

Kháng sinh 3 - 5 ngày

**vii. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ**

Chảy máu: Băng ép cầm máu hoặc khâu cầm máu

Nhiễm trùng: Tách chỉ, thay kháng sinh

## 218. CẮT CỤT CÁNH TAY

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Cắt cụt cánh tay là phẫu thuật cắt cụt giới hạn từ trên lồi cầu xương cánh tay tới ngang nếp hõm nách. Tùy thuộc vào chức năng chi giả sẽ lắp cho người bệnh mà người ta coi những cắt cụt thấp dưới mỏm trên lồi cầu xương cánh tay như mỏm cụt trong tháo khớp khuỷu, hoặc mỏm cụt trên nếp hõm nách như mỏm cụt trong tháo khớp vai.

Nguyên tắc chung của phẫu thuật cắt cụt là giữ được mỏm cụt càng dài càng tốt.

**II .CHỈ ĐỊNH**

- Hoại tử tắc mạch cẳng bàn tay.

- Dập nát cẳng bàn tay.

- Cụt chấn thương cánh cẳng tay.

- Nhiễm trùng nặng cánh cẳng bàn tay.

- U ác tính cánh cẳng bàn tay.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Chống chỉ định can thiệp Ngoại khoa nói chung

**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 cắt cụt chi trên.

**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 (nhiễm trùng, tai biến do gây tê đám rối,…), đại diện gia đình ghi vào hồ sơ việc chấp nhận cắt cụt cho người bệnh. 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 trên đòn hoặc gây mê.

**2. Kỹ thuật**

- Tư thế người bệnh: nằm ngửa, tay dạng đặt trên bàn nhỏ.

- Rạch da: theo hai vạt trước, sau cánh tay. Đỉnh đường rạch nên cao ngang bằng điểm sẽ cắt xương, hai vạt có chiều dài hơn một lần rưỡi đường kính xương vùng cắt.

- Nếu cắt cụt trên lồi cầu cánh tay thì cắt hai vạt bằng nhau, nếu cắt cao hơn nên cắt vạt trước dài hơn vạt sau để đường khâu ra sau.

- Thắt mạch, cầm máu: Tách động mạch cánh tay (hoặc động mạch nách nếu cắt cụt cao), thắt và cắt ngang mức sẽ cắt xương.

- Cắt thần kinh: Bộc lộ thần kinh quay, giữa, trụ và cắt cao trên mức sẽ cắt xương.

- Cắt cơ: Cắt gân cơ trên mức sẽ cắt xương 2 - 3 cm nếu ở vùng trên lồi cầu xương cánh tay, 4 - 5 cm nếu ở vùng cao hơn, theo chiều của vạt.

- Cắt xương: Lóc màng xương, dùng cưa dây hoặc cưa rung cắt xương, dũa tròn đầu xương.

- Đóng cơ che phủ mỏm cụt: Khâu các khối cơ khu trước và khu sau bằng các mũi chữ X hoặc chữ U bằng chỉ tiêu cỡ lớn theo các lớp che phủ đầu xương.

- Đặt dẫn lưu nếu cần

- Đóng da: khâu cân hai vạt bằng các mũi chỉ tiêu, khâu đóng da hai vạt bằng các mũi rời.

- Băng vô khuẩn.

**V. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

- Chảy máu, tụ máu mỏm cụt: mở vết mổ cầm máu, lấy máu tụ, băng ép.

- Nhiễm trùng: tách chỉ vết mổ, làm sạch, để hở.

- Hoại tử mỏm cụt: phẫu thuật sửa mỏm cụt.

- Căng da mỏm cụt: chống phù nề, phẫu thuật sửa lại mỏm cụt nếu cần.

- Đau mỏm cụt: chống phù nề, giảm đau.

- Chi ma.

## 219. THÁO KHỚP KHUỶU

**I. ĐẠI CƯƠNG**

phẫu thuật tháo khớp khuỷu là một phẫu thuật thay thế tay kể từ khuỷu không còn chức năng (có thể nguy hiểm đến tính mạng) bằng một chi giả khác, mà đảm bảo được chức năng tốt hơn.

**II. CHỈ ĐỊNH**

- Hoai tử tắc mạch

- Dập nát cẳng tay

- Cụt chấn thương cẳng tay

- U ác tính - Cân nhắc trong một số trường hợp tay không còn chức năng

**III.CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Chống chỉ định trong ngoại khoa nói chung

**IV. CHUẨN BỊ**

1. Người thực hiện

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

2. 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 (nhiềm trùng, tử vong …) đại điện gia đình ghi vào hồ sơ việc chấp nhận tháo khớp vai. Nhịn ăn trước 6 giờ.

3. Phương tiện

Bộ dụng cụ cắt cụt chi trên

4. Dự kiến thời gian phẫu thuật: 90 phút

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

1. Tư thế: Nằm ngửa kê dưới mông hoặc nằm nghiêng 45

2. Vô cảm: Gây mê nội khí quản

3. Kỹ thuật:

- Rạch da bắt đầu từ khuỷu theo bờ trước của cơ và tận hết.

- Kiểm tra và thắt tĩnh mạch đầu

- Tách giữa bó cơ delta và cơ ngực lớn.

- Tìm và thắt động tĩnh mạch cánh tay, thần kinh quay trụ giữa.

- Bộc lộ khớp vai và tháo chỏm xương cánh tay.

- Khâu lại một phần vạt cơ delta và bao khớp phía trước và vào cơ ngực lớn. - Dẫn lưu.

- Khâu da che phủ.

**VI. THEO DÕI XỬ TRÍ TAI BIẾN**

- Chảy máu, tụ máu mỏm cụt: Mở vết mổ cầm máu, lấy máu tụ, băng ép.

- Nhiễm trùng: Tách vết mổ, làm sạch, để hở.

- Hoại tử mỏm cụt: Phẫu thuật sửa mỏm cụt.

- Căng da mỏm cụt: Chống phù nề, phẫu thuật sửa lại mỏm cụt nếu cần.

- Đau mỏm cụt: Chống phù nề, giảm đau.

- Chi ma.

Tài liệu tham khảo.

1. Hướng dẫn quy trình kỹ thuật ngoại khoa – Chuyên khoa chấn thương chỉnh hình. BYT. 2014.

## 220. CẮT CỤT CẲNG TAY

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Cắt cụt cánh tay là phẫu thuật cắt cụt giới hạn Cẳng tay. Vị trí tốt nhất là 1/3 dưới, đoạn còn lại khoảng 15 – 17 cm tính từ mỏm khuỷu (ít nhất là 9cm).

Nguyên tắc chung của phẫu thuật cắt cụt là giữ được mỏm cụt càng dài càng tốt.

**II .CHỈ ĐỊNH**

- Hoại tử tắc mạch cẳng bàn tay.

- Dập nát cẳng bàn tay.

- Cụt chấn thương cẳng tay.

- Nhiễm trùng nặng cẳng bàn tay.

- U ác tính cẳng bàn tay.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Chống chỉ định can thiệp Ngoại khoa nói chung

**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 cắt cụt chi trên.

**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 (nhiễm trùng, tai biến do gây tê đám rối,…), đại diện gia đình ghi vào hồ sơ việc chấp nhận cắt cụt cho người bệnh. 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 trên đòn hoặc gây mê.

**2. Kỹ thuật**

- Tư thế người bệnh: nằm ngửa, tay dạng đặt trên bàn nhỏ.

- Rạch da: theo hai vạt trước, sau cẳng tay. Đỉnh đường rạch nên cao ngang bằng điểm sẽ cắt xương, hai vạt có chiều dài hơn một lần rưỡi đường kính xương vùng cắt.

– Cẳng tay: Vị trí tốt nhất là 1/3 dưới, đoạn còn lại khoảng 15 – 17 cm tính từ mỏm khuỷu (ít nhất là 9cm).

- Thắt mạch, cầm máu: Tách động mạch cánh tay (hoặc động mạch nách nếu cắt cụt cao), thắt và cắt ngang mức sẽ cắt xương.

- Cắt thần kinh: Bộc lộ thần kinh quay, giữa, trụ và cắt cao trên mức sẽ cắt xương.

- Cắt cơ: Cắt gân cơ trên mức sẽ cắt xương 2 - 3 cm.

- Cắt xương: Lóc màng xương, dùng cưa dây hoặc cưa rung cắt xương, dũa tròn đầu xương.

- Đóng cơ che phủ mỏm cụt: Khâu các khối cơ khu trước và khu sau bằng các mũi chữ X hoặc chữ U bằng chỉ tiêu cỡ lớn theo các lớp che phủ đầu xương.

- Đặt dẫn lưu nếu cần

- Đóng da: khâu cân hai vạt bằng các mũi chỉ tiêu, khâu đóng da hai vạt bằng các mũi rời.

- Băng vô khuẩn.

**V. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

- Chảy máu, tụ máu mỏm cụt: mở vết mổ cầm máu, lấy máu tụ, băng ép.

- Nhiễm trùng: tách chỉ vết mổ, làm sạch, để hở.

- Hoại tử mỏm cụt: phẫu thuật sửa mỏm cụt.

- Căng da mỏm cụt: chống phù nề, phẫu thuật sửa lại mỏm cụt nếu cần.

- Đau mỏm cụt: chống phù nề, giảm đau.

- Chi ma.

## 221. THÁO KHỚP CỔ TAY

## 222. PHẪU THUẬT GÃY LỒI CẦU NGOÀI XƯƠNG CÁNH TAY

**I. ĐẠI CƯƠNG**

**Gãy mỏm lồi cầu xương cánh tay** là [**chấn thương xương**](https://www.vinmec.com/vi/co-xuong-khop/suc-khoe-thuong-thuc/gay-xuong-dau-hieu-gay-xuong-va-cach-dieu-tri/)**khớp** xảy ra phổ biến ở trẻ em từ 5-12 tuổi (nhất là trẻ em nam khoảng 8-10 tuổi). Tình trạng gãy xảy ra ở đầu dưới xương cánh tay, nằm từ mỏm trên lồi cầu ngoài đến ròng rọc xương cánh tay, đi ngang qua hố khủy.

**Gãy mỏm lồi cầu xương cánh tay** được chia làm 2 loại:

* Gãy duỗi: Trường hợp gãy duỗi, đầu gãy dưới di lệch ra phía sau thân xương cánh tay. Thường xảy ra ở trẻ em (60% ở trẻ em dưới 15 tuổi) do nguyên nhân gián tiếp, ngã tay chống đất ở tư thế duỗi khuỷu.
* Gãy gấp: Đầu gãy dưới di lệch ra phía trước thân xương cánh tay. Xảy ra do bệnh nhân ngã chống tay trong tư thế gấp khuỷu, khiến mỏm khuỷu đẩy đầu dưới di lệch ra phía trước.

**II. CHỈ ĐỊNH**

Các phương pháp điều trị nội khoa không kết quả.

**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

**Dự kiến thời gian phẫu thuật: 90 phút**

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Tư thế người bệnh:**

+ Nằm ngửa, cánh tay đưa ra trước 90 độ, khuỷu gấp 90 độ, đặt trên thân mình, ôm qua ngực.

+ Nằm nghiêng về bên lành, tay vuông góc thân mình trên 1 giá đỡ riêng.

**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 cánh tay và qua mỏm khuỷu.

Phẫu tích bộc lộ thần kinh trụ, giữ bằng lam mềm

Cắt mỏm khuỷu hoặc cắt gân cơ tam đầu

Bộc lộ đầu dưới xương cánh tay

Làm sạch diện gãy và khớp khuỷu

Đặt lại xương, kết hợp xương bằng kim Kirschner/ Kwire chéo ổ gãy hoặc đặt nẹp vít và bắt vít (theo thứ tự ổ gãy liên lồi cầu - ổ gãy trên lồi cầu)

KHX theo nguyên tắc 2 cột trụ trong và ngoài

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

Néo ép lại mỏm khuỷu hoặc khâu lại gân cơ tam đầu

Băng vô khuẩn

Túi treo tay hoặc nẹp bột cánh cẳng bàn tay khuỷu 90º sau mổ.

**Chú ý:**

**-** Phẫu tích bộc lộ thần kinh trụ tránh tổn thương thứ phát

Kết hợp xương vững chắc liên lồi cầu – liên lồi cầu (2 cột trụ trong ngoài)

**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

## 223. PHẪU THUẬT VIÊM XƯƠNG CÁNH TAY: ĐỤC, MỔ, NẠO, LẤY XƯƠNG CHẾT, DẪN LƯU

**I. ĐỊNH NGHĨA**

- Viêm xương tủy xương VXTX là 1 nhiễm khuẩn cấp tính hay mãn tính của xương, mầm bệnh thường do tụ cầu vàng và liên cầu trùng tan máu. Những vi khuẩn này vào đường máu trước khi vào xương, do đó thực chất của viêm xương tủy xương đường máu là nhiễm khuẩn huyết.

- VXTX là trạng thái viêm mủ tất cả các thành phần của xương.

- VXTX cánh tay có xương chết là viêm xương mãn tính.

**II. CHỈ ĐỊNH**

Các trường hợp viêm xương cánh tay có xương chết

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Các trường hợp chống chỉ định chung của phẫu thuật.

**IV. CHUẨN BỊ**

1. Người thực hiện quy trình

Phẫu thuật viên chuyên khoa chấn thương ch ỉnh hình.

2. Phương tiện

Dụng cụ phẫu thuật: dụng cụ về phẫu thuật xương, khoan xương, dẫn lưu…

3. Người bệnh

- Nhịn ăn uống.

- Kháng sinh.

4. Hồ sơ bệnh án

Theo quy đ ịnh của Bộ Y tế

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

1. Kiểm tra hồ sơ

2. Kiểm tra ngư ời bệnh

3. Thực hiện kỹ thuật

3.1. Nguyên tắc điều trị trong viêm xương tu ỷ xương giai đoạn mạn tính

- Làm sạch ổ viêm (Tổ chức viêm, xương ch ết )

- San bằng, lấp đầy ổ khuyết viêm xương

- Dẫn lưu triệt để

- Kháng sinh liệu pháp : Theo kháng sinh đồ

- Chế độ ăn uống nhiều Vitamin

3.2. Các bước tiến hành

- Người bệnh nằm ngửa. Gây mê nội khí quản hoặc gây tê đám rối thần kinh cánh tay.

- Rạch da mặt trước ngoài cánh tay

- Phẫu tích cân cơ cánh tay bộc lộ ổ viêm xương.

- Dùng đ ục đ ục ổ xương viêm, hoặc đ ục mở cửa sổ xương.

- Nạo ổ viêm, lấy bỏ xương chết

- Bơm r ửa ổ viêm bằng dung dịch Nacl 0,9% và Ôxy già.

- Đặt dẫn lưu.

- Đặt nẹp bột.

**VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

- Rút dẫn lưu sau 72h.

- Dùng kháng sinh theo kháng sinh đ ồ 7-10 ngày

- Bó bột chữ U, hoặc bột Desault. Khám lại sau 04 tuần.

- Tai biến do phẫu thuật: Chảy máu

- Xử trí:

+ Băng ép.

+ Phẫu thuật cầm máu.

- Nhiễm trùng vết mổ: kháng sinh theo kháng sinh đồ, thay băng, dẫn lưu tốt.

## 224. PHẪU THUẬT GÃY MỎM TRÊN RÒNG RỌC XƯƠNG CÁNH TAY

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Phẫu thuật gãy mỏm trên ròng rọc 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. Phương tiện

- Bộ dụng cụ KHX cánh tay

- Bộ nẹp vít xương cánh tay

- Bộ kim Kirschner/ Kwire

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, gây

mê…). 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

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

1. Kiểm tra hồ sơ

2. Kiểm tra người bệnh

3. Thực hiện kỹ thuật

Tư thế người bệnh: Nằm ngửa, tay dạng vuông góc với thân mình và được đặt trên

một bàn mổ riêng.

Vô cảm:

Gây tê đám rối thần kinh cánh tay hoặc gây mê

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…

## 225. PHẪU THUẬT VIÊM XƯƠNG CẲNG TAY ĐỤC, MỔ, NẠO, DẪN LƯU

**I. ĐỊNH NGHĨA**

- Viêm xương tủy xương VXTX là 1 nhiễm khuẩn cấp tính hay mãn tính

của xương, mầm bệnh thư ng do tụ cầu vàng và liên cầu trùng tan máu. Những

vi khuẩn này vào đư ng máu trước khi vào xương, do đó thực chất của viêm

xương tủy xương đư ng máu là nhiễm khuẩn huyết.

- VXTX là trạng thái viêm mủ tất cả các thành phần của xương.

- VXTX cánh tay có xương chết là viêm xương mãn tính.

**II. CHỈ ĐỊNH**

Các trường hợp viêm xương cẳng tay có xương chết

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Các trường hợp chống chỉ định chung của phẫu thuật.

**IV. CHUẨN BỊ**

1. Người thực hiện quy trình

Phẫu thuật viên chuyên khoa chấn thương chỉnh hình.

2. Phương tiện

Dụng cụ phẫu thuật: dụng cụ về phẫu thuật xương, khoan xương, dẫn lưu…

3. Người bệnh

- Nhịn ăn uống.

- Kháng sinh.

4. Hồ sơ bệnh án

Theo quy định của Bộ Y tế

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

1. Kiểm tra hồ sơ

2. Kiểm tra người bệnh

3. Thực hiện kỹ thuật

3.1. Nguyên tắc điều trị trong viêm xương tuỷ xương giai đoạn mạn tính

- Làm sạch ổ viêm (Tổ chức viêm, xương ch ết )

- San bằng, lấp đầy ổ khuyết viêm xương

- Dẫn lưu triệt để

- Kháng sinh liệu pháp : Theo kháng sinh đồ

- Chế độ ăn uống nhiều Vitamin

3.2. Các bước tiến hành

- Người bệnh nằm ngửa. Gây mê nội khí quản.

- Rạch da mặt trước ngoài cẳng tay

- Phẫu tích cân cơ cánh tay bộc lộ ổ viêm xương.

- Dùng đục đục ổ xương viêm, hoặc đục mở cửa sổ xương.

- Nạo ổ viêm, lấy bỏ xương chết

- Bơm r ửa ổ viêm bằng dung dịch Nacl 0,9% và Ôxy già.

- Đặt dẫn lưu.

- Đặt nẹp bột.

**VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

- Rút dẫn lưu sau 72h.

- Dùng kháng sinh theo kháng sinh đ ồ 7-10 ngày

- Bó bột chữ U, hoặc bột Desault. Khám lại sau 04 tuần.

- Tai biến do phẫu thuật: Chảy máu

- Xử trí:

+ Băng ép.

+ Phẫu thuật cầm máu.

- Nhiễm trùng vết mổ: kháng sinh theo kháng sinh đồ, thay băng, dẫn lưu tốt.

## 226. PHẪU THUẬT CỐ ĐỊNH NẸP VÍT GÃY HAI XƯƠNG CẲNG TAY

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Gãy thân hai xương cẳng tay là loại gãy ở đoạn xương được giới hạn bởi hai bình diện ngang: bình diện trên khoảng 2cm dưới mấu nhị đầu; bình diện dưới khoảng 5cm trên nếp khớp cổ tay.

**II. CHỈ ĐỊNH**

Chỉ định: đối với gãy 1/3 trên có di lệch; gãy 1/3 giữa, 1/3 dưới mà nắn chỉnh không kết quả; gãy xương hở.

**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

**4. Hồ sơ bệnh án**

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

**Dự kiến thời gian phẫu thuật: 120 phút**

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**Tư thế người bệnh:**

Nằm ngửa, tay đặt ngang ra bàn mổ

**Vô cảm:**

Gây tê đám rối thần kinh cánh tay hoặc gây mê

**Kỹ thuật:**

Đường mổ: Rạch da khoảng 10 - 20 cm (theo thương tổn phức tạp của xương) đường trước ngoài hoặc đường bên

Phẫu tích tách qua vách gian cơ ngoài

Bộc lộ và tách thần kinh quay. Thần kinh quay đi từ sau ra trước, từ trong ra ngoài đi xuyên qua vách gian cơ, theo rãnh thần kinh quay.

Bộc lộ ổ gãy, làm sạch diện gãy

Đặt lại xương, đặt nẹp vít và bắt vít (ít nhất trên và dưới ổ gãy 3 vít)

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 – 3 tuần

**Chú ý:**

Phẫu tích thần kinh quay cẩn thận tránh liệt sau mổ, lưu ý động mạch cánh tay sâu đi kèm

Nếu kiểm tra thấy đứt thần kinh quay do gãy xương, tiến hành KHX cánh tay rồi khâu phục hồi thần kinh

**VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

Tụ máu, phù nề sau mổ

Nhiễm trùng sau mổ

Liệt thần kinh quay sau mổ: Do chấn thương co kéo trong mổ, garo kéo dài (liệt 3 dây)   - Sau khâu phục hồi thần kinh quay cần lý liệu pháp sớm tránh teo cơ, theo dõi ít nhất 6 tháng.

## 227. PHẪU THUẬT ĐÓNG ĐINH NỘI TỦY GÃY 2 XƯƠNG CẲNG TAY

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Gãy thân hai xương cẳng tay là loại gãy ở đoạn xương được giới hạn bởi hai bình diện ngang: bình diện trên khoảng 2cm dưới mấu nhị đầu; bình diện dưới khoảng 5cm trên nếp khớp cổ tay.

**II. CHỈ ĐỊNH**

Chỉ định: đối với gãy 1/3 trên có di lệch; gãy 1/3 giữa, 1/3 dưới mà nắn chỉnh không kết quả; gãy xương hở.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Đang có tình trạng nhiễm khuẩn

Toàn trạng nặng vì đa chấn thương

**IV. CHUẨN BỊ**

**Người thực hiện**

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

**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

**Phương tiện**

Bộ dụng cụ KHX cẳng tay

Bộ đinh nội tuỷ xương cẳng tay

**Hồ sơ bệnh án**

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

**Dự kiến thời gian phẫu thuật: 120 phút**

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**Tư thế người bệnh:**

Nằm ngửa, tay đặt ngang ra bàn mổ

**Vô cảm:**

Gây tê đám rối thần kinh cánh tay hoặc gây mê

**Kỹ thuật:**

Đường mổ: Rạch da khoảng 10 - 20 cm (theo thương tổn phức tạp của xương) đường trước ngoài hoặc đường bên

Phẫu tích tách qua vách gian cơ ngoài

Bộc lộ và tách thần kinh quay. Thần kinh quay đi từ sau ra trước, từ trong ra ngoài đi xuyên qua vách gian cơ, theo rãnh thần kinh quay.

+ Rạch da 2 - 3cm ngang mấu động lớn và dùi ống tuỷ

+ Rạch da 2 – 5cm trên mỏm khuỷu, dùi ống tuỷ trên hố khuỷu

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 – 3 tuần

**Chú ý:**

Phẫu tích thần kinh quay cẩn thận tránh liệt sau mổ, lưu ý động mạch cánh tay sâu đi kèm

Nếu kiểm tra thấy đứt thần kinh quay do gãy xương, tiến hành KHX cánh tay rồi khâu phục hồi thần kinh

**VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

Tụ máu, phù nề sau mổ

Nhiễm trùng sau mổ

Liệt thần kinh quay sau mổ: Do chấn thương co kéo trong mổ, garo kéo dài (liệt 3 dây)   - Sau khâu phục hồi thần kinh quay cần lý liệu pháp sớm tránh teo cơ, theo dõi ít nhất 6 tháng.

## 228. PHẪU THUẬT ĐÓNG ĐINH NỘI TỦY GÃY 1 XƯƠNG CẲNG TAY

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Gãy một xương cẳng tay ở trẻ em là thường gặp sau chấn thương, không kèm theo trật khớp quay trụ cẳng tay, hay gặp gãy cành tươi, nếu gãy di lệch hoàn toàn thường rất khó nắn chỉnh.

**II. CHỈ ĐỊNH**

Điều trị bảo tồn thất bại

Gãy xương kèm tổn thương mạch máu thần kinh

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Người bệnh có bệnh lý kèm theo chống chỉ định phẫu thuật

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**

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

**3. Phương tiện**

Bộ dụng cụ kết hợp xương (KHX) cẳng tay

Bộ kim Kirschner

**4. Hồ sơ bệnh án**

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

**Dự kiến thời gian phẫu thuật: 45 phút**

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Tư thế người 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.

Sát khuẩn, trải toan

**3. Kỹ thuật**

Rạch da mặt sau trong cẳng tay với gãy xương trụ, mặt sau ngoài cẳng tay với gãy xương quay.

Bóc tách cân cơ, vào ổ gãy xương, làm sạch ổ gãy, nắn hở, kết hợp xương bằng 1 đinh nội tủy phù hợp kích thước ống tủy.

Kiểm tra diện gãy khít vững.

Đặt dẫn lưu nếu cần thiết, rút sau 24h – 48h.

Khâu phục hồi các lớp theo giải phẫu.

Băng vô khuẩn

Túi treo tay hoặc nẹp bột cánh cẳng bàn tay khuỷu 90° trong 3 tuần.

**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.

## 229. PHẪU THUẬT BÀN TAY CẤP CỨU CÓ TỔN THƯƠNG PHỨC TẠP

## 230. PHẪU THUẬT BÀN TAY, CHỈNH HÌNH PHỨC TẠP

## 231. THAY KHỚP LIÊN ĐỐT CÁC NGÓN TAY

**I. ĐỊNH NGHĨA**

Thay khớp liên đốt các ngón tay bằng chất liệu thay thế.

**II. CHỈ ĐỊNH**

Thoái hóa khớp ngón tay, cứng khớp ngón tay.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Bệnh lí toàn thân

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

- Kíp phẫu thuật: 1 phẫu thuật viên (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 dụng cụ phẫu thuật tạo hình, phẫu thuật bàn tay, dụng cụ vi phẫu, khớp nhân tạo

- Kính lúp, garrot hơi

**4. Thời gian phẫu thuật:** 3-5 giờ

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Vô cảm:** Mê NKQ

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

**3. Cách thức mổ:**

- Rạch da vùng khớp cần thay theo đường zig zăg

- Phẫu tích bộc lộ khớp ngón tay tổn thương cần thay thế

- Bóc tách đến phần xương ở 2 đầu khớp

- Tách bỏ phần mềm xung quanh

- Cắt lấy bỏ khớp tổn thương bằng cưa cắt

- Cầm máu kĩ

- Đặt lại phần khớp thay thế, cố định

- Đặt lại phần mềm

- Đóng vết mổ

**VI. BIẾN CHỨNG DI CHỨNG**

- Gây mê, hồi sức

- Nhiễm trùng lan tỏa

- Lỏng ổ khớp

- Hạn chế chức năng vận động

## 232. ĐẶT VÍT GÃY TRẬT XƯƠNG THUYỀN

**i. ĐẠI CƯƠNG**

Trong số các gãy xương vùng cổ tay thì gãy xương thuyền nhiều thứ 2 sau gãy đầu dưới xương quay

Xương thuyền gãy sau chống bàn tay duỗi về phía sau

Gãy xương thuyền được chia thành 3 vị trí trên, giữa và dưới. Trong đó hay gặp nhất là 1/3 giữa

**ii. CHỈ ĐỊNH**

Gãy xương thuyền mới bị gấp góc, di lệch nhiều

Gãy xương thuyền nắn không kết quả

Gãy xương thuyền cũ, chậm liền, không liền, có đau

**iii. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Nhiễm trùng

Không đủ tiêu chuẩn phẫu thuật

**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 và vít Herbert

**Dự kiến thời gian phẫu thuật: 60 - 90 phút**

**v. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Vô cảm:**

Người bệnh bằng gây tê đám rối

**2. Kỹ thuật:**

Sát khuẩn vùng mổ bằng Betadine hoặc cồn 70°

Đặt Garo

NB để bàn tay lên bàn, kê toan ở cổ tay để cổ tay ngửa tối đa

Đường rạch bắt đầu ở nếp gấp cổ tay theo gân cơ gấp cổ tay quay kéo lên trên 4cm

Tách gân gấp cổ tay quay và kéo sang phía trụ. Rạch bao khớp tách sang hai bên làm lộ xương thuyền

Dùng 1 Guide nắn chỉnh cố định xương thuyền

Bắt vis Herbert qua guide

Bơm rửa cầm máu. Đóng vết mổ

Găm kim krischner giữ xương trong khi chờ dây chằng liền

Bất động bột ôm ngón cái

**vi. THEO DÕI VÀ ĐIỀU TRỊ SAU MỔ**

Theo dõi mạch,, huyết áp, nhiệt độ, nhịp thở, tri giác, da, niêm mạc, mầu sắc chi thể, vận động cảm giác chi thể, để phát hiện những biến chứng sau mổ

Bó bột ôm ngón cái từ

Hướng dẫn tập vật lý trị liệu

**vii. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ**

Chảy máu: Băng ép cầm máu, nếu không được mở vết mổ cầm máu

Nhiễm trùng: Tách chỉ vết mổ, thay băng hàng ngày, kháng sinh, cấy dịch làm kháng sinh đồ

## 233. PHẪU THUẬT CHUYỂN CƠ GIANG NGẮN NGÓN I ĐIỀU TRỊ TÁCH NGÓN I BẨM SINH

**I. ĐẠI CƯƠNG**

– Phân loại tách ngón I: chia làm 7 độ theo Wassel dựa trên mức độ nhân đôi (X-quang được sử dụng để xác định chẩn đoán).

+ Độ I: Tách phần chỏm đốt 2

+ Độ II: Tách đôi từ đốt 2

+ Độ III: Tách phần chỏm đốt 1

+ Độ IV: Tách đôi từ đốt 1, chỏm đốt bàn rộng;

+ Độ V: Tách từ phần chỏm đốt bàn

+ Độ VI: Tách đôi xương đốt bàn

+ Độ VII: Ngón cái 3 đốt

+ Độ 4 thường gặp

+ Độ 1 – 6 thường gặp một bên.

– Hầu hết gặp ở trẻ trai.

**II. CHỈ ĐỊNH**

Tuổi phẫu thuật tốt nhất là 1 tuổi.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Các trường hợp chống chỉ định chung của phẫu thuật như rối loạn đông máu, nhiễm trùng cấp tính.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

Bác sĩ phẫu thuật viên, điều dưỡng, kỹ thuật viên được đào tạo về phẫu thuật chỉnh hình.

**2. Phương tiện**

Bộ dụng cụ phẫu thuật chung, chỉ khâu, đinh kirschner

**3. Người bệnh**

Vệ sinh vùng mổ.

**4. Hồ sơ bệnh án**

Theo quy định của Bộ Y tế

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Kiểm tra hồ sơ**

**2. Kiểm tra người bệnh**

**3. Thực hiện kỹ thuật**

– Kháng sinh dự phòng trước mổ

– Gây mê toàn thân kèm theo gây tê vùng

– Garo hơi 150- 250 mmHg

– Vô trùng vùng mổ

– Người bệnh nằm ngửa

**3.1. Phẫu thuật độ I, II**

– Ghép ngón chỉ định cho những trường hợp tách ngón độ I, II, nếu có hai phần ngón bằng nhau, ta nên cắt bỏ một phần giữa hai ngón và tái tạo lại dây chằng.

– Ghép xương bằng đinh kirschner hoặc bằng chỉ Vicryl

– Mục đích phẫu thuật là để tạo hình lại ngón với giữ lại tất cả các cấu trúc mô mềm của nó trong đó giúp tăng thêm kích thước của các ngón tay).

– Sau phẫu thuật ngón được bất động bằng bột, thời gian bất động 4 tuần.

**3.2. Phẫu thuật độ IV**

– Tạo hình vạt da cắt bỏ ngón tách, chuyển gân cơ giạng ngón vào nền đốt 1 ngón.

+ Sau phẫu thuật ngón được bất động trong tư thế giang ngón, thời gian bất động 3 tuần.

– Nếu sau tạo hình ngón có lệch trục ngón sẽ được phẫu thuật cắt xương chỉnh trục ngón sau đó 3 tháng.

– Sau cắt xương chỉnh trục ngón được xuyên đinh Kirschner cố định xương, bột ôm ngón thời gian để đinh 2 tuần, bột để 4 tuần.

**VI. THEO DÕI**

Tình trạng tưới máu ngón tay sau mổ

**VII. XỬ TRÍ TAI BIẾN**

– Lệch khớp đốt ngón tay cái trong trường hợp ghép ngón độ I, II.

– Xử trí: Cắt xương chỉnh trục.

## 234. PHẪU THUẬT ĐIỀU TRỊ TÁCH BÀN TAY (CÀNG CUA)

## 235. PHẪU THUẬT ĐIỀU TRỊ TRẬT KHỚP BÀN-NGÓN I BẨM SINH

## 236. CẮT DỊ TẬT BẨM SINH VỀ BÀN VÀ NGÓN TAY

**I. ĐỊNH NGHĨA**

Phẫu thuật tạo hình điều trị tật thừa ngón tay do dị tật bẩm sinh.

**II. CHỈ ĐỊNH**

Thừa ngón trong dị tật bẩm sinh

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Bệnh toàn thân

**IV. CHUẨN BỊ**

**Người thực hiện**

- Kíp phẫu thuật: phẫu thuật chấn thương chỉnh hình 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

**Phương tiện**

- Thuốc tê, mê, chỉ, băng gạc, clip mạch máu

- Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình, phẫu thuật bàn tay, dụng cụ vi phẫu

- Kính lúp

**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

**Hồ sơ bệnh án :** Theo quy định bộ Y tế

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

Kiểm tra hồ sơ

Kiểm tra người bệnh

Thực hiện kỹ thuật

**Vô cảm:** Mê NKQ với trẻ em < 15 tuổi, tê tại chỗ hoặc đám rối cánh tay.

**Tư thế:** Người bệnh nằm ngửa

**Kỹ thuật:**

- Thiết kế đường rạch da, sử dụng 1 phần da của ngón tay thừa để bù phần da còn thiếu sau khi cắt ngón tay

- Rạch da theo thiết kế

- Bóc tách tổ chức phần mềm, bộc lộ gốc ngón tay thừa

- Tách riêng phần gân của ngón thừa nếu có

- Cắt bỏ ngón thừa, chuyển gân tạo hình cho ngón chính

- Đóng vết mổ

**VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

- Biến chứng do gây mê, tê.

- Chảy máu nhiễm trùng sẹo xấu

## 237. GĂM ĐINH KIRSCHNER GÃY ĐỐT BÀN NHIỀU ĐỐT BÀN

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Gãy xương đốt bàn ngón là thương tổn thường gặp, ảnh hưởng nhiều đến chức năng bàn tay

Phần lớn các xương bàn tay được chỉ định điều trị bảo tồn. Một số trường hợp được giải quyết bằng phẫu thuật

**II. CHỈ ĐỊNH**

Gãy không vững

Gãy mà nắn điều trị bảo tồn không kết quả

Gãy có mảnh lớn di lệch

Gãy có kèm theo trật khớp

Gãy phức tạp có kèm theo mất đoạn xương

Gãy nội khớp có nhiều khả năng dính, cứng nêu không vận đọng sớm

Gãy có mảnh rời di lẹch có kèm theo tổn thương mạch máu thần kinh

Gãy xương mà hậu quả chậm liền xương

Gãy xương mà cần ccan thiệp ghép xương

Gãy xương và liền xương xấu ảnh hưởng tới thẩm mỹ và chúc năng

Gãy xương bệnh lý

Gãy xương có mảnh gây kẹt khớp

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

**IV. CHUẨN BỊ**

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

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

**Phương tiện trang thiết bị:** Bộ dụng cụ phẫu thuật bàn tay, bộ kim kirschner

**Dự kiến thời gian phẫu thuật:** 60 - 90 phút

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Vô cảm:** Người bệnh bằng gây tê đám rối

**2. Kỹ thuật**

Đường mổ: Rạch da khoảng 3 - 5 cm (theo thương tổn phức tạp của xương) đường mổ sau

Phẫu tích tách qua gân duỗi

Bộc lộ xương đốt bàn và ngón tay.

Bộc lộ ổ gãy, làm sạch diện gãy

Đặt lại xương, đặt xuyên kim qua da

Kiểm tra ổ gãy, cầm máu, bơm rửa kỹ

Khâu phục hồi các lớp theo giải phẫu

Băng vô khuẩn

Nẹp bột tư thế nghỉ và treo tay 2 tuần

**Chú ý:**

Sau kết hợp xương cần kiểm tra vận động của khớp bàn ngón, liên đốt ngón

Kiểm tra hệ thống dây chằng khớp

**vi. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

Tụ máu, phù nề sau mổ

Nhiễm trùng sau mổ

Phục hồi chức năng sau mổ tránh cứng khớp, hạn chế vận động ngón

Nhiễm trùng: Tách chỉ vết mổ, thay băng hàng ngày, kháng sinh, cấy dịch làm kháng sinh đồ

## 238. PHẪU THUẬT VIÊM TẤY BÀN TAY, CẢ VIÊM BAO HOẠT DỊCH

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Nhiễm khuẩn bàn tay là những nhiễm trùng các tổ chức cấu tạo nên bàn và ngón tay, thường gây những biến chứng nặng, diễn biến nặng nề và gây tàn phế.

Chẩn đoán sớm, điều trị đúng và kịp thời.

**II. CHỈ ĐỊNH**

* Viêm tấy bàn tay đã hóa mủ.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Viêm tấy đang lan tỏa, chưa hóa mủ.

**IV. CHUẨN BỊ**

**Người thực hiện:** Phẫu thuật viên phải hiểu và nắm được những nguyên tắc cơ bản của phẫu thuật bàn tay.

**Phương tiện:** Bộ dụng cụ phẫu thuật bàn tay chuyên dụng và kim chỉ khâu chuyên dụng.

**Người bệnh:** Chuẩn bị tâm lý, hồ sơ bệnh án đầy đủ thủ tục hành chính.

Dự kiến thời gian phẫu thuật: 90 phút

**IV. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**Tư thế:** Người bệnh nằm ngữa, tùy vào tổn thương để bàn tay sấp hay ngửa.

**Vô cảm:** Tê tại chỗ, tê đám rối hoặc mê khí quản

**Kỹ thuật:**

Sát trùng rộng rãi.

Ga rô gốc chi, không dồn máu.

Chín mé: Rạch hai bên ngón, mở hết các khoang, cắt hết các vách xơ, cắt lọc tổ chức hoại tử và làm sạch, dẫn lưu bằng gạc, để da hở.

Viêm mủ quanh móng: Rạch tháo mủ, cắt bỏ tổ chức phần mềm phủ lên gốc móng, có thể cắt một phần móng để dẫn lưu mủ.

Viêm tấy sâu kẽ ngón: Rạch dọc hai đường phía trước và phía sau thông nhau để dẫn lưu mủ.

Áp xe khoang giữa bàn tay: Rạch da theo nếp gấp của gan tay, dẫn lưu mủ theo khoang.

Viêm khoang mô cái: Rạch tháo mủ bằng hai đường thông nhau, một ở gan tay và một ở mu tay.

Viêm mủ bao hoạt dịch gân gấp ngón 2, 3, 4: Rạch tháo mủ theo trục của ngón, đường rạch hơi lệch ra sau để tránh mạch máu và thần kinh, rạch theo đường thẳng hay đường zich- zắc, đường rạch các ngón 2, 3, 4 ở phía bờ trụ, đường rạch ngón 1, 5 ở phía bờ quay. Đường rạch da là đường rạch liên tục, đường rạch bao hoạt dịch là đường rạch gián đoạn, để lại các dây chằng vòng, cắt lọc bao gân và bao hoạt dịch bị viêm, để da hở.

Viêm mủ bao hoạt dịch gân gấp ngón 1 và bao hoạt dịch quay: Rạch mở bao gân ở cổ tay và nếp ô mô cái.

Viêm mủ bao hoạt dịch gân gấp ngón 5 và bao hoạt dịch trụ: Rạch mở bao gân ở cổ tay và nếp ô mô út, phía bờ quay.

Cầm máu kỹ, để da hở để dẫn lưu mủ.

Bất động nẹp bột sau phẫu thuật

**V. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

Theo dõi:

* Theo dõi toàn trạng và các dấu hiệu sinh tồn, tình trạng tại chỗ vết mổ.
* Kháng sinh liều cao phổ rộng khi chưa có kháng sinh đồ.
* Khâu da thì 2 khi hết tình trạng nhiễm trùng.

Xử trí tai biến:

* Nhiễm trùng nông: Thay băng hàng ngày, lặn dịch vết mổ.
* Nhiễm trùng sâu: Thay băng hàng ngày, tách chỉ vết mổ, nuôi cấy dịch vi khuẩn, thay kháng sinh khi có kháng sinh đồ.
* Hoại tử da và tổ chức phần mềm: Cắt lọc tổ chức hoại tử.
* Nhiễm khuẩn huyết: Xét cắt cụt khi không còn khả năng bảo tồn chi thể.

**VIÊM BAO HOẠT DỊCH**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

- Viêm mủ bao hoạt dịch gân gấp là một nhiễm trùng bàn tay nặng, đáng sợ nhất là mất trượt gân, gây dính, làm hỏng cung cấp máu cho gân gây hoại tử gân

- Nguyên nhân thường do vết chọc bẩn, nguyên nhân thường do tụ cầu vàng

**II. CHỈ ĐỊNH**

Khi chẩn đoán qua 4 triệu chứng viêm mủ gân của Kanavel

- Ngón tay ở tư thế gấp

- Cả ngón sưng to đều

- Căng đau trên bao gân

- Vận động thu động duỗi ngón nhất là đầu ngón thì đau nhói

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH:** Cần phân biệt với các loại nhiễm trùng khac bàn tay

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người bệnh:** Cần chẩn đoán và làm hồ sơ đầy đủ. Giải thích đầy đủ bệnh và quá trình điều trị cho người bệnh.

**2. Người thực hiện:** Bác sĩ chuyên khoa chấn thương chỉnh hình

**3. Phương tiện trang thiết bị:** Bộ phẫu tích bàn tay, cấy vi khuẩn, làm kháng sinh đồ

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Vô cảm:** Gây tê đám rối thần kinh cánh tay hoặc gây mê

2. Kỹ thuật:

- Ga rô cánh tay: Tốt nhất ga rô hơi với áp lực 200- 250mmHg.

- Rạch da dọc bên ngón tay, thường rạch bên trụ, ngón 1 và 5 rạch bên quay, đường  
rạch dọc hơi ra phía sau mu tay, bóc tách tới bao gân, rạch bao hoạt dịch giữa ròng  
rọc A3 và A4.

- Đường rạch thứ 2 rạch ngang ở gan tay trên nếp gấp để dẫn lưu túi cùng trên bao hoạt  
dịch, cắt bỏ bao hoạt dịch giữa các ròng rọc, để lại day chằng vòng

- Bơm rửa sạch, lấy dịch cấy Vk, làm KSĐ

- Dẫn lưu băng ép, nẹp bột, khâu muộn sau 48h

**VI. THEO DÕI VÀ ĐIỀU TRỊ SAU MỔ**

- Thay băng vết thương

- Kháng sinh phối hợp hai loại KS, tốt nhất dùng theo KSĐ

- Nẹp bột bất động bàn tay

**VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ**

- Nhiễm trùng nặng viêm tấy bàn tay cần điều trị tích cực, vệ sinh tốt vết thương

- Nhiễm khuẩn huyết; Dính gân gấp bàn tay: Phẫu thuật gỡ dính

## 239. PHẪU THUẬT DỊ TẬT DÍNH NGÓN, BẰNG VÀ DƯỚI 2 NGÓN TAY

**I. ĐẠI CƯƠNG**

– **Dính ngón** là dị tật bẩm sinh của bàn tay. Dính ngón có thể ở dạng đơn giản hoặc phức tạp. Cách điều trị duy nhất là phẫu thuật tách ngón chuyển vạt da, chuyển vạt kết hợp vá da dày toàn bộ hoặc vá da dày hoàn toàn.

– Lâm sàng

+ Đơn giản: chỉ dính da đơn thuần một phần hoặc toàn bộ giữa hai ngón.

+ Phức tạp: dính da + xương ở đốt III, đốt II, đốt I

+ Dính toàn bộ các ngón hội chứng Apert hay còn gọi là bàn tay, bàn chân vịt.

+ Dính ngón kết hợp thiểu sản ngón, thiếu đốt hoặc thiếu ngón tay toàn bộ, ngấn ối ngón.

+ Dính kết hợp cong vẹo các ngón tay.

– X quang: chụp X quang bàn tay, bàn chân để đánh giá mức độ dính xương ở phần nào, có biến dạng xương, thiếu đốt hay không.

**II. CHỈ ĐỊNH**

Người bệnh có dị tật dính ngón bàn tay.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Các trường hợp chống chỉ định chung của phẫu thuật như rối loạn đông máu, nhiễm trùng cấp tính.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

Bác sĩ phẫu thuật viên, điều dưỡng, kỹ thuật viên được đào tạo về phẫu thuật chỉnh hình.

**2. Phương tiện**

Bộ dụng cụ phẫu

**3. Người bệnh**

– Người bệnh ký vào giấy chấp nhận phẫu thuật sau khi nghe bác sỹ giải thích.

– Vệ sinh vùng mổ.

**4. Hồ sơ bệnh án**

Đầy đủ theo quy định

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Kiểm tra hồ sơ**

Kiểm tra lại chỉ định, chống chỉ định và cam kết đồng ý thực hiện phẫu thuật.

**2. Kiểm tra người bệnh**

– Tình trạng toàn thân

– Thời gian nhịn ăn

**3.Thực hiện kỹ thuật**

 – Kháng sinh dự phòng trước mổ.

 – Gây mê toàn thân kèm theo gây tê vùng.

 – Vô trùng vùng mổ.

 – Nguyên tắc phẫu thuật.

 + Nếu hai ngón dính nhau có thể phẫu thuật một thì.

 + Nếu dính 3 ngón trở lên phẫu thuật làm nhiều thì, ưu tiên mạch máu cho mỗi ngón, chỗ ổn định mới phẫu thuật tách tiếp thì 2, thì 3.

 – Phẫu thuật.

+ Thể đơn giản: tạo hình vạt da chữ Z hai mặt mu và gan tay, bảo vệ tốt mạch máu và thần kinh ngón tay.

+ Thể phức tạp: tách ngón và tạo hình, tách chia phần xương dính nhau, chuyển vạt da chữ Z, kết hợp vá dạ dày toàn bộ, cố định đinh kirschner trong trường hợp bị lệch trục ngón.

**VI. THEO DÕI**

– Băng vừa phải tránh chèn ép mạch gây hoại tử.

– Sau 5 ngày tiến hành tiến hành thay băng kiểm tra vết mổ, nếu tốt cho bó bột bàn ngón mục đích để bất động và giữ độ ẩm để da chóng hồi phục. Để bột 1 tháng sau đó thay bột kiểm tra đánh giá tình trạng tại chỗ để có thể tập phục hồi chức năng và mang nẹp cố định nếu cần.

– Sau khi bó bột có thể rút đinh kirschner ((nếu có).

– Khám lại định kỳ 1 tháng 1 lần.

**VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ**

 – Hoại tử vạt da sau ghép :Cắt lọc tổ chức hoại tử, ghép da dày.

 – Hoại tử ngón do chèn ép bột hoặc mất mạch nuôi: Băng vừa phải, cắt chỉ vết mổ giải phóng chèn ép.

– Sẹo co cứng, hạn chế chức năng: Cắt sẹo ghép da dày.

## 240. PHẪU THUẬT ĐIỀU TRỊ NGÓN TAY CÒ SÚNG

**I. ĐẠI CƯƠNG**

- Ngón tay cò súng xảy ra khi các ròng rọc ở gố c của ngón tay trở nên quá dày và thắt quanh gân, làm cho cho gân khó khăn để di chuyển qua ròng rọc. Bởi vì khó khăn khi gân trư t qua ròng rọc, nên ngư i bệnh có thể cảm thấy đau đớn, hay cảm giác đánh “bật” ở những ngón tay hoặc ngón tay cái. Khi dây chằng chít hẹp, nó tạo ra sự kích thích và càng sưng tấy của các ròng rọc. Điều này gây ra một vòng luẩn quẩn của kích hoạt và dày lên của ròng rọc. Đi khi các ngón tay trở nên khó khăn hay bị khóa, và rất khó để thẳng hoặc uốn cong.

- Nguyên nhân của tình trạng này không rõ ràng.

**II. CHỈ ĐỊNH**

- phẫu thuật cho tr trên 1 tuổi.

- Nếu tập vận động điều trị kh ng làm giảm các triệu chứng, cần đư c

phẫu thuật.

**III.CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Các trư ng h p chống chỉ định chung của phẫu thuật như r ối loạn đ ng

máu, nhiễm trùng cấp tính.

**IV. CHUẨN BỊ**

1. Người thực hiện

Bác sĩ ph ẫu thuật viên, đi ều đư ỡng, kỹ thuật viên đư c đào t ạo về phẫu

thuật chỉnh hình.

2. Phương tiện

Bộ dụng cụ phẫu thuật chung, chỉ khâu

3. Người bệnh

Vệ sinh vùng mổ, ký cam kết thực hiện phẫu thuật.

4. Hồ sơ bệnh án

Đầy đủ theo quy định.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

1. Kiểm tra hồ sơ

2. Kiểm tra người bệnh

3. Thực hiện kỹ thuật

- Kháng sinh dự phòng trước mổ

- Gây mê toàn thân kèm theo gây tê vùng Phẫu thuật này đư c thực hiện

thư ng là với gây tê tại ch ỗ đơn giản .

- Garo hơi 150 - 250 mmHg

- V trùng vùng mổ

- Người bệnh nằm ngửa

- Mục đích của phẫu thuật là để mở các ròng rọc ở gốc của ngón tay để các dây chằng có thể trượt tự do hơn.

- Đường mổ ngang theo nếp lằn giữa đốt bàn và đốt ngón tay. Bộc lộ ròng rọc A1 cắt mở ròng rọc kiểm tra thấy gân trượt qua rễ dàng là được.

- Đóng vết mổ.

**VI. THEO DÕI**

Điều trị sau phẫu thuật : Hoạt động tích cực của các ngón tay thường bắt đầu ngay lập tức sau khi phẫu thuật.

**VII. XỬ TRÍ TAI BIẾN**

Tổn thương nhánh th ần kinh của ngón tay : Khâu nối lại thần kinh

Tài liệu tham khảo.

1. Hướng dẫn quy trình kỹ thuật ngoại khoa – Chuyên khoa chấn thương chỉnh hình. BYT. 2014.

## 241. PHẪU THUẬT ĐIỀU TRỊ CÁC DỊ TẬT BÀN TAY, DI CHỨNG VẾT THƯƠNG BÀN TAY

## 242. PHẪU THUẬT CHUYỂN NGÓN THAY THẾ NGÓN CÁI

## 243. PHẪU THUẬT CẮT BỎ NGÓN TAY THỪA

**I. ĐỊNH NGHĨA**

Phẫu thuật tạo hình điều trị tật thừa ngón tay do dị tật bẩm sinh.

**II. CHỈ ĐỊNH**

Thừa ngón trong dị tật bẩm sinh

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Bệnh toàn thân

**IV. CHUẨN BỊ**

**Người thực hiện**

- Kíp phẫu thuật: phẫu thuật chấn thương chỉnh hình 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

**Phương tiện**

- Thuốc tê, mê, chỉ, băng gạc, clip mạch máu

- Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình, phẫu thuật bàn tay, dụng cụ vi phẫu

- Kính lúp

**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

**Hồ sơ bệnh án** : Theo quy định bộ Y tế

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

Kiểm tra hồ sơ

**Kiểm tra người bệnh**

**Thực hiện kỹ thuật**

Vô cảm: Mê NKQ với trẻ em < 15 tuổi, tê tại chỗ hoặc đám rối cánh tay.

Tư thế: Người bệnh nằm ngửa

Cách thức mổ:

- Thiết kế đường rạch da, sử dụng 1 phần da của ngón tay thừa để bù phần da còn thiếu sau khi cắt ngón tay

- Rạch da theo thiết kế

- Bóc tách tổ chức phần mềm, bộc lộ gốc ngón tay thừa

- Tách riêng phần gân của ngón thừa nếu có

- Cắt bỏ ngón thừa, chuyển gân tạo hình cho ngón chính

- Đóng vết mổ

**VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

- Biến chứng do gây mê, tê.

- Chảy máu nhiễm trùng sẹo xấu

## 244. THÁO BỎ CÁC NGÓN TAY, ĐỐT NGÓN TAY

**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.Hồ sơ bệnh án theo quy định bộ Y tế

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

1. Kiểm tra hồ sơ

2. Kiểm tra người bệnh

3. Thực hiện kỹ thuật

Tư thế:

Người bệnh nằm ngửa, tay phẫu thuật để trên bàn phẫu thuật.

Vô cảm:

Tê gốc ngón, tê đám rối cánh tay hoặc gây mê.

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**

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.

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

## 245. PHẪU THUẬT GÃY ĐỐT BÀN NGÓN TAY KẾT HỢP XƯƠNG VỚI KIRSCHNER HOẶC NẸP VÍT

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Gãy xương đốt bàn ngón là thương tổn thường gặp, ảnh hưởng nhiều đến chức năng bàn tay

Phần lớn các xương bàn tay được chỉ định điều trị bảo tồn. Một số trường hợp được giải quyết bằng phẫu thuật

**II. CHỈ ĐỊNH**

Gãy không vững

Gãy mà nắn điều trị bảo tồn không kết quả

Gãy có mảnh lớn di lệch

Gãy có kèm theo trật khớp

Gãy phức tạp có kèm theo mất đoạn xương

Gãy nội khớp có nhiều khả năng dính, cứng nêu không vận đọng sớm

Gãy có mảnh rời di lẹch có kèm theo tổn thương mạch máu thần kinh

Gãy xương mà hậu quả chậm liền xương

Gãy xương mà cần ccan thiệp ghép xương

Gãy xương và liền xương xấu ảnh hưởng tới thẩm mỹ và chúc năng

Gãy xương bệnh lý

Gãy xương có mảnh gây kẹt khớp

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

**IV. CHUẨN BỊ**

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

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

**Phương tiện trang thiết bị:**

Bộ dụng cụ phẫu thuật bàn tay,

Bộ nẹp vít mini

Bộ kim Kirschner

**Dự kiến thời gian phẫu thuật:** 60 - 90 phút

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Vô cảm:** Người bệnh bằng gây tê đám rối

**2. Kỹ thuật**

Đường mổ: Rạch da khoảng 3 - 5 cm (theo thương tổn phức tạp của xương) đường mổ sau

Phẫu tích tách qua gân duỗi

Bộc lộ xương đốt bàn và ngón tay.

Bộc lộ ổ gãy, làm sạch diện gãy

Đặt lại xương, đặt nẹp vít và bắt vít mini (ít nhất trên và dưới ổ gãy 2 vít)

Đối với đóng đinh nội tuỷ: bộc lộ lồi cầu hoặc xuyên kim qua da

Kiểm tra ổ gãy, cầm máu, bơm rửa kỹ

Khâu phục hồi các lớp theo giải phẫu

Băng vô khuẩn

Nẹp bột tư thế nghỉ và treo tay 2 tuần

**Chú ý:**

Sau kết hợp xương cần kiểm tra vận động của khớp bàn ngón, liên đốt ngón

Kiểm tra hệ thống dây chằng khớp

**vi. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

Tụ máu, phù nề sau mổ

Nhiễm trùng sau mổ

Phục hồi chức năng sau mổ tránh cứng khớp, hạn chế vận động ngón

Nhiễm trùng: Tách chỉ vết mổ, thay băng hàng ngày, kháng sinh, cấy dịch làm kháng sinh đồ

## 246. THÁO KHỚP HÁNG

## 247. LÀM CỨNG KHỚP Ở TƯ-THẾ CHỨC NĂNG

**I. ĐẠI CƯƠNG**

phẫu thuật làm cứng khớp tư thế chức năng nhằm tạo sự liền xương c ủa xương

. Phẫu thuật này được sử dụng đi ều trị một số bệnh lý hoặc chấn

thương c ủa khớp tư thế chức năng.

**II. CHỈ ĐỊNH**

- Trật khớp tư thế chức năng nặng

- Dị tật khớp tư thế chức năng đ ến muộn: dị tật tư thế chức năng cong lõm

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Nhiễm trùng khớp tư thế chức năng

- Tổn thương ph ần mềm vùng tư thế chức năng cũ nhi ều

**IV. CHUẨN BỊ**

- Bộ dụng cụ phẫu thuật xương

- Đục xương các c ỡ, búa

- Garo hơi ho ặc garo chun

- Vít xương x ốp đư ờng kính 6.5mm

- Cưa rung

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

- Gây tê tủy sống hoặc mê toàn thân

- Người bệnh nằm ngửa, kê mông

- Garo hơi áp l ực 350mmHg hoặc garo chun 1/3 trên đùi

- Đường rạch da mặt trư ớc khớp tư thế chức năng

- Phẫu tích vào khớp theo đư ờng cạnh trong xương bánh chè, b ộc lộ rõ

đầu dư ới xương đùi và đ ầu trên xương ch ầy

- Cắt bỏ diện sụn đ ầu dư ới xương đùi và đ ầu trên xương ch ầy bằng cưa

rung hoặc bằng đ ục xương

- Áp sát hai diện xương đã c ắt

- Cố định bằng hai hoặc ba vít xốp

- Dẫn lưu vùng m ổ

- Đóng v ết mổ theo các lớp giải phẫu

- Bất đ ộng sau phẫu thuật bằng ống bột rạch dọc

**VI. THEO DÕI**

- Toàn trạng người bệnh

- Dẫn lưu

- Vận đ ộng và cảm giác bàn ngón chân

**VII. XỬ TRÍ TAI BIẾN**

- Tổn thương m ạch máu: cần phát hiện sớm và XỬ TRÍ kịp thời đ ể phục

hồi lưu thông m ạch máu bởi bác sỹ chuyên khoa mạch máu

- Nhiễm trùng: kháng sinh, săn sóc t ại chỗ, phẫu thuật làm sạch nếu cần

## 248. ĐÓNG ĐINH XƯƠNG ĐÙI MỞ, NGƯỢC DÒNG

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Gãy thân xương đùi là ổ gãy dưới mấu chuyển 2cm đến trên lồi cầu đùi 2cm xảy ra ở nhiều lứa tuổi từ thiếu niên, người lao động, người già. Gãy thân xương đùi thường phải xử trí phẫu thuật, có nhiều phương pháp kết hợp xương được lựa chọn tùy trang thiết bị sẵn có và kinh nghiệm của phẫu thuật viên.

**II. CHỈ ĐỊNH**

- Gãy thân xương đùi di lệch

- Điều trị bảo tồn thất bại

**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. Phương tiện**

- Bộ dụng cụ KHX gãy thân xương đùi

- Bàn chỉnh hình, màn huỳnh quang tăng sáng

**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 (, tai biến do gây tê đám rối, gây mê…). 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

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

Kiểm tra hồ sơ

Kiểm tra người bệnh

Thực hiện kỹ thuật

**Tư thế người bệnh**

Kỹ thuật mổ mở Nằm ngửa có độn gối ở mông bên chi gãy

**Vô cảm**

Gây tê đám tủy sống hoặc toàn thân

**Kỹ thuật**

Mổ kín qua C arm: đinh nội tủy chốt ngang

**Kỹ thuật mổ**

- Đường mổ: trước ngoài kéo định mấu chuyển đến lồi cầu ngoài, rạch da khoảng 10 - 15cm.

- Phẫu tích và rạch cân cơ căng mạc đùi, vén ra và nhìn thấy cơ rộng ngoài.

- Bộc lộ diện gãy thân xương đùi, xác định vị trí:

- Sử dụng các phương tiện kết hợp xươmg: nẹp khóa , nẹp giải phẫu , đinh nội tủy 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 có thể tăng cường bó bột < gãy quá phức tạp .>

**VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

- Nhiễm trùng sau mổ

- Phục hồi chức năng sau mổ

- Khám lại và chụp X quang định kỳ đánh giá liền xương

## 249. PHẪU THUẬT CẮT CỤT ĐÙI

**I. ĐẠI CƯƠNG**

- Phẫu thuật cắt cụt chi thể có từ rất sớm trong lịch sử y học. Cho đến gần đây sau công trình của Rolf - Diderich thì phẫu thuật này mới được nghiên cứu sâu rộng. Cắt cụt không còn là phẫu thuật đơn thuần mà đã trở thành một chuyên ngành có nguyên lý điều trị, theo dõi và đánh giá riêng biệt trong đó luôn luôn có sự phối hợp của: chấn thương chỉnh hình, phục hồi chức năng và tâm lý trị liệu.

- Mục đích của cắt cụt không chỉ ở sự cắt bỏ phần chi mà là ở sự phục hồi chức năng của đoạn chi đó.

**II. CHỈ ĐỊNH**

2.1 Chỉ định cắt cụt trong chấn thương, vết thương

1.1. Chỉ định cắt cụt

- Những cắt cụt tự nhiên: chi đứt hoàn toàn hoặc còn dính một phần da, gân mà điều kiện nối ghép không có.

- Chi thể bị giập nát quá nhiều cả phần mềm, xương, mạch máu thần kinh bị dập nát, khả năng nuôi dưỡng đoạn chi đó không còn.

Vết thương đến muộn

- Khi ga - rô đã đặt lâu mà tổ chức dưới chỗ ga - rô bị hoại tử do thiếu nuôi dưỡng thì phải cắt cụt để cứu sống tính mạng người bệnh.

- Những vết thương nhiễm khuẩn yếm khí hoặc nhiễm khuẩn nặng khác mà xét thấy điều trị bảo tồn không kết quả.

Chỉ định cắt cụt muộn

- Tổn thương mạch máu nhiều nhưng hy vọng còn có thể bảo tồn được thì để lại theo dõi một thời gian, nếu thấy tình trạng thiếu dinh dưỡng của chi thể ngày một nặng thêm thì nên có chỉ định cắt cụt.

- Chi thể bị nhiễm khuẩn còn hy vọng có thể điều trị bảo tồn được, nhưng sau một thời gian điều trị, tình trạng nhiễm khuẩn ngày càng nặng thêm, đe dọa tính mạng người bệnh. Cắt cụt lúc này nhằm mục đích trừ bỏ ổ nhiễm khuẩn một cách triệt để nhất để cứu sống tính mạng người bệnh.

1.2. Chỉ định cắt cụt thì hai

- Những trường hợp đã làm phẫu thuật tạo hình, nhưng không thể trả lại cơ năng chi thể thích hợp vì các tư thế lệch vẹo, co quắp, nhiều khi vướng bận thêm trong lao động và sinh hoạt, cần cắt cụt để thay thế bằng chi giả thích hợp.

- Những trường hợp viêm xương, viêm khớp bị hủy hoại nhiều, có xu hướng lan rộng mà khả năng điều trị bảo tồn không còn.

- Những trường hợp đã được cắt cụt hoặc tháo khớp mà hiện tại mỏm cũ xấu hoặc không đạt yêu cầu để lắp chi giả (mỏm cụt bị viêm xương, chồi xương dưới da, bị loét...hoặc bị đau, bỏng buốt do u thần kinh).

**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

- Dao dài (dao cắt cụt): dao dài bao nhiêu tùy thuộc vị trí định cắt cụt

Cưa: thường dùng cưa bàn hoặc cưa khung

- Dụng cụ giữ xương

- Tuốt màng xương, dũa xương.

- Kìm gặm xương, kìm cắt xương.

- Dụng cụ bảo vệ phần mềm khi cưa xương: Đĩa vén cơ, gạc to dài.

- Lưỡi dao mỏng sắc để cắt dây thần kinh

3. Người bệnh: vệ sinh thân thể, nhịn ăn uống 6h trước phẫu thuật

4. Hồ sơ bệnh án: theo quy định

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

- Vô cảm: Tùy theo vị trí cắt cụt và tình trạng toàn thân của người bệnh mà chọn phương pháp vô cảm cho thích hợp như: gây mê, gây tê trong xương, gây tê tủy sống hoặc gây tê tại chỗ kết hợp với gây tê vùng.

- Cầm máu tạm thời bằng ga rô sau khi đã cuộn băng Esmarck.

- Cắt vạt da.

- Cắt cơ: có hai cách cắt

+ Cắt ngay một thì cho tới xương (vết thương chiến tranh, hoại thư…).

+ Cắt từng lớp

- XỬ TRÍ :mạch máu chính

Phải thắt buộc mạch máu ngang mức cắt của cơ mà nó nuôi dưỡng. Mạch máu to cần phải buộc hai lần. Mạch máu nhỏ chỉ cần buộc một lần.

- Thần kinh đùi, ngồi

Phải cắt cao hơn mức cưa xương.

Cắt thần kinh phải dùng dao sắc, cắt một nhát gọn và dứt khoát

Đối với dây thần kinh ngồi cần phải phong bế Lidocain trước khi bóc tách

- Cưa xương

Trước khi cưa xương dùng đĩa vén cơ hoặc gạc vén các cơ xung quanh lên cao, cắt màng xương chỗ định cưa xương và lóc từ trên xuống.

Cưa xong phải dũa nhẵn các đầu xương rồi rửa sạch mùn xương bằng huyết thanh mặn đẳng trương ấm.

- Nới từ từ ga rô và cầm máu bổ sung, sửa lại mỏm cụt.

- Khâu mỏm cụt (trong điều kiện cho phép).

Khâu các nhóm cơ đối xứng với nhau bằng chỉ tiêu số 1 Khâu cân và da bằng chỉ lanh.

Đặt dẫn lưu trong 24 - 28 giờ đầu.

- Sau khi mổ, dùng kháng sinh toàn thân liều cao Theo dõi chảy máu và nhiễm trùng

**VI. ĐIỀU TRỊ SAU PHẪU THUẬT**

- Băng mỏm cụt: Mỏm cụt được băng bằng băng thun với những đường băng chéo, sức ép nhẹ từ ngoài đầu mỏm cụt vào trong gốc chi.

- Sau 48 - 72h rút ống dẫn lưu, 2 tuần sau cắt chỉ vết mổ.

- Các tư thế cần tránh: đó là các tư thế gây trở ngại cho sự hoạt động sau này của mỏm cụt.

- Tập vận động mỏm cụt: bắt đầu sớm ngay sau khi mổ và tiếp tục cho đến khi có khả năng sử dụng chi giả một cách thành thạo nhằm mục đích ngăn ngừa: tư thế xấu của mỏm cụt, tạo mỏm cụt tốt có độ dài đúng, dáng thon đầu, sẹo không co rút, không dính và tạo sự quân bình giữa các cơ.

**VII. BIẾN CHỨNG VÀ XỬ TRÍ**

- Máu tụ mỏm cụt

- Nhiễm trùng

- Hoại tử

- Co rút tư thế xấu

- U thần kinh

- Chi ma

- Tài liệu tham khảo:

1. Bệnh học ngoại khoa đai học y hà nội

2. Qui trình phẫu thuật kĩ thuật chuyên khoa chấn thương chỉnh hình Bộ y tế

## 250. KẾT HỢP XƯƠNG ĐINH NẸP MỘT KHỐI GÃY LIỀN MẤU CHUYỂN HOẶC DƯỚI MẤU CHUYỂN

## 251. KẾT HỢP XƯƠNG ĐINH NẸP KHỐI GÃY TRÊN LỒI CẦU, LIÊN LỒI CẦU

## 252. PHẪU THUẬT VIÊM XƯƠNG KHỚP HÁNG

## 253. PHẪU THUẬT TRẬT KHỚP HÁNG

## 254. ĐẶT ĐINH NẸP GÃY XƯƠNG ĐÙI (XUÔI DÒNG)

**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**

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

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

**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)

Dự kiến thời gian phẫu thuật: 90 phút

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

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

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

**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, …

## 255. ĐẶT NẸP VÍT GÃY MÂM CHÀY VÀ TRÊN ĐẦU XƯƠNG CHÀY

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Phẫu thuật kết hợp xương gãy 2 mâm chày là phẫu thuật nắn chỉnh diện gãy xương mâm chày + thân xương chày và cố định xương gãy bằng phương tiện kết hợp xương. Trong một số trường hợp có thể kèm theo kết hợp xương diện gãy xương mác.

**II. CHỈ ĐỊNH**

Gãy mâm chày di lệch > 3mm

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Gãy xương hở độ 3 theo phân độ gãy xương hở Gustilo.

Gãy xương hở đến muộn.

Gãy không di lệch ở trẻ em.

Chống chỉ định về gây mê hồi sức

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

Phẫu thuật viên chấn thương chỉnh hình.

**2. Phương tiện**

Bộ dụng cụ kết hợp xương cẳng chân.

Nẹp vít, vít AO.

Đinh K-wine

**3. Người bệnh**

Chuẩn bị vệ sinh thân thể trước mổ. dặn dò nhịn ăn uống trước 6h.

Vệ sinh vùng mổ, cạo lông chân nếu có nhiều lông.

**4. Hồ Sơ bệnh án:** theo quy định BYT

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**Tư thế người bệnh**

Người bệnh nằm ngửa, chân duỗi thẳng.

**Vô cảm**

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

**Kỹ thuật:**

Dồn máu, garo gốc chi.

Rạch da đường trước ngoài gối, có thể rạch da đường sau trong để bộc lộ ổ gãy dễ dàng

Bóc tách phần mềm để bộc lộ xương gãy.

Đặt lại xương theo giải phẫu.

Kết hợp xương bằng nẹp vít, vít hoặc đinh K- wine.

+ KHX nẹp vít theo nguyên tắc của A.O.

+ Kết hợp xương có thể nắn chỉnh kín dưới màn tăng sáng hoặc mở ổ gãy.

Kiểm tra diện lại diện gãy sau kết hợp xương.

Cầm máu kỹ trước khi đóng phần mềm.

Đặt ống dẫn lưu nếu cần.

Khâu phục hồi phần mềm theo giải phẫu.

**VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

Theo dõi

Theo dõi các biến chứng sau mổ: chảy máu sau mổ, tổn thương mạch máu, tổn thương thần kinh...

Xử lý

Chảy máu sau mổ:

+ Chảy máu động mạch thường do vết thương bên động mạch, cần mở lại cầm máu.

+ Chảy máu tĩnh mạch có thể băng ép cầm máu từ ngọn chi đến gốc chi, nếu không hiệu quả cần mở lại cầm máu.

+ Phục hồi lại lưu thông mạch máu nếu tổn thương mạch gây thiếu máu chi.

Các tổn thương thần kinh: thường do garo hoặc kéo vén thô bạo trong quá trình phẫu tích cần được theo dõi sát sau mổ.

## 256. KÉO DÀI ĐÙI BẰNG PHƯƠNG PHÁP ILIZAROV

**I. ĐẠI CƯƠNG**

- Khung cố định ngoại vi được sử dụng lần đầu cho gãy xương vào thế kỷ 19 bởi Malgaigne. Sau đó ngày càng cải tiến và cho đến nay có rất nhiều loại khác nhau hữu dụng. Cố định ngoại vi có thể sử dụng cho gãy hở xương, khớp giả nhiễm trùng hay kéo dài chi…

**II. CHỈ ĐỊNH**

- Ngắn chi di chứng chấn thương

- Thấp lùn

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Gãy kín hay gãy hở độ I.

- Hạn chế cố định ngoại vi đùi trừ gãy hở nặng phần mềm tổn thương nhiều hoặc có tổn thương mạch máu lớn.

**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, quá trình phục hồi chức năng sau mổ và các tai biến, biến chứng có thể gặp trong và sau cuộc phẫu thuật.

**3. Phương tiện**

- Bộ dụng cụ cho phẫu thuật gãy xương đùi.

- Bộ dụng cụ cố định ngoại vi

**4. Hồ sơ bệnh án: người bệnh và gia**

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

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Vô cảm:** Gây tê tủy sống hoặc gây mê.

**2. Kỹ thuật**

- Có thể garo đùi nếu gãy cẳng chân để nhìn rõ hơn.

- Đảm bảo nguyên tắc khi điều trị gãy hở: Cắt lọc hết tổ chức chết và dị vật bẩn và cố định diện gãy bằng phương tiện cố định.

- Đảm bảo nguyên tắc cố định ngoài với tiêu chí

+ Đủ vững: đảm bảo mỗi đầu diện gãy 3 cọc.

+ Hạn chế biến chứng: tránh khoan qua đường đi của mạch máu- thần kinh lớn. +Thuận lợi cho chăm sóc phần mềm và sự thoải mái cho người bệnh.

- Ở đùi do tình trạng nhiễm trùng chân đinh và cứng gối nếu dùng thì đi từ ngoài vào và để trong thời gian ngắn rồi thay bằng phương pháp cố định bên trong.

- Nếu gãy gần khớp có thể sử dụng khung vòng với những cọc nhỏ hơn để cố định đầu ngoại vi hoặc có thể cố định qua khớp nếu gãy vào khớp phức tạp.

- Làm sạch diện gãy và đánh giá lại phần mềm sau khi đặt cố định ngoại vi.

- Khâu che gân xương và mạch máu, thần kinh hoặc chuyển vạt (da, cơ) che phủ.

- Băng vô khuẩn.

- Điều trị kháng sinh thích hợp, theo dõi phần mềm và chăm sóc vết thương sau mổ để đưa ra xử lý kịp thời.

- Hướng dẫn tập luyện sau mổ tránh di chứng cứng khớp sau này.

**VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

- Nhiễm khuẩn sau mổ.

- Hoại tử da và phần mềm sau mổ.

- Tổn thương mạch máu, thần kinh lớn.

## 257. LẤY BỎ TỔ CHỨC U ĐIỀU TRỊ U XƯƠNG

**I. ĐẠI CƯƠNG**

U xương sụn thường là u lành tính, hay gặp ở vùng hành xương của thân xương dài như cánh tay, đùi, xương chầy, xương mác. U có nguồn gốc từ sụn, sau đó cốt hóa trong sụn thành xương. U có yếu tố di truyền, nếu bố mẹ có u thì tần suất con bị là 50%.

U thường nằm nhiều nơi trên cơ thể. Tuy hiếm gặp nhưng u xương sụn ở người lớn có thể chuyển thành ác tính (sarcoma sụn thứ phát).

**II. CHỈ ĐỊNH**

phẫu thuật cắt bỏ u xương sụn khi:

- U gây ảnh hưởng đến thẩm mỹ, gây đau do u to làm căng phần mềm quanh u, gây biến dạng chi, cản trở khớp.

- U gây chèn ép thần kinh, mạch máu.

- Khi trên phim Xquang có dấu hiệu nghi ngờ chuyển ác tính.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Chống chỉ định chung của can thiệp Ngoại khoa

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

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

đào t ạo.

**2. Phương tiện** : Bộ dụng cụ chấn thương ch ỉnh hình, búa, đ ục, ga rô.

**3. Người bệnh**

Được giải thích kỹ về tình hình bệnh tật, các lợi ích và rủi ro của phẫu thuật. Vệ sinh sạch sẽ vùng mổ. Dự trù máu nếu cắt u nhiều nơi ho ặc u đơn độc nhưng kích thước lớn.

**4. Hồ sơ bệnh án**: theo quy đ ịnh

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Vô cảm** : Gây mê nội khí quản hoặc tê đám rối hay tủy sống.

**2. Phẫu thuật** cắt u xương sụn, ghép xương tự thân

- Ga rô gốc chi, tốt nhất ga rô hơi.

- Rạch da dọc theo trục chi tại vị trí tiếp cận khối u dễ nhất. Tránh tổn thương các mạch máu, dây thần kinh dưới da.

- Rạch cân, tách cơ bộc lộ thành của u.

- Đánh giá đại thể khối u, tính chất phần mềm quanh khối u.

- Dùng cưa rung hoặc đục bạt lấy bỏ u sát chân u.

- Lấy tổ chức u gửi làm giải phẫu bệnh.

- Tháo ga rô cầm máu diện cơ nếu có chảy máu.

- Đặt 1 dẫn lưu cạnh diện cắt u.

- Khâu phục hồi phần mềm.

3. Bó bột

Nếu u to, chân của khối u bám trên diện rộng nên bó bột tăng cư ờng tránh

nguy cơ gãy xương tại vị trí khối u.

**VI. THEO DÕI VÀ ĐI ỀU TRỊ SAU PHẪU THUẬT**

1. Kê cao chi, tập vận động sớm các khớp lân cận.

2. Thuốc giảm đau, chống phù nề.

3. Kháng sinh toàn thân 5 - 7 ngày.

4. Tập đi lại ngay ngày thứ 2 sau mổ nếu u nhỏ.

5. Nếu u lớn, bó bột tăng cư ờng 3 - 4 tuần, đi lại trên bột có dụng cụ trợ đỡ (nạng).

**VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

1. Nhiễm trùng sau mổ: thay băng, liệu pháp kháng sinh.

2. Tổn thương thần kinh mạch máu trong quá trình phẫu thuật: mời bác sĩ mạch

máu hoặc chuyển ngay lên tuyến trên.

3. Chảy máu diện cắt u: băng ép thường tự hết.

4. Gãy xương t ại vị trí cắt u: bó bột hoặc mổ kết hợp xương.

## 258. PHẪU THUẬT GẤP VÀ KHÉP KHỚP HÁNG DO BẠI NÃO

## 259. PHẪU THUẬT ĐÓNG ĐINH XƯƠNG ĐÙI DƯỚI C-ARM

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Là phương pháp đóng đinh nội tủy có chốt ngang xuôi dòng từ mấu  
chuyển lớn hoặc rãnh liên lồi cầu đùi. Sau đó dùng ch ốt ngang bắt vít hai đ ầu.  
**II. CHỈ ĐỊNH**

- Gãy xương đùi nhiều tầng.

**III.CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Gãy hở IIIa, IIIb xương đùi.

- Gãy đầu trên hoặc đ ầu dư ới xương đùi.

**IV. CHUẨN BỊ**

1. Người thực hiện

Bác sĩ phẫu thuật viên [chấn thương](http://khamgiodau.com/tin-tuc/chan-thuong-chinh-hinh.html) chỉnh hình, kỹ thuật viên X-quang (điều khiển máy), bác sĩ phụ mổ, bác sĩ gây mê, y tá phụ mê và y tá dụng cụ.

2. Dụng cụ

- Bàn mổ chỉnh hình.

- Máy huỳnh quang tăng sáng.

- Bộ dụng cụ đóng đinh kín xương đùi.

3. Ngư ời bệnh: nhịn ăn uống trên 6 tiếng.

- Tiền mê tại nhà mổ.

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

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

- Đặt người bệnh cố định trên bàn mổ chỉnh hình, sát trùng toàn bộ chi trải  
toan vô khuẩn.

- Kiểm tra ổ gãy xương đùi dư ới C-arm.

- [phẫu thuật](http://khamgiodau.com/s/Ph%E1%BA%ABu%20thu%E1%BA%ADt.html) kết xương: rạch da 4 – 5 cm trên mấu chuyển lớn đùi, vào hố  
ngón tay đầu trên xương đùi, khoan ống tủy đầu trung tâm với mũi khoan mềm,  
nắn chỉnh đầu ngoại vi xương đùi dưới màn tăng sáng, khoan ống tủy đầu ngoại  
vi với mũi khoan m ềm có định vị ống tủy; đóng đinh có chốt xuôi dòng không  
mở ổ gãy, dưới một số với mũi khoan mềm.

- Đặt bộ gá định vị chốt ngang đầu xa và đầu gần xương đùi, bắt vít chốt;   
kiểm tra dưới C-arm.

- Khâu vết thương vùng mấu chuyển băng ép đặt nẹp bất đ ộng.

**VI. ĐI ỀU TRỊ SAU PHẪU THUẬT**

- Gác chân trên nẹp Braune.

- Kháng sinh dự phòng hoặc kháng sinh điều trị 5 - 7 ngày.

- Giảm viêm, giảm phù nề, giảm đau sau mổ.

- Tháo đinh sau 18 đến 24 tháng.

**VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ**

- Biến chứng gần:

+ Chảy máu sau mổ: băng ép, nếu không được mở vết thương cầm máu

+ Nhiễm trùng: tăng liều kháng sinh hoặc thay kháng sinh

+ Viêm tắc tĩnh mạch sâu: vận động sớm, kết hợp với thuốc chống đông  
máu  
- Biến chứng xa:

+ Chậm liền xương: Vận động nhiều, uống các thuốc tăng cường can xi

+ Khớp giả: mổ lại, kết hợp xương ghép xương

+ Lệch trục xương đùi: Sửa trục kết hợp xương

## 260. ĐẶT NẸP VÍT ĐIỀU TRỊ GÃY MÂM CHÀY VÀ ĐẦU TRÊN XƯƠNG CHÀY

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Phẫu thuật kết hợp xương gãy 2 mâm chày là phẫu thuật nắn chỉnh diện gãy xương mâm chày + thân xương chày và cố định xương gãy bằng phương tiện kết hợp xương. Trong một số trường hợp có thể kèm theo kết hợp xương diện gãy xương mác.

**II. CHỈ ĐỊNH**

Gãy mâm chày di lệch > 3mm

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Gãy xương hở độ 3 theo phân độ gãy xương hở Gustilo.

Gãy xương hở đến muộn.

Gãy không di lệch ở trẻ em.

Chống chỉ định về gây mê hồi sức

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

Phẫu thuật viên chấn thương chỉnh hình.

**2. Phương tiện**

Bộ dụng cụ kết hợp xương cẳng chân.

Nẹp vít, vít AO.

Đinh K-wine

**3. Người bệnh**

Chuẩn bị vệ sinh thân thể trước mổ. dặn dò nhịn ăn uống trước 6h.

Vệ sinh vùng mổ, cạo lông chân nếu có nhiều lông.

**4. Hồ Sơ bệnh án:** theo quy định BYT

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**Tư thế người bệnh**

Người bệnh nằm ngửa, chân duỗi thẳng.

**Vô cảm**

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

**Kỹ thuật:**

Dồn máu, garo gốc chi.

Rạch da đường trước ngoài gối, có thể rạch da đường sau trong để bộc lộ ổ gãy dễ dàng

Bóc tách phần mềm để bộc lộ xương gãy.

Đặt lại xương theo giải phẫu.

Kết hợp xương bằng nẹp vít, vít hoặc đinh K- wine.

+ KHX nẹp vít theo nguyên tắc của A.O.

+ Kết hợp xương có thể nắn chỉnh kín dưới màn tăng sáng hoặc mở ổ gãy.

Kiểm tra diện lại diện gãy sau kết hợp xương.

Cầm máu kỹ trước khi đóng phần mềm.

Đặt ống dẫn lưu nếu cần.

Khâu phục hồi phần mềm theo giải phẫu.

**VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

Theo dõi

Theo dõi các biến chứng sau mổ: chảy máu sau mổ, tổn thương mạch máu, tổn thương thần kinh...

Xử lý

Chảy máu sau mổ:

+ Chảy máu động mạch thường do vết thương bên động mạch, cần mở lại cầm máu.

+ Chảy máu tĩnh mạch có thể băng ép cầm máu từ ngọn chi đến gốc chi, nếu không hiệu quả cần mở lại cầm máu.

+ Phục hồi lại lưu thông mạch máu nếu tổn thương mạch gây thiếu máu chi.

Các tổn thương thần kinh: thường do garo hoặc kéo vén thô bạo trong quá trình phẫu tích cần được theo dõi sát sau mổ.

## 261. CẮT LỌC VẾT THƯƠNG GÃY XƯƠNG HỞ, NẮN CHỈNH CỐ ĐỊNH TẠM THỜI

**i. ĐẠI CƯƠNG**

Gãy xương hở theo phân loại của Gustilo có

**Độ I :** vết thương rách da đường kính dưới 1cm, sau khi cắt lọc vết thương có thể khâu kín và điều trị giống 1 gãy xương kín.

**Độ II :** vết thương có đường kính trên 1cm, nhưnh phần mềm xung quanh bị tổn thương nhiều. Nếu người bệnh đến sớm sau khi cắt lọc vết thương có thể điều trị như 1 gãy xương kín.

**Độ III:**

III A: Chấn thương mô mềm nhiều, vết thương bị ô nhiễm nghiêm trọng có nguy cơ nhiễm khuẩn cao, nhưng sau khi cắt lọc phần mềm tổn thương thì xương vẫn được che phủ hợp lý. Lớp da có thể bị hoại tử thứ phát gây lộ xương.

III B: vết thương gãy hở có kèm theo mất mô mềm rộng, vết thương bị ô nhiễm nghiêm trọng. Sau khi cắt lọc vết thương thì phần mềm còn lại không đủ che phủ xương lộ.

III C: vết thương gãy mở giống độ III B nhưng kèm theo có tổn thương mạch máu và thần kinh chính của đoạn chi đòi hỏi phải khâu nối lại mới bảo tồn được chi. Nguy cơ cắt cụt chi rất cao.

**ii. CHỈ ĐỊNH**

Tất cả các gãy xương hở đều được chỉ định mổ cấp cứu

**iii. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Chống chỉ định trong ngoại khoa nói chung.

**iv. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

Là phẫu thuật viên chấn thương chỉnh hình**.**

**2. Người bệnh**

Được giải thích đầy đủ về bệnh, về cuộc phẫu thuật, các tai biến có thể gặp trong và sau mổ (nhiễm trùng, hoại tử chi.).

Đại diện gia đình kí cam đoan chấp nhận mổ.

**3. Phương tiện**

Bộ dụng cụ đại phẫu.

Bột bó.

**4. Hồ sơ bệnh án**

Theo quy định của Bộ Y tế.

**Dự kiến thời gian phẫu thuật:**

90 phút

**v. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Tư thế người bệnh**

Nằm ngửa hoặc nằm nghiêng trên bàn mổ, tùy theo vị trí của chi bị tổn thương

**2. Vô cảm**

Gây tê tủy sống, ngoài màng cứng, tê đám rối thần kinh cánh tay hoặc gây mê.

**3. Kỹ thuật tiến hành**

Rửa vết thương sạch bằng xà phòng vô khuẩn với nước muối sinh lý.

Ga-rô gốc chi, tốt nhất với ga-rô hơi.

Thì cắt lọc phần mềm: cắt lọc mép vết thương ít nhất 2 mm, cắt bỏ tổ chức dập nát, làm sạch khớp (lấy dị vật, máu tụ...). Rạch rộng vết thương, tiếp tục cắt lọc phần mềm và rửa vùng mổ bằng nhiều nước muối sinh lý. Kiểm tra mạch máu và thần kinh (gãy hở độ IIIC).

Thì cố định xương: Làm sạch đầu xương bằng thìa nạo, kìm gặm xương. Rửa lại ổ mổ một lần nữa để đảm bảo khớp không còn dị vật.Nắn chỉnh ổ gãy xương.

Đặt dẫn lưu.

Khâu che phủ xương

Tháo bỏ Ga-rô

Cố định ổ gãy xương bằng bột rạch dọc, tùy theo vị trí gãy xương.

**vi. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIÉN**

Tụ máu, phù nề sau mổ: lấy máu tụ, băng ép.

Chèn ép bột

Nhiễm trùng sau mổ: Tách vết mổ, làm sạch, để hở.

Liệt thần kinh sau mổ: do chấn thương co kéo trong mổ, garo kéo dài

## 262. CẮT CỤT DƯỚI MẤU CHUYỂN XƯƠNG ĐÙI

## 263. PHẪU THUẬT VIÊM XƯƠNG ĐÙI ĐỤC, MỔ, NẠO, LẤY XƯƠNG CHẾT, DẪN LƯU

**I. ĐỊNH NGHĨA**

- Viêm xương tủy xương VXTX là 1 nhiễm khuẩn cấp tính hay mãn tính

của xương, mầm bệnh th ư ng do tụ cầu vàng và liên cầu trùng tan máu. Những

vi khuẩn này vào đư ng máu trước khi vào xương, do đó thực chất của viêm

xương tủy xương đư ng máu là nhiễm khuẩn huyết.

- VXTX là trạng thái viêm mủ tất cả các thành phần của xương.

- VXTX đùi có xươ ng chết là viêm xương mãn tính.

**II. CHỈ ĐỊNH**

Các trường hợp viêm xương đùi có xương ch ết.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Các trường hợp chống chỉ định chung của phẫu thuật.

**IV. CHUẨN BỊ**

1. Người thực hiện quy trình

Phẫu thuật viên chuyên khoa chấn thươ ng chỉnh hình.

2. Phương tiện

Dụng cụ phẫu thuật: dụng cụ về phẫu thuật xương, khoan xương, d ẫn

lưu…

3. Người bệnh

- Nhịn ăn uống.

- Kháng sinh.

4. Hồ sơ bệnh án

Theo quy định của Bộ Y tế

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

1. Kiểm tra hồ sơ

2. Kiểm tra người bệnh

3. Thực hiện kỹ thuật

3.1. Nguyên tắc điều trị trong viêm xương tu ỷ xương giai đo ạn mạn tính

- Làm sạch ổ viêm (Tổ chức viêm, xương ch ết )

- San bằng, lấp đ ầy ổ khuyết viêm xương

- Dẫn lưu triệt để

100

- Kháng sinh liệu pháp: Theo kháng sinh đ ồ

- Chế độ ăn uống nhiều Vitamin.

3.2. Các bư ớc tiến hành

- Người bệnh nằm nghiêng. Gây mê nội khí quản hoặc gây tê cùng cụt.

- Rạch da mặt ngoài đùi.

- Phẫu tích cân cơ đùi b ộc lộ ổ viêm xương đùi

- Dùng đục đục ổ xương viêm, ho ặc đ ục mở cửa sổ xương.

- Nạo ổ viêm, lấy bỏ xương ch ết

- Bơm r ửa ổ viêm bằng Dd Nacl 0,9% và Ôxy già.

- Đặt dẫn lưu.

- Đặt nẹp bột.

**VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

- Rút dẫn lưu sau 72h.

- Dùng kháng sinh theo kháng sinh đ ồ 7-10 ngày

- Bó bột chậu lưng chân

- Tai biến do phẫu thuật: Chảy máu

- Xử trí

+ Băng p.

+ Phẫu thuật cầm máu.

- Nhiễm trùng vết mổ: kháng sinh theo kháng sinh đồ, thay băng, dẫn lưu tốt.

## 264. PHẪU THUẬT XƠ CỨNG CƠ THẲNG TRƯỚC

**i. ĐẠI CƯƠNG**

Xơ cứng cơ thẳng đùi là tình trạng cơ thẳng đùi bị xơ sau tiêm, viêm làm hạn chế chức năng vận động của chân, dáng đi bất thường

**ii. CHỈ ĐỊNH**

Người bệnh được chẩn đoán xác định xơ hóa cơ thẳng đùi

**iii. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Người bênh có bệnh lý kèm theo chống chỉ định phẫu thuật

**iv. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

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

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

**2. Phương tiện**

Bộ dụng cụ phẫu thuật chung

**3. Hồ sơ bệnh án**

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

**Dự kiến thời gian phẫu thuật:**

45 phút

**v. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Tư thế người bệnh**

Nằm ngửa, kê cao mông bên mổ

**2. Vô cảm**

Gây tê tủy sống hoặc ngoài màng cứng

Sát khuẩn, trải toan

**3. Kỹ thuật**

Rạch da trước ngoài 1/3 giữa dưới đùi

Bóc tách qua cân đùi, bộc lộ cơ thẳng đùi , xác định phần xơ, giải phóng cắt đoạn xơ cơ

Kiểm tra nghiệm pháp Elly trong mổ nếu âm tính là được, nếu chưa được có thể tiếp tục bộc lộ cân căng mạc đùi làm dài cân nếu nghiệm pháp Ober dương tính

Cầm máu

Đặt dẫn lưu nếu cần thiết, rút sau 24 - 48h

Khâu phục hồi các lớp theo giải phẫu

Băng vô khuẩn

**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 dây)

Tập phục hồi chức năng sớm ngay sau mổ

## 265. CỐ ĐỊNH NGOÀI ĐIỀU TRỊ GÃY KHUNG CHẬU

## 266. CỐ ĐỊNH NGOÀI ĐIỀU TRỊ GÃY XƯƠNG ĐÙI

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Định nghĩa

Gãy xương hở là tình trạng gãy xương có sự phá vỡ lớp da và mô mềm dưới da, thông trực tiếp vào ổ gãy và ổ máu tụ quanh ổ gãy. Gãy hở thân xương đùi là những ổ gãy hở nằm trong khoảng dưới khối mấu chuyển , trên lồi cầu đùi 5cm

Phân loại gãy hở theo Gustilo & Anderson

- Độ I: Năng lư ợng gây chấn thương th ấp, tổn thương mô mềm ít, vết thương < 1cm="">

- Độ II: Năng lượng gây chấn thương cao, rách da > 1cm, vấy bẩn ít

- Độ IIIA: Năng lượng gây chấn thương cao, còn đủ mô mềm che phủ

- Độ IIIB: Năng lượng gây chấn thương cao, bóc tách mô mềm rộng lớn, không đủ mô mềm để che phủ, vấy bẩn nặng

- Độ IIIC: Tổn thương mạch máu cần được phẫu thuật sửa chữa

**II. CHỈ ĐỊNH**

- Gãy hở nặng (Gustilo 2, 3a, 3b,3c)

- Gãy kín kèm tổn thương phần mềm nặng

- Gãy hở kèm mất xương

- Hội chứng chèn ép khoang sau mổ giải ép cân mạc khoang

- Phối hợp với kết hợp xương bên trong

- Kéo dài chi hoặc chuyển dịch một đoạn xương

- Gãy hở mà tổ chức phần mềm bị vấy bẩn nhiều

- Trật khớp hay gãy xương kèm trật khớp

- Gãy phức tạp quanh khớp

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

**IV. CHUẨN BỊ**

Người thực hiện

Phẫu thuật viên chuyên khoa chấn thương chỉnh hình

Phương tiện

Garo, dao, bộ khung cố định ngoài, chỉ khâu

Người bệnh

Các xét nghiệm trong giới hạn bình thường

Hồ sơ bệnh án : Theo quy định bộ Y tế

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

Kiểm tra hồ sơ

Kiểm tra người bệnh

Thực hiện kỹ thuật

Vô cảm: Tùy từng người bệnh có thể gây mê nội khí quản hoặc gây tê tủy sống

Tư thế:

Người bệnh nằm ngửa,

Phẫu thuật viên đứng sao cho tay trái hướng về gốc chi người bệnh.

Người phụ đứng đối diện.

Các bước tiến hành:

Làm sạch ổ gãy, loại bỏ các thành phần vấy bẩn, ngăn ngừa hoặc làm giảm các biến chứng nhiễm trùng, tổn thương mô mềm thêm

Lấy bỏ các mảnh xương vấy bẩn, không còn mạch máu nuôi

Bảo vệ các mô mềm còn dính vào mảnh xương

Giữ lại các mảnh xương chính

Bằng mọi giá, phải giữ lại các mảnh xương của mặt khớp

Tránh: khoảng chết, vết thương căng

Cắt lọc kỹ càng các tổ chức cơ đụng dập, giữ lại cơ còn ẹ phản xạ, còn máu nuôi dư ỡng

- Đặt lại xương về giải phẫu

- Sử dụng khung cố định ngoài phải đạt được các yêu cầu

Các đinh cách xa nhau

Các thanh dọc nằm gần xương

Đinh đợc dự ứng lực

Số thanh dọc: hai tốt hơn một

Phải bảo đảm đinh xuyên qua được vỏ xương đối diện:

+ Đo chiều dài đinh bằng cảm giác chạm vỏ xương đối diện

+ Nếu dùng loại đinh tự khoan, mũi đinh chỉ vừa thủng vỏ đối diện

- Khi phần mềm bị tổn thương nặng, nên thêm 1 đinh vào xương bàn 1 để giữ bàn chân ở 90°, nhằm ngăn ngừa bàn chân co rút gập lòng

- Che phủ lại được các thành phần quan trọng như thần kinh, mạch máu, gân, xương còn sống

**VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

- Sử dụng kháng sinh toàn thân tùy thuộc tác nhân gây bệnh phổ biến

- Nếu khung cố định ngoài là phương tiện kết hợp xương cuối cùng: khuyến khích người bệnh sớm đi chống chân hằng ngày, khởi đầu với mức 10–15 kg

- Ngay khi nhìn thấy được can xương và lâm sàng có ổ gãy vững, người bệnh được phép đi với sức nặng chịu hoàn toàn trên chân gãy

- Sau khi tháo khung cố định ngoài, nên cẩn thận bó bột hoặc mang nẹp bảo vệ cẳng chân thêm một thời gian

- Chảy máu do khoan vào mạch máu: Mở rộng vết thương tìm thương tổn xử trí theo thương tổn

- Nhiễm trùng chân đinh: chăm sóc chân đinh hàng ngày nếu có nguy cơ nhiễm trùng lan rộng có thể phải tháo dụng cụ sớm

## 267. LẤY BỎ TOÀN BỘ XƯƠNG BÁNH CHÈ

**I. ĐẠI CƯƠNG**

- Xương bánh chè tham gia vào cơ chế duỗi gối. Gãy xương bánh chè chiếm  
khoảng 3% gãy xương chi dưới. Nguyên nhân thường do cơ chế trực tiếp.

- Phân loại đơn giản có 3 kiểu

- Gãy ngang, gãy ngang cực trên, cực dưới.

- Gãy dọc ít gặp, ít lệch

- Gãy nhiều mảnh

- Điêu tri có thể bảo tồn, kết hợp xương nếu gãy di lệch hoặc phải lấy bỏ môt  
phần hay toàn bộ bánh chè trong gãy phức tạp.

- Biến chứng có thể là mất duỗi gối, nhiễm trùng.

**II. CHỈ ĐỊNH**

Gãy bánh chè nhiều mảnh phức tạp không thể kết hợp xương.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Người bệnh bị đa chấn thương nặng không cho phép can thiệp phẫu thuật.

**IV. CHUẨN BỊ**

**Người thực hiện:** Phẫu thuật viên là bác sĩ chuyên khoa chấn thương chỉnh hình.

Phương tiện

- Bộ dụng cụ phẫu thuật chi dưới.

- Chỉ không tiêu cỡ to.

**Người bệnh:** Được giải thích đầy đủ về cuộc phẫu thuật, quá trình phục hồi chức  
năng sau mổ và các tai biến, biến chứng có thể gặp trong và sau cuộc phẫu thuật.  
Nhịn ăn trước 6 giờ.

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

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**Tư thế**: người bệnh nằm ngửa.

**2. Vô cảm:** Gây tê tủy sống hoặc gây mê.

**3. Kỹ thuật:**

- Garo hơi sát gốc đùi 400-450 mmHg.

- Bộc lộ lấy toàn bộ mảnh gãy, giữ tối đa gân bánh chè và gân cơ tứ đầu đùi.

- Bơm rửa làm sạch khớp và những mảnh nhỏ.

- Sử dùng chỉ không tiêu, khỏe để khâu qua bo của gân bánh chè, gân tứ đầu và 2  
bờ bao khớp gối.

- Khâu mũi rời, siết chặt sợi chỉ đảm bảo nó tạo thành vòng tròn đường kính  
khoảng 2mm.

- Trong trường hợp mất hết bao gân bánh chè ta có thể sử dụng kỹ thuật V-plasty  
gân tứ đầu của Shorbe và Dobson để khâu.

- Bơm hút, cầm máu kỹ.

- Khâu vết mổ theo lớp giải phẫu.

- Băng vô khuẩn.

- Nẹp gối giữ trong khoảng 4 tuần

- Hướng dẫn tập phục hồi chức năng sau mổ theo quy trình.

**VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

- Tụ máu, phù nề sau mổ.

- Nhiễm khuẩn sau mổ.

- Hạn chế hoặc mất duỗi gối.

## 268. NÉO ÉP HOẶC BUỘC VÒNG CHỈ THÉP GÃY XƯƠNG BÁNH CHÈ

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Gãy xương bánh chè là gãy xương vừng lớn nhất cơ thể; có thể nguyên  
nhân trực tiếp hoặc gián tiếp.

**II. CHỈ ĐỊNH**

- Gãy xương bánh chè di lệch (ổ gãy cách xa trên 4mm)

- Gãy xương bánh chè có di lệch mặt sau (trên 2 mm)

**III.CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Gãy không lệch hoặc ít lệch.

- Gãy xương bánh chè trong bao.

**IV. CHUẨN BỊ**

- Kíp [phẫu thuật](http://khamgiodau.com/s/Ph%E1%BA%ABu%20thu%E1%BA%ADt.html) viên và phụ mổ.

- Kíp gây mê.

- Dụng cụ: 2 kim Kirchner, chỉ thép liền kim 1mm.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

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

- Sát trùng toàn bộ vùng chi.

- Trải toan vô khuẩn.

- Garo gốc chi.

- Rạch 10 - 15cm dọc mặt trước gối.

- Bộc lộ ổ gãy xương bánh chè, l ấy hết máu tụ ổ gãy và trong khớp:

+ Nếu gãy đôi ngang hoặc không phức tạp nên néo ép bánh chè; đặt lại  
diện gãy xương bánh chè xuyên 2 kim Kirch ner song song theo trục xương bánh  
chè (1,8mm - 2,2mm); mở cánh ngoài xương bánh chè kiểm tra diện khớp mặt  
sau; néo ép chỉ thép số 8 mặt trước xương bánh chè; khâu phục hồi cánh bên  
bánh chè, đặt dẫn lưu, da thưa, băng ép; không cần bất động bột, tập vận động  
sau 5 - 7 ngày.

+ Nếu xương bánh chè vỡ nhiều mảnh và di lệch lớn, đặt lại các mảnh vỡ  
(có thể găm kim theo thương tổn); buộc vòng chỉ thép xung quanh xương bánh  
chè, néo ép mặt trước xương bánh chè bằng chỉ thép hình số 8 xuyên qua một  
phần gân bánh chè và gân tứ đầu đùi, phục hồi cánh bên; kiểm tra mặt sau  
xương bánh chè bằng đường mở cánh bên ngoài xương bánh chè; phục hồi cánh  
bên, dẫn lưu, da thưa; bất động ống bột rạch dọc 4 tuần.

**VI. ĐI ỀU TRỊ SAU PHẪU THUẬT**

- Gác chân nẹp Braun.

- Kháng sinh toàn thân 5 - 7 ngày.

- Giảm viêm, giảm phù nề, giảm đau.

- Cắt chỉ sau 2 tuần.

**VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ**

- Chảy máu sau mổ: thường băng ép là ết

- Nhiễm trùng: chú ý thay băng hàng ngày, thay hoặc tăng liều kháng sinh  
- Chậm liền xương bánh chè.

- Hạn chế vận động khớp gối sau mổ: tập vận động sớm, có thể phải mổ  
gỡ dính gối sau này.

## 269. THÁO KHỚP GỐI

**I. ĐẠI CƯƠNG**

phẫu thuật tháo khớp gối là một phẫu thuật thay thế tay kể từ gối không còn chức năng (có thể nguy hiểm đến tính mạng) bằng một chi giả khác, mà đảm bảo được chức năng tốt hơn.

**II. CHỈ ĐỊNH**

- Hoai tử tắc mạch

- Dập nát cẳng chân

- Cụt chấn thương gối

- U ác tính - Cân nhắc trong một số trường hợp tay không còn chức năng

**III.CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Chống chỉ định trong ngoại khoa nói chung

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

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

**2. 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 (nhiềm trùng, tử vong …) đại điện gia đình ghi vào hồ sơ việc chấp nhận tháo khớp vai. Nhịn ăn trước 6 giờ.

**3. Phương tiện**

Bộ dụng cụ cắt cụt chi trên

4. Dự kiến thời gian phẫu thuật: 90 phút

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Tư thế:** Nằm ngửa kê dưới mông hoặc nằm nghiêng 45

**2. Vô cảm:** Gây mê nội khí quản

**3. Kỹ thuật:**

- Rạch da bắt đầu từ gối theo bờ trước của cơ.

- Kiểm tra và thắt tĩnh mạch đầu

- Tách giữa bó cơ delta và cơ ngực lớn.

- Tìm và thắt động tĩnh mạch cánh tay, thần kinh quay trụ giữa.

- Bộc lộ khớp vai và tháo chỏm xương cánh tay.

- Khâu lại một phần vạt cơ delta và bao khớp phía trước và vào cơ ngực lớn. - Dẫn lưu.

- Khâu da che phủ.

**VI. THEO DÕI, XỬ TRÍ TAI BIẾN**

- Chảy máu, tụ máu mỏm cụt: Mở vết mổ cầm máu, lấy máu tụ, băng ép.

- Nhiễm trùng: Tách vết mổ, làm sạch, để hở.

- Hoại tử mỏm cụt: Phẫu thuật sửa mỏm cụt.

- Căng da mỏm cụt: Chống phù nề, phẫu thuật sửa lại mỏm cụt nếu cần.

- Đau mỏm cụt: Chống phù nề, giảm đau.

- Chi ma.

## 270. CHỌC HÚT MÁU TỤ KHỚP GỐI, BÓ BỘT ỐNG

## 271. ĐÓNG ĐINH XƯƠNG CHÀY MỞ

## 272. ĐẶT NẸP VÍT GÃY THÂN XƯƠNG CHÀY

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Phẫu thuật kết hợp xương gãy thân xương chày là phẫu thuật cố định xương gãy bằng phương tiện kết hợp xương. Trong một số trường hợp có thể kèm theo kết hợp xương diện gãy xương mác.

**II. CHỈ ĐỊNH**

Gãy thân xương chày

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Gãy xương hở độ 3 theo phân độ gãy xương hở Gustilo.

Gãy xương hở đến muộn.

Gãy không di lệch ở trẻ em.

Chống chỉ định về gây mê hồi sức

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

Phẫu thuật viên chấn thương chỉnh hình.

**2. Phương tiện**

Bộ dụng cụ kết hợp xương cẳng chân.

Nẹp vít, vít AO.

Đinh K-wine

**3. Người bệnh**

Chuẩn bị vệ sinh thân thể trước mổ. dặn dò nhịn ăn uống trước 6h.

Vệ sinh vùng mổ, cạo lông chân nếu có nhiều lông.

**4. Hồ Sơ bệnh án:** theo quy định BYT

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**Tư thế người bệnh**

Người bệnh nằm ngửa, chân duỗi thẳng.

**Vô cảm**

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

**Kỹ thuật:**

Dồn máu, garo gốc chi.

Rạch da đường trước ngoài gối, có thể rạch da đường sau trong để bộc lộ ổ gãy dễ dàng

Bóc tách phần mềm để bộc lộ xương gãy.

Đặt lại xương theo giải phẫu.

Kết hợp xương bằng nẹp vít, vít hoặc đinh K- wine.

+ KHX nẹp vít theo nguyên tắc của A.O.

+ Kết hợp xương có thể nắn chỉnh kín dưới màn tăng sáng hoặc mở ổ gãy.

Kiểm tra diện lại diện gãy sau kết hợp xương.

Cầm máu kỹ trước khi đóng phần mềm.

Đặt ống dẫn lưu nếu cần.

Khâu phục hồi phần mềm theo giải phẫu.

**VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

Theo dõi

Theo dõi các biến chứng sau mổ: chảy máu sau mổ, tổn thương mạch máu, tổn thương thần kinh...

Xử lý

Chảy máu sau mổ:

+ Chảy máu động mạch thường do vết thương bên động mạch, cần mở lại cầm máu.

+ Chảy máu tĩnh mạch có thể băng ép cầm máu từ ngọn chi đến gốc chi, nếu không hiệu quả cần mở lại cầm máu.

+ Phục hồi lại lưu thông mạch máu nếu tổn thương mạch gây thiếu máu chi.

Các tổn thương thần kinh: thường do garo hoặc kéo vén thô bạo trong quá trình phẫu tích cần được theo dõi sát sau mổ.

## 273. ĐẶT NẸP VÍT GÃY ĐẦU DƯỚI XƯƠNG CHÀY

**i. ĐẠI CƯƠNG**

Gẫy đầu xa hai xương cẳng chân (Pilon) là loại gẫy ở một phần ba dưới hai xương cẳng chân mà đường gãy đi vào diện khớp cổ chân.

Là loại gãy ít gặp, khó khăn trong phẫu thuật do tổn thương đến diện khớp chày-sên, sên gót, hệ thống dây chằng vùng cổ chân.

**ii. CHỈ ĐỊNH**

Tổn thương tại diện khớp di lệch.

Diện gãy di lệch trục trong ngoài > 100.

Điều trị bảo tồn thất bại.

**iii. CHỐNG CHỈ ĐỊNH:**

Tổn thương phần mềm 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 cẳng chân, C-arm ( nếu có).

**Dự kiến thời gian phẫu thuật: 90 phút**

**vi. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Tư thế:**

Người bệnh nằm ngửa.

**2. Vô cảm:**

Tê tủy sống hoặc mê khí quản.

**3. Kỹ thuật (KHX nẹp vis/ C-arm):**

Garo gốc chi bằng garo hơi hoặc garo chun.

Cố định xương mác

+ Rạch da đường bên ngoài.

+ Đặt lại diện gãy xương mác, đảm bảo giữ độ dài và thằng trục.

Cố định xương chày

+ Rạch da đường trước trong.

+ Tái tạo lại mặt khớp xương chày

+ Sử dụng C-arm kiểm tra diện gãy tốt nhất.

+ Nẹp vis cố định vững diện gãy.

+ Có thể ghép xương vào chỗ khuyết ở hành xương để hỗ trợ cho diện khớp.

Làm sạch diện khớp và diện gãy.

Dẫn lưu.

Đóng da 2 lớp.

Tháo garo.

**vi. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

**Theo dõi:**

3 ngày đầu sau mổ: Theo dõi dấu hiệu sinh tồn, tình trạng băng vết thương, dẫn lưu.

Những ngày sau: tình trạng chảy máu, nhiễm trùng, rối loạn dinh dưỡng.

**Xử trí tai biến:**

Chảy máu vết mổ: băng ép hoặc khâu tăng cường tại vị trí vết mổ.

Rối loạn dinh dưỡng: gác cao chân, trườm lạnh, thuốc chống phù nề, tăng cường dinh dưỡng toàn thân.

Nhiễm trùng: thay băng hàng ngày, nuôi cấy dịch vết mổ, có thể cần thiết thay kháng sinh theo kháng sinh đồ.

## 274. CỐ ĐỊNH NGOÀI ĐIỀU TRỊ GÃY XƯƠNG CẲNG CHÂN

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Định nghĩa

Gãy xương hở là tình trạng gãy xương có sự phá vỡ lớp da và mô mềm dưới da, thông trực tiếp vào ổ gãy và ổ máu tụ quanh ổ gãy. Gãy hở thân hai xương cẳng chân là những ổ gãy hở nằm trong khoảng dưới lồi củ trước xương chày khoảng 5cm và trên khe khớp cổ chân khoảng 5cm (2 khoát ngón tay).

Phân loại gãy hở theo Gustilo & Anderson

- Độ I: Năng lư ợng gây chấn thương th ấp, tổn thương mô mềm ít, vết thương < 1cm="">

- Độ II: Năng lượng gây chấn thương cao, rách da > 1cm, vấy bẩn ít

- Độ IIIA: Năng lượng gây chấn thương cao, còn đủ mô mềm che phủ

- Độ IIIB: Năng lượng gây chấn thương cao, bóc tách mô mềm rộng lớn, không đủ mô mềm để che phủ, vấy bẩn nặng

- Độ IIIC: Tổn thương mạch máu cần được phẫu thuật sửa chữa

**II. CHỈ ĐỊNH**

- Gãy hở nặng (Gustilo 2, 3a, 3b,3c)

- Gãy kín kèm tổn thương phần mềm nặng

- Gãy hở kèm mất xương

- Hội chứng chèn ép khoang sau mổ giải ép cân mạc khoang

- Phối hợp với kết hợp xương bên trong

- Kéo dài chi hoặc chuyển dịch một đoạn xương

- Gãy hở mà tổ chức phần mềm bị vấy bẩn nhiều

- Trật khớp hay gãy xương kèm trật khớp

- Gãy phức tạp quanh khớp

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**: Không có

**IV. CHUẨN BỊ**

Người thực hiện

Phẫu thuật viên chuyên khoa chấn thương chỉnh hình

Phương tiện

Garo, dao, bộ khung cố định ngoài, chỉ khâu, bộ dụng cụ phẫu thuật chi dưới

Người bệnh

Các xét nghiệm trong giới hạn bình thường

Hồ sơ bệnh án: theo quy định bộ Y tế

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

Kiểm tra hồ sơ

Kiểm tra người bệnh

Thực hiện kỹ thuật

Vô cảm: Tùy từng người bệnh có thể gây mê nội khí quản hoặc gây tê tủy sống

Tư thế:

Người bệnh nằm ngửa, cẳng chân định cắt thò ra ngoài bàn. Đặt garô ở 1/3 dưới đùi

Phẫu thuật viên đứng sao cho tay trái hướng về gốc chi người bệnh.

Người phụ đứng đối diện.

Các bước tiến hành:

Làm sạch ổ gãy, loại bỏ các thành phần vấy bẩn, ngăn ngừa hoặc làm giảm các biến chứng nhiễm trùng, tổn thương mô mềm thêm

Lấy bỏ các mảnh xương vấy bẩn, không còn mạch máu nuôi

Bảo vệ các mô mềm còn dính vào mảnh xương

Giữ lại các mảnh xương chính

Bằng mọi giá, phải giữ lại các mảnh xương của mặt khớp

Tránh: khoảng chết, vết thương căng

Cắt lọc kỹ càng các tổ chức cơ đụng dập, giữ lại cơ còn ẹ phản xạ, còn máu nuôi dư ỡng

- Đặt lại xương về giải phẫu

- Sử dụng khung cố định ngoài phải đạt được các yêu cầu

Các đinh cách xa nhau

Các thanh dọc nằm gần xương

Đinh đợc dự ứng lực

Số thanh dọc: hai tốt hơn một

Phải bảo đảm đinh xuyên qua được vỏ xương đối diện:

+ Đo chiều dài đinh bằng cảm giác chạm vỏ xương đối diện

+ Nếu dùng loại đinh tự khoan, mũi đinh chỉ vừa thủng vỏ đối diện

- Khi phần mềm bị tổn thương nặng, nên thêm 1 đinh vào xương bàn 1 để giữ bàn chân ở 90°, nhằm ngăn ngừa bàn chân co rút gập lòng

- Che phủ lại được các thành phần quan trọng như thần kinh, mạch máu, gân, xương còn sống

**VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

- Sử dụng kháng sinh toàn thân tùy thuộc tác nhân gây bệnh phổ biến

- Nếu khung cố định ngoài là phương tiện kết hợp xương cuối cùng: khuyến khích người bệnh sớm đi chống chân hằng ngày, khởi đầu với mức 10–15 kg

- Ngay khi nhìn thấy được can xương và lâm sàng có ổ gãy vững, người bệnh được phép đi với sức nặng chịu hoàn toàn trên chân gãy

- Sau khi tháo khung cố định ngoài, nên cẩn thận bó bột hoặc mang nẹp bảo vệ cẳng chân thêm một thời gian

- Chảy máu do khoan vào mạch máu: Mở rộng vết thương tìm thương tổn xử trí theo thương tổn

- Nhiễm trùng chân đinh: chăm sóc chân đinh hàng ngày nếu có nguy cơ nhiễm trùng lan rộng có thể phải tháo dụng cụ sớm

## 275. CẮT LỌC VẾT THƯƠNG GÃY XƯƠNG HỞ, NẮN CHỈNH CỐ ĐỊNH TẠM THỜI

**i. ĐẠI CƯƠNG**

Gãy xương hở theo phân loại của Gustilo có

**Độ I :** vết thương rách da đường kính dưới 1cm, sau khi cắt lọc vết thương có thể khâu kín và điều trị giống 1 gãy xương kín.

**Độ II :** vết thương có đường kính trên 1cm, nhưnh phần mềm xung quanh bị tổn thương nhiều. Nếu người bệnh đến sớm sau khi cắt lọc vết thương có thể điều trị như 1 gãy xương kín.

**Độ III:**

III A: Chấn thương mô mềm nhiều, vết thương bị ô nhiễm nghiêm trọng có nguy cơ nhiễm khuẩn cao, nhưng sau khi cắt lọc phần mềm tổn thương thì xương vẫn được che phủ hợp lý. Lớp da có thể bị hoại tử thứ phát gây lộ xương.

III B: vết thương gãy hở có kèm theo mất mô mềm rộng, vết thương bị ô nhiễm nghiêm trọng. Sau khi cắt lọc vết thương thì phần mềm còn lại không đủ che phủ xương lộ.

III C: vết thương gãy mở giống độ III B nhưng kèm theo có tổn thương mạch máu và thần kinh chính của đoạn chi đòi hỏi phải khâu nối lại mới bảo tồn được chi. Nguy cơ cắt cụt chi rất cao.

**ii. CHỈ ĐỊNH**

Tất cả các gãy xương hở đều được chỉ định mổ cấp cứu

**iii. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Chống chỉ định trong ngoại khoa nói chung.

**iv. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

Là phẫu thuật viên chấn thương chỉnh hình**.**

**2. Người bệnh**

Được giải thích đầy đủ về bệnh, về cuộc phẫu thuật, các tai biến có thể gặp trong và sau mổ (nhiễm trùng, hoại tử chi.).

Đại diện gia đình kí cam đoan chấp nhận mổ.

**3. Phương tiện**

Bộ dụng cụ đại phẫu.

Bột bó.

**4. Hồ sơ bệnh án**

Theo quy định của Bộ Y tế.

**Dự kiến thời gian phẫu thuật:**

90 phút

**v. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Tư thế người bệnh**

Nằm ngửa hoặc nằm nghiêng trên bàn mổ, tùy theo vị trí của chi bị tổn thương

**2. Vô cảm**

Gây tê tủy sống, ngoài màng cứng, tê đám rối thần kinh cánh tay hoặc gây mê.

**3. Kỹ thuật tiến hành**

Rửa vết thương sạch bằng xà phòng vô khuẩn với nước muối sinh lý.

Ga-rô gốc chi, tốt nhất với ga-rô hơi.

Thì cắt lọc phần mềm: cắt lọc mép vết thương ít nhất 2 mm, cắt bỏ tổ chức dập nát, làm sạch khớp (lấy dị vật, máu tụ...). Rạch rộng vết thương, tiếp tục cắt lọc phần mềm và rửa vùng mổ bằng nhiều nước muối sinh lý. Kiểm tra mạch máu và thần kinh (gãy hở độ IIIC).

Thì cố định xương: Làm sạch đầu xương bằng thìa nạo, kìm gặm xương. Rửa lại ổ mổ một lần nữa để đảm bảo khớp không còn dị vật.Nắn chỉnh ổ gãy xương.

Đặt dẫn lưu.

Khâu che phủ xương

Tháo bỏ Ga-rô

Cố định ổ gãy xương bằng bột rạch dọc, tùy theo vị trí gãy xương.

**vi. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIÉN**

Tụ máu, phù nề sau mổ: lấy máu tụ, băng ép.

Chèn ép bột

Nhiễm trùng sau mổ: Tách vết mổ, làm sạch, để hở.

Liệt thần kinh sau mổ: do chấn thương co kéo trong mổ, garo kéo dài

## 276. CẮT CỤT CẲNG CHÂN

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Vùng cẳng chân được xác định là vùng giữa khoảng từ dưới lồi củ trước xương chày 2 khoát ngón tay (5cm) đến trên khe khớp cổ chân 2 khoát ngón tay (5cm). Trong nhiều trường hợp buộc phải cắt cụt cẳng chân cần nhớ một số đặc điểm giải phẫu và kỹ thuật quan trọng nhằm đạt được kết quả phẫu thuật tối ưu.

**II. CHỈ ĐỊNH**

- Những tổn thương dập nát vùng cổ bàn chân, vùng 1/3 giữa và 1/3 dưới cẳng chân không còn khả năng bảo tồn

- Hoại tử vùng cẳng bàn chân do tắc mạch ở những người bệnh bị các bệnh mạn tính như đái tháo đường, tim mạch hoặc hội chứng khoang vùng cẳng chân

- Sửa chữa mỏm cụt cũ để tiện cho việc sử dụng chân giả

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Những tổn thương dập nát sát vùng gối, để tiện lắp chân giả, nên cắt cụt lên đùi

- Hoại tử vùng cẳng chân nhưng tắc mạch ở vùng đùi

**IV. CHUẨN BỊ**

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

2. Phương tiện: Garo, dao cắt cơ, cưa xương, dũa xương, chỉ khâu

3. Người bệnh: Các xét nghiệm trong giới hạn bình thường

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

4. Vô cảm: Tùy người bệnh có thể gây mê nội khí quản hoặc gây tê tủy sống

5. Tư thế

- Người bệnh nằm ngửa, cẳng chân định cắt thò ra ngoài bàn. Đặt garô ở 1/3 dưới đùi.

- Phẫu thuật viên đứng sao cho tay trái hướng về gốc chi người bệnh. Người phụ đứng đối diện.

6. Rạch da

- Thông thường người ta sử dụng vạt da hình chữ U. Chiều dài của vạt là một đường kính trước sau chỗ định cưa xương.

Cạnh trong của vạt đi dọc theo bờ sau trong xương chày, cạnh ngoài của vạt đi theo vách liên cơ giữa cơ tam đầu cẳng chân và cơ mác. Hai đầu trên của hai cạnh trong và ngoài của vạt ở hơn mức cưa xương độ 1 - 1,5cm để tạo điều kiện thuận lợi vén vạt lên cao khi cưa xương.

- Do đặc điểm lớp cơ ở cẳng chân (cơ khu trước mỏng, cơ khu sau dày) nên thường cắt vạt hình chữ nhật, vạt trước bằng 0,5, vạt sau bằng 1,5 đường kính trước sau chỗ định cưa xương để dùng vạt sau che phủ mỏm cụt.

- Trường hợp phần mềm ở phía sau bị tổn thương quá nhiều, không đủ khả năng tạo vạt, che đậy mỏm cụt thì có thể dùng vạt dài ở phía trước, vạt ngắn ở phía sau. Mục đích cuối cùng là làm sao có đủ phần mềm bọc mỏm cụt.

7. Các thì mổ

+ Thì 1: Cắt vạt trước.

- Cẳng chân ở tư thế duỗi.

- Cắt da và tổ chức dưới da.

- Cắt cơ chày trước, cơ duỗi và động mạch chày trước ngang mức da co, dây thần kinh chày trước cắt ngang mức cưa xương. Do nhóm cơ nằm giữa hai xương, để cắt thuận lợi phải dùng dao rạch dọc hai bên khối cơ này ở mặt ngoài xương chày và mặt trong xương mác, rồi dùng mũi dao cắt ngang cơ cho tới màng liên cốt,

sau đó cắt khối cơ mác bên.

+ Thì 2: Cắt vạt sau.

Người phụ đứng về phía đầu chi giơ cao chân và gập đùi hoặc xoay đùi ra ngoài.

- Cắt da, tổ chức dưới da, sau đó cắt lớp cơ nông ngang mức da co.

- Tìm mạch máu, thần kinh cặp và cắt giữa hai kìm.

- Vén lớp cơ nông lên đến mức cưa xương, cắt lớp cơ sâu ngang mức cưa xương. Dùng dao cắt các thớ cơ còn sót lại và màng liên cốt theo hình số 8.

- Dùng đĩa vén cơ hoặc gạc 3 đầu vén cơ khu trước, cơ khu sau lên trên mức cưa xương.

+ Thì 3: Cưa xương.

- Cắt cốt mạc vòng quanh thân 2 xương, lóc cốt mạc xuống dưới.

- Cưa xương chày trước: Cưa chéo vát mào chày từ trên xuống dưới, sau đó để lưỡi cưa thẳng góc với xương chày, cưa được 1/2 bề dày của xương chày thì dừng lại. Chuyển sang cưa xương mác.

- Cưa xương mác chếch từ trên xuống dưới, từ ngoài vào trong cao hơn mức cưa xương chày 1 - 2cm.

- Tiếp tục cưa đứt xương chày.

- Dũa nhẵn đầu xương.

- Cầm máu ống tủy xương chày bằng dung dịch mặn đẳng trương ấm.

+ Thì 4: Kết thúc cuộc mổ.

- Rửa sạch mỏm cụt bằng dung dịch mặn đẳng trương ấm.

- XỬ TRÍ mạch máu thần kinh theo nguyên tắc (riêng động mạch chày sau thắt buộc ngang mức cưa xương).

- Nới từ từ garô, cầm máu bổ sung.

- Đóng kín mỏm cụt khi có chỉ định: cần thiết đặt dẫn lưu 48h

**VI. ĐIỀU TRỊ SAU PHẪU THUẬT**

- Kháng sinh toàn thân 7 - 10 ngày

- Băng ép đầu mỏm cụt

- Tập vận động khớp gối, khớp háng

**VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ**

- Hoại tử mỏm cụt: mổ sửa lại mỏm cụt

- Chảy máu sau mổ: băng ép nếu không được mở mỏm cụt cầm máu

- Nhiễm trùng mỏm cụt: cắt chỉ cách quãng, tăng liều kháng sinh hoặc thay kháng sinh khác

- Tài liệu tham khảo:

- 1, Bệnh học ngoại khoa đai học y hà nội

- 2, Qui trình phẫu thuật kĩ thuật chuyên khoa chấn thương chỉnh hình Bộ y tế

## 277. PHẪU THUẬT VIÊM XƯƠNG CẲNG CHÂN: ĐỤC, MỔ, NẠO, LẤY XƯƠNG CHẾT, DẪN LƯU

**I. ĐẠI CƯƠNG**

- Viêm xương tủy xương VXTX là 1 nhiễm khuẩn cấp tính hay mãn tính

của xương, mầm bệnh thư ng do tụ cầu vàng và liên cầu trùng tan máu. Những

vi khuẩn này vào đư ng máu trước khi vào xương, do đó thực chất của viêm

xương tủy xương đ ư ng máu là nhiễm khuẩn huyết.

- VXTX là trạng thái viêm mủ tất cả các thành phần của xương.

- VXTX cẳng chân có xương chết là viêm xương mãn tính.

**II. CHỈ ĐỊNH**

Các trường hợp viêm xương c ẳng chân cấp tính hoặc mạn tính có xương

chết.

**III.CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Các trường hợp chống chỉ định chung của phẫu thuật.

**IV. CHUẨN BỊ**

1. Người thực hiện quy trình

Phẫu thuật viên chuyên khoa chấn thương ch ỉnh hình.

2. Phương tiện

Dụng cụ phẫu thuật: dụng cụ về phẫu thuật xương, khoan xương, d ẫn

lưu…

3. Người bệnh

- Nhịn ăn u ống.

- Kháng sinh.

4. Hồ sơ bệnh án

Theo quy đ ịnh của Bộ Y tế

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

1. Kiểm tra hồ sơ

2. Kiểm tra ngư ời bệnh

3. Thực hiện kỹ thuật

3.1. Nguyên tắc điều trị trong viêm xương tu ỷ xương giai đo ạn mạn tính

- Làm sạch ổ viêm (Tổ chức viêm, xương ch ết )

- San bằng, lấp đ ầy ổ khuyết viêm xương

- Dẫn lưu tri ệt đ ể

96

- Kháng sinh liệu pháp: Theo kháng sinh đ ồ

- Chế độ ăn u ống nhiều Vitamin

3.2. Các bước tiến hành

- Người bệnh nằm ngửa. Gây mê nội khí quản hoặc gây tê cùng cụt.

- Rạch da mặt trư ớc trong hoặc mặt ngoài cẳng chân.

- Phẫu tích cân cơ c ẳng chân bộc lộ ổ viêm xương.

- Dùng đục đục ổ xương viêm, ho ặc đ ục mở cửa sổ xương.

- Nạo ổ viêm, lấy bỏ xương ch ết

- Bơm r ửa ổ viêm bằng dung dịch Nacl 0,9% và Ôxy già.

- Đặt dẫn lưu.

- Đặt nẹp bột.

**VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

- Tai biến do phẫu thuật: Chảy máu

- Xư trí:

+ Băng ép.

+ Phẫu thuật cầm máu.

- Nhiễm trùng vết mổ: kháng sinh theo kháng sinh đồ, thay băng, dẫn lưu tốt.

## 278. PHẪU THUẬT KHOAN XƯƠNG CÓ TƯỚI RỬA KHÁNG SINH LIÊN TỤC ĐIỀU TRỊ VIÊM XƯƠNG TỦY GIAI ĐOẠN TRUNG GIAN

## 279. GĂM KIRSCHNER TRONG GÃY MẮT CÁ

## 280. KẾT HỢP XƯƠNG TRONG GÃY XƯƠNG MÁC

I. ĐẠI CƯƠNG

Phẫu thuật kết hợp xương gãy thân xương mác đơn thuần là phẫu thuật nắn chỉnh  
diện gãy xương mác, cố định diện gãy xương mác bằng phương tiện kết hợp xương.

II. CHỈ ĐỊNH

Gãy đầu xa xương mác di lệch.

Gãy đầu xa xương mác gây mất vững mộng chày mác.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Gãy cao thân xương mác.

Gãy xương hở độ 3 theo phân độ gãy xương hở Gustilo.

Gãy hở đến muộn.

Tổn thương nặng phần mềm vùng gãy.

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 chân nếu có nhiều lông.

3. Phương tiện:

Bộ dụng cụ kết hợp xương mác

Nẹp vít, vít AO.

Đinh Rush hoặc kim Kirschner

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

**1. Tư thế người bệnh**: Người bệnh nằm ngửa, nên kê mông bên đối diện để dễ bộc lộ xương mác.

**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 ngoài.

Tách cân cơ bộc lộ 2 đầu xương mác gãy.

Đặt lại xương theo giải phẫu.

Kết hợp xương mác thường dùng nẹp vít. Nếu có mất vững mộng chày mác thì dùng  
vít để cố định mộng chày mác. Trong một số trường hợp gáy chéo vát có thể dùng vít tự do bắt vuông góc với diện gãy. Nếu không có nẹp vít có thể dùng đinh Rush hoặc kim Kirschner kết hợp xương mác đinh nội tủy.

Kiểm tra lại diện gãy sau khi kết hợp xương.

Cầm máu kỹ trước khi đóng phần mềm theo giải phẫu, thường không phải dẫn lưu.

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

Chảy máu sau mổ: Hiếm gặp.

Hoại tử phần mềm trên mắt cá ngoài gây phương tiện kết hợp xương: Biến chứng này thường xảy ra trên người bệnh vốn bị tổn thương phần mềm nặng trước đó.

## 281. THÁO MỘT NỬA BÀN CHÂN TRƯỚC

**I. ĐẠI CƯƠNG**

phẫu thuật tháo nửa bàn chân trước là một phẫu thuật thay thế tay kể từ đó không còn chức năng (có thể nguy hiểm đến tính mạng) bằng một chi giả khác, mà đảm bảo được chức năng tốt hơn.

**II. CHỈ ĐỊNH**

- Hoai tử tắc mạch

- Dập nát bàn chân trước

- Cụt chấn thương bàn chân trước

- U ác tính - Cân nhắc trong một số trường hợp tay không còn chức năng

**III.CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Chống chỉ định trong ngoại khoa nói chung

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

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

**2. 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 (nhiềm trùng, tử vong …) đại điện gia đình ghi vào hồ sơ việc chấp nhận tháo khớp vai. Nhịn ăn trước 6 giờ.

**3. Phương tiện**

Bộ dụng cụ cắt cụt chi trên

4. Dự kiến thời gian phẫu thuật: 90 phút

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Tư thế:** Nằm ngửa kê dưới mông hoặc nằm nghiêng 45

**2. Vô cảm:** Gây mê nội khí quản

**3. Kỹ thuật:**

- Rạch da bắt đầu từ bàn chân trước.

- Kiểm tra và thắt tĩnh mạch đầu

- Tách giữa bó cơ delta và cơ ngực lớn.

- Tìm và thắt động tĩnh mạch cánh tay, thần kinh quay trụ giữa.

- Bộc lộ khớp vai và tháo chỏm xương cánh tay.

- Khâu lại một phần vạt cơ delta và bao khớp phía trước và vào cơ ngực lớn. - Dẫn lưu.

- Khâu da che phủ.

**VI. THEO DÕI, XỬ TRÍ TAI BIẾN**

- Chảy máu, tụ máu mỏm cụt: Mở vết mổ cầm máu, lấy máu tụ, băng ép.

- Nhiễm trùng: Tách vết mổ, làm sạch, để hở.

- Hoại tử mỏm cụt: Phẫu thuật sửa mỏm cụt.

- Căng da mỏm cụt: Chống phù nề, phẫu thuật sửa lại mỏm cụt nếu cần.

- Đau mỏm cụt: Chống phù nề, giảm đau

## 282. CẮT LỌC VẾT THƯƠNG GÃY XƯƠNG HỞ, NẮN CHỈNH CỐ ĐỊNH TẠM THỜI

**i. ĐẠI CƯƠNG**

Gãy xương hở theo phân loại của Gustilo có

**Độ I :** vết thương rách da đường kính dưới 1cm, sau khi cắt lọc vết thương có thể khâu kín và điều trị giống 1 gãy xương kín.

**Độ II :** vết thương có đường kính trên 1cm, nhưnh phần mềm xung quanh bị tổn thương nhiều. Nếu người bệnh đến sớm sau khi cắt lọc vết thương có thể điều trị như 1 gãy xương kín.

**Độ III:**

III A: Chấn thương mô mềm nhiều, vết thương bị ô nhiễm nghiêm trọng có nguy cơ nhiễm khuẩn cao, nhưng sau khi cắt lọc phần mềm tổn thương thì xương vẫn được che phủ hợp lý. Lớp da có thể bị hoại tử thứ phát gây lộ xương.

III B: vết thương gãy hở có kèm theo mất mô mềm rộng, vết thương bị ô nhiễm nghiêm trọng. Sau khi cắt lọc vết thương thì phần mềm còn lại không đủ che phủ xương lộ.

III C: vết thương gãy mở giống độ III B nhưng kèm theo có tổn thương mạch máu và thần kinh chính của đoạn chi đòi hỏi phải khâu nối lại mới bảo tồn được chi. Nguy cơ cắt cụt chi rất cao.

**ii. CHỈ ĐỊNH**

Tất cả các gãy xương hở đều được chỉ định mổ cấp cứu

**iii. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Chống chỉ định trong ngoại khoa nói chung.

**iv. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

Là phẫu thuật viên chấn thương chỉnh hình**.**

**2. Người bệnh**

Được giải thích đầy đủ về bệnh, về cuộc phẫu thuật, các tai biến có thể gặp trong và sau mổ (nhiễm trùng, hoại tử chi.).

Đại diện gia đình kí cam đoan chấp nhận mổ.

**3. Phương tiện**

Bộ dụng cụ đại phẫu.

Bột bó.

**4. Hồ sơ bệnh án**

Theo quy định của Bộ Y tế.

**Dự kiến thời gian phẫu thuật:**

90 phút

**v. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Tư thế người bệnh**

Nằm ngửa hoặc nằm nghiêng trên bàn mổ, tùy theo vị trí của chi bị tổn thương

**2. Vô cảm**

Gây tê tủy sống, ngoài màng cứng, tê đám rối thần kinh cánh tay hoặc gây mê.

**3. Kỹ thuật tiến hành**

Rửa vết thương sạch bằng xà phòng vô khuẩn với nước muối sinh lý.

Ga-rô gốc chi, tốt nhất với ga-rô hơi.

Thì cắt lọc phần mềm: cắt lọc mép vết thương ít nhất 2 mm, cắt bỏ tổ chức dập nát, làm sạch khớp (lấy dị vật, máu tụ...). Rạch rộng vết thương, tiếp tục cắt lọc phần mềm và rửa vùng mổ bằng nhiều nước muối sinh lý. Kiểm tra mạch máu và thần kinh (gãy hở độ IIIC).

Thì cố định xương: Làm sạch đầu xương bằng thìa nạo, kìm gặm xương. Rửa lại ổ mổ một lần nữa để đảm bảo khớp không còn dị vật.Nắn chỉnh ổ gãy xương.

Đặt dẫn lưu.

Khâu che phủ xương

Tháo bỏ Ga-rô

Cố định ổ gãy xương bằng bột rạch dọc, tùy theo vị trí gãy xương.

**vi. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIÉN**

Tụ máu, phù nề sau mổ: lấy máu tụ, băng ép.

Chèn ép bột

Nhiễm trùng sau mổ: Tách vết mổ, làm sạch, để hở.

Liệt thần kinh sau mổ: do chấn thương co kéo trong mổ, garo kéo dài

## 283. ĐẶT NẸP ĐIỀU TRỊ VÍT GÃY MẮT CÁ TRONG, NGOÀI HOẶC DUPUYTREN

## 284. THÁO KHỚP CỔ CHÂN

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Tháo khớp cổ chân là một thủ thuật thông dụng, tính triệt căn tốt. Thủ thuật bao gồm tháo khớp cổ chân và cắt bỏ mộng chày mác. Tuy nhiên, sau phẫu thuật, chi ngắn khoảng 5- 6 cm.

**II. CHỈ ĐỊNH**

Ung thư xương hoặc ung thư phần mềm mà tổn thương còn cho phép giữ được da vùng gót chân

Tổn thương vùng bàn chân không còn khả năng bảo tồn đến cổ chân do chấn thương, hoại tử thiếu máu do bệnh lý mạch máu, đái tháo đường.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Bệnh toàn thân nặng.

Tổn thương đã lan lên trên khớp cổ chân.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

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

**2. Phương tiện**

Bộ phẫu thuật chi dưới: dao, cưa, dũa…

Vật tư tiêu hao: chỉ khâu, dung dịch sát khuẩn.

**3. Người bệnh**

Được giải thích đầy đủ về thủ thuật, các tai biến, biến chứng, bất tiện có thể gặp trong và sau phẫu thuật, phương tiện bệnh nhân phải chi trả ngoài danh mục bảo hiểm.

**4. Hồ sơ bệnh án**

Ghi đầy đủ chi tiết theo qui định BYT

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Tư thế**

Người bệnh nằm ngửa, tay phẫu thuật để trên bàn phẫu thuật.

**2. Vô cảm**

Tê tủy sống hoặc gây mê toàn thân

**3. Kỹ thuật**

Garo hơi hoặc garo chun tại 1/3 dưới đùi.

Sát trùng cánh tay bằng betadine hoặc cồn 700.

Rạch da: Mép ngoài ở 1cm trước mắt cá ngoài, mép trong ở 1 cm dưới mắt cá trong. Rạch da ở mu chân bằng một đường ngắn nhất nối liền 2 mép. Ở gan chân đường rạch thẳng góc với trục bàn chân.

Cắt vạt gan chân: Cắt phần mềm đến tận xương gót, lóc hết cơ bám xương gót, lóc hết cốt mạc.

Ở mu chân cắt tới tận cổ xương sên, bẻ bàn chân xuống.

Tháo bỏ khớp:

+ Rạch bao khớp tới tận mắt cá.

+ Cắt dây chằng bên và dây chằng sau, chú ý bó mạch chầy sau.

Tháo xương gót: Bẻ mạnh bàn chân xuống, khe khớp toạc ra, cắt hai bên và phía sau xương gót, cắt gân achille lấy bỏ bàn chân.

Cắt bỏ mộng chày mác: Cắt bỏ khoảng 0,5 cm xương chày bao gồm cả mắt cá và diện khớp chày.

Sau mổ, chi sẽ ngắn khoảng 5- 6 cm, phục hồi chức năng bằng giầy đế cao. Người bệnh vẫn đi lại được.

**VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

**Theo dõi**

Dấu hiệu sinh tồn, tình trạng băng vết mổ.

Hướng dẫn vận động, tập phục hồi chức năng sớm.

Kháng sinh đường tiêm 3-5 ngày.

**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.

## 385. THÁO BỎ CÁC NGÓN CHÂN

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Là phẫu thuật cắt bỏ một phần nửa trước bàn chân, bỏ đi các ngón chân còn

giữ lại các xương đốt bàn .

Phẫu thuật này chức năng của bàn chân còn lại tốt, ít ảnh hưởng đến sinh

hoạt của người bệnh .

**II. CHỈ ĐỊNH**

- Bệnh lý mạch máu của bàn chân: Tắc mạch, hoại tử các ngón chân

- Cụt chấn thương, dập nát các ngón

- Bỏng làm hoại tử các ngón chân

- Nhiễm trùng làm hoại tử tổ chức các ngón

**III.CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Tổ chức dập nát, hoại tử, tổ chức bệnh lý đã xâm lấn đến nửa trước bàn

chân

- Cấp máu cho cổ bàn chân kém.

**IV. CHUẨN BỊ**

1. Ngư ời thực hiện

Phẫu thuật viên chấn thương chỉnh hình, người phụ.

2. Phương tiện trang thiết bị

Bộ dụng cụ mổ cắt cụt chi

3. Người bệnh

Tâm lý cho người bệnh, hồ sơ bệnh án đầy đủ thủ tục hành chính và các xét

nghiệm.

4. Hồ sơ bệnh án theo quy định bộ Y tế

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

1. Kiểm tra hồ sơ

2. Kiểm tra người bệnh

3. Thực hiện kỹ thuật

- Vô cảm người bệnh bằng tê tủy sống hoặc gây mê

- Sát khuẩn vùng mổ bằng Betadine hoặc cồn 70 độ

- Rạch da ngang nền đốt 1 các ngón chân

- Bóc tách cắt gân duỗi, gân gấp các ngón

- Cầm máu các mạch riêng ngón ch ân bằng dao điện hay khâu các mũi chỉ

chữ X.

- Bóc tách vạt da mỏm cụt

- Khâu vết mổ

**VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

- Theo dõi mạch, huyết áp, nhiệt độ, nhịp thở, tri giác, da niêm mạc, mầu sắc

chi thể, cấp máu cho chi thể, vận động cảm giác chi thể, để phát hiện ra những biến

chứng sau mổ.

- Hướng dẫn vận động, tập phục hồi chức năng sau mổ.

- Kháng sinh đư ờng tiêm 5 - 7 ngày

- Chảy máu mỏm cụt: Băng ép cầm máu, nế u không được mở vết mổ khâu

cầm máu

- Nhiễm trùng: Cắt chỉ tách vết mổ, thay băng hàng ngày, thay kháng sinh,

cấy dịch làm kháng sinh đồ, bù dịch điện giải cho người bệnh .

- Hoại tử mỏm cụt: Nếu lộ xương phải mổ lại cắt lên cao.

## 286. THÁO ĐỐT BÀN

**i. ĐẠI CƯƠNG**

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

**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 chân.

**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.

**Dự kiến thời gian phẫu thuật:**

90 phút

**v. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Tư thế:**

Người bệnh nằm ngửa, chân phẫu thuật để trên bàn phẫu thuật.

**2. Vô cảm:**

Tê gốc ngón, hoặc gây mê.

**3. Kỹ thuật**

Garo gốc ngón hoặc garo cẳng chân 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.

**VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

**Theo dõi**

Dấu hiệu sinh tồn, tình trạng băng vết mổ, vận động cảm giác đầu ngón không tổn thương.

**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

**vii. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

**Trong phẫu thuật**

Chảy máu: Cầm máu kỹ.

**Sau phẫu thuật**

Chảy máu: Cầm máu.

Nhiễm khuẩn: Điều trị kháng sinh toàn thân và chăm sóc tại chỗ.

## 287. PHẪU THUẬT BONG LÓC DA VÀ CƠ PHÚC TẠP, SÂU, RỘNG SAU CHẤN THƯƠNG

## 288. CHUYỂN VẠT DA CÓ CUỐNG MẠCH

**I. ĐỊNH NGHĨA**

Là phẫu thuật sử dụng vạt cơ có cuống mạch nuôi đến che phủ khuyết hổng bằng kỹ thuật vi phẫu.

**II. CHỈ ĐỊNH**

Các khuyết phần mềm gồm cơ do các nguyên nhân: sau cắt u, di chứng chấn thương, sau bỏng, xạ trị...

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Không có chống chỉ định tuyệt đối phụ thuộc các yếu tố lựa chọn người bệnh

**IV. CÁC YẾU TỐ LỰA CHỌN NGƯỜI BỆNH TRƯỚC PHẪU THUẬT**

- Độ tuổi

- Các bệnh lý về tiểu đường, tim mạch, mạch máu, các yếu tố đông máu.

- Sử dụng các chất kích thích, co mạch.

- Hút thuốc

- Mong muốn của người bệnh về kết quả phẫu thuật

**V. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện:**

- Kíp phẫu thuật: 02 kíp phẫu thuật từ 4-6 phẫu thuật viên tạo hình vi phẫu.

- Kíp gây mê: 01 bác sỹ gây mê, 01 phụ mê.

- Kíp dụng cụ: 02 điều dưỡng dụng cụ, 01 điều dưỡng chạy ngoài, 01 hộ lý.

- Hồi tỉnh: 01 bác sỹ gây mê, 01 điều dưỡng hồi tỉnh.

**2. Người bệnh:**

Làm các xét nghiệm cơ bản, chụp các phim theo yêu cầu

- Làm đủ các xét nghiệm chẩn đoán, chú ý các bệnh lý phối hợp: Tim mạch, tiểu đường...Đánh giá tình trạng toàn thân như tuổi, cơ địa, những bệnh mãn tính 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.

- Vùng tổn khuyết phải được đánh giá để xác định sự hiện diện hoặc mức độ của bệnh và để xác định tình trạng chung của người bệnh. Nơi lấy vạt được kiểm tra các dấu hiệu của bệnh mạch máu ngoại biên, kiểm tra mạch bằng khám hoặc Doppler siêu âm, chụp mạch.

- Dùng kháng sinh dự phòng nếu cần thiết.

- Giải thích cho người bệnh và gia đình biết rõ bệnh và tình trạng toàn thân, 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, do cơ địa của người bệnh.

- Chuẩn bị trước mổ theo quy trình Ngoại khoa thông thường

**3. Phương tiện:**

**- Phục vụ phẫu thuật:**

+ Phòng mổ lớn cho gây mê toàn thân kéo dài

+ Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình.

+ Bộ dụng cụ mạch máu

+ Bộ dụng cụ vi phẫu

+ Chỉ phẫu thuật và chỉ vi phẫu.

+ Bông băng, gạc

+ Kính vi phẫu

**- Gây mê:**

+ Máy mê

+ Máy giữ nhiệt độ cho người bệnh

+ Bơm tiêm điện

**4. Thời gian phẫu thuật:** 8-12h

**VI. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Tư thế:**

- Người bệnh nằm ngửa/nghiêng phụ thuộc vị trí lấy vạt cơ

- Bộc lộ vùng thương tổn cần phẫu thuật

- Bộc lộ nơi cần lấy vạt, cần đặt một nệm chèn vùng hông và chân được kê cao (nếu lấy vạt ở đùi).

**2. Vô cảm:** Nội khí quản đường miệng

**3. Kỹ thuật:**

**- Kíp 1:**

+ Bộc lộ phần bị tổn thương, cắt lọc tiết kiệm, làm sạch.

+ Tìm và bộc lộ mạch nhận gồm 01 động mạch, 02 tĩnh mạch

**- Kíp 2:**

+ Thiết kế vạt cơ theo kích thước tổn khuyết. Phẫu tích tìm nhánh xiên nuôi cơ của vạt.

+ Phẫu tích cuống mạch đủ dài để nói với mạch nhận...

+ Cắt cuống mạch.

+ Cầm máu, đặt dẫn lưu đóng nơi cho vạt. Đóng trực tiếp nếu vạt có kích thước nhỏ. Ghép da mỏng nếu lấy vạt kích thước lớn, không đóng trực tiếp được.

- Chuyển vạt và nối mạch:

+ Phẫu tích, chuẩn bị mạch, nối mạch bằng kính vi phẫu với chỉ 9.0, 10.0.

+ Đóng vạt, dẫn lưu

**VII. THEO DÕI SAU PHẪU THUẬT**

- Toàn trạng: Mạch, huyết áp, hô hấp, Công thức máu...

- Theo dõi vạt: Doppler 60 phút/lần (nếu có) trong 48h đầu, 6 lần/ngày trong 5 ngày tiếp theo và 1 lần/ngày từ ngày thứ 7 đến khi ra viện. Màu sắc, hồi lưu, nhiệt độ...

- Sử dụng Heparin bơm tiêm điện 05-07 ngày sau phẫu thuật.

- Theo dõi chảy máu vạt và nơi cho vạt.

- Theo dõi vận động, cảm giác nơi cho vạt.

**VIII. BIẾN CHỨNG VÀ XỬ TRÍ**

- Tắc mạch vạt: trong 1h đầu sau phẫu thuật: kiểm tra mạch dưới kính vi phẫu tại phòng mổ xử trí theo kết quả kiểm tra, cắt bớt chỉ tại vạt, tại cuống....

- Chảy máu: Cầm máu tại phòng mổ, giảm bớt liều Heparin.

- Nhiễm trùng: Kháng sinh theo kháng sinh đồ

## 289. TẠO HÌNH CÁC VẠT DA CHE PHỦ, VẠT TRƯỢT

**I. ĐẠI CƯƠNG**

- Các vạt da trượt, xoay, dồn đẩy, các vạt xê dịch, vạt hoán vị là các vạt tổ chức tại chỗ và lân cận

- Mục đích: Che phủ các khuyết hổng phần mềm

- Bài này chỉ nói về các vạt da không có cuống mạch đi kèm

- Nguyên tắc chung khi chuyển vạt da cân là phải đảm bảo cấp máu cho

toàn bộ vạt; an toàn nhất là chiều dài vạt/ chiều rộng vạt < 3/2,="" tối="" đa="" không="" vượt=""> quá 2 lần.

- Khi khâu che phủ tổ chức, vạt da không được quá căng , dẫn đến hoại tử .

**II. CHỈ ĐỊNH**

- Các khuyết hổng phần mềm ở những vùng không cho phép vá da mỏng (vùng tì đè, vùng khớp)

- Các khuyết hổng phần mềm mà tổ chức bên dưới không cho phép vá da mỏng như: lộ xương, lộ gân, lộ khớp, lộ mạch máu thần kinh.

**III.CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Vùng có thể vá da mỏng được

- Tổ chức da định lấy làm vạt có khả năng nuôi dưỡng kém: Viêm loét, sùi, đụng dập.. .

- Nền nhận vạt còn viêm nhiễm, hoại tử, xương chưa được cố định tốt.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

phẫu thuật viên chấn thương chỉnh hình và tạo hình

**2. Phương tiện** : Bộ dụng cụ phẫu thuật thông thường

**3. Người bệnh**

Chuẩn bị người bệnh như chuẩn bị người bệnh trước mổ thông thường

Chuẩn bị vùng mổ: Thay băng, làm vệ sinh vết thương từ ngày trước.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Vô cảm ngư ời bệnh** : Gây mê hoặc gây tê

**2. Kỹ thuật**

2.1. Làm sạch vùng khuyết hổng

- Sát khu ẩn vùng mổ

- Cắt lọc và làm sạch da tại chỗ và xung quanh vết thương

- Làm sạch tổ chức dưới da, cơ, xương.

- Cầm máu kỹ

2.2. Bóc vạt để xoay

- Bóc tách xê dịch hai mép vết thương và đóng kín khuyết hổng

- Bóc vạt xê dịch (Xê dịch 1 - 2 vạt có chân nuôi ở một hoặc hai bên của

vết thương): Rạch 1 hoặc 2 đường ở một hoặc hai bên và song song với khuyết

da, bóc tách các vạt da đó và che phủ khuyết da ban đầu. Phần da khuyết sau khi

lấy vạt (nếu có) sẽ được vá da mỏng về sau.

- Các vạt dồn đẩy kiểu V - Y: Rạch da hình chữ V, bóc tách, khâu dồn đẩy

chóp da nhọn thành hình chữ Y đẩy vạt da đó lên cao để che khuyết hổng (hay

dùng để che phủ các khuyết hổng vùng cùng cụt).

- Các vạt da xoay tại chỗ: Rạch da, bó c tách vạt và xoay tại chỗ để che phủ

khuyết hổng.

- Chú ý:

+ Sau khi bóc vạt cần khâu vạt bằng các mũi rời

+ Bóc vạt da cần bóc cả lớp cân nông.

+ Cầm máu kỹ

+ Đặt dẫn lưu khi cần thiết

+ Bất động chi thể bằng bột

**VI. ĐIỀU TRỊ SAU PHẪU THUẬT**

- Theo dõi toàn trạng người bệnh , màu sắc vận động chi thể, dẫn lưu (nếu có), băng vết mổ phát hiện các biến chứng sau mổ: Chảy máu sau mổ, tổn thương mạch máu, thần kinh…và xử trí các tai biến nếu có

- Kháng sinh đường tiêm 5 - 7 ngày

- Thay băng vết mổ cách ngày, cắt chỉ sau 2 tuần.

**VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ**

- Chảy máu: Băng ép cầm máu nếu không được phải mở vết thương cầm máu

- Sau 48giờ mở vết thương kiểm tra nếu có hi ện tượng thiểu dưỡng vạt cần theo dõi sát, có thể phải cắt chỉ cách quãng

- Nhiễm khuẩn: Tách chỉ vết mổ, làm sạch, thay đổi kháng sinh, làm kháng sinh đồ để điều trị theo kháng sinh đồ.

- Hoại tử vạt: Cắt lọc, làm sạ ch để xoay vạt khác che phủ.

## 290. 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

## 291. CẮT LỌC DA, CƠ, CÂN TRÊN 3% DIỆN TÍCH CƠ THỂ

## 292. BƠM RỬA Ổ ÁP XE KHỚP (KHỚP HÁNG, KHỚP GỐI …)

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Là phẫu thuật làm sạch ổ khớp do nguyên nhân viêm nhiễm hoặc tình trạng thoái  
hóa giai đoạn sớm.

**II. CHỈ ĐỊNH**

- Thoái hóa khớp giai đoạn sớm gây hạn chế vận động, đau nhiều.

- Viêm màng hoạt dịch do tình trạng viêm do vi khuẩn hoặc không.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Bệnh lý toàn thân có chống chỉ định phẫu thuật.

**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 đầy đủ thủ tục hành chính.

**Phương tiện:** Bộ dụng cụ phẫu thuật nội soi cơ bản.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Tư thế:** Tùy vị trí khớp.

**2. Vô cảm:** Tê đám rối, tê tủy sống, mask khí quản.

Kỹ thuật:

- Garo gốc chi nếu có thể.

- Mở lỗ vào bao khớp.

- Cắt bỏ toàn bộ màng hoạt dịch viêm trong khớp.

- Lấy bỏ dị vật nếu có (mảnh sụn tự do).

- Cầm máu kỹ.

- Rửa sạch nhiều lần bằng nước.

- Dẫn lưu nếu là viêm mủ khớp.

- Đóng da.

- Tháo garo.

**VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

**1. Theo dõi:**

- Theo dõi toàn trạng và các dấu hiệu sinh tồn, tình trạng tại chỗ vết mổ.

- Kháng sinh liều cao phổ rộng khi chưa có kháng sinh đồ.

- Khâu da thì 2 khi hết tình trạng nhiễm trùng.

**2. Xử trí tai biến:**

- Nhiễm trùng nông: Thay băng hàng ngày, lặn dịch vết mổ.

- Nhiễm trùng sâu: Thay băng hàng ngày, tách chỉ vết mổ, nuôi cấy dịch vi khuẩn,  
thay kháng sinh khi có kháng sinh đồ.

## 293. PHẪU THUẬT VIÊM KHỚP MỦ THỨ PHÁT CÓ SAI KHỚP

## 294. DẪN LƯU VIÊM MỦ KHỚP, KHÔNG SAI KHỚP

## 295. DẪN LƯU ÁP XE CƠ ĐÁI CHẬU

## 296. PHẪU THUẬT VẾT THƯƠNG BÀN TAY, CẮT LỌC ĐƠN THUẦN

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Thương tích bàn tay là tổn thương đa dạng phong phú, là thương tổn thường gặp trong cuộc sống hàng ngày

- Việc chẩn đoán chính xác tổn thương trong vết thương bàn tay khá khó khăn, vì vậy các thương tích bàn tay cần được xử trí phẫu thuật

\_ Tổn thương đơn thuần : rách da , lóc da ,

**II. CHỈ ĐỊNH**

Người bệnh bị vết thương bàn tay

**III. CHUẨN BỊ**

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

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

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

**4. Hồ sơ bệnh án theo quy định bộ Y tế**

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Kiểm tra hồ sơ**

**2. Kiểm tra người bệnh**

**3. Thực hiện kỹ thuật**

Vô cảm: Người bệnh bằng gây tê đám rối

Kỹ thuật

- Sát khuẩn vùng mổ bằng Betadine hoặc cồn 70°

- Đặt Garo

- Cắt lọc vết thương: đánh giá các vạt da lóc xem có sống được không

- Mở rộng vết thương theo các đường Zich – zac: kiểm tra kỹ thương tổn

- Xử trí thương tổn đơn thuần

- Bất động bột

**VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

- Theo dõi mạch,, huyết áp, nhiệt độ, nhịp thở, tri giác, da, niêm mạc, mầu sắc chi thể, vận động cảm giác chi thể, để phát hiện những biến chứng sau mổ

- Bất động bột

- Hướng dẫn tập vật lý trị liệu

- Chảy máu: Băng ép cầm máu, nếu không được mở vết mổ cầm máu - Nhiễm trùng: tách chỉ vết mổ, thay băng hàng ngày, kháng sinh, cấy dịch làm kháng sinh đồ

## 297. CHÍCH ÁP XE PHẦN MỀM LỚN

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Là một nhiễm trùng cấp tính, do các vi khuẩn gây mủ tạo thành một ổ mủ khu trú, có vỏ bọc. Vỏ ổ áp xe là một tổ chức xơ lỏng lẻo, dễ vỡ.

Áp xe có thể gặp bất kỳ ở đâu, ở nông (da và mô mềm, cơ, xương...) cũng có thể ở sâu (áp xe gan, áp xe ruột thừa…) ở đây chúng tôi chỉ nói đến những trường hợp áp xe ở nông, thuộc chuyên ngành chấn thương chỉnh hình.

Vi khuẩn gây lên ổ áp xe có thể từ các nhiễm trùng ngoài da vào, cũng có thể từ đường máu tới như những viêm xương tủy xương.

Vi khuẩn hay gặp là tụ cầu vàng, liên cầu khuẩn, E.coli, phế cầu, lậu cầu, nấm… Có loại áp xe nóng là do tạp khuẩn, có loại áp xe lạnh do lao.

**II. CHỈ ĐỊNH**

Chỉ được chích rạch các ổ áp xe nóng, đã hóa mủ

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Các ổ áp xe lạnh: Do lao

- Ổ áp xe chưa hóa mủ: Nếu chích rạch làm phá vỡ hàng rào bảo vệ dễ dẫn đến nhiễm khuẩn huyết.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người bệnh**

Giải thích, chấn an tâm lý cho người bệnh, chuẩn bị vùng mổ, chuẩn bị hồ sơ bệnh án.

**2. Người thực hiện**

Phẫu thuật viên, người phụ.

**3. Dụng cụ, trang thiết bị**

Bộ dụng cụ mổ xương thông thường

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

- Vô cảm người bệnh bằng tê tại chỗ, tê vùng hay gây mê tùy vị trí và tính chất ổ áp xe.

- Sát khuẩn vùng mổ

- Rạch da trực tiếp vào khối áp xe, chỗ mủ nông nhất, tránh xa bó mạch, và là chỗ thấp nhất để dẫn lưu mủ, đảm bảo thẩm mỹ cho người bệnh (trùng với các nếp tự nhiên là tốt nhất

- Tài liệu tham khảo:

- 1, Bệnh học ngoại khoa đai học y hà nội

- 2, Qui trình phẫu thuật kĩ thuật chuyên khoa chấn thương chỉnh hình Bộ y tế

## 298. KHÂU LẠI DA VẾT PHẪU THUẬT SAU NHIỄM KHUẨN

## 299. 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

## 300. TẠO HÌNH BẰNG CÁC VẠT TẠI CHỖ ĐƠN GIẢN

**i. ĐẠI CƯƠNG**

Sử dụng phương pháp tạo hình che phủ các khuyết hổng phần mềm bằng vạt tại chỗ

**ii. CHỈ ĐỊNH**

Khuyết hổng phần mềm do các nguyên nhân: Chấn thương cắt bỏ khối u, viêm loét mãn tính, nhiễm trùng...

**iii. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Điều kiện toàn thân, tại chỗ không cho phép 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 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

**Thời gian phẫu thuật: 2h-3h**

**v. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Tư thế:**

Nằm sấp

**2. Vô cảm:**

Gây mê toàn thân

**3. Kỹ thuật**

Đánh giá, cắt lọc, làm sạch vết thương:

Tạo hình chuyển vạt

Đóng da theo đúng giải phẫu

**vi. BIẾN CHỨNG, DI CHỨNG**

**Chảy máu:**

**Nhiễm trùng:**

Chảy dịch vết mổ, người bệnh có biểu hiện nhiễm trùng.

Xử trí: thay băng, điều trị theo kháng sinh đồ.

**Sẹo xấu, sẹo co.**

## 301. CẮT LỌC TỔ CHỨC HOẠI TỬ HOẶC CẮT LỌC VẾT THƯƠNG ĐƠN GIẢN

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Đối với loét bàn chân độ 0- 2 có thể chỉ cần cắt lọc, làm sạch ổ loét và đắp gạc tẩm nước muối đẳng trương. Nhưng khi ổ loét ở độ 3 trở lên thì cần can thiệp ngoại khoa bằng tiểu phẫu rạch rộng, cắt lọc lấy bỏ tổ chức hoại tử, rửa sạch và dẫn lưu vết thương

**II. CHỈ ĐỊNH**

Loét bàn chân ở độ 3 hoặc 4: viêm gân, xương, áp xe mô tế bào sâu hay viêm hoại tử khu trú ở các ngón chân.

**III, CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Các bệnh lý về tim mạch, toàn trạng không đảm bảo cho tiến hành thủ thuật

Rối loạn đông máu

**IV, CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

+ 1 Bác sỹ phẫu thuật

+ 1 Bác sỹ phụ

+ 1 điều dưỡng dụng cụ

**2. Phương tiện**

+ Bộ dụng cụ tiểu phẫu 189

+ Dao điện

+ Dây ga rô cao su

+ Bơm tiêm vô khuẩn 5 ml hoặc 10 ml

+ Thuốc gây tê: Lidocain 1% 5- 20 ml;

+ Bộ hộp thuốc chống sốc phản vệ.

+ Nước ô xy già, betadin, nước muối đẳng trương.

**3. Người bệnh**

+ Khám và giải thích về bệnh tình cho người bệnh và người nhà người bệnh.

+ Làm các xét nghiệm cơ bản.

+ Kháng sinh 2 dòng phối hợp

+ Người bệnh phải được kiểm soát tốt đường huyết (< 10 mmol/l) bằng Insulin

+ Nước tiểu không có ceton

**4. Hồ sơ bệnh án**: Hồ sơ giấy tờ ghi chép theo mẫu của Bộ Y tế.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Tư thế người bệnh**

- Người bệnh nằm ngửa.

- Cẳng chân bên bệnh được cố định vào bàn mổ, bàn chân để ra ngoài bàn mổ.

**2. Vị trí phẫu thuật viên và phụ**

Phẫu thuật viên đứng đối diện với chân bệnh, người phụ đứng đối diện chân còn lại  
**3. Thực hiện kỹ thuật**

- Sát trùng bàn chân bằng Betadin, sau đó bằng cồn trắng 70 độ

- Ga rô động mạch phía trên cổ chân.

- Vô cảm bằng tiêm dưới da Lidocain1% ở gốc các ngón chân từ 1-4 ml mỗi ngón.

- Đường rạch qua vết loét ở phía gan chân hay mu chân dọc theo hướng của chi.

- Mở rộng vết rạch theo hai phía.

- Dùng pince phẫu tích tách rộng vết mổ, người phụ dùng van nhỏ banh rộng vết mổ. Dùng kéo phẫu thẫu tích cắt lọc sạch tổ chức viêm hoại tử của da, cân, gân, dây chằng, xương viêm...

- Rửa sạch bằng nước ô xy già, dung dịch Betadin pha loãng, sau cùng là nước muối NaCl đẳng trương.

- Nới tháo ga rô để kiểm tra cầm máu bằng dao điện.

- Nhét và đắp gạc tẩm nước muối đẳng trương.

- Băng ép nhẹ.

**VI. CÁC TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ**

**1. Choáng, shock**

Có thể do phản ứng với Lidocain hay người bệnh hoảng sợ và lo lắng quá mức.   
Xử trí: theo phác đồ chống shock nếu có shock. Động viên, giải thích cho người bệnh nếu người bệnh hoảng sợ và lo lắng quá mức.

**2. Chảy máu vết mổ**

Băng ép vết mổ bằng băng thun, nếu không đỡ thì mở vết mổ đặt nhét thêm gạc và băng ép bằng băng thun.

**VI. ĐIỀU TRỊ VÀ THEO DÕI SAU PHẪU THUẬT**

- Kháng sinh toàn thân theo kháng sinh đồ,chống viêm, giảm đau.

- Thay băng hàng ngày để kiểm tra vết thương, dịch viêm…

- Kiểm soát tốt đường huyết bằng insulin.

- Điều trị tích cực các bệnh kèm theo

- Nâng cao thể trạng: truyền máu, đạm và các chất dinh dưỡng khá.

## 302. CẮT HOẠI TỬ TIẾP TUYẾN 10 ĐẾN 15% DIỆN TÍCH CƠ THỂ

**I. KHÁI NIỆM**

Cắt bỏ hoại tử theo phương pháp tiếp tuyến (hay phương pháp tiệm cận) là  
phương pháp loại bỏ hoại tử từng lớp đến tiếp giáp với phần mô lành của cơ thể.  
Cắt bỏ hoại tử trên 10% là [phẫu thuật](http://khamgiodau.com/s/Ph%E1%BA%ABu%20thu%E1%BA%ADt.html) lớn, đòi hỏi [phẫu thuật](http://khamgiodau.com/s/Ph%E1%BA%ABu%20thu%E1%BA%ADt.html) viên có kinh  
nghiệm, gây mê hồi sức đảm bảo. Đồng thời, phẫu thuât cũng có nguy cơ như mất  
máu nhiều (có thể gây sốc mất máu), nguy cơ nhiễm khuẩn lan rộng do chủ động  
phá vỡ hàng rào bảo vệ tự nhiên. Do đó sau phẫu thuật đòi hỏi theo dõi chặt chẽ,  
nên có vật liệu che phủ ngay sau cắt, điều trị toàn thân tích cực (giải độc, nâng đỡ  
cơ thể, kháng sinh…).

**II. CHỈ ĐỊNH**

1. Bỏng sâu độ IV (theo cách phân loại bỏng thành 5 độ bỏng)

2. Toàn trạng thoát sốc ổn định, các xét nghiệm trong giới hạn cho phép phẫu  
thuật.  
**III.CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

1. Bỏng nông.

2. Sốc bỏng nặng hoặc toàn trạng không cho phép phẫu thuật.

3. Cơ sở điều trị không có đủ trang thiết bị phẫu thuật, gây mê hồi sức và kỹ thuật  
chuyên khoa.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

- Kíp phẫu thuật viên chuyên khoa bỏng (2-3 bác sỹ).

- Kíp gây mê của phòng phẫu thuật (1 bác sỹ gây mê, 1 kỹ thuật viên phụ mê, 1  
điều dưỡng vô trùng đưa dụng cụ, 1 điều dưỡng hữu trùng).

**2. Phương tiện**

- Bộ dụng cụ cho cuộc mổ đại phẫu bỏng.

- Dao chuyên dụng có định mức: Lagrot, Humby, Week...

- Dự trù máu phù hợp để truyền trong và sau phẫu thuật.

**3. Người bệnh**

- Tư vấn và giải thích để người bệnh, gia đình hiểu và cộng tác với chuyên môn.

- Chuẩn bị hồ sơ, bệnh án theo quy định.

- Thay băng, kiểm tra tổn thương và vệ sinh vùng phẫu thuật.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

1. Chuẩn bị

Tương tự cuộc phẫu thuật loại I vô khuẩn thông thường.

2. Vô cảm

Gây mê hoặc tê khu vực phẫu thuật tùy thuộc người bệnh.

3. Kỹ thuật

Thì 1: xử trí vết thương trước khi cắt hoại tử:

- Thay băng, bộc lộ tổn thương theo quy định.

Chọn tư thế người bệnh phù hợp với vùng phẫu thuật.

- Sát khuẩn vùng tổn thương bằng dung dịch PVP 10%, rửa lại bằng nước  
muối sinh lý. Thấm khô. Kiểm tra lại tổn thương.

- Sát trùng vùng da lành xung quanh bằng cồn 700

- Trải vải vô trùng bộc lộ vùng phẫu thuật.

Thì 2: cắt hoại tử kiểu tiếp tuyến trên 10%

- Dùng dao chuyên dụng (Lagrot, Humby, Week…) đặt mức chiều sâu phù  
hợp với lớp cắt. Cắt hoại tử từng lớp tới khi tiếp giáp với phần lành (xuất hiện các  
điểm chảy máu) thì dừng lại.

- Cầm máu bằng đắp gạc tẩm adrenalin 1/200.000 hoặc đốt điện, hoặc khâu  
cầm máu kiểu chữ X (nếu cần).

- Rửa lại nền vết thương sau cắt hoại tử bằng dung dịch PVP 3%.

- Diện tích một lần phẫu thuật trên 10% diện tích cơ thể.

Thì 3: Che phủ nền tổn thương sau cắt:

- Đắp thuốc kháng khuẩn như Silver Sulfadiazin 1%, Manfenid..., băng kín.

- Hoặc che phủ bằng vật liệu thay thế da tạm thời lên nền tổn thương như da  
đồng loại, dị loại, màng sinh học... Băng gạc khô 5-7 lớp.

4. Chăm sóc thay băng sau phẫu thuật

- Thay băng hàng ngày sau phẫu thuật

- Nếu còn hoại tử sót lại có thể cắt lọc tiếp, làm sạch vết bỏng.

- Khi có mô hạt đủ tiêu chuẩn ghép da thì tiến hành ghép da.

**VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ BIẾN CHỨNG**

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.

## 303. CẮT HOẠI TỬ TIẾP TUYẾN DƯỚI 10% DIỆN TÍCH CƠ THỂ

**I. KHÁI NIỆM**

Cắt bỏ hoại tử theo phương pháp tiếp tuyến (hay phương pháp tiệm cận) là  
phương pháp loại bỏ hoại tử từng lớp đến tiếp giáp với phần mô lành của cơ thể.  
Cắt bỏ hoại tử 5-10% là [phẫu thuật](http://khamgiodau.com/s/Ph%E1%BA%ABu%20thu%E1%BA%ADt.html) lớn, đòi hỏi [phẫu thuật](http://khamgiodau.com/s/Ph%E1%BA%ABu%20thu%E1%BA%ADt.html) viên có kinh  
nghiệm, gây mê hồi sức đảm bảo. Đồng thời, phẫu thuât cũng có nguy cơ như mất  
máu nhiều (có thể gây sốc mất máu), nguy cơ nhiễm khuẩn lan rộng do chủ động  
phá vỡ hàng rào bảo vệ tự nhiên. Do đó sau phẫu thuật đòi hỏi theo dõi chặt chẽ,  
nên có vật liệu che phủ ngay sau cắt, điều trị toàn thân tích cực (giải độc, nâng đỡ  
cơ thể, kháng sinh…).

**II. CHỈ ĐỊNH**

1. Bỏng sâu độ IV (theo cách phân loại bỏng thành 5 độ bỏng)

2. Toàn trạng thoát sốc ổn định, các xét nghiệm trong giới hạn cho phép phẫu  
thuật.  
**III.CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

1. Bỏng nông.

2. Sốc bỏng nặng hoặc toàn trạng không cho phép phẫu thuật.

3. Cơ sở điều trị không có đủ trang thiết bị phẫu thuật, gây mê hồi sức và kỹ thuật  
chuyên khoa.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

- Kíp phẫu thuật viên chuyên khoa bỏng (2-3 bác sỹ).

- Kíp gây mê của phòng phẫu thuật (1 bác sỹ gây mê, 1 kỹ thuật viên phụ mê, 1  
điều dưỡng vô trùng đưa dụng cụ, 1 điều dưỡng hữu trùng).

**2. Phương tiện**

- Bộ dụng cụ cho cuộc mổ đại phẫu bỏng.

- Dao chuyên dụng có định mức: Lagrot, Humby, Week...

- Dự trù máu phù hợp để truyền trong và sau phẫu thuật.

**3. Người bệnh**

- Tư vấn và giải thích để người bệnh, gia đình hiểu và cộng tác với chuyên môn.

- Chuẩn bị hồ sơ, bệnh án theo quy định.

- Thay băng, kiểm tra tổn thương và vệ sinh vùng phẫu thuật.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

1. Chuẩn bị

Tương tự cuộc phẫu thuật loại I vô khuẩn thông thường.

2. Vô cảm

Gây mê hoặc tê khu vực phẫu thuật tùy thuộc người bệnh.

3. Kỹ thuật

Thì 1: xử trí vết thương trước khi cắt hoại tử:

- Thay băng, bộc lộ tổn thương theo quy định.

Chọn tư thế người bệnh phù hợp với vùng phẫu thuật.

- Sát khuẩn vùng tổn thương bằng dung dịch PVP 10%, rửa lại bằng nước  
muối sinh lý. Thấm khô. Kiểm tra lại tổn thương.

- Sát trùng vùng da lành xung quanh bằng cồn 700

- Trải vải vô trùng bộc lộ vùng phẫu thuật.

Thì 2: cắt hoại tử kiểu tiếp tuyến 5-10%

- Dùng dao chuyên dụng (Lagrot, Humby, Week…) đặt mức chiều sâu phù  
hợp với lớp cắt. Cắt hoại tử từng lớp tới khi tiếp giáp với phần lành (xuất hiện các  
điểm chảy máu) thì dừng lại.

- Cầm máu bằng đắp gạc tẩm adrenalin 1/200.000 hoặc đốt điện, hoặc khâu  
cầm máu kiểu chữ X (nếu cần).

- Rửa lại nền vết thương sau cắt hoại tử bằng dung dịch PVP 3%.

- Diện tích một lần phẫu thuật trên 10% diện tích cơ thể.

Thì 3: Che phủ nền tổn thương sau cắt:

- Đắp thuốc kháng khuẩn như Silver Sulfadiazin 1%, Manfenid..., băng kín.

- Hoặc che phủ bằng vật liệu thay thế da tạm thời lên nền tổn thương như da  
đồng loại, dị loại, màng sinh học... Băng gạc khô 5-7 lớp.

4. Chăm sóc thay băng sau phẫu thuật

- Thay băng hàng ngày sau phẫu thuật

- Nếu còn hoại tử sót lại có thể cắt lọc tiếp, làm sạch vết bỏng.

- Khi có mô hạt đủ tiêu chuẩn ghép da thì tiến hành ghép da.

**VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ BIẾN CHỨNG**

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.

## 304. VÁ DA DẦY TOÀN BỘ, DIỆN TÍCH DƯỚI 10CM2

**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 phổi 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

**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**

**Chăm sóc:**

Nơi lấy da thay băng cách ngày**,** cắt gối gạc sau 7 ngày

**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…

## 305. KHÂU VẾT THƯƠNG PHẦN MỀM DÀI TRÊN 10CM

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Khâu vết thương phần mềm dài trên 10cm là một phẫu thuật cấp cứu để phục hồi chức năng và giải phẫu của da. Vết thương xử lý sớm sẽ làm giảm nguy cơ nhiễm khuẩn và tạo điều kiện tốt cho quá trình làm sẹo vết thương.

**II. CHỈ ĐỊNH**

Vết thương phần mềm dài trên 10cm

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Người bệnh có kèm đa chấn thương hoặc chấn thương toàn thân có khả năng ảnh hưởng đến tính mạng cần được ưu tiên cho cấp cứu toàn thân trước khi xử lý vết thương.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

Bác sĩ chuyên khoa ngoại

**2. Phương tiện**

- Bộ dụng cụ trung phẫu, các loại chỉ tiêu, chỉ không tiêu (thường dùng 2-0, 3-0, 4-0, 5-0 nilon, 3-0, 4-0, 5-0 vicryl, 6-0 vicryl).

**3. Người bệnh**

- Người bệnh được tư vấn trước phẫu thuật.

**4. Hồ sơ bệnh án**

Theo quy 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**

**3.1. Vô cảm**

Gây tê tại chỗ hoặc gây mê

**3.2. Kỹ thuật**

Kiểm tra tổn thương, dùng kẹp phẫu tích gắp hết dị vật trong vết thương nếu có, cắt lọc các tổ chức hoại tử.

Các dị vật nhỏ, ở sâu có thể rửa sạch bằng nước muối sinh lý hoặc nước oxy già.

Kiểm kê, đánh giá mức độ tổn thương.

Khâu vết thương theo các lớp giải phẫu

Cắt chỉ sau 7- 10 ngày.

**VI. THEO DÕI**

Tình trạng vết thương

Tình trạng nhiễm khuẩn vết thương.

Điều trị nội khoa:

Toàn thân: kháng sinh uống toàn thân (Ví dụ: zinnat 0,25g x 2 viên /ngày, người lớn).

Giảm phù, chống viêm (Ví dụ: amitase 10mg, 4 viên /ngày).

**VII. XỬ TRÍ TAI BIẾN**

Chảy máu: do cầm máu không tốt, có thể băng ép; trường hợp chảy máu nhiều có thể mở lại vết phẫu thuật, cầm máu bằng đốt điện hoặc buộc chỉ nút mạch.

Nhiễm khuẩn hoặc áp xe: hay gặp trên vết thương bẩn, còn sót nhiều dị vật: cần điều trị kháng sinh mạnh phối hợp. Tại vết thương có thể chích áp xe tạo đường thoát mủ ra ngoài. Trường hợp rò mủ dai dẳng có thể do nguyên nhân còn sót dị vật: cần kiểm tra lại vết thương, tìm dị vật và làm sạch lại vết thương trước khi đóng mép khâu lại.

## 306. THAY BĂNG, CẮT CHỈ VẾT MỔ

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Vết thương ngoại khoa có nhiều loại như: không bị nhiễm khuẩn, không có biểu hiện viêm (không có dịch rỉ viêm), quá trình điều trị có tiến triển tốt, tổ chức hạt đang phát triển hoặc đang trong giai đoạn lên da non gọi là vết thương sạch, ngược lại với tình trạng trên là vết thương nhiễm khuẩn. Sau khi vết thương lành có thể được chỉ định cắt chỉ ngoại khoa.

1. **KỸ THUẬT** **THAY BĂNG CẮT CHỈ RỬA VẾT THƯƠNG SẠCH**
   1. **Chuẩn bị**

**– Chuẩn bị người bệnh**

* Kiểm tra hồ sơ người bệnh.
* Thông báo cho người bệnh.
* Nhận định tình trạng người bệnh.

**– Chuẩn bị người điều dưỡng**

* Thực hiện rửa tay thường quy.
* Mang khẩu trang.

**– Chuẩn bị dụng cụ** **thay băng cắt chỉ rửa vết thương sạch**

* Sắp xếp dụng cụ lên xe thay băng.
* Kiểm tra dụng cụ
  1. **Thực hiện**

**- Tiến hành kỹ thuật** **thay băng cắt chỉ rửa vết thương sạch**

* Điều dưỡng đi găng sạch.
* Chuẩn bị tư thế người bệnh.
* Trải nilon dướì vị tri vết thương.
* Chuẩn bị dung dịch [rửa vết thương](https://bluecare.vn/thay-bang-vet-thuong-va-cat-chi-1-vet-thuong-tai-nha).
* Đặt túi đựng đồ bẩn vào vị trí thuận lợi.
* Mở gói/ hộp dụng cụ vô khuẩn.
* Tháo bỏ băng, gạc cũ.
* Nhận định tình trạng vết thương.
* Tháo bỏ găng đã sử dụng.
* Điều dưỡng đi găng vô khuẩn khác.
* Rửa ngoài vết thương.
* Rửa trong vết thương.
* Theo dõi tình trạng người bệnh.
* Thấm khô vết thương, sát khuẩn lại vết thương.
* Đặt gạc vô khuẩn và băng vết thương.

**– Thu dọn dụng cụ** **thay băng cắt chỉ rửa vết thương sạch**

**– Phân loại và thu gom chất thải**

**III. KỸ THUẬT THAY BĂNG CẮT CHỈ RỬA VẾT THƯƠNG NHIỄM KHUẨN**

Đối với vết thương nhiễm khuẩn, cần nắm chắc các nội dung như chuẩn bị người bệnh và dụng cụ để kỹ thuật [**thay băng vết thương nhiễm khuẩn**](https://bluecare.vn/thay-bang-vet-thuong-va-cat-chi-1-vet-thuong-tai-nha) được đảm bảo vô khuẩn giúp vết thương chóng lành.

**1. Chuẩn bị**

**– Chuẩn bị người bệnh**

* Kiểm tra hổ sơ người bệnh.
* Thông bảo cho người bệnh.
* Nhận định tình trạng người bệnh.

**– Chuẩn bị người điều dưỡng thực hiện thay băng rửa vết thương nhiễm khuẩn**

* Thực hiện rửa tay thường quy.
* Mang khẩu trang.

**– Chuẩn bị dụng cụ thay băng rửa vết thương nhiễm khuẩn**

* Sắp xếp dụng cụ trên xe thay băng.
* Kiểm tra dụng cụ.

**2. Tiến hành kĩ thuật thay băng rửa vết thương nhiễm khuẩn**

* Điều dưỡng đi găng sạch.
* Chuẩn bị tư thế người bệnh.
* Trải nilon dưới vị trí vết thương.
* Chuẩn bị dung dịch rửa vết thương.
* Đặt túi đựng đồ bẩn vào vị trí thuận lợi.
* Mở gói/ hộp dụng cụ vô khuẩn.
* Tháo bỏ băng, gạc cũ.
* Tháo bỏ găng đã sử dụng.
* Điều dưỡng đi găng vô khuẩn.
* Rửa trong vết thương.
* Rửa ngoài vết thương.
* Theo dõi tình trạng người bệnh.
* Thấm khô vết thương.
* Sát khuẩn vết thương.
* Đặt gạc vô khuẩn và [băng vết thương](https://bluecare.vn/thay-bang-vet-thuong-va-cat-chi-1-vet-thuong-tai-nha).
* Thu dọn dụng cụ.

Phân loại và thu gom chất thải.

Ghi phiếu chăm sóc và thông báo cho người bệnh.

1. **CẮT CHỈ**
   1. **Chuẩn bị**

**– Chuẩn bị người bệnh**

* Kiểm tra hồ sơ người bệnh.
* Thông báo cho người bệnh.
* Nhận định tình trạng người bệnh.

**– Chuẩn bị người điều dưỡng**

* Thực hiện rửa tay thường quy.
* Mang khẩu trang.

**– Chuẩn bị dụng cụ** **thay băng cắt chỉ rửa vết thương sạch**

* Sắp xếp dụng cụ lên xe thay băng.
* Kiểm tra dụng cụ
  1. **Thực hiện**
* Điều dưỡng đi găng sạch.
* Chuẩn bị tư thế người bệnh.
* Trải nilon dướì vị tri vết thương.
* Chuẩn bị dung dịch [rửa vết thương](https://bluecare.vn/thay-bang-vet-thuong-va-cat-chi-1-vet-thuong-tai-nha).
* Rửa ngoài vết thương.
* Cắt chỉ vết thương.
* Thấm khô vết thương.
* Sát khuẩn vết thương
* Đặt gạc vô khuẩn và băng vết thương.

**Thu dọn dụng cụ**: Phân loại và thu gom chất thải.

**Ghi phiếu chăm sóc**: Thông báo cho người bệnh.

## 307. KHÂU VẾT THƯƠNG PHẦN MỀM DÀI DƯỚI 10CM

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Khâu vết thương phần mềm dài dưới10cm là một phẫu thuật cấp cứu để phục hồi chức năng và giải phẫu của da. Vết thương xử lý sớm sẽ làm giảm nguy cơ nhiễm khuẩn và tạo điều kiện tốt cho quá trình làm sẹo vết thương.

**II. CHỈ ĐỊNH**

Vết thương phần mềm dài dưới 10cm

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Người bệnh có kèm đa chấn thương hoặc chấn thương toàn thân có khả năng ảnh hưởng đến tính mạng cần được ưu tiên cho cấp cứu toàn thân trước khi xử lý vết thương.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

Bác sĩ chuyên khoa ngoại

**2. Phương tiện**

- Bộ dụng cụ trung phẫu, các loại chỉ tiêu, chỉ không tiêu (thường dùng 2-0, 3-0, 4-0, 5-0 nilon, 3-0, 4-0, 5-0 vicryl, 6-0 vicryl).

**3. Người bệnh**

- Người bệnh được tư vấn trước phẫu thuật.

**4. Hồ sơ bệnh án**

Theo quy 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**

**3.1. Vô cảm**

Gây tê tại chỗ hoặc gây mê

**3.2. Kỹ thuật**

Kiểm tra tổn thương, dùng kẹp phẫu tích gắp hết dị vật trong vết thương nếu có, cắt lọc các tổ chức hoại tử.

Các dị vật nhỏ, ở sâu có thể rửa sạch bằng nước muối sinh lý hoặc nước oxy già.

Kiểm kê, đánh giá mức độ tổn thương.

Khâu vết thương theo các lớp giải phẫu

Cắt chỉ sau 7- 10 ngày.

**VI. THEO DÕI**

Tình trạng vết thương

Tình trạng nhiễm khuẩn vết thương.

Điều trị nội khoa:

Toàn thân: kháng sinh uống toàn thân (Ví dụ: zinnat 0,25g x 2 viên /ngày, người lớn).

Giảm phù, chống viêm (Ví dụ: amitase 10mg, 4 viên /ngày).

**VII. XỬ TRÍ TAI BIẾN**

Chảy máu: do cầm máu không tốt, có thể băng ép; trường hợp chảy máu nhiều có thể mở lại vết phẫu thuật, cầm máu bằng đốt điện hoặc buộc chỉ nút mạch.

Nhiễm khuẩn hoặc áp xe: hay gặp trên vết thương bẩn, còn sót nhiều dị vật: cần điều trị kháng sinh mạnh phối hợp. Tại vết thương có thể chích áp xe tạo đường thoát mủ ra ngoài. Trường hợp rò mủ dai dẳng có thể do nguyên nhân còn sót dị vật: cần kiểm tra lại vết thương, tìm dị vật và làm sạch lại vết thương trước khi đóng mép khâu lại.

## 308. NẮN, BÓ BỘT GIAI ĐOẠN TRONG HỘI CHỨNG VOLKMANN

**I. ĐẠI CƯƠNG**

- Volkmann là một hội chứng co rút các cơ gấp cẳng tay, biểu hiện trên lâm sàng là khi cổ tay để ở tư thế duỗi hoặc tư thế cơ năng thì các ngón của bàn tay co gấp lại như bàn tay khỉ, nếu để cổ tay gấp lại thì các ngón tay mới duỗi thẳng ra được.

- Nguyên nhân của hội chứng Volkmann là do hội chứng chèn ép khoang bán cấp ở khu trước cẳng tay gây ra. Sự thiếu máu bán cấp không đủ gây hoại tử tay, nhưng gây ra sự thiếu máu trường diễn, sự thiếu máu ấy đủ để làm xơ hóa các cơ gấp, làm cho các cơ này không còn độ chun giãn, đàn hồi nữa. Một nguyên nhân chủ quan có thể xảy ra: khi bó bột, thầy thuốc không tuân thủ nghiêm ngặt nguyên tắc bắt buộc được quy định từ lâu đời, đó là việc phải rạch dọc bột trong bó bột cấp cứu, gây ra hậu quả chèn ép bột.

- Điều trị hội chứng Volkmann cực kỳ gian nan, kể cả bằng phương pháp phẫu thuật (mổ để giải phóng chỗ bám của các cơ gấp, đánh trượt chỗ bám của cơ xuống thấp nhằm làm chùng các cơ). Điều trị nắn chỉnh kiểu giai đoạn cũng có mang lại kết quả nhất định, nhưng lại tốn nhiều thời gian và công sức.

- Nắn bó bột kiểu giai đoạn là một kiểu bó bột để chỉnh sửa dần dần một tư thế xấu của chân hoặc tay (ở chân như nắn chỉnh hình tật chân khoèo bẩm sinh hoặc tật co gân Achille... chẳng hạn).

**II. CHỈ ĐỊNH**

Tất cả các trường hợp Volkmann.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Không có chống chỉ định tuyệt đối, cần cân nhắc những trường hợp Volkmann đã quá lâu (hàng năm trở lên), vì kết quả nắn chỉnh hình thường không có kết quả, hoặc kết quả hạn chế.

**IV. CHUẨN BỊ** (Tương tự như với Bột Cẳng-bàn tay)

**1. Người thực hiện**

03 người chuyên khoa chấn thương chỉnh hình. Không phải gây mê nên không cần chuyên khoa gây mê hồi sức.

**2. Phương tiện**

Như để bó bột Cẳng-bàn tay *(xem bài Bột Cẳng-bàn tay).*

**3. Người bệnh**

Như bài Bột Cẳng-bàn tay, nhưng cần giải thích cho người bệnh cũng như người nhà của họ về mục đích và quá trình nắn bó kiểu giai đoạn để điều trị hội chứng Volkmann là cả một quá trình lâu dài, nhưng kết quả thì không phải khi nào cũng được theo ý muốn; để người bệnh yên tâm, hợp tác tốt với thầy thuốc trong suốt quá trình điều trị.

**4. Hồ sơ**: như với Bó bột Cẳng-bàn tay.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH NẮN BÓ BỘT GIAI ĐOẠN ĐIỀU TRỊ HỘI**

**CHỨNG VOLKMANN**

**1. Người bệnh**

- Nằm ngửa, cởi bỏ áo bên tay tổn thương, đai đối lực đặt ở trên khuỷu.

- Được nắn bằng tay cho mềm mại tất cả các khớp: cổ tay, liên đốt ngón tay.

**2. Các bước tiến hành**

***Bó bột lần đầu***: tương tự như bó bột Cẳng-bàn tay. Khác là:

- Trợ thủ 1: giữ 1 tay ở trước cổ tay, 1 tay giữ đầu của ngón 2-3-4 kéo thẳng, sao cho duỗi thẳng toàn bộ các khớp: bàn ngón, khớp liên đốt gần, khớp liên đốt xa. Trong lúc này, cổ tay người bệnh được duỗi tối đa nhất (tất nhiên cổ tay người bệnh lúc này duỗi chưa được nhiều).

- Kỹ thuật viên chính: bó bột (như bó bột Cẳng-bàn tay thông thường).

- Trợ thủ 2: ngâm bột, vớt bột, chạy ngoài...

Trong thời gian chờ bột khô, luôn luôn áp gan tay vào phần bột ở phía mu tay người bệnh, để làm duỗi thẳng các khớp của bàn tay, ngón tay.

Một bột Cẳng-bàn tay để chữa hội chứng Volkmann, khi bó xong sẽ có hình chữ L (hay hình thước thợ, hình ke). Mục đích của chúng ta là sau những lần thay bột và nắn chỉnh, cổ tay người bệnh dần dần được duỗi ra thêm, nghĩa là góc được tạo ra bởi 2 cạnh của chữ L ấy càng lớn dần càng tốt. Với trường hợp Volkmann thể trung bình và nhẹ, sau vài tháng điều trị, góc ấy có thể bằng hoặc lớn hơn 180o, tương ứng với lâm sàng là người bệnh có thể duỗi được hết cổ tay và bàn tay.

***Bó bột các lần sau***: có 2 cách:

- Ngày xưa, người ta hay dùng cách “cắt múi cam” để sửa góc. Nghĩa là, cứ 1 tuần lễ người ta lại dùng dao cắt xẻ bỏ đi 1 phần bột nhỏ ở mu cổ tay (phần bột cắt bỏ đi trông giống như hình mảnh vỏ của miếng cam khi ta bổ cam ăn, ăn xong tép cam, còn lại mảnh vỏ cam). Sau khi “cắt múi cam”, bột ở sau cổ tay sẽ bị khuyết 1 phần nhỏ, bẻ cho gẫy bột ở phía trước cổ tay, ép cho 2 mép của khuyết bột sát vào nhau, việc đó đồng nghĩa với việc nắn cho khớp cổ tay được duỗi ra thêm. Dùng bột quấn phủ bên ngoài cho chắc. Nhưng chỉ sau 1 vài lần chỉnh sửa kiểu “cắt múi cam” như trên, bột ở vùng cổ tay sẽ bị dầy lên, cộm lên, trông rất xấu. Cách này ngày nay ít nơi còn sử dụng nữa.

- Ngày nay, cách người ta hay dùng, đó là thay bột.

+ Trong 1-2 tháng đầu, cứ mỗi tuần thay bột 1 lần, cách thay bột không có gì đặc biệt, chỉ lưu ý: trước khi bó lại bột cần nắn cho các khớp mềm mại, bó bột lần sau phải duỗi thêm cổ tay 1 chút so với lần trước, nắn chỉnh phải từ từ, kiên trì (tương tự như nắn chỉnh tật chân khoèo bẩm sinh).

+ Các tháng sau, có thể 2 tuần thay bột 1 lần cũng được.

+ Quá trình nắn chỉnh hội chứng Volkmann kiểu giai đoạn thường kéo dài trung bình 3-4 tháng. Có người chủ trương kéo dài quá trình điều trị lên hàng năm, nhưng điều kiện và lòng kiên nhẫn của con người thì có hạn.

**VI. THEO DÕI**

Tương tự như nắn chỉnh tật chân khoèo bẩm sinh.

**VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ**

Giống với nắn chỉnh chân khoèo.

## 309. NẮN, BÓ BỘT GÃY CỔ XƯƠNG ĐÙI, VỠ Ổ CỐI VÀ TRẬT KHỚP HÁNG

**I. ĐẠI CƯƠNG**

- Gẫy cổ xương đùi là loại gẫy mà đường gẫy nằm ở giữa chỏm xương đùi và khối mấu chuyển.

- Là loại gẫy nội khớp, do mạch máu nuôi dưỡng nghèo nàn nên gẫy cổ xương đùi có tỉ lệ khớp giả hoặc tiêu chỏm xương đùi cao.

- Thường xảy ra ở người có tuổi, có khi chỉ sau một sang chấn nhẹ như ngã ngồi. Ở người trẻ, thường do một chấn thương nặng như tai nạn giao thông, ngã cao...

**II. CHỈ ĐỊNH ĐIỀU TRỊ BẢO TỒN**

1. Gẫy cài, gẫy cổ xương đùi ít lệch.

2. Gẫy cổ xương đùi trẻ em.

3. Gẫy cổ xương đùi di lệch nhưng kinh nghiệm phẫu thuật viên, điều kiện cơ sở y tế không đáp ứng an toàn cho phẫu thuật.

4. Tình trạng người bệnh không đảm bảo cho phẫu thuật, nguy cơ do phẫu thuật và gây mê cao.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Không có chống chỉ định tuyệt đối, chỉ cân nhắc đối với những người già, yếu không thể mang được bột chậu lưng chân. Với những trường hợp này, có bó bột Chậu - lưng - chân cũng khó có cơ hội liền xương, chỉ nên bó bột chống xoay để người bệnh đỡ đau mà thôi.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

- Chuyên khoa xương: 4-5 người, ít nhất cũng là 4 (1 chính, 3 phụ).

- Nếu người bệnh cần gây mê: 1 hoặc 2 chuyên khoa gây mê.

**2. Phương tiện**

- Thuốc gây mê.

- Bàn nắn: bàn chỉnh hình Pelvie.

- Bột thạch cao: 15 cuộn bột khổ 20 cm, 3-4 cuộn bột khổ 15 cm. Trẻ em thì tùy tuổi và kích thước mà chuẩn bị bột.

**3. Người bệnh**

- Được thăm khám toàn diện, tránh bỏ sót tổn thương.

- 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 áo.

- 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**

Người bệnh nằm ngửa trên bàn chỉnh hình, có hai kỹ thuật nắn chính:

- Leadbetter: Gấp háng 90 độ, xoay trong nhẹ, kéo thẳng đứng theo trục xương đùi. Sau đó vẫn giữ chân xoay trong đưa háng dạng và duỗi thẳng chân hạ xuống ngang mức mặt bàn. Cố định bàn chân vào giá đỡ trong tư thế dạng 15-20 độ, xoay trong 20 độ.

- Whitman: Trước hết để háng duỗi, kéo thẳng chân, sau đó xoay chân vào trong và dạng háng. Duỗi thẳng, cố định hai bàn chân vào giá đỡ. Xoay ngoài chân gẫy, háng dạng 20 độ và kéo lấy lại chiều dài hơn bên chân lành một chút. Sau đó xoay trong 20- 30 độ.

Đánh giá trên phim X quang theo chỉ số Garden: trên phim thẳng: góc giữa trục trung tâm của bè xương hệ quạt ở chỏm và thành trong của thân xương đùi không nhỏ hơn 160 độ và không lớn hơn 180 độ. Trên phim nghiêng cổ xương đùi nghiêng trước hoặc nghiêng sau trong giới hạn 20 độ so với đường thẳng dọc cổ xương đùi.

**2. Bất động**

***2.1. Với người bệnh trẻ, thể trạng tốt, người có tuổi nhưng điều kiện sức khỏe cho phép:*** bó bột Chậu - lưng - chân (có thể bó thêm đùi bên lành).

*2.1.1. Thì 1:* bó bột Chậu - lưng - đùi: (bó từ khung chậu đến gối).

- Người bệnh được đặt nằm trên bàn như đã mô tả ở trên, hai bàn chân được cố định chặt vào 2 đế giầy của khung kéo. Với người bệnh nam, nhớ vén bìu người bệnh lên để khi kéo nắn bìu không bị kẹt vào ống đối lực.

- Quay vô lăng để căng chỉnh, nắn xương gẫy (xem phần nắn chỉnh ở trên). Chân bên lành cũng được căng chỉnh làm đối lực, nhưng lực căng thường giảm hơn bên chân có tổn thương.

- Chỉnh 2 khung đỡ 2 chân cho chân dạng ra hoặc khép vào, xoay vào hoặc xoay ra theo ý muốn rồi cố định khung lại (bằng cờ-lê có sẵn). Quấn giấy vệ sinh hoặc bông lót toàn bộ vùng định bó bột (nên quấn lót rộng rãi hơn phần bó bột).

- Đo chu vi khung chậu và dùng bột khổ lớn nhất (20 cm) để rải 1 đai bột to, rộng (thường rộng từ 20 cm trở lên, tùy hình thể người bệnh), đủ dài để bó vòng quanh khung chậu và bụng. Ngâm bột nhanh, vắt ráo nước, vuốt phẳng đai bột, luồn qua dưới lưng người bệnh. Bên kia, trợ thủ viên đón đầu đai bột. Đưa 2 đầu đai bột gặp nhau và gối lên nhau ở trước giữa bụng. Nên đặt 1 gối mỏng trước bụng, bó xong thì rút bỏ để tránh bột chặt khi người bệnh ăn no.

- Rải tiếp 2 nẹp bột to bản nữa, đủ dài:

+ 1 nẹp đặt từ trước bụng bên tổn thương, gối lên phần đai bột đã đặt trước đó (đai bột vòng quanh khung chậu và bụng). Quấn bắt chéo qua cung đùi ra ngoài, để ra sau đùi, quấn chéo từ trên xuống dưới, từ ngoài vào trong cho hết nẹp bột.

+ 1 nẹp bột nữa tương tự, nhưng quấn chéo và xoáy trôn ốc theo chiều ngược lại với nẹp bột trên. Xuất phát điểm từ sau mào chậu, quấn vòng từ trên xuống dưới, qua mào chậu để từ ngoài vào trong, từ trước ra sau và cuối cùng từ trong ra ngoài cho hết chiều dài của nẹp bột. Mép trên của nẹp bột trùng với cung đùi. Có thể đặt 2 nẹp bột trên không bắt chéo mà song song nhau, cùng chiều, gối nhau 1 ít, đỡ bị cộm.

- Dùng bột rải kiểu Zích-zắc tăng cường vùng trước bẹn. Đến đây coi như xong phần rải và đặt các nẹp bột.

- Quấn bột: dùng bột to bản (cỡ 20 cm) quấn từ trên xuống dưới, đến gối thì dừng lại (có thể bó xuống đến 1/3 dưới cẳng chân), quấn ngược lên trên, quấn lên quấn xuống như vậy đến khi cảm thấy đủ dầy thì được. Nhớ quấn bổ sung cho đai bột ở xung quanh bụng và khung chậu đã được đặt ban đầu. Cũng như các loại bột bó 2 thì khác, chỗ bột nối nhau giữa 2 thì nên bó mỏng dần để khi bó bột thì 2,bột gối lên nhau khỏi bị cộm.

*2.1.2. Thì 2:*

- Cắt băng cố định cổ bàn chân khỏi đế giày.

- Đưa người bệnh sang bàn nắn thường để bó nốt bột Cẳng - bàn chân (như bó bột Cẳng - bàn chân). Xong rồi thì xoa vuốt, chỉnh trang lần cuối.

- Nếu bó bột Chậu - lưng - chân-đùi, phần bột đùi đối diện được bó đồng thời với bên đùi tổn thương, đặt các nẹp và kỹ thuật bó tương tự như bên đùi tổn thương.

- Lau chùi sạch các ngón chân để dễ theo dõi. Bột cấp cứu, vẫn rạch dọc bột từ bẹn trở xuống.

Thời gian bất động bột với người lớn: 10-12 tuần. Với trẻ em, tùy theo tuổi.

**2.2. Với người cao tuổi, điều kiện sức khỏe không cho phép** bó bột Chậu- lưng-chân: chỉ bó bột chống xoay để đỡ đau trong thời gian mới gẫy. Thời gian bó bột chống xoay 5-6 tuần.

**VI. THEO DÕI**

- Nhẹ: theo dõi điều trị ngoại trú.

- Nặng, có tổn thương phối hợp, sưng nề: cho vào viện theo dõi điều trị nội trú.

**VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ**

- Tai biến mạch máu, thần kinh: rất hiếm gặp. Nếu có, XỬ TRÍ theo tổn thương.

- Khi người bệnh đau bụng, cần nhanh chóng rạch dọc bột ở phần bụng và rạch dọc bột từ bẹn trở xuống, để tiện cho việc theo dõi, thăm khám và xử trí. Theo dõi, nếu không phải XỬ TRÍ cấp cứu ngoại khoa, sẽ quấn tăng cường để trả lại nguyên trạng của bột sau.

- Bột bó 2 thì, thì 1 bột được bó khi chân được kéo rất căng trên khung, bó xong rồi chân người bệnh được giải phóng sức căng, chân sẽ dồn lên do lực co của cơ, dễ gây chèn ép và mép bột có thể thúc vào bẹn gây đau hoặc loét, nên phải quấn độn lót cho dầy, nhất là vùng bẹn, gối, cổ chân. Bó xong nên sửa mép bột ở bẹn cho rộng rãi.

## 310. NẮN, BÓ BỘT GÃY 1/3 TRÊN XƯƠNG ĐÙI

**I. ĐẠI CƯƠNG**

- Xương đùi là xương dài và to nhất, khỏe nhất trong bộ khung xương người, xung quanh có nhiều nhóm cơ khỏe bao bọc, do vậy gẫy xương đùi thường do sang chấn mạnh và di lệch nhiều.

- Xương trẻ em còn phát triển theo chiều dài và chiều ngang nên một khi xương bị gẫy, được kéo nắn thẳng và đủ chiều dài thì những di lệch gấp góc, di lệch sang bên, di lệch xoay ở mức độ vừa phải có thể sẽ tự điều chỉnh được theo thời gian.

**II. CHỈ ĐỊNH ĐIỀU TRỊ BẢO TỒN**

1. Gẫy xương đùi ở trẻ em dưới 10 tuổi chủ yếu điều trị bảo tồn, trẻ em 10 tuổi trở lên cần cân nhắc (trẻ em ở lứa tuổi này chỉ định mổ rộng rãi hơn).

2. Gẫy xương đùi người lớn, lẽ ra có chỉ định mổ, nhưng vì điều kiện y tế và tình trạng người bệnh không thể tiến hành phẫu thuật được.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

1. Gẫy hở độ II của Gustilo trở lên.

2. Gẫy xương kèm tổn thương mạch máu, thần kinh.

3. Chống chỉ định tương đối: không áp dụng cho những người quá già, yếu không thể mang được bột Chậu - lưng - chân (các trường hợp này có thể bó bột chống xoay, nhưng nên bó cao lên sát bẹn).

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

- Chuyên khoa xương: 4-5 người, ít nhất cũng là 4 (1 chính, 3 phụ).

- Chuyên khoa gây mê : 1 bác sĩ và 1 phụ mê.

**2. Phương tiện**

- Bàn nắn: bàn chỉnh hình Pelvie.

- Thuốc gây tê hoặc gây mê (nắn bó bột xương đùi hầu hết phải gây mê, chỉ gây tê với những trường hợp gẫy không lệch, gây tê khi này chỉ có tác dụng khi vận chuyển người bệnh lên bàn Pelvie và tiến hành bó bột, để người bệnh khỏi bị đau mà thôi).

- Bột thạch cao: 15 cuộn bột khổ 20 cm; 2-3 cuộn bột khổ 15 cm. Trẻ em thì tùy theo tuổi, kích thước cơ thể để chuẩn bị bột.

- Bông lót, cồn 70o, dây và dao rạch dọc, dụng cụ gây mê hồi sức, o xy, dịch truyền, nước ngâm 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 áo.

- 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 chỉnh hình.

- Lúc đầu để chân xoay ngoài nhẹ, kéo thẳng đạt đủ chiều dài, sau đó xoay chân vào trong và dạng háng.

**2. Bất động**

***2.1. Với người bệnh trẻ, khỏe: bó bột Chậu - lưng - chân,*** bó thêm đùi bên lành.

Bên chân gẫy để tư thế dạng và xoay trong, ổ gẫy sẽ khít hơn.

Bó bột Chậu - lưng - chân gồm 2 thì:

*2.1.1. Thì 1:* bó bột Chậu - lưng - đùi: (bó từ khung chậu đến gối).

- Người bệnh được đặt nằm trên bàn như đã mô tả ở trên, hai bàn chân được cố định chặt vào 2 đế giầy của khung kéo. Với người bệnh nam, nhớ vén bìu người bệnh lên để khi kéo nắn bìu không bị kẹt vào ống đối lực.

- Quay vô lăng để căng chỉnh, nắn xương gẫy (như mô tả ở trên). Chân bên lành cũng được căng chỉnh làm đối lực, nhưng lực căng thường giảm hơn bên chân có tổn thương.

- Chỉnh 2 khung đỡ 2 chân cho chân dạng ra và xoay vào rồi cố định khung lại (bằng cờ-lê có sẵn). Quấn giấy vệ sinh hoặc bông lót toàn bộ vùng định bó bột (nên quấn lót rộng rãi hơn phần bó bột).

- Đo chu vi khung chậu và dùng bột khổ lớn nhất (20 cm) để rải 1 đai bột to, rộng (thường rộng từ 20 cm trở lên, tùy hình thể người bệnh), đủ dài để bó vòng quanh khung chậu và bụng. Ngâm bột nhanh, vắt ráo nước, vuốt phẳng đai bột, luồn qua dưới lưng người bệnh. Bên kia, trợ thủ viên đón đầu đai bột. Đưa 2 đầu đai bột gặp nhau và gối lên nhau ở trước giữa bụng. Nên đặt 1 gối mỏng trước bụng, bó xong thì rút bỏ để tránh bột chặt khi người bệnh ăn no.

- Rải tiếp 2 nẹp bột to bản nữa, đủ dài:

+ 1 nẹp đặt từ trước bụng bên tổn thương, gối lên phần đai bột đã đặt trước đó (đai bột vòng quanh khung chậu và bụng). Quấn bắt chéo qua cung đùi ra ngoài, để ra sau đùi, quấn chéo từ trên xuống dưới, từ ngoài vào trong cho hết nẹp bột.

+ 1 nẹp bột nữa tương tự, nhưng quấn chéo và xoáy trôn ốc theo chiều ngược lại với nẹp bột trên. Xuất phát điểm từ sau mào chậu, quấn vòng từ trên xuống dưới, qua mào chậu để từ ngoài vào trong, từ trước ra sau và cuối cùng từ trong ra ngoài cho hết chiều dài của nẹp bột. Mép trên của nẹp bột trùng với cung đùi. Có thể đặt 2 nẹp bột trên không bắt chéo mà song song nhau, cùng chiều nhau, gối nhau 1 ít, đỡ bị cộm.

- Dùng bột rải kiểu Zích-zắc tăng cường vùng trước bẹn. Đến đây coi như xong phần rải và đặt các nẹp bột.

- Quấn bột: dùng bột to bản (cỡ 20 cm) quấn từ trên xuống dưới, đến gối thì dừng lại (có thể bó xuống đến 1/3 dưới cẳng chân), quấn ngược lên trên, quấn lên quấn xuống như vậy đến khi cảm thấy đủ dầy thì được. Nhớ quấn bổ sung cho đai bột ở xung quanh bụng và khung chậu đã được đặt ban đầu. Cũng như các loại bột bó 2 thì khác, chỗ bột nối nhau giữa 2 thì nên bó mỏng dần để khi bó bột thì 2,bột gối lên nhau khỏi bị cộm.

*2.1.2. Thì 2:*

- Cắt băng cố định cổ bàn chân khỏi đế giày.

- Đưa người bệnh sang bàn nắn thường để bó nốt bột Cẳng - bàn chân (như bó bột Cẳng - bàn chân). Xong rồi thì xoa vuốt, chỉnh trang lần cuối.

- Nếu bó bột Chậu - lưng - chân-đùi, phần bột đùi đối diện được bó đồng thời với bên đùi tổn thương, đặt các nẹp và kỹ thuật bó tương tự như bên đùi tổn thương.

- Lau chùi sạch các ngón chân để dễ theo dõi. Bột cấp cứu, vẫn rạch dọc bột từ bẹn trở xuống.

***2.2. Với người bệnh quá già yếu hoặc không đủ điều kiện bó bột*** Chậu - lưng- chân: bó bột chống xoay (bột có que ngang ở gần gót, song song với mặt phẳng nằm ngang). Bột chống xoay nên bó lên quá gối, để gối không co lên được, giữ cho ổ gẫy được ổn định hơn. Trong 3-4 tuần đầu, hướng dẫn người nhà người bệnh kê dạng 2 chân, đặc biệt là chân gẫy. Nên dùng 1 chiếc chăn gấp lại kê vào giữa 2 gối để người bệnh không khép chân vào được, nếu để chân khép vào dễ bị can gấp góc vào trong, gây hậu quả ngắn chân sau này.

**3. Thời gian bất động**

- Với bột Chậu - lưng - chân: người lớn trung bình 5-8 tuần, trẻ em 4-5 tuần (tùy theo tuổi). Sau 7-10 ngày chụp kiểm tra, nếu di lệch góc cho thay bột, sửa góc.

- Với bột chống xoay: 4-5 tuần.

**VI. THEO DÕI**

- Nhẹ: theo dõi điều trị ngoại trú.

- Nặng, có tổn thương phối hợp, sưng nề: cho vào viện theo dõi điều trị nội trú.

**VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ**

- Tai biến mạch máu, thần kinh: rất hiếm gặp. Có thể gặp tổn thương động mạch đùi chung, động mạch đùi nông, động mạch đùi sâu: XỬ TRÍ theo tổn thương.

- Khi người bệnh đau bụng, cần nhanh chóng rạch dọc bột ở phần bụng và rạch dọc bột từ bẹn trở xuống, để tiện cho việc theo dõi, thăm khám và xử trí. Theo dõi, nếu không phải XỬ TRÍ cấp cứu ngoại khoa, sẽ quấn tăng cường để trả lại nguyên trạng của bột sau.

- Bột bó 2 thì, thì 1 bột được bó khi chân được kéo rất căng trên khung, bó xong rồi chân người bệnh được giải phóng sức căng, chân sẽ dồn lên do lực co của cơ, dễ gây chèn ép và mép bột có thể thúc vào bẹn gây đau hoặc loét, nên phải quấn độn lót cho dầy, nhất là vùng bẹn, gối, cổ chân. Bó xong nên sửa mép bột ở bẹn cho rộng rãi.

## 311. NẮN, BÓ BỘT GÃY 1/3 GIỮA XƯƠNG ĐÙI

**I. ĐẠI CƯƠNG**

- Xương đùi là xương dài và to nhất, khỏe nhất trong bộ khung xương người, xung quanh có nhiều nhóm cơ khỏe bao bọc, do vậy gẫy xương đùi thường do sang chấn mạnh và di lệch nhiều.

- Xương trẻ em còn phát triển theo chiều dài và chiều ngang nên một khi xương bị gẫy, được kéo nắn thẳng và đủ chiều dài thì những di lệch gấp góc, di lệch sang bên, di lệch xoay ở mức độ vừa phải có thể sẽ tự điều chỉnh được theo thời gian.

**II. CHỈ ĐỊNH ĐIỀU TRỊ BẢO TỒN**

1. Gẫy xương đùi ở trẻ em dưới 10 tuổi chủ yếu điều trị bảo tồn, trẻ em 10 tuổi trở lên cần cân nhắc (trẻ em ở lứa tuổi này chỉ định mổ rộng rãi hơn).

2. Gẫy xương đùi người lớn, lẽ ra có chỉ định mổ, nhưng vì điều kiện y tế và tình trạng người bệnh không thể tiến hành phẫu thuật được.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

1. Gẫy hở độ II của Gustilo trở lên.

2. Gẫy xương kèm tổn thương mạch máu, thần kinh.

3. Chống chỉ định tương đối: không áp dụng cho những người quá già, yếu không thể mang được bột Chậu - lưng - chân (các trường hợp này có thể bó bột chống xoay, nhưng nên bó cao lên sát bẹn).

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

- Chuyên khoa xương: 4-5 người, ít nhất cũng là 4 (1 chính, 3 phụ).

- Chuyên khoa gây mê : 1 bác sĩ và 1 phụ mê.

**2. Phương tiện**

- Bàn nắn: bàn chỉnh hình Pelvie.

- Thuốc gây tê hoặc gây mê (nắn bó bột xương đùi hầu hết phải gây mê, chỉ gây tê với những trường hợp gẫy không lệch, gây tê khi này chỉ có tác dụng khi vận chuyển người bệnh lên bàn Pelvie và tiến hành bó bột, để người bệnh khỏi bị đau mà thôi).

- Bột thạch cao: 15 cuộn bột khổ 20 cm; 2-3 cuộn bột khổ 15 cm. Trẻ em thì tùy theo tuổi, kích thước cơ thể để chuẩn bị bột.

- Bông lót, cồn 70o, dây và dao rạch dọc, dụng cụ gây mê hồi sức, o xy, dịch truyền, nước ngâm 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 áo.

- 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 chỉnh hình.

- Gây mê, tốt nhất có giãn cơ.

- Trước hết kéo thẳng trục sửa di lệch chồng, kéo từ từ cho đến khi lấy đủ chiều dài so với chân lành (thường kéo dài hơn một chút). Tiếp theo người nắn chính sẽ căn cứ hình ảnh trên phim XQ mà nắn chỉnh các di lệch theo thứ tự: di lệch sang bên, di lệch gấp góc. Sau đó xoay dựng thẳng bàn chân để cố định tư thế bó bột.

**2. Bất động**

***2.1. Với gẫy 1/3 dưới:*** bó bột Chậu - lưng - chân. Bó bột Chậu - lưng - chân gồm 2 thì:

*2.1.1. Thì 1:* bó bột Chậu - lưng - đùi: (bó từ khung chậu đến gối).

- Người bệnh được đặt nằm trên bàn như đã mô tả ở trên, hai bàn chân được cố định chặt vào 2 đế giầy của khung kéo. Với người bệnh nam, nhớ vén bìu người bệnh lên để khi kéo nắn bìu không bị kẹt vào ống đối lực.

- Quay vô lăng để căng chỉnh, nắn xương gẫy (như mô tả ở trên). Chân bên lành cũng được căng chỉnh làm đối lực, nhưng lực căng thường giảm hơn bên chân có tổn thương.

- Chỉnh 2 khung đỡ 2 chân cho chân dạng ra và xoay vào rồi cố định khung lại (bằng cờ-lê có sẵn). Quấn giấy vệ sinh hoặc bông lót toàn bộ vùng định bó bột (nên quấn lót rộng rãi hơn phần bó bột).

- Đo chu vi khung chậu và dùng bột khổ lớn nhất (20 cm) để rải 1 đai bột to, rộng (thường rộng từ 20 cm trở lên, tùy hình thể người bệnh), đủ dài để bó vòng quanh khung chậu và bụng. Ngâm bột nhanh, vắt ráo nước, vuốt phẳng đai bột, luồn qua dưới lưng người bệnh. Bên kia, trợ thủ viên đón đầu đai bột. Đưa 2 đầu đai bột gặp nhau và gối lên nhau ở trước giữa bụng. Nên đặt 1 gối mỏng trước bụng, bó xong thì rút bỏ để tránh bột chặt khi người bệnh ăn no.

- Rải tiếp 2 nẹp bột to bản nữa, đủ dài:

+ 1 nẹp đặt từ trước bụng bên tổn thương, gối lên phần đai bột đã đặt trước đó (đai bột vòng quanh khung chậu và bụng). Quấn bắt chéo qua cung đùi ra ngoài, để ra sau đùi, quấn chéo từ trên xuống dưới, từ ngoài vào trong cho hết nẹp bột.

+ 1 nẹp bột nữa tương tự, nhưng quấn chéo và xoáy trôn ốc theo chiều ngược lại với nẹp bột trên. Xuất phát điểm từ sau mào chậu, quấn vòng từ trên xuống dưới, qua mào chậu để từ ngoài vào trong, từ trước ra sau và cuối cùng từ trong ra ngoài cho hết chiều dài của nẹp bột. Mép trên của nẹp bột trùng với cung đùi. Có thể đặt 2 nẹp bột trên không bắt chéo mà song song nhau, cùng chiều nhau, gối nhau 1 ít, đỡ bị cộm.

- Dùng bột rải kiểu Zích-zắc tăng cường vùng trước bẹn. Đến đây coi như xong phần rải và đặt các nẹp bột.

- Quấn bột: dùng bột to bản (cỡ 20 cm) quấn từ trên xuống dưới, đến gối thì dừng lại (có thể bó xuống đến 1/3 dưới cẳng chân), quấn ngược lên trên, quấn lên quấn xuống như vậy đến khi cảm thấy đủ dầy thì được. Nhớ quấn bổ sung cho đai bột ở xung quanh bụng và khung chậu đã được đặt ban đầu. Cũng như các loại bột bó 2 thì khác, chỗ bột nối nhau giữa 2 thì nên bó mỏng dần để khi bó bột thì 2,bột gối lên nhau khỏi bị cộm.

*2.1.2. Thì 2:*

- Cắt băng cố định cổ bàn chân khỏi đế giày.

- Đưa người bệnh sang bàn nắn thường để bó nốt bột Cẳng - bàn chân (như bó bột Cẳng - bàn chân). Xong rồi thì xoa vuốt, chỉnh trang lần cuối.

- Nếu bó bột Chậu - lưng - chân-đùi, phần bột đùi đối diện được bó đồng thời với bên đùi tổn thương, đặt các nẹp và kỹ thuật bó tương tự như bên đùi tổn thương.

- Lau chùi sạch các ngón chân để dễ theo dõi.

- Bột cấp cứu: vẫn rạch dọc bột từ bẹn trở xuống.

***2.2. Với gẫy 1/3 trên và 1/3 giữa:*** bó bột Chậu - lưng - chân-đùi (nghĩa là bó bột Chậu - lưng - chân bên tổn thương, bó thêm đùi bên lành nữa).

**3. Thời gian bất động bột:** với người lớn trung bình 12 tuần (với trẻ em, tùy theo tuổi). Sau 1 tuần chụp kiểm tra, nếu có di lệch thứ phát thì nắn lại (như nắn lần đầu), hoặc chuyển mổ kết hợp xương có chuẩn bị. Nếu không di lệch thứ phát, sau 2-3 tuần nữa thay bột, tránh hiện tượng di lệch thêm do lỏng bột (bó bột lần này vì xương đã có can non, không cần thiết phải gây mê).

**VI. THEO DÕI**

- Nhẹ: theo dõi điều trị ngoại trú.

- Nặng, có tổn thương phối hợp, sưng nề: cho vào viện theo dõi điều trị nội trú.

**VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ**

- Tai biến mạch máu, thần kinh: rất hiếm gặp. Có thể gặp tổn thương động mạch đùi chung, động mạch đùi nông, động mạch đùi sâu: XỬ TRÍ theo tổn thương.

- Khi người bệnh đau bụng, cần nhanh chóng rạch dọc bột ở phần bụng và rạch dọc bột từ bẹn trở xuống, để tiện cho việc theo dõi, thăm khám và xử trí. Theo dõi, nếu không phải XỬ TRÍ cấp cứu ngoại khoa, sẽ quấn tăng cường để trả lại nguyên trạng của bột sau.

- Bột bó 2 thì, thì 1 bột được bó khi chân được kéo rất căng trên khung, bó xong rồi chân người bệnh được giải phóng sức căng, chân sẽ dồn lên do lực co của cơ, dễ gây chèn ép và mép bột có thể thúc vào bẹn gây đau hoặc loét, nên phải quấn độn lót cho dầy, nhất là vùng bẹn, gối, cổ chân. Bó xong nên sửa mép bột ở bẹn cho rộng rãi.

## 312. NẮN, BÓ BỘT GÃY 1/3 DƯỚI XƯƠNG ĐÙI

**I. ĐẠI CƯƠNG**

- Xương đùi là xương dài và to nhất, khỏe nhất trong bộ khung xương người, xung quanh có nhiều nhóm cơ khỏe bao bọc, do vậy gẫy xương đùi thường do sang chấn mạnh và di lệch nhiều.

- Xương trẻ em còn phát triển theo chiều dài và chiều ngang nên một khi xương bị gẫy, được kéo nắn thẳng và đủ chiều dài thì những di lệch gấp góc, di lệch sang bên, di lệch xoay ở mức độ vừa phải có thể sẽ tự điều chỉnh được theo thời gian.

**II. CHỈ ĐỊNH ĐIỀU TRỊ BẢO TỒN**

1. Gẫy xương đùi ở trẻ em dưới 10 tuổi chủ yếu điều trị bảo tồn, trẻ em 10 tuổi trở lên cần cân nhắc (trẻ em ở lứa tuổi này chỉ định mổ rộng rãi hơn).

2. Gẫy xương đùi người lớn, lẽ ra có chỉ định mổ, nhưng vì điều kiện y tế và tình trạng người bệnh không thể tiến hành phẫu thuật được.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

1. Gẫy hở độ II của Gustilo trở lên.

2. Gẫy xương kèm tổn thương mạch máu, thần kinh.

3. Chống chỉ định tương đối: không áp dụng cho những người quá già, yếu không thể mang được bột Chậu - lưng - chân (các trường hợp này có thể bó bột chống xoay, nhưng nên bó cao lên sát bẹn).

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

- Chuyên khoa xương: 4-5 người, ít nhất cũng là 4 (1 chính, 3 phụ).

- Chuyên khoa gây mê : 1 bác sĩ và 1 phụ mê.

**2. Phương tiện**

- Bàn nắn: bàn chỉnh hình Pelvie.

- Thuốc gây tê hoặc gây mê (nắn bó bột xương đùi hầu hết phải gây mê, chỉ gây tê với những trường hợp gẫy không lệch, gây tê khi này chỉ có tác dụng khi vận chuyển người bệnh lên bàn Pelvie và tiến hành bó bột, để người bệnh khỏi bị đau mà thôi).

- Bột thạch cao: 15 cuộn bột khổ 20 cm; 2-3 cuộn bột khổ 15 cm. Trẻ em thì tùy theo tuổi, kích thước cơ thể để chuẩn bị bột.

- Bông lót, cồn 70o, dây và dao rạch dọc, dụng cụ gây mê hồi sức, o xy, dịch truyền, nước ngâm 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 áo.

- 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**

***1.1. Với cả 4 loại gẫy đầu dưới xương đùi ít di lệch***

- Tư thế người bệnh: nằm ngửa trên bàn nắn thông thường.

- Hút máu tụ khớp gối (với gẫy nội khớp), kéo nắn tùy theo kiểu di lệch.

***1.2. Với gẫy trên lồi cầu có di lệch***

- Người bệnh đặt nằm ngửa trên bàn thường, gây tê hoặc gây mê, xong đưa lên cố định trên bàn chỉnh hình.

- Cố định chân định nắn vào khung kéo ở tư thế trùng gối, trợ thủ dùng cẳng tay đặt dưới khoeo người bệnh để gồng lên, người nắn chính sẽ tiến hành nắn tùy theo kiểu di lệch như thế nào (căn cứ phim XQ), khi thấy được thì từ từ duỗi dần gối ra, đặt dây rạch dọc và bó bột Chậu - lưng - chân, tư thế gối chùng 130o.

***1.3.Với gẫy lồi cầu trong, lồi cầu ngoài và gẫy liên lồi cầu:*** cũng trên bàn chỉnh hình, nhưng kéo nắn trong tư thế gối duỗi. Các thì giống với gẫy trên lồi cầu.

**2. Bất động bột**

***2.1. Gẫy trên lồi cầu, gẫy liên lồi cầu: cần bó bột Chậu - lưng - chân***

Bó bột Chậu - lưng - chân gồm 2 thì:

*2.1.1. Thì 1:* bó bột Chậu - lưng - đùi: (bó từ khung chậu đến gối).

- Người bệnh được đặt nằm trên bàn như đã mô tả ở trên, hai bàn chân được cố định chặt vào 2 đế giầy của khung kéo. Với người bệnh nam, nhớ vén bìu người bệnh lên để khi kéo nắn bìu không bị kẹt vào ống đối lực.

- Quay vô lăng để căng chỉnh, nắn xương gẫy (như mô tả ở trên). Chân bên lành cũng được căng chỉnh làm đối lực, nhưng lực căng thường giảm hơn bên chân có tổn thương.

- Chỉnh 2 khung đỡ 2 chân cho chân dạng ra và xoay vào rồi cố định khung lại (bằng cờ-lê có sẵn). Quấn giấy vệ sinh hoặc bông lót toàn bộ vùng định bó bột (nên quấn lót rộng rãi hơn phần bó bột).

- Đo chu vi khung chậu và dùng bột khổ lớn nhất (20 cm) để rải 1 đai bột to, rộng (thường rộng từ 20 cm trở lên, tùy hình thể người bệnh), đủ dài để bó vòng quanh khung chậu và bụng. Ngâm bột nhanh, vắt ráo nước, vuốt phẳng đai bột, luồn qua dưới lưng người bệnh. Bên kia, trợ thủ viên đón đầu đai bột. Đưa 2 đầu đai bột gặp nhau và gối lên nhau ở trước giữa bụng. Nên đặt 1 gối mỏng trước bụng, bó xong thì rút bỏ để tránh bột chặt khi người bệnh ăn no.

- Rải tiếp 2 nẹp bột to bản nữa, đủ dài:

+ 1 nẹp đặt từ trước bụng bên tổn thương, gối lên phần đai bột đã đặt trước đó (đai bột vòng quanh khung chậu và bụng). Quấn bắt chéo qua cung đùi ra ngoài, để ra sau đùi, quấn chéo từ trên xuống dưới, từ ngoài vào trong cho hết nẹp bột.

+ 1 nẹp bột nữa tương tự, nhưng quấn chéo và xoáy trôn ốc theo chiều ngược lại với nẹp bột trên. Xuất phát điểm từ sau mào chậu, quấn vòng từ trên xuống dưới, qua mào chậu để từ ngoài vào trong, từ trước ra sau và cuối cùng từ trong ra ngoài cho hết chiều dài của nẹp bột. Mép trên của nẹp bột trùng với cung đùi. Có thể đặt 2 nẹp bột trên không bắt chéo mà song song nhau, cùng chiều nhau, gối nhau 1 ít, đỡ bị cộm.

- Dùng bột rải kiểu Zích-zắc tăng cường vùng trước bẹn. Đến đây coi như xong phần rải và đặt các nẹp bột.

- Quấn bột: dùng bột to bản (cỡ 20 cm) quấn từ trên xuống dưới, đến gối thì dừng lại (có thể bó xuống đến 1/3 dưới cẳng chân), quấn ngược lên trên, quấn lên quấn xuống như vậy đến khi cảm thấy đủ dầy thì được. Nhớ quấn bổ sung cho đai bột ở xung quanh bụng và khung chậu đã được đặt ban đầu. Cũng như các loại bột bó 2 thì khác, chỗ bột nối nhau giữa 2 thì nên bó mỏng dần để khi bó bột thì 2,bột gối lên nhau khỏi bị cộm.

*2.1.2. Thì 2:*

- Cắt băng cố định cổ bàn chân khỏi đế giày.

- Đưa người bệnh sang bàn nắn thường để bó nốt bột Cẳng - bàn chân (như bó bột Cẳng - bàn chân). Xong rồi thì xoa vuốt, chỉnh trang lần cuối.

- Nếu bó bột Chậu - lưng - chân-đùi, phần bột đùi đối diện được bó đồng thời với bên đùi tổn thương, đặt các nẹp và kỹ thuật bó tương tự như bên đùi tổn thương.

- Lau chùi sạch các ngón chân để dễ theo dõi.

- Bột cấp cứu, vẫn rạch dọc bột từ bẹn trở xuống.

***2.2.Gẫy 1 trong 2 lồi cầu, gẫy trên lồi cầu và liên lồi cầu nhưng không di lệch***bó bột Đùi - cẳng - bàn chân rạch dọc (có thể làm thêm que ngang chống xoay).

**3. Thời gian bất động bột: với người lớn trung bình 8 tuần** (trẻ em, thời gian ngắn hơn, tùy theo tuổi).

- Sau 1 tuần chụp kiểm tra: Nếu tốt: thay bột tròn. Nếu di lệch thứ phát: nắn thêm (với gẫy trên lồi cầu), hoặc chuyển mổ có chuẩn bị (với gẫy nội khớp).

- Sau 3 tuần có thể thay bột, tránh hiện tượng xương di lệch thêm do lỏng bột.

**VI. THEO DÕI**

- Nhẹ: theo dõi điều trị ngoại trú.

- Nặng, có tổn thương phối hợp, sưng nề: cho vào viện theo dõi điều trị nội trú.

**VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ**

- Tai biến mạch máu, thần kinh: rất hiếm gặp. Có thể gặp tổn thương động mạch đùi chung, động mạch đùi nông, động mạch đùi sâu: XỬ TRÍ theo tổn thương.

- Khi người bệnh đau bụng, cần nhanh chóng rạch dọc bột ở phần bụng và rạch dọc bột từ bẹn trở xuống, để tiện cho việc theo dõi, thăm khám và xử trí. Theo dõi, nếu không phải XỬ TRÍ cấp cứu ngoại khoa, sẽ quấn tăng cường để trả lại nguyên trạng của bột sau.

- Bột bó 2 thì, thì 1 bột được bó khi chân được kéo rất căng trên khung, bó xong rồi chân người bệnh được giải phóng sức căng, chân sẽ dồn lên do lực co của cơ, dễ gây chèn ép và mép bột có thể thúc vào bẹn gây đau hoặc loét, nên phải quấn độn lót cho dầy, nhất là vùng bẹn, gối, cổ chân. Bó xong nên sửa mép bột ở bẹn cho rộng rãi.

## 313. NẮN, BÓ BỘT TRẬT KHỚP HÁNG BẨM SINH

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Định nghĩa: bó bột Hip Spica Cast trong điều trị trật khớp háng bẩm sinh là biện  
pháp cố định lại chỏm xương đùi của trẻ bị trật khớp háng hoàn toàn hoặc bán trật  
khớp háng bẩm sinh.

**II. CHỈ ĐỊNH**

- Trẻ trật khớp háng bẩm sinh hoàn toàn dưới 36 tháng tuổi.

- Trẻ bán trật khớp háng, viêm chỏm xương đùi vô khuẩn..

- Sau [phẫu thuật](http://khamgiodau.com/s/Ph%E1%BA%ABu%20thu%E1%BA%ADt.html) khớp háng, sau tiêm Botox trên trẻ bại não.

**III.CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Trẻ trật khớp háng bẩm sinh trên 36 tháng tuổi.

- Các tình trạng nhiễm khuẩn, nhiễm trùng sâu vùng khung chậu, khớp háng.

- Trẻ mắc nhiều dị tật bẩm sinh như cứng đa khớp, thoát vị não tủy....

**IV. CHUẨN BỊ**

1. Người thực hiện: Bác sỹ chuyên khoa Phục hồi chức năng, kỹ thuật viên chỉnh hình, kỹ thuật viên Vật lý trị liệu.

2. Phương tiện

- Băng cotton hoặc giấy vệ sinh, bột bó.

- Thuốc: thuốc giảm đau (Paracetamol…), thuốc khử trùng (Betadine).

3. Người bệnh: Trẻ đặt nằm trên bàn bó bột, bộc lộ toàn bộ vùng thắt lưng và chi dưới.  
**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

1. Tâm lý tiếp xúc

Giải thích rõ cho cha mẹ bệnh nhi và người nhà hiểu được tình trạng bệnh tật  
của trẻ và các bước sẽ tiến hành để tạo ra sự hợp tác chặt chẽ và tuân thủ.

2. Bó bột chỉnh hình Hip Spica Cast

- Trẻ được đặt nằm ngửa trên bàn bó bột bộc lộ toàn bộ vùng ngực -bụng- thắt lưng và hai chân. Làm vệ sinh sạch và khô.

- Tiến hành bó bột:

+ Quấn toàn bộ vùng thắt lưng-hông-đùi, hoặc thắt lưng-hông-đùi-cẳng-bàn chân  
bằng băng cotton hoặc giấy vệ sinh.

+ Quấn bột từ vùng thắt lưng-hông-đùi (Short Leg-Hip Spica Cast) hoặc thắt lưng-  
hông-đùi-cẳng chân và bàn chân (Long Leg-Hip Spica Cast).Người bệnh được bó bột tư thế ếch với khớp háng hai bên gấp về phía bụng và dạng.

+ Giữ chân trẻ ở tư thế này đến khi khô bột.

+ Cố định bột trong 2 - 4 - 8 - 12 tuần(tùy thuộc lứa tuổi bắt đầu bó bột).

+ Tháo bột, làm vệ sinh sạch chân trẻ, bôi Betadine vào chỗ loét, xước.

**VI . THEO DÕI**

- Theo dõi sau bó bột tại nhà: Nếu các ngón chân sưng, tím, hoặc trẻ xuất hiện sốt và quấy khóc không rõ nguyên nhân cần tháo bột ngay để kiểm tra.

- Thời gian bó bột: 2 tuần/ đợt, khoảng 04- 06 đợt.

- Cuối đợt bó cần chụp kiểm tra để xem vị trí chỏm xương đùi và ổ chảo đã vào đúng vị trí.

**VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ**

- Gây tỳ đè dẫn đến viêm hoặc loét da và tổ chức dưới da

- Tổn thương phần mềm như gân, cơ, dây chằng.

- Teo cơ và giảm vận động do bất động lâu.

## 314. NẮN, BÓ BỘT GÃY XƯƠNG HÀM

## 315. NẮN, BÓ BỘT CỘT SỐNG

**I. ĐẠI CƯƠNG**

- Gẫy cột sống lưng thắt lưng là tổn thương các thành phần của đốt sống từ T1 (còn gọi D1) đến L5. Gẫy cột sống từ L2 trở lên dễ gây tổn thương cho tủy. Gẫy cột sống thấp (từ L3 trở xuống) tủy sống đã chia nhánh thành các rễ thần kinh, ống tủy lại rộng, nên thường chỉ bị rối loạn cảm giác và cơ tròn.

- Khoảng 90% trong số gẫy cột sống rơi ở vùng lưng và thắt lưng, chủ yếu ở T11, T12 (D11, D12) và L1 là vùng bản lề cột sống (giữa phần cột sống cố định và phần cột sống di động).

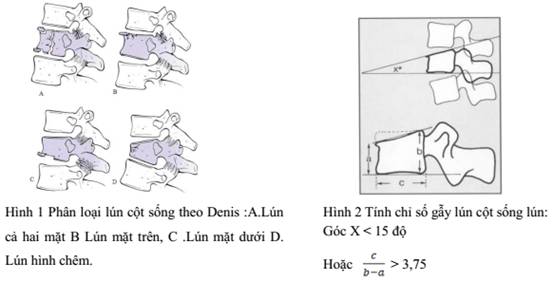
- Trong đó khoảng 15-20% gẫy có kèm theo tổn thương thần kinh, do mảnh vỡ của xương chèn ép. Hầu hết khi có tổn thương tủy đều ít nhiều để lại di chứng.

- Điều trị bảo tồn nắn chỉnh bó bột chỉ khi gẫy cột sống vững và không có dấu hiệu tổn thương thần kinh.

**II. CHỈ ĐỊNH**

- Gẫy vững, gẫy cột sống dạng lún (theo phân loại của Denis).

- Gẫy một phần riêng lẻ của 1 thân đốt sống: gai ngang, gai sau, một diện khớp.



**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

1. Người già trên 70 tuổi, sức khỏe yếu không chịu được bột.

2. Loét trên da vùng tỳ của bột, loét da vùng lưng, đang mang hậu môn nhân tạo.

3. Đa chấn thương, hoặc đang theo dõi chấn thương bụng, ngực.

4. Các bệnh phổi, suy tim, đái đường, suy kiệt nặng.

5. Các trường hợp người bệnh không nằm sấp được (hôn mê,thở máy, gẫy đùi, vỡ xương chậu...).

6. Chống chỉ định tương đối: gẫy cột sống có liệt tủy.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

Kỹ thuật viên:Yêu cầu 3-4 kỹ thuật viên chuyên khoa xương (không gây mê để bó bột gẫy cột sống, nên thường không cần bác sỹ gây mê).

**2. Phương tiện**

- Hai bàn có độ cao khác nhau (bàn cao hơn có thể thay bằng 1 ghế đẩu cao hơn cũng được). Bàn cao hơn được đỡ tay và đầu, còn bàn thấp đỡ phần chậu hông và 2 chân (từ phần 1/3 trên đùi trở xuống) khi người bệnh nằm sấp để bó bột.

- Bột, bông lót, dao cắt sửa bột...

**3. Người bệnh**

- Được động viên, giải thích kỹ về mục đích và trình tự thủ thuật để họ yên tâm.

- Được thăm khám kỹ toàn thân, tránh bỏ sót tổn thương, nguy hiểm khi bó bột.

**4. Hồ sơ:** Ghi hồ sơ tình trạng thần kinh trước khi làm bột và sau khi làm bột.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH NẮN BÓ BỘT**

**1. Người bệnh**

- Tư thế: đầu tiên nằm ngửa để tiêm thuốc giảm đau hoặc lấy ven, cởi bỏ quần áo, vệ sinh thân thể. Sau đó lật sấp người bệnh bằng cách: 1 người đỡ vai, 1 người đỡ chậu hông cùng đồng thời lật người bệnh sấp xuống (như lật 1 tấm ván gỗ), tránh động tác lật sấp người bệnh giữa vai và chậu hông không đồng thời làm lưng người bệnh bị xoắn vặn (như kiểu vắt ráo nước một cái khăn mặt trước khi đem phơi), để tránh gây tổn thương cho xương và tủy sống. 2 người kéo 2 bên nách người bệnh về phía ghế đẩu hoặc bàn cao hơn đã được kê cách bàn nắn chừng 50-60 cm từ trước đó. Để người bệnh khoanh 2 tay đặt trên ghế đẩu (hoặc bàn cao đã nói ở trên), cằm để tựa lên 2 tay. Hoặc lót 1 gối ở ghế đẩu (hoặc bàn nói trên) để người bệnh đặt cằm lên, 2 tay người bệnh giữ chắc vào thanh ngang của chân ghế đẩu (hoặc bàn). Nếu bàn nắn là dạng bàn mổ, thì bắt đầu từ từ quay vô lăng cho phần thân bàn thõng xuống, nhằm giải phóng toàn bộ ngực và bụng người bệnh để chuẩn bị nắn bó bột.

- Vô cảm : Feldene 20mg tiêm bắp 1 ống trước khi làm thủ thuật 30 phút, hoặc có thể gây tê tại chỗ bằng Xylocaine (hoặc Lidocaine) 0,5% x 10-15 ml sau khi người bệnh đã được lật nằm sấp.

**2. Các bước tiến hành**

***2.1. Nắn***

- Một người giữ hông người bệnh xuống bàn (có thể không giữ mà dùng 1 đai vải to bản, cố định chắc xuống bàn tương tự như để nắn trật khớp háng, chỉ khác là người bệnh nằm sấp, trong khi nắn trật khớp háng thì người bệnh nằm ngửa).

- Một người đỡ phần bụng (hoặc 2 người luồn tay bắt chéo đỡ dưới bụng người bệnh rồi từ từ bỏ dần ra, cho bụng người bệnh võng xuống theo trọng lượng). Lưng người bệnh sẽ ưỡn dần, bụng người bệnh vì thế cũng võng dần xuống do không có điểm tỳ. Do trọng lượng, phần thân thể người bệnh kéo xuống theo chiều hướng tâm, sẽ tạo hiệu ứng nắn cho cột sống cong võng ra phía trước 1 cách tự nhiên, an toàn và hiệu quả.

**2.2. Bất động**

- Quấn bông quanh người. Tại vị trí bột tiếp xúc, phần tỳ đè độn bông dày hơn.

- Đặt 1 nẹp bột to bản và đủ dài dọc sau chính giữa cột sống.

- Đặt 2 nẹp bột to bản và dài, đủ gặp nhau và gối 2 đầu lên nhau ở phía trước bụng (1 nẹp ở phần lồng ngực, 1 nẹp ở phần chậu hông).

- Đặt 1 nẹp bột ngắn hơn, ở giữa 2 nẹp trên, 2 đầu cách nhau, tận cùng ở 2 bên rốn (phần bột ngắn này sẽ là phần cửa sổ bột sẽ khoét bỏ đi sau khi bó xong).

- Quấn bột xung quanh lưng, ngực, bụng. với 5 điểm tỳ: xương ức, xương mu, hai bờ gai chậu và cột sống.

- Để bột khô, sau đó lật ngửa người bệnh lên bàn nắn thông thường.

- Khoét bỏ bột ở vùng bụng trên thành một hình tròn hoặc hình ovan (cửa sổ bột) đường kính khoảng 15-17 cm, bắt đầu từ phía mũi ức để người bệnh dễ chịu hơn sau khi ăn no. Một số người bệnh có nhũ hoa to, bột chèn ép hô hấp, phải khoét thêm bột để giải phóng hai bên ngực.

- Cắt xén, sửa sang các mép bột, chỉnh trang bột cho đẹp, đặc biệt vùng nách, xương mu, 2 bên mào chậu.

***2.3. Thời gian bất động trung bình:*** 6-8 tuần.

Với trường hợp già yếu, có bệnh toàn thân nặng, không đủ điều kiện bó bột yếm, thì mặc áo chỉnh hình.

**VI. THEO DÕI**

Chủ yếu là điều trị ngoại trú, vì người bệnh nặng hầu hết đã mổ và điều trị nội trú. Lưu ý các vấn đề sau:

1. Có thể gây liệt tủy thứ phát: đề phòng bằng vận chuyển, bó bột nhẹ nhàng.

2. Khó thở, khó chịu khi ăn no: đề phòng bằng cách làm cửa sổ bột, ăn ít một.

3. Chống loét tại vị trí tỳ đè.

4. Sau 3 ngày đỡ cho ngồi dậy, sau 2 tuần cho tập đứng, có người đỡ, sau 3 tuần tập đi có người đỡ . Nếu vỡ bột thay vào tuần thứ 4. Để bột tổng thời gian 6-8 tuần, sau khi tháo bột người bệnh còn đau, mặc thêm áo chỉnh hình 2-3 tuần.

## 316. NẮN, BÓ BỘT TRẬT KHỚP VAI

**I. ĐẠI CƯƠNG**

- Khớp vai là 1 khớp chỏm (có chỏm khớp và ổ khớp), chỏm khớp thì to, ổ khớp lại nhỏ và nông nên khớp vai rất dễ bị trật (chiếm 50-60% , hay gặp nhất trong tất cả các loại trật khớp). Bao khớp và dây chằng rộng và yếu ở phía trước và phía trước trong, nên hay gặp trật khớp vai kiểu ra trước và vào trong.

- Người ta phân loại trật khớp vai ra nhiều loại, theo kiểu trật và theo thời gian đến sớm hay muộn. Về kiểu trật, hầu hết gặp kiểu trật ra trước và vào trong.

- Nguyên nhân thường là lực tác động gián tiếp (ngã chống tay).

- Nếu đến sớm việc nắn rất đơn giản và hiệu quả, nếu đến muộn (vài tuần trở lên) việc điều trị trở nên rất khó khăn, kể cả bằng điều trị bằng phẫu thuật.

**II. CHỈ ĐỊNH NẮN BẢO TỒN TRẬT KHỚP VAI**

1. Trật khớp kín.

2. Trật khớp vai đến sớm (3 tuần trở lại).

3. Trật khớp vai đơn thuần (không có kèm gẫy xương vùng vai).

4. Trật khớp vai có kèm gẫy xương vùng vai nhưng không di lệch, ít di lệch.

5. Trật khớp vai kèm gẫy xương vùng vai di lệch, có chỉ định mổ kết hợp xương nhưng chưa thể mổ được, hoặc người bệnh không đủ điều kiện mổ, không chấp nhận mổ...Trường hợp này cần phải nắn khớp vai vào đã, việc mổ xương tính sau (mổ kết hợp xương có chuẩn bị).

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

1. Trật khớp hở chưa XỬ TRÍ phẫu thuật.

2. Trật khớp vai đến quá muộn (trên 01 tháng).

3. Không phải chống chỉ định tuyệt đối, nhưng cần cân nhắc trong các trường hợp trật khớp vai kèm gẫy các xương vùng vai có di lệch (gẫy cổ xương cánh tay, gẫy xương bả vai...).

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

Chuyên khoa chấn thương: 3 người (1 chính, 2 trợ thủ viên). Nếu gây mê: thêm 2 chuyên khoa gây mê (1 gây mê, 1 phụ mê).

**2. Phương tiện**

- 01 bàn nắn thông thường (tốt nhất là bàn kiểu bàn mổ), bàn bằng chất liệu gì thì cũng đòi hỏi phải nặng, được cố định chắc chắn xuống sàn nhà, để khi kéo nắn bàn không bị trôi theo lực kéo. Bàn có 1 mấu ngang để giữ đai đối lực khi kéo nắn.

- Bột thạch cao: với người lớn cần 4-5 cuộn cỡ lớn (15-20 cm).

- Giấy vệ sinh hoặc bông lót: 02 cuộn.

- Các dụng cụ cho gây tê hoặc gây mê: bơm tiêm, bông cồn 70o, nếu gây tê, thuốc tê 3-4 ống Lidocaine 1% (hoặc Xylocaine), pha loãng trong khoảng 10 ml nước cất (hoặc huyết thanh mặn 0,9%).

- Nước ngâm bột: đủ để ngâm chìm các cuộn bột, không dùng nước đã dùng ngâm bột quá nhiều lần, nước quánh đặc sẽ khó ngấm đều trong bột. Mùa đông phải dùng nước ấm ngâm bột, vì trong quá trình bó bột, bột sẽ hấp thu 1 nhiệt lượng đáng kể; nếu dùng nước lạnh, người bệnh dễ bị cảm lạnh.

**3. Người bệnh**

- Được thăm khám toàn diện, tránh bỏ sót tổn thương, nhất là những tổn thương lớn có thể gây tử vong trong quá trình nắn bó bột.

- Được giải thích kỹ mục đích của thủ thuật, quá trình tiến hành làm thủ thuật, để người bệnh khỏi bị bất ngờ, động viên để họ yên tâm, hợp tác tốt với thầy thuốc. Với bệnh nhi, cần giải thích cho bố mẹ hoặc người thân.

- Được vệ sinh sạch sẽ vùng vai và nách, cởi hoặc cắt bỏ tay áo bên tay trật.

- Với người bệnh gây mê, cần nhịn ăn uống ít nhất 5-6 giờ, tránh nôn hoặc hiện tượng trào ngược (nước hoặc thức ăn từ dạ dầy tràn sang đường thở gây tắc thở).

**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 BÓ BỘT TRẬT KHỚP VAI**

**1. Người bệnh: với người bệnh gây tê và gây mê cũng giống nhau.**

- Tư thế người bệnh: nằm ngửa.

- Được giải thích kỹ mục đích và quá trình tiến hành thủ thuật để họ yên tâm, phối hợp tốt với thầy thuốc trong quá trình làm thủ thuật.

- Được vệ sinh sạch sẽ vùng vai bằng xà phòng, đặc biệt vùng nách.

- Cởi bỏ áo (trời lạnh nên phủ ấm ngực, chỉ để bộc lộ vai và tay bên tổn thương).

- Với người bệnh gây mê: cần nhịn ăn uống ít nhất 5-6 giờ, có tờ cam kết chấp nhận thủ thuật (tương tự cam kết chấp nhận phẫu thuật).

**2. Các bước tiến hành nắn bó bột trật khớp vai**

Như ở trên đã nói, trật khớp vai hầu hết là ra trước và vào trong. Khuôn khổ bài có hạn, chúng tôi chỉ nói cách nắn kiểu trật khớp vai ra trước và vào trong. Các kiểu trật khác có vỡ xương, nên thường phải mổ.

***2.1 Nắn:***Có rất nhiều cách nắn, tùy trường phái. Ở đây chúng tôi chỉ nói 2 phương pháp nắn hay dùng nhất:

*2.1.1. Phương pháp Hypocrates (còn gọi là phương pháp gót chân):* là một trong những phương pháp kinh điển nhất, đơn giản, an toàn, lại hiệu quả, là phương pháp đang được rất nhiều bệnh viện sử dụng. Mô tả:

- Người bệnh nằm ngửa trên ván cứng đặt dưới sàn hoặc trên bàn, người nắn ngồi hoặc đứng cùng bên tổn thương (ví dụ người bệnh bị trật khớp vai bên trái thì người nắn ở về bên trái người bệnh, người bệnh nằm trên sàn thì người nắn ngồi, người bệnh nằm trên bàn thì người nắn đứng). Người nắn cho gót chân cùng bên (ví dụ người bệnh trật khớp vai trái thì người nắn dùng gót chân trái) vào hõm nách người bệnh làm đối lực, 2 tay cầm cổ tay người bệnh kéo theo trục tay người bệnh, hơi dạng (khoảng 20-25o). Kéo từ từ và mạnh dần khoảng 5-7 phút, dùng gót chân bẩy nhẹ chỏm xương cánh tay ra ngoài, từ từ xoay cánh tay ra ngoài và khép cánh tay lại, đồng thời rút gót chân ra. Lúc này sẽ có cảm giác nghe thấy tiếng “khục”, có thể cảm nhận được tiếng “khục” truyền vào tay người nắn, nếu người nắn có kinh nghiệm, thế là khớp đã được nắn xong. Nếu thấy còn khó khăn, xoay nhẹ cánh tay theo trục vài lần trong quá trình kéo nắn, khớp sẽ vào dễ hơn.

- Nếu có vỡ mấu động lớn xương cánh tay kèm theo, chỉ cần nắn khớp, mấu động lớn trong hầu hết các trường hợp sẽ tự vào theo (nhiều khi chụp phim kiểm tra, mấu xương vào hoàn toàn, thậm chí có thể không trông thấy vết gẫy).

- Sau khi nắn xong, đỡ người bệnh ngồi dậy (nếu người bệnh gây tê), băng bất động tạm cánh tay và cẳng tay người bệnh vào thân người, khuỷu để 90o, chụp kiểm tra trước khi bó bột (hoặc bó bột xong mới cho chụp kiểm tra cũng được).

*2.1.2. Phương pháp Kocher: người bệnh cũng nằm ngửa, nắn qua 4 thì*

**- Thì 1:** Kéo thẳng cánh tay (tương tự cách nắn của Hyppocrates).

**- Thì 2:** Ép khuỷu và cánh tay vào thân người.

**- Thì 3:** Xoay cánh tay ra ngoài (có thể gấp khuỷu và đưa cổ tay ra ngoài để xoay ngoài cánh tay dễ hơn).

**- Thì 4:** Đưa cánh tay lên trên và vào trong (có thể lúc này bàn tay người bệnh sờ được vào tai bên đối diện).

Phương pháp này không nên dùng khi trật khớp lần đầu vì có thể gây tổn thương phần mềm, tuy nắn cách này đỡ tốn nhiều lực nhưng dễ gây gẫy xương do lực đòn bẩy. Thường nắn trong trật khớp vai tái diễn với kiểu trật vai ra trước và vào trong. Vì có thể xảy ra tai biến, nên người ít kinh nghiệm không nên áp dụng phương pháp này.

**2.2. Bất động:**thời gian bất động trung bình là 3 tuần.

- Với người trẻ, khỏe: bó bột Desault, với 2 tình huống gây tê và gây mê.

- Với người bệnh già yếu, có bệnh toàn thân, cong vẹo cột sống, người bệnh đang cho con bú, hoặc có thai trên 6 tháng thì nên mặc áo chỉnh hình bằng vải mềm.

**VI. THEO DÕI** (thường là theo dõi ngoại trú)

**VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ**

Gần như hiếm gặp tai biến, nếu có thì cũng chủ yếu là tai biến của gây mê. Về nắn, có thể gặp gẫy xương cánh tay ở người già, phòng ngừa bằng cách nắn nhẹ nhàng, không nắn thô bạo, không nắn cố.

## 317. NẮN, BÓ BỘT GÃY XƯƠNG ĐÒN

**I. ĐẠI CƯƠNG**

- Xương đòn là xương nằm ngang ở trước trên lồng ngực ngay dưới da. Có dạng  
chữ S.

- Xương đòn là xương duy nhất đảm bảo độ rộng của vai.:

- Gãy xương đòn thường gặp ở 1/3 ngoài phía dưới là mạch máu, thần kinh dưới  
đòn.

**II. CHỈ ĐỊNH**

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

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Gãy hở xương đòn.

- Gãy xương đòn kèm theo tràn khí, tràn máu màng phổi.

- Gãy xương đòn có tổn thương động mạch dưới đòn.

- Gãy xương đòn di lệch chồng mà lâm sàng biến dạng gồ ghề, xấu.

- Khớp giả xương đòn.

**IV. CHUẨN BỊ**

**Người thực hiện**: 03 người

- Bác sỹ: 01

- Kỹ thuật viên: 02

**Người bệnh:**

Sau tai nạn sinh hoạt, tai nạn lao động

Có chẩn đoán gãy xương đòn và có chỉ định điều trị bảo tồn.

Được giải thích kỹ mục đích của thủ thuật,quá trình tiến hành làm thủ thuật.

Được vệ sinh sạch sẽ, cởi bỏ áo

Với người bệnh gây mê cần nhịn ăn uống 6 giờ.

**Phương tiện:**

Thuốc gây mê tĩnh mạch hoặc gây tê tại chỗ

Bàn nắn.

Bột thạch cao: 4- 6 cuộn khổ 20cm (bột liền). 6- 8 cuộn khổ 20cm (bột tự cán).

Bông lót: 2-3 cuộn khổ 20 cuộn.

**Thời gian thực hiện thủ thuật:** 30- 40 phút.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**Tư thế:**

Người bệnh nằm ngửa trên bàn chỉnh hình để được gây mê hoặc gây tê tại chỗ.

**Vô cảm**

Gây mê tĩnh mạch

Gây tê tại ổ gãy

**Kỹ thuật:**

- Với người bệnh gây mê nắn trên bàn chỉnh hình.

- Với người bệnh gây tê

+ Sau gây tê cho người bệnh ngồi trên ghế tròn lưng ngay ngắn, hai vai ngang, hai

tay chống mạng xườn ưỡn ngực mắt nhìn thẳng đầu ngay ngắn.

+ Kỹ thuật viên 1. Đứng sau người bệnh, đầu gối tỳ vào 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.

+ Kỹ thuật viên 2. Bó bột số 8 hoặc bột Desault.

**VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

- Kiểm tra lại mạch và thần kinh ngay sau bó

- Khám lại sau 24 giờ kiểm tra xem có chèn ép không

- Nếu có dấu hiệu chèn ép cho nới bột ngay

- Kiểm tra mạch. Thần kinh, hoặc khó thở phải theo dõi 15 phút 1 lần hoặc  
chuyển mổ cấp cứu ngay.

## 318. NẮN, BÓ BỘT GÃY 1/3 TRÊN THÂN XƯƠNG CÁNH TAY

**I. ĐẠI CƯƠNG**

- Đây là phần xương xốp, gẫy ở trên chỗ bám tận cơ ngực lớn. Bao gồm các loại gẫy: gẫy cổ giải phẫu, gẫy cổ phẫu thuật, gẫy chỏm xương cánh tay, gẫy mấu động lớn, gẫy mấu động nhỏ và gẫy phức tạp đầu trên xương cánh tay.

- Nói là gẫy đầu trên xương cánh tay, nhưng ở bài này chủ yếu là nói về gẫy cổ giải phẫu xương cánh tay, còn gẫy cổ phẫu thuật, vỡ chỏm xương cánh tay (gẫy nội khớp) thì hầu hết phải mổ.

- Gẫy đầu trên xương cánh tay có thể có trật khớp vai kèm theo. Có 2 loại gẫy đầu trên xương cánh tay kèm trật khớp vai hay gặp là: trật khớp vai có vỡ mấu động lớn (chiếm 1/5 đến 1/4 các trường hợp trật khớp vai)) và trật khớp vai có gẫy cổ giải phẫu xương cánh tay (ít gặp). Khi trật khớp vai có vỡ mấu động lớn, việc nắn chỉnh thường đơn giản, chỉ cần nắn khớp vai, mấu động lớn sẽ tự vào theo rất tốt. Ngược lại, trật khớp vai có gẫy cổ xương cánh tay, việc nắn bảo tồn rất ít đạt kết quả, quá nửa trường hợp là thất bại, phải chuyển mổ.

**II. CHỈ ĐỊNH ĐIỀU TRỊ BẢO TỒN**

1. Gẫy xương kín. Gẫy hở độ I theo Gustilo.

2. Gẫy xương trẻ em.

3. Gẫy di lệch ít dưới 1cm và gấp góc dưới 45o.

4. Gẫy di lệch nhưng với người bệnh già, thể trạng kém, mắc các bệnh toàn thân... không mổ được.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

1. Gẫy hở độ II của Gustilo trở lên.

2. Gẫy kèm tổn thương mạch máu, thần kinh.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

- Chuyên khoa xương: 3 (1 chính, 2 trợ thủ).

- Người bệnh có gây mê: 1 bác sỹ gây mê, 1 phụ mê.

**2. Phương tiện**

- Bàn nắn: 1 bàn nắn thông thường.

- 1 ghế đẩu để người bệnh ngồi bó bột (khi không gây mê) và kê đầu bó bột (khi gây mê).

- 1 nẹp gỗ hoặc kim loại to bản, đủ dài, đủ cứng để kê lưng khi người bệnh gây mê phải nằm bó bột, bó xong thì rút bỏ.

- 1 gối mỏng độn ở ngực, bó xong thì rút bỏ, để người bệnh dễ thở và không gây khó chịu khi mang bột.

- Bột thạch cao: 3-4 cuộn bột cỡ 20 cm, 3-4 cuộn bột cỡ 15 cm.

**3. Người bệnh**

- Được thăm khám toàn diện, tránh bỏ sót tổn thương.

- 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 hoàn toàn áo.

- Với người bệnh gây mê, cần nhịn ăn uống ít nhất 5-6 giờ, tránh nôn sặc 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. Gẫy xương kiểu dạng**

- Người bệnh nằm ngửa, gây tê hoặc gây mê.

- Trợ thủ 1: 2 tay cầm cổ tay người bệnh kéo thẳng xuống dưới, tư thế dạng tay nhẹ.

- Người nắn chính luồn cẳng tay vào nách người bệnh để làm điểm tỳ kéo ra ngoài, trợ thủ 1 đồng thời bỏ 1 tay ra để nắm lấy khuỷu tay người bệnh khép khuỷu tay vào thân mình để bẩy đoạn gẫy dưới ra ngoài. Khi đó thường cảm thấy một tiếng rắc nhỏ là được. Có thể người nắn không luồn tay như mô tả ở trên, mà dùng 1 đai vải thứ 2 kéo phần trên của cánh tay (tương ứng với đầu trên của thân xương cánh tay) để nắn. Cũng có thể trợ thủ 1 vừa kéo, vừa cho gót chân của mình vào nách người bệnh để nắn, bẩy đầu thân xương đang rúc vào nách được bật ra phía ngoài, tương tự như nắn trật khớp vai kiểu Hyppocrates cũng được.

- Trường hợp bong sụn tiếp hợp ở thiếu niên di lệch nhiều đôi khi phải nắn rất khỏe, người bệnh nằm trên cáng, dùng gót chân làm điểm tựa để nắn di lệch .

**2. Gẫy xương kiểu khép**

- Người bệnh nằm ngửa, gây tê hoặc gây mê.

- Người phụ kéo thẳng theo trục cánh tay để sửa di lệch chồng, dạng dần cánh tay ra. Người nắn chính dùng một bàn tay đặt mặt ngoài cơ Delta đẩy vào trong để sửa di lệch góc mở vào trong. Sau đó người phụ từ từ khép dần cánh tay lại và giảm dần lực kéo. Người già và những người bệnh loãng xương: chỉ kéo nắn tối thiểu, tránh gẫy thêm xương, quan trọng nhất là vấn đề tập phục hồi chức năng sớm.

**3. Bất động**

- Với người bệnh trẻ, khỏe: sau khi nắn xong cho bó bột Desault. Thời gian bất động trung bình 3-4 tuần.

- Với người bệnh già yếu, béo phì, các bệnh lý về tim phổi mãn tính, gù vẹo cột sống…thì chỉ nắn tương đối nhẹ nhàng và bất động bằng áo chỉnh hình kiểu Desault. Thời gian mang áo chỉnh hình: 2-3 tuần, tháo ra tập vận động sớm khớp vai, người già bất động lâu hay gây viêm quanh khớp vai, cứng khớp.

**VI. THEO DÕI**

- Nhẹ thì theo dõi điều trị ngoại trú.

- Nặng hoặc tay sưng nề nhiều thì cho vào viện theo dõi nội trú, kiểm tra đánh giá tình trạng của tay hàng giờ: mạch, cử động, cảm giác, màu da…

**VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ**

- Tổn thương mạch máu: ít gặp, nếu có thì chuyển mổ cấp cứu.

- Tổn thương thần kinh: chờ tự phục hồi sau vài tuần đến vài tháng.

- Các trường hợp gây tê nắn thì không có gì đặc biệt, ít tai biến.

- Nên nhớ là các trường hợp gây mê: người bệnh có thể xảy ra biến chứng ngừng thở, mà bột Desault lại bao trùm toàn bộ lồng ngực, nên cần theo dõi sát sao, thời gian theo dõi hồi sức, hậu phẫu cũng cần lâu hơn để XỬ TRÍ kịp thời các biến chứng của gây mê gây ra. Lúc này cần cắt phá bột khẩn cấp để việc thực hiện các biện pháp hô hấp hỗ trợ mới đạt kết quả tốt.

## 319. NẮN, BÓ BỘT GÃY 1/3 GIỮA THÂN XƯƠNG CÁNH TAY

**I. ĐẠI CƯƠNG**

- Xương cánh tay là một trong những xương thuộc loại xương dài. Một xương dài được cấu tạo bởi 1 thân xương (Diaphyse) và 2 đầu xương (Epiphyse), ở chỗ tiếp nối giữa thân xương và đầu xương là hành xương (Métaphyse- phần xương có khẩu kính to dần ra như hình củ hành). Thân xương cánh tay hình lăng trụ tam giác, nhưng các bờ, các mặt không rõ ràng như xương chầy ở cẳng chân.

- Gẫy thân xương cánh tay được giới hạn từ cổ phẫu thuật xương cánh tay, chỗ bám của cơ ngực to, đến vùng trên lồi cầu xương cánh tay, nơi nơi tiếp nối với hành xương. Hay nói cách khác, gẫy thân xương cánh tay là gẫy vào vùng từ dưới của hành xương ở phía trên đến chỗ trên của hành xương phía dưới, đoạn xương có thành xương và tủy xương rõ rệt.

- Gẫy xương cánh tay chia làm 3 vị trí: 1/3 trên, 1/3 giữa, 1/3 dưới. Gẫy ở vị trí 1/3 giữa có thể gặp tổn thương thần kinh quay.

- Ở trẻ em dưới 15 tuổi và gẫy xương không lệch ở người lớn thì điều trị bảo tồn. Còn các trường hợp khác nên mổ.

- Nguyên nhân gẫy thường là do ngã đè lên, ngã chống tay, tai nạn giao thông, bị đánh trực tiếp bằng vật cứng. Đôi khi còn gặp ở thanh niên chơi trò vật tay nữa.

**II. CHỈ ĐỊNH ĐIỀU TRỊ BÓ BỘT**

1. Gẫy kín, gẫy hở độ I theo Gustilo, gẫy xương ở trẻ em (dưới 15 tuổi).

2. Gẫy ít di lệch hoặc không di lệch.

3. Gẫy xương di lệch ở người lớn, lẽ ra có chỉ định mổ, nhưng vì một lý do nào đó mà không mổ được: có bệnh toàn thân nặng, không có điều kiện mổ, người bệnh từ chối mổ…

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

1. Gẫy hở từ độ 2 trở lên theo Gustilo.

2. Gẫy xương kèm theo tổn thương mạch máu, thần kinh.

3. Thận trọng: những trường hợp lóc da, đụng dập cơ, sưng nề nhiều, nhiều nốt phỏng. Những trường hợp này điều trị ổn định sẽ tiến hành mổ hoặc nắn bó bột sau.

**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**

- Bàn nắn (1 bàn nắn thông thường).

- Thuốc gây mê hoặc gây tê.

- Bột thạch cao: với người lớn cần 8-10 cuộn khổ 15-20 cm.

- Một số dụng cụ tối thiểu khác: bông lót, băng vải, bơm tiêm, cồn tiêm, dây và dao rạch dọc bột, nước ngâm bột, dụng cụ hồi sức cấp cứu…

**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.

- 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. Người bệnh**

- Tư thế người bệnh: nằm ngửa trên bàn chỉnh hình.

- Tay để dọc theo thân mình, nách hơi dạng, hõm nách đặt 1 đai vải đối lực.

- Gây tê tại chỗ hoặc gây mê tùy từng trường hợp cụ thể.

**2. Các bước tiến hành**

***2.1. Nắn***

- Trợ thủ 1: 2 tay nắm chắc cổ tay người bệnh kéo xuống theo trục cánh cẳng tay để sửa di lệch chồng, nên kéo từ từ, tăng dần lực trong khoảng 5-7 phút. Hoặc có thể trợ thủ 1 kéo trong tư thế khuỷu 90o, 2 bàn tay bắt vào nhau đặt ở trước cẳng tay, dưới khuỷu để kéo, trong khi trợ thủ 2 cầm giữ cổ bàn tay kéo nhẹ lên trên làm đối lực để khi trợ thủ 1 tiến hành kéo thì khuỷu tay người bệnh không bị duỗi ra, kéo có lực hơn.

- Người nắn chính: đứng quay mặt xuôi về phía chân người bệnh, dựa vào sự di lệch trên phim XQ để nắn sửa di lệch sang bên. Vuốt dọc theo xương vùng ổ gẫy thấy được thì trợ thủ 1 chùng lực kéo lại cho 2 đầu gẫy tỳ vào nhau vững hơn. Đỡ nhẹ nhàng để tiến hành bó bột.

+ Với gẫy chéo xoắn: chỉ cần kéo thẳng trục và bó bột ở tư thế cơ năng.

+ Với người già yếu và thể trạng kém, cũng chỉ kéo thẳng trục để bó bột.

+ Với gẫy có mảnh rời: chỉ nắn 2 diện gẫy chính, mảnh rời tự áp vào đến đâu thì đến, sau can vẫn có thể tốt, Không cố nắn bằng mọi cách vì có thể gây bong lóc cơ và màng xương, hoặc gây tổn thương thần kinh quay hoặc đụng dập thêm phần mềm.

***2.2. Bó bột***

Tùy theo người bệnh gây tê hay gây mê mà có cách bó bột khác nhau. Tùy vị trí gẫy mà bó bột Chữ U hay bột Ngực - vai - cánh tay: gẫy ở vị trí 1/3 giữa và 1/3 dưới: bó bột Chữ U. Gẫy 1/3 trên: bó bột Ngực - vai - cánh tay, với trường hợp sưng nề nhiều vẫn bó bột Chữ U để rạch dọc bột, khi nào đã bớt sưng nề thì thay bột Ngực - vai - cánh tay sau. Trong quá trình bột khô cứng dần, giữ trục để tránh di lệch góc. Rạch dọc bột từ nách trở xuống (với bột Chữ U). Thời gian bất động trung bình với người lớn 8-12 tuần (với trẻ em thì ít hơn, tùy theo tuổi). Trong thời gian bất động:

- Sau 7-10 ngày chụp kiểm tra, nếu có di lệch thứ phát thì nắn sửa lại hoặc mổ kết hợp xương có chuẩn bị.

- Sau khoảng 3 tuần khi có hình thành can non, chụp kiểm tra lần nữa, kết quả chụp phim tốt thì thay bột tròn, sửa góc nếu cần.

- Thời gian cuối của quá trình mang bột (4-5 tuần cuối) nếu gẫy ở vị trí thấp (1/3 dưới), có thể thay bằng bột Cánh - cẳng - bàn tay.

- Với người bệnh quá già yếu, có thể bó bột bất động tối thiểu, bằng bột Cánh - cẳng - bàn tay ôm vai rạch dọc, ngay từ đầu, mà không bó bột Chữ U hoặc bột Thoraco.

**VI. THEO DÕI**

Đa số chỉ cần theo dõi điều trị ngoại trú. Trường hợp nặng, tay sưng nề nhiều hoặc có tổn thương phối hợp thì cho vào viện theo dõi điều trị nội trú.

**VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ**

**1. Tai biến sớm**

- Tổn thương mạch máu (động mạch cánh tay, ít gặp): mổ cấp cứu XỬ TRÍ theo tổn thương (giải phóng mạch, nối hoặc ghép động mạch bằng tĩnh mạch hiển đảo chiều hay bằng động mạch nhân tạo). Nên xét nghiệm siêu âm Doppler xác định tổn thương để có hướng XỬ TRÍ tổn thương cụ thể.

- Tổn thương thần kinh quay: nếu đứt thì nối, bị kẹt thì giải phóng thần kinh, dập hoặc căng giãn thì chờ tự phục hồi. Nên xét nghiệm điện chẩn cơ (EMG) để xác định phương pháp XỬ TRÍ phù hợp.

**2. Tai biến muộn**

- Rối loạn dinh dưỡng: nới rộng bột, tập vận động sớm, vì bột Chữ U là 1 trong những loại bột không gác cao tay được nên tay hay bị sưng nề hơn.

- Can lệch và khớp giả: mổ kết hợp xương, ghép xương.

## 320. NẮN, BÓ BỘT GÃY 1/3 DƯỚI THÂN XƯƠNG CÁNH TAY

**I. ĐẠI CƯƠNG**

- Đây là loại gẫy phổ biến nhất ở trẻ em, thường do ngã chống tay.

- Đường gẫy ngoài khớp, thường gẫy duỗi, đầu dưới lệch ra sau, vào trong.

- Thăm khám mạch quay là quan trọng và bắt buộc trong tất cả các trường hợp gẫy trên lồi cầu xương cánh tay. Nếu nghi ngờ tổn thương mạch phải cho nắn xương sớm, đặt nẹp bột tạm thời, cho làm siêu âm Doffler mạch kiểm tra, nếu có tổn thương chuyển mổ cấp cứu kết hợp xương, XỬ TRÍ mạch máu theo thương tổn.

- Khám xem có dấu hiệu liệt thần kinh quay không, nếu có tổn thương

biểu hiện bằng mất duỗi chủ động cổ tay và các ngón tay (dấu hiệu tay rủ cổ cò).

- Khám thần kinh giữa: nếu tổn thương thì mất các động tác khép các ngón tay, mất động tác đối chiếu.

\* X Quang:

- Trên phim thẳng cho thấy đầu dưới di lệch vào trong và xoay nghiêng.

- Trên phim nghiêng cho ta thấy mức độ di lệch. Chia thành 4 độ gẫy:

Độ 1 gẫy không di lệch, độ 2 gẫy di lệch dưới 50% thân xương, độ 3 gẫy di lệch trên 50% thân xương, độ 4 di lệch hoàn toàn hai đầu gẫy.

- Về vị trí di lệch của đầu dưới xương cánh tay so với phần xương còn lại, người ta còn chia ra kiểu di lệch ra sau hay ra trước, vì quyết định tư thế bột bó có tác động nhiều đến kết quả điều trị.

**II. CHỈ ĐỊNH ĐIỀU TRỊ BẢO TỒN**

1. Gẫy trên lồi cầu xương cánh tay ở trẻ em.

2. Gẫy xương kín hoặc gẫy hở độ I theo Gustilo.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

1. Gẫy hở từ độ II trở lên.

2. Gẫy xương kèm tổn thương mạch máu, hoặc dấu hiệu chèn ép khoang.

3. Cân nhắc: người bệnh đến muộn, hoặc có tổn thương thần kinh quay, trẻ lớn trên 15 tuổi, rối loạn dinh dưỡng, đụng dập phần mềm.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

- Trường hợp không gây mê: 3 người (1 kỹ thuật viên nắn chính, 2 kỹ thuật viên phụ, trong đó 1 phụ nắn, 1 chạy ngoài). Ở tuyến cơ sở, có thể là 3 kỹ thuật viên.

- Với trường hợp có gây mê: cần thêm 1 bác sỹ, 1 kỹ thuật viên gây mê.

**2. Phương tiện**

- 1 bàn nắn thông thường.

- Đai đối lực: bằng vải mềm, dai, to bản (như kiểu quai ba lô).

- Thuốc tê hoặc thuốc mê: số lượng tùy trọng lượng bệnh nhi. Kèm theo là dụng cụ gây tê, gây mê, hồi sức (bơm tiêm, cồn 70o, thuốc chống sốc, mặt nạ bóp bóng, đèn nội khí quản...).

- Bột thạch cao chuyên dụng: với bột Cánh - cẳng - bàn tay trẻ em thường cần 3-4 cuộn cỡ 10 cm là đủ (kể cả 1 phần trong đó dùng để rải thành nẹp bột tăng cường cho việc bó bột sau này).

- Giấy vệ sinh, bông cuộn: 1 cuộn, hoặc bít tất vải xốp mềm để lót (jersey).

- Dây rạch dọc, dao rạch dọc (khi bó bột cấp cứu, khi tổn thương 7 ngày trở lại).

- Nước để ngâm bột: đủ về số lượng để ngâm chìm hẳn 2-3 cuộn bột. Lưu ý, mùa lạnh phải dùng nước ấm. Nước sử dụng ngâm bột phải được thay thường xuyên để đảm bảo vệ sinh và tránh hiện tượng nước có quá nhiều cặn bột ảnh hưởng đến chất lượng bột.

- 1 cuộn băng vải hoặc băng thun, để băng giữ ngoài bột.

**3. Người bệnh**

- Được thăm khám toàn diện, tránh bỏ sót tổn thương, nhất là những tổn thương lớn có thể gây tử vong trong quá trình nắn bó bột (chấn thương sọ não, chấn thương ngực, vỡ tạng đặc,vỡ tạng rỗng...).

- Được giải thích kỹ mục đích của thủ thuật, quá trình tiến hành làm thủ thuật, để người bệnh khỏi bị bất ngờ, động viên để họ yên tâm, hợp tác tốt với thầy thuốc. Với bệnh nhi, cần giải thích cho bố mẹ hoặc người thân.

- Được vệ sinh sạch sẽ vùng xương gẫy, cởi hoặc cắt bỏ tay áo bên tay gẫy.

- Với người bệnh gây mê, cần nhịn ăn uống ít nhất 5-6 giờ, tránh nôn hoặc hiện tượng trào ngược (nước hoặc thức ăn từ dạ dầy tràn sang đường thở gây tắc thở).

**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, với trẻ em cần cha mẹ ký.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH NẮN BÓ BỘT**

**1. Các trường hợp gẫy không lệch**

- Bó bột Cánh - cẳng - bàn tay rạch dọc, không cần chụp kiểm tra, cũng không cần thay bột tròn nếu bột không bị lỏng, không bị gẫy bột.

- Thời gian mang bột trung bình: 3 tuần là đủ.

**2. Các trường hợp gẫy ít di lệch, hoặc chỉ di lệch góc đơn thuần**

- Không cần gây mê, nắn sửa thường dễ, chỉ cần nắn sửa bằng động tác nhanh, dứt khoát, xương sẽ vào khi trẻ chưa kịp đau.

- Bó bột Cánh - cẳng - bàn tay rạch dọc. Chụp kiểm tra.

- Sau 1 tuần chụp kiểm tra, thay bột tròn, nếu có di lệch thứ phát thì nắn sửa thêm. Thời gian bất động: trung bình 4 tuần.

**3. Các trường hợp gẫy di lệch độ III trở lên**

***3.1. Người bệnh***

- Nằm ngửa trên bàn nắn thông thường. Lấy ven bên tay lành, truyền dung dịch Natriclorua 0,9% để sẵn sàng cho việc hồi sức.

- Cởi bỏ áo bên tay gẫy, vệ sinh sạch sẽ.

- Đặt 1 đai vải đối lực ở nách, vai dạng nhẹ, cẳng tay sấp hay ngửa tùy di lệch ra sau hay ra trước (di lệch ra sau thì để tay sấp và ngược lại).

- Gây mê toàn thân, đường tĩnh mạch (thuốc mê loại mê nhanh, thoát mê nhanh, do bác sỹ gây mê thực hiện). Trẻ lớn (trên 13-14 tuổi) có thể gây tê.

***3.2. Nắn***

- Với di lệch ra sau:

+ Trợ thủ 1: 2 tay nắm cổ tay người bệnh kéo xuống trong tư thế tay dạng nhẹ và sấp để chữa di lệch chồng.

+ Người nắn chính: căn cứ di lệch cụ thể trên phim XQ sửa di lệch trong- ngoài, rồi dùng các ngón tay dài của 2 tay giữ ở phía trước cánh tay làm đối lực, đồng thời lấy 2 ngón tay cái đẩy mạnh đầu dưới xương cánh tay ra trước để sửa di lệch ra sau. Cũng có thể nắn bằng cách dùng 1 tay nắm giữ phần trước cánh tay làm đối lực, lấy cùi gan tay còn lại đẩy vào đầu dưới xương cánh tay để sửa di lệch ra sau. Cuối cùng, xoay cẳng tay sấp tối đa để sửa di lệch xoay (khi bó bột nhớ phải nhả lại tư thế trung bình hoặc sấp nhẹ, mà không để ở tư thế sấp tối đa nữa). Di lệch xoay không sửa tốt sẽ để di chứng vẹo khuỷu vào trong (varus).

- Với di lệch ra trước: nắn đơn giản hơn, chỉ riêng động tác kéo duỗi tay của trợ thủ cũng đã nắn được phần nào di lệch, người nắn chính nắn đẩy thêm cho đầu dưới xương cánh tay ra sau, rồi đỡ nhẹ nhàng để bó bột Cánh - cẳng - bàn tay tư thế khuỷu duỗi, rạch dọc.

***3.3. Bất động: bột Cánh - cẳng - bàn tay rạch dọc.***

- Với di lệch ra sau: bột tư thế khuỷu 90o. Sau 1 tuần chụp kiểm tra, thay bột tròn, thời gian bất động trung bình 4-5 tuần.

- Với di lệch ra trước: bột khuỷu tư thế duỗi 160-180o. Sau 1 tuần chụp kiểm tra, thay bột tròn vẫn duỗi khuỷu (nếu di lệch thứ phát thì nắn thêm), sau 3 tuần thay bột khuỷu 90o thêm 2 tuần nữa. Thời gian bất động 5-6 tuần.

**VI. THEO DÕI**

Hầu hết có thể theo dõi điều trị ngoại trú, trường hợp nặng, sưng nề nhiều, cần theo dõi tổn thương mạch thì phải cho vào viện.

**VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ**

1. Tổn thương động mạch cánh tay: giải phóng mạch, nối mạch, ghép mạch.

2. Tai biến thần kinh: chủ yếu tổn thương thần kinh quay: đa số theo trường phái bảo tồn, tức theo dõi chờ tự phục hồi sau 1 vài tuần, đến 3 tháng, thậm chí 6 tháng. Ít người hơn thì đề xuất mổ sớm để XỬ TRÍ tùy theo tổn thương.

3. Tai biến gây mê: thở oxy, bóp bóng, hút đờm dãi, cần thì đặt nội khí quản hoặc mở khí quản…

## 321. NẮN, BÓ BỘT TRẬT KHỚP KHUỶU

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Là trật khớp giữa đầu trên hai xương cẳng tay (hõm sigma lớn, chỏm quay) và  
đầu dưới xương cánh tay (ròng rọc, lồi cầu).

**II. CHỈ ĐỊNH**

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

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Trật hở khớp khuỷu.

Trật khớp khuỷu mất mạch và thần kinh.

Trật khớp trên 20 ngày điều trị xoa bóp, đắp lá.

**IV. CHUẨN BỊ**

Người thực hiện: 04 người

Bác sỹ: 01

Kỹ thuật viên: 03

Người bệnh:

Sau tai nạn sinh hoạt, tai nạn lao động

Có chẩn đoán trật khớp khuỷu và có chỉ định điều trị bảo tồn.

Được giải thích kỹ mục đích của thủ thuật,quá trình tiến hành làm thủ thuật.

Được vệ sinh sạch sẽ.

Với Người bệnh gây mê cần nhịn ăn uống 6 giờ.

Phương tiện:

Thuốc gây mê tĩnh mạch hoặc gây tê tại chỗ

Máy C- ARM

Bàn nắn.

Bột thạch cao: 4- 6 cuộn khổ 20cm (bột liền). 6- 8 cuộn khổ 20cm (bột tự cán).

Bông lót: 2-3 cuộn khổ 20cm.

**Thời gian thực hiện thủ thuật:** 40- 50 phút.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

Tư thế:

Người bệnh nằm ngửa trên bàn chỉnh hình để được gây mê hoặc gây tê tại chỗ

Vô cảm:

Gây mê tĩnh mạch

Gây tê tại ổ gãy

Kỹ thuật:

Người bệnh nằm ngửa, đặt vải làm đối lực ở nách.

Kỹ thuật viên 1. Dùng hai ngón cái đặt phía sau cẳng tay người bệnh, các ngón  
còn lại đặt phía trước cẳng tay, kéo theo trục cánh tay (lúc này khuỷu vẫn đang trong tư thế trật khớp). Kéo từ từ và tăng dần trong thời gian 3- 5 phút.

Kỹ thuật viên 2. Dùng hai ngón tay cái đẩy mỏm khuỷu ra trước, dùng các ngón  
tay còn lại đặt ở phía trước cánh tay người bệnh làm đối lực. khi nghe tiếng khục là  
được.

Kỹ thuật viên 3. Kiểm tra trên máy C- ARM và bó bột Cánh cẳng bàn tay.

**VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

Kiểm tra lại mạch và thần kinh ngay sau nắn.

Gấp duỗi khuỷu hết biên độ kiểm tra xem khớp vào chưa.

XQ kiểm tra.

Khám lại sau 24 giờ kiểm tra xem có chèn ép không.

Nếu có dấu hiệu chèn ép cho nới bột ngay.

Kiểm tra mạch. Thần kinh.

## 322. NẮN, BÓ BỘT GÃY VÀ TRẬT KHỚP KHUỶU

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Là trật khớp giữa đầu trên hai xương cẳng tay (hõm sigma lớn, chỏm quay) và  
đầu dưới xương cánh tay (ròng rọc, lồi cầu).

**II. CHỈ ĐỊNH**

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

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Trật hở khớp khuỷu.

Trật khớp khuỷu mất mạch và thần kinh.

Trật khớp trên 20 ngày điều trị xoa bóp, đắp lá.

**IV. CHUẨN BỊ**

Người thực hiện: 04 người

Bác sỹ: 01

Kỹ thuật viên: 03

Người bệnh:

Sau tai nạn sinh hoạt, tai nạn lao động

Có chẩn đoán trật khớp khuỷu và có chỉ định điều trị bảo tồn.

Được giải thích kỹ mục đích của thủ thuật,quá trình tiến hành làm thủ thuật.

Được vệ sinh sạch sẽ.

Với Người bệnh gây mê cần nhịn ăn uống 6 giờ.

Phương tiện:

Thuốc gây mê tĩnh mạch hoặc gây tê tại chỗ

Máy C- ARM

Bàn nắn.

Bột thạch cao: 4- 6 cuộn khổ 20cm (bột liền). 6- 8 cuộn khổ 20cm (bột tự cán).

Bông lót: 2-3 cuộn khổ 20cm.

**Thời gian thực hiện thủ thuật:** 40- 50 phút.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

***1. Vô cảm***

- Trật khớp đến sớm 1 tuần trở lại: tê tại chỗ là đủ, người lớn trung bình dùng 2-3 ống Lidocaine 1%, pha loãng trong 10 ml huyết thanh mặn 0,9% tiêm vào ổ khớp hoặc xung quanh ổ khớp, chờ 5-7 phút cho thuốc ngấm, bắt đầu kéo nắn.

- Trật khớp trên 1 tuần đến 3 tuần: gây mê toàn thân (do chuyên khoa gây mê hồi sức thực hiện), trật khớp khuỷu thường nắn nhanh đạt kết quả trong vài phút, nên dùng các loại thuốc gây mê tác dụng nhanh và thoát mê cũng nhanh. Trường hợp không đủ điều kiện gây mê, có thể gây tê vùng (đám rối thần kinh cánh tay).

***2. Nắn khớp***

- Trợ thủ 2: đứng bên đối diện, đỡ cổ tay người bệnh, vẫn giữ cho khuỷu ở tư thế trật khớp (khuỷu nửa gấp nửa duỗi), khi trợ thủ 1 kéo nắn thì đưa nhẹ cổ tay lên phía trên để cho trợ thủ 1 kéo tay người bệnh thì khuỷu không bị duỗi ra gây tổn thương cho xương vùng khuỷu. Sau khi nắn vào khớp, trợ thủ 2 bỏ tay người bệnh, trở lại vai trò giúp việc (ngâm bột, đưa bột...). Luôn nhớ không được đưa tay lên cho khuỷu gấp lại 90o, làm như thế dễ gây tổn thương xương khi kéo nắn khớp.

- Trợ thủ 1: là người kéo: đứng bên tay định nắn, 2 ngón cái đặt sau cẳng tay, các ngón tay còn lại đặt phía trước cẳng tay người bệnh, kéo nhẹ và tăng dần lực theo hướng của trục cánh tay (lúc này khuỷu vẫn đang để ở tư thế trật khớp, nửa gấp nửa duỗi), thời gian kéo từ 3-5 phút. Không cầm vào cổ tay để kéo.

- Người nắn chính: Dùng 2 ngón tay cái đẩy mỏm khuỷu ra trước, dùng các ngón tay còn lại đặt ở phía trước cánh tay làm đối lực. Cảm thấy tiếng “khục” là được. Với kỹ thuật viên có kinh nghiệm, người kéo có thể kiêm luôn người nắn: khi kéo, kéo bằng 2 tay, động tác như của trợ thủ 1, kéo đủ thời gian rồi thì từ từ bỏ 1 tay ra để thực hiện động tác nắn. Ngón tay cái đẩy mỏm khuỷu ra trước, 4 ngón còn lại giữ ở phía trước cánh tay làm đối lực. Khi thấy khớp đã vào, đưa khuỷu vào 90o. Thông thường với trật khớp đơn thuần, khớp vào vững, ít khi trật lại, có thể co duỗi thử, thấy khớp trơn tru là tốt. Có thể treo tay tạm tư thế khuỷu 90o cho đi chụp kiểm tra rồi về bó bột, hoặc bó bột Cánh - cẳng - bàn tay rạch dọc rồi mới cho đi chụp kiểm tra sau đều được.

Với trật khớp kèm vỡ xương (thường gặp vỡ mỏm trên ròng rọc), chỉ cần nắn khớp, trong hầu hết các trường hợp mỏm xương tự vào theo với kết quả rất tốt. Nắn xong nên làm động tác co duỗi khớp khuỷu vài lần, nếu mỏm xương kẹt trong ổ khớp có thể tự trôi ra được. Trường hợp kẹt mỏm xương không ra được, phải chuyển mổ sớm, nếu bỏ sót sẽ ảnh hưởng rất xấu đến cơ năng khuỷu.

***3. Bất động***

- Với trật khớp không vững, trật khớp có kèm vỡ xương: phải bó bột cánh - cẳng - bàn tay rạch dọc.

+ Quấn giấy hoặc bông lót vùng định bó bột, đặt dây rạch dọc phía trước tay.

+ Đặt nẹp bột phía sau cánh - cẳng - bàn tay.

+ Quấn bột từ trên xuống dưới, từ dưới lên trên theo kiểu xoáy trôn ốc, theo mốc đã định từ trước (từ dưới hõm nách đến khớp bàn-ngón), đủ độ dày thì thôi. Tư thế khuỷu để 90o.

+ Xoa, vuốt, chỉnh trang cho bột mịn và đẹp, rạch dọc bột. Thời gian bất động: trung bình 3 tuần (với người già, có thể và nên tháo bột sớm hơn, khoảng 10-14 ngày).

- Thời gian bất động với loại trật không vững thường kéo dài hơn (3-4 tuần).

**VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

Kiểm tra lại mạch và thần kinh ngay sau nắn.

Gấp duỗi khuỷu hết biên độ kiểm tra xem khớp vào chưa.

XQ kiểm tra.

Khám lại sau 24 giờ kiểm tra xem có chèn ép không.

Nếu có dấu hiệu chèn ép cho nới bột ngay.

Kiểm tra mạch. Thần kinh.

## 323. NẮN, BÓ BỘT BONG SỤN TIẾP KHỚP KHUỶU, KHỚP CỔ TAY

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Nguyên nhân thường do ngã đập trực tiếp vùng vai, cổ tay xuống nền cứng, có thể do gián tiếp ngã đập vùng khuỷu trước. Khi bị gãy bong sụn tiếp đầu trên xương cánh tay, triệu chứng sẽ bao gồm: đau vùng tổn thương trực tiếp, sưng nề bầm tím và tụ máu có thể gặp ở dưới da hoặc vùng hõm nách, vùng mặt trong ống cánh tay.

Chụp Xquang quy ước có thể phân loại di lệch: Gãy độ 1, độ 2 và độ 3. Với một số trường hợp không điển hình thì cần chụp bên đối diện để so sánh hoặc chụp cộng hưởng từ (MRI), với hình ảnh của chụp MRI có thể phát hiện được tổn thương của sụn tiếp nếu có.

Với loại gãy này thì điều trị bảo tồn là cơ bản, dùng băng nẹp hoặc băng bột hoặc dùng vật liệu có khả năng chun giãn để cố định xương cánh tay vào thân mình và khuỷu gấp 90 độ. Với gãy độ 1, bất động khoảng 3 tuần. Với gãy độ 2 và 3, việc nắn chỉnh dưới sự hỗ trợ của màn hình tăng sáng thường cho kết quả cao, việc cố định bằng kim Kierschner hoặc theo kỹ thuật Metaizeau thường cho kết quả cao và diện gãy được tăng cường vững hơn, bất động sau mổ cần giữ trong 3 tuần. Kết quả đạt được sau điều trị thường đạt hơn 90%.

**II. CHỈ ĐỊNH ĐIỀU TRỊ BẢO TỒN GẪY MỎM KHUỶU:**

Bong sụn tiếp khớp khuỷu, khớp cổ tay ở trẻ em

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

1. Gẫy hở độ II trở lên.

2. Gẫy có kèm tổn thương mạch máu, thần kinh, có hội chứng chèn ép khoang.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

Chuyên khoa chấn thương: 2-3 người (1 chính, 1 hoặc 2 trợ thủ). Không cần chuyên khoa gây mê.

**2. Phương tiện**

Tương tự như bó bột điều trị gẫy 2 xương cẳng tay, nhưng đơn giản hơn vì không cần nắn (các trường hợp di lệch nhiều đã có chỉ định mổ).

- 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 tê: nếu có nắn, chỉ cần 1 ống Lidocaine (hoặc Xylocaine) 1%, pha loãng trong 5 ml nước cất hoặc huyết thanh mặn 0,9%.

- Bột thạch cao 3-4 cuộn khổ 15 cm.

- Bông lót hoặc giấy vệ sinh: 1 cuộn.

- Dây và dao rạch dọc bột, nước ngâm bột, băng vải hoặc băng thun để quấn ngoài bột khi bó bột xong…

**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.

**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**

**1. Bong sụn tiếp khớp khuỷu**

Đỡ tay nhẹ nhàng để bó bột, làm sao để tránh di lệch thứ phát do vô tình gấp quá mức khuỷu tay vào. Nên đơn thuần chỉ là kỹ thuật bó bột Cánh - cẳng - bàn tay rạch dọc ở tư thế cơ năng khuỷu 90o.

***1.1. Người bệnh***

- Tư thế người bệnh: nằm ngửa, 1 đai vải đặt ở hõm nách. Đai vải đối lực này được cố định chắc vào mấu của bàn nắn. Khuỷu tay gấp 90o, cổ tay, bàn tay ở tư thế cơ năng (ngón tay cái chỉ mũi).

- Kỹ thuật viên chính: đứng bên phía tay định bó bột của người bệnh. Trợ thủ viên 1: một tay cầm vào 4 ngón tay dài của người bệnh, một tay đỡ vùng khuỷu. Kỹ thuật viên chính sẽ là người trực tiếp bó bột. Trợ thủ viên 1 kéo giữ tay người bệnh, trợ thủ viên 2 chạy ngoài (giúp việc).

***1.2. Thực hiện kỹ thuật bó bột Cánh - cẳng - bàn tay gồm có các bước sau***

**- Bước 1:**quấn giấy vệ sinh hoặc bông lót, hoặc lồng bít tất jersey, đặt dây rạch dọc phía trước Cánh - cẳng - bàn tay, đầu trên để thò dài, đầu dưới cài qua kẽ ngón 2-3, quặt lại vòng qua ngón 3 để khỏi bị tuột khi rạch bột.

**- Bước 2:** rải nẹp bột: đo và rải 1 nẹp bột từ vai đến khớp bàn-ngón.

**- 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.

**- Bước 4:** rạch dọc bột và băng giữ ngoài bột.

***1.3. Thời gian bất động:*** 3-4 tuần, nếu bột không lỏng, không vỡ thì không cần thay bột.

**2. Bong sụn tiếp khớp cổ 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 mang bột.

***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**

Hầu hết là theo dõi điều trị ngoại trú, trường hợp sung nề nhiều mới cần cho vào viện theo dõi.

**VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ**

- Tai biến ít gặp, nếu có thì cũng thường nhẹ nhàng như sưng nề: nới bột, gác cao tay.

- Tai biến tổn thương thần kinh trụ: hiếm gặp, nếu có tê bì hoặc liệt thì cho điện chẩn cơ (EMG) để quyết định mổ gỡ hoặc nối thần kinh hay chỉ chờ thần kinh tự phục hồi.

**324. NẮN, BÓ BỘT GÃY CỔ XƯƠNG CÁNH TAY**

## 325. NẮN, BÓ BỘT GÃY TRÊN LỒI CẦU XƯƠNG CÁNH TAY TRẺ EM ĐỘ III VÀ ĐỘ IV

**I. ĐẠI CƯƠNG**

- Đây là loại gẫy phổ biến nhất ở trẻ em, thường do ngã chống tay.

- Đường gẫy ngoài khớp, thường gẫy duỗi, đầu dưới lệch ra sau, vào trong.

- Thăm khám mạch quay là quan trọng và bắt buộc trong tất cả các trường hợp gẫy trên lồi cầu xương cánh tay. Nếu nghi ngờ tổn thương mạch phải cho nắn xương sớm, đặt nẹp bột tạm thời, cho làm siêu âm Doffler mạch kiểm tra, nếu có tổn thương chuyển mổ cấp cứu kết hợp xương, XỬ TRÍ mạch máu theo thương tổn.

- Khám xem có dấu hiệu liệt thần kinh quay không, nếu có tổn thương

biểu hiện bằng mất duỗi chủ động cổ tay và các ngón tay (dấu hiệu tay rủ cổ cò).

- Khám thần kinh giữa: nếu tổn thương thì mất các động tác khép các ngón tay, mất động tác đối chiếu.

\* X Quang:

- Trên phim thẳng cho thấy đầu dưới di lệch vào trong và xoay nghiêng.

- Trên phim nghiêng cho ta thấy mức độ di lệch. Chia thành 4 độ gẫy:

Độ 1 gẫy không di lệch, độ 2 gẫy di lệch dưới 50% thân xương, độ 3 gẫy di lệch trên 50% thân xương, độ 4 di lệch hoàn toàn hai đầu gẫy.

- Về vị trí di lệch của đầu dưới xương cánh tay so với phần xương còn lại, người ta còn chia ra kiểu di lệch ra sau hay ra trước, vì quyết định tư thế bột bó có tác động nhiều đến kết quả điều trị.

**II. CHỈ ĐỊNH ĐIỀU TRỊ BẢO TỒN**

1. Gẫy trên lồi cầu xương cánh tay ở trẻ em.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

1. Gẫy hở từ độ II trở lên.

2. Gẫy xương kèm tổn thương mạch máu, hoặc dấu hiệu chèn ép khoang.

3. Cân nhắc: người bệnh đến muộn, hoặc có tổn thương thần kinh quay, trẻ lớn trên 15 tuổi, rối loạn dinh dưỡng, đụng dập phần mềm.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

- Trường hợp không gây mê: 3 người (1 kỹ thuật viên nắn chính, 2 kỹ thuật viên phụ, trong đó 1 phụ nắn, 1 chạy ngoài). Ở tuyến cơ sở, có thể là 3 kỹ thuật viên.

- Với trường hợp có gây mê: cần thêm 1 bác sỹ, 1 kỹ thuật viên gây mê.

**2. Phương tiện**

- 1 bàn nắn thông thường.

- Đai đối lực: bằng vải mềm, dai, to bản (như kiểu quai ba lô).

- Thuốc tê hoặc thuốc mê: số lượng tùy trọng lượng bệnh nhi. Kèm theo là dụng cụ gây tê, gây mê, hồi sức (bơm tiêm, cồn 70o, thuốc chống sốc, mặt nạ bóp bóng, đèn nội khí quản...).

- Bột thạch cao chuyên dụng: với bột Cánh - cẳng - bàn tay trẻ em thường cần 3-4 cuộn cỡ 10 cm là đủ (kể cả 1 phần trong đó dùng để rải thành nẹp bột tăng cường cho việc bó bột sau này).

- Giấy vệ sinh, bông cuộn: 1 cuộn, hoặc bít tất vải xốp mềm để lót (jersey).

- Dây rạch dọc, dao rạch dọc (khi bó bột cấp cứu, khi tổn thương 7 ngày trở lại).

- Nước để ngâm bột: đủ về số lượng để ngâm chìm hẳn 2-3 cuộn bột. Lưu ý, mùa lạnh phải dùng nước ấm. Nước sử dụng ngâm bột phải được thay thường xuyên để đảm bảo vệ sinh và tránh hiện tượng nước có quá nhiều cặn bột ảnh hưởng đến chất lượng bột.

- 1 cuộn băng vải hoặc băng thun, để băng giữ ngoài bột.

**3. Người bệnh**

- Được thăm khám toàn diện, tránh bỏ sót tổn thương, nhất là những tổn thương lớn có thể gây tử vong trong quá trình nắn bó bột (chấn thương sọ não, chấn thương ngực, vỡ tạng đặc,vỡ tạng rỗng...).

- Được giải thích kỹ mục đích của thủ thuật, quá trình tiến hành làm thủ thuật, để người bệnh khỏi bị bất ngờ, động viên để họ yên tâm, hợp tác tốt với thầy thuốc. Với bệnh nhi, cần giải thích cho bố mẹ hoặc người thân.

- Được vệ sinh sạch sẽ vùng xương gẫy, cởi hoặc cắt bỏ tay áo bên tay gẫy.

- Với người bệnh gây mê, cần nhịn ăn uống ít nhất 5-6 giờ, tránh nôn hoặc hiện tượng trào ngược (nước hoặc thức ăn từ dạ dầy tràn sang đường thở gây tắc thở).

**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, với trẻ em cần cha mẹ ký.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH NẮN BÓ BỘT**

***1. Người bệnh***

- Nằm ngửa trên bàn nắn thông thường. Lấy ven bên tay lành, truyền dung dịch Natriclorua 0,9% để sẵn sàng cho việc hồi sức.

- Cởi bỏ áo bên tay gẫy, vệ sinh sạch sẽ.

- Đặt 1 đai vải đối lực ở nách, vai dạng nhẹ, cẳng tay sấp hay ngửa tùy di lệch ra sau hay ra trước (di lệch ra sau thì để tay sấp và ngược lại).

- Gây mê toàn thân, đường tĩnh mạch (thuốc mê loại mê nhanh, thoát mê nhanh, do bác sỹ gây mê thực hiện). Trẻ lớn (trên 13-14 tuổi) có thể gây tê.

***2. Nắn***

- Với di lệch ra sau:

+ Trợ thủ 1: 2 tay nắm cổ tay người bệnh kéo xuống trong tư thế tay dạng nhẹ và sấp để chữa di lệch chồng.

+ Người nắn chính: căn cứ di lệch cụ thể trên phim XQ sửa di lệch trong- ngoài, rồi dùng các ngón tay dài của 2 tay giữ ở phía trước cánh tay làm đối lực, đồng thời lấy 2 ngón tay cái đẩy mạnh đầu dưới xương cánh tay ra trước để sửa di lệch ra sau. Cũng có thể nắn bằng cách dùng 1 tay nắm giữ phần trước cánh tay làm đối lực, lấy cùi gan tay còn lại đẩy vào đầu dưới xương cánh tay để sửa di lệch ra sau. Cuối cùng, xoay cẳng tay sấp tối đa để sửa di lệch xoay (khi bó bột nhớ phải nhả lại tư thế trung bình hoặc sấp nhẹ, mà không để ở tư thế sấp tối đa nữa). Di lệch xoay không sửa tốt sẽ để di chứng vẹo khuỷu vào trong (varus).

- Với di lệch ra trước: nắn đơn giản hơn, chỉ riêng động tác kéo duỗi tay của trợ thủ cũng đã nắn được phần nào di lệch, người nắn chính nắn đẩy thêm cho đầu dưới xương cánh tay ra sau, rồi đỡ nhẹ nhàng để bó bột Cánh - cẳng - bàn tay tư thế khuỷu duỗi, rạch dọc.

***3. Bất động: bột Cánh - cẳng - bàn tay rạch dọc.***

- Với di lệch ra sau: bột tư thế khuỷu 90o. Sau 1 tuần chụp kiểm tra, thay bột tròn, thời gian bất động trung bình 4-5 tuần.

- Với di lệch ra trước: bột khuỷu tư thế duỗi 160-180o. Sau 1 tuần chụp kiểm tra, thay bột tròn vẫn duỗi khuỷu (nếu di lệch thứ phát thì nắn thêm), sau 3 tuần thay bột khuỷu 90o thêm 2 tuần nữa. Thời gian bất động 5-6 tuần.

**VI. THEO DÕI**

Hầu hết có thể theo dõi điều trị ngoại trú, trường hợp nặng, sưng nề nhiều, cần theo dõi tổn thương mạch thì phải cho vào viện.

**VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ**

1. Tổn thương động mạch cánh tay: giải phóng mạch, nối mạch, ghép mạch.

2. Tai biến thần kinh: chủ yếu tổn thương thần kinh quay: đa số theo trường phái bảo tồn, tức theo dõi chờ tự phục hồi sau 1 vài tuần, đến 3 tháng, thậm chí 6 tháng. Ít người hơn thì đề xuất mổ sớm để XỬ TRÍ tùy theo tổn thương.

3. Tai biến gây mê: thở oxy, bóp bóng, hút đờm dãi, cần thì đặt nội khí quản hoặc mở khí quản…

## 326. NẮN, BÓ BỘT GÃY 1/3 TRÊN HAI XƯƠNG CẲNG TAY

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Là gãy của thân 2 xương cẳng tay

Chiếm 15-20% các gãy xương ở vùng cánh Gặp ở mọi lứa tuổi. Là loại gãy xương có di lệch tương đối phức tạp, nhất là gãy ở 1/3 trên, nắn chỉnh khó khăn.

**II. CHỈ ĐỊNH ĐIỀU TRỊ BẢO TỒN GẪY MỎM KHUỶU:**

1. Gẫy kín, gẫy hở độ I theo Gustilo.

2. Gẫy ít lệch hoặc không di lệch.

3. Gẫy di lệch, nhưng vì 1 lý do nào đó không mổ được (có bệnh toàn thân nặng, không có điều kiện mổ, từ chối mổ).

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

1. Gẫy hở độ II trở lên.

2. Gẫy có kèm tổn thương mạch máu, thần kinh, có hội chứng chèn ép khoang.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

Chuyên khoa chấn thương: 2-3 người (1 chính, 1 hoặc 2 trợ thủ). Không cần chuyên khoa 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 tê: nếu có nắn, chỉ cần 1 ống Lidocaine (hoặc Xylocaine) 1%, pha loãng trong 5 ml nước cất hoặc huyết thanh mặn 0,9%.

- Bột thạch cao 3-4 cuộn khổ 15 cm.

- Bông lót hoặc giấy vệ sinh: 1 cuộn.

- Dây và dao rạch dọc bột, nước ngâm bột, băng vải hoặc băng thun để quấn ngoài bột khi bó bột xong…

**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.

**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**

**1. Với gẫy không di lệch**

Đỡ tay nhẹ nhàng để bó bột, làm sao để tránh di lệch thứ phát do vô tình gấp quá mức khuỷu tay vào. Nên đơn thuần chỉ là kỹ thuật bó bột Cánh - cẳng - bàn tay rạch dọc ở tư thế cơ năng khuỷu 90o.

***1.1. Người bệnh***

- Tư thế người bệnh: nằm ngửa, 1 đai vải đặt ở hõm nách. Đai vải đối lực này được cố định chắc vào mấu của bàn nắn. Khuỷu tay gấp 90o, cổ tay, bàn tay ở tư thế cơ năng (ngón tay cái chỉ mũi).

- Kỹ thuật viên chính: đứng bên phía tay định bó bột của người bệnh. Trợ thủ viên 1: một tay cầm vào 4 ngón tay dài của người bệnh, một tay đỡ vùng khuỷu. Kỹ thuật viên chính sẽ là người trực tiếp bó bột. Trợ thủ viên 1 kéo giữ tay người bệnh, trợ thủ viên 2 chạy ngoài (giúp việc).

***1.2. Thực hiện kỹ thuật bó bột Cánh - cẳng - bàn tay gồm có các bước sau***

**- Bước 1:**quấn giấy vệ sinh hoặc bông lót, hoặc lồng bít tất jersey, đặt dây rạch dọc phía trước Cánh - cẳng - bàn tay, đầu trên để thò dài, đầu dưới cài qua kẽ ngón 2-3, quặt lại vòng qua ngón 3 để khỏi bị tuột khi rạch bột.

**- Bước 2:** rải nẹp bột: đo và rải 1 nẹp bột từ vai đến khớp bàn-ngón.

**- 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.

**- Bước 4:** rạch dọc bột và băng giữ ngoài bột.

***1.3. Thời gian bất động:*** 3-4 tuần, nếu bột không lỏng, không vỡ thì không cần thay bột.

**2. Với trường hợp lệch ít:**tùy di lệch mà nắn thêm, bó bột cánh - cẳng - bàn tay duỗi 120-130o, rạch dọc. Sau 7-10 ngày chụp kiểm tra và thay bột tròn (vẫn duỗi khuỷu), sau 2 tuần nữa thay bột khuỷu 90o. Thời gian bất động 4-5 tuần.

**3. Với gẫy di lệch nhưng người bệnh vì lý do nào đó không mổ được:**

- Gây tê tại chỗ.

- Trợ thủ nắm cổ tay người bệnh duỗi dần khuỷu ra, trong lúc người nắn chính dùng 4 ngón tay dài của 2 tay giữ lấy mặt trước cánh tay làm đối lực, dùng 2 ngón tay cái đẩy mạnh vào mỏm khuỷu (chỗ bám của gân cơ tam đầu) theo hướng ngược lại chiều co của cơ này, nhằm ép 2 diện gẫy vào gần nhau hơn.

- Giữ tay ở tư thế khuỷu duỗi tối đa để bó bột Cánh - cẳng - bàn tay duỗi, rạch dọc.

- Chụp kiểm tra và thay bột như với gẫy mỏm khuỷu ít lệch.

- Thời gian bất động lâu hơn 2 loại gẫy trên (5-6 tuần).

**VI. THEO DÕI**

Hầu hết là theo dõi điều trị ngoại trú, trường hợp sung nề nhiều mới cần cho vào viện theo dõi.

**VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ**

- Tai biến ít gặp, nếu có thì cũng thường nhẹ nhàng như sưng nề: nới bột, gác cao tay.

- Tai biến tổn thương thần kinh trụ: hiếm gặp, nếu có tê bì hoặc liệt thì cho điện chẩn cơ (EMG) để quyết định mổ gỡ hoặc nối thần kinh hay chỉ chờ thần kinh tự phục hồi.

## 327. NẮN, BÓ BỘT GÃY 1/3 GIỮA HAI XƯƠNG CẲNG TAY

**I. ĐẠI CƯƠNG**

- Cẳng tay có 2 xương dài: xương quay và xương trụ. Giữa 2 xương là màng liên cốt. Màng liên cốt có đặc điểm rất dai, nên khi gẫy xương cẳng tay thì do màng này co kéo, các đầu xương gẫy thường bị kéo chụm lại tạo hình chữ K, hoặc hình chữ X, khó khăn cho việc nắn chỉnh.

- Gẫy thân hai xương cẳng tay là gẫy ở vùng màng liên cốt dưới lồi củ nhị đầu 2 cm và trên khớp quay cổ tay 3cm.

- Xương quay, xương trụ và màng liên cốt tạo nên một khung sấp ngửa, quay quanh trục là chỏm quay, mỏm trâm trụ. Bình thường, khi cẳng tay để ngửa 2 xương nằm song song với nhau; khi để sấp cẳng tay, xương quay nằm bắt chéo xương trụ. Nếu nắn chỉnh không tốt (đặc biệt là xương quay), sẽ ảnh hưởng rất nhiều đến sấp ngửa bàn tay.

- Phân loại:

\* Phân loại theo vị trí gẫy: Gẫy 1/3 trên, 1/3 giữa, 1/3 dưới.

Gẫy 1/3 trên cẳng tay ở người lớn di lệch: do các khối cơ dày bao phủ, lại có cơ sấp tròn co kéo nên nắn thường ít kết quả, phải mổ kết hợp xương.

\* Phân loại theo kiểu gẫy:

+ Gẫy vững: gẫy cành tươi, gẫy đôi ngang, không có mảnh rời, ít di lệch.

+ Gẫy không vững: Gẫy chéo vát , gẫy có mảnh rời , gẫy nhiều đoạn .

**II. CHỈ ĐỊNH ĐIỀU TRỊ BẢO TỒN**

1. Gẫy kín, gẫy hở độ I theo phân loại của Gustilo.

2. Gẫy ở trẻ em (tử 15 tuổi trở về).

3. Gẫy ít lệch hoặc không lệch.

4. Người bệnh đến sớm (1 tuần trở lại).

5. Gẫy ở người lớn, gẫy di lệch, gẫy vào vị trí khó nắn...lẽ ra có chỉ định mổ kết hợp xương nhưng vì lý do nào đó người bệnh không mổ được (già yếu, có bệnh toàn thân nặng, không có điều kiện mổ, từ chối mổ).

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

1. Gẫy xương hở độ II trở lên.

2. Gẫy xương có kèm tổn thương mạch máu, thần kinh, hoặc hội chứng chèn ép khoang.

3. Chống chỉ định tương đối: người bệnh đến muộn (trên 1 tuần), gẫy xương ở người lớn, vào các vị trí khó nắn...

**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: tùy theo tuổi, cân nặng (nếu gây mê, do bác sỹ gây mê chuẩn bị và thực hiện).

- Các dụng cụ thông thường khác: bông lót, bơm tiêm, dịch truyền, bộ dây truyền dịch, dụng cụ hồi sức cấp cứu, nước ngâm bột…

- 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 BÓ BỘT GẪY THÂN HAI XƯƠNG CẲNG TAY**

**1. Người bệnh**

- Tư thế: nằm ngửa trên bàn nắn thông thường, đặt đai vải đối lực ở trên khuỷu, cố định vào bàn nắn. Cởi bỏ áo bên tổn thương, vệ sinh sạch bằng xà phòng. Tay để nửa sấp nửa ngửa.

- Gây tê: mỗi ổ gẫy dùng 2 ống Xylocaine (hoặc Lidocaine) 1% pha loãng với 5 ml nước cất hoặc dung dịch Natriclorua 0,9%. Nếu gây mê, do bác sỹ gây mê thực hiện.

**2. Các bước tiến hành**

***2.1. Nắn***

- Trợ thủ 1: 2 tay nắm cổ tay (hoặc 1 tay nắm ngón 1, tay còn lại nắm 3 hoặc 4 ngón còn lại), kéo thẳng trục cẳng tay để sửa di lệch chồng (khoảng 3-5 phút).

- Người nắn chính: dùng các ngón dài của 2 tay giữ làm đối lực, lấy 2 ngón tay cái đẩy vào đầu xương gẫy nắn sửa di lệch trước sau và di lệch trong ngoài, kiểm tra thấy không còn gồ và ổ gẫy đã vào phẳng phiu thì tiến hành dùng các ngón dài đặt ở sau giữa cẳng tay, 2 ngón cái đặt ở trước giữa cẳng tay bóp vào hướng của màng liên cốt nhằm tách cho 2 xương tách xa nhau, tránh đầu xương di lệch chụm lại do lực kéo của màng liên cốt. Khi cảm thấy được, đỡ nhẹ nhàng, giữ trục để bó bột. Trợ thủ 2: giúp việc, chạy ngoài...

Cũng có thể nắn bằng cách nắn chùng: bẻ cho cẳng tay gập góc thêm, nắn cho 2 đầu gẫy gối vào nhau rồi duỗi thẳng cẳng tay ra (kiểu này nắn đỡ tốn nhiều lực, nhưng đòi hỏi người nắn có kinh nghiệm), sau đó nắn để tách màng liên cốt cũng tương tự như cách nắn trên.

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

- Bó bột 2 thì, thì 1 bó bột Cẳng - bàn tay, thì 2 tháo bỏ đai vải đối lực để bó tiếp lên vai. Rạch dọc bột hoàn toàn không để sót, dù chỉ là 1 sợi gạc.

- Với gẫy 1/3 giữa và 1/3 trên: bó bột tư thế ngửa bàn tay để chống lại lực kéo của cơ sấp tròn. Gẫy có kèm trật khớp quay trụ dưới: nắn khớp và khi bó bột, cho duỗi cổ tay và ngửa cẳng bàn tay.

***2.3. Thời gian bất động:***trung bình với người lớn 8-12 tuần (trẻ em tùy theo tuổi). Trong thời gian này:

- Sau 1 tuần cho chụp kiểm tra: với trẻ em và các loại gẫy vững: thay bột tròn, nếu cần nắn sửa thêm, chủ yếu là sửa góc. Với gẫy không vững: nếu tốt sẽ thay bột tròn hoặc nếu lo xương bị di lệch trong khi thay bột thì để thêm 7-10 ngày nữa mới thay bột tròn cũng được (trước khi thay bột, nên chụp kiểm tra để nếu cần còn nắn chỉnh thêm).

- Sau 3-4 tuần, chụp kiểm tra lần nữa, thay bột lần 2 nhằm tránh hiện tượng xương lệch thêm do lỏng bột.

- Giai đoạn 3-4 tuần sau cùng của quá trình mang bột, nếu gẫy xương cẳng tay ở vị trí thấp (1/3 dưới trở xuống) có thể thay bột Cẳng - bàn tay cũng được. Nếu gẫy 1/3 trên thì bắt buộc phải thay bột Cánh - cẳng - bàn tay đến khi kết thúc thời gian bất động.

**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**

- Sưng nề, rối loạn dinh dưỡng: nới bột, gác cao tay, cho vào viện theo dõi điều trị nội trú.

- Nghi ngờ có hội chứng chèn ép do bó bột, hội chứng khoang: mổ cấp cứu giải phóng mạch, kết hợp xương.

- Di lệch thứ phát trong gẫy di lệch: mổ kết hợp xương có chuẩn bị.

## 328. NẮN, BÓ BỘT GÃY 1/3 DƯỚI HAI XƯƠNG CẲNG TAY

**I. ĐẠI CƯƠNG**

- Cẳng tay có 2 xương dài: xương quay và xương trụ. Giữa 2 xương là màng liên cốt. Màng liên cốt có đặc điểm rất dai, nên khi gẫy xương cẳng tay thì do màng này co kéo, các đầu xương gẫy thường bị kéo chụm lại tạo hình chữ K, hoặc hình chữ X, khó khăn cho việc nắn chỉnh.

- Gẫy thân hai xương cẳng tay là gẫy ở vùng màng liên cốt dưới lồi củ nhị đầu 2 cm và trên khớp quay cổ tay 3cm.

- Xương quay, xương trụ và màng liên cốt tạo nên một khung sấp ngửa, quay quanh trục là chỏm quay, mỏm trâm trụ. Bình thường, khi cẳng tay để ngửa 2 xương nằm song song với nhau; khi để sấp cẳng tay, xương quay nằm bắt chéo xương trụ. Nếu nắn chỉnh không tốt (đặc biệt là xương quay), sẽ ảnh hưởng rất nhiều đến sấp ngửa bàn tay.

- Phân loại:

\* Phân loại theo vị trí gẫy: Gẫy 1/3 trên, 1/3 giữa, 1/3 dưới.

Gẫy 1/3 trên cẳng tay ở người lớn di lệch: do các khối cơ dày bao phủ, lại có cơ sấp tròn co kéo nên nắn thường ít kết quả, phải mổ kết hợp xương.

\* Phân loại theo kiểu gẫy:

+ Gẫy vững: gẫy cành tươi, gẫy đôi ngang, không có mảnh rời, ít di lệch.

+ Gẫy không vững: Gẫy chéo vát , gẫy có mảnh rời , gẫy nhiều đoạn .

**II. CHỈ ĐỊNH ĐIỀU TRỊ BẢO TỒN**

1. Gẫy kín, gẫy hở độ I, đến sớm (1 tuần trở lại).

2. Gẫy 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. Gẫy hở độ II theo Gustilo trở lên.

2. Gẫy kín nhưng đến muộn (trên 1 tuần).

3. Hội chứng chèn ép khoang, hoặc có thương tổn mạch máu, thần kinh.

4. Gẫy 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.

## 329. NẮN, BÓ BỘT GÃY MỘT XƯƠNG CẲNG TAY

**I. ĐẠI CƯƠNG**

- Gãy xương cẳng tay là một chấn thương phổ biến xảy ra ở cả trẻ em và người lớn. Sau khi bị gãy xương, nếu không xử trí, điều trị đúng phương pháp ngay từ đầu có thể sẽ dẫn tới các biến chứng đe dọa tính mạng, gây tàn phế suốt đời.

- Gẫy đầu dưới xương quay là loại gẫy phổ biến nhất vùng cổ tay ở người lớn. Nguyên nhân thường do ngã chống tay. Hay gặp nhất là gẫy kiểu Pouteau- Colles. Còn lại là gẫy các kiểu khác: các loại gẫy nội khớp, gẫy mỏm trâm quay, gẫy kèm gẫy đầu dưới xương trụ hoặc gẫy mỏm trâm trụ...

- Gẫy Pouteau-Colles (hoặc Colles): là gẫy đầu dưới xương quay, đường gẫy cách khe khớp cổ tay 2,5- 3 cm, là loại gẫy 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 gẫy dưới có thể di lệch vào trong và ra trước (gẫy Smiths, hoặc Goyrand).

**II. CHỈ ĐỊNH ĐIỀU TRỊ BẢO TỒN**

1. Gẫy kín, gẫy hở độ I theo Gustilo.

2. Tất cả các trường hợp gẫy kín đến sớm.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

1. Gẫy hở từ độ 2 trở lên theo Gustilo.

2. Gẫy 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 gẫy**

***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 gẫy kiểu Pouteau-Colles và các di lệch ra sau), để ngửa (nếu gẫy Smiths, Goyrand và các loại gẫy 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 mang bột.

***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).

## 330. NẮN, BÓ BỘT GÃY POUTEAU-COLLES

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Gãy Pouteau- Colles là gãy vùng xương xốp ngang đầu dưới xương quay, đường  
gãy cách khe khớp cổ tay 3cm, ngoại khớp có di lệch điển hình đầu dưới xương quay di lệch ra ngoài và lệch ra sau. Ở mặt sau thường vỡ ra một mảnh xương nhỏ thứ ba.

**II. CHỈ ĐỊNH**

Đối với tất cả các trường hợp gãy kín đầu dưới xương quay mới.

Các trường hợp gãy đến muộn sau 6 tuần nhưng thể trạng yếu như đái tháo  
đường, cao huyết áp, thể trạng già yếu.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Gãy hở từ độ 2 trở lên.

Gãy xương kèm theo tổn thương mạch máu, thần kinh, hội chứng khoang bàn  
tay.

Những trường hợp sưng nề nhiều, nhiều nốt phỏng do Người bệnh đến muộn  
hoặc đắp lá.

**IV. CHUẨN BỊ**

Người thực hiện: 04 người

Bác sỹ: 01

Kỹ thuật viên: 03

Người bệnh:

Sau tai nạn sinh hoạt, tai nạn lao động

Có chẩn đoán gãy Pouteau- Colles và có chỉ định điều trị bảo tồn.

Được giải thích kỹ mục đích của thủ thuật, quá trình tiến hành làm thủ thuật.

Được vệ sinh sạch sẽ, cởi bỏ áo tay bên bó bột.

Với người bệnh gây mê cần nhịn ăn uống 6 giờ.

Phương tiện:

Thuốc gây mê tĩnh mạch hoặc gây tê tại chỗ

Bàn nắn.

Bột thạch cao: 2- 3 cuộn khổ 20cm (bột liền). 3- 5 cuộn khổ 20cm (bột tự cán).

Bông lót . 1-2 cuộn khổ 20cm.

**Thời gian thực hiện thủ thuật:** 50- 60 phút.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**Tư thế:** Người bệnh nằm ngửa trên bàn chỉnh hình để được gây mê hoặc gây tê tại  
chỗ

Vô cảm:

Gây mê tĩnh mạch

Gây tê tại ổ gãy

Kỹ thuật:

Sau gây mê, gây tê cho người bệnh nằm ngửa cố định khuỷu tay vuông góc với  
cánh tay bằng đai vải tạo lực đối kháng.

Kỹ thuật viên 1. Tay phải nắm ngón cái, tay trái nắm ngón 2,3,4 của người bệnh  
kéo dọc theo trục của chi 5- 7 phút.

Kỹ thuật viên 2. Đứng đối diện với KTV1 dùng lực hai ngón tay cái đối lực  
ngược chiều với các ngón tay phía dưới vuốt mạnh dọc từ trên ổ gãy xuống, gấp cổ tay tối đa để nắn đầu dưới xương quay ra trước sau đó nắn di lệch bên nghiêng trụ sau đó giữ nhẹ cổ tay duỗi chở lại.

Kỹ thuật viên 3. Kiểm tra trên C- ARM và bó bột Cẳng bàn tay.

**VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

Kiểm tra lại mạch và thần kinh ngay sau bó

XQ kiểm tra.

Khám lại sau 24 giờ kiểm tra xem có chèn ép không

Nếu có dấu hiệu chèn ép cho nới bột ngay.

## 331. NẮN, BÓ BỘT GÃY XƯƠNG BÀN, NGÓN TAY

**I. ĐẠI CƯƠNG**

[Bàn tay](https://www.vinmec.com/vi/co-the-nguoi/ban-tay-182/) gồm 27 xương có chức năng vô cùng quan trọng, giúp thực hiện các động tác tinh tế như cầm, nắm, nhận biết đồ vật. [Gãy xương bàn tay](https://www.vinmec.com/vi/co-xuong-khop/tu-van-bac-si/sau-gay-xuong-ban-tay-cam-thay-nhuc-va-giat-nhe-nen-lam-gi/) là tình trạng nứt, gãy một hoặc nhiều xương của bàn tay, thường gặp là gãy xương đốt bàn ngón tay và đốt ngón tay. Gãy xương bàn tay và các đốt tay là chấn thương thường gặp nhất ở chi trên. Nếu gãy xương nặng có thể gây ảnh hưởng đến dây chằng, [dây thần kinh](http://vinmec.com/vi/co-the-nguoi/day-than-kinh-so-nao-118/) và [mạch máu](https://www.vinmec.com/vi/co-the-nguoi/mach-mau-25/).

Nguyên nhân phổ biến gây gãy bàn tay là chấn thương nơi làm việc, chấn thương do té ngã hoặc khi chơi thể thao. Nguy cơ gãy xương bàn tay tăng cao khi chơi một số môi thể thao có nhiều nguy cơ té ngã như trượt băng, trượt ván,...

**II. CHỈ ĐỊNH**

Chỉ định nắn bó bột với hầu hết các trường hợp gẫy kín, đến sớm.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Gẫy hở.

- Gẫy có tổn thương mạch máu, thần kinh.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

- Chuyên khoa chấn thương: 3 người (1 chính, 2 phụ).

- Với trường hợp có gây mê: cần thêm 1 bác sỹ, 1 kỹ thuật viên gây mê.

**2. Phương tiện**

- Bàn nắn thường.

- Thuốc tê hoặc thuốc mê.

- Bột thạch cao 3-4 cuộn cỡ 10 cm.

**3. Người bệnh**

- Được thăm khám toàn diện, tránh bỏ sót tổn thương.

- Được giải thích kỹ mục đích của thủ thuật, quá trình tiến hành làm thủ thuật, để người bệnh khỏi bị bất ngờ, động viên để họ yên tâm, hợp tác tốt với thầy thuốc. Với bệnh nhi, cần giải thích cho bố mẹ hoặc người thân.

- Được vệ sinh sạch sẽ vùng xương gẫy, cởi hoặc cắt bỏ tay áo bên tay gẫy.

- 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. Người bệnh**

- Nằm ngửa, cẳng bàn tay để nghiêng phía trụ xuống dưới hoặc để nửa sấp.

- Được cởi bỏ áo bên gẫy, vệ sinh sạch sẽ bằng xà phòng, thường chỉ cần gây tê là đủ (01 ống Lidocaine hoặc Xylocaine 1% pha loãng trong 05 ml nước cất hoặc huyết thanh mặn 0,9%).

- Một đai vải đối lực đặt trên khuỷu, sát khuỷu.

**2. Các bước tiến hành nắn, bất động**

***2.1. Nắn chỉnh ổ gẫy***

- Người phụ 1: một tay nắm ngón cái, một tay nắm 3 hoặc 4 ngón dài để kéo. Kéo thẳng ngón cái theo trục với lực mạnh hơn, sau đó dạng dần ngón cái. Ngón tay cái vì rất ngắn, lại có thể bị trơn khi người bệnh có nhiều mồ hôi, nên xoa bột tan vào găng tay hoặc lót 1 miếng gạc để kéo cho đỡ trơn, kéo mới có lực.

- Người nắn chính đứng bên ngoài tay gẫy, quay mặt xuôi về phía chân người bệnh, dùng tay cùng tên để nắn (người bệnh bị gẫy tay trái thì người nắn cũng dùng tay trái, và ngược lại). Cách nắn: các ngón tay dài đặt phía bờ trụ của phần dưới cẳng tay làm đối lực, dùng ngón tay cái đẩy mạnh vào nền đốt bàn Ixuống phía dưới. Khi thấy khớp đã vào,chuyển vị trí các ngón tay dài vào kẽ ngón I-II của người bệnh để tách cho ngón cái dạng ra, càng dạng được nhiều càng tốt, trong khi đó ngón cái vẫn đặt ở phía ngoài của khớp bàn-thang nhằm giữ cho nền xương bàn I khỏi bị trật lại. Giữ nguyên tư thế dạng xương bàn I để quấn bột.

***2.2. Bất động:***Bất động bột cẳng bàn tay ôm ngón cái rạch dọc, ngón cái dạng và gấp khớp bàn-ngón.

**- 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.Bó được nửa chừng thì quấn vòng quanh cả đốt 1 ngón cái, để hở đốt 2 để theo dõi.Trong lúc bó bột và giữ bột đến lúc bột khô, luôn ấn vào vùng nền đốt bàn I và dạng ngón cái để nền đốt bàn I khỏi trật lại.

Thấy bột đã đủ dày, xoa vuốt, chỉnh trang cho bột nhẵn, đều và đẹp.

**- 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 mang bột.

- Thời gian bất động bột: trung bình 4 - 6 tuần. Trong thời gian bất động ấy:

+ Sau 1 tuần cho chụp kiểm tra, nếu di lệch thứ phát thì thay bột tròn, có nắn lại hoặc chuyển mổ có chuẩn bị.

+ Nếu sau 1 tuần chụp kiểm tra tốt, thay bột tròn, lưu ý phải giữ cho nền xương bàn I không bị trật tái phát do động tác thay bột.

+ Cả 2 trường hợp thay bột trên, thay xong bột cần chụp kiểm tra tránh để sót tổn thương.

**VI. THEO DÕI**

Lưu ý: để tay cao, theo dõi vận động, cảm giác, nhiệt độ các ngón tay, nhất là ngón cái.

**VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ**

- Nếu tay sưng nề, tê bì thì nới rộng bột.

- Nếu di lệch thứ phát thì chuyển mổ đặt lại khớp, găm Kirschner cố định.

## 332. NẮN, BÓ BỘT TRẬT KHỚP HÁNG

**I. ĐẠI CƯƠNG**

- Khớp háng cũng là 1 khớp chỏm (giống như khớp vai), là khớp lớn nhất cơ thể, ổ khớp rất sâu, được nhiều cơ che phủ nên trật khớp háng phải do 1 chấn thương rất nặng và việc phẫu thuật cũng gặp nhiều khó khăn. Ổ cối là nơi gặp nhau của 3 xương (chậu, ngồi, mu), điểm yếu ở giữa hõm khớp nên một khi ổ cối bị vỡ, chỏm xương đùi chui qua chỗ gẫy tạo trật khớp kiểu trung tâm.

- Tuổi hay gặp là thanh niên và trung niên (tuổi lao động), nam gặp nhiều hơn nữ (4/1). Điều này có thể lý giải bởi nam giới ở tuổi này thường phải làm những công việc nặng nhọc, vất vả hơn nữ giới. Đa số là gặp trật khớp kín.

- Nguyên nhân hay gặp ở phương Tây thường do người bệnh đang lái xe ô tô, xe bị dừng lại đột ngột, đùi đang khép, đầu gối bị dồn thúc vào phần cứng ở phía trước, lực mạnh truyền từ gối lên thân và chỏm xương đùi làm chỏm bị trật ra sau ổ cối. Ở ta, ngoài nguyên nhân trên, còn hay gặp khi ngã cao, hoặc các tai nạn lao động.

- Phân loại: Theo vị trí chỏm xương đùi trật ra ở đâu, người ta chia ra 5 kiểu trật:

+ Kiểu chậu: chỏm xương đùi ra sau, lên trên, và ra phía ngoài ổ cối. Lâm sàng thấy đùi khép và xoay trong.

+ Kiểu ngồi: chỏm xương đùi ra sau, xuống dưới, và ra phía ngoài ổ cối. Lâm sàng đùi khép và xoay trong.

+ Kiểu mu: chỏm xương đùi ra trước ra trước, lên trên, vào phía trong ổ cối và có thể nhìn thấy rõ hoặc sờ thấy được ở vùng nếp bẹn. Lâm sàng thấy đùi dạng, xoay ngoài.

+ Kiểu bịt: chỏm xương đùi nằm ở trước hố bịt (ra trước, xuống dưới, và phía trong ổ cối). Lâm sàng thấy đùi dạng và xoay ngoài.

+ Kiểu trung tâm: chỏm xương đùi chui qua chỗ xương gẫy ở ổ cối vào trong tiểu khung. Lâm sàng thường khó chẩn đoán, chỉ phát hiện qua phim X quang.

**II. CHỈ ĐỊNH**

Trật khớp kín. Trật khớp háng đến sớm (3 tuần trở lại).

Trật khớp háng đơn thuần (không có gẫy xương vùng háng kèm theo).

Trật khớp háng có kèm gẫy xương vùng háng nhưng ít di lệch.

Trật khớp háng có kèm gẫy xương vùng háng di lệch nhưng không đủ điều kiện mổ (bệnh toàn thân nặng, các trường hợp khó khăn về kinh tế hoặc người bệnh từ chối mổ).

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Trật khớp hở chưa XỬ TRÍ phẫu thuật. Trật khớp háng đến muộn (sau 3 tuần).

Có vỡ xương chậu nặng (gẫy Malgaigne).Gẫy đùi, cẳng chân cùng bên.

Người bệnh có chấn thương nặng ở tạng khác, đa chấn thương, hôn mê, hoặc không đủ điều kiện gây mê.

**IV. CHUẨN BỊ**

**Người thực hiện**: do nắn trật khớp háng bắt buộc phải gây mê, nên cần:

Kỹ thuật viên xương bột: 3-4 người (1 chính, 2-3 trợ thủ viên).

Chuyên khoa gây mê hồi sức: 2 người (1 bác sỹ gây mê, 1 phụ mê).

**Phương tiện**

1 ván cứng, nếu không có ván cứng, dùng bàn nắn thông thường. Nắn trên bàn cần 1 bàn nữa kê bên cạnh cho kỹ thuật viên quỳ nắn.

1 bàn chỉnh hình (Pelvie): để nắn trật khớp kiểu trung tâm và để bó bột Chậu-lưng-chân sau khi đã nắn xong.

Bột thạch cao: tùy theo, nếu bó bột chống xoay (với trật khớp đơn thuần): 6-8 cuộn bột cỡ lớn 20 cm và vài cuộn bột cỡ 15 cm. Nếu bó bột Chậu- lưng-chân (với trật khớp không vững, trật khớp có kèm vỡ xương vùng khớp như vỡ ổ cối, vỡ chỏm xương đùi, vỡ mấu chuyển lớn...): 15 cuộn bột cỡ 20 cm.

Dụng cụ gây mê, thuốc gây mê (do bác sỹ gây mê chuẩn bị).

1 đai vải to bản làm đai số 8 để kéo nắn, thường lấy khăn mổ hoặc toan mổ lớn, xoắn lại và buộc chéo 2 góc đối đỉnh làm đai số 8.

1 đai vải nữa để buộc giữ khung chậu người bệnh vào cáng làm đối lực.

Các dụng cụ khác để phục vụ bó bột (giấy vệ sinh, bông lót cuộn, dây rạch dọc... như để bó các loại bột khác).

**Người bệnh**

Mọi trường hợp trật khớp háng người bệnh đều cần phải gây mê, nên cần dặn người bệnh nhịn ăn uống ít nhất 5-6 giờ, và làm tờ cam kết, chấp nhận thủ thuật. Người bệnh được cởi bỏ quần (kể cả quần lót).

**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.

- Vì người bệnh gây mê để nắn, cần có tờ cam kết chấp nhận thủ thuật.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH NẮN, BẤT ĐỘNG TRẬT KHỚP HÁNG**

Ở đây chúng tôi chỉ nói đến phương pháp Boehler, 1 trong những phương pháp kinh điển, dễ làm, an toàn, và cho đến hiện nay nhiều bệnh viện và trung tâm lớn vẫn đang áp dụng. Các phương pháp khác chỉ có ý nghĩa tham khảo.

**Người bệnh**

- Đặt nằm ngửa trên ván cứng trên sàn nhà. Tư thế háng gấp 90o, gối gấp 90o. Dùng 1 đai vải đối lực cố định chắc khung chậu vào cáng. Người bệnh được gây mê (việc tiền mê, gây mê, hồi sức do bác sỹ gây mê thực hiện).

**Tiến hành nắn**

- Người nắn quỳ cùng bên chân định nắn.

- Quàng 1 đai vải số 8 qua cổ người nắn, đầu kia đai số 8 qua khoeo người bệnh. Chỉnh đai số 8 sao cho vừa, dài quá đai bị trùng không có lực, ngắn quá người nắn sẽ phải cúi quá cũng không có lực (thường người nắn cúi khoảng 30o là vừa).

- Người nắn từ từ nâng cao cổ và lưng lên, đồng thời dùng 1 tay vít cổ chân người bệnh xuống làm lực đòn bẩy nhằm nâng gối của người bệnh lên cao dễ dàng hơn.

- Kéo từ từ, đủ lực, đủ thời gian (khoảng 5-7 phút), khớp sẽ vào, nghe tiếng “khục” là được. Nếu thấy khó khăn, sửa thêm tư thế (nếu trật ở tư thế khép thì cho chân dạng, nếu trật tư thế dạng thì cho chân khép, nếu trật ở tư thế xoay trong thì cho chân xoay ngoài và ngược lại). Nếu vẫn khó vào, dùng đầu gối của mình độn dưới khoeo người bệnh nâng lên (phối hợp với kiểu nắn của Kocher). Với người nắn khỏe lại có kinh nghiệm, đôi khi không cần dùng đai số 8, người nắn ngồi lên cổ chân người bệnh như kiểu trẻ em ngồi chơi bập bênh, dùng 1 cẳng tay hoặc 2 cẳng tay bắt chéo dưới khoeo người bệnh để kéo nắn, dùng luôn 2 tay ở dưới khoeo đưa gối người bệnh ra hay vào để sửa tư thế, tùy theo kiểu trật. Lưu ý: kéo nắn kiểu này có thể làm gẫy xương cánh tay người nắn.

**Bất động**

Ngày xưa người ta hay buộc chéo chân với trật háng đơn thuần, nay phương pháp này không được áp dụng nữa, do tư thế này gây khó chịu cho người bệnh.

Bó bột chống *xoay* (với trật khớp đơn thuần): bó bột Cẳng-bàn chân có que ngang, có thể bó lên đến giữa đùi, để gối không co lại được, sẽ gián tiếp làm háng không co lên, từ đó khớp háng khó trật ra.

Bột Chậu-lưng-chân (với trật khớp kèm vỡ xương vùng háng, trật khớp háng kiểu trung tâm).

**- Thì 1**: sau khi người bệnh được gây mê.

+ Đặt người bệnh trên bàn chỉnh hình, quấn bông lót toàn bộ vùng định bó bột.

+ Đặt 1 nẹp bột to bản vòng quanh bụng và khung chậu, 2 nẹp bột khác đặt chéo đi chéo lại (hoặc đặt song song, gối mép lên nhau) qua vùng háng đau.

+ Quấn bột từ trên xuống dưới, từ dưới lên trên theo các nẹp bột đã đặt, thành 1 bột Chậu-lưng-đùi. Đợi bột khô đỡ người bệnh xuống bàn thường để bó nốt thì 2.

**- Thì 2**: bó nốt bột ở cẳng-bàn chân: bó nối tiếp và gối đè lên phần bột đã bó ở thì 1. Lưu ý tăng cường bột chỗ nối 2 thì để bột khỏi long lở.

Kéo liên tục với trật háng kiểu trung tâm.

**Thời gian bất động**

Ba tuần với trật đơn thuần, và 4-5 tuần với trật khớp kèm gẫy xương.

**VI. THEO DÕI**

- Trật khớp háng đơn thuần: theo dõi ngoại trú.

- Trật khớp háng kèm gẫy xương hoặc có tổn thương phối hợp: điều trị nội trú.

**VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ**

Chủ yếu tai biến do gây mê, đặc biệt khi người bệnh nằm sấp để nắn (nắn theo phương pháp Stimpson).

## 333. NẮN, BÓ BỘT TRONG BONG SỤN TIẾP KHỚP GỐI, KHỚP HÁNG

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Nguyên nhân thường do ngã đập trực tiếp vùng háng, gối xuống nền cứng. Khi bị gãy bong sụn tiếp, triệu chứng sẽ bao gồm: đau vùng tổn thương trực tiếp, sưng nề bầm tím và tụ máu.

**II. CHỈ ĐỊNH ĐIỀU TRỊ BẢO TỒN**

* + - Bong sụn tiếp khớp gối, khớp háng.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Không có chống chỉ định tuyệt đối, chỉ không áp dụng cho những người yếu không thể mang được bột Chậu - lưng - chân. Với trường hợp này, bó bột chống xoay.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

- Chuyên khoa xương: 4-5 người, ít nhất cũng là 4 (1 chính, 3 phụ).

- Nếu người bệnh cần gây mê: chuyên khoa gây mê: 2 (1 chính, 1 phụ).

**2. Phương tiện**

- Bàn nắn chỉnh hình (Pelvie).

- Thuốc gây tê hoặc gây mê (thường là gây mê, do bác sỹ gây mê chuẩn bị và thực hiện).

- Bột thạch cao: 15 cuộn bột khổ 20 cm. 2-3 cuộn bột khổ 15 cm.

- Bông lót, dây và dao rạch dọc, cồn 70o, dụng cụ gây tê (mê), dụng cụ hồi sức, dịch truyền, o xy, nước ngâm bột…

**3. Người bệnh**

- Được thăm khám toàn diện, tránh bỏ sót tổn thương.

- 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, cởi bỏ quần áo.

- 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. Bong sụn tiếp khớp háng**

***1.1. Với người bệnh trẻ, khỏe: bó bột Chậu - lưng - chân,*** bó thêm đùi bên lành.

Bên chân gẫy để tư thế dạng và xoay trong, ổ gẫy sẽ khít hơn.

Bó bột Chậu - lưng - chân gồm 2 thì:

*2.1.1. Thì 1:* bó bột Chậu - lưng - đùi: (bó từ khung chậu đến gối).

- Người bệnh được đặt nằm trên bàn như đã mô tả ở trên, hai bàn chân được cố định chặt vào 2 đế giầy của khung kéo. Với người bệnh nam, nhớ vén bìu người bệnh lên để khi kéo nắn bìu không bị kẹt vào ống đối lực.

- Quay vô lăng để căng chỉnh, nắn xương gẫy (như mô tả ở trên). Chân bên lành cũng được căng chỉnh làm đối lực, nhưng lực căng thường giảm hơn bên chân có tổn thương.

- Chỉnh 2 khung đỡ 2 chân cho chân dạng ra và xoay vào rồi cố định khung lại (bằng cờ-lê có sẵn). Quấn giấy vệ sinh hoặc bông lót toàn bộ vùng định bó bột (nên quấn lót rộng rãi hơn phần bó bột).

- Đo chu vi khung chậu và dùng bột khổ lớn nhất (20 cm) để rải 1 đai bột to, rộng (thường rộng từ 20 cm trở lên, tùy hình thể người bệnh), đủ dài để bó vòng quanh khung chậu và bụng. Ngâm bột nhanh, vắt ráo nước, vuốt phẳng đai bột, luồn qua dưới lưng người bệnh. Bên kia, trợ thủ viên đón đầu đai bột. Đưa 2 đầu đai bột gặp nhau và gối lên nhau ở trước giữa bụng. Nên đặt 1 gối mỏng trước bụng, bó xong thì rút bỏ để tránh bột chặt khi người bệnh ăn no.

- Rải tiếp 2 nẹp bột to bản nữa, đủ dài:

+ 1 nẹp đặt từ trước bụng bên tổn thương, gối lên phần đai bột đã đặt trước đó (đai bột vòng quanh khung chậu và bụng). Quấn bắt chéo qua cung đùi ra ngoài, để ra sau đùi, quấn chéo từ trên xuống dưới, từ ngoài vào trong cho hết nẹp bột.

+ 1 nẹp bột nữa tương tự, nhưng quấn chéo và xoáy trôn ốc theo chiều ngược lại với nẹp bột trên. Xuất phát điểm từ sau mào chậu, quấn vòng từ trên xuống dưới, qua mào chậu để từ ngoài vào trong, từ trước ra sau và cuối cùng từ trong ra ngoài cho hết chiều dài của nẹp bột. Mép trên của nẹp bột trùng với cung đùi. Có thể đặt 2 nẹp bột trên không bắt chéo mà song song nhau, cùng chiều nhau, gối nhau 1 ít, đỡ bị cộm.

- Dùng bột rải kiểu Zích-zắc tăng cường vùng trước bẹn. Đến đây coi như xong phần rải và đặt các nẹp bột.

- Quấn bột: dùng bột to bản (cỡ 20 cm) quấn từ trên xuống dưới, đến gối thì dừng lại (có thể bó xuống đến 1/3 dưới cẳng chân), quấn ngược lên trên, quấn lên quấn xuống như vậy đến khi cảm thấy đủ dầy thì được. Nhớ quấn bổ sung cho đai bột ở xung quanh bụng và khung chậu đã được đặt ban đầu. Cũng như các loại bột bó 2 thì khác, chỗ bột nối nhau giữa 2 thì nên bó mỏng dần để khi bó bột thì 2,bột gối lên nhau khỏi bị cộm.

*2.1.2. Thì 2:*

- Cắt băng cố định cổ bàn chân khỏi đế giày.

- Đưa người bệnh sang bàn nắn thường để bó nốt bột Cẳng - bàn chân (như bó bột Cẳng - bàn chân). Xong rồi thì xoa vuốt, chỉnh trang lần cuối.

- Nếu bó bột Chậu - lưng - chân-đùi, phần bột đùi đối diện được bó đồng thời với bên đùi tổn thương, đặt các nẹp và kỹ thuật bó tương tự như bên đùi tổn thương.

- Lau chùi sạch các ngón chân để dễ theo dõi. Bột cấp cứu, vẫn rạch dọc bột từ bẹn trở xuống.

***2.* Bong sụn tiếp khớp gối**

**- Bước 1:** Quấn giấy hoặc bông lót, hoặc lông tất jersey, đặt dây rạch dọc mặt trước đùi, gối, cẳng chân. Vùng khớp gối và cổ chân nên độn dầy hơn để đỡ đau và đỡ chèn ép. Đặt dây rạch dọc (với bột cấp cứu) ở phía trước đùi, gối, cẳng chân).

**- Bước 2:** Đặt nẹp bột: Rải 1 nẹp bột bằng bột khổ rộng theo độ dài đo trước, theo mốc đã định, chú ý vuốt cho nẹp bột phẳng phiu, đỡ cộm khi bó bột.

**- Bước 3:**Quấn bột: trong khi trợ thủ 1 giữ nẹp bột vào mặt sau đùi, 1 tay dưới đầu trên nẹp, 1 tay dưới khoeo người bệnh, trợ thủ 2 giữ nẹp bột, 1 tay dưới mặt sau cẳng chân, 1 tay dưới đầu nẹp ở cổ chân. Kỹ thuật viên chính tiến hành quấn bột. Dùng bột to bản quấn từ giữa gối, quấn từ dưới lên trên, rồi từ trên xuống dưới kiểu xoáy trôn ốc, quấn đến đâu, trợ thủ viên nhấc tay ra đỡ chân người bệnh ở vị trí khác, 2 trợ thủ viên nhớ dùng cả lòng bàn tay để đỡ bột và thay đổi liên tục vị trí đỡ bột để bột khỏi bị móp,bị lõm. Thường thì bó 6-8 lớp là đủ. Xoa, vuốt, chỉnh trang cho bột nhẵn, phẳng và đẹp. Đỡ bột cho khô dần ở tư thế duỗi (nhưng không để ưỡn tối đa, gây khó chịu khi mang bột).

**- Bước 4:** Rạch dọc bột (nếu bột cấp cứu).

- Sau 1 tuần chụp kiểm tra, thay bột ống tròn (nếu nhiều máu tụ thì hút, nếu ít, máu sẽ tự tiêu sau 1 vài tuần).

- Thời gian bất động bột: 6 tuần trở lên (có thể bất động đến 8 tuần).

**VI. THEO DÕI**

- Nhẹ: theo dõi điều trị ngoại trú.

- Nặng, có tổn thương phối hợp, sưng nề: cho vào viện theo dõi điều trị nội trú.

**VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ**

- Tai biến mạch máu, thần kinh: rất hiếm gặp. Nếu có, XỬ TRÍ theo tổn thương.

- Khi người bệnh đau bụng, cần nhanh chóng rạch dọc bột ở phần bụng và rạch dọc bột từ bẹn trở xuống, để tiện cho việc theo dõi, thăm khám và xử trí. Theo dõi, nếu không phải XỬ TRÍ cấp cứu ngoại khoa, sẽ quấn tăng cường để trả lại nguyên trạng của bột sau.

- Bột bó 2 thì, thì 1 bột được bó khi chân được kéo rất căng trên khung, bó xong rồi chân người bệnh được giải phóng sức căng, chân sẽ dồn lên do lực co của cơ, dễ gây chèn ép và mép bột có thể thúc vào bẹn gây đau hoặc loét, nên phải quấn độn lót cho dầy, nhất là vùng bẹn, gối, cổ chân. Bó xong nên sửa mép bột ở bẹn cho rộng rãi.

## 334. NẮN, BÓ BỘT GÃY MÂM CHÀY

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Gãy mâm chày là loại gãy xương trong khớp gối.

Là phần xương xốp nên gãy mâm chày sẽ gây chảy máu nhiều, gây sưng nề, rối loạn dinh dưỡng, có thể kèm theo hội chứng khoang, tắc mạch.

Mặt sau mâm chày là khoeo có chứa hệ thống thần kinh, mạch máu do vậy gãy mâm chày cần chú ý phát hiện các tổn thương mạch máu, thần kinh kèm theo.

**II. CHỈ ĐỊNH**

Đối với tất cả các trường hợp gãy kín mâm chày di lệch ít và mới.

Với những trường hợp gãy nhiều mảnh phức tạp, phẫu thuật khó khăn có thể  
điều trị bảo tồn.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Gãy hở từ độ 2 trở lên.

Gãy xương kèm theo tổn thương mạch máu, thần kinh, hội chứng khoang.

Những trường hợp sưng nề nhiều, nhiều nốt phỏng do người bệnh đến muộn  
hoặc đắp lá.

**IV. CHUẨN BỊ**

Người thực hiện: 04 người

Bác sỹ. 01

Kỹ thuật viên: 03

Người bệnh:

Sau tai nạn sinh hoạt, tai nạn lao động

Có chẩn đoán gãy mâm chày và có chỉ định điều trị bảo tồn.

Được giải thích kỹ mục đích của thủ thuật,quá trình tiến hành làm thủ thuật.

Được vệ sinh sạch sẽ, và bộc chi bên bó bột.

Với người bệnh gây mê cần nhịn ăn uống 6 giờ.

Phương tiện:

Thuốc gây mê tĩnh mạch hoặc gây tê tại chỗ.

Bàn nắn chỉnh Pelvie.

Bơm tiêm 20ml, kim lấy thuốc số 24, bông băng cồn gạc.

Bột thạch cao: 10- 12 cuộn khổ 20cm (bột liền); 12- 14 cuộn khổ 20cm (bột tự  
cán).

Bông lót: 2-4 cuộn khổ 20cm.

**Thời gian thực hiện thủ thuật:** 60- 80 phút.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

Tư thế:

Người bệnh nằm ngửa trên bàn chỉnh hình để được gây mê hoặc gây tê tại chỗ.

Vô cảm

Gây mê tĩnh mạch

Gây tê tại ổ gãy

Kỹ thuật:

Sau gây mê, gây tê cho người bệnh nằm ngửa cố định cổ chân hai bên vào bàn  
nắn chỉnh.

Kỹ thuật viên 1: Xoay tay kéo bàn chỉnh hình để kéo dài chi dọc theo trục 5- 7  
phút.

Kỹ thuật viên 2: Sát trùng rộng vùng khớp gối, đi găng vô khuẩn hút máu tụ  
ttrong khớp gối. Sau đó dùng hai bàn tay nắn chỉnh ép các mảnh gãy về vị trí giải phẫu.

Kỹ thuật viên 3: Kiểm tra trên C- ARM và bó bột Đùi cẳng bàn chân.

**VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

XQ kiểm tra.

Để phát hiện sớm các biến chứng như: Chèn ép bột, hội chứng khoang cần kê  
cao chân, theo dõi cảm giác đau của người bệnh, vận động và cảm giác cũng như màu sắc, nhiệt độ của ngón chân.

Khám lại sau 24 giờ kiểm tra xem có chèn ép không.

Nếu có dấu hiệu chèn ép cho nới bột ngay.

## 335. NẮN, BÓ BỘT GÃY XƯƠNG CHẬU

## 336. NẮN, BÓ BỘT GÃY CỔ XƯƠNG ĐÙI

**I. ĐẠI CƯƠNG**

- Gẫy cổ xương đùi là loại gẫy mà đường gẫy nằm ở giữa chỏm xương đùi và khối mấu chuyển.

- Là loại gẫy nội khớp, do mạch máu nuôi dưỡng nghèo nàn nên gẫy cổ xương đùi có tỉ lệ khớp giả hoặc tiêu chỏm xương đùi cao.

- Thường xảy ra ở người có tuổi, có khi chỉ sau một sang chấn nhẹ như ngã ngồi. Ở người trẻ, thường do một chấn thương nặng như tai nạn giao thông, ngã cao...

**II. CHỈ ĐỊNH ĐIỀU TRỊ BẢO TỒN**

1. Gẫy cài, gẫy cổ xương đùi ít lệch.

2. Gẫy cổ xương đùi trẻ em.

3. Gẫy cổ xương đùi di lệch nhưng kinh nghiệm phẫu thuật viên, điều kiện cơ sở y tế không đáp ứng an toàn cho phẫu thuật.

4. Tình trạng người bệnh không đảm bảo cho phẫu thuật, nguy cơ do phẫu thuật và gây mê cao.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Không có chống chỉ định tuyệt đối, chỉ cân nhắc đối với những người già, yếu không thể mang được bột chậu lưng chân. Với những trường hợp này, có bó bột Chậu - lưng - chân cũng khó có cơ hội liền xương, chỉ nên bó bột chống xoay để người bệnh đỡ đau mà thôi.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

- Chuyên khoa xương: 4-5 người, ít nhất cũng là 4 (1 chính, 3 phụ).

- Nếu người bệnh cần gây mê: 1 hoặc 2 chuyên khoa gây mê.

**2. Phương tiện**

- Thuốc gây mê.

- Bàn nắn: bàn chỉnh hình Pelvie.

- Bột thạch cao: 15 cuộn bột khổ 20 cm, 3-4 cuộn bột khổ 15 cm. Trẻ em thì tùy tuổi và kích thước mà chuẩn bị bột.

**3. Người bệnh**

- Được thăm khám toàn diện, tránh bỏ sót tổn thương.

- 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 áo.

- 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**

Người bệnh nằm ngửa trên bàn chỉnh hình, có hai kỹ thuật nắn chính:

- Leadbetter: Gấp háng 90 độ, xoay trong nhẹ, kéo thẳng đứng theo trục xương đùi. Sau đó vẫn giữ chân xoay trong đưa háng dạng và duỗi thẳng chân hạ xuống ngang mức mặt bàn. Cố định bàn chân vào giá đỡ trong tư thế dạng 15-20 độ, xoay trong 20 độ.

- Whitman: Trước hết để háng duỗi, kéo thẳng chân, sau đó xoay chân vào trong và dạng háng. Duỗi thẳng, cố định hai bàn chân vào giá đỡ. Xoay ngoài chân gẫy, háng dạng 20 độ và kéo lấy lại chiều dài hơn bên chân lành một chút. Sau đó xoay trong 20- 30 độ.

Đánh giá trên phim X quang theo chỉ số Garden: trên phim thẳng: góc giữa trục trung tâm của bè xương hệ quạt ở chỏm và thành trong của thân xương đùi không nhỏ hơn 160 độ và không lớn hơn 180 độ. Trên phim nghiêng cổ xương đùi nghiêng trước hoặc nghiêng sau trong giới hạn 20 độ so với đường thẳng dọc cổ xương đùi.

**2. Bất động**

***2.1. Với người bệnh trẻ, thể trạng tốt, người có tuổi nhưng điều kiện sức khỏe cho phép:*** bó bột Chậu - lưng - chân (có thể bó thêm đùi bên lành).

*2.1.1. Thì 1:* bó bột Chậu - lưng - đùi: (bó từ khung chậu đến gối).

- Người bệnh được đặt nằm trên bàn như đã mô tả ở trên, hai bàn chân được cố định chặt vào 2 đế giầy của khung kéo. Với người bệnh nam, nhớ vén bìu người bệnh lên để khi kéo nắn bìu không bị kẹt vào ống đối lực.

- Quay vô lăng để căng chỉnh, nắn xương gẫy (xem phần nắn chỉnh ở trên). Chân bên lành cũng được căng chỉnh làm đối lực, nhưng lực căng thường giảm hơn bên chân có tổn thương.

- Chỉnh 2 khung đỡ 2 chân cho chân dạng ra hoặc khép vào, xoay vào hoặc xoay ra theo ý muốn rồi cố định khung lại (bằng cờ-lê có sẵn). Quấn giấy vệ sinh hoặc bông lót toàn bộ vùng định bó bột (nên quấn lót rộng rãi hơn phần bó bột).

- Đo chu vi khung chậu và dùng bột khổ lớn nhất (20 cm) để rải 1 đai bột to, rộng (thường rộng từ 20 cm trở lên, tùy hình thể người bệnh), đủ dài để bó vòng quanh khung chậu và bụng. Ngâm bột nhanh, vắt ráo nước, vuốt phẳng đai bột, luồn qua dưới lưng người bệnh. Bên kia, trợ thủ viên đón đầu đai bột. Đưa 2 đầu đai bột gặp nhau và gối lên nhau ở trước giữa bụng. Nên đặt 1 gối mỏng trước bụng, bó xong thì rút bỏ để tránh bột chặt khi người bệnh ăn no.

- Rải tiếp 2 nẹp bột to bản nữa, đủ dài:

+ 1 nẹp đặt từ trước bụng bên tổn thương, gối lên phần đai bột đã đặt trước đó (đai bột vòng quanh khung chậu và bụng). Quấn bắt chéo qua cung đùi ra ngoài, để ra sau đùi, quấn chéo từ trên xuống dưới, từ ngoài vào trong cho hết nẹp bột.

+ 1 nẹp bột nữa tương tự, nhưng quấn chéo và xoáy trôn ốc theo chiều ngược lại với nẹp bột trên. Xuất phát điểm từ sau mào chậu, quấn vòng từ trên xuống dưới, qua mào chậu để từ ngoài vào trong, từ trước ra sau và cuối cùng từ trong ra ngoài cho hết chiều dài của nẹp bột. Mép trên của nẹp bột trùng với cung đùi. Có thể đặt 2 nẹp bột trên không bắt chéo mà song song nhau, cùng chiều, gối nhau 1 ít, đỡ bị cộm.

- Dùng bột rải kiểu Zích-zắc tăng cường vùng trước bẹn. Đến đây coi như xong phần rải và đặt các nẹp bột.

- Quấn bột: dùng bột to bản (cỡ 20 cm) quấn từ trên xuống dưới, đến gối thì dừng lại (có thể bó xuống đến 1/3 dưới cẳng chân), quấn ngược lên trên, quấn lên quấn xuống như vậy đến khi cảm thấy đủ dầy thì được. Nhớ quấn bổ sung cho đai bột ở xung quanh bụng và khung chậu đã được đặt ban đầu. Cũng như các loại bột bó 2 thì khác, chỗ bột nối nhau giữa 2 thì nên bó mỏng dần để khi bó bột thì 2,bột gối lên nhau khỏi bị cộm.

*2.1.2. Thì 2:*

- Cắt băng cố định cổ bàn chân khỏi đế giày.

- Đưa người bệnh sang bàn nắn thường để bó nốt bột Cẳng - bàn chân (như bó bột Cẳng - bàn chân). Xong rồi thì xoa vuốt, chỉnh trang lần cuối.

- Nếu bó bột Chậu - lưng - chân-đùi, phần bột đùi đối diện được bó đồng thời với bên đùi tổn thương, đặt các nẹp và kỹ thuật bó tương tự như bên đùi tổn thương.

- Lau chùi sạch các ngón chân để dễ theo dõi. Bột cấp cứu, vẫn rạch dọc bột từ bẹn trở xuống.

Thời gian bất động bột với người lớn: 10-12 tuần. Với trẻ em, tùy theo tuổi.

**2.2. Với người cao tuổi, điều kiện sức khỏe không cho phép** bó bột Chậu- lưng-chân: chỉ bó bột chống xoay để đỡ đau trong thời gian mới gẫy. Thời gian bó bột chống xoay 5-6 tuần.

**VI. THEO DÕI**

- Nhẹ: theo dõi điều trị ngoại trú.

- Nặng, có tổn thương phối hợp, sưng nề: cho vào viện theo dõi điều trị nội trú.

**VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ**

- Tai biến mạch máu, thần kinh: rất hiếm gặp. Nếu có, XỬ TRÍ theo tổn thương.

- Khi người bệnh đau bụng, cần nhanh chóng rạch dọc bột ở phần bụng và rạch dọc bột từ bẹn trở xuống, để tiện cho việc theo dõi, thăm khám và xử trí. Theo dõi, nếu không phải xử trí cấp cứu ngoại khoa, sẽ quấn tăng cường để trả lại nguyên trạng của bột sau.

- Bột bó 2 thì, thì 1 bột được bó khi chân được kéo rất căng trên khung, bó xong rồi chân người bệnh được giải phóng sức căng, chân sẽ dồn lên do lực co của cơ, dễ gây chèn ép và mép bột có thể thúc vào bẹn gây đau hoặc loét, nên phải quấn độn lót cho dầy, nhất là vùng bẹn, gối, cổ chân. Bó xong nên sửa mép bột ở bẹn cho rộng rãi.

## 337. NẮN, CỐ ĐỊNH TRẬT KHỚP HÁNG KHÔNG CÓ CHỈ ĐỊNH PHẪU THUẬT

**I. ĐẠI CƯƠNG**

- Khớp háng cũng là 1 khớp chỏm (giống như khớp vai), là khớp lớn nhất cơ thể, ổ khớp rất sâu, được nhiều cơ che phủ nên trật khớp háng phải do 1 chấn thương rất nặng và việc phẫu thuật cũng gặp nhiều khó khăn. Ổ cối là nơi gặp nhau của 3 xương (chậu, ngồi, mu), điểm yếu ở giữa hõm khớp nên một khi ổ cối bị vỡ, chỏm xương đùi chui qua chỗ gẫy tạo trật khớp kiểu trung tâm.

- Tuổi hay gặp là thanh niên và trung niên (tuổi lao động), nam gặp nhiều hơn nữ (4/1). Điều này có thể lý giải bởi nam giới ở tuổi này thường phải làm những công việc nặng nhọc, vất vả hơn nữ giới. Đa số là gặp trật khớp kín.

- Nguyên nhân hay gặp ở phương Tây thường do người bệnh đang lái xe ô tô, xe bị dừng lại đột ngột, đùi đang khép, đầu gối bị dồn thúc vào phần cứng ở phía trước, lực mạnh truyền từ gối lên thân và chỏm xương đùi làm chỏm bị trật ra sau ổ cối. Ở ta, ngoài nguyên nhân trên, còn hay gặp khi ngã cao, hoặc các tai nạn lao động.

- Phân loại: Theo vị trí chỏm xương đùi trật ra ở đâu, người ta chia ra 5 kiểu trật:

+ Kiểu chậu: chỏm xương đùi ra sau, lên trên, và ra phía ngoài ổ cối. Lâm sàng thấy đùi khép và xoay trong.

+ Kiểu ngồi: chỏm xương đùi ra sau, xuống dưới, và ra phía ngoài ổ cối. Lâm sàng đùi khép và xoay trong.

+ Kiểu mu: chỏm xương đùi ra trước ra trước, lên trên, vào phía trong ổ cối và có thể nhìn thấy rõ hoặc sờ thấy được ở vùng nếp bẹn. Lâm sàng thấy đùi dạng, xoay ngoài.

+ Kiểu bịt: chỏm xương đùi nằm ở trước hố bịt (ra trước, xuống dưới, và phía trong ổ cối). Lâm sàng thấy đùi dạng và xoay ngoài.

+ Kiểu trung tâm: chỏm xương đùi chui qua chỗ xương gẫy ở ổ cối vào trong tiểu khung. Lâm sàng thường khó chẩn đoán, chỉ phát hiện qua phim X quang.

**II. CHỈ ĐỊNH ĐIỀU TRỊ BẢO TỒN TRẬT KHỚP HÁNG**

1. Trật khớp kín. Trật khớp háng đến sớm (3 tuần trở lại).

2. Trật khớp háng đơn thuần (không có gẫy xương vùng háng kèm theo).

3. Trật khớp háng có kèm gẫy xương vùng háng nhưng ít di lệch.

4. Trật khớp háng có kèm gẫy xương vùng háng di lệch nhưng không đủ điều kiện mổ (bệnh toàn thân nặng, các trường hợp khó khăn về kinh tế hoặc người bệnh từ chối mổ).

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

1. Trật khớp hở chưa XỬ TRÍ phẫu thuật. Trật khớp háng đến muộn (sau 3 tuần).

2. Có vỡ xương chậu nặng (gẫy Malgaigne).Gẫy đùi, cẳng chân cùng bên.

3. Người bệnh có chấn thương nặng ở tạng khác, đa chấn thương, hôn mê, hoặc không đủ điều kiện gây mê.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện:** do nắn trật khớp háng bắt buộc phải gây mê, nên cần:

- Kỹ thuật viên xương bột: 3-4 người (1 chính, 2-3 trợ thủ viên).

- Chuyên khoa gây mê hồi sức: 2 người (1 bác sỹ gây mê, 1 phụ mê).

**2. Phương tiện**

- 1 ván cứng, nếu không có ván cứng, dùng bàn nắn thông thường. Nắn trên bàn cần 1 bàn nữa kê bên cạnh cho kỹ thuật viên quỳ nắn.

- 1 bàn chỉnh hình (Pelvie): để nắn trật khớp kiểu trung tâm và để bó bột chậu - lưng - chân sau khi đã nắn xong.

- Bột thạch cao: tùy theo, nếu bó bột chống xoay (với trật khớp đơn thuần): 6-8 cuộn bột cỡ lớn 20 cm và vài cuộn bột cỡ 15 cm. Nếu bó bột Chậu- lưng-chân (với trật khớp không vững, trật khớp có kèm vỡ xương vùng khớp như vỡ ổ cối, vỡ chỏm xương đùi, vỡ mấu chuyển lớn...): 15 cuộn bột cỡ 20 cm.

- Dụng cụ gây mê, thuốc gây mê (do bác sỹ gây mê chuẩn bị).

- 1 đai vải to bản làm đai số 8 để kéo nắn, thường lấy khăn mổ hoặc toan mổ lớn, xoắn lại và buộc chéo 2 góc đối đỉnh làm đai số 8.

- 1 đai vải nữa để buộc giữ khung chậu người bệnh vào cáng làm đối lực.

- Các dụng cụ khác để phục vụ bó bột (giấy vệ sinh, bông lót cuộn, dây rạch dọc... như để bó các loại bột khác).

**3. Người bệnh**

Mọi trường hợp trật khớp háng người bệnh đều cần phải gây mê, nên cần dặn người bệnh nhịn ăn uống ít nhất 5-6 giờ, và làm tờ cam kết, chấp nhận thủ thuật. Người bệnh được cởi bỏ quần (kể cả quần 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.

- Vì người bệnh gây mê để nắn, cần có tờ cam kết chấp nhận thủ thuật.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH NẮN, BẤT ĐỘNG TRẬT KHỚP HÁNG**

Ở đây chúng tôi chỉ nói đến phương pháp Boehler, 1 trong những phương pháp kinh điển, dễ làm, an toàn, và cho đến hiện nay nhiều bệnh viện và trung tâm lớn vẫn đang áp dụng. Các phương pháp khác chỉ có ý nghĩa tham khảo.

**1. Người bệnh**

- Đặt nằm ngửa trên ván cứng trên sàn nhà. Tư thế háng gấp 90o, gối gấp 90o. Dùng 1 đai vải đối lực cố định chắc khung chậu vào cáng. Người bệnh được gây mê (việc tiền mê, gây mê, hồi sức do bác sỹ gây mê thực hiện).

**2. Tiến hành nắn**

- Người nắn quỳ cùng bên chân định nắn.

- Quàng 1 đai vải số 8 qua cổ người nắn, đầu kia đai số 8 qua khoeo người bệnh. Chỉnh đai số 8 sao cho vừa, dài quá đai bị trùng không có lực, ngắn quá người nắn sẽ phải cúi quá cũng không có lực (thường người nắn cúi khoảng 30o là vừa).

- Người nắn từ từ nâng cao cổ và lưng lên, đồng thời dùng 1 tay vít cổ chân người bệnh xuống làm lực đòn bẩy nhằm nâng gối của người bệnh lên cao dễ dàng hơn.

- Kéo từ từ, đủ lực, đủ thời gian (khoảng 5-7 phút), khớp sẽ vào, nghe tiếng “khục” là được. Nếu thấy khó khăn, sửa thêm tư thế (nếu trật ở tư thế khép thì cho chân dạng, nếu trật tư thế dạng thì cho chân khép, nếu trật ở tư thế xoay trong thì cho chân xoay ngoài và ngược lại). Nếu vẫn khó vào, dùng đầu gối của mình độn dưới khoeo người bệnh nâng lên (phối hợp với kiểu nắn của Kocher). Với người nắn khỏe lại có kinh nghiệm, đôi khi không cần dùng đai số 8, người nắn ngồi lên cổ chân người bệnh như kiểu trẻ em ngồi chơi bập bênh, dùng 1 cẳng tay hoặc 2 cẳng tay bắt chéo dưới khoeo người bệnh để kéo nắn, dùng luôn 2 tay ở dưới khoeo đưa gối người bệnh ra hay vào để sửa tư thế, tùy theo kiểu trật. Lưu ý: kéo nắn kiểu này có thể làm gẫy xương cánh tay người nắn.

**3. Bất động**

**3.1.** Ngày xưa người ta hay buộc chéo chân với trật háng đơn thuần, nay phương pháp này không được áp dụng nữa, do tư thế này gây khó chịu cho người bệnh.

**3.2.** Bó bột chống xoay (với trật khớp đơn thuần): bó bột Cẳng - bàn chân có que ngang, có thể bó lên đến giữa đùi, để gối không co lại được, sẽ gián tiếp làm háng không co lên, từ đó khớp háng khó trật ra.

**3.3.** Bột Chậu - lưng - chân (với trật khớp kèm vỡ xương vùng háng, trật khớp háng kiểu trung tâm).

**- Thì 1:** sau khi người bệnh được gây mê.

+ Đặt người bệnh trên bàn chỉnh hình, quấn bông lót toàn bộ vùng định bó bột.

+ Đặt 1 nẹp bột to bản vòng quanh bụng và khung chậu, 2 nẹp bột khác đặt chéo đi chéo lại (hoặc đặt song song, gối mép lên nhau) qua vùng háng đau.

+ Quấn bột từ trên xuống dưới, từ dưới lên trên theo các nẹp bột đã đặt, thành 1 bột Chậu - lưng - đùi. Đợi bột khô đỡ người bệnh xuống bàn thường để bó nốt thì 2.

**- Thì 2:** bó nốt bột ở Cẳng - bàn chân: bó nối tiếp và gối đè lên phần bột đã bó ở thì 1. Lưu ý tăng cường bột chỗ nối 2 thì để bột khỏi long lở.

**3.4.** Kéo liên tục với trật háng kiểu trung tâm.

**4. Thời gian bất động**

Ba tuần với trật đơn thuần, và 4-5 tuần với trật khớp kèm gẫy xương.

**VI. THEO DÕI**

- Trật khớp háng đơn thuần: theo dõi ngoại trú.

- Trật khớp háng kèm gẫy xương hoặc có tổn thương phối hợp: điều trị nội trú.

**VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ**

Chủ yếu tai biến do gây mê, đặc biệt khi người bệnh nằm sấp để nắn (nắn theo phương pháp Stimpson).

## 338. NẮN, BÓ BỘT GÃY LỒI CẦU XƯƠNG ĐÙI

**I. ĐẠI CƯƠNG**

- Gẫy vùng lồi cầu xương đùi gồm có: gẫy trên lồi cầu, gẫy lồi cầu trong, lồi cầu ngoài và gẫy liên lồi cầu đùi.

- Gẫy trên lồi cầu xương đùi là loại gẫy ngoài khớp. Ngược lại, gẫy lồi cầu trong, gẫy lồi cầu ngoài và gẫy liên lồi cầu là loại gẫy nội khớp. Gẫy nội khớp thường nặng hơn, nếu sự nắn chỉnh không hoàn hảo thường để lại hậu quả xấu cho cơ năng của khớp sau này.

**II. CHỈ ĐỊNH ĐIỀU TRỊ BẢO TỒN**

Với gẫy nội khớp: điều trị phẫu thuật gần như tuyệt đối. Với gẫy ngoại khớp: có chỉ định nắn bó bột nhiều hơn. Điều trị bảo tồn trong một số trường hợp sau:

1. Tình trạng sức khỏe người bệnh chống chỉ định mổ.

2. Gẫy xương phức tạp không thể phẫu thuật kết hợp xương được

3. Rối loạn phát triển xương nặng (loãng xương nặng, bệnh lý xương thủy tinh).

4. Gẫy xương không di lệch.

5. Gẫy xương lún, vững.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

1. Gẫy hở độ II của Gustilo trở lên.

2. Có tổn thương mạch, thần kinh.

**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.

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

- Thuốc gây tê hoặc gây mê.

- Bột thạch cao:

+ Nếu bó bột Đùi - cẳng - bàn chân (khi gẫy 1 trong 2 lồi cầu, hoặc gẫy không lệch): 4-5 cuộn khổ 20 cm, thêm 3-4 cuộn khổ 15 cm.

+ Nếu bó bột Chậu - lưng - chân (khi gẫy trên lồi cầu, gẫy liên lồi cầu, gẫy di lệch): 15 cuộn bột khổ 20 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 cho bố mẹ hoặc người thân.

- Được vệ sinh sạch sẽ, cởi bỏ quần .

- 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**

***1.1. Với cả 4 loại gẫy đầu dưới xương đùi ít di lệch***

- Tư thế người bệnh: nằm ngửa trên bàn nắn thông thường.

- Hút máu tụ khớp gối (với gẫy nội khớp), kéo nắn tùy theo kiểu di lệch.

***1.2. Với gẫy trên lồi cầu có di lệch***

- Người bệnh đặt nằm ngửa trên bàn thường, gây tê hoặc gây mê, xong đưa lên cố định trên bàn chỉnh hình.

- Cố định chân định nắn vào khung kéo ở tư thế trùng gối, trợ thủ dùng cẳng tay đặt dưới khoeo người bệnh để gồng lên, người nắn chính sẽ tiến hành nắn tùy theo kiểu di lệch như thế nào (căn cứ phim XQ), khi thấy được thì từ từ duỗi dần gối ra, đặt dây rạch dọc và bó bột Chậu - lưng - chân, tư thế gối chùng 130o.

***1.3.Với gẫy lồi cầu trong, lồi cầu ngoài và gẫy liên lồi cầu:*** cũng trên bàn chỉnh hình, nhưng kéo nắn trong tư thế gối duỗi. Các thì giống với gẫy trên lồi cầu.

**2. Bất động bột**

***2.1. Gẫy trên lồi cầu, gẫy liên lồi cầu: cần bó bột Chậu - lưng - chân***

Bó bột Chậu - lưng - chân gồm 2 thì:

*2.1.1. Thì 1:* bó bột Chậu - lưng - đùi: (bó từ khung chậu đến gối).

- Người bệnh được đặt nằm trên bàn như đã mô tả ở trên, hai bàn chân được cố định chặt vào 2 đế giầy của khung kéo. Với người bệnh nam, nhớ vén bìu người bệnh lên để khi kéo nắn bìu không bị kẹt vào ống đối lực.

- Quay vô lăng để căng chỉnh, nắn xương gẫy (như mô tả ở trên). Chân bên lành cũng được căng chỉnh làm đối lực, nhưng lực căng thường giảm hơn bên chân có tổn thương.

- Chỉnh 2 khung đỡ 2 chân cho chân dạng ra và xoay vào rồi cố định khung lại (bằng cờ-lê có sẵn). Quấn giấy vệ sinh hoặc bông lót toàn bộ vùng định bó bột (nên quấn lót rộng rãi hơn phần bó bột).

- Đo chu vi khung chậu và dùng bột khổ lớn nhất (20 cm) để rải 1 đai bột to, rộng (thường rộng từ 20 cm trở lên, tùy hình thể người bệnh), đủ dài để bó vòng quanh khung chậu và bụng. Ngâm bột nhanh, vắt ráo nước, vuốt phẳng đai bột, luồn qua dưới lưng người bệnh. Bên kia, trợ thủ viên đón đầu đai bột. Đưa 2 đầu đai bột gặp nhau và gối lên nhau ở trước giữa bụng. Nên đặt 1 gối mỏng trước bụng, bó xong thì rút bỏ để tránh bột chặt khi người bệnh ăn no.

- Rải tiếp 2 nẹp bột to bản nữa, đủ dài:

+ 1 nẹp đặt từ trước bụng bên tổn thương, gối lên phần đai bột đã đặt trước đó (đai bột vòng quanh khung chậu và bụng). Quấn bắt chéo qua cung đùi ra ngoài, để ra sau đùi, quấn chéo từ trên xuống dưới, từ ngoài vào trong cho hết nẹp bột.

+ 1 nẹp bột nữa tương tự, nhưng quấn chéo và xoáy trôn ốc theo chiều ngược lại với nẹp bột trên. Xuất phát điểm từ sau mào chậu, quấn vòng từ trên xuống dưới, qua mào chậu để từ ngoài vào trong, từ trước ra sau và cuối cùng từ trong ra ngoài cho hết chiều dài của nẹp bột. Mép trên của nẹp bột trùng với cung đùi. Có thể đặt 2 nẹp bột trên không bắt chéo mà song song nhau, cùng chiều nhau, gối nhau 1 ít, đỡ bị cộm.

- Dùng bột rải kiểu Zích-zắc tăng cường vùng trước bẹn. Đến đây coi như xong phần rải và đặt các nẹp bột.

- Quấn bột: dùng bột to bản (cỡ 20 cm) quấn từ trên xuống dưới, đến gối thì dừng lại (có thể bó xuống đến 1/3 dưới cẳng chân), quấn ngược lên trên, quấn lên quấn xuống như vậy đến khi cảm thấy đủ dầy thì được. Nhớ quấn bổ sung cho đai bột ở xung quanh bụng và khung chậu đã được đặt ban đầu. Cũng như các loại bột bó 2 thì khác, chỗ bột nối nhau giữa 2 thì nên bó mỏng dần để khi bó bột thì 2,bột gối lên nhau khỏi bị cộm.

*2.1.2. Thì 2:*

- Cắt băng cố định cổ bàn chân khỏi đế giày.

- Đưa người bệnh sang bàn nắn thường để bó nốt bột Cẳng - bàn chân (như bó bột Cẳng - bàn chân). Xong rồi thì xoa vuốt, chỉnh trang lần cuối.

- Nếu bó bột Chậu - lưng - chân-đùi, phần bột đùi đối diện được bó đồng thời với bên đùi tổn thương, đặt các nẹp và kỹ thuật bó tương tự như bên đùi tổn thương.

- Lau chùi sạch các ngón chân để dễ theo dõi.

- Bột cấp cứu, vẫn rạch dọc bột từ bẹn trở xuống.

***2.2.Gẫy 1 trong 2 lồi cầu, gẫy trên lồi cầu và liên lồi cầu nhưng không di lệch***bó bột Đùi - cẳng - bàn chân rạch dọc (có thể làm thêm que ngang chống xoay).

**3. Thời gian bất động bột: với người lớn trung bình 8 tuần** (trẻ em, thời gian ngắn hơn, tùy theo tuổi).

- Sau 1 tuần chụp kiểm tra: Nếu tốt: thay bột tròn. Nếu di lệch thứ phát: nắn thêm (với gẫy trên lồi cầu), hoặc chuyển mổ có chuẩn bị (với gẫy nội khớp).

- Sau 3 tuần có thể thay bột, tránh hiện tượng xương di lệch thêm do lỏng bột.

**VI. THEO DÕI**

Nhẹ: theo dõi điều trị ngoại trú.

Nặng: có tổn thương phối hợp, sưng nề: cho vào viện theo dõi điều trị nội trú.

**VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ**

**1. Tai biến:** tổn thương mạch máu và thần kinh: quá trình kéo nắn có thể gây tổn thương hoặc làm nặng thêm những tổn thương sẵn có của bó mạch khoeo, thần kinh chày, thần kinh mác chung.

**2. Xử trí**

- Tổn thương mạch: phải chuyển mổ cấp cứu xử trí tổn thương (giải phóng mạch, nối mạch, ghép mạch).

- Tổn thương thần kinh : thường do căng giãn, tự hồi phục sau 3-4 tháng.

## 339. BÓ BỘT ỐNG TRONG GÃY XƯƠNG BÁNH CHÈ

**I. ĐẠI CƯƠNG**

- Là xương vừng lớn nhất trong cơ thể (1 xương nằm ở trong gân).

- Xương bánh chè có hình tam giác, đáy ở phía trên có gân cơ tứ đầu đùi bám, đỉnh hoặc cực dưới có gân bánh chè bám, nên khi xương gẫy thường là di lệch, mà đã lệch thì không nắn được, do lực kéo rất khỏe của 2 gân cơ nói trên. Các trường hợp gẫy chéo hoặc gẫy dọc, xương bánh chè thường ít lệch.

- Xương bánh chè nằm ngay dưới da, trước gối và mặt sau tựa vào nền cứng là các lồi cầu xương đùi.Vì thế khi ngã đập gối dễ gây vỡ xương bánh chè. Trẻ em rất ít gặp vỡ xương bánh chè.

**II. CHỈ ĐỊNH ĐIỀU TRỊ BẢO TỒN**

1. Chỉ định điều trị bảo tồn với những trường hợp vỡ xương bánh chè ít lệch, khi các mảnh vỡ xương bánh chè xa nhau dưới 3mm, mặt khớp di lệch dưới 2mm.

2. Các trường hợp gẫy di lệch nhưng vì một lý do nào đó người bệnh không thể mổ (bệnh toàn thân nặng, tình trạng sức khỏe không thể tiến hành mổ hoặc không thể tiến hành gây mê được, người bệnh không có điều kiện mổ, từ chối mổ...).

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

1. Không điều trị bảo tồn với trường hợp gẫy hở xương bánh chè.

2. Có tổn thương mạch máu hay thần kinh, hội chứng khoang.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện:** Chuyên khoa chấn thương: 3 người (1 chính và 2 phụ).

**2. Phương tiện**

- Bàn nắn: bàn nắn bình thường. Cần thêm 1 độn gỗ để kê cao cổ chân người bệnh khi bó bột.

- Thuốc gây tê.

- Bột thạch cao: 5-6 cuộn bột khổ 20cm.

**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 gối, cởi bỏ quần.

**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.**

**1. Nắn chỉnh ổ gẫy**

- Tư thế người bệnh: Nằm ngửa trên bàn, tốt nhất là bàn chỉnh hình.

- Sát trùng rộng vùng khớp gối, đi găng vô khuẩn, gây tê tại chỗ.

- Hút máu tụ trong khớp gối: dùng bơm tiêm 20ml hoặc to hơn, mũi kim to, chọc qua khe khớp bánh chè-đùi bên ngoài (túi cùng bên ngoài của cơ tứ đầu đùi). Không cần phải hút hết dịch máu, phần máu còn lại sẽ tự tiêu đi, cũng không cần hút ở túi cùng trong, vì 2 túi cùng này thông với nhau.

- Nắn chỉnh, ở đây chủ yếu là nắn chỉnh di lệch theo chiều trước-sau và di lệch sang bên, còn di lệch rời xa nhau (giãn cách) như trên đã nói, do gân tứ đầu kéo lên, gân bánh chè kéo xuống, nên không thể nắn được.

**2. Bất động:**bó ống bột rạch dọc.

***2.1. Người bệnh***

- Nằm ngửa, gót chân kê cao trên độn gỗ.

- Được cởi hoặc cắt bỏ quần bên bó bột.

- Nếu hút dịch hoặc máu tụ khớp gối, phải đảm bảo nguyên tắc vô trùng: vệ sinh bằng xà phòng, sát trùng cồn 70o rộng rãi, trải toan lỗ đã hấp tiệt trùng, đi găng hấp. Chọc hút: dùng bơm tiêm 20 ml hoặc to hơn, kim to và dài, chọc ở vị trí túi cùng cơ tứ đầu đùi ngoài (phần căng phồng ở phía trên-ngoài của cực trên xương bánh chè). Chỉ cần chọc hút ở 1 vị trí trên, do các túi cùng thông nhau, dịch hoặc máu tụ sẽ ra tốt. Không cố hút hết dịch hoặc máu, còn một ít, dịch hoặc máu sẽ tự tiêu trong 1 vài tuần.

***2.2. Các bước tiến hành bó bột***

- Bước 1: Quấn giấy hoặc bông lót, hoặc lông tất jersey, đặt dây rạch dọc mặt trước đùi, gối, cẳng chân. Vùng khớp gối và cổ chân nên độn dầy hơn để đỡ đau và đỡ chèn ép. Đặt dây rạch dọc (với bột cấp cứu) ở phía trước đùi, gối, cẳng chân).

- Bước 2: Đặt nẹp bột: Rải 1 nẹp bột bằng bột khổ rộng theo độ dài đo trước, theo mốc đã định, chú ý vuốt cho nẹp bột phẳng phiu, đỡ cộm khi bó bột.

- Bước 3: Quấn bột:

+ Trong khi trợ thủ 1 giữ nẹp bột vào mặt sau đùi, 1 tay dưới đầu trên nẹp, 1 tay dưới khoeo người bệnh, trợ thủ 2 giữ nẹp bột, 1 tay dưới mặt sau cẳng chân, 1 tay dưới đầu nẹp ở cổ chân.

+ Kỹ thuật viên chính tiến hành quấn bột: dùng bột to bản quấn từ giữa gối, quấn từ dưới lên trên, rồi từ trên xuống dưới kiểu xoáy trôn ốc, quấn đến đâu, trợ thủ viên nhấc tay ra đỡ chân người bệnh ở vị trí khác, 2 trợ thủ viên nhớ dùng cả lòng bàn tay để đỡ bột và thay đổi liên tục vị trí đỡ bột để bột khỏi bị móp,bị lõm. Thường thì bó 6-8 lớp là đủ. Xoa, vuốt, chỉnh trang cho bột nhẵn, phẳng và đẹp. Đỡ bột cho khô dần ở tư thế duỗi (nhưng không để ưỡn tối đa, gây khó chịu khi mang bột).

- Bước 4: Rạch dọc bột (nếu bột cấp cứu).

**3. Thời gian bất động bột:**4-6 tuần.

**VI. THEO DÕI**

- Nhẹ thì điều trị ngoại trú (vỡ xương bánh chè thường là nhẹ).

- Sưng nề nhiều hoặc có tổn thương phối hợp thì theo dõi điều trị nội trú.

**VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ**

Thường chỉ có tai biến khi có thương tổn phối hợp như gẫy vùng 1/3 trên cẳng chân, mâm chầy, lồi cầu xương đùi. Cần theo dõi sát sao nhằm phát hiện sớm các biểu hiện của hội chứng chèn ép khoang hoặc rối loạn dinh dưỡng nặng để có biện pháp xử trí kịp thời.

## 340. NẮN, BÓ BỘT TRẬT KHỚP GỐI

**I. ĐẠI CƯƠNG**

- Trật khớp gối là một chấn thương tuy ít gặp nhưng thường là nặng, gây tổn thương nặng phần mềm và các cấu trúc giữ vững khớp gối. Bên cạnh các tổn thương dây chằng, bao khớp, sụn chêm… có thể gây tổn thương mạch máu, thần kinh, hội chứng khoang.

- Trật khớp gối nắn thường dễ, nhưng hậu quả về lâu dài thì thường để lại di chứng lỏng khớp, phải phẫu thuật để tái tạo dây chằng.

- Trật khớp gối có kèm gẫy xương thường nặng và có chỉ định mổ.

**II. CHỈ ĐỊNH ĐIỀU TRỊ BẢO TỒN**

Nắn trật khớp gối là phương pháp điều trị đầu tiên, cần thiết cho mọi trường hợp trật khớp gối do chấn thương. Kể cả các trường hợp phải mổ thì nắn và bất động bột để chờ mổ cũng là một việc làm hết sức hữu ích.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

1. Không điều trị bảo tồn những trường hợp trật hở khớp gối.

2. Trật khớp kèm tổn thương mạch máu, thần kinh, hội chứng khoang.

**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: bàn nắn bình thường. Cần 1 độn gỗ để kê dưới chân người bệnh khi bó bột.

- Thuốc gây tê hoặc gây mê.

- Bột thạch cao: 4-5 cuộn khổ 20 cm, 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 cho bố mẹ hoặc người thân.

- 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:** Trật khớp gối làm tổn thương toàn bộ các dây chằng và các phương tiện giữ khớp khác, nên việc nắn vào khớp thường không khó, nhưng nắn xong khớp lại rất dễ trật ra.

- Tư thế người bệnh: Nằm ngửa trên bàn, tốt nhất là bàn chỉnh hình.

- Gây tê tại chỗ hoặc gây mê.

- Hút máu tụ khớp gối ở vùng túi cùng ngoài của cơ tứ đầu đùi.

- Người phụ đứng giữ phần trên người bệnh bằng cách giữ tay qua nách người bệnh. Người nắn chính sẽ giữ chắc cổ và bàn chân người bệnh, kéo thẳng từ từ đến khi xương tự trượt về vị trí bình thường. Nếu xương bánh chè vẫn còn trật thì duỗi thẳng gối đẩy nhẹ nhàng về vị trí.

- Với các trường hợp khó khăn, đưa lên bàn chỉnh hình để kéo nắn.

**2. Bất động:** ống bột rạch dọc.

***2.1. Người bệnh***

- Nằm ngửa, gót chân kê cao trên độn gỗ.

- Được cởi hoặc cắt bỏ quần bên bó bột.

- Nếu hút dịch hoặc máu tụ khớp gối, phải đảm bảo nguyên tắc vô trùng: vệ sinh bằng xà phòng, sát trùng cồn 70o rộng rãi, trải toan lỗ đã hấp tiệt trùng, đi găng hấp. Chọc hút: dùng bơm tiêm 20 ml hoặc to hơn, kim to và dài, chọc ở vị trí túi cùng cơ tứ đầu đùi ngoài (phần căng phồng ở phía trên-ngoài của cực trên xương bánh chè). Chỉ cần chọc hút ở 1 vị trí trên, do các túi cùng thông nhau, dịch hoặc máu tụ sẽ ra tốt. Không cố hút hết dịch hoặc máu, còn một ít, dịch hoặc máu sẽ tự tiêu trong 1 vài tuần.

***2.2. Các bước tiến hành bó bột:***

**- Bước 1:** Quấn giấy hoặc bông lót, hoặc lông tất jersey, đặt dây rạch dọc mặt trước đùi, gối, cẳng chân. Vùng khớp gối và cổ chân nên độn dầy hơn để đỡ đau và đỡ chèn ép. Đặt dây rạch dọc (với bột cấp cứu) ở phía trước đùi, gối, cẳng chân).

**- Bước 2:** Đặt nẹp bột: Rải 1 nẹp bột bằng bột khổ rộng theo độ dài đo trước, theo mốc đã định, chú ý vuốt cho nẹp bột phẳng phiu, đỡ cộm khi bó bột.

**- Bước 3:**Quấn bột: trong khi trợ thủ 1 giữ nẹp bột vào mặt sau đùi, 1 tay dưới đầu trên nẹp, 1 tay dưới khoeo người bệnh, trợ thủ 2 giữ nẹp bột, 1 tay dưới mặt sau cẳng chân, 1 tay dưới đầu nẹp ở cổ chân. Kỹ thuật viên chính tiến hành quấn bột. Dùng bột to bản quấn từ giữa gối, quấn từ dưới lên trên, rồi từ trên xuống dưới kiểu xoáy trôn ốc, quấn đến đâu, trợ thủ viên nhấc tay ra đỡ chân người bệnh ở vị trí khác, 2 trợ thủ viên nhớ dùng cả lòng bàn tay để đỡ bột và thay đổi liên tục vị trí đỡ bột để bột khỏi bị móp,bị lõm. Thường thì bó 6-8 lớp là đủ. Xoa, vuốt, chỉnh trang cho bột nhẵn, phẳng và đẹp. Đỡ bột cho khô dần ở tư thế duỗi (nhưng không để ưỡn tối đa, gây khó chịu khi mang bột).

**- Bước 4:** Rạch dọc bột (nếu bột cấp cứu).

- Sau 1 tuần chụp kiểm tra, thay bột ống tròn (nếu nhiều máu tụ thì hút, nếu ít, máu sẽ tự tiêu sau 1 vài tuần).

- Thời gian bất động bột: 6 tuần trở lên (có thể bất động đến 8 tuần).

**VI. THEO DÕI**

- Trật khớp gối nắn thì dễ, nhưng vấn đề theo dõi lại vô cùng quan trọng, vì thương tổn vùng gối thường nặng. Phải thăm khám đánh giá đúng mức độ thương tổn, tránh bỏ sót những đụng dập mạch máu, mặc dù ban đầu kiểm tra vẫn bắt được mạch.

- Trường hợp nặng hoặc cần theo dõi chèn ép: cho vào viện theo dõi nội trú.

- Người bệnh được kê chân cao, theo dõi sát mạch mu chân và chày sau, vận động và cảm giác cũng như màu sắc, nhiệt độ của ngón chân trong vòng 5-7 ngày đầu (1 vài ngày đầu phải kiểm tra đánh giá hàng giờ).

**VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ**

Nếu có tai biến tổn thương mạch máu, hoặc hội chứng khoang phải chuyển mổ cấp cứu càng sớm càng tốt (giải phóng mạch, nối mạch, ghép mạch…).

## 341. NẮN, BÓ BỘT GÃY 1/3 TRÊN HAI XƯƠNG CẲNG CHÂN

**I. ĐẠI CƯƠNG**

- Cẳng chân có hai xương: xương chày và xương mác, xương chày chịu toàn bộ sức tỳ nén của cơ thể nên cần nắn chỉnh tốt. Xương mác chỉ quan trọng khi gẫy ở vị trí 1/3 dưới hoặc đầu dưới (nơi cùng đầu dưới xương chày và xương sên cấu tạo nên khớp cổ chân).

- Khi xương chày bị gẫy, vì có cân cơ dép (một loại cân nội cơ), vách liên cơ lại dầy và chắc nên nguy cơ dẫn đến hội chứng khoang, đặc biệt là ở vùng 1/3 trên cẳng chân.

- Dinh dưỡng vùng cẳng chân nói chung kém, tuần hoàn tĩnh mạch dễ bị ứ trệ, vùng 1/3 dưới xương hầu như chỉ được bao quanh bởi các nhóm gân và da do vậy gẫy xương chày ở người lớn và người già thường chậm liền.

- Xương chày hình lăng trụ tam giác, mặt trước trong không được cơ che phủ, nên dễ bị gẫy hở, gây nhiều khó khăn trong điều trị, đặc biệt là vấn đề nhiễm khuẩn.

**II. CHỈ ĐỊNH ĐIỀU TRỊ BẢO TỒN**

Ngày nay chỉ định phẫu thuật rộng rãi điều trị gẫy hai xương cẳng chân.

Chỉ định bảo tồn với những trường hợp sau:

1. Gẫy không di lệch hoặc di lệch ít.

2. Gẫy di lệch lẽ ra có chỉ định mổ, nhưng do điều kiện y tế, tình trạng người bệnh không tiến hành phẫu thuật được (thể trạng kém, có bệnh toàn thân nặng như tiểu đường nặng, bệnh tim mạch, rối loạn đông máu...).

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

1. Không điều trị bảo tồn những trường hợp gẫy hở độ II của Gustilo trở lên chưa được XỬ TRÍ phẫu thuật.

2. Gẫy xương kèm tổn thương mạch máu, thần kinh, hội chứng khoang.

3. 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 thêm 1 độn gỗ để kê dưới chân người bệnh.

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

- Thuốc gây tê hoặc gây mê.

- Bột thạch cao: 4-5 cuộn khổ 20 cm, 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 cho bố mẹ hoặc người thân.

- Được vệ sinh sạch sẽ, cởi bỏ quần .

- 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.

***1.1. Nếu dùng bàn chỉnh hình:*** cố định cổ bàn chân vào giá kéo qua một băng vải quấn vào cổ chân. Tăng dần lực kéo để sửa di lệch chồng. Sau đó tùy theo di lệch thế nào, dùng hai lòng bàn tay đặt ở trên và dưới ổ gẫy, ép đẩy hai đầu xương về vị trí. Thả chùng dây kéo để hai đầu xương cài vào nhau. Kiểm tra bằng cách sờ dọc mào chày và mặt trước trong xương chày (là các vị trí xương chày nằm ngay dưới da, dễ kiểm tra nhất). Chụp kiểm tra nếu hai đầu xương gẫy áp vào nhau là được. Các di lệch gấp góc vượt quá giới hạn cho phép là 15o với gãy 1/3 giữa và 10o với 1/3 trên có thể dễ dàng sửa bằng cách cắt bột hình chêm (còn gọi là cắt múi cam) sau khoảng 2-3 tuần đầu.

***1.2. Nếu nắn trên bàn thường:*** để gối gấp qua mép cuối bàn, có đệm lót mặt dưới đùi cho êm. Người nắn ngồi trên ghế thấp, kẹp chặt bàn chân người bệnh vào giữa hai đầu gối kéo giãn cẳng chân xuống (hoặc trợ thủ 1 dùng tay để kéo cũng được). Có thể tăng lực kéo giãn bằng cách nâng bàn cao hơn để sửa di lệch chồng. Hai tay được tự do nắn chỉnh di lệch như mô tả trên. Để cơ giãn và chùng ra tiện lợi hơn trong việc nắn, nhiều khi người ta để chân buông thõng, buộc băng qua cổ chân để kéo tạ với trọng lượng 5-7 kg, trong khoảng 10-12 phút rồi mới tiến hành kéo nắn như trên.

**2. Bất động:** bó bột Đùi - cẳng - bàn chân rạch dọc 2 thì.

***2.1. Bó bột trên bàn thông thường***

- Bước 1: Quấn lót chân bằng giấy vệ sinh, hoặc bông, hoặc đi bít tất vải Jersey. Đặt dây rạch dọc trước đùi, gối, cẳng bàn chân (cho bột cấp cứu).

- 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 dầy thì được. Lưu ý 3 điểm:

+ Một là: dây rạch dọc nên đặt chùng, bột bó không bị căng ở trước cổ chân.

+ 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.

- 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***

- Thì 1: bó ống bột.

- Thì 2: gỡ chân người bệnh ra khỏi khung kéo, chuyển người bệnh lên bàn thường để bó tiếp xuống cổ chân và bàn chân.

***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.

Bột bó trong cấp cứu phải rạch dọc hoàn toàn, không để sót dù là 1 sợi gạc.

***2.4. Thời gian bất động bột:*** với người lớn tổng thời gian mang bột trung bình khoảng 12 tuần. Trong quá trình bất động ấy:

- Sau 1 tuần đầu, chụp kiểm tra nếu di lệch thứ phát có thể nắn lại (như với nắn lần đầu) hoặc chuyển mổ có chuẩn bị. Nếu tốt: thay bột tròn (nên đỡ nhẹ nhàng).

- Sau 3-4 tuần tiếp theo, lại chụp kiểm tra lần nữa và thay bột, tránh hiện tượng bột lỏng dần gây di lệch thứ phát trong bột.

- 1 tháng cuối cùng của quá trình bất động, tùy vị trí gẫy cao hay thấp mà có thể thay bột Cẳng - bàn chân hoặc bột Ôm gối (với gẫy thấp), hoặc bột Ống (với gẫy cao gần gối).

**VI. THEO DÕI**

Nhẹ thì điều trị ngoại trú, nặng thì cho vào theo dõi nội trú.

**VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ**

- Gẫy cẳng chân, đặc biệt là gẫy ở vị trí 1/3 trên thì biến chứng hay gặp và nguy hiểm nhất là hội chứng chèn ép khoang hoặc chèn ép do bó bột không đúng nguyên tắc (không rạch dọc bột trong bó bột cấp cứu).

- Với những trường hợp biến chứng mạch máu, hội chứng khoang cần phải mổ cấp cứu để xử trí tổn thương, càng sớm càng tốt.

## 342. NẮN, BÓ BỘT GÃY 1/3 GIỮA HAI XƯƠNG CẲNG CHÂN

**I. ĐẠI CƯƠNG**

- Cẳng chân có hai xương: xương chày và xương mác, xương chày chịu toàn bộ sức tỳ nén của cơ thể nên cần nắn chỉnh tốt. Xương mác chỉ quan trọng khi gẫy ở vị trí 1/3 dưới hoặc đầu dưới (nơi cùng đầu dưới xương chày và xương sên cấu tạo nên khớp cổ chân).

- Khi xương chày bị gẫy, vì có cân cơ dép (một loại cân nội cơ), vách liên cơ lại dầy và chắc nên nguy cơ dẫn đến hội chứng khoang, đặc biệt là ở vùng 1/3 trên cẳng chân.

- Dinh dưỡng vùng cẳng chân nói chung kém, tuần hoàn tĩnh mạch dễ bị ứ trệ, vùng 1/3 dưới xương hầu như chỉ được bao quanh bởi các nhóm gân và da do vậy gẫy xương chày ở người lớn và người già thường chậm liền.

- Xương chày hình lăng trụ tam giác, mặt trước trong không được cơ che phủ, nên dễ bị gẫy hở, gây nhiều khó khăn trong điều trị, đặc biệt là vấn đề nhiễm khuẩn.

**II. CHỈ ĐỊNH ĐIỀU TRỊ BẢO TỒN**

Ngày nay chỉ định phẫu thuật rộng rãi điều trị gẫy hai xương cẳng chân.

Chỉ định bảo tồn với những trường hợp sau:

1. Gẫy không di lệch hoặc di lệch ít.

2. Gẫy di lệch lẽ ra có chỉ định mổ, nhưng do điều kiện y tế, tình trạng người bệnh không tiến hành phẫu thuật được (thể trạng kém, có bệnh toàn thân nặng như tiểu đường nặng, bệnh tim mạch, rối loạn đông máu...).

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

1. Không điều trị bảo tồn những trường hợp gẫy hở độ II của Gustilo trở lên chưa được XỬ TRÍ phẫu thuật.

2. Gẫy xương kèm tổn thương mạch máu, thần kinh, hội chứng khoang.

3. 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 thêm 1 độn gỗ để kê dưới chân người bệnh.

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

- Thuốc gây tê hoặc gây mê.

- Bột thạch cao: 4-5 cuộn khổ 20 cm, 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 cho bố mẹ hoặc người thân.

- Được vệ sinh sạch sẽ, cởi bỏ quần .

- 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.

***1.1. Nếu dùng bàn chỉnh hình:*** cố định cổ bàn chân vào giá kéo qua một băng vải quấn vào cổ chân. Tăng dần lực kéo để sửa di lệch chồng. Sau đó tùy theo di lệch thế nào, dùng hai lòng bàn tay đặt ở trên và dưới ổ gẫy, ép đẩy hai đầu xương về vị trí. Thả chùng dây kéo để hai đầu xương cài vào nhau. Kiểm tra bằng cách sờ dọc mào chày và mặt trước trong xương chày (là các vị trí xương chày nằm ngay dưới da, dễ kiểm tra nhất). Chụp kiểm tra nếu hai đầu xương gẫy áp vào nhau là được. Các di lệch gấp góc vượt quá giới hạn cho phép là 15o với gãy 1/3 giữa và 10o với 1/3 trên có thể dễ dàng sửa bằng cách cắt bột hình chêm (còn gọi là cắt múi cam) sau khoảng 2-3 tuần đầu.

***1.2. Nếu nắn trên bàn thường:*** để gối gấp qua mép cuối bàn, có đệm lót mặt dưới đùi cho êm. Người nắn ngồi trên ghế thấp, kẹp chặt bàn chân người bệnh vào giữa hai đầu gối kéo giãn cẳng chân xuống (hoặc trợ thủ 1 dùng tay để kéo cũng được). Có thể tăng lực kéo giãn bằng cách nâng bàn cao hơn để sửa di lệch chồng. Hai tay được tự do nắn chỉnh di lệch như mô tả trên. Để cơ giãn và chùng ra tiện lợi hơn trong việc nắn, nhiều khi người ta để chân buông thõng, buộc băng qua cổ chân để kéo tạ với trọng lượng 5-7 kg, trong khoảng 10-12 phút rồi mới tiến hành kéo nắn như trên.

**2. Bất động:** bó bột Đùi - cẳng - bàn chân rạch dọc 2 thì.

***2.1. Bó bột trên bàn thông thường***

- Bước 1: Quấn lót chân bằng giấy vệ sinh, hoặc bông, hoặc đi bít tất vải Jersey. Đặt dây rạch dọc trước đùi, gối, cẳng bàn chân (cho bột cấp cứu).

- 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 dầy thì được. Lưu ý 3 điểm:

+ Một là: dây rạch dọc nên đặt chùng, bột bó không bị căng ở trước cổ chân.

+ 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.

- 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***

- Thì 1: bó ống bột.

- Thì 2: gỡ chân người bệnh ra khỏi khung kéo, chuyển người bệnh lên bàn thường để bó tiếp xuống cổ chân và bàn chân.

***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.

Bột bó trong cấp cứu phải rạch dọc hoàn toàn, không để sót dù là 1 sợi gạc.

***2.4. Thời gian bất động bột:*** với người lớn tổng thời gian mang bột trung bình khoảng 12 tuần. Trong quá trình bất động ấy:

- Sau 1 tuần đầu, chụp kiểm tra nếu di lệch thứ phát có thể nắn lại (như với nắn lần đầu) hoặc chuyển mổ có chuẩn bị. Nếu tốt: thay bột tròn (nên đỡ nhẹ nhàng).

- Sau 3-4 tuần tiếp theo, lại chụp kiểm tra lần nữa và thay bột, tránh hiện tượng bột lỏng dần gây di lệch thứ phát trong bột.

- 1 tháng cuối cùng của quá trình bất động, tùy vị trí gẫy cao hay thấp mà có thể thay bột Cẳng - bàn chân hoặc bột Ôm gối (với gẫy thấp), hoặc bột Ống (với gẫy cao gần gối).

**VI. THEO DÕI**

Nhẹ thì điều trị ngoại trú, nặng thì cho vào theo dõi nội trú.

**VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ**

- Gẫy cẳng chân, đặc biệt là gẫy ở vị trí 1/3 trên thì biến chứng hay gặp và nguy hiểm nhất là hội chứng chèn ép khoang hoặc chèn ép do bó bột không đúng nguyên tắc (không rạch dọc bột trong bó bột cấp cứu).

- Với những trường hợp biến chứng mạch máu, hội chứng khoang cần phải mổ cấp cứu để xử trí tổn thương, càng sớm càng tốt.

## 343. NẮN, BÓ BỘT GÃY 1/3 DƯỚI HAI XƯƠNG CẲNG CHÂN

**I. ĐẠI CƯƠNG**

- Cẳng chân có hai xương: xương chày và xương mác, xương chày chịu toàn bộ sức tỳ nén của cơ thể nên cần nắn chỉnh tốt. Xương mác chỉ quan trọng khi gẫy ở vị trí 1/3 dưới hoặc đầu dưới (nơi cùng đầu dưới xương chày và xương sên cấu tạo nên khớp cổ chân).

- Khi xương chày bị gẫy, vì có cân cơ dép (một loại cân nội cơ), vách liên cơ lại dầy và chắc nên nguy cơ dẫn đến hội chứng khoang, đặc biệt là ở vùng 1/3 trên cẳng chân.

- Dinh dưỡng vùng cẳng chân nói chung kém, tuần hoàn tĩnh mạch dễ bị ứ trệ, vùng 1/3 dưới xương hầu như chỉ được bao quanh bởi các nhóm gân và da do vậy gẫy xương chày ở người lớn và người già thường chậm liền.

- Xương chày hình lăng trụ tam giác, mặt trước trong không được cơ che phủ, nên dễ bị gẫy hở, gây nhiều khó khăn trong điều trị, đặc biệt là vấn đề nhiễm khuẩn.

**II. CHỈ ĐỊNH ĐIỀU TRỊ BẢO TỒN**

Ngày nay chỉ định phẫu thuật rộng rãi điều trị gẫy hai xương cẳng chân.

Chỉ định bảo tồn với những trường hợp sau:

1. Gẫy không di lệch hoặc di lệch ít.

2. Gẫy di lệch lẽ ra có chỉ định mổ, nhưng do điều kiện y tế, tình trạng người bệnh không tiến hành phẫu thuật được (thể trạng kém, có bệnh toàn thân nặng như tiểu đường nặng, bệnh tim mạch, rối loạn đông máu...).

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

1. Không điều trị bảo tồn những trường hợp gẫy hở độ II của Gustilo trở lên chưa được XỬ TRÍ phẫu thuật.

2. Gẫy xương kèm tổn thương mạch máu, thần kinh, hội chứng khoang.

3. 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 thêm 1 độn gỗ để kê dưới chân người bệnh.

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

- Thuốc gây tê hoặc gây mê.

- Bột thạch cao: 4-5 cuộn khổ 20 cm, 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 cho bố mẹ hoặc người thân.

- Được vệ sinh sạch sẽ, cởi bỏ quần .

- 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.

***1.1. Nếu dùng bàn chỉnh hình:*** cố định cổ bàn chân vào giá kéo qua một băng vải quấn vào cổ chân. Tăng dần lực kéo để sửa di lệch chồng. Sau đó tùy theo di lệch thế nào, dùng hai lòng bàn tay đặt ở trên và dưới ổ gẫy, ép đẩy hai đầu xương về vị trí. Thả chùng dây kéo để hai đầu xương cài vào nhau. Kiểm tra bằng cách sờ dọc mào chày và mặt trước trong xương chày (là các vị trí xương chày nằm ngay dưới da, dễ kiểm tra nhất). Chụp kiểm tra nếu hai đầu xương gẫy áp vào nhau là được. Các di lệch gấp góc vượt quá giới hạn cho phép là 15o với gãy 1/3 giữa và 10o với 1/3 trên có thể dễ dàng sửa bằng cách cắt bột hình chêm (còn gọi là cắt múi cam) sau khoảng 2-3 tuần đầu.

***1.2. Nếu nắn trên bàn thường:*** để gối gấp qua mép cuối bàn, có đệm lót mặt dưới đùi cho êm. Người nắn ngồi trên ghế thấp, kẹp chặt bàn chân người bệnh vào giữa hai đầu gối kéo giãn cẳng chân xuống (hoặc trợ thủ 1 dùng tay để kéo cũng được). Có thể tăng lực kéo giãn bằng cách nâng bàn cao hơn để sửa di lệch chồng. Hai tay được tự do nắn chỉnh di lệch như mô tả trên. Để cơ giãn và chùng ra tiện lợi hơn trong việc nắn, nhiều khi người ta để chân buông thõng, buộc băng qua cổ chân để kéo tạ với trọng lượng 5-7 kg, trong khoảng 10-12 phút rồi mới tiến hành kéo nắn như trên.

**2. Bất động:** bó bột Đùi - cẳng - bàn chân rạch dọc 2 thì.

***2.1. Bó bột trên bàn thông thường***

- Bước 1: Quấn lót chân bằng giấy vệ sinh, hoặc bông, hoặc đi bít tất vải Jersey. Đặt dây rạch dọc trước đùi, gối, cẳng bàn chân (cho bột cấp cứu).

- 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 dầy thì được. Lưu ý 3 điểm:

+ Một là: dây rạch dọc nên đặt chùng, bột bó không bị căng ở trước cổ chân.

+ 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.

- 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***

- Thì 1: bó ống bột.

- Thì 2: gỡ chân người bệnh ra khỏi khung kéo, chuyển người bệnh lên bàn thường để bó tiếp xuống cổ chân và bàn chân.

***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.

Bột bó trong cấp cứu phải rạch dọc hoàn toàn, không để sót dù là 1 sợi gạc.

***2.4. Thời gian bất động bột:*** với người lớn tổng thời gian mang bột trung bình khoảng 12 tuần. Trong quá trình bất động ấy:

- Sau 1 tuần đầu, chụp kiểm tra nếu di lệch thứ phát có thể nắn lại (như với nắn lần đầu) hoặc chuyển mổ có chuẩn bị. Nếu tốt: thay bột tròn (nên đỡ nhẹ nhàng).

- Sau 3-4 tuần tiếp theo, lại chụp kiểm tra lần nữa và thay bột, tránh hiện tượng bột lỏng dần gây di lệch thứ phát trong bột.

- 1 tháng cuối cùng của quá trình bất động, tùy vị trí gẫy cao hay thấp mà có thể thay bột Cẳng - bàn chân hoặc bột Ôm gối (với gẫy thấp), hoặc bột Ống (với gẫy cao gần gối).

**VI. THEO DÕI**

Nhẹ thì điều trị ngoại trú, nặng thì cho vào theo dõi nội trú.

**VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ**

- Gẫy cẳng chân, đặc biệt là gẫy ở vị trí 1/3 trên thì biến chứng hay gặp và nguy hiểm nhất là hội chứng chèn ép khoang hoặc chèn ép do bó bột không đúng nguyên tắc (không rạch dọc bột trong bó bột cấp cứu).

- Với những trường hợp biến chứng mạch máu, hội chứng khoang cần phải mổ cấp cứu để xử trí tổn thương, càng sớm càng tốt.

## 344. NẮN, BÓ BỘT GÃY XƯƠNG CHÀY

**I. ĐẠI CƯƠNG**

- Khi xương chày bị gẫy, vì có cân cơ dép (một loại cân nội cơ), vách liên cơ lại dầy và chắc nên nguy cơ dẫn đến hội chứng khoang, đặc biệt là ở vùng 1/3 trên cẳng chân.

- Dinh dưỡng vùng cẳng chân nói chung kém, tuần hoàn tĩnh mạch dễ bị ứ trệ, vùng 1/3 dưới xương hầu như chỉ được bao quanh bởi các nhóm gân và da do vậy gẫy xương chày ở người lớn và người già thường chậm liền.

- Xương chày hình lăng trụ tam giác, mặt trước trong không được cơ che phủ, nên dễ bị gẫy hở, gây nhiều khó khăn trong điều trị, đặc biệt là vấn đề nhiễm khuẩn.

**II. CHỈ ĐỊNH ĐIỀU TRỊ BẢO TỒN**

1. Gẫy không di lệch hoặc di lệch ít.

2. Gẫy di lệch lẽ ra có chỉ định mổ, nhưng do điều kiện y tế, tình trạng người bệnh không tiến hành phẫu thuật được (thể trạng kém, có bệnh toàn thân nặng như tiểu đường nặng, bệnh tim mạch, rối loạn đông máu...).

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

1. Không điều trị bảo tồn những trường hợp gẫy hở độ II của Gustilo trở lên chưa được xử trí phẫu thuật.

2. Gẫy xương kèm tổn thương mạch máu, thần kinh, hội chứng khoang.

3. 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 thêm 1 độn gỗ để kê dưới chân người bệnh.

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

- Thuốc gây tê hoặc gây mê.

- Bột thạch cao: 4-5 cuộn khổ 20 cm, 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 cho bố mẹ hoặc người thân.

- Được vệ sinh sạch sẽ, cởi bỏ quần .

- 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.

***1.1. Nếu dùng bàn chỉnh hình:*** cố định cổ bàn chân vào giá kéo qua một băng vải quấn vào cổ chân. Tăng dần lực kéo để sửa di lệch chồng. Sau đó tùy theo di lệch thế nào, dùng hai lòng bàn tay đặt ở trên và dưới ổ gẫy, ép đẩy hai đầu xương về vị trí. Thả chùng dây kéo để hai đầu xương cài vào nhau. Kiểm tra bằng cách sờ dọc mào chày và mặt trước trong xương chày (là các vị trí xương chày nằm ngay dưới da, dễ kiểm tra nhất). Chụp kiểm tra nếu hai đầu xương gẫy áp vào nhau là được. Các di lệch gấp góc vượt quá giới hạn cho phép là 15o với gãy 1/3 giữa và 10o với 1/3 trên có thể dễ dàng sửa bằng cách cắt bột hình chêm (còn gọi là cắt múi cam) sau khoảng 2-3 tuần đầu.

***1.2. Nếu nắn trên bàn thường:*** để gối gấp qua mép cuối bàn, có đệm lót mặt dưới đùi cho êm. Người nắn ngồi trên ghế thấp, kẹp chặt bàn chân người bệnh vào giữa hai đầu gối kéo giãn cẳng chân xuống (hoặc trợ thủ 1 dùng tay để kéo cũng được). Có thể tăng lực kéo giãn bằng cách nâng bàn cao hơn để sửa di lệch chồng. Hai tay được tự do nắn chỉnh di lệch như mô tả trên. Để cơ giãn và chùng ra tiện lợi hơn trong việc nắn, nhiều khi người ta để chân buông thõng, buộc băng qua cổ chân để kéo tạ với trọng lượng 5-7 kg, trong khoảng 10-12 phút rồi mới tiến hành kéo nắn như trên.

**2. Bất động:** bó bột Đùi - cẳng - bàn chân rạch dọc 2 thì.

***2.1. Bó bột trên bàn thông thường***

- Bước 1: Quấn lót chân bằng giấy vệ sinh, hoặc bông, hoặc đi bít tất vải Jersey. Đặt dây rạch dọc trước đùi, gối, cẳng bàn chân (cho bột cấp cứu).

- 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 dầy thì được. Lưu ý 3 điểm:

+ Một là: dây rạch dọc nên đặt chùng, bột bó không bị căng ở trước cổ chân.

+ 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.

- 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***

- Thì 1: bó ống bột.

- Thì 2: gỡ chân người bệnh ra khỏi khung kéo, chuyển người bệnh lên bàn thường để bó tiếp xuống cổ chân và bàn chân.

***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.

Bột bó trong cấp cứu phải rạch dọc hoàn toàn, không để sót dù là 1 sợi gạc.

***2.4. Thời gian bất động bột:*** với người lớn tổng thời gian mang bột trung bình khoảng 12 tuần. Trong quá trình bất động ấy:

- Sau 1 tuần đầu, chụp kiểm tra nếu di lệch thứ phát có thể nắn lại (như với nắn lần đầu) hoặc chuyển mổ có chuẩn bị. Nếu tốt: thay bột tròn (nên đỡ nhẹ nhàng).

- Sau 3-4 tuần tiếp theo, lại chụp kiểm tra lần nữa và thay bột, tránh hiện tượng bột lỏng dần gây di lệch thứ phát trong bột.

- 1 tháng cuối cùng của quá trình bất động, tùy vị trí gẫy cao hay thấp mà có thể thay bột Cẳng - bàn chân hoặc bột Ôm gối (với gẫy thấp), hoặc bột Ống (với gẫy cao gần gối).

**VI. THEO DÕI**

Nhẹ thì điều trị ngoại trú, nặng thì cho vào theo dõi nội trú.

**VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ**

- Gẫy cẳng chân, đặc biệt là gẫy ở vị trí 1/3 trên thì biến chứng hay gặp và nguy hiểm nhất là hội chứng chèn ép khoang hoặc chèn ép do bó bột không đúng nguyên tắc (không rạch dọc bột trong bó bột cấp cứu).

- Với những trường hợp biến chứng mạch máu, hội chứng khoang cần phải mổ cấp cứu để xử trí tổn thương, càng sớm càng tốt.

## 345. NẮN, BÓ BỘT GÃY DUPUYTREN

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Gãy Dupuytren là gãy xương vùng cổ chân bao gồm:

Gãy mắt cá trong

Gãy 1/3 dưới xương mác

Trật khớp cổ chân

Gãy Dupuytren có thể gây đứt hệ thống dây chằng vùng cổ chân gây nên sự mất  
vững vùng cổ chân vì vậy cần phải nắn sớm.

**II. CHỈ ĐỊNH**

Đối với tất cả các trường hợp gãy kín Dupuytren mới.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Gãy Dupuytren có vết thương thấu khớp

Gãy xương kèm theo tổn thương mạch máu, thần kinh.

Những trường hợp sưng nề nhiều, nhiều nốt phỏng do người bệnh đến muộn  
hoặc đắp lá.

**IV. CHUẨN BỊ**

1. Người thực hiện: 04 người

Bác sỹ: 01

Kỹ thuật viên: 03

2. Người bệnh:

Sau tai nạn sinh hoạt, tai nạn lao động

Có chẩn đoán gãy Dupuytren và có chỉ định điều trị bảo tồn.

Được giải thích kỹ mục đích của thủ thuật, quá trình tiến hành làm thủ thuật.

Được vệ sinh sạch sẽ, bộc lộ vùng cẳng chân bên bó bột.

Với người bệnh gây mê cần nhịn ăn uống 6 giờ.

3. Phương tiện:

Thuốc gây mê tĩnh mạch hoặc gây tê tại chỗ

Bơm, kim tiêm, bông băng, cồn, gạc

Bàn nắn.

Bột thạch cao: 4- 6 cuộn khổ 20cm (bột liền), 6- 8 cuộn khổ 20cm (bột tự cán).

Bông lót: 2-3 cuộn khổ 20cm.

**Thời gian thực hiện thủ thuật:** 60- 80 phút.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

1. Tư thế:

Người bệnh nằm ngửa trên bàn chỉnh hình để được gây mê hoặc gây tê tại chỗ.

2. Vô cảm:

Gây mê tĩnh mạch

Gây tê tại ổ gãy

**3. Kỹ thuật:**

Sau gây mê, gây tê cho người bệnh nằm ngửa kê đệm gối dưới đùi.

Cố định gốicủa người bệnh vào bàn chỉnh hình.

Kỹ thuật viên 1. Tay trái nắm bàn chân, tay phải đỡ dưới gót chân của người  
bệnh kéo thẳng trục 5-7 phút.

Kỹ thuật viên 2. Đứng vuông góc với KTV1 nắn đầu dưới xương chày ra ngoài.  
Đẩy mắt cá trong lên trên. Đưa bàn chân vẹo vào trong.

Kỹ thuật viên 3. Kiểm tra trên C- ARM và bó bột Cẳng bàn chân.

**VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

Kiểm tra lại cảm giác và màu sắc của các ngón chân.

XQ kiểm tra.

Khám lại sau 24 giờ kiểm tra xem có chèn ép không

Nếu có dấu hiệu chèn ép cho nới bột ngay.

## 346. NẮN, BÓ BỘT GÃY MONTEGGIA

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Đây là loại gãy xương đặc biệt, có kèm theo trật khớp được Monteggia mô tả vào  
năm 1814, là gãy thân xương trụ gập góc di lệch và trật chỏm quay.

**II. CHỈ ĐỊNH**

- Trẻ em dưới 15 tuổi.

- Người bệnh không muốn mổ.

- Các trường hợp gãy kín nhưng Người bệnh nặng, đa chấn thương cần can thiệp  
trước các cơ quan khác như vỡ gan, sọ não, phổi ..

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Gãy hở từ độ 2 trở lên.

Các trường hợp có hội chứng khoang, lóc da, tổn thương mạch máu và thần  
kinh.

Những trường hợp sưng nề nhiều, nhiều nốt phỏng do người bệnh đến muộn  
hoặc đắp lá.

**IV. CHUẨN BỊ**

Người thực hiện: 04 người

Bác sỹ: 01

Kỹ thuật viên: 03

Người bệnh:

Sau tai nạn sinh hoạt, tai nạn lao động...

Có chẩn đoán gãy Monteggia và có chỉ định điều trị bảo tồn.

Được giải thích kỹ mục đích của thủ thuật,quá trình tiến hành làm thủ thuật.

Được vệ sinh sạch sẽ, cởi bỏ áo tay bên bó bột.

Với người bệnh gây mê cần nhịn ăn uống 6 giờ.

Phương tiện:

Thuốc gây mê tĩnh mạch hoặc gây tê tại chỗ

Bàn nắn.

Bông, băng cồn, gạc, bơm kim tiêm 10,20 ml.

Bột thạch cao: 3- 4 cuộn khổ 20cm (bột liền), 4-6 cuộn khổ 20cm (bột tự cán).

Bông lót : 2-3 cuộn khổ 20cm.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

Tư thế:

Người bệnh nằm ngửa trên bàn chỉnh hình để được gây mê hoặc gây tê tại chỗ

Vô cảm:

Gây mê tĩnh mạch.

Gây tê tại ổ gãy

Kỹ thuật:

Sau gây mê, gây tê cho người bệnh nằm ngửa vai dạng, cố định phần thấp  
xương cánh tay vào bàn chỉnh hình.

Kỹ thuật viên 1. Nắm ngón cái người bệnh kéo theo trục xương quay, tay kia  
kéo thêm ở cổ tay người bệnh, xoay sấp từ từ cẳng tay người bệnh gấp dần đến sấp tối đa.

Kỹ thuật viên 2. Ấn chỏm quay ở khuỷu xuống, thường thấy cảm giác (sật một  
tiếng nhẹ) là chỏm quay đã vào khớp. Từ từ gấp khuỷu đến tối đa xong quay ngửa cẳng tay. Đưa về vuông góc và bó bột Cánh cẳng bàn tay dạch rọc.

**Thời gian thực hiện thủ thuật:** 60- 80 phút.

**VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

Kiểm tra lại mạch và thần kinh ngay sau bó

XQ kiểm tra.

Khám lại sau 24 giờ kiểm tra xem có chèn ép không

Nếu có dấu hiệu chèn ép cho nới bột ngay

## 347. NẮN, BÓ BỘT GÃY XƯƠNG BÀN CHÂN

**I. ĐẠI CƯƠNG**

- Khi gẫy chỏm các xương bàn chân hoặc gẫy xương các ngón chân, nhiều khi người ta bó bột Cẳng - bàn chân ngắn (Bottine). Trong trường hợp này người ta thường làm đế bột dài hơn để đỡ toàn bộ các ngón chân. Bột Cẳng - bàn chân ngắn chỉ bó từ giữa cẳng chân trở xuống.

**II. CHỈ ĐỊNH**

1. Gẫy các xương ở vùng cổ chân (gẫy 1 hoặc nhiều mắt cá, xương sên, xương gót, các xương khác thuộc khối tụ cốt ở cổ chân).

2. Gẫy các xương bàn chân, ngón chân.

3. Chấn thương, bong gân, tổn thương dây chằng, bao khớp cổ chân.

4. Viêm nhiễm vùng cổ chân (viêm, lao).

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

1. Gẫy hở độ II trở lên.

2. Có tổn thương mạch máu, thần kinh, hoặc hội chứng chèn ép khoang.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

Như với bó các bột ở trên (chuyên khoa xương: 03, nếu có gây mê: thêm bác sỹ gây mê và phụ mê).

**2. Phương tiện**

- 1 bàn nắn thông thường, tốt nhất như kiểu bàn mổ (chắc, nặng, để khi kéo nắn bàn không bị chạy). Ở nơi không có điều kiện, có thể dùng bàn sắt, bàn gỗ, nhưng chân bàn phải được cố định chắc xuống sàn nhà. Bàn kéo nắn cần có các mấu ngang để mắc các đai đối lực khi kéo nắn.

- Với trường hợp khó, gẫy phức tạp: cần bàn nắn của Boehler, có hệ thống ren xoắn để căng chỉnh.

- Đai đối lực: bằng vải mềm, dai, to bản (như kiểu quai ba lô) để tránh gây tổn thương cho da khi kéo nắn.

- Thuốc tê hoặc thuốc mê: số lượng tùy thuộc người bệnh là trẻ em hay người lớn, trọng lượng người bệnh. Kèm theo là dụng cụ gây tê, gây mê, hồi sức (bơm tiêm, cồn 70o, thuốc chống sốc, mặt nạ bóp bóng, đèn nội khí quản...).

- Bột thạch cao: với người lớn cần 6-8 cuộn, cỡ 15 cm, trẻ em thì tùy theo tuổi.

- Giấy vệ sinh, bông cuộn hoặc bít tất vải xốp mềm để lót (jersey). Lưu ý, nếu dùng giấy vệ sinh, có thể gây dị ứng da người bệnh. Ở những nước phát triển, người ta thường dùng jersey, rất tiện lợi, vì nó có độ co giãn rất tốt, không gây chèn ép và có thể dùng cho nhiều kích cỡ chân tay to nhỏ khác nhau.

- Dây rạch dọc (dùng cho bột cấp cứu, khi tổn thương 7 ngày trở lại): thường dùng một đoạn băng vải có độ dài vừa phải, vê săn lại để đảm bảo độ chắc là đủ, không cần dây chuyên dụng.

- Dao hoặc cưa rung để rạch dọc bột trong trường hợp bó bột cấp cứu (tổn thương trong 7 ngày đầu). Nếu dùng dao rạch bột, dao cần sắc, nhưng không nên dùng dao mũi nhọn, đề phòng lỡ tay gây vết thương cho người bệnh (mặc dù tai biến này rất hiếm gặp). Nếu dùng cưa rung để rạch bột, cần lưu ý phải chờ cho bột khô hẳn mới làm, vì cưa rung chỉ cắt đứt các vật khô cứng.

- Nước để ngâm bột: đủ về số lượng để ngâm chìm hẳn 3-4 cuộn bột cùng 1 lúc. Lưu ý, mùa lạnh phải dùng nước ấm, vì trong quá trình bột khô cứng sẽ tiêu hao một nhiệt lượng đáng kể làm nóng bột, có thể làm hạ thân nhiệt người bệnh, gây cảm lạnh. Nước sử dụng ngâm bột phải được thay thường xuyên để đảm bảo vệ sinh và tránh hiện tượng nước có quá nhiều cặn bột ảnh hưởng đến chất lượng và thẩm mỹ của bột.

- 1 cuộn băng vải hoặc băng thun, để băng giữ ngoài bột, khi việc bó bột và rạch dọc bột đã hoàn thành.

- 1 độn gỗ kê dưới khoeo chân khi bó bột.

**3. Người bệnh**

- Được thăm khám toàn diện, tránh bỏ sót tổn thương, nhất là những tổn thương lớn có thể gây tử vong trong quá trình nắn bó bột (chấn thương sọ não, chấn thương ngực, vỡ tạng đặc,vỡ tạng rỗng...).

- Được giải thích kỹ mục đích của thủ thuật, quá trình tiến hành làm thủ thuật, để người bệnh khỏi bị bất ngờ, động viên để họ yên tâm, hợp tác tốt với thầy thuốc. Với bệnh nhi, cần giải thích cho bố mẹ hoặc người thân.

- Được vệ sinh sạch sẽ vùng xương gẫy, cởi hoặc cắt bỏ tay áo bên tay gẫy.

- Với người bệnh gây mê, cần nhịn ăn uống ít nhất 5-6 giờ, tránh nôn hoặc hiện tượng trào ngược (nước hoặc thức ăn từ dạ dày tràn sang đường thở).

**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 BÓ BỘT**

Ở đây chỉ đề cập cách bó bột, cách nắn mời xem ở các bài điều trị gẫy xương cụ thể của từng xương.

**1. Người bệnh**nằm ngửa. Với người bệnh không nắn trên khung Boehler thì chỉ cần kê chân lên độn gỗ, độn gỗ đặt ở khoeo. Trợ thủ 1 đứng ở cuối chân để kéo giữ chân, trợ thủ 2 chạy ngoài giúp việc. Kỹ thuật viên chính đứng bên ngoài chân người bệnh để tiến hành bó bột.

**2. Các bước tiến hành**

**- Bước 1:**Quấn giấy vệ sinh hoặc bông độn hoặc jersey. Đặt dây rạch dọc, ở chính giữa trước cẳng bàn chân. Vùng cổ chân có nhiều mấu xương, nên độn lót nhiều hơn.

**- Bước 2:**Rải nẹp bột và đặt nẹp bột. Dùng cuộn bột to bản xếp hình Zích-zắc, dầy 6-8 lớp, độ dài theo mốc đã đo (từ sau khoeo đến tận cùng các ngón chân, có thể nẹp làm hơi dài 1 chút, phần thừa ra nên để ở phía dưới ngón chân, sau này cuộn lại tạo mũi đế bột, bột sẽ đẹp hơn). Nẹp bột đặt sau cẳng bàn chân.

**- Bước 3:**Quấn bột.

+ Nên quấn bột xuất phát điểm ở vùng cổ chân, quấn kiểu xoáy trôn ốc từ trên xuống dưới rồi từ dưới lên trên theo nẹp bột, vừa bó đến đâu vừa xoa và vuốt bột đến đó, bột sẽ liên kết tốt hơn và đẹp hơn. Khi nào thấy bột đủ dày thì được.

+ Quấn bột vừa tay, không miết chặt tay. Vùng trước cổ chân dễ bị căng bột, muốn bột không bị căng thì dây rạch dọc nên để chùng, nếu vẫn căng thì dùng kéo xẻ tà (cắt đứt bán phần băng bột) để bó, bột sẽ đẹp, không bị căng nữa. Phần nẹp bột chúng ta chủ ý để thừa từ trước, sẽ vê cuộn lại làm mũi đế bột cho đẹp. Sau đó băng bột bọc 1-2 lớp ra ngoài đế bột, xoa và vuốt chỉnh trang lần cuối.

**- Bước 4:** Rạch dọc bột (nếu là bột cấp cứu), lau chùi sạch các ngón chân. Trường hợp bó trên khung Boehler, bó tương tự, đến cổ chân-bàn chân thì nhớ rút bỏ băng quấn cố định vào khung khi kéo nắn, nếu để quên dễ gây chèn ép.

**VI. THEO DÕI**

- Nhẹ thì điều trị ngoại trú.

- Sưng nề nhiều hoặc có tổn thương phối hợp thì theo dõi điều trị nội trú.

**VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ**

- Hội chứng chèn ép khoang rất hay gặp: theo dõi sát để phát hiện sớm, chuyển mổ cấp cứu giải ép khoang, xử trí mạch máu theo tổn thương, kết hợp xương.

- Bỏ sót băng buộc vòng quanh ở cổ chân khi nắn bó bột trên khung Boehler: cách đề phòng tốt nhất là đặt dây rạch dọc ở trong cùng, khi rạch tiến hành rạch từ trên xuống dưới, nửa chừng thì rạch từ dưới lên trên, khi 2 đường rạch gần gặp nhau thì túm cả 2 đầu dây kéo lên mà rạch nốt. Khi cầm dây rạch dọc kiểm tra, nếu dây còn nguyên vẹn không bị đứt, nghĩa là bột đã được rạch không sót dù chỉ là 1 sợi gạc.

## 348. NẮN, BÓ BỘT GÃY XƯƠNG GÓT

**I. ĐẠI CƯƠNG**

- Gẫy xương gót nguyên nhân chính là ngã cao, hai gót chân tiếp đất, trọng lượng của cơ thể dồn xuống làm vỡ dọc và ngang xương gót. Cơ chế này thường kèm gẫy cột sống.

- Điều trị phẫu thuật cũng như bảo tồn còn nhiều khó khăn, kết quả chưa được tốt.

- Di chứng: can lệch xương gót, trật khớp sên gót, đi lại đau đớn kéo dài, gót chân bẹt ra ảnh hưởng thẩm mỹ nữa.

- Chẩn đoán lâm sàng:

+ Nhìn từ phía sau khi người bệnh đứng: gót chân bè rộng, vẹo ngoài, gót chân phẳng hơn.

+ Bầm tím máu tụ ở mặt trong bàn chân.

+ Khi đứng tỳ đè đau, phần nhiều là không đứng được.

- Cận lâm sàng:

Chụp X quang: thẳng và nghiêng. Đặc biệt phim thẳng thấy rõ toàn bộ xương gót. Phim thẳng xương gót, bóng phải để 1 góc 40 độ so với mặt phẳng đứng dọc. Bàn chân gấp mu chân. Phim nghiêng xem được xương gót và khớp sên gót: đo góc Boehler tạo nên bởi 2 đường: đường phía trước đi qua đỉnh cao nhất của xương gót với mỏm cao nhất của chỏm xương. Đường phía sau đi qua đỉnh cao nhất của xương gót tới điểm cao nhất của lồi củ sau xương gót. Bình thường góc này từ 20-40 độ. Nếu góc nhỏ đi, hoặc âm thể hiện sự lún của xương gót. Chụp cắt lớp dựng hình nếu có điều kiện.

**II. CHỈ ĐỊNH ĐIỀU TRỊ BẢO TỒN GẪY XƯƠNG GÓT**

1. Vỡ dọc lồi củ xương gót: loại vỡ này nếu không vào mặt khớp tiên lượng rất tốt. Lâm sàng sưng nề nhiều, không cần nắn, chỉ cần băng ép và gác cao chân 1 tuần, quá trình phù nề giảm đi.

Tỳ chân ít một, không hoàn toàn. Đi bằng nạng trong 4 tuần. Độn miếng đệm êm ở gót chân trong giầy.

2. Vỡ ngang xương gót: chia 2 mức độ, mảnh gẫy còn dính với phần thân xương: điều trị bảo tồn.

3. Vỡ mỏm chân đế gót di lệch ít (không quá 2mm).

4. Gẫy thân xương gót không kèm theo trật khớp sên gót.

5. Gẫy thân xương gót kèm theo tổn thương mặt khớp sên gót, nhưng xương gẫy ít lệch.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

1. Gẫy xương hở, hoặc gẫy xương gót có kèm vết thương khớp cổ chân, gẫy hở các xương khác vùng cổ bàn chân.

2. Có tổn thương mạch máu, thần kinh, hội chứng khoang, loét sẵn do tiểu đường, gout...

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

Như với bó các bột ở trên (chuyên khoa xương: 03, nếu có gây mê: thêm bác sỹ gây mê và phụ mê).

**2. Phương tiện**

- 1 bàn nắn thông thường.

- Thuốc tê hoặc thuốc mê: số lượng tùy thuộc người bệnh là trẻ em hay người lớn, trọng lượng người bệnh. Kèm theo là dụng cụ gây tê, gây mê, hồi sức (bơm tiêm, cồn 70o, thuốc chống sốc, mặt nạ bóp bóng, đèn nội khí quản...).

- Bột thạch cao: 6-8 cuộn, cỡ 15 cm.

- Giấy vệ sinh, bông cuộn hoặc bít tất vải xốp mềm để lót (jersey).

- Dây rạch dọc (dùng cho bột cấp cứu, khi tổn thương 7 ngày trở lại).

- Dao hoặc cưa rung để rạch dọc bột trong trường hợp bó bột cấp cứu (tổn thương trong 7 ngày đầu).

- Nước để ngâm bột: đủ về số lượng để ngâm chìm hẳn 3-4 cuộn bột cùng 1 lúc. Lưu ý, mùa lạnh phải dùng nước ấm, vì trong quá trình bột khô cứng sẽ tiêu hao một nhiệt lượng đáng kể làm nóng bột, có thể gây hạ thân nhiệt người bệnh, gây cảm lạnh. Nước sử dụng ngâm bột phải được thay thường xuyên để đảm bảo vệ sinh và tránh hiện tượng nước có quá nhiều cặn bột ảnh hưởng đến chất lượng bột.

- 1 cuộn băng vải hoặc băng thun, để băng giữ ngoài bột, khi việc bó bột và rạch dọc bột đã hoàn thành.

- 1 độn gỗ kê dưới khoeo chân khi bó bột.

**3. Người bệnh**

- Được thăm khám toàn diện, tránh bỏ sót tổn thương, nhất là những tổn thương lớn có thể gây tử vong trong quá trình nắn bó bột (chấn thương sọ não, chấn thương ngực, vỡ tạng đặc,vỡ tạng rỗng...).

- Được giải thích kỹ mục đích của thủ thuật, quá trình tiến hành làm thủ thuật, để người bệnh khỏi bị bất ngờ, động viên để họ yên tâm, hợp tác tốt với thầy thuốc. Với bệnh nhi, cần giải thích cho bố mẹ hoặc người thân.

- Được vệ sinh sạch sẽ, cởi hoặc cắt bỏ quần bên chân gẫy.

- Với người bệnh gây mê, cần nhịn ăn uống ít nhất 5-6 giờ, tránh nôn hoặc hiện tượng trào ngược (nước hoặc thức ăn từ dạ dầy tràn sang đường thở gây tắc thở).

**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 BÓ BỘT**

**1. Người bệnh**

Tư thế: nằm sấp, gối gấp 90o cẳng chân dựng ngược lên trên, gan chân thẳng góc lên trên.

**2. Các bước tiến hành**

***2.1. Nếu gẫy không lệch:*** chỉ bó bột Cẳng - bàn chân tư thế cơ năng (cổ chân 90o), rạch dọc bột. Thời gian bất động chỉ cần 4-5 tuần.

***2.2. Nếu gẫy di lệch***

- Nắn: người nắn dùng 2 ngón tay cái đẩy vào gốc gân Achille, nơi gân Achille bám vào lồi củ xương gót, đẩy cho xương gót theo hướng ngược với lực co của gân Achille, đồng thời trợ thủ kéo cho bàn chân duỗi ra tối đa, đồng thời 1 tay đẩy vào đỉnh vòm gan chân, thực tế là làm gấp thêm gan chân tối đa.

- Bất động: bó bột Cẳng - bàn chân:

+ Sau khi nắn, đỡ chân tư thế cổ chân duỗi tối đa, gan chân gấp, lật người bệnh nằm ngửa, quấn bông hoặc giấy vệ sinh đủ dày, đặt dây rạch dọc.

+ Đặt 1 nẹp bột sau cẳng bàn chân.

+ Quấn bột vòng tròn kiểu xoáy trôn ốc, từ trên xuống dưới rồi từ dưới lên trên, đủ dày thì thôi, tư thế duỗi cổ chân, xoa vuốt cho bột liên kết tốt và nhẵn, rạch dọc bột, lau chùi sạch sẽ bột dính ở da để dễ theo dõi sau bó bột.

Thời gian bất động: 6-8 tuần. Trong thời gian mang bột ấy:

- Sau 7-10 ngày chụp kiểm tra, thay bột tròn, độn, vẫn tư thế duỗi cổ chân.

- Sau 3-4 tuần chụp lại, thay bột tư thé cổ chân 90o, để người bệnh tập đi. Khi người bệnh không đi, cho gác cao chân (gẫy xương gót thường sưng nề nhiều).

- Trường hợp nắn khó, có thể nắn bằng cách xuyên 1 đinh Steinmann, khi đầu đinh sắp tới ổ gẫy thì cầm đinh để bẩy xương mà nắn, kiểm tra bằng màn tăng sáng (không có màn tăng sáng thì ước lượng bằng kinh nghiệm), rồi xuyên tiếp lên qua xương sên, xương gót ở phía trước trên. Bó bột Cẳng - bàn chân như trên, lượn vòng qua đầu đinh, để thò đầu đinh ra ngoài, rút đinh sau khi tháo bột (cũng có thể rút đinh sớm hơn, khi đã hình thành can non).

Xương gẫy di lệch nhiều, hoặc gẫy xương kèm trật khớp sên gót, nắn không kết quả thì chuyển mổ đặt lại xương, đặt lại khớp, phục hồi vòm gan chân, găm vài kim Kirschner cố định, có thể vẫn phải tăng cường bột rạch dọc sau mổ.

**VI. THEO DÕI**

Đa số theo dõi ngoại trú, trường hợp nặng hoặc sưng nề nhiều thì cho vào viện theo dõi điều trị nội trú.

**VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ**

- Tai biến chủ yếu là sưng nề, rối loạn dinh dưỡng kéo dài: kê cao chân, thuốc chống sưng nề, tập vận động sớm.

- Nắn không tốt sẽ dẫn đến can lệch, chồi xương, đi lại đau, gót chân bè ra ảnh hưởng thẩm mỹ, phải mổ đục bạt xương chồi.

## 349. NẮN, BÓ BỘT GÃY XƯƠNG NGÓN CHÂN

**I. ĐẠI CƯƠNG**

- Khi gẫy chỏm các xương bàn chân hoặc gẫy xương các ngón chân, nhiều khi người ta bó bột Cẳng - bàn chân ngắn (Bottine). Trong trường hợp này người ta thường làm đế bột dài hơn để đỡ toàn bộ các ngón chân. Bột Cẳng - bàn chân ngắn chỉ bó từ giữa cẳng chân trở xuống.

**II. CHỈ ĐỊNH**

1. Gẫy các xương ở vùng cổ chân (gẫy 1 hoặc nhiều mắt cá, xương sên, xương gót, các xương khác thuộc khối tụ cốt ở cổ chân).

2. Gẫy các xương bàn chân, ngón chân.

3. Chấn thương, bong gân, tổn thương dây chằng, bao khớp cổ chân.

4. Viêm nhiễm vùng cổ chân (viêm, lao).

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

1. Gẫy hở độ II trở lên.

2. Có tổn thương mạch máu, thần kinh, hoặc hội chứng chèn ép khoang.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

Như với bó các bột ở trên (chuyên khoa xương: 03, nếu có gây mê: thêm bác sỹ gây mê và phụ mê).

**2. Phương tiện**

- 1 bàn nắn thông thường, tốt nhất như kiểu bàn mổ (chắc, nặng, để khi kéo nắn bàn không bị chạy). Ở nơi không có điều kiện, có thể dùng bàn sắt, bàn gỗ, nhưng chân bàn phải được cố định chắc xuống sàn nhà. Bàn kéo nắn cần có các mấu ngang để mắc các đai đối lực khi kéo nắn.

- Với trường hợp khó, gẫy phức tạp: cần bàn nắn của Boehler, có hệ thống ren xoắn để căng chỉnh.

- Đai đối lực: bằng vải mềm, dai, to bản (như kiểu quai ba lô) để tránh gây tổn thương cho da khi kéo nắn.

- Thuốc tê hoặc thuốc mê: số lượng tùy thuộc người bệnh là trẻ em hay người lớn, trọng lượng người bệnh. Kèm theo là dụng cụ gây tê, gây mê, hồi sức (bơm tiêm, cồn 70o, thuốc chống sốc, mặt nạ bóp bóng, đèn nội khí quản...).

- Bột thạch cao: với người lớn cần 6-8 cuộn, cỡ 15 cm, trẻ em thì tùy theo tuổi.

- Giấy vệ sinh, bông cuộn hoặc bít tất vải xốp mềm để lót (jersey). Lưu ý, nếu dùng giấy vệ sinh, có thể gây dị ứng da người bệnh. Ở những nước phát triển, người ta thường dùng jersey, rất tiện lợi, vì nó có độ co giãn rất tốt, không gây chèn ép và có thể dùng cho nhiều kích cỡ chân tay to nhỏ khác nhau.

- Dây rạch dọc (dùng cho bột cấp cứu, khi tổn thương 7 ngày trở lại): thường dùng một đoạn băng vải có độ dài vừa phải, vê săn lại để đảm bảo độ chắc là đủ, không cần dây chuyên dụng.

- Dao hoặc cưa rung để rạch dọc bột trong trường hợp bó bột cấp cứu (tổn thương trong 7 ngày đầu). Nếu dùng dao rạch bột, dao cần sắc, nhưng không nên dùng dao mũi nhọn, đề phòng lỡ tay gây vết thương cho người bệnh (mặc dù tai biến này rất hiếm gặp). Nếu dùng cưa rung để rạch bột, cần lưu ý phải chờ cho bột khô hẳn mới làm, vì cưa rung chỉ cắt đứt các vật khô cứng.

- Nước để ngâm bột: đủ về số lượng để ngâm chìm hẳn 3-4 cuộn bột cùng 1 lúc. Lưu ý, mùa lạnh phải dùng nước ấm, vì trong quá trình bột khô cứng sẽ tiêu hao một nhiệt lượng đáng kể làm nóng bột, có thể làm hạ thân nhiệt người bệnh, gây cảm lạnh. Nước sử dụng ngâm bột phải được thay thường xuyên để đảm bảo vệ sinh và tránh hiện tượng nước có quá nhiều cặn bột ảnh hưởng đến chất lượng và thẩm mỹ của bột.

- 1 cuộn băng vải hoặc băng thun, để băng giữ ngoài bột, khi việc bó bột và rạch dọc bột đã hoàn thành.

- 1 độn gỗ kê dưới khoeo chân khi bó bột.

**3. Người bệnh**

- Được thăm khám toàn diện, tránh bỏ sót tổn thương, nhất là những tổn thương lớn có thể gây tử vong trong quá trình nắn bó bột (chấn thương sọ não, chấn thương ngực, vỡ tạng đặc,vỡ tạng rỗng...).

- Được giải thích kỹ mục đích của thủ thuật, quá trình tiến hành làm thủ thuật, để người bệnh khỏi bị bất ngờ, động viên để họ yên tâm, hợp tác tốt với thầy thuốc. Với bệnh nhi, cần giải thích cho bố mẹ hoặc người thân.

- Được vệ sinh sạch sẽ vùng xương gẫy, cởi hoặc cắt bỏ tay áo bên tay gẫy.

- Với người bệnh gây mê, cần nhịn ăn uống ít nhất 5-6 giờ, tránh nôn hoặc hiện tượng trào ngược (nước hoặc thức ăn từ dạ dày tràn sang đường thở).

**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 BÓ BỘT**

Ở đây chỉ đề cập cách bó bột, cách nắn mời xem ở các bài điều trị gẫy xương cụ thể của từng xương.

**1. Người bệnh**nằm ngửa. Với người bệnh không nắn trên khung Boehler thì chỉ cần kê chân lên độn gỗ, độn gỗ đặt ở khoeo. Trợ thủ 1 đứng ở cuối chân để kéo giữ chân, trợ thủ 2 chạy ngoài giúp việc. Kỹ thuật viên chính đứng bên ngoài chân người bệnh để tiến hành bó bột.

**2. Các bước tiến hành**

**- Bước 1:**Quấn giấy vệ sinh hoặc bông độn hoặc jersey. Đặt dây rạch dọc, ở chính giữa trước cẳng bàn chân. Vùng cổ chân có nhiều mấu xương, nên độn lót nhiều hơn.

**- Bước 2:**Rải nẹp bột và đặt nẹp bột. Dùng cuộn bột to bản xếp hình Zích-zắc, dầy 6-8 lớp, độ dài theo mốc đã đo (từ sau khoeo đến tận cùng các ngón chân, có thể nẹp làm hơi dài 1 chút, phần thừa ra nên để ở phía dưới ngón chân, sau này cuộn lại tạo mũi đế bột, bột sẽ đẹp hơn). Nẹp bột đặt sau cẳng bàn chân.

**- Bước 3:**Quấn bột.

+ Nên quấn bột xuất phát điểm ở vùng cổ chân, quấn kiểu xoáy trôn ốc từ trên xuống dưới rồi từ dưới lên trên theo nẹp bột, vừa bó đến đâu vừa xoa và vuốt bột đến đó, bột sẽ liên kết tốt hơn và đẹp hơn. Khi nào thấy bột đủ dày thì được.

+ Quấn bột vừa tay, không miết chặt tay. Vùng trước cổ chân dễ bị căng bột, muốn bột không bị căng thì dây rạch dọc nên để chùng, nếu vẫn căng thì dùng kéo xẻ tà (cắt đứt bán phần băng bột) để bó, bột sẽ đẹp, không bị căng nữa. Phần nẹp bột chúng ta chủ ý để thừa từ trước, sẽ vê cuộn lại làm mũi đế bột cho đẹp. Sau đó băng bột bọc 1-2 lớp ra ngoài đế bột, xoa và vuốt chỉnh trang lần cuối.

**- Bước 4:** Rạch dọc bột (nếu là bột cấp cứu), lau chùi sạch các ngón chân. Trường hợp bó trên khung Boehler, bó tương tự, đến cổ chân-bàn chân thì nhớ rút bỏ băng quấn cố định vào khung khi kéo nắn, nếu để quên dễ gây chèn ép.

**VI. THEO DÕI**

- Nhẹ thì điều trị ngoại trú.

- Sưng nề nhiều hoặc có tổn thương phối hợp thì theo dõi điều trị nội trú.

**VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ**

- Hội chứng chèn ép khoang rất hay gặp: theo dõi sát để phát hiện sớm, chuyển mổ cấp cứu giải ép khoang, xử trí mạch máu theo tổn thương, kết hợp xương.

- Bỏ sót băng buộc vòng quanh ở cổ chân khi nắn bó bột trên khung Boehler: cách đề phòng tốt nhất là đặt dây rạch dọc ở trong cùng, khi rạch tiến hành rạch từ trên xuống dưới, nửa chừng thì rạch từ dưới lên trên, khi 2 đường rạch gần gặp nhau thì túm cả 2 đầu dây kéo lên mà rạch nốt. Khi cầm dây rạch dọc kiểm tra, nếu dây còn nguyên vẹn không bị đứt, nghĩa là bột đã được rạch không sót dù chỉ là 1 sợi gạc.

**350. NẮN, BÓ BỘT TRẬT KHỚP XƯƠNG ĐÒN**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Trật khớp ức đòn hay gặp sau một [chấn thương](http://khamgiodau.com/tin-tuc/chan-thuong-chinh-hinh.html) gián tiếp vào cung trước vai với cánh tay dạng. Thường gặp là xương đòn di lệch ra trước, thỉnh thoảng cũng có trường hợp di lệch ra sau. Cũng có thể gặp bẩm sinh hoặc sau thoái hóa khớp hoặc viêm khớp.

**II. CHỈ ĐỊNH**

Khi nắn bó đai số 8 không có kết quả

**III.CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Chống chỉ định trong ngoại khoa nói chung

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

[phẫu thuật](http://khamgiodau.com/s/Ph%E1%BA%ABu%20thu%E1%BA%ADt.html) viên là bác sĩ chuyên khoa chấn thương chỉnh hình.

**2. 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 ( nhiềm trùng, tử vong …). Nhịn ăn trước 6 giờ.

**3. Phương tiện**

Bộ dụng cụ kết hợp xương chung.

4. Dự kiến thời gian phẫu thuật : 90 phút

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Tư thế người bệnh:** Nằm ngửa, có độn ở dưới lưng.

**2. Vô cảm**:

Gây mê nội khí quản

**3. Kỹ thuật:**

- Đường mổ: Đi ngang ngay mặt trước khớp ức đòn

- Phương tiện kết hợp xương: Kim Kirschner hoặc vis xốp rời.

**VI. THEO DÕI XỬ TRÍ TAI BIẾN**

- Chảy máu, tụ máu: Mở vết mổ cầm máu, lấy máu tụ, băng ép.

- Nhiễm trùng: Tách vết mổ, làm sạch, để hở.

- Đau sau mổ: Chống phù nề, giảm đau.

- Một số tai biến: Xuyên kim vào tim, phổi, động mạch phổi, động tĩnh mạch chủ.

## 351. NẮN, CỐ ĐỊNH TRẬT KHỚP HÀM

## 352. NẮN, BÓ BỘT TRẬT KHỚP CỔ CHÂN

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Gãy trật khớp cổ chân là thương tổn tương đối thư ờng gặp. Tổn thương  
xương kèm theo thường là gãy hai mắt cá chân. Thương tổn gãy hai mắt cá chân  
dẫn đến sự mất vững của khớp cổ chân do đó thường kèm theo trật khớp.

**II. CHỈ ĐỊNH**

- Gãy hai mắt cá di lệch, trật khớp cổ chân

**III.CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Người bệnh có chống chỉ định về gây mê hồi sức

**IV. CHUẨN BỊ**

1. Dụng cụ

- Bộ dụng cụ mổ kết hợp xương

- Nẹp bản nhỏ các cỡ: 6 lỗ, 8 lỗ

- Vít xương đường kính 3.5mm và vít xốp đường kính 4.5mm

- Kim Kirchner các cỡ từ 1.8 mm đ ến 2.6mm

- Garo hơi hoặc garo chun

- Khoan y tế và mũi khoan đường kính 2.7mm và 3.5mm

2. Người thực hiện

[Phẫu thuật](http://khamgiodau.com/s/Ph%E1%BA%ABu%20thu%E1%BA%ADt.html) viên chuyên khoa [chấn thương](http://khamgiodau.com/tin-tuc/chan-thuong-chinh-hinh.html) chỉnh hình, 2 phụ phẫu thuật, dụng cụ viên

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

- Gây tê toàn thân hoặc tê tủy sống

- Garo hơi 1/3 dư ới đùi, áp l ực 350 mmHg hoặc garo chun

- Rạch da hai đường: đường rạch phía trong ngay trên mắt cá trong, dọc  
theo trục xương chầy; đường rạch phía ngoài ngay trên mắt cá ngoài, dọc theo  
trục xương mác

- Làm sạch diện gãy, đặt lại mắt cá trong, cố định bằng vít xốp hoặc kim Kirchner tùy theo kích thước mảnh gãy lớn hay nhỏ

- Làm sạch diện gãy xương, đặt lại xương mác, tùy theo vị trí gãy cao hay thấp mà đ ặt nẹp 6 lỗ hay 8 lỗ, cố định với vít xương 3.5 mm và vít xốp 4.5 mm.

- Bơm rửa sạch, dẫn lưu vùng mổ xương mác

- Đóng vết mổ theo các lớp giải phẫu

- Nẹp cẳng bàn chân.

**VI. THEO DÕI**

- Toàn trạng

- Vận động, cảm giác ngón chân

- Dẫn lưu

**VII. XỬ TRÍ TAI BIẾN**

- Nhiễm trùng: thay kháng sinh, săn sóc t ại chỗ

- Không liền và khớp giả: thay nẹp, ghép xương hoặc sử dụng tế bào gốc tủy xương.

## 353. NẮN, BÓ BỘT GÃY XƯƠNG CÁC LOẠI DƯỚI C ARM

## 354. NẸP BỘT CÁC LOẠI, KHÔNG NẮN

**. ĐẠI CƯƠNG**

- Nẹp bột là nẹp bằng bột để bất động đơn giản và tối thiểu, được dùng trong các tổn thương vùng khớp, đường kính nẹp bột không quá 1/3 chu vi của chi.

- Nẹp bột có thể dùng để bất động 1 khớp hoặc nhiều khớp trên cùng 1 chi thể (nẹp bột Cẳng - bàn tay chỉ để bất động khớp cổ tay, nẹp bột Cánh - cẳng - bàn tay để bất động khớp khuỷu và khớp cổ tay, nẹp bột Đùi - cẳng - bàn chân để bất động nhiều khớp cùng bị tổn thương 1 lúc: khớp gối, khớp cổ chân và cả các khớp bàn-ngón chân nữa...).

- Máng bột là loại nẹp bột rộng hơn, đường kính máng bột không quá ½ chu vi của chi. Độ dài của nẹp bột và máng bột không có ý nghĩa so sánh.

- Máng bột thường để bất động những khớp lớn, hoặc những khớp nhỏ có tổn thương nặng hơn hoặc trong 1 số trường hợp đặc biệt và cụ thể (ví dụ khi muốn dạng ngón 1 của tay, người ta làm máng bột Cẳng - bàn tay về phía gan tay để tách ngón 1 dạng ra xa ngón 2 trong phẫu thuật tạo hình sẹo khép ngón 1).

- Nẹp bột và máng bột về tác dụng bất động thì không nhiều, bất động không vững chắc, nhưng ưu điểm là rất hiếm gây biến chứng chèn ép bột, là loại phương tiện được sử dụng phổ biến hàng ngày nhất là trong các tổn thương nhẹ và việc tăng cường, hỗ trợ bất động sau phẫu thuật hoặc bất động tạm chờ mổ.

**II. CHỈ ĐỊNH**

1. Tổn thương khớp nhẹ (chạm thương, bong gân, tụ máu...).

2. Bất động tạm thời để chờ mổ.

3. Sau mổ các tổn thương hoặc bệnh lý về khớp.

4. Hỗ trợ bất động sau mổ kết hợp xương không vững chắc.

5. Sau mổ chuyển vạt da, vá da.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH.**Không có chống chỉ định tuyệt đối.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

02 người (1 kỹ thuật viên chính, 1 trợ thủ viên đỡ tay hoặc chân người bệnh, và giúp việc). Với nẹp bột lớn (ĐCBC) có thể cần 2 trợ thủ viên.

**2. Phương tiện**

- 1 bàn có mặt phẳng để rải bột.

- Bột thạch cao: tùy tuổi, kích cỡ của chi, hình thể người bệnh, nẹp hoặc máng bột làm ở tay hay ở chân, nẹp bột gì, hoặc máng bột gì (tên gọi của nẹp bột, máng bột) mà chuẩn bị bao nhiêu bột, kích cỡ bột.

- Giấy vệ sinh hoặc bông lót để bột không dính trực tiếp vào da và đặc biệt vào lông chân hoặc lông tay của người bệnh.

- Nước ngâm bột (mùa lạnh cần dùng nước ấm, khoảng 30-35o).

- 1 vài cuộn băng vải hoặc băng thun để băng giữ ngoài bột.

**3. Người bệnh**

- Được vệ sinh sạch sẽ vùng định làm nẹp bột hoặc máng bột.

- Nếu có vết thương, cần được XỬ TRÍ và băng vô trùng trước khi đặt nẹp bột, máng bột.

**4. Hồ sơ:** như với các loại bột khác.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH LÀM NẸP BỘT, MÁNG BỘT** (xin nhắc lại, máng bột hay nẹp bột chỉ khác nhau về bề rộng, không khác nhau về chiều dài, nên chỉ lưu ý sử dụng cỡ bột to nhỏ khác nhau là đủ). Sau đây chúng tôi trình bầy cách làm nẹp bột làm đại diện, cho từng loại cụ thể như như sau:

**1. Nẹp bột Cẳng - bàn tay:** giới hạn từ mỏm khuỷu đến khớp bàn - ngón tay.

- Quấn giấy vệ sinh hoặc bông lót từ trên khuỷu xuống quá khớp bàn - ngón (giấy hoặc bông bao giờ cũng dài, rộng hơn mức bột bó, các phần sau chúng tôi không nhắc lại nữa).

- Đo hoặc ước lượng độ dài từ mỏm khuỷu đến khớp bàn-ngón của người bệnh.

- Dùng bột cỡ nhỏ hoặc trung bình (thường dùng 2 cuộn), rải bột lên bàn theo kiểu Zích-zắc (hoặc kiểu xếp mèche) theo độ dài đã định (khoảng 7-8 lớp), cuộn hoặc gấp đôi, rồi gấp tư lại, ngâm nước rồi vớt nhanh, bóp nhẹ cho ráo nước, duỗi bột ra như nẹp rải ban đầu, vuốt cho phẳng phiu và đặt vào sau cẳng - bàn tay theo mốc đã định. Có thể dùng bột còn lại rải đi rải lại kiểu Zích-zắc sau khuỷu để tăng cường cho nẹp bột đủ dầy, không bị gẫy sau này. Tư thế cổ tay của nẹp bột Cẳng - bàn tay là tư thế cơ năng (tư thế trung bình), trừ 1 số tư thế đặc biệt theo đặc điểm của tổn thương và yêu cầu cụ thể của phẫu thuật viên (ví dụ như sau phẫu thuật nối gân gấp, phải để cổ tay gấp nhẹ).

- Vuốt dọc sau nẹp bột cho bột liên kết tốt và phẳng bột, sửa mép bột cho phẳng, quấn băng giữ ngoài nẹp bột, lau sạch bột dính ở da người bệnh.

- Trong 1 số trường hợp, đặt nẹp bột về phía gan tay (như sau nối gân duỗi), lúc này nẹp bột phải để cổ tay ở tư thế duỗi cổ tay. Sau cùng, dùng băng vải hoặc băng thun băng bên ngoài để giữ nẹp.

**2. Nẹp bột Cánh - cẳng - bàn tay**

Tương tự như nẹp bột Cẳng - bàn tay. Khác về chiều dài nẹp bột là lên đến cực dưới cơ Delta, nên bột cần thêm 1-2 cuộn. Tư thế khuỷu 90o, cổ tay trung bình. Còn các tư thế đặc biệt khác thì tùy theo đặc điểm tổn thương và yêu cầu cụ thể của phẫu thuật viên.

**3. Nẹp bột Cẳng - bàn chân**

- Giới hạn: phía trên là dưới nếp khoeo khoảng 2 cm, phía dưới là tận cùng các ngón chân.

- Bột thạch cao: 3-4 cuộn, cỡ 15 cm.

- Quấn giấy vệ sinh hoặc bông lót.

- Đo hoặc ước lượng độ dài nẹp bột như đã định ở trên.

- Rải và đặt nẹp bột: cách làm như với nẹp bột Cẳng - bàn tay, đặt phía sau cẳng, bàn chân. Chú ý dùng 1 độn gỗ cao ở dưới khoeo người bệnh (như để bó bột Cẳng - bàn chân) để dễ làm. Nếu người bệnh cho phép nằm sấp được thì để người bệnh nằm sấp, dễ làm hơn, khi người bệnh nằm sấp sau khi đặt xong nẹp thì dùng bột còn lại rải zích-zắc tăng cường ở sau gót và cổ chân.

- Vuốt, sửa sang mép bột, quấn băng vải hoặc băng thun giữ bột ở bên ngoài, lau chùi sạch bột dính ở da người bệnh.

**4. Nẹp bột Đùi - cẳng - bàn chân**

- Giới hạn: bên trên bởi nếp lằn mông, bên dưới giống như nẹp bột Cẳng - bàn chân: bởi tận cùng của các ngón chân.

- Là loại nẹp bột rất dài, nếu người bệnh nằm ngửa thì rất khó thực hiện kỹ thuật (kể cả có nhiều trợ thủ giúp việc), nên người ta thường để người bệnh trong tư thế nằm sấp (nếu điều kiện người bệnh cho phép) để thực hiện kỹ thuật này.

- Kỹ thuật đặt nẹp tương tự đặt nẹp bột Cẳng - bàn chân. Vùng sau gót cũng được tăng cường bột để khỏi bị gẫy bột.

- Trường hợp người bệnh không thể nằm sấp được (như bị hôn mê, người bệnh gây mê để phẫu thuật, đa chấn thương, hoặc có kèm vỡ xương chậu...) thì để người bệnh nằm ngửa thực hiện kỹ thuật. Lúc này có 2 cách:

+ Cách 1: dùng nhiều người giúp việc để đỡ chân người bệnh, vừa đỡ vừa xoa và vuốt cho nẹp bột được phẳng phiu, nếu ít người đỡ nẹp bột, bột sẽ bị võng, bị lõm, bột sẽ xấu và có thể các chỗ lõm bột gây phiền toái cho người bệnh.

+ Cách 2: bó 1 bột Đùi - cẳng - bàn chân, có đặt 2 dây rạch dọc ở 2 bên, bó xong bột thì rạch dọc bột theo 2 dây đặt ở trên, lấy bỏ phần nửa trước của bột, phần nửa sau của bột được giữ lại làm 1 máng bột.

Máng bột này ưu điểm là bất động khá tốt, chân và máng bột vào đúng phom nên người bệnh thường cảm thấy dễ chịu, nhưng nhược điểm là tốn bột.

**5. Nẹp bột Đùi - cổ chân**

Cách làm tương tự như nẹp bột Đùi - cẳng - bàn chân, nhưng chỉ làm đến cổ chân.

**6. Giường bộ.**

- Giường bột bản chất là 1 loại máng bột cực lớn để bất động cả thân người.

- Giường bột để bất động trong các trường hợp tổn thương phức tạp ở cột sống.

- Còn sử dụng giường bột bất động trong điều trị lao cột sống.

- Hiện nay việc mổ cột sống đã có rất nhiều tiến bộ, người ta tiến hành phẫu thuật cho tất cả những trường hợp nặng và phức tạp (kể cả chấn thương và bệnh lý) nên giường bột còn rất ít nơi sử dụng. Chủ yếu còn được sử dụng ở các tuyến y tế vùng sâu vùng xa không có điều kiện mổ, không có điều kiện vận chuyển lên tuyến trên, hoặc bất động tạm bằng giường bột để vận chuyển.

- Tiến hành làm giường bột:

+ Người bệnh nằm sấp, bỏ hết quần áo.

+ Bông lót rộng toàn bộ sau lưng, từ 2 bờ vai xuống hết nếp lằn mông và cùng cụt, hai bên thành ngực đến đường nách giữa.

+ Bột thạch cao: ≥ 20 cuộn bột cỡ lớn (20 cm). Rải kiểu Zích-zắc theo chiều dọc cơ thể, lớp nọ gối và chồng lấn lớp kia, theo mốc đã tả ở phần lót bông (trên từ 2 bờ vai, xuống toàn bộ 2 bả vai, cột sống lưng, thắt lưng, khung chậu, cùng cụt, 2 bên rộng rãi để vòng ra trước, đến đường nách giữa. Rải Zích-zắc đến đâu xoa vuốt đến đấy cho bột liên kết tốt, sửa sang bột cho đẹp. Đợi khoảng 15 phút bột khô, nhẹ nhàng gỡ giường bột khỏi lưng người bệnh, cất giữ nơi tĩnh tại và thoáng mát, 1 vài hôm sau bột đủ độ cứng mới dùng cho người bệnh nằm.

**VI. THEO DÕI.** Chủ yếu là theo dõi tình trạng toàn thân.

**VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ**

Tai biến chỉ có thể xảy ra khi làm giường bột.

- Tai biến chủ yếu xẩy ra khi lật sấp người bệnh để rải và làm bột ở lưng. Nên phải cử người theo dõi sắc mặt người bệnh, tình trạng hô hấp, mạch, huyết áp...

- Khi có biểu hiện rối loạn thở, mạch, huyết áp cần nhanh chóng lật ngửa người bệnh, áp dụng các biện pháp cấp cứu cần thiết (truyền dịch, hô hấp hỗ trợ...).

## 355. CHÍCH RẠCH ÁP XE LỚN, DẪN LƯU

**i. ĐẠI CƯƠNG**

Ổ áp xe là ổ viêm khu trú và kèm theo các dấu hiệu kinh điển của nhiễm trùng (sưng, nóng, đỏ, đau)

**ii. CHỈ ĐỊNH**

Ổ áp xe lớn

**iii. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Ổ áp xe sát vùng hậu môn hay cơ quan sinh dục

Áp xe vùng hàm, mặt

**iv. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

01 Bác sỹ

01 Điều dưỡng

**2. Phương tiện**

Dung dịch betadin

Thuốc gây tê Xylocain

Kim tiêm

Lưỡi dao + cán dao mổ

Kẹp thẳng cầm máu

Kẹp cong cầm máu

Băng gạc vết thương

Nước muối sinh lý

**3. Người bệnh**

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

Làm các xét nghiệm cơ bản.

Kháng sinh 2 dòng phối hợp

Người bệnh phải được kiểm soát tốt đường huyết (< 10 mmol/l) bằng Insulin

Nước tiểu không có ceton

**4. Hồ sơ bệnh án**

Làm hồ sơ bệnh án theo mẫu quy 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**

Sát khuẩn: sử dụng dung dịch povidone-iodine, sát khuẩn toàn bộ bề mặt ổ áp xe và vùng da xung quanh, để khô.

Sử dụng các băng vô khuẩn cách ly ổ áp xe và vùng da xung quanh với phần còn lại cơ thể.

Gây tê: Áp dụng kỹ thuật gây tê tại chỗ. Tiêm Xylocin xung quanh ổ áp xe, vị trí tiêm cách đường viêm tấy đỏ của ổ áp xe 1cm

Rạch rộng toàn bộ bề mặt ổ áp xe (có thể rạch hình chữ thập để đạt được mức độ dẫn lưu cần thiết).

Lấy dịch mủ từ ổ áp xe nuôi cấy, làm kháng sinh đồ.

Dùng kẹp đầu từ đưa vào trong ổ áp xe, mở rộng hai đầu kẹp nhằm phá vỡ vách ngăn bên trong ổ áp xe tạo điều kiện cho mủ và tổ chức hoại tử chảy ra dễ.

Sử dụng dao hoặc kéo con kẹp phần tích cắt lọc hết các tổ chức hoại tử bên trong ổ áp xe.

Bơm rửa ổ áp xe với nước muối sinh lý và dung dịch ô xy già 10%.

Đặt gạc dài vào trong ổ áp xe và để một đầu ở bên ngoài để dẫn lưu dịch.

Đặt gạc lên trên bề mặt ổ áp xe nhằm hấp thụ dịch vết thương và ngăn không cho vật lạ vào vết thương.

Hướng dẫn người nhà hoặc người bệnh thay băng hàng ngày cho đến khi vết thương khỏi hoàn toàn.

**vi. THEO DÕI SAU THỦ THUẬT**

Chảy máu

Nhiễm trùng: Dịch vết thương (màu sắc, lượng dịch hàng ngày )

Đánh giá sự hình thành tổ chức hạt tại vết thương.

**VII. XỬ TRÍ TAI BIẾN**

**Chảy máu:** mổ vết thương, cầm máu lại

**Nhiễm trùng:** kháng sinh, chống phù nề, giảm viêm.

## 356. MỞ CỬA SỔ XƯƠNG

## 357. 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

## 358. RÚT ĐINH CÁC LOẠI

## 359. PHẪU THUẬT VẾT THƯƠNG KHỚP

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Vết thương khớp là những vết thương vùng khớp làm thông thương giữa khớp  
và môi trường bên ngoài.

Vết thương khớp nếu không được xử lý sớm và triệt để có thể dẫn đến biến  
chứng nặng nề như nhiễm trùng khớp, viêm xương khớp về sau.

**II. CHỈ ĐỊNH**

Vết thương vùng khớp có lộ khớp hoặc chảy dịch khớp.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Tình trạng toàn thân người bệnh quá nặng hoặc có bệnh phối hợp không thể tiến  
hành phẫu thuật.

**IV. CHUẨN BỊ**

**Người thực hiện** : 03Phẫu thuật viên chuyên khoa chấn thương chỉnh hình.

Người bệnh và gia đình:

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, thụt tháo, vệ sinh vùng mổ, kháng sinh  
dự phòng.

Phương tiện, trang thiết bị:

Bộ dụng cụ mổ chấn thương chi.

Thực hiện tại các cơ sở có chuyên khoa chấn thương chỉnh hình.

**Dự kiến thời gian tiến hành**: 60 phút

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**Tư thế:** Người bệnh nằm ngửa hoặc nghiêng tùy theo vùng khớp cần phẫu thuật.

Vô cảm

Kháng sinh dự phòng.

Vô cảm người bệnh bằng gây tê tủy sống hoặc gây mê.

Kỹ thuật:

Sát khuẩn vùng mổ bằng dung dịch Betadine.

Dùng garo hơi (nếu có thể) trong mổ với áp lực bằng hai lần áp lực động mạch  
tối đa.

Cắt lọc, rạch rộng mép da vết thương vùng khớp.

Mở bao khớp để vào bộc lộ vùng mặt khớp.

Bơm rửa, làm sạch khớp bằng dung dịch huyết thanh vô khuẩn.

Cầm máu, đặt dẫn lưu ngoại khớp.

Đóng cân và phần mềm theo các lớp giải phẫu.

Đóng da một lớp da thưa.

Cố định bột tùy theo thương tổn (nẹp bột hoặc bột rạch dọc).

**VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

Theo dõi:

Theo dõi tình trạng toàn thân: mạch, huyết áp, nhiệt độ, nhịp thở, tri giác.

Theo dõi tình trạng thiếu máu: da niêm mạc nhợt.

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

Kháng sinh đường tiêm dùng 3-5 ngày sau mổ.

Giảm đau sau mổ đường tiêm, đặt hậu môn hoặc uống.

Gác chân cao, chườm lạnh trong 24h đầu.

Hướng dẫn tập phục hồi chức năng sau mổ sớm.

Xử trí tai biến:

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.

## 360. PHẪU THUẬT VIÊM TẤY PHẦN MỀM Ở 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 độk sử 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

**III. 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

**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

## 361. MỞ KHOANG VÀ GIẢI PHÓNG MẠCH BỊ CHÈN ÉP CỦA CÁC CHI

## 362. RÚT CHỈ THÉP XƯƠNG ỨC

## 363. ĐẶT TÚI BƠM GIÃN DA

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Là phẫu thuật đặt túi giãn bằng silicon vào dưới da. Túi giãn da sau đó được bơm giãn bằng nước trong 1 thời gian, làm vùng da phía trên giãn ra. Sau khi có được lượng da giãn thích hợp, túi silicon được tháo ra, còn lượng da giãn phía trên được dùng cho các mục đích tạo hình khác.

**II. CHỈ ĐỊNH**

Trong các trường hợp khuyết phần mềm mà cần một lượng da lớn để che phủ hoặc chuẩn bị da trước khi cắt bỏ sẹo và 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

Vì trí đặt túi giãn da đang có tổn thương cấp tính: viêm nhiễm…

**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, 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).

**3. Phương tiện**

Bộ dụng phẫu thuật tạo hình

Bộ dụng cụ phẫu thuật nội soi (nếu cần)

Túi giãn da bằng silicon phù hợp (kích thước, hình dáng)

Gạc mỡ, băng chun, chỉ to

**Thời gian phẫu thuật:**

2- 3 giờ

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Tư thế:**

Nằm ngửa hoặc nghiêng tuỳ theo vị trí tổn thương

**2. Vô cảm**

Gây mê nội khí quản hoặc gây tê vùng nếu ở chi thể (gây tê đám rối TK cánh tay hoặc gây tê tủy sống)

Gây tê tại chỗ vết mổ bằng Lidocain pha với Adrenalin nồng độ 1/100000

**3. Các bước tiến hành**

Sát trùng trải toan rộng

Đo đạc, thiết kế đường rạch da và khoang đặt túi

Rạch da theo đường thiết kế

Bóc tách khoang đặt túi giãn dưới cân đủ chỗ cho túi giãn, có thể sử dụng nội soi hỗ trợ nếu cần

Bóc tách khoang đặt trống bơm, đường hầm cho dây dẫn chạy

Sau khi bóc tách khoang đủ rộng, tiến hành bơm rửa, cầm máu kỹ

Đặt túi giãn da và trống bơm vào khoang vừa tạo

Kiểm tra để không làm gập túi và dây dẫn, mặt trống bơm phải quay lên mặt da

Dẫn lưu vết mổ (nếu cần)

Đóng da theo các lớp giải phẫu bằng chỉ to, chắc

Băng chun ép nhẹ

Bắt đầu bơm giãn khoảng 10% thể tích túi

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

**1. Theo dõi và chăm sóc:**

Sau 2 tuần bắt đầu bơm giãn. Thời gian bơm giãn tuỳ thuộc vào thể tích và yêu cầu đủ để có lượng da thích hợp.

**2. Biến chứng và nguyên tắc xử trí**

Các dấu hiệu sinh tồn: Mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở

Chảy máu: Băng ép hoặc mổ lại cầm máu nếu cần

Nhiễm trùng: thay băng và dùng kháng sinh.

Hoại tử da giãn: Bóc tách khoang không nông quá, bơm giãn da từ từ

Các tai biến liên quan đến bệnh phối hợp: tăng đường huyết, tăng huyết áp…

## 364. CHUYỂN XOAY VẠT DA GHÉP CÓ CUỐNG MẠCH LIỀN KHÔNG NỐI

**I. ĐỊNH NGHĨA**

Là phẫu thuật sử dụng vạt cơ có cuống mạch nuôi đến che phủ khuyết hổng bằng kỹ thuật vi phẫu.

**II. CHỈ ĐỊNH**

Các khuyết phần mềm gồm cơ do các nguyên nhân: sau cắt u, di chứng chấn thương, sau bỏng, xạ trị...

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Không có chống chỉ định tuyệt đối phụ thuộc các yếu tố lựa chọn người bệnh

**IV. CÁC YẾU TỐ LỰA CHỌN NGƯỜI BỆNH TRƯỚC PHẪU THUẬT**

- Độ tuổi

- Các bệnh lý về tiểu đường, tim mạch, mạch máu, các yếu tố đông máu.

- Sử dụng các chất kích thích, co mạch.

- Hút thuốc

- Mong muốn của người bệnh về kết quả phẫu thuật

**V. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện:**

- Kíp phẫu thuật: 02 kíp phẫu thuật từ 4-6 phẫu thuật viên tạo hình vi phẫu.

- Kíp gây mê: 01 bác sỹ gây mê, 01 phụ mê.

- Kíp dụng cụ: 02 điều dưỡng dụng cụ, 01 điều dưỡng chạy ngoài, 01 hộ lý.

- Hồi tỉnh: 01 bác sỹ gây mê, 01 điều dưỡng hồi tỉnh.

**2. Người bệnh:**

Làm các xét nghiệm cơ bản, chụp các phim theo yêu cầu

- Làm đủ các xét nghiệm chẩn đoán, chú ý các bệnh lý phối hợp: Tim mạch, tiểu đường...Đánh giá tình trạng toàn thân như tuổi, cơ địa, những bệnh mãn tính 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.

- Vùng tổn khuyết phải được đánh giá để xác định sự hiện diện hoặc mức độ của bệnh và để xác định tình trạng chung của người bệnh. Nơi lấy vạt được kiểm tra các dấu hiệu của bệnh mạch máu ngoại biên, kiểm tra mạch bằng khám hoặc Doppler siêu âm, chụp mạch.

- Dùng kháng sinh dự phòng nếu cần thiết.

- Giải thích cho người bệnh và gia đình biết rõ bệnh và tình trạng toàn thân, 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, do cơ địa của người bệnh.

- Chuẩn bị trước mổ theo quy trình Ngoại khoa thông thường

**3. Phương tiện:**

**- Phục vụ phẫu thuật:**

+ Phòng mổ lớn cho gây mê toàn thân kéo dài

+ Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình.

+ Bộ dụng cụ mạch máu

+ Bộ dụng cụ vi phẫu

+ Chỉ phẫu thuật và chỉ vi phẫu.

+ Bông băng, gạc

+ Kính vi phẫu

**- Gây mê:**

+ Máy mê

+ Máy giữ nhiệt độ cho người bệnh

+ Bơm tiêm điện

**4. Thời gian phẫu thuật:** 8-12h

**VI. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Tư thế:**

- Người bệnh nằm ngửa/nghiêng phụ thuộc vị trí lấy vạt cơ

- Bộc lộ vùng thương tổn cần phẫu thuật

- Bộc lộ nơi cần lấy vạt, cần đặt một nệm chèn vùng hông và chân được kê cao (nếu lấy vạt ở đùi).

**2. Vô cảm:** Nội khí quản đường miệng

**3. Kỹ thuật:**

**- Kíp 1:**

+ Bộc lộ phần bị tổn thương, cắt lọc tiết kiệm, làm sạch.

+ Tìm và bộc lộ mạch nhận gồm 01 động mạch, 02 tĩnh mạch

**- Kíp 2:**

+ Thiết kế vạt cơ theo kích thước tổn khuyết. Phẫu tích tìm nhánh xiên nuôi cơ của vạt.

+ Phẫu tích cuống mạch đủ dài để nói với mạch nhận...

+ Cắt cuống mạch.

+ Cầm máu, đặt dẫn lưu đóng nơi cho vạt. Đóng trực tiếp nếu vạt có kích thước nhỏ. Ghép da mỏng nếu lấy vạt kích thước lớn, không đóng trực tiếp được.

- Chuyển vạt và nối mạch:

+ Phẫu tích, chuẩn bị mạch, nối mạch bằng kính vi phẫu với chỉ 9.0, 10.0.

+ Đóng vạt, dẫn lưu

**VII. THEO DÕI SAU PHẪU THUẬT**

- Toàn trạng: Mạch, huyết áp, hô hấp, Công thức máu...

- Theo dõi vạt: Doppler 60 phút/lần (nếu có) trong 48h đầu, 6 lần/ngày trong 5 ngày tiếp theo và 1 lần/ngày từ ngày thứ 7 đến khi ra viện. Màu sắc, hồi lưu, nhiệt độ...

- Sử dụng Heparin bơm tiêm điện 05-07 ngày sau phẫu thuật.

- Theo dõi chảy máu vạt và nơi cho vạt.

- Theo dõi vận động, cảm giác nơi cho vạt.

**VIII. BIẾN CHỨNG VÀ XỬ TRÍ**

- Tắc mạch vạt: trong 1h đầu sau phẫu thuật: kiểm tra mạch dưới kính vi phẫu tại phòng mổ xử trí theo kết quả kiểm tra, cắt bớt chỉ tại vạt, tại cuống....

- Chảy máu: Cầm máu tại phòng mổ, giảm bớt liều Heparin.

- Nhiễm trùng: Kháng sinh theo kháng sinh đồ

## 365. TẠO HÌNH BẰNG CÁC VẠT TỰ DO ĐA DẠNG ĐƠN GIẢN

**I. ĐỊNH NGHĨA**

Là phẫu thuật sử dụng vạt tự do có cuống mạch nuôi đến để tạo hình bằng kỹ thuật vi phẫu.

**II. CHỈ ĐỊNH**

Các tổn thương vú do các nguyên nhân: sau cắt u, di chứng chấn thương, sau bỏng, xạ trị ...

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Không có chống chỉ định tuyệt đối phụ thuộc các yếu tố lựa chọn người bệnh

**IV. CHUẨN BỊ**:

**1. Người thực hiện:**

- Kíp phẫu thuật: 02 kíp phẫu thuật từ 4-6 phẫu thuật viên tạo hình vi phẫu.

- Kíp gây mê: 01 bác sỹ gây mê, 01 phụ mê.

- Kíp dụng cụ: 02 điều dưỡng dụng cụ, 01 điều dưỡng chạy ngoài, 01 hộ lý.

- Hồi tỉnh: 01 bác sỹ gây mê, 01 điều dưỡng hồi tỉnh.

**2. Người bệnh:** Làm các xét nghiệm: xét nghiệm cơ bản, chụp các phim theo yêu cầu

- Làm đủ các xét nghiệm chẩn đoán, chú ý các bệnh lý phối hợp: Tim mạch, tiểu đường...Đánh giá tình trạng toàn thân như tuổi, cơ địa, những bệnh mãn tính 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.

- Vùng tổn khuyết phải được đánh giá để xác định sự hiện diện hoặc mức độ của bệnh và để xác định tình trạng chung của người bệnh. Nơi lấy vạt được kiểm tra các dấu hiệu của bệnh mạch máu ngoại biên, kiểm tra mạch bằng khám hoặc Doppler siêu âm, chụp mạch.

- Dùng kháng sinh dự phòng nếu cần thiết.

- Giải thích cho người bệnh và gia đình biết rõ bệnh và tình trạng toàn thân, 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, do cơ địa của người bệnh

- Chuẩn bị trước mổ theo quy trình Ngoại khoa thông thường

**3. Phương tiện**:

3.1. Phục vụ phẫu thuật:

- Phòng mổ lớn cho gây mê toàn thân kéo dài

- Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình.

- Bộ dụng cụ mạch máu

- Bộ dụng cụ vi phẫu

- Chỉ phẫu thuật và chỉ vi phẫu.

- Bông băng, gạc

- Kính vi phẫu

3.2. Gây mê:

- Máy mê

- Máy giữ nhiệt độ cho người bệnh

- Bơm tiêm điện

**4. Thời gian phẫu thuật:** 8-12h

**VI. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Tư thế:**

- Người bệnh nằm ngửa/nghiêng phụ thuộc vị trí lấy vạt tổ chức

- Bộc lộ vùng thương tổn cần phẫu thuật

- Bộc lộ nơi cần lấy vạt, cần đặt một nệm chèn vùng hông và chân được kê cao (nếu lấy vạt ở đùi).

- Vẽ và thiết kế vạt ở nơi cho và nhận

- Đặt sonde tiểu.

**2. Vô cảm:** Nội khí quản đường miệng

**3. Kỹ thuật:**

3.1 Kíp 1:

- Bộc lộ phần bị tổn thương, cắt lọc tiết kiệm, làm sạch.

- Tìm và bộc lộ mạch nhận gồm 01 động mạch, 02 tĩnh mạch

3.2 Kíp 2:

- Thiết kế vạt tổ chức theo kích thước cần thiết để tạo hình. Phẫu tích tìm nhánh mạch nuôi của vạt. Phẫu tích thần kinh cảm giác đi kèm với vạt (nếu có).

- Phẫu tích cuống mạch đủ dài để nối với mạch nhận ..

- Cắt cuống mạch.

- Cầm máu, đặt dẫn lưu đóng nơi cho vạt. Đóng trực tiếp nếu vạt có kích thước nhỏ. Ghép da mỏng nếu lấy vạt kích thước lớn, không đóng trực tiếp được.

3.3 Chuyển vạt và nối mạch:

- Phẫu tích, chuẩn bị mạch, nối mạch máu, thần kinh bằng kính vi phẫu với chỉ 9.0, 10.0.

- Tạo hình vạt theo thiết kế.

- Đóng vạt, dẫn lưu

**VII. THEO DÕI SAU PHẪU THUẬT**

- Toàn trạng: Mạch, Huyết áp, Hô hấp, Công thức máu...

- Theo dõi vạt: Doppler vạt 30 phút/lần trong 48h đầu và 3 lần/ngày tiếp theo, màu sắc, hồi lưu, nhiệt độ...

- Sử dụng Heparin bơm tiêm điện 05-07 ngày sau phẫu thuật.

- Theo dõi chảy máu vạt và nơi cho vạt.

- Theo dõi vận động, cảm giác nơi cho vạt.

- Lưu sonde tiểu 07 ngày.

**VIII. BIẾN CHỨNG VÀ XỬ TRÍ**

- Tắc mạch vạt: trong 1h đầu sau phẫu thuật: kiểm tra mạch dưới kính vi phẫu tại phòng mổ xử trí theo kết quả kiểm tra, cắt bớt chỉ tại vạt, tại cuống....

- Chảy máu: Cầm máu tại phòng mổ, giảm bớt liều Heparin.

- Nhiễm trùng: Kháng sinh theo kháng sinh đồ.

- Chậm liền vết mổ: chăm sóc vết thương, khâu thì hai nếu cần.

## 366. CHÍCH RẠCH ÁP XE NHỎ

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Là một nhiễm trùng cấp tính, do các vi khuẩn gây mủ tạo thành một ổ mủ khu trú, có vỏ bọc. Vỏ ổ áp xe là một tổ chức xơ lỏng lẻo, dễ vỡ.

Áp xe có thể gặp bất kỳ ở đâu, ở nông (da và mô mềm, cơ, xương...) cũng có thể ở sâu ( áp xe gan, áp xe ruột thừa…) ở đây chúng tôi chỉ nói đến những trường hợp áp xe ở nông, thuộc chuyên ngành [chấn thương](http://khamgiodau.com/tin-tuc/chan-thuong-chinh-hinh.html) chỉnh hình.

Vi khuẩn gây lên ổ áp xe có thể từ các nhiễm trùng ngoài da vào, cũng có thể từ đường máu tới như những viêm xương tủy xương.

Vi khuẩn hay gặp là tụ cầu vàng, liên cầu khuẩn, E.coli, phế cầu, lậu cầu, nấm…  
Có loại áp xe nóng là do tạp khuẩn, có loại áp xe lạnh do lao.

**II. CHỈ ĐỊNH**

Chỉ được chích rạch các ổ áp xe nóng, đã hóa mủ.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Các ổ áp xe lạnh: Do lao

- Ổ áp xe chưa hóa mủ: Nếu chích rạch làm phá vỡ hàng rào bảo vệ dễ dẫn đến nhiễm khuẩn huyết.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người bệnh**

Giải thích, chấn an tâm lý cho người bệnh , chuẩn bị vùng mổ, chuẩn bị hồ sơ bệnh án.

**2. Người thực hiện**

Bác sĩ hoặc y sĩ và điều dưỡng tại trạm y tế.

**3. Dụng cụ, trang thiết bị**

Bộ dụng cụ mổ xương thông thường.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

- Vô cảm người bệnh bằng tê tại chỗ, tê vùng hay gây mê tùy vị trí và tính chất ổ áp xe.

- Sát khuẩn vùng mổ

- Rạch da trực tiếp vào khối áp xe, chỗ mủ nông nhất, tránh xa bó mạch, và là chỗ thấp nhất để dẫn lưu mủ, đảm bảo thẩm mỹ cho ngư ời bệnh ( trùng với các nếp tự nhiên là tốt nhất).

- Lấy mủ soi tươi tìm vi khuẩn và làm kháng sinh đồ.

- Dùng kéo panh rộng ổ áp xe hút hết mủ.

- Bơm rửa sạch

- Dùng tay phá vỡ hết các ngóc ngách ổ áp xe, dùng thìa nạo để nạo hết tổ chức hoại tử, viêm nhiễm.

- Rửa nhiều lần bằng xy già, Betadine, nước muối sinh lý

- Cầm máu, dẫn lưu rộng rãi ổ áp xe

- Để hở da hoàn toàn, băng vết mổ.

- Dùng kháng sinh toàn thân, giảm đau, bồi phụ nước, điện giải.

**VI. ĐIỀU TRỊ SAU PHẪU THUẬT**

- Theo dõi mạch, huyết áp, nhiệt độ, nhịp thở, tri giác, da niêm mạc, mầu sắc chi thể, cấp máu cho chi thể, vận động cảm giác chi thể, để phát hiện ra những biến  
chứng sau mổ.

- Kháng sinh

**VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ**

- Chảy máu: Băng ép cầm máu, nếu không được mở vết mổ để cầm máu  
- Nhiễm trùng: Thay kháng sinh.

## 367. CHÍCH HẠCH VIÊM MỦ

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Là một nhiễm trùng cấp tính, do các vi khuẩn gây mủ tạo thành một ổ mủ khu trú, có vỏ bọc ở hạch.

**II. CHỈ ĐỊNH**

Chỉ được chích rạch các hạch viêm nóng, đã hóa mủ.

**III.CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Các ổ hạch viêm lạnh: Do lao.

- Ổ viêm chưa hóa mủ: Nếu chích rạch làm phá vỡ hàng rào bảo vệ dễ dẫn đến nhiễm khuẩn huyết.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người bệnh**

Giải thích, chấn an tâm lý cho người bệnh , chuẩn bị vùng mổ, chuẩn bị hồ sơ bệnh án.

**2. Người thực hiện**

Bác sĩ hoặc y sĩ và điều dưỡng tại trạm y tế.

**3. Dụng cụ, trang thiết bị**

Bộ dụng cụ mổ thông thường.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

- Vô cảm người bệnh bằng tê tại chỗ, tê vùng hay gây mê tùy vị trí và tính chất ổ viêm mủ..

- Sát khuẩn vùng mổ

- Rạch da trực tiếp vào khối hạch viêm mủ, chỗ mủ nông nhất, tránh xa bó mạch, và là chỗ thấp nhất để dẫn lưu mủ, đảm bảo thẩm mỹ cho người bệnh (trùng với các nếp tự nhiên là tốt nhất).

- Lấy mủ soi tươi tìm vi khuẩn và làm kháng sinh đồ.

- Dùng kéo panh rộng ổ mủ hút hết mủ.

- Bơm rửa sạch

- Dùng tay phá vỡ hết các ngóc ngách ổ viêm mủ, dùng thìa nạo để nạo hết tổ chức hoại tử, viêm nhiễm.

- Rửa nhiều lần bằng xy già, Betadine, nước muối sinh lý

- Cầm máu, dẫn lưu rộng rãi ổ viêm.

- Để hở da hoàn toàn, băng vết mổ.

- Dùng kháng sinh toàn thân, giảm đau, bồi phụ nước, điện giải.

**VI. ĐIỀU TRỊ SAU PHẪU THUẬT**

- Theo dõi mạch, huyết áp, nhiệt độ, nhịp thở, tri giác, da niêm mạc, mầu sắc chi thể, cấp máu cho chi thể, vận động cảm giác chi thể, để phát hiện ra những biến  
chứng sau mổ.

- Kháng sinh

**VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ**

- Chảy máu: Băng ép cầm máu, nếu không được mở vết mổ để cầm máu  
- Nhiễm trùng: Thay kháng sinh.

## 368. THAY BĂNG, CẮT CHỈ

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Vết thương ngoại khoa có nhiều loại như: không bị nhiễm khuẩn, không có biểu hiện viêm (không có dịch rỉ viêm), quá trình điều trị có tiến triển tốt, tổ chức hạt đang phát triển hoặc đang trong giai đoạn lên da non gọi là vết thương sạch, ngược lại với tình trạng trên là vết thương nhiễm khuẩn. Sau khi vết thương lành có thể được chỉ định cắt chỉ ngoại khoa.

1. **KỸ THUẬT** **THAY BĂNG CẮT CHỈ RỬA VẾT THƯƠNG SẠCH**
   1. **Chuẩn bị**

**– Chuẩn bị người bệnh**

* Kiểm tra hồ sơ người bệnh.
* Thông báo cho người bệnh.
* Nhận định tình trạng người bệnh.

**– Chuẩn bị người điều dưỡng**

* Thực hiện rửa tay thường quy.
* Mang khẩu trang.

**– Chuẩn bị dụng cụ** **thay băng cắt chỉ rửa vết thương sạch**

* Sắp xếp dụng cụ lên xe thay băng.
* Kiểm tra dụng cụ
  1. **Thực hiện**

**- Tiến hành kỹ thuật** **thay băng cắt chỉ rửa vết thương sạch**

* Điều dưỡng đi găng sạch.
* Chuẩn bị tư thế người bệnh.
* Trải nilon dướì vị tri vết thương.
* Chuẩn bị dung dịch [rửa vết thương](https://bluecare.vn/thay-bang-vet-thuong-va-cat-chi-1-vet-thuong-tai-nha).
* Đặt túi đựng đồ bẩn vào vị trí thuận lợi.
* Mở gói/ hộp dụng cụ vô khuẩn.
* Tháo bỏ băng, gạc cũ.
* Nhận định tình trạng vết thương.
* Tháo bỏ găng đã sử dụng.
* Điều dưỡng đi găng vô khuẩn khác.
* Rửa ngoài vết thương.
* Rửa trong vết thương.
* Theo dõi tình trạng người bệnh.
* Thấm khô vết thương, sát khuẩn lại vết thương.
* Đặt gạc vô khuẩn và băng vết thương.

**– Thu dọn dụng cụ** **thay băng cắt chỉ rửa vết thương sạch**

**– Phân loại và thu gom chất thải**

**III. KỸ THUẬT THAY BĂNG CẮT CHỈ RỬA VẾT THƯƠNG NHIỄM KHUẨN**

Đối với vết thương nhiễm khuẩn, cần nắm chắc các nội dung như chuẩn bị người bệnh và dụng cụ để kỹ thuật [**thay băng vết thương nhiễm khuẩn**](https://bluecare.vn/thay-bang-vet-thuong-va-cat-chi-1-vet-thuong-tai-nha) được đảm bảo vô khuẩn giúp vết thương chóng lành.

**1. Chuẩn bị**

**– Chuẩn bị người bệnh**

* Kiểm tra hổ sơ người bệnh.
* Thông bảo cho người bệnh.
* Nhận định tình trạng người bệnh.

**– Chuẩn bị người điều dưỡng thực hiện thay băng rửa vết thương nhiễm khuẩn**

* Thực hiện rửa tay thường quy.
* Mang khẩu trang.

**– Chuẩn bị dụng cụ thay băng rửa vết thương nhiễm khuẩn**

* Sắp xếp dụng cụ trên xe thay băng.
* Kiểm tra dụng cụ.

**2. Tiến hành kĩ thuật thay băng rửa vết thương nhiễm khuẩn**

* Điều dưỡng đi găng sạch.
* Chuẩn bị tư thế người bệnh.
* Trải nilon dưới vị trí vết thương.
* Chuẩn bị dung dịch rửa vết thương.
* Đặt túi đựng đồ bẩn vào vị trí thuận lợi.
* Mở gói/ hộp dụng cụ vô khuẩn.
* Tháo bỏ băng, gạc cũ.
* Tháo bỏ găng đã sử dụng.
* Điều dưỡng đi găng vô khuẩn.
* Rửa trong vết thương.
* Rửa ngoài vết thương.
* Theo dõi tình trạng người bệnh.
* Thấm khô vết thương.
* Sát khuẩn vết thương.
* Đặt gạc vô khuẩn và [băng vết thương](https://bluecare.vn/thay-bang-vet-thuong-va-cat-chi-1-vet-thuong-tai-nha).
* Thu dọn dụng cụ.

Phân loại và thu gom chất thải.

Ghi phiếu chăm sóc và thông báo cho người bệnh.

1. **CẮT CHỈ**
   1. **Chuẩn bị**

**– Chuẩn bị người bệnh**

* Kiểm tra hồ sơ người bệnh.
* Thông báo cho người bệnh.
* Nhận định tình trạng người bệnh.

**– Chuẩn bị người điều dưỡng**

* Thực hiện rửa tay thường quy.
* Mang khẩu trang.

**– Chuẩn bị dụng cụ** **thay băng cắt chỉ rửa vết thương sạch**

* Sắp xếp dụng cụ lên xe thay băng.
* Kiểm tra dụng cụ
  1. **Thực hiện**
* Điều dưỡng đi găng sạch.
* Chuẩn bị tư thế người bệnh.
* Trải nilon dướì vị tri vết thương.
* Chuẩn bị dung dịch [rửa vết thương](https://bluecare.vn/thay-bang-vet-thuong-va-cat-chi-1-vet-thuong-tai-nha).
* Rửa ngoài vết thương.
* Cắt chỉ vết thương.
* Thấm khô vết thương.
* Sát khuẩn vết thương
* Đặt gạc vô khuẩn và băng vết thương.

**Thu dọn dụng cụ**: Phân loại và thu gom chất thải.

**Ghi phiếu chăm sóc**: Thông báo cho người bệnh.

## 369. CẮT U NANG BAO HOẠT DỊCH

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Là phẫu thuật nhằm lấy bỏ các u nang do thoát vị bao hoạt dịch hay gặp ở các khớp cổ tay, cổ chân, khoeo chân

**II. CHỈ ĐỊNH**

Các khối khối u nang bao hoạt dịch tại các vị trí hay gặp cổ tay, cổ chân, khoeo chân.

**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

**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

- Chỉ, gạc vô khuẩn

- Dẫn lưu

**4. Hồ sơ bệnh án**: Theo mẫu quy định của Bộ Y Tế

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

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

**2. Vô cảm**: Tê tại chỗ hoặc gây mê khi cần thiết.

**3. Kỹ thuật**

- Lựa chọn được rạch da, trên u, quanh u, hoặc elip tùy theo kích thước và vị trí cụ thể

- Rạch da

- Phẫu tích bộ lộ khối u nang, cắt bỏ toàn bộ khối u, thắt lại bao hoạt dịch nối thông với khớp

- Cầm máu kĩ diện cắt

- Khâu đóng trực tiếp

- Đặt dẫn lưu,ăng ép nếu cần.

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

- Tai biến của gây tê,

- Chảu máu, nhiễm trùng, chậm liền vết mổ

## 370. CẮT RÒ XOANG LÊ

## 371. PHẪU THUẬT LẤY DỊ VẬT THÀNH NGỰC, THÀNH BỤNG

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Là phẫu thuật lấy dị vật ra khỏi thành ngực, thành bụng

**II. CHỈ ĐỊNH**

Dị vật thành ngực, thành bụng huyết động ổn định.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Bệnh lý toàn thân quá nặng không đảm bảo cuộc mổ.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện:**

- Phẫu thuật viên chuyên ngành tiêu hóa

**2. Phương tiện:**

- Bộ dụng cụ phẫu thuật , lồng ngực hoặc tiêu hóa.

- Các stapler, clip mạch máu.

- Dao Harmonic hoặc Ligasure hoặc Thunderbeat.

**3. 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.

**4. Hồ sơ bệnh án:** Theo quy định bộ y tế, được bác sỹ kiểm tra đầy đủ các xét nghiệm, có chữ ký thông qua mổ và giấy cam đoan mổ.

**V. CÁC BỨỚC TIẾN HÀNH**

**1.Tư thế:** Người bệnh nằm ngửa

**2. Vô cảm:** Gây tê tại chỗ, tê tủy sống hoặc gây mê toàn thân có giãn cơ tùy theo vùng tổn thương thành ngực, thành bụng.

**3.Kỹ thuật:**

Bước 1: Mở tìm và bộc lộ tổn thương

Bước 2: Xử trí tổn thương, tùy từng loại tổn thương mà có phương pháp xử trí khác nhau.

Bước 3: 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.

## 372. PHẪU THUẬT LẤY DỊ VẬT LỒNG NGỰC, Ổ BỤNG

**a. Lấy dị vật lồng ngực**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

 Dị vật lồng ngực thường gặp sau chấn thương phức tạp lồng ngực, vết thương ngực do hỏa khí và vật sắc dễ gãy. Người bệnh vào viện thường mất nhiều máu, tràn khí hoặc vết thương ngực hở nên phải mở ngực cấp cứu cầm máu, cầm khí kết hợp với lấy dị vật. Tuy nhiên những trường hợp đến cơ sở có huyết động ổn định, vết thương thành ngực không phức tạp và có hình ảnh của dị vật phổimàng phổi, chúng ta có thể áp dụng phẫu thuật nội soi qua thành ngực kết hợp với đường mổ nhỏ (VATSVideoassisted thoracic surgery) để điều trị.

**II. CHỈ ĐỊNH**

Dị vật lồng ngực có huyết động của người bệnh ổn định.

Chấn thương mới chưa gây dính nhiều giữa phổi và thành ngực và các thành phần của trung thất.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Dị vật lớn ≥ 10mm.

Dị vật ở vùng nguy hiểm

Chấn thương và vết thương ngực đã lâu

Nhiễm trùng và mủ trong khoang màng phổi và viêm tấy thành ngực

Các chống chỉ định do cơ địa và bệnh lý phối hợp của người bệnh không cho phép làm xẹp phổi một bên.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện quy trình kỹ thuật**: bác sỹ phẫu thuật có khả năng phẫu thuật mở và nội soi ngực. Bác sỹ gây mê có thể đặt nội khí quản hai nòng chọn lọc để làm xẹp phổi chủ động bên phẫu thuật.

**2. Phương tiện**: bộ dụng cụ mở ngực, bộ dụng cụ mổ nội soi ngực có kèm video hỗ trợ.

**3. Người bệnh**: Nằm nghiêng 300 hoặc nghiêng 900 bộc lộ toàn bộ thành ngực bên phẫu thuật và cả xương ức.

**4. Hồ sơ bệnh án:** có đủ bằng chứng của dị vật phổi màng phổi. Nếu có tràn máu và khí màng phổi và nghi ngờ có dị vật, nên kiểm tra Xquang hoặc chụp cắt lớp trước mổ.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Kiểm tra hồ sơ**: có chẩn đoán xác định dị vật phổi và màng phổi.

**2. Kiểm tra người bệnh:** đánh dấu vị trí của dị vật trên thành ngực và vẽ đường mổ dự kiến ở khoang gian sườn gần nhất với vị trí của dị vật.

**3. Thực hiện kỹ thuật:**

* Tùy vị trí và kích thước của dị vật mà thực hiện đường mổ có kích thước tương ứng.
* Gỡ dính và làm sạch vùng màng phổi bên dưới đường mổ khi vào khoang màng phổi.
* Kết hợp với dụng cụ nội soi hỗ trợ để gỡ dính, cầm máu nhu mô phổi và thành ngực cũng như hút rửa sạch khoang màng phổi.
* Xác định vị trí dị vật bằng nhìn trực tiếp qua vết mở da hoặc qua camera.   Dùng kẹp nội soi hoặc kẹp của bộ mổ ngực để lấy dị vật ra khỏi nhu mô phổi.
* Cầm máu và cầm khí vết thương nhu mô phổi nếu có bằng cách khâu thông thường chỉ tiêu hoặc không tiêu, kẹp đinh nội soi hoặc cắt thùy phổi và phân thùy phổi trong trường hợp có tổn thương nhu mô rộng gây thiếu máu và hỏng chức năng một vùng phổi rộng.
* Đặt dẫn lưu khoang màng phổi và đóng ngực.

**VI. THEO DÕI**

Dịch máu qua dẫn lưu hàng giờ trong 24 giờ đầu.

Đánh giá Xquang phổi mỗi 24 giờ sau mổ.

Rút dẫn lưu khi hết dò khí, dịch qua dẫn lưu là dịch tiết dưới 100 ml/24 giờ và phổi nở sát thành ngực.

Thực hiện giảm đau tốt, vật lý trị liệu hô hấp tránh xẹp phổi và viêm phổi do hạn chế hô hấp.

**VII. XỬ TRÍ TAI BIẾN**

 Thực hiện mở ngực rộng kinh điển ngay khi gặp khó khăn trong mổ VATS lấy dị vật phổi màng phổi. Chủ động khi tiên lượng mất máu nhiều khi lấy bỏ dị vật khỏi nhu mô phổi sát mạch máu lớn của phổi và trung thất.

**B. DỊ VẬT Ổ BỤNG**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Các phẫu thuật thành bụng khác bao gồm các phẫu thuật thành bụng không phải thoát vị, toác vết mổ. Như: Áp xe thành bụng, dị vật thành bụng…

**II. CHỈ ĐỊNH**

Các tổn thương ở thành bụng không phải thoát vị, toác vết mổ. Như: Áp xe thành bụng, dị vật thành bụng…

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Bệnh lý toàn thân quá nặng không đảm bảo cuộc mổ.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện:**

- Phẫu thuật viên chuyên ngành tiêu hóa

**2. Phương tiện:**

- Bộ dụng cụ phẫu thuật tiêu hóa.

- Các stapler, clip mạch máu.

- Dao Harmonic hoặc Ligasure hoặc Thunderbeat.

**3. 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.

**4. Hồ sơ bệnh án:** Theo quy định bộ y tế, được bác sỹ kiểm tra đầy đủ các xét nghiệm, có chữ ký thông qua mổ và giấy cam đoan mổ.

**V. CÁC BỨỚC TIẾN HÀNH**

**1.Tư thế:** Người bệnh nằm ngửa

**2. Vô cảm:** Gây tê tại chỗ, tê tủy sống hoặc gây mê toàn thân có giãn cơ tùy theo vùng tổn thương thành bụng.

**3.Kỹ thuật:**

Bước 1: Mở tìm và bộc lộ tổn thương

Bước 2: Xử trí tổn thương, tùy từng loại tổn thương mà có phương pháp xử trí khác nhau.

Bước 3: 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.

## 373. PHẪU THUẬT LẤY DỊ VẬT PHẦN MỀM

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Là phẫu thuật lấy dị vật phần mềm do nhiều nguyên nhân.

**II. CHỈ ĐỊNH**

- Vết thương chảy máu nhiều, dị vật bẩn.

- Kích thước > 1cm.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH:** Không có chống chỉ định.

**IV. CHUẨN BỊ**

**Người thực hiện:** phẫu thuật viên ngoại khoa chung.

**Người bệnh:** chuẩn bị tâm lý, hồ sơ bệnh án hành chính đầy đủ.

**Phương tiện:** bộ dụng cụ phẫu thuật cơ bản.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Tư thế:** Tùy thuộc vị trí người bệnh có thể nằm ngửa hoặc nằm sấp nếu có thể.

**2. Vô cảm:** Tê tại chỗ.

**3. Kỹ thuật:**

- Sát trùng vùng tổn thương.

- Đối với dị vật nằm ở bề mặt vết thương như cát, sỏi..., có thể sử dụng các dụng cụ y tế thích hợp để loại bỏ dị vật, sau đó sử dụng bàn chải đã vô khuẩn để làm sạch bề mặt vết thương bằng dung dịch sát trùng.

- Đối với dị vật xâm lấn sâu trong mô mềm, bác sĩ cần căn cứ trên phim X-quang của bệnh nhân để xác định chính xác vị trí dị vật, thiết kế đường rạch da (hoặc niêm mạc) và sử dụng dụng cụ phù hợp để lấy dị vật khỏi cơ thể bệnh nhân. Tiếp theo, cần bơm rửa vết thương bằng nước muối sinh lý và đặt dẫn lưu nếu cần thiết.

- Khâu vết mổ, kết thúc phẫu thuật.

**VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

**Theo dõi:**

- Dấu hiệu sinh tồn, điểm Glassgow

- Tình trạng vết thương.

- Nếu người bệnh không có tổn thương phối hợp có thể cho về nhà theo dõi, hẹn  
khám lại.

**Xử trí tai biến:**

- Chảy máu: Băng ép hoặc có thể khâu tăng cường mép vết mổ.

- Nhiễm trùng: Thay băng hàng ngày, có thể tách chỉ cho thoát dịch, điều trị kháng sinh.

## 374. PHẪU THUẬT LẠI CẦM MÁU DO CHẢY MÁU SAU MỔ

## 375. CẮT LỌC TỔ CHỨC HOẠI TỬ

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Hoại tử tổ chức sau [chấn thương](http://khamgiodau.com/tin-tuc/chan-thuong-chinh-hinh.html) hoặc vết thương thường gặp. Việc xử  
trí tổ chức hoại tử đóng vai trò quan trọng, giúp cho việc liền thương phần  
mềm cũng như liền xương về sau đư ợc thuận lợi.

**II. CHỈ ĐỊNH**

Tổ chức phần mềm hoại tử

**III, CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Các bệnh lý về tim mạch, toàn trạng không đảm bảo cho tiến hành thủ thuật  
Rối loạn đông máu

**IV, CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

+ 1 Bác sỹ phẫu thuật

+ 1 Bác sỹ phụ

+ 1 điều dưỡng dụng cụ

**2. Phương tiện**

+ Bộ dụng cụ tiểu phẫu

+ Dao điện

+ Dây ga rô cao su

+ Bơm tiêm vô khuẩn 5 ml hoặc 10 ml

+ Thuốc gây tê: Lidocain 1% 5- 20 ml;

+ Bộ hộp thuốc chống sốc phản vệ.

+ Nước ô xy già, betadin, nước muối đẳng trương.

**3. Người bệnh**

+ Khám và giải thích về bệnh tình cho người bệnh và người nhà người  
bệnh.  
+ Làm các xét nghiệm cơ bản.

**4. Hồ sơ bệnh án**: Hồ sơ giấy tờ ghi chép theo mẫu của Bộ Y tế.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Tư thế người bệnh**

- Người bệnh nằm ngửa.

**2. Thực hiện kỹ thuật**

- Gây tê vùng hoặc gây mê toàn thân

- Garo hơi áp lực 350 mmHg hoặc garo chun

- Sát trùng vùng mổ từ ngọn chi đến hết đo ạn chi cần cắt lọc

- Cắt lọc mép da tiết kiệm

- Cắt lọc tổ chức phần mềm thận trọng, từ trung tâm ra ngoại vi vùng tổn  
thương, vừa cắt lọc vừa đánh giá, đảm bảo cắt lọc hết tổ chức hoại tử và giữ  
được tối đa tổ chức lành.

- Bơm rửa kỹ tổn thương với oxy già, huyết thanh mặn pha betadin

- Che phủ các tổ chức cần che phủ như: xương, m ạch máu, thần kinh, gân.

- Dẫn lưu nếu cần thiết

- Băng vùng tổn thương với gạc ướt, băng ép nhẹ

**VI. CÁC TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ**

**1. Choáng, shock**

Có thể do phản ứng với Lidocain hay người bệnh hoảng sợ và lo lắng quá mức.

Xử trí: theo phác đồ chống shock nếu có shock. Động viên, giải thích cho  
người bệnh nếu người bệnh hoảng sợ và lo lắng quá mức.

**2. Chảy máu vết mổ**

Băng ép vết mổ bằng băng thun, nếu không đỡ thì mở vết mổ đặt nhét thêm gạc và băng ép bằng băng thun.

**VI. ĐIỀU TRỊ VÀ THEO DÕI SAU PHẪU THUẬT**

- Kháng sinh toàn thân theo kháng sinh đồ,bchống viêm, giảm đau.

- Thay băng hàng ngày để kiểm tra vết thương, dịch viêm…

- Kiểm soát tốt đường huyết bằng insulin.

- Điều trị tích cực các bệnh kèm theo

- Nâng cao thể trạng: truyền máu, đạm và các chất dinh dưỡng khác.

## 376. DẪN LƯU ÁP XE CỔ/ÁP XE TUYẾN GIÁP

**I. ĐẠI CƯƠNG**

- Áp xe tuyến giáp ít gặp, tỉ lệ chiếm khoảng 1-2% trong các bệnh tuyến  
giáp.  
- Áp xe tuyến giáp có thể ở một tuyến giáp đang bình thường hoặc trên cơ  
sở tuyến giáp có bướu.

Chẩn đoán:

- Hội chứng nhiễm trùng

- Tại chỗ : sưng, nóng, đỏ, đau vùng tuyến giáp, khó nuốt

- Cận lâm sàng: bạch cầu trung tính tăng, lắng máu tăng. Xét nghiệm  
Hormon giai đoạn đầu có tình trạng cường chức năng tuyến giáp, về sau có thể  
suy chức năng.

- Siêu âm tuyến giáp có ổ trống âm

**II. CHỈ ĐỊNH**

Giai đoạn hóa mủ

**III.CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Giai đoạn đầu viêm chưa hóa mủ

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

+ 1 Bác sĩ làm thủ thuật

+ 1 Bác sĩ gây mê

+ 1 Bác sĩ phụ mổ

+ 1 điều dưỡng dụng cụ

**2. Dụng cụ**

+ Lidocain 1% gây tê tại chỗ

+ Dao mổ thường

+ Bộ dụng cụ tiểu phẫu

**3. Người bệnh**

Cho an thần và giải thích cho người bệnh trước khi làm thủ thuật.

**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**

3.1.Tư thế người bệnh

- Nằm ngửa

- Hai tay để xuôi theo thân mình

- Cổ ưỡn

- Độn gối dưới 2 vai

3.2. Các bước tiến hành

- Gây tê tại chỗ bằng Lidocain 1%. Sau đó lấy dao mổ rạch tại chỗ áp xe vào  
ổ mủ, có thể dùng pince tách rộng và hút mủ ra.

- Làm sạch ổ áp xe bằng dung dịch betadin 1% và oxy già.

- Có thể đặt dẫn lưu tại chỗ.

- Băng vết thương lại.

**VI. THEO DÕI VÀ CHĂM SÓC SAU MỔ**

- Chảy máu

- Khó thở

- Dùng kháng sinh

- Nâng cao thể trạng bằng Vitamin

- Thay băng và săn sóc vết mổ đến khi lành vết thương

**VII. XỬ TRÍ TAI BIẾN**

- Chảy máu : mở vết trích cầm máu

- Khó thở:

+ Thở ôxy

+ Mở khí quản

## 377. PHẪU THUẬT NỘI SOI ĐIỀU TRỊ LỒNG RUỘT

**I. ĐẠI CƯƠNG**

- Lồng ruột là tình trạng một đoạn ruột và phần mạc treo tương ứng tự chui lồng vào đoạn ruột kế tiếp, là cấp cứu bụng thường gặp ở trẻ em. Bệnh hiếm gặp ở người lớn và dễ bị bỏ sót. Ở trẻ em thường tự phát trong khi người lớn thường có sang thương nguyên phát ở ruột.

- Lồng ruột có thể xảy ra ở ruột non-ruột non hay ruột non- đại tràng hay lồng hồi-manh đại tràng.

- Điều trị lồng ruột bao gồm điều trị bảo tồn tháo lồng bằng hơi hoặc nước và phẫu thuật. Gần đây, phẫu thuật nội soi (PTNS) cũng được áp dụng trong điều trị lồng ruột đặc biệt vùng hồi manh tràng.

**II. CHỈ ĐỊNH**

1. Chỉ định tháo lồng ruột:

Các trường hợp lồng ruột non-ruột non hoặc lồng hồi-manh đại tràng mà:

- Có chống chỉ định thụt tháo ruột.

- Khi tháo lồng bằng hơi hoặc bằng nước thất bại.

- Thời gian tới sau 24 tiếng.

- Không có bằng chứng tổn thương nguyên phát (u, túi thừa, ban xuất huyết Henoch-Schonlein…)

- Lồng ruột tái phát nhiều lần (>2 lần) mà chưa chắc chắn nguyên nhân (nội soi tháo lồng kết hợp chẩn đoán).

2. Chỉ định cố định hồi manh tràng:

- Lồng ruột vùng hồi mành tràng tái phát trên 2 lần.

- Không có nguyên nhân nguyên phát gây lồng ruột.

- Tháo lồng được hoàn toàn (bằng hơi/nước hoặc qua PTNS)

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Các chống chỉ định chung của PTNS gồm: rối loạn đông máu, rối loạn huyết động, bệnh tim phổi nặng.

- Tắc ruột hoàn toàn hoặc ruột chướng nhiều.

- Viêm phúc mạc.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**: phẫu thuật viên chuyên khoa tiêu hóa

**2. Phương tiện:**

- Bộ dụng cụ và dàn máy PTNS tiêu chuẩn, đặc biệt cần 2 kẹp mềm để thao tác ruột không gây sang chấn. Đối với trẻ nhỏ cần bộ dụng cụ nhỏ (trocar và dụng cụ 3mm).

**3. Người bệnh:**

- Đủ các xét nghiệm tiền phẫu.

- Đủ các hình ảnh học (siêu âm, ± X quang cắt lớp điện toán để loại trừ tắc ruột, viêm phúc mạc, lồng ruột thứ phát, kèm xoắn manh tràng, hội chứng manh tràng di động…).

- Bồi hoàn nước, điện giải, kháng sinh dự phòng.

- Đặt ống thông dạ dày.

- Giải thích về cuộc mổ, nguy cơ chuyển mổ mở, nguy cơ cắt đoạn ruột nếu tổn thương nguyên phát đi kèm, tái phát sau mổ…

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

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Kiểm tra hồ sơ:** Tên tuổi người bệnh, chẩn đoán, chỉ định, chống chỉ định

**2. Kiểm tra người bệnh:** Đúng người (tên, tuổi,…), đúng bệnh.

**3. Thực hiện kỹ thuật:**

3.1. Vô cảm: Mê nội khí quản

3.2. Tư thế:

- Người bệnh nằm ngửa, 2 chân dạng.

- Phẫu thuật viên đứng giữa 2 chân, phụ 1 đứng bên phải người bệnh.

- Dàn máy nội soi bên phải hoặc về phía đầu người bệnh

Tuy nhiên, tùy thuộc vị trí khối lồng trên khám lâm sàng và hình ảnh học, phẫu thuật viên có thể đôi sang vị trí bên phải hoặc bên trái. Cố gắng đảm bảo vị trí phẫu thuật viên cùng với kính soi, khối lồng và màn hình hiển trị nằm trên 1 đường thẳng.

3.3. Kỹ thuật:

- Đặt trocar kính soi (10mm) tại vị trí rốn (nên dùng phương pháp mở), bơm hơi với áp lực từ 8 -10 mmHg, tốc độ 1.8-2 l/p ( sau ổn định có thể điều chỉnh áp lực ổ bụng)

- Quan sát toàn bộ ổ bụng có viêm phúc mạc, có tắc ruột, có sang thương kết hợp (viêm túi thừa, viêm ruột thừa, u), đặt tiếp 2 trocar thao tác (5mm) tùy thuộc vị trí khối lồng.

- Dùng 2 kẹp mềm thao tác trên khối lồng. Một tay kéo cổ lồng (đoạn ruột gần-intussusceptum) ra khỏi đầu lồng (đoạn ruột xa-intussuscepiens).

- Cân nhắc lực kéo vừa phải tránh làm tổn thương thành ruột.

- Khi tháo lồng thành công, kiểm tra lại đoạn ruột lồng có tổn thương thiếu máu hay hoại tử. Kiểm tra lại toàn bộ ruột đánh giá sự lưu thông tiêu hóa

- Cân nhắc chuyển mổ mở khi:

+ Nội soi có tổn thương khác kèm theo: viêm, u…

+ Có viêm phúc mạc.

+ Tổn thương thành ruột.

+ Khối lồng dính quá chặt, không thể tháo bằng dụng cụ nội soi.

+ Ruột chướng nhiều không tháo tác được.

- Khâu cố định manh tràng nếu có chỉ định:

+ Người bệnh nằm tư thế đầu thấp, nghiêng trái.

+ Xác định manh tràng, ruột thừa và đoạn cuối hồi tràng

+ Kiểm tra chắc chắn không có tổn thương nguyên phát

+ Cắt ruột thừa

+ Khâu từ 3-5 mũi cố định lần lượt các vị trí manh tràng, gốc ruột thừa và đoạn cuối hồi tràng (chỉ khâu lớp thanh cơ) vào thành bụng bên bằng chỉ không tan.

- Khâu lại các lỗ đặt trocar.

**VI. THEO DÕI**

- Như mọi trường hợp phẫu thuật tiêu hóa

- Người bệnh có thể rút ống thông dạ dày và cho ăn sớm vào ngày thứ 1. Vận động sớm.

- Theo dõi các biến chứng liệt ruột, tắc ruột sớm sau mổ.

- Người bệnh có thể xuất viện sau 3-5 ngày tùy tình trạng người bệnh.

- Theo dõi xa: tắc ruột do dính, lồng ruột tái phát vẫn có thể xảy ra.

**VII. XỬ TRÍ TAI BIẾN**

1. Tai biến trong mổ:

- Các tai biến chung như: tai biến liên quan đến trocar (chảy máu, thủng ruột, rách mạc treo…), chảy máu trong mổ thì xử trí tương tự mọi trường hợp khác.

- Thủng ruột do cầm kéo ruột thì chuyển mổ mở khâu thủng, rửa bụng bằng nội soi hoặc mổ mở.

2. Biến chứng sau mổ:

- Nhiễm trùng vết mổ, xử trí chăm sóc vết mổ

- Bung gốc ruột thừa sau cắt ruột thừa:

+ Nếu viêm phúc mạc hậu phẫu thì mổ lại

+ Nhập viện trở lại vì áp xe tồn lưu thì điều trị kháng sinh ± mổ lại tùy trường hợp.

- Viêm phúc mạc hậu phẫu do bỏ sót tổn thương thành ruột thì mổ lại.

- Liệt ruột, tắc ruột sớm sau mổ: ít gặp, thường điều trị bảo tồn thành công.

## 378. PHẪU THUẬT NỘI SOI ĐIỀU TRỊ HẸP PHÌ ĐẠI MÔN VỊ

**i. ĐẠI CƯƠNG**

 Hẹp môn vị phì đại (HMVPĐ) là nguyên nhân gây tắc đường ra dạ dày thường gặp nhất ở trẻ sơ sinh và nhũ nhi.

 Hình dạng về đại thể của môn vị trong HMVPĐ là khối cơ phì đại dài khoảng 2-2,5cm, đường kính khoảng từ 1-1,5cm.

 Chẩn đoán HMVPĐ nhờ siêu âm bụng khi khối cơ môn vị có bề dày ≥ 4 mm (đối với trẻ sinh non là 5 mm) và bề dài ≥ 16 mm.

**ii. CHỈ ĐỊNH**

 Mọi trường hợp được chẩn đoán HMVPĐ vì đây là phẫu thuật nội soi thường quy.

**iii. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Rối loạn huyết động.

Rối loạn điện giải (Bicarbonate huyết thanh phải điều chỉnh dưới 30 mEq/L tránh suy hô hấp trong mổ).

Người bệnh có chống chỉ định phẫu thuật nội soi khác.

**iv. CHUẨN BỊ**

Người thực hiện kỹ thuật:

Phẫu thuật viên (PTV) tiêu hóa có kinh nghiệm trong phẫu thuật nội soi (PTNS) ổ bụng, bác sĩ gây mê hồi sức (GMHS) và dụng cụ viên có kinh nghiệm.

Phương tiện:

Hệ thống PTNS ổ bụng, các dụng cụ dùng trong PTNS.

Một bộ dụng cụ tiêu hóa mổ mở.

Người bệnh:

Điều chỉnh rối loạn nước điện giải

Điều chỉnh rối loạn đông máu nếu có

Kháng sinh phổ rộng dự phòng

Đặt và dẫn lưu thông dạ dày

Lập hai đường truyền tĩnh mạch.

Hồ sơ bệnh án:

Thông tin hành chính: đầy đủ

Thông tin y khoa: đầy đủ. Biên bản hội chẩn duyệt mổ: chẩn đoán trước mổ, phương pháp mổ, phẫu thuật viên, thời gian mổ.

Biên bản cam kết phẫu thuật và truyền máu. -Bảng khám tiền mê.

**v. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

Kiểm tra hồ sơ: 5 phút

Phẫu thuật viên và bác sĩ gây mê kiểm tra hồ sơ bệnh án đầy đủ thông tin.

Kiểm tra người bệnh: 5 phút

 Trước khi vào phòng mổ, bác sĩ gây mê kiểm tra đối chiếu thông tin người bệnh.

 Khi vào phòng mổ: Phẫu thuật viên, bác sĩ gây mê, dụng cụ viên kiểm tra đối chiếu đúng thông tin của người bệnh.

Thực hiện kỹ thuật: 20-60 phút

Bệnh nhi được đặt nằm ngửa ở cuối bàn mổ, PTđứng phía chân bệnh nhi, màn hình máy nội soi đặt đối diện PT

Hình  Tư thế bệnh nhi và Phẫu thuật viên trong PTNS hẹp môn vị phì đại.

Để phù hợp với điều kiện trên cùng với khó khăn di chuyển máy gây mê và máy nội soi có thể sắp xếp bệnh nhi và phương tiện thường

Hình  Tư thế bệnh nhi và Phẫu thuật viên trong PTNS hẹp môn vị phì đại trong điều kiện khó di chuyển máy móc.

Bệnh nhi được gây mê toàn thân và đặt nội khí quản. -Hút sạch dịch dạ dày.

Sát trùng vùng phẫu thuật và trải săng phẫu thuật.

Dùng dao 11 rạch đường mổ dọc trên rốn khoảng 5mm, rạch từng lớp cho đến khi vào khoang phúc mạc (Phương pháp mở - Hasson).

Bơm CO2 vào ổ bụng với áp lực 6-8 cmH2O (8-10 mmHg).

Rạch hai đường nhỏ #2-3mm ở phần tư bụng trên phải và trái.

Có thể dùng chỉ Soie 0 để khâu treo dây chằng liềm lên thành bụng trước để mở rộng phẫu trường.

Đặt grasper nội soi tù vào đường rạch bên phải và dao cắt cơ môn vị vào đường rạch bên trái bệnh nhi.

Dùng grasper giữ tá tràng chỗ tiếp giáp môn vị và dùng dao xẻ dọc môn vị.

Trong trường hợp không có dao cắt cơ môn vị thì có thể dùng móc đốt đơn cực 3mm để cắt cơ môn vị. Lưu ý sử dụng mức đốt nhỏ.

Dùng banh cơ môn vị nội soi để tách hoàn toàn u cơ môn vị đến khi niêm mạc phồng lên.

Có thể đắp mạc nối lớn lên chỗ mở cơ để cầm máu.

Bơm hơi qua thông dạ dày (khoảng 60 ml) để kiểm tra thủng.

Rút dụng cụ và đuổi khí khỏi ổ bụng.

Đóng cân rốn bằng Vicryl 0 và khâu da vết mổ bằng Vicryl Rapid 5.0.

**vi. THEO DÕI**

Chăm sóc sau mổ:

Có thể cho bú lại 4-6 giờ sau mổ.

Xuất viện 24 giờ sau khi cho ăn lại.

Biến chứng:

Nhiễm trùng vết mổ: thường chỉ cần chăm sóc tại chỗ.

Thoát vị vết mổ: đóng lại vết mổ.

Tái phát do xẻ cơ không hoàn toàn, sau mổ bệnh nhi vẫn còn triệu chứng ói. Xử trí: xem xét phẫu thuật lại.

**vii. XỬ TRÍ TAI BIẾN**

Tùy theo biến chứng sau mổ sẽ có phương pháp xử trí thích hợp.

Tai biến do đặt trocar:

Tổn thương tạng trong ổ bụng do thao tác đặt trocar.

Xử trí: tùy theo thương tổn có thể xử trí qua nội soi.

Tai biến do phẫu thuật:

Thủng niêm mạc chỗ tách cơ môn vị: khâu lại chỗ thủng ± khâu đắp mạc nối lớn và xẻ u cơ cách đó khoảng 900-1800.

Tổn thương tá tràng: khâu lỗ thủng.

## 379. PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT U NANG MẠC NỐI LỚN

**I. ĐẠI CƯƠNG**

- U nang mạc nối lớn là một bệnh hiếm gặp. Các u nang mạc nối lớn thường được phát hiện một cách tình cờ hoặc khi đang làm chẩn đoán cho những triệu chứng mơ hồ ở bụng khác.

- Phẫu thuật nội soi cắt u nang mạc nối lớn là phẫu thuật ít xâm lấn so với việc mổ mở.

**II. CHỈ ĐỊNH**

- Phẫu thuật nội soi bóc u được chỉ định cho tất cả các trường hợp u nang mạc nối lớn, bao gồm cả các bệnh nhân có chảy máu hay nhiễm trùng nang phải mổ cấp cứu.

**III CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- U lymphoma (hóa trị liệu).

- U lympho lành tính (lymphangioma) không có triệu chứng.

- Viêm mạc treo xơ hóa giai đoạn sớm.

- Bệnh Whipple chưa được điều trị trimethoprim trong ít nhất 9 tháng.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện:** Phẫu thuật viên chuyên khoa ngoại tiêu hóa

**2. Phương tiện:**

- Phòng mổ có đầy đủ điều kiện tiến hành nội soi qua ổ bụng.

- Bộ nội soi ổ bụng: monitor, camera, nguồn sáng, nguồn khí CO2

- Hệ thống máy bơm và rửa hút dịch bụng.

- Hệ thống dao điện đơn cực, lưỡng cực và dao cắt đốt siêu âm.

- Các dụng cụ kẹp ruột, vén, kẹp, kéo nội soi ổ bụng.

**3. Người bệnh:**

- Được làm đầy đủ các xét nghiệm chuẩn bị cuộc mổ.

- Được giải thích về quy trình, nguy cơ tai biến của phẫu thuật.

- Với những trường hợp mổ theo kế hoạch: vệ sinh sạch sẽ, ăn nhẹ đến 22h ngày hôm trước, thụt tháo phân sạch ,sáng ngày mổ: nhịn ăn uống, kháng sinh dự phòng

**4. Hồ sơ bệnh án:** Theo quy định bộ y tế, được bác sỹ kiểm tra đầy đủ các xét nghiệm, có chữ ký thông qua mổ và giấy cam đoan mổ.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Kiểm tra hồ sơ:** Đầy đủ theo quy định Bộ Y tế.

**2. Kiểm tra người bệnh:** Đúng người (tên, tuổi,…), đúng bệnh.

**3. Thực hiện kỹ thuật:**

3.1. Tư thế:

- Bệnh nhân nằm ngửa, có thể độn lưng ở những trường hợp u nang mạc treo tiên lượng phải cắt ruột (để dễ dàng đưa ruột ra ngoài hơn)

- Phẫu thuật viên và người cầm camera đứng phía đối diện với u, màn hình để về phía có u.

3.2.Vô cảm: gây mê nội khí quản

3.3. Thực hiện kỹ thuật

- Vị trí trocar: Trocar thứ nhất 10mm: đặt qua rốn. Tùy vào vị trí của u nang để đặt các trocar tiếp theo (3-5mm), 1 đến 3 trocar. Có thể chỉ dùng 1 trocar duy nhất qua rốn dùng camera có kênh cho dụng cụ để kéo u nang ra cắt ở ngoài. bơm hơi với áp lực từ 8 -10 mmHg, tốc độ 1.8-2 l/p ( sau ổn định có thể điều chỉnh áp lực ổ bụng)

- Các thì phẫu thuật

+ Sau khi đặt trocar 10 mm qua rốn, dùng camera có kênh cho dụng cụ để quan sát ổ bụng và đánh giá khối u. Nhiều u nang mạc nối lớn có thể kéo 1 phần ra ngoài qua lỗ trocar, hút dịch ở bên ngoài cho nang xẹp, sau đó kéo tiếp toàn bộ nang ra ngoài ổ bụng và cắt u ở bên ngoài.

+ Sinh thiết trong mổ nếu có nghi ngờ u ác tính

+ Dùng đốt điện hoặc dao siêu âm đốt cắt các mạch máu đi vào u.

+Đưa u ra ngoài qua lỗ trocar 10mm (cắt nhỏ bớt nếu cần)

+ Rửa ổ bụng và đặt dẫn lưu nếu cần (cho các trường hợp u phức tạp )

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

- Chảy máu trong ổ bụng: 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.

## 380. PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT HẠ PHÂN THÙY GAN, U GAN NHỎ

**i. ĐẠI CƯƠNG**

Cắt gan hạ phân thùy bằng phẫu thuật nội soi là một phẫu thuật phức tạp đòi hỏi phẫu thuật viên phải có trình độ về phẫu thuật cắt gan mở và kỹ năng mổ nội soi. Có 2 khái niệm cắt gan nội soi: cắt gan nội soi có dụng cụ trợ giúp bàn tay (Hand-assisted technique), cắt gan nôi soi hoàn toàn (totally laparoscopic technique). Hiện tại cắt gan lớn (từ 3 hạ phân thùy trở lên) bằng phẫu thuật nội soi chỉ được thực hiện ở những trung tâm chuyên khoa lớn. Bài viết này trình bày kỹ thuật cắt gan lớn nội soi (cắt gan phải và cắt gan trái nội soi)

**ii. CHỈ ĐỊNH:**

Như chỉ đinh cắt gan lớn của phẫu thuật mổ mở

**iii. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Về gây mê hối sức: Người bệnh có nguy cơ cao theo thang điểm của hiệp hội gây mê Hoa Kỳ ASA từ 4 trở lên

Về bơm khí ổ bụng: Glucome mắt, khí phể thũng, tăng áp lực nội sọ

Về phẫu thuật gan: tiến sử mổ gan cũ, tổn thương cần tạo hình đường mật hay mạch máu

**iv. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện:**

Phẫu thuật viên chuyên khoa tiêu hóa gan mật, có kỹ năng về phẫu thuật nội soi và mạch máu

**2. Phương tiện:**

Trang thiết bị gây mê hồi sức tốt, bộ dụng cụ phẫu thuật nội soi chuyên dụng cho cắt gan, dao siêu âm, siêu âm gan trong mổ nội soi,  Stapler mạch máu, máy Xquang tại phòng mổ để chụp đường mật trong mổ

**3. Người bệnh**

Bồi phụ nước điện giải, protein máu, hồng cầu, đảm bảo chức năng gan

Chuẩn bị đại tràng bằng thụt tháo hoặc thuốc

Kháng sinh dự phòng

**v. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Vô cảm:**

Gây mê nội khí quản

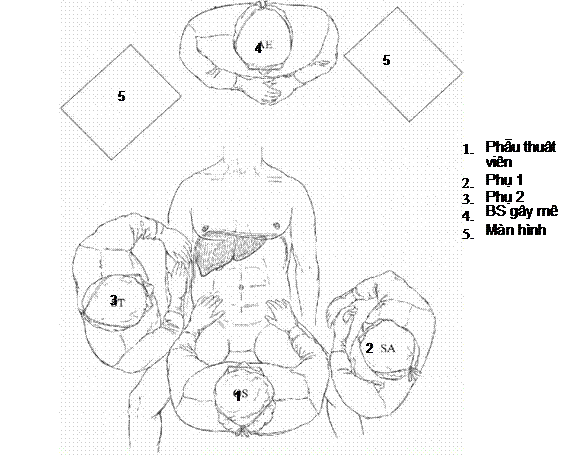
**2. Kỹ thuật**

***Tư thế người bệnh:***

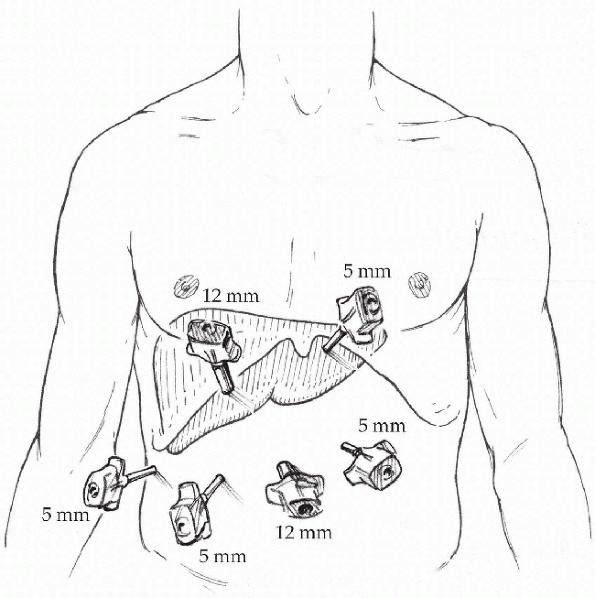
Nằm ngửa, 2 chân dạng, gối gấp nhẹ.

***Kíp mổ:***

Phẫu thuật viên đứng giữa 2 chân người bệnh, phụ 1 đứng bên trái người bệnh, phụ 2 đứng bên phải người bệnh, màn hình trên đầu bên phải người bệnh.



**Vị trí trocart**: trocart 12 mm đường giữa đòn phải dưới bờ sườn 7 cm, trocart 12mm đường giữa đòn trái dưới bờ sườn 2cm cho đầu dò siêu âm trong mổ. 2 Trocart 5mm dưới sườn trái và phải ngang mức rốn, 2 trocart 5mm đường nách trước phải và trái dưới bờ sườn



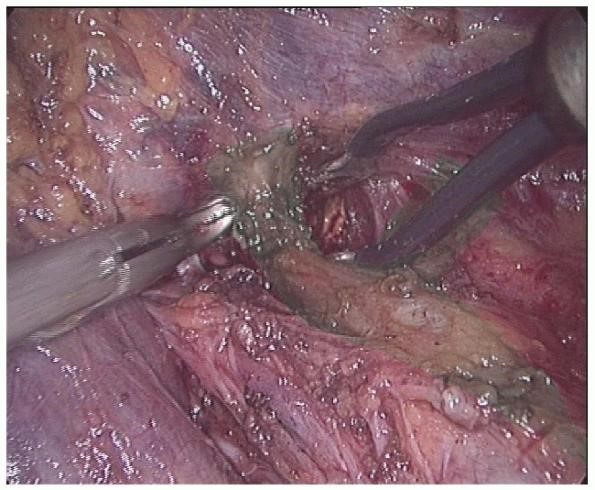
**Thì làm bilan**: đánh giá toàn bộ ổ bụng tìm di căn khác trong ổ bụng, siêu âm gan đầu rò nội soi đánh giá toàn bộ tổn thương gan trong mổ so với tổ thương trên các phương tiện chẩn đoán hình ảnh.

**Chuẩn bị cuống gan**: một khi tổn thương gan có khả năng cắt nội soi, dây chằng tròn được kéo lên trước để bộc lộ cuống gan. Qua mạc nối nhỏ và khe winslow luồn lac để kiểm soát cuống gan khi chảy máu.

***Cắt gan trái (Left hepatectomy) hạ phân thùy II-III-IV***

**Phẫu tích cuống gan:**

Cắt dây chằng gan tá tràng, phẫu tích 3 thành phần cuống gan tới khi xác định được cuống gan phải và trái, phẫu tích đủ 1-2 cm trên chiều dài của các thành phần cuống gan phải và trái để có thể đưa stapler vào cắt.



**Giải phóng gan trái:**

Quan sát rõ  tĩnh mạch chủ bụng và các tĩnh mạch trên gan. Cắt dây chằng liềm, dây chằng tròn, dây chằng tam giác trái để giải phóng toàn bộ gan trái. Phẫu tích tĩnh mạch chủ dưới phần trên gan để trình bày r  tĩnh mạch trên gan giữa và tĩnh mạch trên gan trái

**Cắt các thành phần gan trái:**

Cuống gan trái được cắt bằng stapler GIA

Tĩnh mạch trên gan trái được cắt bằng stapler mạch máu



**Cắt nhu mô gan:**

Dùng dao siêu âm và dao điên 2 cực kết hợp cầm máu t  m , mốc cắt gan trái là đường nối giữa mép giường túi mật và bờ trái của tĩnh mạch chủ bụng trên gan, phải đảm bảo diện cắt gan tuân theo nguyên tắc ung thư: các rìa khối u trên 1cm

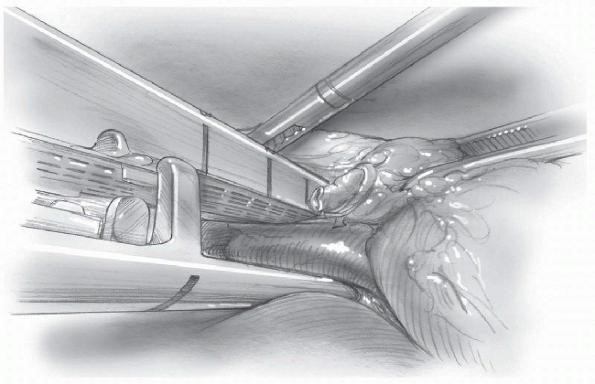
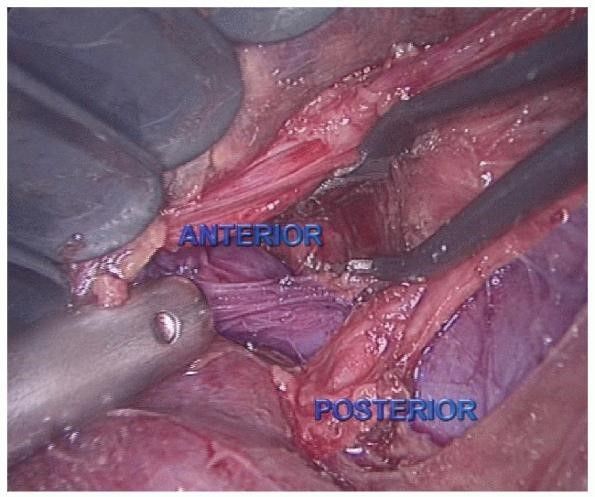
***Cắt gan phải (right hepatectomy) hạ phân thùy V-VI-VII-VIII***

**Giải phóng gan phải:**cắt dây chằng vành, dây chằng tam giác phải để giải phóng toàn bộ gan phải

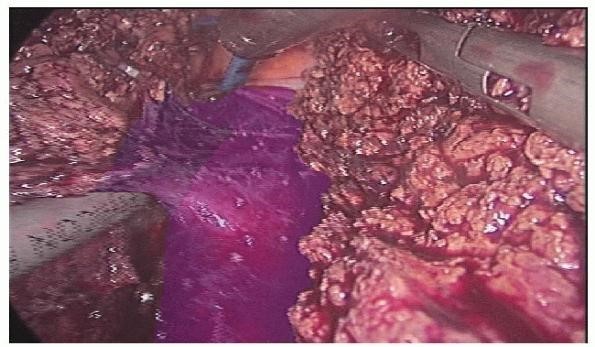
**Phẫu tích cuống gan**

Phẫu tích động mạch và ống túi mật trước tiên sau đó cắt, giữ nguyên túi mật để kéo gan phải. Phẫu tích tĩnh mạch cửa lên trên để tách cuống gan phải và trái đủ để luồn stapler

Tiến hành cắt cuống gan phải bằng stapler: cắt riêng từng thành phần cuống glisson và tĩnh mạch



**Cắt tĩnh mạch trên gan phải:**phẫu tích tĩnh mạch chủ trên gan, bộc lộ tĩnh mạch trên gan phải, cắt bằng stapler mạch máu. Chú ý những nhánh tĩnh mạch nhỏ đi từ tĩnh mạch cửa trong gan phải đổ về tĩnh mạch chủ bụng sau gan phải cặp clips để không chảy máu



**Thì cắt nhu mô gan phải**: Sau khi đã cắt hết các thành phần mạch máu và cuống glisson gan phải thì phần nhu mô gan phải tương ứng sẽ thiếu máu và đổi màu. Cắt nhu mô bằng dao siêu âm và dao 2 cực để cầm máu t  m .

**Lấy bệnh phẩm gan**: Bệnh phẩm gan được lấy qua đường rạch trên xương mu trong túi nylon. Khâu lại vết mở bụng

**Kiểm tra lại ổ bụng**: bơm khí CO2 ổ bụng, kiểm tra lại tỉ mỉ diện cắt đản bảo cầm máu triệt để bằng clips, khâu, dao điện 2 cực

Nếu nghi ngờ có rò mật tiến hành chụp đường mật trong mổ qua ống cổ túi mật và tiến hành khâu lại những điểm rò mật nhỏ

Bơm rửa ổ bụng và diện cắt gan, đặt dẫn lưu dưới gan phải.

**vi. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

**1. Trong phẫu thuật**

Chảy máu là biến chứng quan trọng nhất trong mổ cắt gan: diện cắt nhu mô gan, tổn thương tĩnh mạch cửa, tĩnh mạch gan ... Tùy thuộc vào mức độ tổn thương và trình độ của phẫu thuật viên mà quyết định mở bụng cầm máu

Tổn thương đường mật: mở bụng để xử trí tổn thương đường mật: khâu đường mật hay dẫn lưu

Các tổn thương khác: ruột non, đại tràng, cơ hoành…mở bụng xử trí

**2. Sau phẫu thuật:**

Người bệnh sau mổ cắt gan nên nằm điều trị tại khoa điều trị tích cực

48 giờ đầu: theo dõi sát mạch, huyết áp, nước tiểu, ống dẫn lưu hàng giờ, chú ý các biến chứng suy gan, tắc mạch …

Chảy máu thứ phát qua ống dẫn lưu: phẫu thuật lại cầm máu

Viêm phúc mạc do rò mật: phẫu thuật lại lau rửa ổ bụng, dẫn lưu tốt, hồi sức toàn thân tích cực.

Áp xe tồn dư: chọc hút hay dẫn lưu dưới hướng dẫn siêu âm, kết hợp kháng sinh theo kháng sinh đồ.

Tắc ruột sớm sau mổ: điều trị nội khoa tích cực hút, nhịn ăn, truyền dịch nuôi dưỡng tĩnh mạch nếu không kết quả phẫu thuật lại.

## 381. PHẪU THUẬT NỘI SOI ĐIỀU TRỊ ÁP XE GAN

**I. ĐẠI CƯƠNG**

- Áp xe gan là do tổ chức tế bào gan bị phá hủy tạo thành ổ mủ ở gan

- Phẫu thuật nội soi điều trị áp xe gan là phương pháp điều trị ít xâm lấn khi việc dẫn lưu ổ áp xe gan dưới siêu âm hoặc cắt lớp vi tính không hiệu quả.

**II. CHỈ ĐỊNH**

- Các ổ áp xe gan lớn >5cm.

- Áp xe gan có triệu chứng: đau, sốt, không đáp ứng với điều trị nội khoa (thất bại của phương pháp dẫn lưu trước đó, sự xuất hiện của các biến chứng, áp xe đa ổ, thành dày hay dịch đặc)

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Người bệnh có sốc với tình trạng suy đa cơ quan.

- Bệnh lý toàn thân nặng không cho phép can thiệp phẫu thuật.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1.Người thực hiện:**

- Phẫu thuật viên chuyên khoa ngoại tiêu hoá hoặc gan mật.

**2. Phương tiện:**

- Hệ thống máy và dụng cụ phẫu thuật nội soi ổ bụng.

**3. Người bệnh:**

- Được làm đầy đủ các xét nghiệm chuẩn bị cuộc mổ.

- Được giải thích về quy trình, nguy cơ tai biến của phẫu thuật.

- Với những trường hợp mổ theo kế hoạch: vệ sinh sạch sẽ, ăn nhẹ đến 22h ngày hôm trước, thụt tháo phân sạch, sáng ngày mổ: nhịn ăn uống, kháng sinh dự phòng

**4. Hồ sơ bệnh án:** Theo quy định bộ y tế, được bác sỹ kiểm tra đầy đủ các xét nghiệm, có chữ ký thông qua mổ và giấy cam đoan mổ.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Kiểm tra hồ sơ:** Đầy đủ theo quy định Bộ Y tế.

**2. Kiểm tra người bệnh:** Đúng người (tên, tuổi,…), đúng bệnh.

**3. Thực hiện kỹ thuật:**

3.1. Tư thế

- Người bệnh nằm ngửa.

- Vị trí người mổ chính và người phụ tùy thuộc vào kết quả thám sát ổ bụng sau khi đặt kính soi.

3.2. Vô cảm: Gây mê nội khí quản

3.3. Kỹ thuật:

- Vị trí trocar: thường đặt từ 3 đến 4 trocar

+ 1 trocar 10 ở rốn (kính soi).

+ 2 trocar: 2 trocar 5 mm cho người mổ chính. Khi cần thiết đặt thêm trocar 5mm cho người mổ phụ. bơm hơi với áp lực từ 8 -10 mmHg, tốc độ 1.8-2 l/p ( sau ổn định có thể điều chỉnh áp lực ổ bụng)

- Đưa camera quan sát, lựa chọn vị trí đặt các trocar tiếp theo: tùy vào vị trí áp xe gan

- Chỉnh bàn tư thế đầu cao.

- Tiến hành kiểm tra vị trí ổ áp xe để dẫn lưu ổ áp xe ra ngoài, lấy mẫu bệnh phẩm để gửi giải phẫu bệnh, và dịch ổ áp xe để gửi vi sinh

- Cố định dẫn lưu

- Đóng các lỗ trocar.

**VI. CHĂM SÓC VÀ THEO DÕI**

- Trong 24h đầu: Theo dõi sát mạch, huyết áp, nhiệt độ, nước tiểu, dẫn lưu.

- Làm xét nghiệm công thức máu, đông máu cơ bản, sinh hoá: chức năng gan thận, điện giải ngày thứ 1 sau mổ.

- Sử dụng giảm đau.

- Dùng kháng sinh phối hợp.

- Người bệnh uống nước đường, sữa ngày đầu sau mổ, ăn sớm sau khi đã có trung tiện.

**VII. BIẾN CHỨNG VÀ XỬ TRÍ BIẾN CHỨNG**

- Chảy máu nhiều khi đặt dẫn hiếm gặp thường kiểm soát được qua nội soi bằng đốt cầm máu bằng bipolar hay khâu cầm máu.

- Chảy máu: chảy máu trong ổ bụng (theo dõi qua dẫn lưu, dấu sinh tồn và xét nghiệm công thức máu): cần theo dõi sát tùy mức độ mà cần thiết phải phẫu thuật lại ngay qua nội soi hoặc mổ mở.

## 382. PHẪU THUẬT NỘI SOI ĐIỀU TRỊ NANG GAN ĐƠN THUẦN

**I. ĐẠI CƯƠNG**

- Nang gan (simple hepatic cyst) là một sang thương lành tính và khá phổ biến.

- Phẫu thuật nội soi điều trị nang gan là phương pháp ít xâm lấn so với việc mổ mở

**II. CHỈ ĐỊNH**

- Nang gan đơn độc hay có một nang gan lớn đe dọa vỡ

- Vách nang mỏng

- Vị trí nang nằm ở phân thùy giữa, trước và bên. Nếu nang gan ở hạ phân thùy sau thì nên chuyển mổ mở.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Nang có chứa vi trùng (nang bội nhiễm)

- Nang có thông nối với đường mật.

- Những trường hợp nghi ngờ ác tính, nang sán lá gan.

- Nang gan ở hạ phân thùy sau.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện:** phẫu thuật viên chuyên khoa tiêu hoá, gan mật

**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 0 độ hoặc 30 độ.

**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, CT-scans hoặc MRI ổ bụng khẳng định không có bất thường ở đường mật chính.

**4. Hồ sơ bệnh án:**

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

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Kiểm tra hồ sơ:** Đầy đủ theo quy định Bộ Y tế.

**2. Kiểm tra người bệnh:** Đúng người (tên, tuổi,…), đúng bệnh.

**3. Thực hiện kỹ thuật:**

3.1. 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 hoặc đứng giữa 2 chân người bệnh, người phụ cầm camera đứng phía dưới, dụng cụ viên đứng phía dưới.

3.2. Vô cảm: Mê nội khí quản.

3.3. Kỹ thuật

- Mở bụng theo Kỹ thuật mini-open ở dưới rốn để đặt trocar 10mm. bơm hơi với áp lực từ 8 -10 mmHg, tốc độ 1.8-2 l/p ( sau ổn định có thể điều chỉnh áp lực ổ bụng)

- Đưa camera quan sát, lựa chọn vị trí đặt các trocar tiếp theo: tùy vào vị trí nang gan, thường là 2 bên hạ sườn của người bệnh.

- Chỉnh bàn tư thế đầucao.

- Phẫu thuật viên có thể dùng dao đốt điện hay dao cắt siêu âm để cắt chỏm nang. Chú ý cắt đủ rộng nang gan để 2 mép không dính lại được với nhau. Hút sạch dịch trong nang, gửi dịch làm sinh hóa và cấy mủ để kiểm tra.

- Đốt kỹ mép của nang gan còn lại để tránh chảy máu và tiết dịch.

- Đặt dẫn lưu là bắt buộc để dẫn lưu dịch tiết và theo dõi những trường hợp có biến chứng như chảy máu hay dò mật.

- Đóng các lỗ trocar bằng chỉ tiêu.

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

- Chảy máu trong ổ bụng: 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 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.

## 383. PHẪU THUẬT NỘI SOI THĂM DÒ Ổ BỤNG +/- SINH THIẾT

**I. ĐẠI CƯƠNG**

- Nội soi ổ bụng chẩn đoán là phẫu thuật được thực hiện qua nội soi ổ bụng để chẩn đoán giai đoạn bệnh (thám sát khả năng cắt bỏ khối ung thư bao gồm tình trạng di căn trong ổ bụng và mức độ xâm lấn của khối u…) hay xác định chẩn đoán mà các phương tiện cận lân sàng trước mổ chưa chẩn đoán được. Nội soi ổ bụng chẩn đoán có thể chỉ định trong các trường hợp mổ phiên hay mổ cấp cứu.

**II. CHỈ ĐỊNH**

1. Mổ phiên

- Hạch ổ bụng chưa rõ nguyên nhân.

- Tràn dịch ổ bụng chưa rõ nguyên nhân.

- Ung thư các cơ quan trong ổ bụng mà không chắc chắn về khả năng cắt bỏ được để tránh mở bụng lớn không cần thiết.

2. Mổ cấp cứu

- Vết thương thấu bụng hoặc chấn thương bụng kín chưa rõ có tổn thương tạng hay không.

- Bụng ngoại khoa chưa rõ nguyên nhân.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Trong cấp cứu mà tình trạng người bệnh nặng như shock mất máu, shock nhiễm trùng hoặc có nhiều tổn thương phối hợp.

- Người bệnh có chống chỉ định gây mê hoặc bệnh lý tim mạch, hô hấp có chống chỉ định bơm hơi trong ổ bụng.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện:** phẫu thuật viên chuyên khoa ngoại tiêu hóa

**2. Phương tiện:**

- Hệ thống máy và dụng cụ phẫu thuật nội soi ổ bụng.

- Chỉ khâu các cỡ.

**3. Người bệnh:**

- Được làm đầy đủ các xét nghiệm chuẩn bị cuộc mổ.

- Được giải thích về quy trình, nguy cơ tai biến của phẫu thuật.

- Với những trường hợp mổ theo kế hoạch: vệ sinh sạch sẽ, ăn nhẹ đến 22h ngày hôm trước, thụt tháo phân sạch, sáng ngày mổ: nhịn ăn uống, kháng sinh dự phòng

**4. Hồ sơ bệnh án:** Theo quy định bộ y tế, được bác sỹ kiểm tra đầy đủ các xét nghiệm, có chữ ký thông qua mổ và giấy cam đoan mổ.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Kiểm tra hồ sơ:** Đầy đủ theo quy định Bộ Y tế.

**2. Kiểm tra người bệnh:** Đúng người (tên, tuổi,…), đúng bệnh.

**3. Thực hiện kỹ thuật:**

3.1. Tư thế:

- Người bệnh nằm ngửa.

- Vị trí người mổ chính và người phụ tùy thuộc vào kết quả thám sát ổ bụng sau khi đặt kính soi.

3.2. Vô cảm: Gây mê nội khí quản

3.3. Kỹ thuật:

- Vị trí trocar: thường đặt từ 3 đến 4 trocar

+ 1 trocar 10 ở rốn (kính soi).

+ 2 trocar: 2 trocar 5 mm cho người mổ chính.

Khi cần thiết đặt thêm trocar 5mm cho người mổ phụ.

- bơm hơi với áp lực từ 8 -10 mmHg, tốc độ 1.8-2 l/p ( sau ổn định có thể điều chỉnh áp lực ổ bụng)

- Thám sát khả năng cắt bỏ được đối với bệnh đối với ung thư (di căn phúc mạc, màu sắc dịch bụng, tình trạng di căn gan, hạch, kích thước và tình trạng xâm lấn của khối u).

- Hạch bụng hoặc báng bụng chưa rõ nguyên nhân: thám sát toàn bộ ổ bụng bao gồm: dịch bụng, tình trạng phúc mạc, hạch bụng, các cơ quan trong ổ bụng ở tầng trên và tầng dưới mạc treo đại tràng ngang. Hút dịch để xét nghiệm sinh hóa, tế bào, hoặc soi cấy tìm vi trùng tùy trường hợp. Sinh thiết sang thương nghi ngờ như các nốt ở phúc mạc, gan, hạch, hoặc khối u…

- Vết thương thấu bụng hoặc chấn thương bụng kín chưa rõ có tổn thương tạng hay không hoặc bụng ngoại khoa chưa rõ nguyên nhân: thám sát tình trạng dịch hoặc máu ổ bụng, các tổn thương tạng ở tầng trên và tầng dưới mạc treo đại tràng ngang. Thám sát cẩn thận để tránh bỏ sót thương tổn.

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

- Chảy máu trong ổ bụng: 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 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.

## 384. PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT LÁCH

**I. ĐẠI CƯƠNG**

- Lách là tạng nằm sâu trong vòm hoành bên trái, bản chất nhu mô lách rất giòn, dễ chảy máu và mỗi khi đã chảy máu thì rất khó cầm máu. Cắt lách nội soi được thực hiện lần đầu tiên trên thế giới bởi Delaitre B vào năm 1991. Đến nay phẫu thuật cắt lách nội soi đã được thực hiện rộng rãi trên thế giới cũng như trong nước cho hầu hết các bệnh lý của lách.

**II . CHỈ ĐỊNH**

- Bệnh lý xuất huyết giảm tiểu cầu.

- Bệnh lý cường lách.

- Thiếu máu huyết tán.

- U nang hoặc áp xe lách.

- Chứng phình động mạch trong động mạch lách.

- Cục máu đông trong mạch máu của lách.

- Ngoài ra còn có một số trường hợp bệnh lý ác tính nhưng chỉ định hạn chế:

- Bệnh bạch cầu hay một số loại U lymphoma có thể ảnh hưởng đến các tế bào giúp cơ thể chống lại các bệnh nhiễm trùng.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Các trường hợp chống chỉ định phẫu thuật nội soi nói chung.

- Lách có kích thước quá lớn (độ IV).

- Tăng áp tĩnh mạch cửa.

- Lách lớn trong các trường hợp rối loạn tăng sinh tủy xương.

- Chấn thương lách mức độ nặng.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện :**

- Phẫu thuật viên chuyên khoa ngoại tiêu hóa

**2. Phương tiện:**

- Hệ thống nội soi của hãng Kart Storz cùng với các dụng cụ nội soi chuyên dụng.

- Các endo GIA stappler

- Dao điện đơn cực

- Dao siêu âm

- Dao hàn mạch

**3. Người bệnh:**

- Chuẩn bị đầy đủ các xét nghiệm trước phẫu thuật bao gồm các xét nghiệm sinh hóa, huyết học, ECG, siêu âm tim, siêu âm bụng, CTsccaner bụng.

- Điều chỉnh các rối loạn về điện giải, các rối loạn do tình trạng thiếu máu, rối loạn đông máu - cầm máu (đặc biệt là số lượng tiểu cầu), thiếu dinh dưỡng, suy chức năng gan.

- Với những trường hợp mổ theo kế hoạch: vệ sinh sạch sẽ, ăn nhẹ đến 22h ngày hôm trước, thụt tháo phân sạch, sáng ngày mổ: nhịn ăn uống, kháng sinh dự phòng

**4. Hồ sơ bệnh án:**

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

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Kiểm tra hồ sơ**: Đầy đủ theo quy định Bộ Y tế.

**2. Kiểm tra người bệnh:** Đúng người (tên, tuổi,…), đúng bệnh.

**3. Kỹ thuật:**

3.1. Tư thế:

- Tư thế người bệnh nằm ngửa, dạng hai chân, bàn phẫu thuật nghiêng phải 60, đầu cao chân thấp 45 - 60º, tay trái vắt cao, có độn ở vùng ngực.

- Phẫu thuật viên đứng giữa hai chân, người phụ đứng bên phải người bệnh cầm camera và vén thuỳ trái của gan hoặc phẫu thuật viên và người phụ 1 đứng bên phải người bệnh, người phụ 2 đứng bên trái người bệnh.

3.2.Vô cảm: Mê nội khí quản.

3.3. Kỹ thuật:

- Đặt 3 hoặc 4 trocar vào ổ bụng

- Trocar 10mm ở dưới rốn theo phương pháp mở Hasson cho ống kính, bơm hơi ổ bụng với áp lực 10-12mmHg, đưa ống kính quan sát và đặt tiếp các trocar,

- Trocar 5 mm hoặc 10mm dưới hạ sườn trái đường nách trước tương ứng tay phải của phẫu thuật viên dùng để phẫu tích.

- Trocar 5mm dưới hạ sườn trái gần đường giữa tương ứng với tay trái của phẫu thuật viên dùng để kẹp và nâng tổ chức để phẫu tích.

- Trocar 5mm dưới mũi ức (nếu cần) dùng để vén thùy trái của gan và hút, súc rửa trong quá trình phẫu thuật.

- bơm hơi với áp lực từ 8 -10 mmHg, tốc độ 1.8-2 l/p ( sau ổn định có thể điều chỉnh áp lực ổ bụng)

- Sau khi nội soi vào ổ bụng kiểm tra và đánh giá tình trạng của lách, tiếp theo đánh giá có khả năng có thể thực hiện được phẫu thuật nội soi hay không sau đó tiến hành.

- Hạ đại tràng góc lách để bộc lộ rộng vùng lách hay cắt dây chằng lách đại tràng.

- Giải phóng cực dưới lách bằng đốt điện, phẫu tích và cắt các mạch máu của cực dưới lách bằng hemalock hoặc có thể sử dụng dao siêu âm nếu có.

- Giải phóng mặt sau lách (cắt dây chằng lách thận và tổ chức liên kết giữa lách và thận, cắt dây chằng hoành lách) sát với cực trên và các các nhánh phình vị của dạ dày, đốt các mạch máu này nếu nhỏ.

- Tiếp theo sẽ giải phóng dây chằng vị - lách từ phía trước. Đến đây việc bộc lộ cuống lách rất dễ dàng và có nhiều cách để kiểm soát bó mạch lách như buộc bằng chỉ, kẹp bằng clip (thắt động mạch trước và tĩnh mạch sau), hoặc sử dụng endo GIA stapler.

- Cho lách vào túi, cắt thành các miếng nhỏ và đưa lách ra ngoài qua đường mổ nhỏ ở trocar rốn.

- Kiểm tra cầm máu kỹ và đặt dẫn lưu hố lách.

- Đóng các lỗ trocar.

**VI. CHĂM SÓC VÀ THEO DÕI**

- Người bệnh sau mổ theo dõi toàn trạng, tình trạng huyết động, tuần hoàn, hô hấp, tình trạng ổ bụng, dịch dẫn lưu.

- Nuôi dưỡng đường tĩnh mạch 1-2 ngày đầu sau mổ, bắt đầu cho ăn nhẹ sau khi người bệnh có trung tiện.

- Sử dụng kháng sinh tĩnh mạch.

- Rút dẫn lưu vào ngày thứ 2-3 sau mổ.

- Kiểm tra các xét nghiệm như công thức máu sau phẫu thuật.

**VII. BIẾN CHỨNG VÀ XỬ TRÍ BIẾN CHỨNG**

- Tỉ lệ tai biến và biến chứng phụ thuộc vào kinh nghiệm của phẫu thuật viên, kích thước và trọng lượng của lách, tuổi và cân nặng của người bệnh … các biến chứng bao gồm:

- Chảy máu: có thể theo dõi và truyền máu, trong một số trường hợp chảy máu nhiều cần phải mổ lại để cầm máu.

- Áp xe tồn lưu hố lách: Điều trị kháng sinh tích cực, nếu kích thước to có thể chọc hút dưới siêu âm.

- Nhiễm trùng các lỗ trocar: Điều trị kháng sinh tích cực, vệ sinh, thay băng vết mổ hàng ngày.

- Viêm tụy: Điều trị theo hướng viêm tụy cấp.

- Huyết khối tĩnh mạch sâu: Vận động và điều trị tiêu sợi huyết.

- Thương tổn các cơ quan kế cận như dạ dày, đại tràng hoặc tụy, cơ hoành. Tùy thuộc vào các thương tổn của các co quan mà có thái độ xử trí thích hợp.

- Các biến chứng của phẫu thuật nội soi nói chung. Tùy thuộc vào các thương tổn và biến chứng để có thái độ xử trí thích hợp.

## 385. PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT NANG ỐNG MẬT CHỦ, NỐI ỐNG GAN CHUNG-RUỘT

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Phẫu thuật nội soi cắt nang ống mật chủ (OMC) là phẫu thuật cắt bỏ u nang ống mật chủ và lập lại lưu thông đường mật bằng kỹ thuật nối ống gan chung với hỗng tràng bằng phương pháp mổ nội soi.

TODANI phân nang ống mật chủ làm 5 nhóm:

- Nhóm I: Giãn thành nang đường mật chính (chiếm 90%)

- Nhóm II: Túi thừa đường mật chính.

- Nhóm III: Choledococel (Giãn đoạn thấp OMC - đoạn nằm trong thành tá tràng).

- Nhóm IV: IVa. Giãn đường mật cả trong và ngoài gan, IVb. Giãn thành nhiều nang ở đường mật ngoài gan.

- Nhóm V: Giãn đường mật trong gan đơn thuần (bệnh Caroli).

**II. CHỈ ĐỊNH**

- Phẫu thuật nội soi cắt nang OMC được chỉ định với các nang OMC nhóm I, nhóm II, nhóm IVa và IVb .

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

1. Viêm phúc mạc mật hoặc sốc nhiễm khuẩn mật.

2. Kèm theo các bệnh về tim mạch, bệnh mãn tính về hô hấp.

3. Thể trạng già yếu.

4. Người bệnh có tiền sử phẫu thuật tầng trên ổ bụng: khâu thủng dạ dày, mổ sỏi mật…

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện:** phẫu thuật viên chuyên khoa ngoại tiêu hóa, gan mật tụy

**2. Phương tiện:** Hệ thống mổ nội soi đồng bộ (của hãng Kalr Storz hoặc Olympus), ngoài ra cần có 1 bộ dụng cụ đại phẫu thuật; các loại chỉ không tiêu hoặc tiêu chậm 4/0, 5/0.

**3. Người bệnh:**

- Được làm đầy đủ các xét nghiệm chuẩn bị cuộc mổ.

- Được giải thích về quy trình, nguy cơ tai biến của phẫu thuật.

- Vệ sinh sạch sẽ, ăn nhẹ đến 22h ngày hôm trước, thụt tháo phân sạch ,sáng ngày mổ: nhịn ăn uống, kháng sinh dự phòng

**4. Hồ sơ bệnh án:** Theo quy định bộ y tế, được bác sỹ kiểm tra đầy đủ các xét nghiệm, có chữ ký thông qua mổ và giấy cam đoan mổ.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Kiểm tra hồ sơ:** Đầy đủ theo quy định Bộ Y tế.

**2. Kiểm tra người bệnh:** Đúng người (tên, tuổi,…), đúng bệnh.

**3.Kỹ thuật:**

3.1. Tư thế:

- Người bệnh nằm ngửa, dạng 2 chân. PTV chính đứng giữa, người cầm camera đứng bên phải, phụ đứng bên trái.

3.2. Vô cảm: Gây mê nội khí quản.

3.3 Kỹ thuật: theo các thì cơ bản

Thì 1: đặt trocar, thường dùng 4 trocar ở các vị trí

- 2 trocar 10mm: 1 ở rốn, 1 ở dưới ức.

- 2 trocar 5mm: 1 ở dưới sườn phải và 1 ở điểm giao nhau của đường nách giữa bên phải và đường ngang từ rốn ra.

- bơm hơi với áp lực từ 8 -10 mmHg, tốc độ 1.8-2 l/p ( sau ổn định có thể điều chỉnh áp lực ổ bụng)

Thì 2: kiểm tra tình trạng của gan và u nang OMC, giải phóng túi mật khỏi giường túi mật, do kích thước u nang to và căng, có thể mở túi mật hút bớt dịch mật trong u nang và bắt đầu tiến hành bóc tách u nang. Việc phẫu tích bóc tách hoàn toàn u có thể gặp khó khăn do u nang lâu ngay viêm dính với các thành phần cuống gan.

Thì 3: lập lại lưu thông mật ruột theo kiểu Roux-en-Y, miệng nối hỗng tràng - hỗng tràng (chân quai chữ Y) được thực hiện hoặc ở trong ổ bụng hay được thực hiện ở ngoài thành bụng qua mở nhỏ thành bụng dưới sườn phải (DSP) và miệng nối ống gan chung - hỗng tràng được thực hiện bằng phẫu thuật nội soi với các mũi chỉ khâu rời hoặc toàn bộ được thực hiện qua soi ổ bụng.

Thì 4: Kiểm tra toàn bộ ổ bụng, đặt 1 dẫn lưu dưới gan, đóng các lỗ troca và chỗ mở nhỏ thành bụng DSP.

**VI. CHĂM SÓC VÀ THEO DÕI**

- Theo dõi huyết áp, mạch, nhiệt độ, nhịp thở 1 lần/1 giờ trong 6 giờ đầu.

- Theo dõi dẫn lưu Volker: ra mật.

- Dẫn lưu dưới gan: xem có ra máu, mật không. Bình thường chỉ ra 10-20ml dịch hồng loãng/24 giờ. Sau ít dần và hết (thường rút sau 3-4 ngày).

- Tình trạng bụng: mềm xẹp, không đau.

- Sau 24 giờ xét nghiệm kiểm tra lại amylase máu và niệu, hồng cầu, huyết sắc tố.

- Sau 5 ngày xét nghiệm kiểm tra lại bilirubin máu.

- Chụp kiểm tra đường mật sau phẫu thuật vào ngày thứ 7.

**VII. BIẾN CHỨNG VÀ XỬ TRÍ BIẾN CHỨNG**

1. Trong phẫu thuật:

Chảy máu xảy ra khi bóc tách giải phóng nang ống mật chủ hoặc làm tổn thương tĩnh mạch cửa: khâu cầm máu hoặc khâu chỗ rách tĩnh mạch cửa (cần chuyển mổ mở để xử trí chảy máu).

2. Sau phẫu thuật:

2.1. Rò miệng nối: sau phẫu thuật ngày thứ 4, thứ 5 thấy mật chảy qua dẫn lưu dưới gan hoặc thấm qua băng vết mổ. Xử trí: theo lượng dịch rò qua dẫn lưu và bồi phụ nước- điện giải. Rò thường tự liền sau 10-15 ngày, nếu không liền phải phẫu thuật để làm lại miệng nối.

2.2. Viêm phúc mạc do bục miệng nối: xử trí theo quy trình điều trị viêm phúc mạc.

2.3. Viêm tụy cấp sau phẫu thuật: xử trí theo quy trình điều trị viêm tụy cấp.

## 386. PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT TÚI MẬT, MỞ ỐNG MẬT CHỦ LẤY SỎI, ĐẶT DẪN LƯU KEHR

**I . ĐẠI CƯƠNG**

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

**II . CHỈ ĐỊNH**

- Những trường hợp sỏi đường mật ngoài gan (sỏi ống mật chủ, ống gan chung và ngã 3 đường mật) mà ERCP (nội soi mật tụy ngược dòng) điều trị bị thất bại.

- Những trường hợp sỏi đường mật ngoài gan mà không thực hiện ERCP để lấy sỏi được như: sỏi to (kích thước sỏi > 2 cm) ở nơi không có phương tiện tán sỏi cơ học qua ERCP, hoặc kích thước sỏi > 3 cm; không có điều kiện thực hiện ERCP lấy sỏi; sỏi đường mật ngoài gan được phát hiện trong lúc mổ nội soi cắt túi mật (không biết hoặc nghi ngờ có sỏi đường mật trước mổ); sỏi đường mật trong gan kèm đường kính ống mật chủ ≥ 8 mm.

**III . CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Sỏi đường mật trong và ngoài gan.

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

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

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện:**

Người thực hiện là bác sĩ phẫu thuật chuyên khoa Ngoại tiêu hoá-gan mật tụy.

**2. Phương tiện:**

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

- Hệ thống máy mổ nội soi ổ bụng,

- Bộ dụng cụ mổ nội soi ổ bụng,

- Bộ nội soi đường mật trong mổ: nếu có.

- Một bộ dụng cụ mổ mở.

**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 hoặc chụp cắt lớp vi tính (nếu có) để chẩn đoán sỏi đường mật và khảo sát kích thước đường mật ngoài gan.

- 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. Giải đáp những khúc mắc của người bệnh về bệnh tật, về phẫu thuật,... trong phạm vi cho phép.

**4. Hồ sơ bệnh án:**

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

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Kiểm tra hồ sơ:** biên bản hội chẩn, cam kết phẫu thuật, biên bản duyệt mổ, biên bản khám tiền phẫu và tiền mê.

**2. Kiểm tra người bệnh:** đúng người bệnh ,

**3. Thực hiện kỹ thuật:**

3.1. Tư thế

- Người bệnh nằm ngửa, 2 chân có thể khép hoặc dạng 90°, tay phải dạng hoặc khép, tay trái thường được khép. Màn hình đặt ở phía đầu bên tay phải người bệnh nếu người mổ chính đứng giữa 2 chân người bệnh. Trường hợp người mổ chính đứng bên trái người bệnh thì màn hình đặt ở bên phải người bệnh ngang mức hông. - Người mổ phụ 1: cầm camera đứng phía dưới người thực hiện hoặc giữa 2 chân. Người mổ phụ 2 (nếu có): đứng phía trên bên trái hoặc bên trái người bệnh để vén gan, cầm ống hút. Dụng cụ viên đứng phía dưới bên trái hoặc phải người bệnh tùy theo người mổ chính đứng bên trái hay giữa 2 chân người bệnh.

3.2. Vô cảm

- Mê nội khí quản, có đặt ống thông dạ dày.

3.2. Kỹ thuật

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

- bơm hơi với áp lực từ 8 -10 mmHg, tốc độ 1.8-2 l/p ( sau ổn định có thể điều chỉnh áp lực ổ bụng)- Đưa camera quan sát, lựa chọn vị trí đặt các trocar tiếp theo: 1 trocar 10mm, trocar 5mm. Vị trí của các trocar này thường là dưới mũi ức, dưới sườn phải và trái.

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

- Trong những trường khó, việc nhận định ống mật chủ không dễ dàng.

Trong trường hợp này, người mổ có thể dùng kỹ thuật chọc thăm dò đường mật.

Thường dùng kim chọc dò tủy sống hoặc kim Chiba, kim Secalon.

- Xẻ ống mật chủ:

+ Thường dùng đường xẻ dọc.

+ Có thể xẻ bằng dao đốt điện hình kim, hình móc hoặc xẻ bằng kéo.

- Dùng kiềm gắp sỏi thẳng và cong qua lỗ trocar thượng vị để lấy sỏi trong ống mật, đồng thời đưa qua Oddi xuống tá tràng.

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

- Nếu có máy nội soi đường mật trong mổ sẽ đưa ống kính qua trocar thượng vị, soi đường mật để lấy sỏi, kiểm tra sạch sỏi và tình trạng thông thương của đoạn cuối ống mật chủ và cơ vòng Oddi.

- Đặt dẫn lưu Kehr

- Khâu ống mật chủ: bằng chỉ tan chậm, thường là loại 3.0. Có thể mũi rời hoặc mũi liên tục. Dụng cụ sử dụng trong thì mổ này là kẹp mang kim, kẹp phẫu tích và có thể hút hỗ trợ để bộc lộ phẫu trường.

- Hút rửa sạch.

- Đặt 1 dẫn lưu dưới gan qua lỗ trocar dưới sườn.

- Đưa Kehr qua lỗ trocar thượng vị (nếu có dẫn lưu Kehr). Lấy gạc + sỏi trong túi nylon qua lỗ trocar rốn, đóng các lỗ trocar bằng chỉ tan.

**VI. THEO DÕI**

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

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

- Chụp Kehr sau 7 ngày, nếu không có sót sỏi hay dị vật và thuốc xuống tá tràng tốt thì kẹp ống Kehr. Theo dõi tình trạng sốt và đau bụng sau khi kẹp Kehr. Thời gian rút ống Kehr thông thường sau 10 - 14 ngày. Cho người xuất viện trước rồi hướng dẫn kẹp Kehr vào ngày thứ 7. Sau đó hẹn người bệnh tái khám, đánh giá lại và xem xét rút Kehr.

**VII. XỬ TRÍ TAI BIẾN**

1. Tai biến

Chảy máu trong ổ bụng: do tổn thương mạch máu vùng cuống gan hoặc lỗ trocar hồi sức + nội soi kiểm tra, cầm máu. Chuyển mổ mở khi cần.

2. Biến chứng sau mổ

- Viêm phúc mạc: do xì chỗ khâu ống mật chủ hoặc hoặc thương tổn đường mật chính hoặc tổn thương đường tiêu hóa thì mổ lại để xử trí theo thương tổn. Mổ nội soi hay mổ mở tùy theo tình trạng cụ thể: người bệnh, trang thiết bị, phương tiện hồi sức, chuyên gia và phác đồ của cơ sở y tế địa phương.

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

## 387. PHẪU THUẬT NỘI SOI DẪN LƯU TÚI MẬT/ĐƯỜNG MẬT NGOÀI GAN

## 388. PHẪU THUẬT NỘI SOI MỞ THÔNG DẠ DÀY

**I. ĐẠI CƯƠNG**

- Mở thông dạ dày nuôi dưỡng được thực hiện với nhiều kỹ thuật khác nhau: mổ mở, phẫu thuật nội soi, mở thông dạ dày nội soi ra da (percutaneous endoscopic gastrostomy), mở thông dạ dày ra da với nội soi hỗ trợ.

- Ngày nay, mở thông dạ dày nội soi qua da được xem là tiêu chuẩn vàng. Tuy nhiên, trong trường hợp không thực hiện được hoặc mở thông dạ dày nội soi qua da thất bại thì phẫu thuật nội soi mở thông dạ dày được lựa chọn.

**II. CHỈ ĐỊNH**

Tất cả người bệnh được chỉ nuôi ăn lâu dài và không nuốt được.

- Phân loại tình trạng sức khỏe theo ASA ≤ 3.

- Chấn thương đầu mặt cổ, tai biến mạch máu não.

- Tắc nghẽn cơ học đường tiêu hóa trên: ung thư thực quản, ung thư hầu họng hoặc bỏng do hóa chất, xạ trị.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Cổ chướng.

- Bệnh lý thâm nhiễm dạ dày, giãn tĩnh mạch dạ dày, tăng áp cửa.

- Người bệnh thẩm phân phúc mạc.

- Người bệnh đã cắt dạ dày.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện** Bác sĩ chuyên khoa ngoại tiêu hóa

**2. Phương tiện:** Hệ thống phẫu thuật nội soi đồng bộ, ống thông nuôi dưỡng

**3. Người bệnh:**

- Tiến hành các xét nghiệm khẩn cần thiết.

- Kháng sinh trước mổ: cephalosporin thế hệ 3 tiêm tĩnh mạch.

- Đặt ống thông dạ dày.

- Vệ sinh vùng mổ.

- Giải thích cho người bệnh và người nhà người bệnh về các bước điều trị và các tai biến có thể xảy ra trong mổ.

**4. Hồ sơ bệnh án:** Theo quy định bộ y tế, được bác sỹ kiểm tra đầy đủ các xét nghiệm, có chữ ký thông qua mổ và giấy cam đoan mổ.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Kiểm tra hồ sơ:** Đúng người (tên, tuổi,…), đúng bệnh.

**2. Kiểm tra người bệnh:** Đúng người (tên, tuổi,…), đúng bệnh.

**3. Thực hiện kỹ thuật:**

3.1. Gây mê: Nội khí quản.

3.2. Tư thế: Người bệnh được gây mê nội khí quản nằm tư thế đầu cao, chân thấp một góc 15-30 độ, PTV chính đứng phía bên phải người bệnh, người cầm camera đứng bên phải phẫu thuật viên chính, dụng cụ viên đứng bên trái người bệnh.

3.3. Kỹ thuật:

- Thì 1: Đặt trocar và bơm hơi vào ổ phúc mạc

+ Dùng Allis kẹp dọc rốn nâng rốn lên; Rạch da ngang dưới rốn. Dùng phẫu tích mở mạc rốn, cân rốn để vào ổ phúc mạc đặt trocar 10mm.

+ Sau khi đặt trocar, bơm hơi với áp lực từ 8 -10 mmHg, tốc độ 1.8-2 l/p ( sau ổn định có thể điều chỉnh áp lực ổ bụng)

+ Đặt thêm 3 trocar 5 mm: 1 trocar 5 mm ở hạ sườn trái (Vị trí đặt ống thông nuôi dưỡng), 1 trocar 5 mm ở thượng vị và 1 trocar 5 mm ở hạ sườn phải.

- Thì 2: Xác định vị trí và đặt ống thông nuôi dưỡng

+ Quan sát toàn bộ ổ bụng, xác định vị trí đặt ống thông ở mặt trước dạ dày phần thân vị, đánh dấu vị trí mở thông dạ dày.

+ Tiến hành khâu 2 vòng chỉ chờ với tâm vòng là vị trí đánh dấu bán kính lần lượt là 10 mm và 20 mm bằng 2 sợi chỉ Vicryl 3.0

+ Dùng Hook mở vào dạ dày vị trí đánh dấu, qua trocar 5 mm ở hạ sườn trái đặt ống thông nuôi dưỡng vào dạ dày, đuôi ống ở ngoài thành bụng, buộc cố định ống thông vào dạ dày bằng 2 vòng chỉ chờ.

+ Bơm nước muối sinh lý kiểm tra ống thông dạ dày.

- Thì 3: Cố định ống thông dạ dày vào thành bụng trước.

+ Sử dụng 2 trocar thao tác còn lại khâu áp cố định ống thông dạ dày vào thành bụng trước bằng 3 mũi chỉ rời. Khâu cố định thêm ống thông nuôi dưỡng ngoài thành bụng trước.

+ Đóng các lỗ trocar.

**VI. THEO DÕI**

- Người bệnh được bơm ăn vào ngày thứ 3, sau mỗi lần bơm ăn phải bơm nước để tránh tắc ống thông nuôi dưỡng.

**VII. XỬ TRÍ TAI BIẾN**

- Rò chỗ mở thông nuôi dưỡng: dừng bơm ăn điều trị nội khoa theo dõi, có thể mổ lại rút ống thông nuôi dưỡng.

- Nhiễm trùng chỗ mở thông: điều trị bằng kháng sinh.

- Viêm loét da quanh ống thông: bôi thuốc kem kháng viêm.

## 389. PHẪU THUẬT NỘI SOI KỸ THUẬT HELLER ĐIỀU TRỊ CO THẮT TÂM VỊ

**i. ĐẠI CƯƠNG**

Co thắt tâm vị (CTTV) là danh từ do Von Mickulicz dùng lần đầu tiên năm 1882 để chỉ tình trạng bệnh lý của thực quản, trong đó hiện tượng chủ yếu là rối loạn chức năng vận động (nhu động) bình thường của thực quản và tâm vị: mất hoàn toàn co bóp dạng nhu động của thực quản và mất sự dãn nở đồng bộ của cơ thắt tâm vị.

Bệnh này được phát hiện sớm nhất trong những bệnh lý thực quản.

Thomas Villis (1674) là người đầu tiên phát hiện được bệnh trên những người đàn ông ở Oxford mắc bệnh nuốt khó và nôn oẹ liên tục do sự đóng chặt của cơ thực quản. Sau đó Purton (1921) lần đầu tiên tìm thấy và mô tả bệnh trên tử thi [6,8]. Mấy chục năm qua, bệnh co thắt tâm vị đã được nhiều nhà nghiên cứu y học trên thế giới để tâm nghiên cứu về giải phẫu bệnh, sinh lý bệnh cũng như tìm kiếm nhiều phương pháp điều trị. Tuy vậy nguyên nhân và cơ chế bệnh sinh vẫn chưa được xác định chắc chắn, việc điều trị cũng có nhiều phương pháp khác nhau, có thể tóm tắt thành 2 loại :

Điều trị nội khoa: nong thực quản bằng những dụng cụ đặc biệt (ống nong thuỷ ngân, nước, hơi và ống nong Savary). Kết quả nói chung chỉ tạm thời và thường phải nong lại nhiều lần.

Điều trị ngoại khoa: từ đầu thế kỷ 20 cho đến nay, nhiều phẫu thuật đã được áp dụng, các phẫu thuật cũng không ngừng được cải tiến. Trong đó, phẫu thuật  Heller (mở cơ thực quản-tâm vị ngoài niêm mạc) là phẫu thuật được áp dụng rộng rãi, cho kết quả sớm ngay sau mổ tốt. Người bệnh hết nghẹn hoàn toàn, có thể cho uống ngay buổi tối hôm đó. Tuy nhiên phẫu thuật này có nhược điểm là có thể gây hiện tượng trào ngược từ dạ dày lên thực quản mà hậu quả lâu dài sẽ dẫn đến viêm thực quản. Để giảm bớt hậu quả trên đã có nhiều phương pháp tạo van thực quản chống trào ngược được áp dụng. Trong đó phương pháp tạo van toàn bộ của Nissen và cải tiến của học trò ông là Rossetti đã được chứng minh qua thực tế là một phương pháp có hiệu quả .

Tại Việt Nam, phẫu thuật Heller-Nissen kinh điển đã được ứng dụng

trong điều trị CTTV ở bệnh Việt Đức từ năm 1986.

Từ năm 1992 - 1993 phẫu thuật soi ổ bụng được ứng dụng trong điều trị nhiều bệnh lý khác nhau, trong đó có CTTV

**ii. CHỈ ĐỊNH**

Người bệnh có chẩn đoán co thắt tâm vị với xét nghiệm, Xquang, soi thực quản dạ dày tá tràng.

**iii. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Thể trạng người bệnh quá yếu không chịu được phẫu thuật.

Người bệnh già yếu, có nhiều bệnh phối hợp.

Người bệnh ung thư thực quản.

**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.

**Chống chỉ định bơm hơi phúc mạc:**

Bệnh mạch vành, bệnh van tim, bệnh tâm phế mãn.

**iv. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện:**

Người thực hiện tiêu hóa, nội soi và gây mê hồi sức có kinh nghiệm.

**2 Phương tiện:**

Bộ trang thiết bị đồng bộ mổ nội soi của hãng Kall Storz.

**3. Người bệnh:**

Các xét nghiệm cơ bản, nội soi, Xquang, siêu âm ổ bụng.

Do người bệnh không ăn được vì nuốt nghẹn nên thường có biểu hiện suy dinh dưỡng, rối loạn nước điện giải. Cần được bù năng lượng và bồi phụ

nước điện giải qua đường tĩnh mạch vài ngày trước mổ.

Nếu có ứ đọng thức ăn trong thực quản cần được rửa hút sạch trước mổ.

Thụt tháo đại tràng.

Vệ sinh tại chỗ.

Kháng sinh dự phòng trước mổ.

**v. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Tư thế:**

Người bệnh nằm ngửa, đặt ống thông 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. Vô cảm:**

Gây mê nội khí quản.

**3. Kỹ thuật:**

***Thì I: Phẫu thuật Heller***

Dùng que gạt nâng dây chằng tròn và mặt dưới gan trái lên để bộc lộ mặt trước dạ dày cùng với tâm vị và thực quản bụng

Mở phúc mạc mặt trước trước thực quản bụng chỗ dính vào chân cơ hoành để bộc lộ đoạn thực quản bụng trên một đoạn dài 5 cm từ tâm vị. Mở phúc mạc ngang suốt chiều rộng của mặt trước tâm vị để lộ lớp cơ.

Tiến hành mở dọc lớp cơ mặt trước tâm vị: sử dụng một kẹp không chấn thương kéo mặt trước phình vị lớn chỗ sát tâm vị xuống dưới sang trái để căng mặt trước tâm vị. Phẫu tích giải phóng mạch máu chạy trước tâm vị có thể với kéo hay dao đốt điện móc  sau đó kẹp 2 clip ở hai phía và cắt ở giữa. Các mạch máu nhỏ khác ở trên hoặc dưới có thể đốt điện cầm máu hoặc kẹp clip tuỳ theo.

Đường mở cơ bắt đầu trên thực quản, ở ngay bên trái của dây thần kinh X trước. Mở một điểm ở giữa mặt trước thực quản trên tâm vị sau đó dùng kéo hay móc để phẫu tích từng lớp cơ của thực quản cho tới lớp dưới niêm mạc thì dừng lại. Sau đó tiếp tục phẫu tích đi lên trên cho tới khi đoạn mở cơ thực quản trên tâm vị dài khoảng 4cm. Trong khi phẫu tích , đi từng lớp giải phóng từng ít một, cắt hay đốt điện  khi đã nhìn rõ trong tổ chức định cắt không có mạch máu hay niêm mạc. Sau đó quay xuống mở qua tâm vị xuống phía mặt trước dạ dày khoảng 2cm sao cho toàn bộ đường mở cơ dài khoảng 6cm

Sau khi kết thúc mở cơ người gây mê bơm phồng dạ dày qua ống thông để kiểm tra qua ống soi trong ổ bụng xem còn sợi cơ nào chưa cắt đứt hết, mặt trước thực quản và tâm vị chắc chắn chỉ còn lớp niêm mạc và không có lỗ thủng

.Sau khi kiểm tra xong hút khí để dạ dày xẹp lại.

Sinh thiết cơ thực quản: Sau khi mở cơ, chúng tôi cắt lấy một mẩu cơ nhỏ ở vùng tâm vị chỗ mở cơ để làm sinh thiết.

***Thì II: Phẫu thuật Nissen – Rossetti***

Dùng kéo hoặc đốt điện hình móc để mở mạc nối nhỏ dọc theo bờ cong nhỏ của dạ dày cho tới sát cột trụ hoành phải. Chú ý không làm tổn thương dây thần kinh X, nhất là nhánh chân ngỗng.

Tiếp theo là thì tạo khoảng trống sau thực quản. Sau khi mở mạc nối nhỏ, nhận biết cột trụ hoành phải, mở một cửa sổ nhỏ phúc mạc ở mặt trước cột trụ hoành phải xuống phía dưới tới chân chữ V nơi tiếp xúc với cột trụ hoành trái thì tiếp tục phẫu tích lên trên và sang trái. Lúc này mở vào khoang tổ chức lỏng lẻo mà phía sau là mặt trước của hai cột trụ hoành còn phía trước trên chính là mặt sau của thực quản. Bám sát mặt sau thực quản, đi dần sang trái tới khi nhận thấy một lớp màng mỏng, qua đó nhìn thấy phình vị lớn của dạ dày, hay lách. Mở qua lớp màng này sang bên khoang dưới hoành trái. Tiếp tục mở rộng khoang sau thực quản lên trên và xuống dưới cho tới khi tạo được một đường hầm rộng rãi cho tới khi dùng kẹp phẫu tích đầu tù kéo thử nhẹ nhàng thấy có thể dễ dàng kéo phình vị lớn qua lỗ hổng này sang bên phải mà không gặp trở ngại gì.

Tạo van: trước hết khâu bằng một mũi chỉ không tiêu (thường là chỉ 2.0) khép khoảng giữa hai cột trụ hoành. Đưa một kẹp không chấn thương luồn vào khoảng trống sau thực quản kéo nhẹ nhàng một phần phình vị lớn qua mặt sau thực quản sang bên phải thực quản. Mũi khâu đầu tiên giữa phần phình vị lớn bên phải với mặt trước của phình vị lớn bên trái thực quản sao cho phần phình vị lớn dạ dày ôm quanh thực quản không quá chật cũng không quá rộng. Thường cần khâu khoảng 3 - 4 mũi chỉ không tiêu để tạo ra được đoạn ống bằng phình vị lớn dài khoảng 3 - 4 cm bọc quanh thực quản. Để xác định chính xác độ rộng của van, đặt trong lòng thực quản ống thông có kích thước 26 Fr làm chuẩn.

Phía trên van được cố định vào chân cơ hoành trái. Phía dưới khâu một mũi cố định vào bên phải dạ dày. Kiểm tra toàn bộ ổ bụng, hút sạch dưới hoành trái, phải, tháo hơi, rút các trocar, đóng các lỗ.

**vi. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

**1. Theo dõi:**

Như mọi trường hợp phẫu thuật đường tiêu hóa nói chung.

Kháng sinh từ 2 đến 5 ngày.

Cần lưu ý bồi phụ nước và điện giải.

**2. Tai biến và xử trí**

***Trong phẫu thuật***

Thủng thực quản: khâu ngay và tạo hình van toàn bộ.

Chảy máu: cặp clip cầm máu.

***Sau phẫu thuật***

Cháy máu: mổ lại cầm máu

Viêm phúc mạc do thủng thực quản: mổ lai dẫn lưu hoặc khâu thủng tùy tình trạng ổ bụng

Áp xe tồn dư trong ổ bụng: xác định bằng siêu âm hoặc chụp cắt lớp vi tính ổ bụng.

Tùy kích thước hướng XỬ trí khác nhau: điều trị kháng sinh hoặc mổ, chích dẫn lưu.

## 390. PHẪU THUẬT NỘI SOI DẠ DÀY ĐIỀU TRỊ BÉO PHÌ

**i. ĐẠI CƯƠNG**

 Phẫu thuật nội soi đặt vòng thắt dạ dày là một trong các phương pháp phẫu thuật điều trị béo phì.

**ii. CHỈ ĐỊNH**

Tuổi dưới 65.

BMI ≥ 32 kèm bệnh phối hợp: cao huyết áp, đái đường, tăng cholesterol máu, đau khớp … hoặc BMI ≥ 37.

Sau khi điều trị béo phì trên 1 năm bằng các phương pháp nội khoa thất bại. -Người bệnh không có chống chỉ định phẫu thuật nội soi ổ bụng.

**iii. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Người bệnh có 1 trong các tiêu chuẩn sau: -Tuổi trên 65.

BMI dưới 3

BMI từ 32 đến 37 và không mắc các bệnh phối hợp.

Người bệnh chưa điều trị béo phì bằng các phương pháp điều trị béo phì trong 1 năm hoặc đã điều trị béo phì bằng các phương pháp khác có kết quả.

Người bệnh có chống chỉ định phẫu thuật nội soi.

**iv. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện quy trình kỹ thuật:**

Kíp phẫu thuật viên tiêu hóa và kíp bác sỹ gây mê hồi sức, kỹ thuật viên có kinh nghiệm.

**2. Phương tiện:**

Dàn máy mổ nội soi với các phương tiện chuyên dụng. Bộ dụng cụ mổ mở đại phẫu tiêu hóa, chỉ khâu,…

**3. Người bệnh:**

Các xét nghiệm cơ bản chẩn đoán.

Nội soi dạ dày-tá tràng.

Chuẩn bị mổ: Người bệnh nhịn ăn uống từ 21h ngày trước mổ, uống 1 gói fortran pha 1lít nước từ 14h ngày trước mổ.

**4. Hồ sơ bệnh án:**

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

**v. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

1. Kiểm tra hồ sơ: Đầy đủ theo quy định Bộ Y tế.

2. Kiểm tra người bệnh: tên, tuổi, bệnh, phẫu thuật viên, bác sỹ gây mê,...

Thực hiện kỹ thuật: dự kiến khoảng 180 phút.

Tư thế người bệnh:

 Người bệnh nằm ngửa trên bàn mổ, gây mê nội khí quản, hai chân dạng 1 góc 800, được cố định vững chắc vào bàn mổ. Sau khi đặt trocar đầu tiên, bàn mổ được điều chỉnh để người bệnh ở tư thế đầu cao 250, nghiêng sang phải 100.

Vị trí phẫu thuật viên:

 Phẫu thuật viên đứng phía dưới, giữa 2 chân người bệnh. Người phụ thứ 1 đứng bên phải người bệnh. Người phụ thứ 2 đứng bên trái người bệnh.

3. Kỹ thuật mổ:

Bơm hơi ổ bụng với áp lực 14 mmHg.

 Phẫu thuật bắt đầu bằng việc quan sát đánh giá toàn bộ ổ bụng, tình trạng gan đặc biệt là gan trái, vùng tâm vị dạ dày. Phẫu tích bắt đầu tại góc tâm phình vị bằng cách giải phóng dây chằng hoành dạ dày, tạo ra khoảng tự do sau bên trái tâm vị. Bên phải phẫu tích qua mạc nối nhỏ, đi vào khoảng trước cột trụ phải cơ hoành sau tâm vị, tạo đường hầm sau tâm vị và phần trên mặt sau phình vị dạ dày. Một kẹp phẫu tích cong không chấn thương được luồn qua đường hầm qua bên phải tâm vị tới khoảng trống đã được tạo ra. Vòng thắt dạ dày được đưa vào ổ bụng qua lỗ trocar ở dưới sườn trái, đưa vòng qua đường hầm phía sau từ trái sang phải và khớp lại ở bên phải tâm vị. Vòng được cố định bằng 2- 3 mũi ethilon 0 khâu trên thành phình vị lớn tạo nếp gấp che phủ bao quanh vòng.

Bộ phận điều chỉnh vòng được cố định vào cân cơ thẳng to ở vị trí phía dưới lỗ vào ở dưới sườn trái.

**vi. THEO DÕI**

Ngày đầu tiên sau mổ chụp lưu thông dạ dày với thuốc cản quang để kiểm tra vị trí vòng và các tai biến có thể như: thủng thực quản hay dạ dày mà không phát hiện được trong mổ. Người bệnh được phép uống nước ngày đầu tiên.

Ngày thứ hai người bệnh xuất viện, trong tuần đầu tiên sau mổ người bệnh

ăn chất lỏng sau đó ăn đặc dần.

Sau 1 tháng người bệnh được kiểm tra và điều chỉnh vòng lần đầu tiên.

Trong 6 tháng đầu tiên người bệnh đến kiểm tra và điều chỉnh vòng mỗi tháng 1 lần, vòng được điều chỉnh tùy theo đánh giá của thầy thuốc về mức độ giảm cân và ảnh hưởng của vòng tới sinh hoạt của người bệnh.

Sau 6 tháng thời gian kiểm tra tiếp theo được xác định tùy diễn tiến lâm sàng.

**vii. XỬ TRÍ TAI BIẾN**

Trong phẫu thuật:

Chảy máu: nếu không cầm được bằng nội soi, nên chuyển mổ mở. Thủng dạ dày: khâu dạ dày nội soi hoặc mổ mở.

Sau phẫu thuật:

Trượt đai: phẫu thuật cố định đại lại, thay đai mới hay cắt dạ dày.

Nhiễm trùng hoặc xoay buồng chỉnh: thay buồng chỉnh mới.

## 391. PHẪU THUẬT NỘI SOI ĐIỀU TRỊ XOẮN DẠ DÀY CÓ KÈM CẮT DẠ DÀY

**I. ĐẠI CƯƠNG**

- Phẫu thuật nội soi đã được xem là tiêu chuẩn trong điều trị thoát vị hoành với nhiều ưu điểm như ít đau, hồi phục nhanh, ít biến chứng, thời gian nằm viện ngắn so với mổ mở (đường bụng hay ngực). Phẫu thuật nội soi giúp tiếp cận vùng tâm vị, thực quản dễ dàng.

- Phẫu thuật nội soi điều trị thoát vị hoành là phẫu thuật khó, đòi hỏi bác sĩ phẫu thuật phải có kinh nghiệm trong phẫu thuật nội soi và phẫu thuật vùng tâm vị-thực quản.

**II. CHỈ ĐỊNH**

Phẫu thuật nội soi (PTNS) điều trị thoát vị hoành được chỉ định khi người bệnh thoát vị hoành có triệu chứng hay biến chứng (chảy máu do loét thực quản hay dạ dày, xoắn dạ dày, thoát vị nghẹt, hoại tử, thủng, tắc dạ dày, các biến chứng hô hấp do thoát vị).

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Bệnh lý toàn thân quá nặng không đảm bảo cuộc mổ.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

- Phẫu thuật viên chuyên khoa Ngoại tiêu hóa

**2. Phương tiện**

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

- Hệ thống máy mổ nội soi và các dụng cụ PTNS ổ bụng.

- Tấm lưới nhân tạo polypropylene (nếu cần), kích thước tấm lưới tùy vào kích thước lỗ thoát vị, có thể 6x11cm hay 10x10cm.

- Bộ dụng cụ mổ mở: cán dao và lưỡi dao 11, nhíp có mấu, Kelly, kẹp mang kim, kéo cắt chỉ.

**3. Người bệnh:**

- Được làm đầy đủ các xét nghiệm chuẩn bị cuộc mổ.

- Được giải thích về quy trình, nguy cơ tai biến của phẫu thuật.

- Với những trường hợp mổ theo kế hoạch: vệ sinh sạch sẽ, ăn nhẹ đến 22h ngày hôm trước, thụt tháo phân sạch, sáng ngày mổ: nhịn ăn uống, kháng sinh dự phòng

**4. Hồ sơ bệnh án**

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

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Kiểm tra hồ sơ:** biên bản hội chẩn, cam kết phẫu thuật, biên bản duyệt mổ, biên bản khám tiền phẫu và tiền mê.

**2. Kiểm tra người bệnh:** đúng người bệnh.

**3. Thực hiện kỹ thuật**

3.1. Tư thế

- Người bệnh nằm ngửa, đầu cao 15 độ đến 30 độ (tư thế Trendelenburg đảo ngược), 2 tay khép, 2 chân dạng, đầu gối thẳng hoặc gập 20 đến 30 độ.

- Bác sĩ phẫu thuật đứng giữa 2 chân người bệnh, phụ mổ 1 (cầm kính soi) đứng bên phải người bệnh, phụ mổ 2 (vén gan) đứng bên phải người bệnh và phía trên phụ mổ 1, dụng cụ viên đứng bên trái người bệnh.

- Màn hình đặt phía đầu, bên trái người bệnh. Nếu được thì dùng 2 màn hình, đặt phía đầu, 2 bên.

3.2. Vô cảm: Gây mê nội khí quản

3.3. Các bước tiến hành

- Đặt trocar: 1 trocar 10mm ở rốn (dùng đặt kính soi), bơm hơi với áp lực từ 8 -10 mmHg, tốc độ 1.8-2 l/p ( sau ổn định có thể điều chỉnh áp lực ổ bụng), trocar 10mm đặt vùng dưới sườn, trên đường trung đòn trái (dùng phẫu tích, cắt, đốt, đặt penrose), 1 trocar 5mm đặt vùng dưới sườn, trên đường trung đòn phải (dùng cầm nắm) , 1 trocar 5mm sát bờ sườn phải, vùng thượng vị tương ứng bờ phải dây chằng tròn (dùng vén gan, dạ dày), 1 trocar 5mm cùng hông phải (dùng vén gan, dạ dày)

- Kéo tạng thoát vị xuống bụng: dùng kẹp cầm nắm không sang chấn để kéo dạ dày và các tạng khác (nếu có) xuống bụng tối đa có thể.

- Cắt mạc nối nhỏ, bộc lộ trụ phải cơ hoành; Mở vào cổ túi thoát vị là nơimạc vùng bụng và mạc vùng ngực nối tiếp nhau tại bờ trong của trụ phải cơ hoành, phẫu tích dọc bờ trong của trụ phải cơ hoành bằng dao cắt đốt siêu âm để tách túi thoát vị ra khỏi mô liên kết lỏng lẻo của trung thất. Tiếp tục phẫu tích dọc theo lỗ thực quản, đến trụ trái cơ hoành và lên trung thất để tách toàn bộ túi thoát vị xuống bụng.

- Cắt bỏ túi thoát vị nếu to, chú ý không làm tổn thương thần kinh X và thành dạ dày, thực quản.

- Từ bờ trong của trụ phải cơ hoành, phẫu tích phía sau thực quản, đi vòng qua thực quản, đến bờ trong của trụ trái cơ hoành, luồn lắt qua thực quản. Đặt dây pensose và kéo thực quản xuống dưới, phẫu tích di động phần dưới của thực quản trong trung thất.

- Khâu hẹp lỗ thực quản từ sau ra trước, khâu ép 2 trụ hoành. Khâu mũi rời và dùng chỉ không tan 2.0 hay 0 (polypropylene hay silk). Khâu hẹp đến khi vẫn có thể dễ dàng đưa dụng cụ 5mm qua lỗ thực quản. Có thể khâu 1-2 mũi rời ở phía trước của lỗ thực quản nếu sau khi khâu phía sau xong mà lỗ còn quá rộng.

- Nếu lỗ thoát vị quá lớn, khâu sẽ rách cơ, có thể dùng tấm lưới nhân tạo polypropylen để che lỗ thoát vị.

- Tái tạo góc HIS: dùng dao cắt đốt siêu âm hay dao cắt đốt điện Ligasure để di động phình vị. Khâu phình vị vào trụ trái cơ hoành và bờ trái thực quản để tạo lại góc HIS. Tiếp tục khâu cố định phình vị vào bờ phải thực quản đến tâm vị (2-3 mũi rời, chỉ tan chậm hay không tan, 3.0).

- Kiểm tra, cầm máu kỹ, khâu các lỗ trocar.

**VI. THEO DÕI**

- Không cần lưu ống thông mũi-dạ dày.

- Cho người bệnh ăn lỏng sau mổ 1 ngày.

- Người bệnh được xuất viện sau mổ 1-2 ngày.

**VII. XỬ TRÍ TAI BIẾN**

- Tràn khí màng phổi: ít xảy ra, do màng phổi bị rách khi phẫu tích túi thoát vị hay khi di động thực quản. Nếu nghi ngờ có tràn khí màng phổi, chụp X quang ngực thằng để phát hiện. Tràn khí màng phổi thường ít và tự hết (do khí CO2 tự hấp thu) do đó, ít khi phải dẫn lưu màng phổi. Phòng ngừa: phẫu tích túi thoát vị cẩn thận, tỉ mỉ, phẫu tích sát thực quản.

- Chảy máu từ động mạch vị ngắn: có thể dễ dàng kiểm soát bằng dao cắt đốt siêu âm hay clip.

- Chảy máu do tổn thương lách, rách gan: do quá trình vén gan, di động phình vị. Đa số là chảy máu nhẹ, có thể cầm máu bằng cách dùng gạc chèn ép trực tiếp lên vị trí tổn thương.

- Thủng thực quản: hiếm gặp (tỉ lệ khoảng 1%), có thể xảy ra lúc phẫu tích túi thoát vị hay lúc cầm nắm thực quản. Phòng ngừa: không cầm nắm trực tiếp vào thực quản khi thao tác, nếu túi thoát vị dính nhiều, phẫu tích cẩn thận, quan sát rõ và dùng kính soi có góc nhìn 300 hay 450. Khi có thủng thực quản, khâu thực quản bằng chỉ tan chậm 3.0, mũi rời. Sau đó che chỗ thủng bằng tạo hình tâm vị.

**Tài liệu tham khảo:**

- Quy trình kỹ thuật Bộ Y Tế.

- Bệnh học ngoại khoa đại học y Hà Nội.

## 392. PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT TOÀN BỘ DẠ DÀY

**I. ĐẠI CƯƠNG**

- Phẫu thuật nội soi cắt toàn bộ dạ dày được chỉ định cho các bệnh dạ dày ác tính thường kèm theo nạo vét hạch bạch huyết. Phẫu thuật làm nội soi hoàn toàn hoặc nội soi hỗ trợ gọi chung là phẫu thuật nội soi. Đặc điểm chính là cắt toàn bộ dạ dày từ tâm vị đến hết môn vị và đạt hoàn toàn tiêu chuẩn triệt căn ung thư, các mạch máu được cắt bỏ sát gốc kèm theo vét hạch.

**II. CHỈ ĐỊNH**

- Ung thư vùng tâm vị dạ dày không thể cắt bỏ được thực quản hay tạo hình cách khác Ung thư thân vị, thân vị, bờ cong nhỏ lan lên cao.

- Ung thư thể thâm nhiễm toàn bộ dạ dày.

- Các u được chỉ định không nên quá lớn trên 4cm.

- Giai đoạn của khối u (T) nhỏ hơn T4a.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Không đủ điều kiện gây mê hồi sức (GMHS) để mổ nội soi.

- Khối u quá lớn trên 5cm, giai đoạn T4b.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**: Phẫu thuật viên chuyên khoa ngoại tiêu hóa, ung bướu.

**2. Phương tiện:**

- Bộ trang bị dụng cụ phẫu thuật mổ nội soi ổ bụng máy mổ nội soi đồng bộ.

- Máy cắt nối ống tiêu hóa các loại.

- Chỉ khâu các loại dùng cho phẫu thuật ổ bụng và ống tiêu hóa.

- Dao mổ phẫu tích siêu âm nội soi hay dao hàn mạch, dao hàn cắt tự động.

- Vật tư trang thiết bị khác của phòng mổ và chuyên ngành gây mê hồi sức, chống đau.

**3. Người bệnh:** Người bệnh được khám toàn diện, chẩn đoán bệnh toàn diện trước mổ.

- Nhịn ăn uống hoàn toàn, vệ sinh toàn thân

- Được thông báo giải thích cho người bệnh và hoặc cho gia đình

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

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Kiểm tra hồ sơ:** Kiểm tra hồ sơ tại phòng mổ. Đủ phim chụp, xét nghiệm, đủ thủ tục đối chiếu đúng người bệnh

**2. Kiểm tra người bệnh:** đủ các mục chuẩn bị nêu trên.

**3. Thực hiện kỹ thuật:**

3.1. Vô cảm: Mê nội khí quản.

3.2. Tư thế người bệnh: Nằm ngửa dạng hai chân, màn hình đặt phía trên vai phải người bệnh. Bàn dụng cụ đặt phía chân người bệnh cùng điều dưỡng dụng cụ. Phẫu thuật viên đứng giữa, phụ mổ đứng hai bên.

3.3. Kỹ thuật:

- Bước 1: Đặt trocar và các dụng cụ, bơm hơi với áp lực từ 8 -10 mmHg, tốc độ 1.8-2 l/p ( sau ổn định có thể điều chỉnh áp lực ổ bụng). Đặt từ 4-6 trocar vùng trên rốn hướng đến dạ dày, nhận định thương tổn và chẩn đoán trong mổ, quyết định thực hiện cắt dạ dày.

- Bước 2: Phẫu tích các mạch máu và cấu trúc giải phẫu của dạ dày. Giải phóng tá tràng để cắt đóng mỏm tá tràng bằng máy cắt nối tự động hoặc khâu tay. Cầm máu và đóng cắt các cuống mạch vị phải vị trái, mạch vị mạc nối bờ cong lớn bờ cong nhỏ sát gốc để nạo vét hạch phối hợp. Cắt các mạch vị tỳ, phẫu tích vùng tâm phình vị, thực quản bụng và cột trụ hoành hai bên lộ rõ từng thành phần. Cắt thần kinh X trước và X sau tại lỗ hoành.

- Bước 3: Cắt thực quản bụng khỏi tâm vị dạ dày bằng máy cắt nối tự động hoặc bằng tay hỗ trợ.

- Bước 4: Làm miệng nối thực quản bụng với quai hỗng tràng hình chữ Y. Miệng nối được làm hoàn toàn trong ổ bụng bằng dụng cụ cắt nối nội soi hay đưa ra ngoài ổ bụng là miệng nối tay. Đường mở nhỏ lấy bệnh phẩm và làm miệng nối không quá 8cm.

+ Lưu ý có một số miệng nối loại khác có thể thay thế quai Y.

- Bước 5: Phẫu thuật viên quyết định đặt dẫn lưu hay không, vị trí dặt và lấy khối bệnh phẩm, đóng các lỗ trocar bằng chỉ phẫu thuật.

**VI. THEO DÕI**

- Theo dõi gây mê hồi sức, hồi tỉnh và chống đau.

- Nuôi dưỡng người bệnh bằng đường tĩnh mạch đến khi có dấu hiệu an toàn phẫu thuật và phục hồi tiêu hóa.

- Theo dõi các biến chứng phẫu thuật: Chảy máu trong, rò bục, nhiễm trùng sau mổ, tắc ruột sớm.

- Theo dõi kết quả giải phẫu bệnh của bệnh phẩm phẫu thuật.

**VII. XỬ TRÍ TAI BIẾN**

- Tổn thương các mạch máu trong mổ: Cầm máu.

- Tổn thương đại tràng: xử lý theo tổn thương.

- Viêm phổi: điều trị kháng sinh, chăm sóc toàn thân và hô hấp

- Suy hô hấp: hỗ trợ hô hấp và đặt lại nội khí quản. Xác định nguyên nhân.

- Hội chứng chảy máu cấp: hồi sức và xác định nguyên nhân chảy máu nếu mức độ nặng và tiếp diễn cần mổ câm máu giải quyết nguyên nhân.

- Hội chứng nhiễm trùng do bục miệng nối hay rò mỏm tá tràng:

- Xác định nguyên nhân, kháng sinh chống nhiễm trùng, mổ điều trị biến chứng bục hoặc áp dụng thủ thuật dẫn lưu.

- Tắc ruột sớm sau mổ: Đặt thông mũi dạ dày hút dịch, theo dõi và hồi sức toàn diện cho người bệnh, xác định nguyên nhân và điều trị bảo tồn hoặc can thiệp.

**Tài liệu tham khảo:**

- Quy trình kỹ thuật Bộ Y Tế.

- Bệnh học ngoại khoa đại học y Hà Nội.

## 393. PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT 2/3 DẠ DÀY

**I. ĐẠI CƯƠNG**

- Phẫu thuật nội soi cắt 2/3 dạ dày được chỉ định cho các bệnh lành tính và các u dạ dày có độ trung gian nguy cơ thấp không kèm theo nạo vét hạch bạch huyết. Phẫu thuật nội soi hoàn toàn hoặc nội soi hỗ trợ gọi chung là phẫu thuật nội soi. Đặc điểm chính là chỉ cắt phần thấp của dạ dày bảo tồn tối đa chức năng chứa đựng của dạ dày chỉ lấy đi phần hang vị và phần thấp của thân vị có nhiệm vụ chế tiết và nghiền nhỏ thức ăn.

**II. CHỈ ĐỊNH**

- Bệnh loét dạ dày tá tràng mạn tính, cấp tính.

- Hẹp môn vị do loét hành tá tràng mạn tính.

- Chảy máu ổ loét dạ dày tá tràng.

- U lành tính của vùng thấp dạ dày hoặc u có độ nguy cơ thấp.

- Người bệnh có đủ điều kiện chỉ định mổ, gây mê, hồi sức để mổ nội soi và cắt 2/3 dạ dày.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Không đủ điều kiện gây mê hồi sức để mổ nội soi.

- Bệnh ung thư biểu mô tuyến , các khối u khác có độ ác tính cao.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**:

- Phẫu thuật viên chuyên khoa ngoại tiêu hóa, ung bướu.

**2. Phương tiện:**

- Bộ trang bị dụng cụ phẫu thuật mổ nội soi ổ bụng, máy mổ nội soi đồng bộ.

- Máy cắt nối ống tiêu hóa các loại.

- Chỉ khâu các loại dùng cho phẫu thuật ổ bụng và ống tiêu hóa.

- Dao mổ phẫu tích siêu âm nội soi hay dao hàn mạch, dao hàn cắt tự động.

- Vật tư trang thiết bị khác của phòng mổ và chuyên ngành gây mê hồi sức, chống đau.

**3. Người bệnh:** Người bệnh được khám toàn diện, chẩn đoán bệnh toàn diện trươc mổ.

- Nhịn ăn uống hoàn toàn, vệ sinh toàn thân.

- Được thông báo giải thích cho người bệnh và hoặc cho gia đình.

- Hồ sơ bệnh án thể hiện đầy đủ chẩn đoán hội chẩn khoa, các cam đoan mổ, chỉ định mổ cắt dạ dày.

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

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Kiểm tra hồ sơ:** Kiểm tra hồ sơ tại phòng mổ. Đủ phim chụp, xét nghiệm, đủ thủ tục đối chiếu đúng người bệnh

**2. Kiểm tra người bệnh:** đủ các mục chuẩn bị nêu trên.

**3. Thực hiện ky thuật:**

3.1. Vô cảm: Mê nội khí quản.

3.2. Tư thế người bệnh: Nằm ngửa dạng hai chân, màn hình đặt phía trên vai phải người bệnh. Bàn dụng cụ đặt phía chân người bệnh cùng điều dưỡng dụng cụ. Phẫu thuật viên đứng giữa, phụ mổ đứng hai bên.

3.3. Kỹ thuật:

- Bước 1: Đặt trocar và các dụng cụ, bơm hơi với áp lực từ 8 -10 mmHg, tốc độ 1.8-2 l/p ( sau ổn định có thể điều chỉnh áp lực ổ bụng).

Đặt từ 4-6 trocar vùng trên rốn hướng đến dạ dày. Nhận định thương tổn và chẩn đoán trong mổ. Quyết định thưc hiện cắt dạ dày.

- Bước 2: Phẫu tích phần thấp của dạ dày.

Giải phóng tá tràng để cắt đóng mỏm tá tràng bằng máy cắt nối tự động hoặc khâu tay. Cầm máu và đóng cắt các cuống mạch vị phải vị trái, mạch vị mạc nối bờ cong lớn bờ cong nhỏ.

- Bước 3: Cắt dạ dày tại mức 2/3 bằng máy cắt nối tự động hoặc bằng tay hỗ trợ.

- Bước 4: Làm miệng nối mỏm dạ dày với quai hỗng tràng đầu tiên. Miệng nối được làm hoàn toàn trong ổ bụng bằng dụng cụ cắt nối nội soi hay đưa ra ngoài ổ bụng là miệng mối tay.

- Bước 5: Phẫu thuật viên quyết định đặt dẫn lưu hay không, vị trí dặt và lấy bệnh phẩm, đóng các lỗ trocar trên thành bụng bằng chỉ phẫu thuật.

**VI. THEO DÕI**

- Theo dõi gây mê hồi sức, hồi tỉnh và chống đau.

- Nuôi dưỡng người bệnh bằng đường tĩnh mạch đến khi có dấu hiệu an toàn phẫu thuật và phục hồi tiêu hóa.

- Theo dõi các biến chứng phẫu thuật: Chảy máu trong, rò bục, nhiễm trùng sau mổ, tắc ruột sớm.

- Theo dõi kết quả giải phẫu bệnh của bệnh phẩm phẫu thuật.

**VII.XỬ TRÍ TAI BIẾN**

- Tổn thương các mạch máu trong mổ: cầm máu.

- Tổn thương đại tràng: xử lý theo tổn thương.

- Viêm phổi: điều trị kháng sinh, chăm sóc toàn thân và hô hấp

- Suy hô hấp: hỗ trợ hô hấp và đặt lại nội khí quản. Xác định nguyên nhân.

- Hội chứng chảy máu cấp: hồi sức và xác định nguyên nhân chảy máu nếu mức độ nặng và tiếp diễn cần mổ câm máu giải quyết nguyên nhân.

- Hội chứng nhiễm trùng do bục miệng nối hay rò mỏm tá tràng: Xác định nguyên nhân, kháng sinh chống nhiễm trùng, mổ điều trị biến chứng bục hoặc áp dụng thủ thuật dẫn lưu.

- Tắc ruột sớm sau mổ: Đặt thông mũi dạ dày hút dịch, theo dõi và hồi sức toàn diện cho người bệnh, xác định nguyên nhân và điều trị bảo tồn hoặc can thiệp.

## 394. PHẪU THUẬT NỘI SOI SA TRỰC TRÀNG

**I. ĐẠI CƯƠNG**

- Phẫu thuật nội soi sa trực tràng là phẫu thuật điều trị sa trực tràng bằng phương pháp mổ nội soi.

**II. CHỈ ĐỊNH**

- Sa trực tràng với đại tràng xích ma dài bất thường

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Bệnh lý toàn thân nặng không cho phép can thiệp phẫu thuật.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện:** Bác sĩ phẫu thuật tiêu hóa.

**2. Phương tiện:**

- Bộ đại phẫu tiêu hóa, bộ dụng cụ phẫu thuật nội soi tiêu chuẩn, các phương tiện cần có kèm theo như dao điện, dao mổ siêu âm, dao mổ điện và hàn mạch (Ligasure, …), phương tiện khâu nối máy.

**3. Người bệnh:**

- Giải thích cho người bệnh và gia đình biết rõ tình trạng của người bệnh, về 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.

- Tối hôm trước ngày phẫu thuật: làm sạch khung đại tràng bằng thụt tháo hoặc bằng thuốc.

- Ngày phẫu thuật: nhịn ăn, uống; đi tiểu trước khi lên bàn mổ.

**4. Hồ sơ bệnh án:** Theo quy định bộ y tế, được bác sỹ kiểm tra đầy đủ các xét nghiệm, có chữ ký thông qua mổ và giấy cam đoan mổ.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Kiểm tra hồ sơ:** Đầy đủ theo quy định Bộ Y tế.

**2. Kiểm tra người bệnh:** Đúng người (tên, tuổi,…), đúng bệnh.

**3. Thực hiện kỹ thuật:**

3.1.Tư thế:

- Người bệnh (BN) nằm tư thế sản khoa, đặt sonde bàng quang. Phẫu thuật viên đứng bên phải người bệnh, phụ 1 đứng bên đối diện, phụ 2 đứng bên trái phẫu thuật viên và giữ camera, dụng cụ viên đứng dưới giữa hai chân người bệnh .

3.2. Vô cảm:

- gây mê nội khí quản.

3.3. Kỹ thuật:

Đặt trocar: Thường đặt 5 trocars tại các vị trí như sau:

+ Dưới rốn: sử dụng ống camera (trocar 10mm - số1), bơm hơi với áp lực từ 8 -10 mmHg, tốc độ 1.8-2 l/p ( sau ổn định có thể điều chỉnh áp lực ổ bụng).

+ Hố chậu phải: ngang gai chậu trước trên phải, vào trong 2 khoát ngón tay (trocar 12mm - số 2), sử dụng dao siêu âm, dụng cụ cắt nối trực tràng,…

+ Mạng sườn phải: bờ ngoài cơ thẳng to phải, cách trocar số 2 khoảng 10 cm (trocar 5mm hoặc 10mm - số 3), sử dụng panh thông thường hoặc panh Babcock (số 5mm hoặc 10mm).

+ Hố chậu trái: (trocar 5mm - số 4).

+ Mạng sườn trái (trocar 5mm - số 5).

Thăm dò đánh giá thương tổn và các tạng trong ổ bụng. Đưa người bệnh về tư thế đầu thấp tối đa, nghiêng sang phải. Gạt ruột non lên cao, sang phải để bộc lộ rõ vùng tiểu khung và nửa bụng trái.

Giải phóng đại - trực tràng và cắt đoạn trực tràng:

- Phẫu tích mạch mạc treo tràng dưới và giải phóng bờ phải đại tràng xích ma - trực tràng: xác định rõ động mạch chậu, niệu quản phải, theo ụ nhô đi lên phía mạc treo đại tràng xích ma khoảng 5 cm sẽ thấy bó mạch mạc treo tràng dưới. Mở bờ phải mạc treo đại tràng xích ma - trực tràng (điểm bắt đầu là nơi dự kiến thắt gốc mạch mạc treo tràng dưới tới điểm thấp nhất túi cùng Douglas). Phẫu tích giải phóng đại tràng xich ma - trực tràng từ trên xuống dưới, từ trước ra sau, từ trái sang phải. Khi bờ mạc treo đã khá tự do, nâng lên dễ dàng, tiến hành phẫu tích mạch mạc treo tràng dưới. Dùng gạc nhỏ nội soi đẩy tổ chức lỏng lẻo nằm giữa mạc treo ở trên, động mạch chậu gốc trái ở dưới cho đến khi nhìn thấy rõ niệu quản trái. Đặt gạc đánh dấu vị trí niệu quản trái. Tiếp tục phẫu tích lột trần mạch mạc treo tràng dưới một đoạn khoảng 2cm. Thắt gốc mạch bằng buộc chỉ hoặc clip khóa mạch (hemolock) hoặc dao hàn mạch. Nên cắt mạch sau để dễ dàng cho việc phẫu tích mạc treo (có tác dụng nâng mạc treo lên).

- Phẫu tích giải phóng mạc treo trực tràng phía sau: phẫu tích giải phóng mạc treo trực tràng đúng lớp vô mạch nằm giữa cân sau mạc treo trực tràng và mặt trước xương cùng cụt. Không phẫu tích quá thô bạo, tránh thương tổn rách tĩnh mạch trước xương cùng, rất khó cầm máu.

- Phẫu tích giải phóng đại tràng trái: dùng dao điện hoặc dao siêu âm giải phóng đại tràng xích ma khỏi phúc mạc thành bên trái. Tiếp tục phẫu tích lên cao giải phóng đại tràng trái. Ước lượng đoạn đại tràng trái đã đủ dài để đưa xuống nối với trực tràng thì dừng lại.

- Phẫu tích bờ trái đại tràng xích ma - trực tràng: từ hố chậu trái tìm gạc đánh dấu vị trí niệu quản trái, mở mạc treo đại tràng xich ma để lộ ra khoang phía sau trực tràng. Người phụ 1 dùng panh (qua lỗ trocar số 5) luồn qua khe mở mạc treo đưa xuống dưới ở phía sau, bờ trái trực tràng để bộc lộ rõ một màng mỏng phúc mạc bên trái trực tràng. Dùng dao điện hoặc dao siêu âm cắt lá phúc mạc bờ trái trực tràng.

- Phẫu tích hai cánh bên trực tràng. Kết thúc thì mổ này, đoạn trực tràng trên đã hoàn toàn tự do khỏi phúc mạc và các thành phần treo giữ ở tiểu khung. Trở lại cắt mạch mạc treo tràng dưới.

- Cắt đoạn trực tràng:

Dùng máy cắt đưa qua lỗ trocar 2, sử dụng lưỡi dao 60cm cắt trực tràng.

Kiểm tra diện cắt. Kết thúc phần phẫu tích bằng nội soi.

Mở bụng cắt đoạn đại trực tràng:

Mở nhỏ ổ bụng ở hố chậu trái, nên tận dụng lỗ mở trocar số 4, rạch da đủ rộng để cắt đoạn đại tràng xích ma. Đóng thành bụng.

Lập lại lưu thông đường tiêu hóa:

+ Trở lại trường mổ ổ bụng qua camera nội soi. Phụ 1 đưa máy nối qua hậu môn tới mỏm trực tràng, nhìn rõ vòng cắt dự kiến tại vị trí tốt nhất. Mở máy đẩy đinh nhọn qua thành trực tràng.

+ Khớp nối giữa đại tràng xích ma với trực tràng. Kiểm tra đại tràng nằm đúng chiều, không căng, mạc treo không xoắn. Bấm máy, tháo máy đúng yêu cầu kỹ thuật. Kiểm tra hai đầu cắt trên máy.

- Kiểm tra miệng nối, khâu lại mạc treo - phúc mạc tiểu khung.

- Đặt dẫn lưu tiểu khung qua nội soi, rút và đóng các lỗ trocar.

Lưu ý trong quá trình thực hiện cần đẩy toàn bộ phần trực tràng bị sa ra ngoài, ống hậu môn vào trong. Việc thực hiện cắt nối đại - trực tràng sao cho vừa đủ, không quá căng nguy hiểm cho miệng nối; không quá dài, nguy cơ sa trực tràng tái phát.

**VI. CHĂM SÓC VÀ THEO DÕI**

1. Theo dõi tình trạng toàn thân và tại vùng phẫu thuật:

- Mạch, huyết áp, nhịp thở, nhiệt độ, tri giác.

- Theo dõi tại vết mổ: chảy máu, chảy dịch, đau.

- Theo dõi lượng dịch xuất nhập

2. Dùng thuốc giảm đau, kháng sinh, duy trì cân bằng lượng dịch xuất nhập.

3. Cho người bệnh ăn nhẹ khi có trung tiện, tập vận động sớm.

4. Săn sóc vết mổ: thay băng vết mổ. Khi có hiện tượng bất thường như chảy máu, thấm dịch nhiều phải kiểm tra vết mổ

**VII. BIẾN CHỨNG VÀ XỬ TRÍ BIẾN CHỨNG**

1. Trong phẫu thuật

- Chảy máu: nếu không cầm được bằng nội soi, nên chuyển mổ mở.

2. Sau phẫu thuật

- Chảy máu: chảy máu trong ổ bụng, cần theo dõi sát, cần thiết phải phẫu thuật lại ngay qua nội soi hoặc mổ mở.. Nếu máu chảy thành tia, cần can thiệp cầm máu.

- 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 trí nguyên nhân.

- Áp xe tồn dư trong ổ bụng: nếu ổ áp xe khu trú, dẫn lưu dưới siêu âm. Áp xe nằm giữa các quai ruột, cần phẫu thuật lại làm sạch và dẫn lưu ổ bụng.

## 395. PHẪU THUẬT NỘI SOI KHÂU TREO TRỰC TRÀNG ĐIỀU TRỊ SA TRỰC TRÀNG

**I. ĐẠI CƯƠNG**

- Phẫu thuật nội soi điều trị sa trực tràng ở trẻ lớn bao gồm bóc tách giải phóng trực tràng, cố định vào ụ nhô bằng khâu trực tiếp (phương pháp Orr – Loygue) hay các kỹ thuật cải tiến (dùng miếng Ivalon, Teflon làm trung gian, cố định trực tràng vào ụ nhô, cân trước xương cùng)

**II. CHỈ ĐỊNH**

- Sa trực tràng toàn bộ ở trẻ lớn, đoạn ruột sa không bị hoại tử.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Ruột đó hoại tử hay tình trạng người bệnh không cho phép phẫu thuật nội soi.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện:** Bác sĩ phẫu thuật tiêu hóa.

**2. Phương tiện:**

- Bộ đại phẫu tiêu hóa, bộ dụng cụ phẫu thuật nội soi tiêu chuẩn, các phương tiện cần có kèm theo như dao điện, dao mổ siêu âm, dao mổ điện và hàn mạch (Ligasure, …), phương tiện khâu nối máy.

**3. Người bệnh:**

- Giải thích cho người bệnh và gia đình biết rõ tình trạng của người bệnh, về 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.

- Tối hôm trước ngày phẫu thuật: làm sạch khung đại tràng bằng thụt tháo hoặc bằng thuốc.

- Ngày phẫu thuật: nhịn ăn, uống; đi tiểu trước khi lên bàn mổ.

**4. Hồ sơ bệnh án:** Theo quy định bộ y tế, được bác sỹ kiểm tra đầy đủ các xét nghiệm, có chữ ký thông qua mổ và giấy cam đoan mổ.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Kiểm tra hồ sơ:** Đầy đủ theo quy định Bộ Y tế.

**2. Kiểm tra người bệnh:** Đúng người (tên, tuổi,…), đúng bệnh.

**3. Thực hiện kỹ thuật:**

3.1. Tư thế: nằm ngửa, đùi hơi thấp, dạng để có thể kiểm tra ruột sa trong khi phẫu thuật. Người thực hiện đứng bên phải người bệnh, phụ 1 đứng bên đối diện, phụ 2 đứng bên trái Người thực hiện và giữ camera.

3.2. Vô cảm: mê nội khí quản.

3.3. Kỹ thuật

3.3.1. Đặt trocar: Thường đặt 4 trocar tại các vị trí như sau:

- Dưới rốn: sử dụng ống camera (trocar 10mm - số1), bơm hơi với áp lực từ 8 -10 mmHg, tốc độ 1.8-2 l/p ( sau ổn định có thể điều chỉnh áp lực ổ bụng).

- Hố chậu phải: ngang gai chậu trước trên phải, vào trong 2 khoát ngón tay (trocar 12mm - số 2), sử dụng dao siêu âm, dụng cụ cắt nối trực tràng.

- Mạng sườn phải: bờ ngoài cơ thẳng to phải, cách trocar số 2 khoảng 10 cm (trocar 5mm hoặc 10mm - số 3), sử dụng panh thông thường hoặc panh Babcock (số 5mm hoặc 10mm).

- Hố chậu trái: (trocar 5mm - số 4).

3.3.2. Thăm dò

Đánh giá thương tổn và các tạng trong ổ bụng. Đưa người bệnh về tư thế đầu thấp tối đa, nghiêng sang phải. Gạt ruột non lên cao, sang phải để bộc lộ rõ vùng tiểu khung và nửa bụng trái.

3.3.3. Giải phóng trực tràng:

- Mở bờ phải mạc treo đại tràng xích ma - trực tràng ngay trên ụ nhô. Phẫu tích giải phóng đại tràng xích ma - trực tràng từ trên xuống dưới, từ trước ra sau, từ trái sang phải. Chú ý niệu quản, mạch chậu trái. Phẫu tích mạc treo trực tràng phía sau đúng lớp vô mạch nằm giữa cân sau mạc treo trực tràng và mặt trước xương cùng cụt. Không phẫu tích quá thô bạo, tránh thương tổn rách tĩnh mạch trước xương cùng, rất khó cầm máu. Phẫu tích đến mặt trên khối cơ nâng, sát lớp cơ vòng hậu môn.

- Phẫu tích bờ trái trực tràng: từ hố chậu trái đi xuống, mở lá phúc mạc bên trái để lộ ra khoang phía sau trực tràng. Dùng dao điện hoặc dao siêu âm cắt lá phúc mạc bờ trái trực tràng.

- Phẫu tích mặt trước trực tràng khỏi bàng quang, tuyến tiền liệt, hai túi tinh ở nam (tử cung, âm đạo ở nữ) vừa đủ dưới nếp phúc mạc tiểu khung khoảng 4cm. Kết thúc thì mổ này, trực tràng đã hoàn toàn tự do khỏi phúc mạc và các thành phần treo giữ ở tiểu khung.

3.3.4. Cố định trực tràng

- Khâu lớp thanh cơ trực tràng với ụ nhô, cân trước xương cùng 4 mũi chỉ prolene, tránh khâu vào tĩnh mạch chậu. Sau khi cố định cần kiểm tra lại từ phía hậu môn, kéo trực tràng lên đủ cao.

- Có thể cố định trực tràng với ụ nhụ giỏn tiếp bằng miếng Ivalon, Teflon.

- Đặt dẫn lưu tiểu khung qua nội soi nếu cần thiết, rút và đóng các lỗ trocar.

**VI. CHĂM SÓC VÀ THEO DÕI**

1. Theo dõi tình trạng toàn thân và tại vùng phẫu thuật:

- Mạch, huyết áp, nhịp thở, nhiệt độ, tri giác.

- Theo dõi tại vết mổ: chảy máu, chảy dịch, đau.

- Theo dõi lượng dịch xuất nhập

2. Dùng thuốc giảm đau, kháng sinh, duy trì cân bằng lượng dịch xuất nhập.

3. Cho người bệnh ăn nhẹ khi có trung tiện, tập vận động sớm.

4. Săn sóc vết mổ: thay băng vết mổ. Khi có hiện tượng bất thường như chảy máu, thấm dịch nhiều phải kiểm tra vết mổ

**VII. BIẾN CHỨNG VÀ XỬ TRÍ BIẾN CHỨNG**

1. Trong phẫu thuật

- Chảy máu: nếu không cầm được bằng nội soi, nên chuyển mổ mở.

- Tổn thương các tạng lân cận: có thể phải chuyển mổ mở kiểm tra và xử trí theo tình huống cụ thể.

2. Sau phẫu thuật

- Táo bón: do khâu gây gập góc, hoặc làm hẹp lòng trực tràng: trong trường hợp nặng phải mổ lại.

- Tái phát: do phẫu thuật tích không đủ kéo trực tràng lên cao, phải mổ lại.

## 396. NỘI SOI CẮT POLYP DẠ DÀY

**I. ĐẠI CƯƠNG**

- Cắt polyp dạ dày là một kỹ thuật trong phẫu thuật cắt dạ dày không điển hình hay còn gọi là cắt dạ dày hình chêm là phẫu thuật cắt bỏ 1 phần dạ dày chứa khối u.

- Phẫu thuật nọi soi (PTNS) cắt dạ dày không điển hình là phẫu thuật phức tạp, đòi hỏi phải được thực hiện bởi các bác sĩ chuyên khoa tiêu hóa và phải chuẩn bị người bệnh thật tốt trước khi phẫu thuật.

**II. CHỈ ĐỊNH**

- Các khối u dưới niêm mạc dạ dày như u cơ, GIST... nằm cách tâm vị và môn vị tối thiểu 2cm, U không quá lớn và không có xâm lấn cơ quan lân cận.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Thể trạng người bệnh quá kém.

- Chống chỉ định tương đối: Người bệnh quá già có các bệnh lý phối hợp nặng của tim mạch, hô hấp...

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**:

- Người thực hiện chuyên khoa tiêu hóa

**2. Phương tiện:**

- Dàn máy nội soi với các phương tiện chuyên dụng, dao cắt đốt siêu âm, máy khâu nối nội soi.

- Bộ dụng cụ mổ mở đại phẫu tiêu hóa.

**3. Người bệnh:**

- Nội soi dạ dày - tá tràng, Xquang điện toán cắt lớp có cản quang để chẩn đoán vị trí, kích thước, liên quan các cơ quan lân cận, và đánh giá các tổn thương phối hợp.

- Làm các xét nghiệm cơ bản.

- Điều trị nâng cao thể trạng người bệnh trước phẫu thuật đảm bảo điều chỉnh tốt các rối loạn sinh hóa và hồi phục đủ lượng albumin, protide máu.

- Nhịn ăn trước mổ 6 giờ.

**4. Hồ sơ bệnh án:**

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

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Kiểm tra hồ sơ:**

- Kiểm tra hồ sơ được chuẩn bị đầy đủ và đúng người bệnh

**2. Kiểm tra người bệnh.**

**3. Thực hiện kỹ thuật:**

3.1. Vô cảm: Gây mê nội khí quản

3.2. Tư thế: Người bệnh nằm ngửa, 2 chân dạng

3.3. Kỹ thuật:

Vị trí trocar: thường đặt 5 trocar ở các vị trí sau:

- Dưới rốn: sử dụng ống camera (trocar 10mm - số 1), bơm hơi với áp lực từ 8 -10 mmHg, tốc độ 1.8-2 l/p ( sau ổn định có thể điều chỉnh áp lực ổ bụng).

- Hông phải: ngang rốn, cạnh đường trắng bên (trocar 12mm - số 2), sử dụng dao siêu âm, đụng cụ khâu nối máy...;

- Dưới sườn phải: phía ngoài trocar số 2 khoảng 5cm (trocar 5mm - số 3);

- Hông trái: đối diện trocar số 2 (trocar 5mm - số 4);

- Dưới sườn trái: đối diện trocar số 3 (trocar 5mm - số 5);

Thăm dò và đánh giá tổn thương:

Đánh giá thương tổn và các tạng trong ổ bụng. Đánh giá liên quan của khối u với tâm vị và môn vị. Đối với các tổn thương nhỏ thì cần kết hợp với nội soi dạ dày trong mổ để đánh dấu vị trí khối u.

Cắt dạ dày không điển hình: tùy vị trí khối u dưới niêm dạ dày mà đi động dạ dày thích hợp.

U ở bờ cong lớn: làm sạch mạc nối lớn quanh tổn thương sau đó khâu đánh dấu vị trí tổn thương. Có thể dùng dao cắt đốt siêu âm cắt thành dạ dày cách khối u 2cm, sau đó khâu thành dạ dày lại bằng chỉ tan 1 hoặc 2 lớp, hoặc dùng 2 máy khâu nối thẳng cắt hình chêm quanh U.

U ở đáy vị: thắt các mạch máu vị mạc nối trái và vị ngắn để di động đáy vị, làm sạch mạc nối lớn dọc theo bờ cong lớn ở đáy vị. Dùng 2 máy khâu nối thẳng cắt hình chêm quanh U.

U ở bờ cong nhỏ: làm sạch mạc nối nhỏ quanh u, cần chú ý bảo tồn thần kinh X, nếu tổn thương thần kinh X thì phải nong môn vị. Có thể dùng dao cắt đốt siêu âm cắt thành dạ dày cách khối u 2cm, sau đó khâu thành dạ dày lại bằng chỉ tan 1 hoặc 2 lớp, hoặc dùng 2 máy khâu nối thẳng cắt hình chêm quanh U.

U ở mặt sau dạ dày: mở mặt trước dạ dày, xác định vị trí khối u ở mặt sau. Có thể dùng dao cắt đốt siêu âm cắt thành dạ dày cách khối u 2cm, sau đó khâu thành dạ dày lại bằng chỉ tan 1 hoặc 2 lớp, hoặc dùng 2 máy khâu nối thẳng cắt hình chêm quanh U. Sau đó khâu kín lại mặt trước bằng chỉ tan.

Tùy vị trí tổn thương, nếu có thể, nên khâu tăng cường đường khâu nối máy.

Dẫn lưu và đóng bụng:

Dẫn lưu dưới gan hoặc hố lách tùy vị trí khối u.

Lấy bệnh phẩm qua lỗ trocar rốn.

Đóng lại các lỗ trocar.

**V. THEO DÕI**

Theo dõi tương tự như mọi trường hợp phẫu thuật tiêu hóa nói chung. Sau phẫu thuật sử dụng 1 loại kháng sinh từ 5 đến 7 ngày, bồi hoàn đủ nước, điện giải, năng lượng hằng ngày. Chú ý bù đủ albumin, protide máu.

**VI. XỬ TRÍ TAI BIẾN**

Chảy máu: nếu không cầm được qua PTNS, nên chuyển mổ hở.

Tổn thương lách, tụy, đại tràng ngang...tùy mức độ có thể xử lý bằng PTNS hoặc chuyển mổ mở nếu cần.

Các biến chứng sau mổ

Chảy máu sau mổ:

Chảy máu trong ổ bụng, cần theo dõi sát, cần thiết phải phẫu thuật lại ngay qua nội soi hoặc mổ mở.

Chảy máu đường khâu nối, tùy mức độ có thể điều trị nội khoa, nội soi cầm máu, hoặc mổ lại nếu thất bại.

Viêm phúc mạc do bục - xì chỗ khâu dạ dày :

Mổ lại, tùy mức độ tổn thương để có hướng xử lý thích hợp.

Áp xe tồn lưu sau mổ :

Nếu áp xe khu trú, có thể điều trị nội khoa hoặc chọc dẫn lưu dưới hướng dẫn siêu âm. Mổ lại được đặt ra khi điều trị nội khoa thất bại.

Nếu áp xe nằm giữa các quai ruột thì phải mổ lại làm sạch và dẫn lưu ổ bụng.

## 397. NỘI SOI CẮT POLYP TRỰC TRÀNG, ĐẠI TRÀNG

**I. ĐỊNH NGHĨA**

Cắt polyp qua nội soi là phương pháp điều trị, thường là cắt poyp ở trực tràng, đại tràng. Polyp dạ dày hành tá tràng ít gặp hơn. Kỹ thuật cắt polyp còn có ý nghĩa ngăn ngừa biến chứng ung thư hóa của các polyps này.

**II. CHỈ ĐỊNH**

Nội soi ống tiêu hóa phát hiện tổn thương polyp

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Rối loạn đông máu cầm máu.

Người bệnh đang dùng thuốc chống đông.

Người bệnh có chống chỉ định nội soi dạ dày (xin xem quy trình nội soi dạ dày).

Người bệnh có chống chỉ định soi đại tràng (xin xem quy trình nội soi đại tràng)

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

01 Bác sĩ đã được cấp chứng chỉ nội soi

02 điều dưỡng

**2. Phương tiện**

01 máy nội soi dạ dày, đại tràng ống mềm có kênh hoạt động lớn hoặc có 2 kênh hoạt động

Thòng lọng cắt polyp bằng nhiệt điện với kích thước khác nhau và các loại dây khác nhau.

Các kìm nhiệt

Kìm gắp polyp ra ngoài

Lưới đựng polyp

Dụng cụ cầm máu: cllip, đầu dò nhiệt, máy APC

Catheter để bơm chất nhuộm máu khi cần

Nguồn cắt điện: sử dụng dòng điện xoay chiều với tần số cao trên 106 chu kỳ/giây. Với tần số này không gây ra điện giật, không kích thích sợi thần kinh cơ nên không gây rung thất. Nguồn cắt có nhiều công suất khác nhau. Để cắt polyp thường dùng công suất 175w.

**3. Người bệnh**

Phải làm sạch vùng polyp cần cắt.

Nếu là polyp ở thực quản, dạ dày tá tràng: Người bệnh phải nhịn ăn trước đó ít nhất 6 giờ.

Nếu là polyp ở đại tràng: chuẩn bị giống soi đại tràng.

Nếu là polyp ở trực tràng: phải thụt tháo sạch phân.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

1. Kiểm tra hồ sơ :Kiểm tra xét nghiệm

Nhóm máu

Công thức máu Tiểu cầu >50G/l

Đông máu cơ bản PT>60%

Xét nghiệm HIV, HbsAg, Anti HCV

**2. Kiểm tra người bệnh**

Người bệnh đã được làm sạch vùng polyp cần cắt

Đã được giải thích đầy đủ về quá trình làm kỹ thuật và các biến chứng có thể xảy ra

**3. Thực hiện kỹ thuật**

*3.1. Loại polyp có cuống*

- Đưa thòng lọng đến vị trí polyp, mở thòng lọng ôm lấy đầu polyp rồi tụt xuống ôm lấy cuống polyp. Đẩy vỏ ngoài của thòng lọng sát với cuống của polyp.

- Thắt từ từ thòng lọng cho đến khi có cảm giác chặt tay rồi kéo nhẹ đầu polyp lên.

- Kiểm tra xem niêm mạc thành ống tiêu hóa có chui vào trong thòng lọng hay không. Nếu có niêm mạc nằm trong thòng lọng phải để thòng lọng ra khỏi vỏ catheter rồi mở thòng lọng ra và nhấc thòng lọng ra khỏi đầu polyp. Thắt lại polyp.

- Cũng có thể đẩy vỏ catheter của thòng lọng vượt lên vị trí của đầu polyp rồi mở thòng lọng ra trùm vào đầu polyp.

- Nguồn cắt điện được sử dụng trong vòng 2-3 giây, xen kẽ giữa pha cầm máu và pha cắt. Trong khi thòng lọng sẽ từ từ thắt chặt lại cho đến khi polyp bị cắt rời hoàn toàn.

- Lấy polyp ra ngoài để xét nghiệm mô bệnh học.

- Dùng thòng lọng kéo polyp ra ngoài.

- Dùng kìm kẹp gắp polyp rồi kéo nó ra ngoài.

- Hút áp lực cao để polyp dính chặt vào đầu đèn soi và kéo ra ngoài cùng máy soi.

- Nếu polyp có kích thước nhỏ có thể hút polyp và hứng bằng lưới mà không cần phải rút máy soi.

- Phải ghi rõ vị trí của polyp vào giấy xét nghiệm mô bệnh học.

*3.2. Loại polyp không cuống*

- Cần tạo ra một cuống cho polyp: Dùng dung dịch Adrenalin 1/10.000 tiêm dưới niêm mạc để đẩy polyp lên, sau khi trùm thòng lọng qua đầu polyp thì thắt từ từ thòng lọng để chu vi của thòng lọng nhỏ hơn đầu của polyp- thòng lọng sẽ không bị tụt ra khỏi polyp. Sau đó kéo thòng lọng lên phía đầu của polyp sao cho làm tách lớp niêm mạc ra khỏi lớp cơ niêm sẽ làm giảm nguy cơ thủng.

- Hoặc phải cắt polyp làm nhiều mảnh nhỏ

- Sau khi tạo được cuống polyp rồi, lấy polyp như phần trên.

Polyp nhỏ là những polyp có đường kính <6mm, có thể cắt polyp bằng kìm sinh thiết lạnh. Ngày nay hạn chế dùng kìm sinh thiết nóng do nguy cơ dễ gây thủng.

Dùng kìm kẹp vào polyp rồi tạo cuống giả cho polyp bằng cách nhấc kìm kéo polyp lên cao ra xa niêm mạc và đốt điện trong vài giây cho đến khi màu của đỉnh polyp chuyển sang màu trắng đục giống hình ảnh đám tuyết phủ trên đỉnh núi sau đó dứt mạnh mảnh polyp cho đến khi nó rời ra.

**VI. THEO DÕI**

1. Theo dõi ngay sau cắt

Người bệnh nằm nội trú tại bệnh viện trong 24 giờ

Dặn người bệnh các triệu chứng báo động: đau bụng đi ngoài ra máu

Theo dõi lâu dài:

Tùy theo mô bệnh học mà có kế hoạch theo dõi thích hợp để kiểm tra.

**VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ**

1. Chảy máu:

- Hay gặp nhất

- Xử trí:

+ Truyền máu và máu tự cầm.

+ Áp dụng các phương pháp cầm máu qua nội soi

+ Tiêm cầm máu, kẹp clip

+ Đầu dò nhiệt

+ Đốt điện hay máy APC.

2. Thủng

- Điều trị bảo tồn: khi đại tràng chuẩn bị sạch, kháng sinh, nuôi dưỡng đường tĩnh mạch, hút dạ dày liên tục.

- Xử trí lỗ thủng bằng nội soi hoặc phẫu thuật sớm

3. Hội chứng sau cắt polyp

Kháng sinh, nuôi dưỡng đường tĩnh mạch và hút dạ dày liên tục.

## 398. PHẪU THUẬT NỘI SOI KHÂU THỦNG DẠ DÀY

**I. ĐẠI CƯƠNG**

- Thủng ổ loét dạ dày là một biến chứng nặng thường gặp của bệnh lý loét dạ dày đôi khi của ung thư dạ dày. Thuật ngữ thủng dạ dày thường dùng không bao gồm các vết thương làm thủng hay chấn thương làm vỡ rách dạ dày. Thủng dạ dày là cấp cứu ngoại khoa, cần phải can thiệp phẫu thuật cấp cứu, vì chỉ có mổ sớm mới cứu sống người bệnh .

**II. CHỈ ĐỊNH**

- Tất cả người bệnh được chẩn đoán thủng dạ dày

- Phân loại tình trạng sức khỏe theo ASA ≤ 3

- Thời gian từ khi thủng tới khi vào viện ≤ 24 giờ.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Với người bệnh chống chỉ định phẫu thuật nội soi (PTNS).

- Với bệnh lý thủng ổ loét dạ dày:

+ Có xuất huyết tiêu hóa đi kèm.

+ Có tiền sử hoặc triệu chứng hẹp môn vị đi kèm.

+ Thủng do ung thư.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**: Bác sĩ chuyên khoa ngoại tiêu hóa.

**2. Phương tiện:** Hệ thống phẫu thuật nội soi đồng bộ.

**3. Người bệnh:**

- Tiến hành các xét nghiệm cấp cứu cần thiết.

- Kháng sinh trước mổ: cephalosporin thế hệ 3 tiêm tĩnh mạch.

- Đặt ống thông dạ dày.

- Truyền dịch để bù nước và điện giải.

- Vệ sinh vùng mổ.

- Đặt ống thông tiểu

- Giải thích cho người bệnh và người nhà người bệnh về các bước điều trị và các tai biến có thể xảy ra trong mổ.

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

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Kiểm tra hồ sơ:** Đầy đủ theo quy định Bộ Y tế.

**2. Kiểm tra người bệnh:** Đúng người (tên, tuổi,…), đúng bệnh.

**3. Thực hiện kỹ thuật:**

3.1. Gây mê: Nội khí quản.

3.2. Tư thế:

- Người bệnh nằm tư thế đầu cao, chân thấp một góc 15-30 độ, phẫu thuật viên chính đứng phía bên trái người bệnh, người cầm camera đứng bên trái phẫu thuật viên chính, dụng cụ viên đứng bên phải người bệnh.

3.3. Kỹ thuật:

- Thì 1: Đặt optic 10 mm và bơm hơi với áp lực từ 8 -10 mmHg, tốc độ 1.8-2 l/p ( sau ổn định có thể điều chỉnh áp lực ổ bụng)

+ Dùng Allis kẹp dọc rốn nâng rốn lên; Rạch da ngang dưới rốn theo chiều từ trên xuống dưới. Dùng phẫu tích mở mạc rốn, cân rốn để vào ổ phúc mạc. Sau khi đặt trocar, bơm hơi ổ phúc mạc với áp lực từ 8 -12 mmHg.

- Thì 2: Kiểm tra, đánh giá tình trạng lỗ thủng và ổ phúc mạc. Tiếp tục đặt 2 trocar 5mm vào 2 bên hông phải và trái.

+ Tiến hành lấy dịch ổ phúc mạc làm kháng sinh đồ. Đánh giá tình trạng của dạ dày và môn vị bao gồm tình trạng giãn của dạ dày, tình trạng co kéo và dính của môn vị. Đánh giá tình trạng lỗ thủng bao gồm vị trí, đường kính, độ xơ chai và mức độ ảnh hưởng đến các cơ quan xung quanh, sinh thiết để đánh giá xem có biểu hiện ác tính không.

- Thì 3: Khâu lỗ thủng.

+ Phương pháp khâu thủng: dùng chỉ liền kim loại tiêu chậm Vicryl 2.0 hoặc 3.0 dài khoảng 18-20 cm. Dùng dụng cụ kéo dạ dày xuống để bộc lộ lỗ thủng. Nếu lỗ thủng < 1 cm, khâu một mũi chữ X toàn thể, hướng khâu đi theo trục của ống tiêu hoá. Nếu lỗ thủng >1cm thường phải khâu 2-3 mũi rời, khâu theo chiều của ống tiêu hoá để khi thắt chỉ đường khâu nằm ngang không gây hẹp môn vị. Sau khi khâu có thể phủ mạc nối lớn lên đường khâu và dùng chỉ cố định vào đường khâu trong trường hợp ổ loét xơ chai.

- Thì 4: Rửa ổ bụng.

+ Hút sơ bộ dịch trong ổ phúc mạc. Sau đó tiến hành rửa ổ phúc mạc theo từng vùng từ góc ¼ trên phải đến ¼ trên trái, dưới trái, dưới phải và túi cùng Douglas. Khi rửa đảm bảo sạch toàn bộ các chất bẩn và giả mạc trong bụng. Kết hợp với thay đổi tư thế người bệnh để rửa sạch các khoang. Dịch rửa được lựa chọn là nước muối sinh lý đẳng trương. Có thể đặt dẫn lưu dưới gan hay dẫn lưu túi cùng Douglas bằng ống thông dạ dày.

- Thì 5: Đóng các lỗ trocar.

**VI. THEO DÕI**

- Ống thông dạ dày được giữ cho đến khi người bệnh có nhu động ruột, thời gian đặt ống thông dạ dày ít nhất là 48 giờ; Bù nước và điện giải; Nuôi dưỡng đường tĩnh mạch cho đến khi người bệnh ăn trở lại được. Cho ăn trở lại sau khi rút ống thông dạ dày.

- Dẫn lưu ổ bụng nếu có sẽ được rút khi không còn chảy dịch, thường từ 24- 48 giờ;

- Kháng sinh dùng theo chế độ kháng sinh điều trị, đượcdùng tới 5 ngày hoặc đến khi hết sốt.

- Dùng các thuốc kháng tiết như thuốc ức chế bơm proton hoặc thuốc ức chế thụ thể H2 được bắt đầu ngay sau mổ như Zantac 50 mg, 3 lần mỗi ngày hoặc Omeprazole 40mg,1 lần mỗi ngày.

- Sử dụng phác đồ tiệt trừ HP như OCA (omeprazole, clarithromycin, amoxycillin), OAM (omeprazole, amoxycillin, metronidazole)

- Người bệnh dậy vận động sau mổ 24 giờ.

**VII. XỬ TRÍ TAI BIẾN**

- Chảy máu: phải mổ lại cầm máu.

- Bục hay dò chổ khâu: khâu lại chổ bục hoặc dẫn lưu.

- Áp xe tồn dư: có thể mổ lại hoặc điều trị kháng sinh kèm chọc hút.

## 399. PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT DẦY DÍNH TRONG Ổ BỤNG

**I. ĐẠI CƯƠNG**

- Phần lớn các người bệnh trải qua phẫu thuật bụng đều có dính ruột sau mổ, trong số các người bệnh tắc ruột này thì nguyên nhân dính chiếm 65%-75%.

- Phẫu thuật nội soi điều trị tắc ruột được tin là làm giảm nguy cơ gây dính so với mổ mở trên thực nghiệm và lâm sàng.

**II. CHỈ ĐỊNH**

- Người bệnh được chẩn đoán tắc ruột sau mổ, có chỉ định phẫu thuật.

- Số lần phẫu thuật vì tắc ruột không quá 3 lần.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Người bệnh có chống chỉ định của bơm hơi ổ bụng: bệnh tim-phổi nặng, tăng áp lực nội sọ.

- Rối loạn đông máu nặng.

- Người bệnh tắc ruột sau mổ có dấu hiệu viêm phúc mạc…

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện kỹ thuật:**

- Phẫu thuật viên có kinh nghiệm trong phẫu thuật nội soi ổ bụng, đã được đào tạo để thực hiện phẫu thuật nội soi.

- Bác sĩ gây mê hồi sức: Có kinh nghiệm trong gây mê hồi sức phẫu thuật nội soi.

- Dụng cụ viên: Đã được đào tạo qua lớp kỹ thuật viên dụng cụ nội soi.

**2. Phương tiện, dụng cụ:**

- Hệ thống giàn máy phẫu thuật nội soi

- Các dụng cụ nội soi cơ bản.

- Hệ thống dao hàn mạch, máy cắt nối ống tiêu hóa nội soi.

- Hệ thống máy thở, cáp động mạch.

- Bàn mổ có thể thay đổi tư thế người bệnh trong mổ…

**3. Người bệnh:**

- Được thăm khám tỉ mỉ, phát hiện các bệnh lý phối hợp.

- Được giải thích về kế hoạch điều trị và đồng ý thực hiện phẫu thuật nội soi.

- Người bệnh được bồi phụ nước điện giải trước mổ, đặt Sonde dạ dày, Sonde tiểu.

- Được bác sĩ gây mê hồi sức khám trước mổ.

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

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Kiểm tra hồ sơ**: Đầy đủ theo quy định Bộ Y tế.

**2. Kiểm tra người bệnh**: Đúng người (tên, tuổi,…), đúng bệnh.

**3. Thực hiện kỹ thuật:**

3.1. Vô cảm: Người bệnh được gây mê nội khí quản.

3.2. Tư thế người bệnh, vị trí kíp mổ:

- Người bệnh nằm ngửa, với tư thế đầu cao hay thấp, nghiêng phải hay trái tuỳ theo yêu cầu khi mổ. Người bệnh cần được đặt ống thông đái, sonde dạ dày.

- Vị trí kíp mổ: Tuỳ thuộc vào vị trí thăm dò và xử lý thương tổn. Thông thường phẫu thuật viên đứng khác bên đối với vị trí thăm dò hay xử lý thương tổn. Ví dụ để can thiệp tầng trên ổ bụng, phẫu thuật viên đứng giữa 2 chân người bệnh, để can thiệp tầng dưới ổ bụng, phẫu thuật viên đứng về phía đầu người bệnh. Người phụ cầm camera đứng cùng bên với phẫu thuật viên. Màn hình được để vuông góc với hướng nhìn của phẫu thuật viên.

**3.3. Kỹ thuật:**

- Vị trí đặt trocar: Trocar đầu tiên được đặt là trocar 10 dành cho camera. Để vào được khoang bụng bằng nội soi cần lên kế hoạch và có hiểu biết rõ trong ổ bụng cũng như giải phẫu thành bụng để tránh biến chứng. Vị trí của các đường mổ trước, vị trí dẫn lưu, các mạch thành bụng, tiền sử viêm phúc mạc. Tất cả các yếu tố trên ảnh hưởng tới chọn vị trí đặt trocar đầu tiên. Khi vị trí quanh rốn có nghi ngờ thì vị trí 1/4 trên rốn bên trái thường được lựa chọn do phúc mạc ít bị dính và lách nằm sâu trong hố lách.

- Thường trocar này được đặt bằng kỹ thuật mở của Hasson với trocar đầu tù và nhìn trực tiếp vào ổ bụng qua lỗ mở qua thành bụng để đặt trocar.

- Đảm bảo đủ không gian để tiến hành phẫu thuật gỡ dính là một yếu tố quan trọng trong điều trị tắc ruột bằng phẫu thuật nội soi. Với áp lực bơm hơi lên tới 15mmHg và tốc độ bơm tới 2 lít, người bệnh đã giãn cơ tốt, ngủ sâu mà không đủ khoảng không để phẫu tích thì nguy cơ mổ mở cao. Bơm hơi ổ bụng thường không vượt quá 12mmHg, kết hợp với giãn cơ tốt, OTDD tốt để nhằm bộc lộ rộng rãi. Với camera thì hai loại ống kính 0 0 và 300 được khuyên sử dụng để có khoảng nhìn tốt. Kết hợp với nghiêng bàn phẫu thuật hợp lý để dồn ruột về một vị trí giúp làm tăng khoảng không làm việc. Người bệnh có thể nằm tư thế đầu dốc hoặc cao, có thể nghiêng bàn sang các bên để có khoảng không tốt nhất trong ổ bụng.

Tiếp theo là bơm hơi và dùng ống kính camera để quan sát đánh giá ổ bụng và đặt các lỗ trocar tiếp theo. Thường trocar số hai lựa chọn cho tay phải của phẫu thuật viên và phẫu thuật viên đứng đối diện với khu vực bụng trướng nhất. Sau khi có được trocar thứ hai thì có thể dùng kéo để phẫu tích, đây là một dụng cụ rất tốt trong việc gỡ dính, khi ruột quá dính vào thành bụng có thể phẫu tích sâu vào thành bụng để hạn chế tổn thương thanh cơ của ruột. Một khi đã đặt được hai trocar thì có thể tiến hành gỡ dính các tạng khỏi thành bụng. Sau đó đặt trocar thứ ba theo nguyên lý tam giác, đây là lỗ trocar để dùng dụng cụ kẹp nâng ruột để thực hiện gỡ dính. Tuy nhiên số lượng trocar và vị trí phải dựa vào tình trạng bệnh lý trong ổ bụng và di chuyển camera giữa các trocar để có thể nhìn thấy rõ nhất. Về nguyên tắc, số lượng, vị trí trocar tuỳ thuộc vào hình thể người bệnh , thương tổn.

- Kỹ thuật xử trí tổn thương: Cách tốt nhất là xác định vị trí tắc bằng lần theo quai ruột và nhận ra ranh giới giữa quai phồng và quai xẹp. Đây là vị trí có nguyên nhân gây tắc. Nếu vị trí ranh giới không xác định rõ ngay từ đầu thì có thể lần ngược từ góc hồi manh tràng lên để tìm ranh giới này, và đôi khi có thể tìm thấy nguyên nhân là tắc do dây chằng hoặc do dính ruột. Khi thực hiện kẹp giữ các quai ruột chú ý tránh co kéo các quai ruột giãn hoặc cặp bằng các dụng cụ chấn thương dễ gây tổn thương ruột. Tuỳ theo khả năng thực hiện có thể cắt nối qua nội soi hay mở nhỏ đưa quai ruột tổn thương ra thành bụng để xử trí. Khi nguyên nhân gây tắc ruột đã được xử lý, tiến hành kiểm tra quai ruột về tình trạng mạch, nhu động, tình trạng thanh mạc.

**VI. THEO DÕI**

- Toàn trạng, dấu hiệu sinh tồn, tình trạng bụng, các dẫn lưu.

- Nuôi dưỡng tĩnh mạch đến khi người bệnh có trung tiện, bụng xẹp.

- Hướng dẫn người bệnh vận động sớm sau mổ.

**VII. XỬ TRÍ TAI BIẾN**

1. Tai biến:

- Chảy máu trong mổ: bộc lộ rõ nguyên nhân chảy máu và xử lý theo nguyên nhân.

- Tổn thương ruột non: khâu lại vị trí tổn thương hoặc cắt đoạn nếu tổn thương trên 1 đoạn dài.

2. Biến chứng:

- Chảy máu sau mổ: dựa vào dấu hiệu lâm sàng, dịch chảy qua dẫn lưu ổ bụng, xét nghiệm công thức máu. Điều trị nội khoa bằng bù dịch, bù máu…nếu tình trạng huyết động người bệnh ổn định.

- Rò tiêu hóa sau mổ: Mổ lại, khâu lỗ thủng hoặc đưa đầu ruột ra ngoài tùy thuộc tổn thương.

- Viêm phúc mạc sau mổ: Mổ lại để xử lý tổn thương.

- Tắc ruột sau mổ: Có thể do dính lại sau mổ. Theo dõi sát tình trạng người bệnh, điều trị nội khoa không đỡ thì cần mổ lại kiểm tra và xử lý nguyên nhân.

## 400. PHẪU THUẬT NỘI SOI THOÁT VỊ BẸN

**I. ĐẠI CƯƠNG**

- Thoát vị bẹn là hiện tượng tồn tại ống phúc tinh mạc, qua đó các tạng trong ổ bụng thường thoát vị xuống như: ruột, buồng trứng, mạc nối lớn... Thoát vị bẹn nếu không chữa thường ít tự khỏi và dễ tiến triển thành thoát vị bẹn bìu. Một số trường hợp khối thoát vị xuống không tự lên được gọi là thoát vị bẹn nghẹt là một tình trạng cần xử trí cấp cứu.

- Thoát vị bẹn thường gặp nhiều ở trẻ trai hơn trẻ gái, hay gặp ở trẻ sinh non, cân nặng thấp.

- Điều trị của bệnh là bắt buộc phải mổ. Ngày nay điều trị nội soi đã được áp dụng ở một số trung tâm trên thế giới, tuy nhiên còn nhiều tranh cãi về mổ nội soi hay mổ mở.

**II. CHỈ ĐỊNH**

Cho tất cả các trường hợp được chẩn đoán là thoát vị bẹn

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Rối loạn đông máu

- Bệnh lý toàn thân nặng

- Thoát vị bẹn nghẹt

- Các phẫu thuật ổ bụng trước đó có nguy cơ dính ruột

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện:** Phẫu thuật viên tiêu hóa, ngoại nhi

**2. Phương tiện**

Bộ dụng cụ phẫu thuật chuyên khoa, các vật tư tiêu hao, trang thiết bị cho một cuộc phẫu thuật nội soi tiêu hóa, bao gồm:

- Hệ thống camera và màn hình

- Hệ thống bơm khí CO2

- Dụng cụ: 3 troca 5mm; 1 optic 30 độ, 1 panh nội soi 5mm, một móc đốt 5mm, 1 kìm kẹp kim nội soi, 2 panh kẹp ruột nội soi.

- Bộ dụng cụ phẫu thuật thoát vị bẹn thông thường.

**3. Người bệnh:**

- Được làm đầy đủ các xét nghiệm chuẩn bị cuộc mổ.

- Được giải thích về quy trình, nguy cơ tai biến của phẫu thuật.

- Vệ sinh sạch sẽ, ăn nhẹ đến 22h ngày hôm trước, thụt tháo phân sạch, sáng ngày mổ: nhịn ăn uống, kháng sinh dự phòng

**4. Hồ sơ bệnh án:** Theo quy định bộ y tế, được bác sỹ kiểm tra đầy đủ các xét nghiệm, có chữ ký thông qua mổ và giấy cam đoan mổ.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Kiểm tra hồ sơ:** Đầy đủ theo quy định Bộ Y tế.

**2. Kiểm tra người bệnh:** Đúng người (tên, tuổi,…), đúng bệnh.

**3. Thực hiện kỹ thuật:**

3.1.Tư thế : Người bệnh nằm ngửa, nằm dọc theo chiều của bàn, phẫu thuật viên và phụ đứng bên đối diện với bên mổ,phụ dụng cụ đứng phía chân người bệnh, màn hình camera ở bên đối diện và ở phía chân người bệnh.

3.2.Vô cảm: gây mê toàn thân

3.3. Kỹ thuật:

- Đặt 1 troca qua rốn, bơm hơi với áp lực từ 8 -10 mmHg, tốc độ 1.8-2 l/p ( sau ổn định có thể điều chỉnh áp lực ổ bụng)

- Quan sát đánh giá bên thoát vị và bên còn lại xem có thoát vị kèm theo hay không.

- Đặt 2 troca ở 2 bên mạng sườn, trên rốn khoảng 1-2 cm để đưa dụng cụ phẫu thuật vào

- Đưa nội dung thoát vị trở lại ổ bụng .

- Tiến hành khâu lỗ thoát vị bằng chỉ Vicryl 4.0 chú ý tránh khâu vào bó mạch thừng tinh ở trẻ trai

- Kiểm tra bên đối diện, khâu lại lỗ bẹn nếu thấy lỗ bẹn rộng có nguy cơ thoát vị.

- Đóng bụng theo các lớp giải phẫu.

**VI. CHĂM SÓC VÀ THEO DÕI**

1. Theo dõi tình trạng toàn thân và tại vùng phẫu thuật:

- Mạch, huyết áp, nhịp thở, nhiệt độ, tri giác.

- Theo dõi tại vết mổ: chảy máu, chảy dịch, đau.

- Theo dõi lượng dịch xuất nhập

2. Dùng thuốc giảm đau, kháng sinh, duy trì cân bằng lượng dịch xuất nhập.

3. Cho người bệnh ăn nhẹ khi có trung tiện, tập vận động sớm.

4. Săn sóc vết mổ: thay băng vết mổ. Khi có hiện tượng bất thường như chảy máu, thấm dịch nhiều phải kiểm tra vết mổ

**VII. BIẾN CHỨNG VÀ XỬ TRÍ BIẾN CHỨNG**

- Chảy máu: Kiểm tra cầm máu

- Khâu vào bó mạch thừng tinh: cần cắt chỉ, khâu lại hoặc mổ mở như thông thường.

- Nhiễm trùng vết mổ: sử dụng kháng sinh theo kháng sinh đồ, thuốc sát trùng tại chỗ.

- Thoát vị tái phát: cần mổ mở lại.

## 401. PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT RUỘT THỪA

**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.

- Phẫu thuật cắt ruột thừa nội soi là 1 cấp cứu bụng ngoại khoa thường gặp nhất.

**II. CHỈ ĐỊNH**

- Viêm ruột thừa cấp

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Bệnh lý toàn thân quá nặng không cho phép can thiệp phẫu thuật

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện:**

- Phẫu thuật viên chuyên khoa ngoại tiêu hóa, hoặc phẫu thuật viên ngoại khoa có chứng chỉ phẫu thuật nội soi ổ bụng.

**2. Phương tiện:**

- Dàn máy nội soi

- Chỉ khâu các cỡ, các Hemolok, clip cặp gốc ruột thừa

- Dao siêu âm, hàn mạch nếu cần.

**3. Người bệnh:**

- Được làm đầy đủ các xét nghiệm chuẩn bị cuộc mổ.

- Được giải thích về quy trình, nguy cơ tai biến của phẫu thuật.

**4. Hồ sơ bệnh án:** Theo quy định bộ y tế, được bác sỹ kiểm tra đầy đủ các xét nghiệm, có chữ ký thông qua mổ và giấy cam đoan mổ.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

- Gây mê nội khí quản

- Tư thế nằm ngửa

- Bố trí bàn mổ: Người thực hiện bên phải. 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. bơm hơi với áp lực từ 8 -10 mmHg, tốc độ 1.8-2 l/p ( sau ổn định có thể điều chỉnh áp lực ổ bụng)

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.

Bước 6: Lấy bệnh phẩm ra đặt dẫn lưu ổ bụng nếu có viêm phúc mạc, đóng các vị trí trocar trên thành bụng.

**VI. 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 nguyên nhân.

- 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.

**VII. 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.

## 402. PHẪU THUẬT NỘI SOI ĐIỀU TRỊ THOÁT VỊ QUA KHE THỰC QUẢN

**I. ĐẠI CƯƠNG**

- Cơ hoành là một cấu trúc cân - cơ có hình vòm tạo thành vách ngăn, ngăn cách khoang ngực với khoang bụng. Sự hoàn chỉnh vách ngăn cơ hoành xảy ra vào tuần thứ 8 của thai kỳ.

- Cần phân biệt 2 loại thoát vị cơ hoành: một là thoát vị cơ hoành bẩm sinh ở trẻ em do thất bại trong quá trình phát triển của các nếp gấp phúc - phế mạc từ thời kỳ bào thai, tạo ra khiếm khuyết trên cơ hoành. Khiếm khuyết này làm thông thương khoang ngực với khoang bụng, thường xảy ra nhất là ở vùng sau, bên trái, hay còn gọi là thoát vị qua lỗ Bochdalek. Loại thứ hai không liên quan đến khiếm khuyết của cơ hoành trong quá trình tạo thai mà do tình trạng thoát vị qua một điểm yếu về mặt giải phẫu của cơ hoành-lỗ thực quản, nên còn gọi là thoát vị khe thực quản. Một trong những biểu hiện thường gặp nhất của thoát vị khe thực quản là hiện tượng trào ngược dịch vị từ dạ dày lên thực quản. Hiện tượng trào ngược này có liên quan đến một số yếu tố, trong đó có hoạt động của cơ thắt dưới thực quản. Thoát vị khe thực quản xảy ra ở người trẻ tuổi có thể là thoát vị bẩm sinh, những thoát vị mắc phải thường gặp ở người lớn tuổi.

**II. CHỈ ĐỊNH**

- Người bệnh được chẩn đoán là thoát vị hoành với hồ sơ đầy đủ xét nghiệm, chụp phim, nội soi. - Người bệnh có đủ điều kiện để mổ nội soi.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Thể trạng người bệnh quá yếu không chịu được phẫu thuật.

- Người bệnh già yếu, có nhiều bệnh phối hợp.

- Chống chỉ định chung của phẫu thuật nội soi

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện quy trình kỹ thuật:** bác sỹ chuyên ngành ngoại tiêu hóa.

**2. Phương tiện**: Hệ thống phẫu thuật nội soi và dụng cụ nội soi ổ bụng thông thường. Chỉ không tiêu đa sợi tổng hợp cỡ 2/0.

**3. Người bệnh:** giải thích tư vấn kỹ các tai biến và biến chứng có thể có, nhịn ăn uống trước mổ 12-24 giờ, bơm kích thích đại tiện trước phẫu thuật 12-24 giờ. Tắm và đánh rửa vùng bụng bằng dung dịch sát khuẩn dạng Microshield 1-2 lần trước mổ.

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

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Kiểm tra hồ sơ:** Đầy đủ theo quy định Bộ Y tế.

**2. Kiểm tra người bệnh**: Đúng người (tên, tuổi,…), đúng bệnh.

**3. Thực hiện kỹ thuật:**

3.1. Gây mê: Nội khí quản.

3.2. Tư thế: Người bệnh nằm ngửa đầu cao chân thấp một góc 300 so với mặt phẳng nằm ngang, hai chân dạng một góc 900 . Đặt ống thông dạ dày trước mổ.

3.3. Kỹ thuật:

- Đưa các tạng trở lại ổ bụng: dùng các kìm cặp ruột đưa các tạng trở lại ổ bụng. Nếu dính cần phải gỡ dính cẩn thận trách làm thủng các tạng.

- Bộc lộ 2 cột trụ hoành: Sau khi mở mạc nối nhỏ, dùng que gạt nâng thực quản bụng để bộc lộ 2 cột trụ hoành.

Khâu khép lại 2 cột trụ hoành bằng chỉ không tiêu đa sợi dạng Ethibon 2.0.

Chú ý vị trí khâu không làm chít hẹp thực quản.

Tốt nhất là đặt vào thực quản 1 ống thông có cỡ 24 – 26 Fr và khâu trên ống thông để đảm bảo không hẹp.

- Tạo van chống trào ngược kiểu Rossetti:

Đưa một kẹp không chấn thương luồn vào khoảng trống sau thực quản kéo nhẹ nhàng một phần phình vị lớn qua mặt sau thực quản sang bên phải thực quản.

Mũi khâu đầu tiên giữa phần phình vị lớn bên phải với mặt trước của phình vị lớn bên trái thực quản sao cho phần phình vị lớn dạ dày ôm quanh thực quản không quá chật cũng không quá rộng.

Thường cần khâu khoảng 3 - 4 mũi chỉ không tiêu để tạo ra được đoạn ống bằng phình vị lớn dài khoảng 3 - 4 cm bọc quanh thực quản. Để xác định chính xác độ rộng của van, đặt trong lòng thực quản ống thông có kích thước 24 - 26 Fr làm chuẩn.

Phía trên van được cố định vào chân cơ hoành trái. Phía dưới khâu một mũi cố định vào bên phải dạ dày.

Kiểm tra toàn bộ ổ bụng, hút sạch dưới hoành trái, phải, tháo hơi, rút các trocar, đóng các lỗ.

- Tạo van chống trào ngược kiểu Touper hoặc Dor

**VI. THEO DÕI**

- Như mọi trường hợp phẫu thuật đường tiêu hóa nói chung.

- Kháng sinh từ 2 đến 5 ngày.

- Cần lưu ý bồi phụ nước và điện giải.

**VII. XỬ TRÍ TAI BIẾN**

- Trong phẫu thuật:

+ Thủng thực quản: khâu ngay và tạo hình van toàn bộ.

+ Chảy máu: cặp clip cầm máu.

- Sau phẫu thuật:

+ Cháy máu: mổ lại cầm máu

+ Viêm phúc mạc do thủng tạng: mổ lại dẫn lưu hoặc khâu thủng tùy tình trạng ổ bụng.

+ Áp xe tồn dư trong ổ bụng: xác định bằng siêu âm hoặc chụp cắt lớp vi tính ổ bụng. Tùy kích thước hướng xử trí khác nhau: điều trị kháng sinh hoặc mổ, chích dẫn lưu.

## 403. PHẪU THUẬT NỘI SOI VỠ RUỘT TRONG CHẤN THƯƠNG BỤNG

**I. ĐẠI CƯƠNG**

- Phẫu thuật nội soi vỡ ruột trong chấn thương bụng kín để chỉ kỹ thuật mổ khâu một hay nhiều lỗ thủng ruột non do bị chấn thương bụng kín hoặc bệnh lý bằng phẫu thuật nội soi ổ bụng.

**II. CHỈ ĐỊNH**

- Thủng ruột non do bệnh lý

- Thủng ruột non do chấn thương bụng kín: có thể có nhiều lỗ

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

1. Người bệnh thể trạng yếu, sốc do nhiễm trùng, suy thở không cho phép bơm hơi ổ bụng.

2. Người bệnh có tiền sử mổ bụng nhiều lần

3. Ung thư di căn ra phúc mạc và di căn xa.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện:** Người thực hiện là phẫu thuật viên tiêu hóa.

**2. Phương tiện:**

- Phòng mổ có đầy đủ điều kiện tiến hành nội soi qua ổ bụng

- Bộ nội soi ổ bụng: Monitor, camera, nguồn sáng, nguồn CO2

- Hệ thống máy bơm và rửa hút dịch ổ bụng

- Hệ thống dao điện lưỡng cực và đơn cực, dao cắt đốt siêu âm

- Các dụng cụ vén gan, kẹp ruột, panh, kẹp, kéo nội soi ổ bụng

**3. Người bệnh:**

- Được làm đầy đủ các xét nghiệm chuẩn bị cuộc mổ.

- Được giải thích về quy trình, nguy cơ tai biến của phẫu thuật.

**4. Hồ sơ bệnh án:** Theo quy định bộ y tế, được bác sỹ kiểm tra đầy đủ các xét nghiệm, có chữ ký thông qua mổ và giấy cam đoan mổ.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Kiểm tra hồ sơ:** Đầy đủ theo quy định Bộ Y tế.

**2. Kiểm tra người bệnh:** Đúng người (tên, tuổi,…), đúng bệnh.

**3. Thực hiện kỹ thuật:**

3.1. Tư thế:

- Nằm ngửa, 2 chân khép, sonde tiểu

- Dàn nội soi bên phải người bệnh, phẫu thuật viên và người phụ bên trái, dụng cụ viên đối diện với phẫu thuật viên, có thể đổi chỗ khi cần thiết.

3.2. Vô cảm: Gây mê nội khí quản

3.3. Kỹ thuật:

- Đặt Trocar: 3 - 4 trocar (2 - 3 trocar 5mm và 1 trocar 10mm). Trocar 10mm (cho camera) đặt ngay sát dưới rốn; Hai trocar 5mm: 1 trocar đặt hố chậu trái, 1 trocar ở hố chậu phải và có thể đặt thêm 1 trocar 5mm nếu cần. bơm hơi với áp lực từ 8 -10 mmHg, tốc độ 1.8-2 l/p ( sau ổn định có thể điều chỉnh áp lực ổ bụng)

- Đánh giá tổn thương: Đầu tiên là quan sát ống bụng, số lượng dịch, có máu hay không (trong chấn thương bụng kín), nếu là chấn thương thì cần kiểm tra kỹ cả tạng đặc như lách, gan, tụy và thận. Dùng kìm kẹp ruột kiểm tra dạ dày, đại tràng, sau đó kiểm tra ruột non từ góc Treitz đến hồi tràng để tìm lỗ thủng. Trong quá trình kiểm tra có thể kết hợp hút sạch dịch và gửi để cấy và kháng sinh đồ.

- Súc rửa ổ bụng: Sau khi tìm thấy lỗ thủng thì tiến hành súc rửa ổ bụng, súc rửa bằng dung dịch NaCl 0,9% ấm.

- Xử lý lỗ thủng:

+ Nếu thủng do bệnh lý: xén mép lỗ thủng làm giải phẫu bệnh lý

+ Nếu lỗ thủng nhỏ, có thể khâu nội soi bằng 1 mũi chữ X

+ Nếu lỗ thủng lớn hoặc nhiều lỗ thủng xa nhau, mở bụng khoảng 2-3 cm, đưa quai ruột ra ngoài khâu ngang lại bằng chỉ tiêu chậm.

+ Nếu có nhiều lỗ thủng gần nhau kích thước lớn, mở bụng khoảng 2-3 cm đưa quai ruột ra ngoài, cắt đoạn ruột chứa các lỗ thủng, nối lại tận tận và đưa vào lại ổ bụng.

- Dẫn lưu bụng và đóng các lỗ trocar

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

- Chảy máu trong ổ bụng: 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.

## 404. PHẪU THUẬT NỘI SOI LỖ THỦNG RUỘT DO BỆNH LÝ HOẶC VẾT THƯƠNG BỤNG

**I. ĐẠI CƯƠNG**

- Phẫu thuật nội soi lỗ thủng ruột do bệnh lý hoặc vết thương bụng là để chỉ kỹ thuật mổ khâu một hay nhiều lỗ thủng ruột non do bị chấn thương bụng kín hoặc bệnh lý bằng phẫu thuật nội soi ổ bụng.

**II. CHỈ ĐỊNH**

- Thủng ruột non do bệnh lý

- Thủng ruột non do chấn thương bụng kín: có thể có nhiều lỗ

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

1. Người bệnh thể trạng yếu, sốc do nhiễm trùng, suy thở không cho phép bơm hơi ổ bụng.

2. Người bệnh có tiền sử mổ bụng nhiều lần

3. Ung thư di căn ra phúc mạc và di căn xa.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện:** Người thực hiện là phẫu thuật viên tiêu hóa.

**2. Phương tiện:**

- Phòng mổ có đầy đủ điều kiện tiến hành nội soi qua ổ bụng

- Bộ nội soi ổ bụng: Monitor, camera, nguồn sáng, nguồn CO2

- Hệ thống máy bơm và rửa hút dịch ổ bụng

- Hệ thống dao điện lưỡng cực và đơn cực, dao cắt đốt siêu âm

- Các dụng cụ vén gan, kẹp ruột, panh, kẹp, kéo nội soi ổ bụng

**3. Người bệnh:**

- Được làm đầy đủ các xét nghiệm chuẩn bị cuộc mổ.

- Được giải thích về quy trình, nguy cơ tai biến của phẫu thuật.

**4. Hồ sơ bệnh án:** Theo quy định bộ y tế, được bác sỹ kiểm tra đầy đủ các xét nghiệm, có chữ ký thông qua mổ và giấy cam đoan mổ.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Kiểm tra hồ sơ:** Đầy đủ theo quy định Bộ Y tế.

**2. Kiểm tra người bệnh:** Đúng người (tên, tuổi,…), đúng bệnh.

**3. Thực hiện kỹ thuật:**

3.1. Tư thế:

- Nằm ngửa, 2 chân khép, sonde tiểu

- Dàn nội soi bên phải người bệnh, phẫu thuật viên và người phụ bên trái, dụng cụ viên đối diện với phẫu thuật viên, có thể đổi chỗ khi cần thiết.

3.2. Vô cảm: Gây mê nội khí quản

3.3. Kỹ thuật:

- Đặt Trocar: 3 - 4 trocar (2 - 3 trocar 5mm và 1 trocar 10mm). Trocar 10mm (cho camera) đặt ngay sát dưới rốn; Hai trocar 5mm: 1 trocar đặt hố chậu trái, 1 trocar ở hố chậu phải và có thể đặt thêm 1 trocar 5mm nếu cần. bơm hơi với áp lực từ 8 -10 mmHg, tốc độ 1.8-2 l/p ( sau ổn định có thể điều chỉnh áp lực ổ bụng)

- Đánh giá tổn thương: Đầu tiên là quan sát ống bụng, số lượng dịch, có máu hay không (trong chấn thương bụng kín), nếu là chấn thương thì cần kiểm tra kỹ cả tạng đặc như lách, gan, tụy và thận. Dùng kìm kẹp ruột kiểm tra dạ dày, đại tràng, sau đó kiểm tra ruột non từ góc Treitz đến hồi tràng để tìm lỗ thủng. Trong quá trình kiểm tra có thể kết hợp hút sạch dịch và gửi để cấy và kháng sinh đồ.

- Súc rửa ổ bụng: Sau khi tìm thấy lỗ thủng thì tiến hành súc rửa ổ bụng, súc rửa bằng dung dịch NaCl 0,9% ấm.

- Xử lý lỗ thủng:

+ Nếu thủng do bệnh lý: xén mép lỗ thủng làm giải phẫu bệnh lý

+ Nếu lỗ thủng nhỏ, có thể khâu nội soi bằng 1 mũi chữ X

+ Nếu lỗ thủng lớn hoặc nhiều lỗ thủng xa nhau, mở bụng khoảng 2-3 cm, đưa quai ruột ra ngoài khâu ngang lại bằng chỉ tiêu chậm.

+ Nếu có nhiều lỗ thủng gần nhau kích thước lớn, mở bụng khoảng 2-3 cm đưa quai ruột ra ngoài, cắt đoạn ruột chứa các lỗ thủng, nối lại tận tận và đưa vào lại ổ bụng.

- Dẫn lưu ổ bụng và đóng các lỗ trocar.

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

- Chảy máu trong ổ bụng: 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.

## 405. PHẪU THUẬT NỘI SOI Ổ BỤNG ĐIỀU TRỊ THOÁT VỊ CƠ HOÀNH

**I. ĐẠI CƯƠNG**

 Thoát vị cơ hoành là một dị tật bẩm sinh thường thấy ở trẻ nhỏ: Là hiện tượng các tạng từ ổ bụng chui lên lồng ngực qua lỗ khuyết bẩm sinh thường ở vị trí lỗ sau và bên trái của cơ hoành. Tuỳ thuộc vào lỗ thoát vị to hay nhỏ mà các phủ tạng có thể chui lên lồng ngực như dạ dày, ruột non, lách. Những trẻ bị thoát vị cơ hoành bẩm sinh thường có tổn thương phổi nặng nề.

Bệnh thường chiếm tỉ lệ 1/12500 trẻ mới sinh ra, tỉ lệ tử vong là khoảng 30 – 50%.

Thoát vị khe thực quản xảy ra ở người trẻ tuổi có thể là thoát vị bẩm sinh, những thoát vị mắc phải thường gặp ở người lớn tuổi. Nguyên nhân của thoát vị khe thực quản là do sự suy yếu màng ngăn thực quản (thoát vị mắc phải) hay một lổ khiếm khuyết của cơ hoành ở khe thực quản (thoát vị bẩm sinh). Những thoát vị này thường không có dấu hiệu gì đặc biệt, thường một số trường hợp phần dạ dày thoát vị có thể tự xuống được hoặc không. Bệnh thường được phát hiện tình cờ khi người bệnh chụp phổi hoặc nghĩ đến khi đi khám với triệu chứng của bệnh cảnh trào ngược dạ dày thực quản, viêm dạ dày thực quản: như khó thở, mệt mỏi, ăn chậm tiêu, nôn ói từng giai đoạn, rối loạn tiêu hoá…Bệnh được điều trị bằng phấu thuật nhằm mục đích đưa phần tạng bị thoát vị phục hồi về vị trí cũ, khâu phục hồi lại lỗ thực quản cơ hoành. Bệnh thường có tiến triển tốt sau mổ.

**II. CHỈ ĐỊNH**

- Người bệnh được chấn đoán là thoát vị hoành với hỗ sơ đầy đủ xét nghiệm, chụp phim, nội soi.

- Người bệnh có đủ điều kiện để mổ nội soi.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Thể trạng người bệnh quá yếu không chịu được phẫu thuật.

- Người bệnh già yếu, có nhiều bệnh phối hợp.

- 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 o Bệnh lý rối loạn đông máu.

- Chống chỉ định bơm hơi phúc mạc: Bệnh mạch vành, bệnh van tim, bệnh tâm phế mãn.

**IV. CHUẨN BỊ**

1. Người thực hiện: Người thực hiện tiêu hóa, nội soi và gây mê hồi sức có kinh nghiệm.

2. Phương tiện: Bộ trang thiết bị đồng bộ mổ nội soi của hãng Kall Storz.

3. Người bệnh

- Các xét nghiệm cơ bản, nội soi, Xquang, siêu âm ổ bụng.

- Nội soi có viêm thực quản trào ngược, có hình ảnh thoạt vị hoành.

- Truyền bù nước điên giải, kháng sinh dự phòng trước mổ.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

1. Tư thế: Người bệnh nằm ngửa, đặt ống thông 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. Vô cảm: Gây mê nội khí quản.

3. Kỹ thuật:

- Đưa các tạng trở lại ổ bụng: dùng các kìm cặp ruột đưa các tạng trở lại ổ bụng. Nếu dính cần phải gỡ dính cẩn thận trách làm thủng các tạng.

- Bộc lộ 2 cột trụ hoành: Sau khi mở mạc nối nhỏ, dùng que gạt nâng thực quản bụng để bộc lộ 2 cột trụ hoành. Khâu khép lại 2 cột trụ hoành bằng chỉ ethibon 2.0 không tiêu. Chú ý vị trí khâu không làm chít hẹp thực quản. Tôt nhất là đặt vào thực quản 1 ống thông có cỡ 24 - 26Fr và khâu trên ống thông đó để đảm bảo không hẹp.

- Tạo van chống trào ngược kiểu Rossetti: Đưa một kẹp không chấn thương luồn vào khoảng trống sau thực quản kéo nhẹ nhàng một phần phình vị lớn qua mặt sau thực quản sang bên phải thực quản. Mũi khâu đầu tiên giữa phần phình vị lớn bên phải với mặt trước của phình vị lớn bên trái thực quản sao cho phần phình vị lớn dạ dày ôm quanh thực quản không quá chật cũng không quá rộng. Thường cần khâu khoảng 3 - 4 mũi chỉ không tiêu để tạo ra được đoạn ống bằng phình vị lớn dài khoảng 3 - 4 cm bọc quanh thực quản. Để xác định chính xác độ rộng của van, đặt trong lòng thực quản ống thông có kích thước 24 - 26 Fr làm chuẩn. Phía trên van được cố định vào chân cơ hoành trái. Phía dưới khâu một mũi cố định vào bên phải dạ dày. Kiểm tra toàn bộ ổ bụng, hút sạch dưới hoành trái, phải, tháo hơi, rút các trocar, đóng các lỗ.

- Tạo van chống trào ngược kiểu Touper hoặc Dor : Tham khảo bài 26 và bài 45.

**VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

1. Theo dõi

- Như mọi trường hợp phẫu thuật đường tiêu hóa nói chung.

- Kháng sinh từ 2 đến 5 ngày.

- Cần lưu ý bồi phụ nước và điện giải.

2. Tai biến và xử trí

2.1. Trong phẫu thuật

- Thủng thực quản: khâu ngay và tạo hình van toàn bộ.

- Chảy máu: cặp clip cầm máu.

2.2. Sau phẫu thuật

- Cháy máu: mổ lại cầm máu

- Viêm phúc mạc do thủng tạng: mổ lại dẫn lưu hoặc khâu thủng tùy tình trạng ổ bụng

- Áp xe tồn dư trong ổ bụng: xác định bằng siêu âm hoặc chụp cắt lớp vi tính ổ bụng.

Tùy kích thước hướng XỬ trí khác nhau: điều trị kháng sinh hoặc mổ, chích dẫn lưu.

## 406. PHẪU THUẬT NỘI SOI ĐIỀU TRỊ THỦNG TẠNG RỖNG (TRONG CHẤN THƯƠNG BỤNG)

**I. ĐẠI CƯƠNG**

- Phẫu thuật nội soi điều trị thủng tạng rỗng trong chấn thương bụng là kỹ thuật mổ khâu một hay nhiều lỗ thủng ruột do bị chấn thương bụng kín.

**II. CHỈ ĐỊNH**

- Thủng ruột do chấn thương bụng kín: có thể có nhiều lỗ

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Bệnh lý toàn thân nặng không cho phép can thiệp phẫu thuật.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện:** Người thực hiện là phẫu thuật viên tiêu hóa.

**2. Phương tiện:**

- Phòng mổ có đầy đủ điều kiện tiến hành nội soi qua ổ bụng

- Bộ nội soi ổ bụng: Monitor, camera, nguồn sáng, nguồn CO2

- Hệ thống máy bơm và rửa hút dịch ổ bụng

- Hệ thống dao điện lưỡng cực và đơn cực, dao cắt đốt siêu âm

- Các dụng cụ vén gan, kẹp ruột, panh, kẹp, kéo nội soi ổ bụng

**3. Người bệnh:**

- Được làm đầy đủ các xét nghiệm chuẩn bị cuộc mổ.

- Được giải thích về quy trình, nguy cơ tai biến của phẫu thuật.

**4. Hồ sơ bệnh án:** Theo quy định bộ y tế, được bác sỹ kiểm tra đầy đủ các xét nghiệm, có chữ ký thông qua mổ và giấy cam đoan mổ.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Kiểm tra hồ sơ:** Đầy đủ theo quy định Bộ Y tế.

**2. Kiểm tra người bệnh:** Đúng người (tên, tuổi,…), đúng bệnh.

**3. Thực hiện kỹ thuật:**

3.1. Tư thế:

- Nằm ngửa, 2 chân khép, sonde tiểu

- Dàn nội soi bên phải người bệnh, phẫu thuật viên và người phụ bên trái, dụng cụ viên đối diện với phẫu thuật viên, có thể đổi chỗ khi cần thiết.

3.2. Vô cảm: Gây mê nội khí quản

3.3. Kỹ thuật:

- Đặt Trocar: 3 - 4 trocar (2 - 3 trocar 5mm và 1 trocar 10mm). Trocar 10mm (cho camera) đặt ngay sát dưới rốn; Hai trocar 5mm: 1 trocar đặt hố chậu trái, 1 trocar ở hố chậu phải và có thể đặt thêm 1 trocar 5mm nếu cần. bơm hơi với áp lực từ 8 -10 mmHg, tốc độ 1.8-2 l/p ( sau ổn định có thể điều chỉnh áp lực ổ bụng)

- Đánh giá tổn thương: Đầu tiên là quan sát ống bụng, số lượng dịch, có máu hay không (trong chấn thương bụng kín), nếu là chấn thương thì cần kiểm tra kỹ cả tạng đặc như lách, gan, tụy và thận. Dùng kìm kẹp ruột kiểm tra dạ dày, đại tràng, sau đó kiểm tra ruột non từ góc Treitz đến hồi tràng để tìm lỗ thủng. Trong quá trình kiểm tra có thể kết hợp hút sạch dịch và gửi để cấy và kháng sinh đồ.

- Súc rửa ổ bụng: Sau khi tìm thấy lỗ thủng thì tiến hành súc rửa ổ bụng, súc rửa bằng dung dịch NaCl 0,9% ấm.

- Xử lý lỗ thủng:

+ Nếu thủng do bệnh lý: xén mép lỗ thủng làm giải phẫu bệnh lý

+ Nếu lỗ thủng nhỏ, có thể khâu nội soi bằng 1 mũi chữ X

+ Nếu lỗ thủng lớn hoặc nhiều lỗ thủng xa nhau, mở bụng khoảng 2-3 cm, đưa quai ruột ra ngoài khâu ngang lại bằng chỉ tiêu chậm.

+ Nếu có nhiều lỗ thủng gần nhau kích thước lớn, mở bụng khoảng 2-3 cm đưa quai ruột ra ngoài, cắt đoạn ruột chứa các lỗ thủng, nối lại tận tận và đưa vào lại ổ bụng.

- Dẫn lưu ổ bụng và đóng các lỗ trocar.

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

- Chảy máu trong ổ bụng: 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.

## 407. PHẪU THUẬT NỘI SOI TẮC RUỘT DO DÂY CHẰNG

**I. ĐẠI CƯƠNG**

 Tắc ruột sau mổ rất thường gặp trong cấp cứu ngoại khoa. Nguyên nhân chủ yếu gây ra tình trạng tắc ruột sau mổ thường là do dính gập góc các quai ruột với nhau hoặc do dây chằng chẹn ngang làm hẹp/ nghẹt quai ruột. Thực tế cho thấy trong nhiều trường hợp tắc ruột sau mổ do dây chằng, phẫu thuật viên chỉ cần cắt dây chằng để giải phóng quai ruột tắc. Trong những trường hợp này phẫu thuật nội soi có rất nhiều ưu thế: ít gây thương tổn, tính thẩm mỹ cao, sớm phục hồi chức năng lưu thông tiêu hóa, rút ngắn thời gian nằm viện…

**II. CHỈ ĐỊNH**

Người bệnh được chẩn đoán tắc ruột sau mổ, có chỉ định phẫu thuật.

Số lần phẫu thuật vì tắc ruột không quá 3 lần.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Người bệnh có chống chỉ định của bơm hơi ổ bụng: bệnh tim-phổi nặng, tăng áp lực nội sọ.

Rối loạn đông máu nặng.

Người bệnh tắc ruột sau mổ có dấu hiệu viêm phúc mạc…

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện kỹ thuật:**

Phẫu thuật viên có kinh nghiệm trong phẫu thuật nội soi ổ bụng, đã được đào tạo để thực hiện phẫu thuật nội soi.

Bác sĩ gây mê hồi sức: Có kinh nghiệm trong gây mê hồi sức phẫu thuật nội soi.

Dụng cụ viên: Đã được đào tạo qua lớp kỹ thuật viên dụng cụ nội soi.

**2. Phương tiện, dụng cụ:**

Hệ thống giàn máy phẫu thuật nội soi;

Các dụng cụ nội soi cơ bản.

**3. Người bệnh:**

Được thăm khám tỉ mỉ, phát hiện các bệnh lý phối hợp.

Được giải thích về kế hoạch điều trị và đồng ý thực hiện phẫu thuật nội soi. - Người bệnh được bồi phụ nước điện giải trước mổ, đặt xông dạ dày, xông tiểu.

Được bác sĩ gây mê hồi sức khám trước mổ.

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

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Kiểm tra hồ sơ:** Đầy đủ theo quy định Bộ Y tế.

**2. Kiểm tra người bệnh:** Đúng người (tên, tuổi…), đúng bệnh.

**3. Thực hiện kỹ thuật:**

Phương pháp vô cảm: Người bệnh được gây mê nội khí quản.

**Tư thế người bệnh, vị trí kíp mổ:**

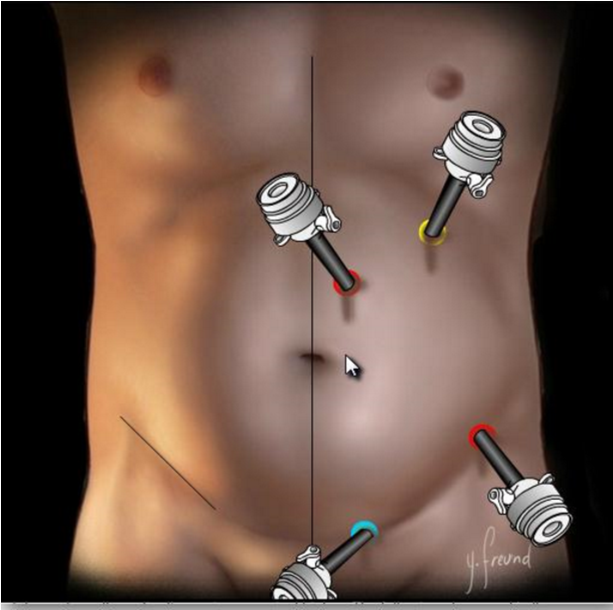
Người bệnh nằm ngửa, với tư thế đầu cao hay thấp, nghiêng phải hay trái tuỳ theo yêu cầu khi mổ. Người bệnh cần được đặt ống thông đái, sonde dạ dày. - Vị trí kíp mổ:

 Tuỳ thuộc vào vị trí thăm dò và xử lý thương tổn. Thông thường phẫu thuật viên đứng khác bên đối với vị trí thăm dò hay xử lý thương tổn. Ví dụ để can thiệp tầng trên ổ bụng, phẫu thuật viên đứng giữa 2 chân người bệnh, để can thiệp tầng dưới ổ bụng, phẫu thuật viên đứng về phía đầu người bệnh. Người phụ cầm camera đứng cùng bên với phẫu thuật viên. Màn hình được để vuông góc với hướng nhìn của phẫu thuật viên.

**Kỹ thuật:**

Vị trí đặt trocar:

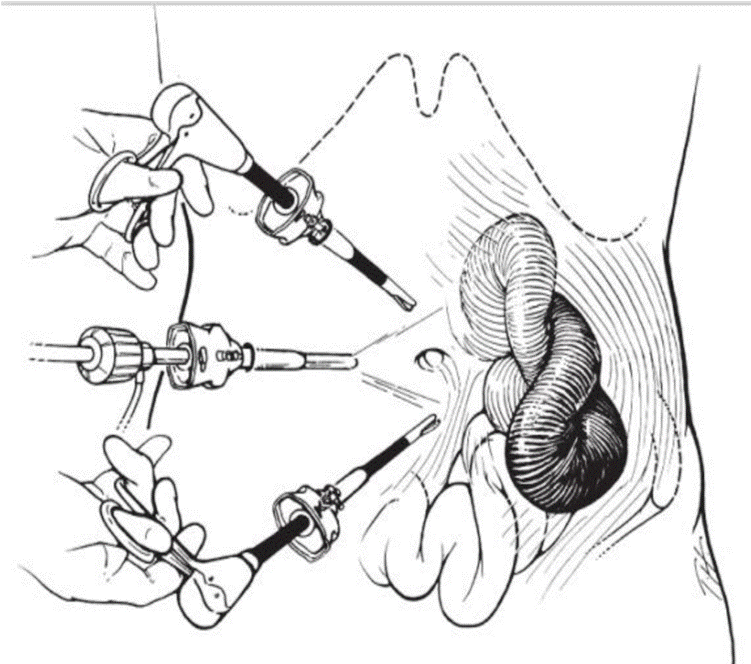
 Trocar đầu tiên được đặt là trocar 10 dành cho camera. Để vào được khoang bụng bằng nội soi cần lên kế hoạch và có hiểu biết rõ trong ổ bụng cũng như giải phẫu thành bụng để tránh biến chứng. Vị trí của các đường mổ trước, vị trí dẫn lưu, các mạch thành bụng, tiền sử viêm phúc mạc. Tất cả các yếu tố trên ảnh hưởng tới chọn vị trí đặt trocar đầu tiên. Khi vị trí quanh rốn có nghi ngờ thì vị trí 1/4 trên rốn bên trái thường được lựa chọn do phúc mạc ít bị dính và lách nằm sâu trong hố lách.



Hình 1: Vị trí đặt trocar

Thường trocar này được đặt bằng kỹ thuật mở của Hasson với trocar đầu tù và nhìn trực tiếp vào ổ bụng qua lỗ mở qua thành bụng để đặt trocar.

Đảm bảo đủ không gian để tiến hành phẫu thuật gỡ dính là một yếu tố quan trọng trong điều trị tắc ruột bằng phẫu thuật nội soi. Với áp lực bơm hơi lên tới 15mmHg và tốc độ bơm tới 2 lít, người bệnh đã giãn cơ tốt, ngủ sâu mà không đủ khoảng không để phẫu tích thì nguy cơ mổ mở cao. Bơm hơi ổ bụng thường không vượt quá 12 mmHg, kết hợp với giãn cơ tốt, OTDD tốt để nhằm bộc lộ rộng rãi. Với camera thì hai loại ống kính 00 và 300 được khuyên sử dụng để có khoảng nhìn tốt. Kết hợp với nghiêng bàn phẫu thuật hợp lý để dồn ruột về một vị trí giúp làm tăng khoảng không làm việc. Người bệnh có thể nằm tư thế đầu dốc hoặc cao, có thể nghiêng bàn sang các bên để có khoảng không tốt nhất trong ổ bụng.



Hình 2: Phẫu tích gỡ dính theo khái niệm hình tam giác

Tiếp theo là bơm hơi và dùng ống kính camera để quan sát đánh giá ổ bụng và đặt các lỗ trocar tiếp theo. Thường trocar số hai lựa chọn cho tay phải của phẫu thuật viên và phẫu thuật viên đứng đối diện với khu vực bụng trướng nhất.

Sau khi có được trocar thứ hai thì có thể dùng kéo để phẫu tích, đây là một dụng cụ rất tốt trong việc gỡ dính, khi ruột quá dính vào thành bụng có thể phẫu tích sâu vào thành bụng để hạn chế tổn thương thanh cơ của ruột. Một khi đã đặt được hai trocar thì có thể tiến hành gỡ dính các tạng khỏi thành bụng. Sau đó đặt trocar thứ ba theo nguyên lý tam giác, đây là lỗ trocar để dùng dụng cụ kẹp nâng ruột để thực hiện gỡ dính. Tuy nhiên số lượng trocar và vị trí phải dựa vào tình trạng bệnh lý trong ổ bụng và di chuyển camera giữa các trocar để có thể nhìn thấy rõ nhất.

Về nguyên tắc, số lượng, vị trí trocar tuỳ thuộc vào hình thể người bệnh, thương tổn.

Kỹ thuật xử trí tổn thương:

 Cách tốt nhất là xác định vị trí tắc bằng lần theo quai ruột và nhận ra ranh giới giữa quai phồng và quai xẹp. Đây là vị trí có nguyên nhân gây tắc. Nếu vị trí ranh giới không xác định rõ ngay từ đầu thì có thể lần ngược từ góc hồi manh tràng lên để tìm ranh giới này, và đôi khi có thể tìm thấy nguyên nhân là tắc do dây chằng. Khi thực hiện kẹp giữ các quai ruột chú ý tránh co kéo các quai ruột giãn hoặc cặp bằng các dụng cụ chấn thương dễ gây tổn thương ruột. Đối với nguyên nhân là dây chằng cần xác định nơi bám và quai ruột bị dây chằng làm tổn thương. Thường dễ dàng cắt bỏ dây chằng bằng kéo hoặc móc đốt điện tuy nhiên cần đánh giá quai ruột bị tổn thương bởi dây chằng có thể bị thiếu máu không hồi phục thì cần cắt bỏ quai này, với một số trường hợp dây chằng gây xơ hẹp ruột thì đoạn này cũng cần phải cắt bỏ. Tuỳ theo khả năng thực hiện có thể cắt nối qua nội soi hay mở nhỏ đưa quai ruột tổn thương ra thành bụng để xử trí. Khi nguyên nhân gây tắc ruột đã được xử lý, tiến hành kiểm tra quai ruột về tình trạng mạch, nhu động, tình trạng thanh mạc.

Toàn trạng, dấu hiệu sinh tồn, tình trạng bụng, các dẫn lưu.

Nuôi dưỡng tĩnh mạch đến khi người bệnh có trung tiện, bụng xẹp.

Hướng dẫn người bệnh vận động sớm sau mổ.

**VI. XỬ TRÍ TAI BIẾN TAI BIẾN**

Chảy máu trong mổ: Bộc lộ rõ nguyên nhân chảy máu và xử lý theo nguyên nhân.

Tổn thương ruột non: khâu lại vị trí tổn thương hoặc cắt đoạn nếu tổn thương trên 1 đoạn dài.

**Biến chứng:**

Chảy máu sau mổ: Dựa vào dấu hiệu lâm sàng, dịch chảy qua dẫn lưu ổ bụng, xét nghiệm công thức máu.

 Điều trị nội khoa bằng bù dịch, bù máu…nếu tình trạng huyết động người bệnh ổn định.

Rò tiêu hóa sau mổ: Mổ lại, khâu lỗ thủng hoặc đưa đầu ruột ra ngoài tùy thuộc tổn thương.

Viêm phúc mạc sau mổ: Mổ lại để xử lý tổn thương.

Tắc ruột sau mổ: Có thể do dính lại sau mổ. Theo dõi sát tình trạng người bệnh, điều trị nội khoa không đỡ thì cần mổ lại kiểm tra và xử lý nguyên nhân.

## 408. PHẪU THUẬT NỘI SOI VIÊM PHÚC MẠC RUỘT THỪA

**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.

- Phẫu thuật nội soi cắt ruột thừa + rửa bụng thường được thực hiện 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. CHỈ ĐỊNH**

- Viêm ruột thừa cấp, viêm ruột thừa có biến chứng

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Bệnh lý toàn thân quá nặng không cho phép can thiệp phẫu thuật

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện:**

- Phẫu thuật viên chuyên khoa ngoại tiêu hóa, hoặc phẫu thuật viên ngoại khoa có chứng chỉ phẫu thuật nội soi ổ bụng.

**2. Phương tiện:**

- Dàn máy nội soi

- Chỉ khâu các cỡ, các Hemolok, clip cặp gốc ruột thừa

- Dao siêu âm, hàn mạch nếu cần.

**3. Người bệnh:**

- Được làm đầy đủ các xét nghiệm chuẩn bị cuộc mổ.

- Được giải thích về quy trình, nguy cơ tai biến của phẫu thuật.

**4. Hồ sơ bệnh án:** Theo quy định bộ y tế, được bác sỹ kiểm tra đầy đủ các xét nghiệm, có chữ ký thông qua mổ và giấy cam đoan mổ.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

- Gây mê nội khí quản

- Tư thế nằm ngửa

- Bố trí bàn mổ: Người thực hiện bên phải. 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. bơm hơi với áp lực từ 8 -10 mmHg, tốc độ 1.8-2 l/p ( sau ổn định có thể điều chỉnh áp lực ổ bụng)

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 thêm các lỗ trocar nếu cần.

+ 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.

**VI. 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 nguyên nhân.

- 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.

**VII. 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.

## 409. PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT TÚI THỪA MECKEL

**I. ĐẠI CƯƠNG**

- Túi thừa Meckel là một túi thừa của ruột, hậu quả từ sự đóng không hoàn toàn của ống noãn hoàng (ở 5 tuần đầu của sự phát triển phôi thai). Ống noãn hoàng được lót bằng lớp mô ruột có chứa các tế bào có thể phát triển thành nhiều hình thức khác nhau, gọi là tế bào gốc đa năng.

- Phẫu thuật nội soi cắt túi thừa Meckel là kỹ thuật mổ nội soi ổ bụng để cắt bỏ túi thừa Meckel cũng như các mô xung quanh trong niêm mạc của ruột non.

**II. CHỈ ĐỊNH**

- Phẫu thuật cắt bỏ túi thừa Meckel nội soi được thực hiện khấn cấp khi người bệnh được chẩn đoán túi thừa Meckel có biến chứng: xuất huyết, viêm túi thừa, thủng túi thừa, xoắn túi thừa, tắc ruột…

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Người bệnh thể trạng yếu, sốc do nhiễm trùng, suy thở không cho phép bơm hơi ổ bụng.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện:**

- Phẫu thuật viên chuyên khoa ngoại tiêu hóa

**2. Phương tiện:**

- Phòng mổ có đầy đủ điều kiện tiến hành nội soi qua ổ bụng.

- Bộ nội soi ổ bụng: Monitor, camera, nguồn sáng, nguồn CO2

- Hệ thống máy bơm và rửa hút dịch ổ bụng.

- Hệ thống dao điện lưỡng cực và đơn cực, dao cắt đốt siêu âm.

- Các dụng cụ vén gan, kẹp ruột, panh, kẹp, kéo nội soi ổ bụng.

**3. Người bệnh:**

- Được làm đầy đủ các xét nghiệm chuẩn bị cuộc mổ.

- Được giải thích về quy trình, nguy cơ tai biến của phẫu thuật.

- Với những trường hợp mổ theo kế hoạch: vệ sinh sạch sẽ, ăn nhẹ đến 22h ngày hôm trước, thụt tháo phân sạch, sáng ngày mổ: nhịn ăn uống, kháng sinh dự phòng

**4. Hồ sơ bệnh án:** Theo quy định bộ y tế, được bác sỹ kiểm tra đầy đủ các xét nghiệm, có chữ ký thông qua mổ và giấy cam đoan mổ.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Kiểm tra hồ sơ:** biên bản hội chẩn, cam kết phẫu thuật, biên bản duyệt mổ, biên bản khám tiền phẫu và tiền mê.

**2. Kiểm tra người bệnh:** đúng người bệnh, đúng bên thương tổn đã đánh dấu.

**3. Thực hiện kỹ thuật:**

- Gây mê nội khí quản.

- Tư thế nằm ngửa, 2 chân khép.

- Bố trí bàn mổ: Người thực hiện bên trái người bệnh, người phụ camera đứng bên phải phẫu thuật viên. Màn hình để bên phải người bệnh.

+ Bước 1: đặt một trocar 10 mm dọc dưới rốn cho camera, hai trocar 5 mm ởhố chậu phải và trái cho dụng cụ. bơm hơi với áp lực từ 8 -10 mmHg, tốc độ 1.8-2 l/p ( sau ổn định có thể điều chỉnh áp lực ổ bụng).

+ Bước 2: dùng camera quan sát và đánh giá ổ bụng kiểm tra chẩn đoán đúng là có tắc ruột hoặc là tình trạng dịch tiêu hóa trong ổ bụng nếu túi thừa bị thủng.

+ Bước 3: Cho người bệnh nằm đầu thấp nghiêng trái để dồn ruột qua bên trái tầng trên ổ bụng, dùng hai kìm kẹp ruột kiểm tra hồi tràng từ van hồi manh tràng đi lên hỗng tràng để tìm vị trí túi thừa. Thường vị trí của túi thừa cách van hối manh tràng dưới 60 cm (90%).

+ Bước 4: Sau khi tìm thấy túi thừa, nếu túi thừa thủng và gây viêm phúc mạc thì tiến hành súc rửa ổ bụng kỹ càng bằng dung dịch nước ấm. Sau đó mở bụng khoảng 2-3 cm dưới rốn đưa quai hồi tràng có túi thừa ra ngoài, cắt túi hồi tràng hình chêm nếu là viêm, thủng hoặc xuất huyết, cắt đoạn hồi tràng kèm túi thừa nếu là hoại tử do xoắn. Trả lại ruột vào ổ bụng, dẫn lưu Douglas đưa ra ngoài qua lỗ trocar 5mm hố chậu phải (nếu có viêm phúc mạc).

**VI. THEO DÕI**

- Theo dõi diễn biến sau mổ tại hậu phẫu, kháng sinh phối hợp nếu có viêm phúc mạc.

- Dẫn lưu rút khi không còn thấy ra dịch

- Chú ý rút thông tiểu ngay sau mổ, lưu thông dạ dày hút dịch đọng trong khoảng 3 ngày, khi thấy dấu hiệu nhu động bình thường hoặc người bệnh trung tiện đại tiện được thì rút thông dạ dày.

- Theo dõi hoạt động của hệ thống tiêu hóa, nếu người bệnh không chướng bụng, có thể cho ăn sớm.

**VII. XỬ TRÍ TAI BIẾN**

- Tai biến rách thanh mạc ruột khi thao tác: thanh mạc hay thậm chí ruột bị thủng rách do thao tác quá mạnh. Cần phải lấy kim chỉ cỡ 3/0 khâu lại thành ruột bằng các mũi rời.

- Tai biến chảy máu, tụ máu do rách mạc treo ruột non. Hút sạch máu chảy, nhanh chóng cặp mạch máu và cầm máu bằng chỉ khâu, buộc hay các dụng cụ khác.

- Biến chứng:

+ Chảy máu trong ổ bụng: Cần mổ lại sớm để kiểm tra và xử trí cầm máu.

+ Bục chỗ khâu hoặc miệng nối: Cần mổ lại sớm.

+ Chít hẹp chỗ khâu hoặc miệng nối: Mổ lại để giải quyết nguyên nhân.

**Tài liệu tham khảo:**

- Quy trình kỹ thuật Bộ Y Tế.

- Bệnh học ngoại khoa đại học y Hà Nội.

## 410. PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT RUỘT NON

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Thuật ngữ “Phẫu thuật nội soi cắt nối ruột” là để chỉ kỹ thuật mổ cắt bỏ một đoạn ruột (ruột non) không bình thường hay bị bệnh, sau đó lập lại lưu thông tiêu hóa bằng phẫu thuật nội soi qua đường bụng.

**II. CHỈ ĐỊNH**

U ruột non: GIST (u mô đệm ống tiêu hóa), u carcinoid hồi tràng

Bệnh lý cấp tính ở ruột non: Tắc ruột gây hoại tử ruột (dây chằng, u bã thức ăn (phytobezoard) gây tắc và hoại tử ruột, nghẹt ruột do thoát vị…)

Bệnh lý đặc biệt, ít gặp: Bệnh Crohn, polip lan tỏa ở ruột non (Peutz - Jegher syndrome), lao ruột, bệnh lý bất thường mạch máu ruột...

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Người bệnh thể trạng yếu, suy thở không cho phép bơm hơi ổ bụng

Người bệnh có tiền sử mổ bụng nhiều lần

Ung thư di căn ra phúc mạc và di căn xa

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện:**

Người thực hiện tiêu hóa có kinh nghiệm mổ nội soi thành thạo, bác sỹ gây mê hồi sức có kinh nghiệm trong mổ nội soi

**2. Phương tiện:**

Phòng mổ có đầy đủ điều kiện tiến hành nội soi qua ổ bụng

Bộ nội soi ổ bụng: Monitor, camera, nguồn sáng, nguồn CO2

Hệ thống máy bơm và rửa hút dịch ổ bụng

Hệ thống dao điện lưỡng cực và đơn cực, dao cắt đốt siêu âm

Các dụng cụ vén gan, kẹp ruột, panh, kẹp, kéo nội soi ổ bụng

**3. Người bệnh:**

Các xét nghiệm cơ bản (sinh hóa, huyết học, nước tiểu)

Chụp phổi, điện tâm đồ (với người >65 tuổi)

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Vô cảm:**

Gây mê nội khí quản

**2. Tư thế:**

***Người bệnh:***

Nằm ngửa, 2 chân dạng, đặt ống dẫn lưu bàng quang

Đầu thấp, nghiêng phải hoặc nghiêng trái tùy theo vị trí tổn thương

***Kíp phẫu thuật:***

Người thực hiện đứng giữa hai chân người bệnh, phụ 1 và phụ 2 đứng bên phải và bên trái người bệnh. Có thể đổi chỗ khi cần thiết - Dụng cụ viên đứng bên trái người bệnh.

**3. Kỹ thuật cắt nối ruột non**

***Số trocar sử dụng và vị trí đặt:***

3 - 4 trocar (2 - 3 trocar 5mm và 1 trocar 10mm). Trocar 10mm (cho camera) đặt ngay sát dưới rốn; Hai trocar 10mm: 1 đặt hố chậu trái, 1 trocar ở hố chậu phải và có thể đặt thêm 1 trocar 5mm ở trên xương mu.

***Các thì mổ:***

Sau khi khảo sát vị trí và tình trạng tổn thương ở ruột non và các tạng khác (gan, túi mật, lách, dạ dày, đại tràng…), tiến hành cắt và nối ruột theo 3 thì mổ như sau:

Giải phóng mạc treo ruột non tương ứng với đoạn cần cắt bỏ (cặp cắt mạch máu mạc treo ruột bằng clip, hoặc có thể dùng dao siêu âm, hoặc các dụng cụ cắt mạch máu khác như sptaler mạch)

Đưa đoạn ruột bệnh lý ra ngoài ổ bụng qua đường rạch nhỏ tại đường giữa trên hoặc dưới rốn

Cắt đoạn ruột non bệnh lý như khi thực hiện với mổ mở.

Nối ruột non: có thể nối một lớp hoặc hai lớp, tận tận, hoặc bên bên, tùy theo tình trạng bệnh lý và cấp máu của đoạn ruột non còn lại. Khâu lại mạc treo ruột

***Kỹ thuật cắt nối ruột ngoài ổ bụng:***

Chỉ dùng nội soi để thám sát tổn thương, sau đó rạch một đưởng mổ nhỏ ở dưới hoặc trên rốn qua đường trắng giữa (khoảng 3 – 4 cm) để kéo ruột (đoạn tổn thương cần cắt bỏ) ra ngoài thành bụng và thực hiện cắt nối ruột bằng tay như mổ mở kinh điển.

**VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

**1. Theo dõi:**

Như mọi trường hợp phẫu thuật đường tiêu hóa nói chung, sau mổ dùng phối hợp 2 loại kháng sinh (Metronidazol và Cephalosporine) tiêm trong 5 - 7 ngày.

**2. Tai biến, biến chứng và xử trí:**

***Trong lúc mổ:***

Chảy máu do các chỗ cặp cắt mạc treo ruột không chặt. Xử trí bằng khâu cầm máu lại hoặc bằng clip. Nếu không cầm máu được phải chuyển sang mổ mở, tránh gây tụ máu lớn tại mạc treo.

Phải chuyển mổ mở vì tổn thương phức tạp, dính nhiều

***Sau mổ:***

Chảy máu trong ổ bụng: Cần mổ lại sớm để kiểm tra và XỬ trí cầm máu.

Bục miệng nối: Cần mổ lại sớm

Chít hẹp miệng nối: Mổ lại để giải quyết nguyên nhân

Tắc ruột sau mổ.

## 411. PHẪU THUẬT NỘI SOI NỐI NANG TỤY - HỖNG TRÀNG

## 412. NỘI SOI ĐẶT SONDE JJ

**I. ĐẠI CƯƠNG**

- Đặt sonde JJ là thủ thuật luồn một ống rỗng bằng nhựa dẻo được thiết kế đặc biệt vào niệu quản và đưa lên bể thận.

- Mục đích:

+ Sonde JJ giúp nước tiểu có thể chảy từ thận xuống đến bàng quang. Bằng cách này, thận tiếp tục hoạt động và giảm tổn thương do tắc nghẽn, đồng thời tránh những cơn đau quặn dữ dội khi thận không được dẫn lưu tốt.

+ Sonde JJ còn bảo vệ niệu quản, giúp niệu quản lành vết thương.

+ Đặt sonde JJ có thể giúp niệu quản giãn rộng trong trường hợp hẹp niệu quản, giúp các tiếp cận vào niệu quản dễ thành công hơn.

**II. CHỈ ĐỊNH**

Khi có tắc nghẽn hoặc dự phòng tắc nghẽn ở niệu quản hoặc thận.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Nhiễm khuẩn đường niệu: viêm bàng quang, viêm niệu đạo vì dễ gây viêm bể thận ngược dòng.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện:** 1 bác sỹ, 1 điều dưỡng

**2. Phương tiện, dụng cụ:**

- Máy soi bàng quang cứng (kim loại) hoặc mềm(sợi).

- Bộ cáp quang dẫn truyền hình ảnh và màn hình video

- Nguồn ánh sáng lạnh.

- Nguồn nước vô trùng và hệ thống dẫn nước vào máy.

- Giường kiểu khám phụ khoa có thể điều chỉnh lên xuống tự động.

- Găng vô trùng 2 đôi

- Cồn Betadin sát trùng: 1 lọ

- Gạc vô trùng: 1 gói

- Kẹp vô trùng: 1 cái

- Quần áo mổ: 2 bộ

- Mũ, khẩu trang: 2 bộ

- Bộ sonde JJ: 1 bộ

- Thuốc gây mê hoặc gây tê tủy sống tùy từng trường hợp

**3. Người bệnh:** cần được giải thích kỹ trước khi làm thủ thuật, tiêm thuốc gây mê hoặc gây tê tủy sống

**4. Hồ sơ bệnh án**

- Bệnh nhân được làm các xét nghiệm cận lâm sàng trướng mổ, CTscaner bụng có tiêm thuốc cản quang dựng hình hệ tiết niệu và mạch thận.

- Hoàn thành các thủ tục hành chính theo quy định.

- Bệnh án chi tiết, biên bản hội chẩn, biên bản khám trước khi gây mê, giấy cam đoan đồng ý phẫu thuật.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Kiểm tra hồ sơ**

**2. Kiểm tra người bệnh**

**3. Thực hiện kỹ thuật**

- Giảm đau cho Người bệnh: bằng tiêm thuốc gây mê hoặc gây tê tủy sống.

- Tư thế Người bệnh nằm theo tư thế sản khoa.

- Soi kiểm tra: đặt máy soi bàng quang, cho nước và bàng quang kiểm tra tình trạng bàng quang, xác định vị trí 2 lỗ niệu quản và quan sát tình trạng lỗ niệu quản cần đặt sonde JJ.

- Đưa sonde JJ ngược dòng từ niệu đạo vào bàng quang, lên niệu quản, lên bể thận qua ống soi bàng quang

**VI. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ**

- Nhiễm khuẩn ngược dòng: điều trị kháng sinh.

- Đái máu: theo dõi, dùng thuốc cầm máu, truyền máu trong trường hợp mất quá nhiều máu.

- Thủng niệu quản: xử trí ngoại khoa

**TÀI LIỆU THAM KHẢO**: Quy trình kỹ thuật Bộ Y Tế.

Bệnh học Ngoại khoa.

## 413. NỘI SOI THÁO SONDE JJ

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Sonde JJ (Stent niệu quản) là một loại sonde dùng để đặt bên trong niệu quản để dẫn lưu nước tiểu từ thận xuống bàng quang; có thể được đặt qua da hay qua nội soi bàng quang. Sonde có dạng 2 đầu cong ngược nhau, ống có cản quang và có nhiều lỗ dọc theo suốt chiều dài sonde.

Sonde JJ không nên để lưu trong người bệnh quá lâu. Sonde cần được rút đúng thời hạn tránh nguy cơ bám cặn sỏi vào ống, làm tắc ống, có thể gây nhiễm trùng.

**II. CHỈ ĐỊNH**

Chỉ định rút sonde JJ khi sonde JJ đã để lưu trong cơ thể người bệnh đủ thời hạn (thường sau phẫu thuật 03 tuần).

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Rối loạn đông máu nặng.

Nhiễm trùng bàng quang nặng.

Người bệnh đang bị nhiễm trùng bộ phận sinh dục (lậu, giang mai,...).

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

01 bác sĩ và 01điều dưỡng.

**2. Phương tiện**

Bộ dụng cụ nội soi:

Cáp dẫn quang x 01 cái

Trocar để vào bàng quang x 01 cái

Grasping forcep x 01 cái

Camera nội soi x 01 cái

Gạc vô trùng: 01 gói (05 miếng)

Dung dịch sát khuẩn: betadine 10% hoặc thuốc đỏ.

Nước muối sinh lý 0,9%: 1000ml

Gel xylocain 2% và chlorhexadin.

Găng vô trùng: 02 đôi

Săng có lỗ vô trùng: 01 cái

**3. Người bệnh**

Người bệnh được giải thích rõ về chỉ định, quá trình diễn ra cũng như biến chứng có thể xảy ra của soi bàng quang và rút sonde JJ. −Ký cam kết

**4. Hồ sơ bệnh án**

Mang hồ sơ bệnh án của người bệnh đến phòng nội soi

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Kiểm tra hồ sơ**

**2. Kiểm tra người bệnh**

Đo huyết áp, nhịp tim trước khi soi.

**3. Thực hiện kỹ thuật**

Cho người bệnh nằm ở tư thế sản khoa, bộc lộ cơ quan sinh dục.

Sát trùng vùng hạ vị và bộ phận sinh dục cho người bệnh.

Trải khăn vô khuẩn lên bộ phận sinh dục người bệnh.

Bơm lidocain 2% dạng gel vào lỗ sáo của người bệnh nhằm gây tê niêm mạc dọc đường đi của ống soi (đối với nữ giới thì không cần).

Bôi trơn ống nội soi.

Nâng dương vật người bệnh lên thẳng đứng 90o, từ từ đưa ống soi vào. Sau đó vừa đẩy ống thẳng qua lỗ tiểu vào niệu đạo rồi vào bàng quang. Trong lúc thực hiện quan sát nét mặt người bệnh (Đối với nữ: đưa thẳng ống qua lỗ tiểu vào bàng quang).

Cho thoát hết nước tiểu tồn lại trong bàng quang ra ngoài rồi cho đường truyền dung dịch natriclorua 0,9% chảy vào bàng quang.

Quan sát tổng thể bàng quang, xác định sonde JJ.

Đưa kẹp vào lòng bàng quang qua hệ thống soi.

Kẹp ống sonde JJ và nhẹ nhàng rút sonde JJ niệu quản.

Rút ống nội soi ra cho vào bồn rửa, kết thúc thủ thuật.

Vệ sinh lại vùng sinh dục cho người bệnh.

**VI. THEO DÕI**

**Trong thủ thuật:** toàn trạng, mạch, huyết áp,...

**Sau thủ thuật:** tình trạng đau, đái máu, nhiễm trùng,...

**VIV. TAI BIẾN**

Chấn thương bàng quang niệu đạo, nặng có thể gây thủng bàng quang, rách niệu đạo.

## 414. TÁN SỎI NIỆU QUẢN ĐOẠN GIỮA VÀ DƯỚI QUA NỘI SOI NIỆU QUẢN NGƯỢC DÒNG BẰNG ỐNG CỨNG VÀ MÁY TÁN HƠI

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Trong số các trường hợp sỏi tiết niệu thì bệnh lý sỏi niệu quản gặp khá phổ biến. Kỹ thuật điều trị kinh điển thường là các kỹ thuật mổ mở. Tuy nhiên kỹ thuật mổ mở thường có một số nhược điểm như xâm lấn nhiều, các biến chứng thường nặng nề, thời gian nằm viện dài ngày. Kỹ thuật tán sỏi qua nội soi niệu quản là một phương pháp có nhiều ưu điểm hơn mổ mở lấy sỏi như ít xâm lấn hơn, ít biến chứng hơn, thời gian nằm viện ngắn hơn, mang lại hiệu quả cao trong chẩn đoán và điều trị.

**II. CHỈ ĐỊNH**

- Sỏi niệu quản 1/3 giữa hoặc 1/3 dưới.

- Sỏi niệu quản 1/3 trên nhưng không có chỉ định tán sỏi hoặc tán sỏi ngoài cơ thể thất bại.

- Sỏi niệu quản tái phát sau mổ lấy sỏi có biến chứng hẹp niệu quản.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Rối loạn đông máu.

- Nhiễm khuẩn đường tiết niệu đang trong giai đoạn cấp chưa được điều trị hiệu quả.

- Người bệnh có bệnh lý nội khoa nặng như bệnh lý tim mạch (tăng huyết áp, suy tim nặng), hô hấp, nội tiết…có nguy cơ khi gây tê hoặc gây mê.

- Người bệnh bị bệnh xương khớp không nằm được tư thế sản khoa.

- Hẹp niệu đạo không đặt được ống soi.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

- 01 bác sĩ chuyên khoa (bác sĩ chính).

- 01 bác sĩ phụ.

- 01 bác sĩ gây mê.

- 01 kỹ thuật viên gây mê.

- 01 điều dưỡng phụ dụng cụ.

- 01 điều dưỡng chăm sóc và theo dõi người bệnh.

**2. Phương tiện**

- Máy nội soi niệu quản với ống soi niệu quản, nguồn sáng, camera, dây dẫn (guidewire).

- Dụng cụ gắp sỏi: rọ lấy sỏi, kìm kẹp sỏi.

- Sonde JJ (double J) hoặc sonde plastic kích thước 6 - 8 Fr x 01 bộ.

**3. Người bệnh**

- Khám bệnh và làm các xét nghiệm cơ bản:

+ Xét nghiệm máu: Công thức máu, nhóm máu, chức năng đông máu, sinh hóa máu, HBsAg, anti HIV, anti HCV.

+ Tổng phân tích nước tiểu.

+ Siêu âm bụng tổng quát.

+ Chụp X quang: Hệ tiết niệu không chuẩn bị, UIV, tim phổi...

+ Làm điện tâm đồ; nếu trên 60 tuổi hoặc bệnh nhân có bệnh lý tim mạch phối hợp: siêu âm tim.

- Giải thích cho người bệnh hiểu về thủ thuật, mục đích và tai biến, viết giấy cam đoan.

- Động viên người bệnh yên tâm điều trị.

- Nhịn ăn uống trước khi nội soi 6 giờ và thụt tháo sạch.

- Dùng kháng sinh dự phòng trước khi nội soi.

**4. Hồ sơ bệnh án**

- Bệnh nhân được làm các xét nghiệm cận lâm sàng trướng mổ, CTscaner bụng có tiêm thuốc cản quang dựng hình hệ tiết niệu và mạch thận.

- Hoàn thành các thủ tục hành chính theo quy định.

- Bệnh án chi tiết, biên bản hội chẩn, biên bản khám trước khi gây mê, giấy cam đoan đồng ý phẫu thuật.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án**: Họ tên, tuổi người bệnh, chú ý các chống chỉ định.

**2. Kiểm tra người bệnh**: Đã được giải thích kỹ, vệ sinh, thụt tháo sạch.

**3. Thực hiện kỹ thuật:** Thực hiện tại buồng vô trùng.

- Người bệnh nằm tư thế sản khoa.

- Người bệnh được tiền mê kỹ, gây tê tủy sống hoặc gây mê nội khí quản.

- Sát khuẩn bộ phận sinh dục và trải vải mổ vô trùng.

- Đặt ống soi niệu quản vào bàng quang.

- Xác định lỗ niệu quản bên có sỏi.

- Đặt dây dẫn (guidewire) vào niệu quản bên có sỏi.

- Đặt ống soi vào niệu quản theo dây dẫn, khi ống soi vào niệu quản thì rút dần dây dẫn ra.

- Nhờ camera quan sát niệu quản để xác định vị trí sỏi. Khi xác định vị trí sỏi thì dùng rọ cố định sỏi lại sau đó tán nhỏ nhờ máy tán sỏi laser, sau đó dùng dụng cụ lấy ra qua ống soi niệu quản và kết hợp bơm rửa sạch niệu quản.

- Trước khi rút ống soi thì đặt lại dây dẫn để dẫn đường cho sonde niệu quản.

- Đặt sonde niệu quản theo dây dẫn, có thể đặt bằng sonde plastic hoặc sonde double J.

- Rút ống soi và dây dẫn, đặt sonde bàng quang qua đường niệu đạo và kết thúc thủ thuật.

**VI. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ**

**1. Tổn thương niệu quản**

- Nếu tổn thương nhỏ, tổn thương niêm mạc niệu quản: Chỉ cần đặt sonde niệu quản tốt là đủ và thời gian lưu sonde cần lâu hơn.

- Thủng niệu quản: Xử trí tùy theo mức độ tổn thương.

**2. Chảy máu**: Thông thường sau nội soi niệu quản có thể có chảy máu nhưng không đáng kể, chỉ cần đặt sonde niệu quản và điều trị nội khoa là đủ.

**3. Nhiễm khuẩn đường tiết niệu ngược dòng**: Cấy nước tiểu và điều trị kháng sinh tùy theo mức độ nhiễm khuẩn.

**4. Biến chứng xa**: Hẹp niệu quản, có thể phải tạo hình niệu quản.

## 415. TÁN SỎI NIỆU QUẢN QUA NỘI SOI

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Trong số các trường hợp sỏi tiết niệu thì bệnh lý sỏi niệu quản gặp khá phổ biến. Kỹ thuật điều trị kinh điển thường là các kỹ thuật mổ mở. Tuy nhiên kỹ thuật mổ mở thường có một số nhược điểm như xâm lấn nhiều, các biến chứng thường nặng nề, thời gian nằm viện dài ngày. Kỹ thuật tán sỏi qua nội soi niệu quản là một phương pháp có nhiều ưu điểm hơn mổ mở lấy sỏi như ít xâm lấn hơn, ít biến chứng hơn, thời gian nằm viện ngắn hơn, mang lại hiệu quả cao trong chẩn đoán và điều trị.

**II. CHỈ ĐỊNH**

- Sỏi niệu quản 1/3 giữa hoặc 1/3 dưới.

- Sỏi niệu quản 1/3 trên nhưng không có chỉ định tán sỏi hoặc tán sỏi ngoài cơ thể thất bại.

- Sỏi niệu quản tái phát sau mổ lấy sỏi có biến chứng hẹp niệu quản.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Rối loạn đông máu.

- Nhiễm khuẩn đường tiết niệu đang trong giai đoạn cấp chưa được điều trị hiệu quả.

- Người bệnh có bệnh lý nội khoa nặng như bệnh lý tim mạch (tăng huyết áp, suy tim nặng), hô hấp, nội tiết…có nguy cơ khi gây tê hoặc gây mê.

- Người bệnh bị bệnh xương khớp không nằm được tư thế sản khoa.

- Hẹp niệu đạo không đặt được ống soi.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

- 01 bác sĩ chuyên khoa (bác sĩ chính).

- 01 bác sĩ phụ.

- 01 bác sĩ gây mê.

- 01 kỹ thuật viên gây mê.

- 01 điều dưỡng phụ dụng cụ.

- 01 điều dưỡng chăm sóc và theo dõi người bệnh.

**2. Phương tiện**

- Máy nội soi niệu quản với ống soi niệu quản, nguồn sáng, camera, dây dẫn (guidewire).

- Dụng cụ gắp sỏi: rọ lấy sỏi, kìm kẹp sỏi.

- Sonde JJ (double J) hoặc sonde plastic kích thước 6 - 8 Fr x 01 bộ.

**3. Người bệnh**

- Khám bệnh và làm các xét nghiệm cơ bản:

+ Xét nghiệm máu: Công thức máu, nhóm máu, chức năng đông máu, sinh hóa máu, HBsAg, anti HIV, anti HCV.

+ Tổng phân tích nước tiểu.

+ Siêu âm bụng tổng quát.

+ Chụp X quang: Hệ tiết niệu không chuẩn bị, UIV, tim phổi...

+ Làm điện tâm đồ; nếu trên 60 tuổi hoặc bệnh nhân có bệnh lý tim mạch phối hợp: siêu âm tim.

- Giải thích cho người bệnh hiểu về thủ thuật, mục đích và tai biến, viết giấy cam đoan.

- Động viên người bệnh yên tâm điều trị.

- Nhịn ăn uống trước khi nội soi 6 giờ và thụt tháo sạch.

- Dùng kháng sinh dự phòng trước khi nội soi.

**4. Hồ sơ bệnh án**

- Bệnh nhân được làm các xét nghiệm cận lâm sàng trướng mổ, CTscaner bụng có tiêm thuốc cản quang dựng hình hệ tiết niệu và mạch thận.

- Hoàn thành các thủ tục hành chính theo quy định.

- Bệnh án chi tiết, biên bản hội chẩn, biên bản khám trước khi gây mê, giấy cam đoan đồng ý phẫu thuật.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án**: Họ tên, tuổi người bệnh, chú ý các chống chỉ định.

**2. Kiểm tra người bệnh**: Đã được giải thích kỹ, vệ sinh, thụt tháo sạch.

**3. Thực hiện kỹ thuật**: Thực hiện tại buồng vô trùng.

- Người bệnh nằm tư thế sản khoa.

- Người bệnh được tiền mê kỹ, gây tê tủy sống hoặc gây mê nội khí quản.

- Sát khuẩn bộ phận sinh dục và trải vải mổ vô trùng.

- Đặt ống soi niệu quản vào bàng quang.

- Xác định lỗ niệu quản bên có sỏi.

- Đặt dây dẫn (guidewire) vào niệu quản bên có sỏi.

- Đặt ống soi vào niệu quản theo dây dẫn, khi ống soi vào niệu quản thì rút dần dây dẫn ra.

- Nhờ camera quan sát niệu quản để xác định vị trí sỏi. Khi xác định vị trí sỏi thì dùng rọ cố định sỏi lại sau đó tán nhỏ nhờ máy tán sỏi laser, sau đó dùng dụng cụ lấy ra qua ống soi niệu quản và kết hợp bơm rửa sạch niệu quản.

- Trước khi rút ống soi thì đặt lại dây dẫn để dẫn đường cho sonde niệu quản.

- Đặt sonde niệu quản theo dây dẫn, có thể đặt bằng sonde plastic hoặc sonde double J.

- Rút ống soi và dây dẫn, đặt sonde bàng quang qua đường niệu đạo và kết thúc thủ thuật.

**VI. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ**

**1. Tổn thương niệu quản**

- Nếu tổn thương nhỏ, tổn thương niêm mạc niệu quản: Chỉ cần đặt sonde niệu quản tốt là đủ và thời gian lưu sonde cần lâu hơn.

- Thủng niệu quản: Xử trí tùy theo mức độ tổn thương.

**2. Chảy máu**: Thông thường sau nội soi niệu quản có thể có chảy máu nhưng không đáng kể, chỉ cần đặt sonde niệu quản và điều trị nội khoa là đủ.

**3. Nhiễm khuẩn đường tiết niệu ngược dòng**: Cấy nước tiểu và điều trị kháng sinh tùy theo mức độ nhiễm khuẩn.

**4. Biến chứng xa**: Hẹp niệu quản, có thể phải tạo hình niệu quản.

## 416. PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT NANG NIỆU QUẢN QUA NGẢ NIỆU ĐẠO

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Trong số các trường hợp sỏi tiết niệu thì bệnh lý nang niệu quản ít gặp. Kỹ thuật điều trị kinh điển thường là các kỹ thuật mổ mở. Tuy nhiên kỹ thuật mổ mở thường có một số nhược điểm như xâm lấn nhiều, các biến chứng thường nặng nề, thời gian nằm viện dài ngày. Kỹ thuật cắt nang qua nội soi niệu quản là một phương pháp có nhiều ưu điểm hơn mổ mở lấy sỏi như ít xâm lấn hơn, ít biến chứng hơn, thời gian nằm viện ngắn hơn, mang lại hiệu quả cao trong chẩn đoán và điều trị.

**II. CHỈ ĐỊNH**

Nang niệu quản gây chèn ép niệu quản

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Rối loạn đông máu.

- Nhiễm khuẩn đường tiết niệu đang trong giai đoạn cấp chưa được điều trị hiệu quả.

- Người bệnh có bệnh lý nội khoa nặng như bệnh lý tim mạch (tăng huyết áp, suy tim nặng), hô hấp, nội tiết…có nguy cơ khi gây tê hoặc gây mê.

- Người bệnh bị bệnh xương khớp không nằm được tư thế sản khoa.

- Hẹp niệu đạo không đặt được ống soi.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

- 01 bác sĩ chuyên khoa (bác sĩ chính).

- 01 bác sĩ phụ.

- 01 bác sĩ gây mê.

- 01 kỹ thuật viên gây mê.

- 01 điều dưỡng phụ dụng cụ.

- 01 điều dưỡng chăm sóc và theo dõi người bệnh.

**2. Phương tiện**

- Máy nội soi niệu quản với ống soi niệu quản, nguồn sáng, camera, dây dẫn (guidewire).

- Sonde JJ (double J) hoặc sonde plastic kích thước 6 - 8 Fr x 01 bộ.

**3. Người bệnh**

- Khám bệnh và làm các xét nghiệm cơ bản:

+ Xét nghiệm máu: Công thức máu, nhóm máu, chức năng đông máu, sinh hóa máu, HBsAg, anti HIV, anti HCV.

+ Tổng phân tích nước tiểu.

+ Siêu âm bụng tổng quát.

+ Chụp X quang: Hệ tiết niệu không chuẩn bị, UIV, tim phổi...

+ Làm điện tâm đồ; nếu trên 60 tuổi hoặc bệnh nhân có bệnh lý tim mạch phối hợp: siêu âm tim.

- Giải thích cho người bệnh hiểu về thủ thuật, mục đích và tai biến, viết giấy cam đoan.

- Động viên người bệnh yên tâm điều trị.

- Nhịn ăn uống trước khi nội soi 6 giờ và thụt tháo sạch.

- Dùng kháng sinh dự phòng trước khi nội soi.

**4. Hồ sơ bệnh án**

- Bệnh nhân được làm các xét nghiệm cận lâm sàng trướng mổ, CTscaner bụng có tiêm thuốc cản quang dựng hình hệ tiết niệu và mạch thận.

- Hoàn thành các thủ tục hành chính theo quy định.

- Bệnh án chi tiết, biên bản hội chẩn, biên bản khám trước khi gây mê, giấy cam đoan đồng ý phẫu thuật.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án**: Họ tên, tuổi người bệnh, chú ý các chống chỉ định.

**2. Kiểm tra người bệnh**: Đã được giải thích kỹ, vệ sinh, thụt tháo sạch.

**3. Thực hiện kỹ thuật**: Thực hiện tại buồng vô trùng.

- Người bệnh nằm tư thế sản khoa.

- Người bệnh được tiền mê kỹ, gây tê tủy sống hoặc gây mê nội khí quản.

- Sát khuẩn bộ phận sinh dục và trải vải mổ vô trùng.

- Đặt ống soi niệu quản vào bàng quang.

- Xác định lỗ niệu quản bên có nang

- Đặt dây dẫn (guidewire) vào niệu quản bên có nang

- Đặt ống soi vào niệu quản theo dây dẫn, khi ống soi vào niệu quản thì rút dần dây dẫn ra.

- Nhờ camera quan sát niệu quản để xác định vị trí nang. Khi xác định vị trí thì dùng laser cắt nang

- Trước khi rút ống soi thì đặt lại dây dẫn để dẫn đường cho sonde niệu quản.

- Đặt sonde niệu quản theo dây dẫn, có thể đặt bằng sonde plastic hoặc sonde double J.

- Rút ống soi và dây dẫn, đặt sonde bàng quang qua đường niệu đạo và kết thúc thủ thuật.

**VI. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ**

**1. Tổn thương niệu quản**

- Nếu tổn thương nhỏ, tổn thương niêm mạc niệu quản: Chỉ cần đặt sonde niệu quản tốt là đủ và thời gian lưu sonde cần lâu hơn.

- Thủng niệu quản: Xử trí tùy theo mức độ tổn thương.

**2. Chảy máu**: Thông thường sau nội soi niệu quản có thể có chảy máu nhưng không đáng kể, chỉ cần đặt sonde niệu quản và điều trị nội khoa là đủ.

**3. Nhiễm khuẩn đường tiết niệu ngược dòng**: Cấy nước tiểu và điều trị kháng sinh tùy theo mức độ nhiễm khuẩn.

**4. Biến chứng xa**: Hẹp niệu quản, có thể phải tạo hình niệu quản

## 417. MỞ RỘNG NIỆU QUẢN QUA NỘI SOI

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Hẹp niệu quản là một trong những nguyên nhân hay gặp gây ứ nước, ứ mủ bể thận niệu quản. Nong hẹp niệu quản kết hợp đặt sonde JJ ngược dòng là một trong những phương pháp được áp dụng phổ biến nhằm tái lập lưu thông đường bài xuất hệ thống thận-tiết niệu.

**II. CHỈ ĐỊNH**

- Hẹp niệu quản gây ứ nước ứ mủ bể thận

- Viêm xơ hóa co thắt chít hẹp niệu quản

- Chít hẹp niệu quản sau phẫu thuật niệu quản

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Rối loạn đông máu nặng không đáp ứng với điều trị

- Đang được điều trị với chống đông: Aspirin, Warfarin, Heparin

- Tăng huyết áp không kiểm soát được

- Khối u thận, lao thận.

- Bệnh toàn thể nặng tiên lượng tử vong

- Túi thừa bàng quang

- Tiểu không tự chủ

- Hội chứng bàng quang bé

- Nhiễm trùng đường bài xuất cấp tính

- Chảy máu đường bài xuất sau dẫn lưu bể thận qua da

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

- 02 bác sỹ thực hiện

- 01 điều dưỡng: phụ giúp các bác sỹ

**2. Phương tiện**

2.1. Thuốc

- Thuốc gây tê hoặc gây mê

- Thuốc chống sốc: Solumedrol ống 40mg, Adrelanin ống 1mg, Dobutamin ống 250mg.

- Thuốc chống nôn: Primperan ống 10mg. Ondansetron ống 4-8mg.

2.2. Dụng cụ

- Máy soi bàng quang, niệu quản ngược dòng

- Máy laser

- Guidewire: 0.035 J-tipped wire (Terumo), 0.035-inch stiff Amplatz wire (Boston Scientific)

- Ống nong (fascial dilators): Dilators (Cook, Bloomington)

- Stent niệu quản (Double J) 6-8Fr với chiều dài 22-28cm.

- 02 bát kim loại đựng nước và thuốc sát khuẩn

- 01 khay rửa dụng cụ

- Khóa 3 chạc

- Các bơm tiêm 5ml, 10ml, 20ml, 50 ml

- Găng phẫu thuật, toan gạc vô trùng.

- Sonde tiểu

- Cồn sát trùng, bông, gạc, khăn mổ phẫu thuật, áo phẫu thuật được hấp sấy tiệt khuẩn

2.3. Dụng cụ và thuốc chống choáng, chống sốc phản vệ

**3. Người bệnh**

- Người bệnh đã được làm các xét nghiệm về đông máu cơ bản và các xét nghiệm cơ bản khác.

- Người bệnh được siêu âm thận tiết niệu.

- Người bệnh có thể được chụp X quang hệ tiết niệu hoặc có chụp cắt lớp vi tính trong các trường hợp sỏi tiết niệu, ung thư gây chèn ép, có thể có MRI hoặc MSCT dựng hình niệu quản trong các trường hợp chít hẹp niệu quản.

- Người bệnh có biểu hiện nhiễm trùng, thận ứ mủ được dùng kháng sinh trước khi làm phẫu thuật, thời gian và liều lượng tùy thuộc vào mức độ nhiễm trùng.

- Người bệnh được nghe bác sỹ giải thích kỹ về tác dụng và tai biến của phẫu thuật và ký vào giấy cam kết đồng ý làm phẫu thuật.

- Tại phòng phẫu thuật: Người bệnh nằm ngửa, lắp mointor theo dõi nhịp thở, mạch, huyết áp, điện tâm đồ, SpO2.

- Sát trùng bộ phận sinh dục và trải khăn phủ vô khuẩn

**4. Hồ sơ bệnh án**

Bệnh án được hoàn thiện với các thủ tục dành cho người bệnh tiến hành làm phẫu thuật: hồ sơ đã duyệt phẫu thuật, giấy cam đoan có ký xác nhận của người bệnh hoặc người nhà.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Kiểm tra hồ sơ**: Kiểm tra các xét nghiệm đã được làm

**2. Kiểm tra người bệnh**: đối chiếu tên, tuổi, chẩn đoán bệnh

**3. Thực hiện kỹ thuật**

- Tư thế Người bệnh nằm theo tư thế sản khoa.

- Soi kiểm tra: đặt máy soi bàng quang, cho nước và bàng quang kiểm tra tình trạng bàng quang, xác định vị trí 2 lỗ niệu quản và quan sát tình trạng lỗ niệu quản cần nong hẹp

- Đưa máy soi lên niệu quản tới chỗ hẹp xác định tình trạng hẹp

- Tiến hành nong hẹp niệu quane bằng 2 guidewire và thân máy hoặc bằng ống nong chuyên dụng hoặc xẻ rộng đoạn hẹp bằng laser

- Đưa máy soi qua đoạn hẹp kiểm tra toàn bộ niệu quản

- Kết hợp đưa sonde JJ ngược dòng từ niệu đạo vào bàng quang, lên niệu quản, lên bể thận qua ống soi bàng quang, thời gian để sonde JJ tuỳ theo tình trạng và nguyên nhân gây hẹp niệu quản.

- Đặt sonde tiểu lưu sonde.

**VI. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ**

**1. Nhiễm khuẩn huyết**

Là biến chứng toàn thân nghiêm trọng nhất có thể gặp ở những Người bệnh có nhiễm trùng từ trước, vi khuẩn và nội độc tố được phát tán từ nước tiểu vào trong quá trình làm thủ thuật. Đối tượng có nguy cơ khi tuổi cao, bệnh đái tháo đường và có sỏi đường tiết niệu.

Để ngăn chặn sốc nhiễm trùng và hoại tử, điều trị kháng sinh được khuyến cáo. Thông thường nhiễm khuẩn gây ra bởi vi khuẩn Gram âm bao gồm E.coli, Proteur, klebsiella, enterococcus... do đó nên sử dụng kháng sinh đường tĩnh mạch như cephalosporin, quinolon hoặc carbapenem...

**2. Thủng niệu quản**

- Tổn thương thủng niệu quản khi nong hẹp: Trong hầu hết các trường hợp sau khi đặt được sonde JJ bệnh nhân ổn định.

- Trường hợp đứt niệu quản không đặt được sonde JJ thì phải phẫu thuật mở để nối lại niệu quản.

**3. Các biến chứng khác: ít gặp**

- Tổn thương cơ quan lân cận như đại tràng. Trong hầu hết các trường hợp điều trị bảo tồn với kháng sinh và nhịn ăn.

- Tràn khí màng phổi, viêm mủ màng phổi, tràn máu màng phổi, tràn dịch màng phổi.

## 418. NỘI SOI LẤY SỎI BÀNG QUANG

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Nội soi bàng quang lấy sỏi là một thủ thuật dùng dụng cụ để lấy sỏi qua đường nội soi bàng quang.

**II. CHỈ ĐỊNH**

Sỏi bàng quang.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

− Nhiễm trùng đường niệu thấp đang tiến triển.

− Phì đại lành tính tuyến tiền liệt có kích thước to.

− U vùng tiểu khung có chèn ép tắc nghẽn đường niệu.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

01 bác sĩ chính, 01 bác sĩ phụ, kỹ thuật viên dụng cụ, bác sĩ gây mê

**2. Phương tiện**

− Máy soi bàng quang cứng (kim loại) hoặc mềm(sợi).

− Bộ cáp quang dẫn truyền hình ảnh và màn hình video.

− Nguồn ánh sáng lạnh.

− Nguồn nước vô trùng và hệ thống dẫn nước vào máy.

− Dụng cụ gắp sỏi bàng quang: dùng kẹp hoặc dùng rọ dormia: 01 bộ.

− Giường kiểu khám phụ khoa có thể điều chỉnh lên xuống tự động.

− Găng vô trùng: 02 đôi

− Cồn betadin sát trùng: 01 lọ

− Gạc vô khuẩn: 02 gói

− Kẹp vô trùng: 01 cái

− Quần áo mổ: 02 bộ

− Mũ, khẩu trang: 02 bộ

− Thuốc giảm đau (Felden, mobic...), gây tê tại chỗ (Xylocain).

**3. 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..

- Nhịn ăn uống trước mổ 6 giờ,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.

-Cho ký cam đoan trước khi tiến hành phẫu thuật. thủ thuật

**4. Hồ sơ bệnh án**

Bệnh án được hoàn thiện với các thủ tục dành cho người bệnh tiến hành làm thủ thuật: hồ sơ đã duyệt can thiệp thủ thuật, giấy cam đoan có ký xác nhận của người bệnh hoặc người nhà

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Kiểm tra hồ sơ:** kiểm tra lại hồ sơ bệnh án.

**2. Kiểm tra người bệnh:**

- Các chức năng sống (mạch, huyết áp, SPO2 và ý thức) xem có thể tiến hành thủ thuật được không.

- Đối chiếu tên, tuổi, chẩn đoán bệnh.

**3. Kỹ thuật**

− Giảm đau cho người bệnh: tiêm thuốc giảm đau trước khi tiến hành thủ thuật  
(Felden, mobic..), gây tê tại chỗ bằng xylocain (thường dùng loại gel) bơm qua đườngniệu đạo.Nếu bệnh nhân cần tán sỏi bàng quang bằng laser thì cần tiến hành gây tê tuỷ sống cho bệnh nhân

− Tư thế người bệnh nằm theo tư thế sản khoa.

− Soi kiểm tra: đặt máy soi bàng quang, cho nước vào bàng quang kiểm tra tình  
trạng bàng quang, xác định vị trí, kích thước của sỏi, dị vật.

− Đưa kẹp để gắp sỏi hoặc luồn sỏi vào rọ dormia kéo ra ngoài.

− Đối với sỏi quá to nhiều khi phải phá vỡ nhỏ sỏi ra bằng sóng xung động siêu  
âm hoặc laser rồi bơm rửa bàng quang lấy sỏi.

− Đặt sonde tiểu cho bệnh nhân 2 chạc hoặc 3 chạc để ròng rửa bàng quang nếu cần

**VI. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ**

**1. Thủng bàng quang**

Rất ít xảy ra, xử trí ngoại khoa.

**2. Chảy máu**

Theo dõi, dùng thuốc cầm máu, truyền máu trong trường hợp mất quá nhiều máu.

**3. Nhiễm khuẩn**

Do có nhiễm khuẩn cũ hoặc nhiễm khuẩn do làm thủ tục kéo dài và không vô  
khuẩn tuyệt đối. Điều trị kháng sinh và theo dõi.

## 419. NỘI SOI BÀNG QUANG CHẨN ĐOÁN

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Nội soi bàng quang là một thủ thuật được sử dụng để quan sát bên trong bàng  
quang, niệu đạo.

**II. CHỈ ĐỊNH**

− Đái máu.

− Đái mủ.

− Hội chứng bàng quang.

− Viêm bàng quang mạn.

− U bàng quang.

− Sỏi, dị vật bàng quang

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

− Chấn thương đứt niệu đạo.

− Nhiễm trùng đường niệu thấp đang tiến triển.

− Phì đại lành tính tuyến tiền liệt có kích thước to.

− Lao bàng quang.

− U vùng tiểu khung có chèn ép tắc nghẽn đường niệu.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

01 bác sĩ, 01 điều dưỡng

**2. Phương tiện, dụng cụ**

− Máy soi bàng quang cứng (kim loại) hoặc mềm (sợi).

− Bộ cáp quang dẫn truyền hình ảnh và màn hình video

− Nguồn ánh sáng lạnh.

− Nguồn nước vô trùng và hệ thống dẫn nước vào máy.

− Catheter các cỡ để chụp thận ngược dòng.

− Giường kiểu khám phụ khoa có thể điều chỉnh lên xuống tự động: 01 chiếc.

− Găng vô trùng: 02 đôi.

− Cồn betadin sát trùng: 01 lọ

− Gạc vô trùng: 01 gói

− Kẹp vô trùng: 01 cái

− Quần áo mổ: 02 bộ

− Mũ, khẩu trang: 02 bộ

− Thuốc giảm đau (Felden, mobic…), gây tê tại chỗ (Xylocain).

**3. Người bệnh**

Cần được giải thích kỹ trước khi làm thủ thuật, tiêm thuốc giảm đau trước khi tiến hành thủ thuật (Felden, mobic..) và cần được gây tê tại chỗ bằng xylocain (thường dùng loại gel) bơm qua đường niệu đạo.

**4. Hồ sơ bệnh án**

Bệnh án được hoàn thiện với các thủ tục dành cho người bệnh tiến hành làm thủ thuật: hồ sơ đã duyệt can thiệp thủ thuật, giấy cam đoan có ký xác nhận của người bệnh hoặc người nhà.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Kiểm tra hồ sơ:** kiểm tra lại hồ sơ bệnh án.

**2. Kiểm tra người bệnh:**

- Các chức năng sống (mạch, huyết áp, SPO2 và ý thức) xem có thể tiến hành thủ thuật được không.

- Đối chiếu tên, tuổi, chẩn đoán bệnh.

**3. Thực hiện kỹ thuật**

− Giảm đau cho người bệnh: tiêm thuốc giảm đau trước khi tiến hành thủ thuật  
(Felden, mobic..), gây tê tại chỗ bằng xylocain (thường dùng loại gel) bơm qua đường niệu đạo.

− Tư thế người bệnh: nằm theo tư thế sản khoa.

− Soi kiểm tra: đặt máy soi bàng quang, cho nước và bàng quang kiểm tra tình  
trạng bàng quang, niệu đạo, hai lỗ niệu quản.

**VI. THEO DÕI**

Trong 24-48 giờ:

− Theo dõi tính chất, màu sắc, số lượng nước tiểu.

− Tình trạng bụng (đau, phản ứng thành bụng).

− Nhiệt độ, huyết áp, toàn trạng.

**VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

**1. Thủng bàng quang**

Rất ít xảy ra, xử trí ngoại khoa.

**2. Chảy máu**

Theo dõi, dùng thuốc cầm máu, truyền máu trong trường hợp mất quá nhiều máu.

**3. Nhiễm khuẩn**

Do có nhiễm khuẩn cũ hoặc nhiễm khuẩn do làm thủ tục kéo dài và không vô  
khuẩn tuyệt đối: điều trị kháng sinh và theo dõi.

## 420. PHẪU THUẬT NỘI SOI CẤP CỨU VỠ BÀNG QUANG

**I.ĐẠI CƯƠNG**

Vỡ bàng quang do chấn thương là một cấp cứu niệu khoa thường xảy ra trong tai nạn giao thông và trong tai nạn lao động, chiếm 2% các thương tổn ở bụng, 10% các chấn thương về niệu.Bệnh xảy ra trong tình trạng sốc đa chấn thương,có nhiều thương tổn đi kèm. Nhưng triệu chứng của thương tổn đường tiết niệu nói chung như thận, niệu quản,niệu đạo,cũng như bàng quang nói riêng dễ nhầm lẫn với nhau.Vì vậy câng chẩn đoán sớm và xử lý kịp thời các thương tổn bàng quang cũng như các thương tổn đi kèm nhằm hạ thấp tỷ lệ tử vong và các biến chứng do chấn thương gây ra.

**II.CHỈ ĐỊNH**

-Chỉ định mổ nội soi cho những bệnh nhân vỡ bàng quang đơn thuần đã được chẩn đoán không có chấn thương kết hợp

-Vỡ bàng quang trong ổ bụng

**III.CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

-Bệnh nhân bị đa chấn thương

-Bệnh nhân có bệnh về máu

-Bệnh nhân quá già yếu

**IV CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện:**

− 1 bác sỹ phẫu thuật chính

− 2 bác sỹ phụ mổ

− 1 dụng cụ viên

− 1 chạy ngoài

− 1 bác sỹ gây mê và 1 phụ mê

**2. Phương tiện:**

- Các phương tiện thông dụng của PTNS ổ bụng: nguồn sáng, dây CO2, dây  
hút, dàn máy nội soi, 2 trocar 10mm, 1 trocar 5mm, đốt nội soi monopolar,  
bipolar, chỉ 2-0,3-0,chỉ khâu da đóng lỗ trocar.Các dụng cụ kỹ thuật cao như dao siêu âm nếu cần…

**3. 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.

- Nhịn ăn uống trước mổ 6 giờ,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.

- Cho ký cam đoan trước khi tiến hành phẫu thuật, thủ thuật

- Dùng kháng sinh dự phòng trước mổ

**4. Hồ sơ bệnh án**

Bệnh án được hoàn thiện với các thủ tục dành cho người bệnh tiến hành làm thủ thuật: hồ sơ đã duyệt can thiệp thủ thuật, giấy cam đoan có ký xác nhận của người bệnh hoặc người nhà.

**V.CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Kiểm tra hồ sơ:** kiểm tra lại hồ sơ bệnh án.

**2. Kiểm tra người bệnh:**

- Các chức năng sống (mạch, huyết áp, SPO2 và ý thức) xem có thể tiến hành thủ thuật được không.

- Đối chiếu tên, tuổi, chẩn đoán bệnh.

**3.Kỹ thuật**

- Tư thế bệnh nhân nằm giữa, cố định hai thành hông đầu thấp.Không đặt thông tiểu.

- Màn hình đặt dưới chân bệnh nhân

- Phẫu huật viên đứng bên trái, phụ mổ đừng bên phải bệnh nhân

- Trocart camera 10 mm đặt ngay trên rốn,

- Đặt hai trocart 5 mm và 10 mm ở hai hố chậu tại giao điểm bờ ngoài cơ thẳng bụng với đường ngang nối hai gai chậu trước trên.

- bơm hơi với áp lực từ 8 -10 mmHg, tốc độ 1.8-2 l/p ( sau ổn định có thể điều chỉnh áp lực ổ bụng),hút sạch dịch,máu trong ổ bụng,kiểm tra các tạng khác trong ổ bụng để phát hiện tổn thương phối hợp.

- Kiểm tra lòng bàng quang để phát hiện xem có vỡ bàng quang ngoài phúc mạc đi kèm hay không.

- Đặt trocart 5mm trên xương mu xuyên qua thành trước cơ bàng quang,qua đó đưa sonde hút nhớt số 8 khâu với sonde Foley 16-18F, kéo Foley vào trong để dẫn lưu bàng quang.

- Thực hiện đường khâu vắt bằng chỉ Vicryl 2-0 từ đầu vết thương bàng qung mặt trước hay ở đỉnh đến giữa vết thương,dùng đường khâu tại đây và dùng đoạn chỉ còn lại khâu vào thành bụng trước để kéo bàng quang ra trước nếu vết rách dài.

- Dùng sợ chỉ thứ hai khâu tiếp phần còn lại từ mặt sau lên chỗ dừng lại của sợi chỉ ban đàu, cắt bỏ kim một trong hai sợi chỉ và buộc lại hai sợi chỉ với nhau, chấm dứt đường khâu.

- Dẫn lưu cùng đồ tích cục bằng sonde Silicon

**VI. THEO DÕI**

-Kháng sinh hằng ngày

-Thay băng vết mổ

-Theo dõi dãn lưu ổ bụng và sonde niệu đạo.

-Rút dẫn lưu bụng khi không còn ra dịch

-Khi xuất viện hẹn tái khám sau một tuần

-Nếu cho ra viện sớm nhớ hẹn rút dẫn lưu bàng quang ngày thứ 7 tại phòng khám.

**VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ**

- Chảy máu:

+ Đốt cầm máu kỹ trước khi đặt dẫn lưu

+ Mổ mở nếu không cầm máu dưới nội soi được

- Rò nước tiểu:

+ Đặt thông tiểu lâu

+ Mổ mở hoặc phẫu thuật nội soi để khâu lại bàng quang

## 421. BÓP SỎI BÀNG QUANG QUA NỘI SOI (BÓP SỎI CƠ HỌC)

**I.ĐỊNH NGHĨA**

- Sỏi bàng quang là các khoáng chất hình thành qua khối đá nhỏ trong bàng quang.Sỏi bàng quang phát triển khi nước tiểu trong bàng quang trỏ nên tập trung, gây ra kết tinh khoáng chất trong nước tiểu. Tập trung, tù đọng nước tiểu thường là kết quả của một tuyến tiền liệt mở rộng,dây thần kinh thiệt hại hoặc nhiễm trùng đường tiết niệu tái diễn.

- Sỏi bàng quang không luôn gây ra dấu hiệu hoặc triệu trứng và đôi khi được phát hiện trong những kiểm tracho các vấn đề khác. Khi triệu chứng xảy ra, có thể từ đau bụng đến máu trong nước tiểu.

- Sỏi bàng quang nhỏ đôi khi vượt ra ngoài, nhưng có thể cần phải loại bỏ bởi bác sĩ. Còn lại không được điều trị, sỏi bàng quang có thể gây ra nhiễm trùng và biến chứng khác.

**II.CHỈ ĐỊNH**

-Tất cả những bệnh nhân được chẩn đoán có sỏi bàng quang

-Sỏi bàng quang có kích thước<4cm

**III.CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

-Những bệnh nhân bị hẹp niệu đạo

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện:**

− 1 bác sỹ phẫu thuật chính

− 1 bác sỹ phụ mổ

− 1 dụng cụ viên

− 1 chạy ngoài

− 1 bác sỹ gây mê và 1 phụ mê

**2. Phương tiện**

- Giàn nội soi, kìm bóp sỏi

**3. 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.

- Nhịn ăn uống trước mổ 6 giờ,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.

- Cho ký cam đoan trước khi tiến hành phẫu thuật, thủ thuật

- Dùng kháng sinh dự phòng trước mổ

**4. Hồ sơ bệnh án**

Bệnh án được hoàn thiện với các thủ tục dành cho người bệnh tiến hành làm thủ thuật: hồ sơ đã duyệt can thiệp thủ thuật, giấy cam đoan có ký xác nhận của người bệnh hoặc người nhà.

**V.CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Kiểm tra hồ sơ:** kiểm tra lại hồ sơ bệnh án.

**2. Kiểm tra người bệnh:**

- Các chức năng sống (mạch, huyết áp, SPO2 và ý thức) xem có thể tiến hành thủ thuật được không.

- Đối chiếu tên, tuổi, chẩn đoán bệnh.

**3. Kỹ thuật**

- Cho bệnh nhân nằm ngửa trên giưởng tư thế sản khoa và bộc lộ bộ phận sinh dục.Tất cả bệnh nhân đều được gây tê tủy sống. Sát trùng bộ phận sinh dục và vùng xung quanh bằng Povidine.

- Trải khăn có lỗ

- Bôi trơn ống nội soi niệu đạobàng quang, bộ nong niệu đạo

- Nong niệu đạo bằng thông béniqúe đến số 27- 30F. Đặt máy bóp sỏi bàng quang 26F với ống soi 70

- Cho nước muối sinh lý vào bàng quang và quan sát toàn bộ thành bàng quang

- Tiến hành bóp vụn sỏi bàng quang thành những mãnh nhỏ. Sau đó xức rủa bàng quang cho đến hết sỏi vụn.Soi bàng quang kiểm tra lần cuối và đặt thông Foley 20F 2 chạc dần lưu bàng quang.

- Thông foley được rút sau 24 giờ hoặc 48 giờ.

- Thời gian thao tác trung bình 30 phút

**VI.THEO DÕI**

-Cố định ống thông đúng cách

-Vệ sinh bộ phận sinh dục hàng ngày, tránh nhiễm khuẩn ngược dòng.

-Hệ dẫn lưu nước tiểu phải được giữ khô ráo nhất là nơi màng lọc kín, thông một chiều và thấp hơn bàng quang 60cm

-Rút ống thông sau 2 ngày hoặc lâu hơn tùy theo chỉ định của bác sỹ.

**VI. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ**

**1. Thủng bàng quang**

Rất ít xảy ra, xử trí ngoại khoa.

**2. Chảy máu**

Theo dõi, dùng thuốc cầm máu, truyền máu trong trường hợp mất quá nhiều máu.  
**3. Nhiễm khuẩn**

Do có nhiễm khuẩn cũ hoặc nhiễm khuẩn do làm thủ tục kéo dài và không vô  
khuẩn tuyệt đối. Điều trị kháng sinh và theo dõi.

## 422. PHẪU THUẬT NỘI SOI ĐIỀU TRỊ TÚI SA NIỆU QUẢN TRONG BÀNG QUANG

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Sa lồi niệu quản là bệnh lý giãn hình túi lồi vào trong lòng bàng quang của đoạn niệu quản thành bàng quang.

Bệnh lý này hay gặp khi niệu quản đổ lạc chỗ, hẹp vị trí đổ vào bàng quang.. Hai loại sa lồi niệu quản: túi sa lồi là niêm mạc bàng quang hoặc là thành niệu quản.

**II. CHỈ ĐỊNH**

Sa lồi lỗ niệu quản đơn thuần hoặc đã gây biến chứng như:

- Bí đái

- Viêm bàng quang

- Suy thận

- Đái máu

- Sỏi trong túi sa lồi

**II. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Những bệnh toàn thân chưa được điều trị như rối loạn đông máu, suy tim, tiểu đường, nhiễm trùng tiết niệu...

Hẹp niệu đạo.

Cứng khớp hông.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện:** Phẫu thuật viên được đào tạo chuyên khoa và có kinh nghiệm.

**2. Phương tiện dụng cụ**: Bộ dụng cụ phẫu thuật nội soi tiết niệu đường dưới.

**3. Người bệnh:**

Người bệnh được giải thích kỹ về những ưu điểm và những biến chứng có thể xảy ra. Đối với những người bệnh đang dùng thuốc chống đông đường uống, phẫu thuật sẽ được tiến hành sau khi dừng thuốc chống đông 3 ngày, làm xét nghiệm đông máu: tỷ lệ prothrombine đã tăng lên đến mức như ở người bình thường; Có thể thay thuốc chống đông đường uống bằng thuốc chống đông đường tiêm; Vì tác dụng của thuốc chống đông đường tiêm thường ngắn và có thể tiến hành phẫu thuật 6 giờ sau khi tiêm mũi chống đông cuối cùng.

Thuốc điều trị những bệnh tim mạch, huyết áp cao, phải được thay đổi hoặc ngừng trước phẫu thuật.

Những người bệnh có nguy cơ bị thiểu năng mạch vành, rối loạn nhịp tim, suy hô hấp, phải được làm thêm các xét nghiệm chuyên sâu trước mổ.

**4. Hồ sơ bệnh án**

- Bệnh nhân được làm các xét nghiệm cận lâm sàng trướng mổ, CTscaner bụng có tiêm thuốc cản quang dựng hình hệ tiết niệu và mạch thận.

- Hoàn thành các thủ tục hành chính theo quy định.

- Bệnh án chi tiết, biên bản hội chẩn, biên bản khám trước khi gây mê, giấy cam đoan đồng ý phẫu thuật.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

Kiểm tra hồ sơ: biên bản hội chẩn, cam kết phẫu thuật, biên bản duyệt mổ, biên bản khám tiền phẫu và tiền mê.

Kiểm tra người bệnh: đúng người bệnh, đúng bên thương tổn đã đánh dấu.

Thực hiện kỹ thuật:

Tư thế người bệnh:

Người bệnh được đặt nằm trên bàn mổ, mông sát hoặc hơi vượt quá bờ dưới của mặt bàn mổ. Hai đùi dạng tối đa, nhưng gấp nhẹ vào bụng; Hai đùi dạng tối đa cho phép di chuyển máy cắt sang hai bên dễ dàng, nhưng hai đùi gấp quá mức vào bụng sẽ đẩy khung chậu ra phía trước và làm cho niệu đạo cong rất nhiều;

Tư thế này gây khó khăn cho việc đặt máy vào bàng quang và thao tác cắt đốt.

Dây dẫn ánh sáng, dây dẫn điện và dây camera được bố trí về cùng một bên để thao tác cắt đốt trong cuộc mổ được thuận lợi.

Đặt máy qua niệu đạo vào bàng quang:

Cuộc mổ được bắt đầu bằng đặt vỏ máy qua niệu đạo vào bàng quang: Trong phần lớn các trường hợp, việc đặt vỏ máy vào bàng quang không có khó khăn gì.

Nếu lỗ ngoài niệu đạo bị hẹp, có thể nong rộng hay dùng dao rạch lỗ sáo về phía 6 giờ, khâu cầm máu 2 mép của vết rạch bằng chỉ tự tiêu 4/0, sau đó đặt máy. Trong những trường hợp khó khăn, phải đặt máy dưới màn hình theo các bước sau:

Vỏ máy đã được đặt trong niệu đạo, rút bỏ que thông nòng ra khỏi vỏ máy, đặt bộ phận “cò máy” - đã lắp ống kính - vào trong vỏ máy và mở 2 vòi nước đê dịch rửa chảy vào niệu đạo và chảy ra ngoài.

Đặt máy qua niệu đạo vào bàng quang dưới màn hình: dòng nước rửa chảy vào có tác dụngmở rộng niệu đạo và làm cho việc nhìn thấy hình ảnh trên màn hình được rõ ràng hơn

Xẻ túi sa lồi niệu quản:

Xác định vị trí túi sa lồi, cắt mở thành túi, gắp sỏi trong túi sa lồi nếu có.

Cầm máu kỹ diện cắt.

Săn sóc sau mổ:

Dùng dung dịch mặn đảng trương rửa bàng quang liên tục cho đến khi nước tiểu trong. Chú ý không để tắc ống thông niệu đạo. Kháng sinh dùng 3 ngày đường toàn thân. Nếu trước mổ đã bị viêm bàng quang, viêm hệ tiết niệu: dùng kháng sinh đường toàn thân 1 tuần. Sau mổ 6 giờ có thể uống nước, ăn nhẹ. Sau 24 giờ, ăn uống bình thường. Rút ống thông niệu đạo sau 24- 48h; Người bệnh ra viện, được tiếp tục theo dõi và điều trị ngoại trú.

**VI. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ**

**1. Tổn thương niệu quản**

- Nếu tổn thương nhỏ, tổn thương niêm mạc niệu quản: Chỉ cần đặt sonde niệu quản tốt là đủ và thời gian lưu sonde cần lâu hơn.

- Thủng niệu quản: Xử trí tùy theo mức độ tổn thương.

**2. Chảy máu**: Thông thường sau nội soi niệu quản có thể có chảy máu nhưng không đáng kể, chỉ cần đặt sonde niệu quản và điều trị nội khoa là đủ.

**3. Nhiễm khuẩn đường tiết niệu ngược dòng**: Cấy nước tiểu và điều trị kháng sinh tùy theo mức độ nhiễm khuẩn.

**4. Biến chứng xa**: Hẹp niệu quản, có thể phải tạo hình niệu quản.

## 423. PHẪU THUẬT NỘI SOI TẠO HÌNH BÀNG QUANG

**I.ĐẠI CƯƠNG**

Phẫu thuật nội soi cắt bàng quang, tạo hình bàng quang qua ổ bụng là kỹ thuật bao gồm cắt bàng quang qua đường nội soi ổ bụng,sau đó kết hợp mổ mở tạo hình bàng quang.

**II. CHỈ ĐỊNH**

- Ung thư bàng quang giai đoạn II,III.

- Một số trường hợp ung thư giai đoạn I, nhưng nhiều khối lan tỏa, táiphát nhanh, độ ác tính cao cũng có chỉ định cắt toàn bộ bàng quang.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Các trường hợp có chống chỉ định chung của phẫu thuật và gây mê hồi sức.  
- Người bệnh và gia đình họ không chấp nhận phẫu thuật

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

- 01 bác sĩ phẫu thuật,02 bác sĩ phụ mổ,kíp gây mê,kíp dụng cụ.

**2. Phương tiện:**

- Các phương tiện thông dụng của PTNS ổ bụng: nguồn sáng, dây CO2, dây  
hút, dàn máy nội soi, 2 trocar 10mm, 1 trocar 5mm, đốt nội soi monopolar,  
bipolar,chỉ 2-0,3-0,chỉ khâu da đóng lỗ trocar.Các dụng cụ kỹ thuật cao như dao siêu âm nếu cần…

**3. 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.

- Nhịn ăn uống trước mổ 6 giờ,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.

-Cho ký cam đoan trước khi tiến hành phẫu thuật, thủ thuật

- Dùng kháng sinh dự phòng trước mổ

**4. Hồ sơ bệnh án**

Bệnh án được hoàn thiện với các thủ tục dành cho người bệnh tiến hành làm thủ thuật: hồ sơ đã duyệt can thiệp thủ thuật, giấy cam đoan có ký xác nhận của người bệnh hoặc người nhà.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Kiểm tra hồ sơ:** kiểm tra lại hồ sơ bệnh án.

**2. Kiểm tra người bệnh:**

- Các chức năng sống (mạch, huyết áp, SPO2 và ý thức) xem có thể tiến hành thủ thuật được không.

- Đối chiếu tên, tuổi, chẩn đoán bệnh.

**3. Kỹ thuật**

- Vào ổ bụng theo 5 trocar (2 trocar 10mm, 03 trocar 5mm),kiểm tra các tạng trong ổ bụng.

- Từ nếp rốn giữa,theo dây chằng rốn bàng quang, phẫu tích để bộc lộ mặt trên bàng quang lật phúc mạc lên ,sau đó ra trước bóc tách mặt trước của bàng quang.

- Tiếp tục phẫu thuật viên chính bộc lộ mặt hai mặt bên và đến mặt đáy của bàng quang

- Giải phóng niệu quản hai bên cùng với lớp vỏ xơ(vỏ hoặc áo liên kết) của nó,  
kẹp niệu quản này bằng một kẹp clip, đặt một mũi khâu chờ ở phíatrên chỗ kẹp, và cắt niệu quản ở phía dưới chỗ đặt mũi khâu chờ. Sinh thiết niệuquản: nếu người bệnh có nguy cơ bị ung thư tại chỗ (CIS) thì trích thử một mẫusinh thiết ở đoạn cuối niệu quản và gửi đi xét nghiệm giải phẫu bệnh bằng cắtlạnh mẫu sinh thiết tức thì.

**-** Cắt cuống mạch bên của bàng quang

**-** Cắt cuống mạch sau của bàng quang

**-** Cắt đến niệu đạo sau loại bỏ tuyến tiền liệt,túi tinh và sinh thiết tức thì mỏm cắt niệu đạo.

**-** Cắt các thành phần kết nối còn lại ở hai bên, vốn thuộc về mạc nội - chậu bé. Cho bệnh phẩm vào túi bệnh phẩm,mở đường trắng giữa dưới rốn lấy bệnh phẩm ra ngoài.

**-** Nạo vét hạch chậu bịt 2 bên, sinh thiết tức thì và chờ kết quả để quyết định  
phương pháp tạo hình bàng quang.

-Tiếp theo đến thì tạo hình bàng quang

**-** Đặt lại ruột một cách cẩn thận, và kéo mạc nối lớn xuống phía dưới để che  
phủ các chỗ khâu nối. Thường cần phải dẫn lưu bằng hút liên tục để bảo vệ  
đường thoát mới cho nước tiểu.

**-** Đóng thành bụng một cách thích hợp

- Dẫn lưu ổ bụng.

- Khâu các lỗ trocar và khâu lại bụng hai lớp.

**VI. THEO DÕI**

- Hậu phẫu mang dẫn lưu ổ bụng,kiểm tra lượng dịch ra.

- Rút dẫn lưu khi hết dịch.

**VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ**

- Chảy máu:

+ Đốt cầm máu kỹ trước khi đặt dẫn lưu

+ Mổ mở nếu không cầm máu dưới nội soi được

- Nhiễm trùng :Kháng sinh,chăm sóc vết mổ.

## 424. THẮT TĨNH MẠCH TINH NỘI SOI ĐIỀU TRỊ GIÃN TĨNH MẠCH THỪNG TINH

**I. ĐẠI CƯƠNG**

- Giãn tĩnh mạch (TM) tinh là bệnh lý thường gặp ở nam giới và được cho là có mối liên quan chặt chẽ với vô sinh nam. Trước đây bệnh ít gặp là do nhận thức của người dân còn thấp và đa số người bệnh thường ngại khi đi khám. Ngày nay giáo dục truyền thông tốt và hiểu biết trong cộng đồng tăng cao nên tỷ lệ đi khám và phát hiện bệnh cao hơn.

- Đa số tĩnh mạch giãn nằm ở bên trái (98%).

- Có rất nhiều thuyết và quan điểm khác nhau nhằm lý giải cho hiện tượng giãn TM và gặp đa số ở bên trái, nhưng nguyên nhân được nhiều người chấp nhận nhất là TM sinh dục bên trái đổ vào TM thận nơi có áp lực máu cao hơn nên dễ bị trào ngược. Ngoài ra còn 1 số nguyên nhân khác như suy van TM, bị chèn ép từ bên ngoài…

- Phẫu thuật giãn TM tinh có nhiều phương pháp, nhưng phổ biến nhất là: Phẫu thuật vi phẫu thắt TM giãn và Phẫu thuật nội soi trong hoặc sau phúc mạc thắt TM giãn.

- Giãn TM tinh chia làm 4 mức độ trên lâm sàng, TM tinh được coi là giãn khi trên siêu âm màu cho thấy: đường kính của TM ≥ 2mm và có dòng trào ngược khi làm nghiệm pháp Valsava.

**II. CHỈ ĐỊNH**

- Không phải cứ có giãn TM tinh là có chỉ định phẫu thuật, chỉ nên phẫu thuật thắt TM tinh giãn khi:

+ Có triệu chứng đau nhức tinh hoàn trên lâm sàng mà điều trị nội khoa không cải thiện

+ Hoặc có teo tinh hoàn trên lâm sàng và siêu âm hoặc có giãn TM kèm theo giảm chất lượng tinh trùng trên tinh dịch đồ hoặc vô sinh.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Chống chỉ định chung của phẫu thuật nội soi bơm hơi ổ bụng.

- Mổ cũ sau phúc mạc hoặc trong ổ bụng.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1.Người thực hiện kỹ thuật:**

-Phẫu thuật viên (PTV) chính

-Bác sỹ (BS) gây mê và phụ mê

-1 đến 2 BS phụ mổ

-1 điều dưỡng làm dụng cụ viên

-1 điều dưỡng chạy ngoài

2. **Phương tiện:**

- Dàn máy phẫu thuật nội soi (NS), bơm hơi ở bụng

- 1 bộ dụng cụ phẫu thuật NS ổ bụng thông thường

- 1 phong clip titan hoặc hemalock 5mm

- Gạc nội soi và gạc con phẫu thuật

- Chỉ khâu ngoài da 1 sợi (Datilon 3/0)

- Bộ dụng cụ mổ mở khâu lỗ trocar: 1 kìm kẹp kim, 2 kẹp phẫu tích có mấu, 1 kéo cắt chỉ

**3. Người bệnh:**

- Được chuẩn bị kĩ càng trước mổ: thụt tháo, test KS, tắm rửa…

- Chuẩn bị về tâm lý, giải thích cho người bệnh hiểu về cách thức mổ, nguy cơ biến chứng có thể xảy ra;

- Gây mê NKQ

**4. Hồ sơ bệnh án:** đầy đủ thủ tục hành chính, đầy đủ các xét nghiệm cơ bản cần thiết cho cuộc mổ

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

1. Kiểm tra hồ sơ: trước và trong khi hội chẩn mổ, lúc nhận người bệnh vào khoa, trước lúc đưa người bệnh đi mổ, và lần cuối cùng ở Phòng mổ.

2. Kiểm tra người bệnh: khám người bệnh ban đầu, khám lúc vào viện.

**3. Thực hiện kỹ thuật:**

- Gây mê NKQ, thở máy, đặt sonde dạ dày

- Tư thế người bệnh: nghiêng về bên đối diện với tổn thương, thường là nghiêng Phải. Nếu mổ NS trong ổ bụng thì nghiêng 75 độ, nếu mổ NS sau phúc mạc thì nghiêng 90 độ

- Tư thế PTV và phụ mổ: đứng trước mặt người bệnh (về phía bụng) nếu mổ NS trong ổ bụng, đứng sau lưng nếu mổ NS sau phúc mạc; Dụng cụ viên đứng cùng bên PTV chính.

- Đặt trocart:

+ PTNS qua phúc mạc: Trocar 1 (10mm): camera đặt ở đường trắng bên phía trên rốn 1-2cm. Trocar 2 (10mm): để thao tác và kẹp clip nằm trên đường nách trước ngang rốn. Trocar 3 (5mm) dưới sườn trên đường giữa đòn

+ PTNS sau PM: Trocart 1 (10mm) nằm ở hố thắt lưng trên mào chậu 2cm. Trocar 2(10mm) ở đầu hoặc dưới xương sườn 12; Trocar 3 (5mm) trên đường nách sau thẳng hàng với 2 trocar đầu.

- Tạo khoang sau phúc mạc bằng bóng

- Bơm hơi 8mmHg

- Tìm TM sinh dục tại chỗ đổ vào TM thận trái, thắt TM tinh sát chỗ đổ vào TM thận để đảm bảo tránh tái phát.

- Kiểm tra cầm máu, có thể đặt dẫn lưu hoặc không.

- Rút máy, khâu đóng vết mổ, băng vết mổ.

**VI. XỬ TRÍ TAI BIẾN**

- Chảy máu lỗ trocar: khâu lại

- Nhiễm trùng lỗ trocar: thay băng, kháng sinh…

## 425. PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT XƠ HẸP NIỆU ĐẠO

**I.ĐẠI CƯƠNG**

Hẹp niệu đạo là một bệnh thường gặp trong các khoa tiết niệu, đây là một bệnh lý phức tạp, do nhiều nguyên khân và điều trị còn gặp nhiều khó khăn.

Điều trị hẹp niệu đạo có 2 phương pháp: Phẫu thuật nội soi và mổ mở. Thông thường khi điểu trị hẹp niệu đạo thì dùng các phương pháp đơn giản như nội soi trước, nếu các phương pháp này thất bại bắt buộc phải mổ mở.

**II. CHỈ ĐỊNH**

+ Hẹp niệu đạo ngắn có thể nong được.

+ Hẹp cổ bàng quang, nhất là hẹp sau khi cắt đốt nội soi tuyến tiền liệt.

+ Hẹp lại sau mổ mở vẫn đặt được Guide.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

+ Nhiễm trùng nước tiểu cấp, apxe quanh niệu đạo.

+ Hẹp kết hợp có rò niệu đạo.

+ Hẹp dài và hẹp hoàn toàn.

**IV: CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện quy trình kỹ thuật**: bác sỹ tiết niệu.

2. **Phương tiện:**  các phương tiện thông dụng của nội soi tiết niệu: dàn máy nội soi (monitor, camera, nguồn sáng), máy soi niệu quản hoặc máy soi thận, thiết bị laser,

3. **Người bệnh:** vệ sinh vùng mu.

**4. Hồ sơ bệnh án:** xét nghiệm tiền phẫu, siêu âm bụng, KUB, , MSCT bụng chậu.

**V.CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Kiểm tra hồ sơ:** tên tuổi người bệnh, chẩn đoán, chỉ định, chống chỉ định.

**2. Kiểm tra người bệnh:** đúng người bệnh.

**3. Thực hiện kỹ thuật**

Bước 1: Đặt máy soi niệu đạo vừa đi vừa quan sát niệu đạo cho tới tận chỗ hẹp

Bước 2: Đặt guide qua chỗ niệu đạo hẹp vào bàng quang.

Bước 3: Sau khi đặt được guide vào bàng quang tiến hành xẻ niệu đạo theo guide bằng laser, xẻ ở vị trí 12 h, cắt hết bề dày của tổ chức bệnh lý đến tận tổ chức lành, xẻ hết đoạn niệu đạo hẹp cho đến lúc máy cắt qua dễ dàng vào bàng quang

Bước 4: Đặt dẫn lưu qua niệu đạo vào bàng quang

**VI. THEO DÕI**

Hậu phẫu rút thông niệu đạo sau 05 ngày, tình trạng tiểu máu và nhiễm khuẩn niệu.

**VII. XỬ TRÍ TAI BIẾN**

Không có tai biến nghiêm trọng trong nội soi cắt xơ hẹp niệu đạo

**TÀI LIỆU THAM KHẢO:**

1. Bộ Y tế (1999), “Quy định chung về phẫu thuật tiết niệu”, Hướng dẫn quy trình kỹ thuật bệnh viện, Nhà xuất bản Y học

2. Bệnh học tiết niệu (2007), Nhà xuất bản Y học.

3. Quy trình kỹ thuật Bộ y tế. (2014)

4. Giải phẫu người (2011), Nhà xuất bản Y học.

## 426. CẮT U NIỆU ĐẠO, VAN NIỆU ĐẠO QUA NỘI SOI

**I. ĐẠI CƯƠNG**

- U niệu đạo là u xuất phát từ niêm mạc của niệu đạo, đây là bệnh lý ác tính nhưng tần suất rất hiếm gặp trong bệnh lý tiết niệu.

- Van niệu đạo bao gồm van niệu đạo trước và sau, van niệu đạo trước không phải là một van thật sự mà là một túi thừa ở niệu đạo trước, trong quá trình đi tiểu túi thừa căng ra đẩy mép sau của miệng túi thừa lên ép vào niệu đạo trước. Van niệu đạo sau là một bất thường bẩm sinh do một nếp gấp của niêm mạc niệu đạo sau tạo nên giống như một màng chắn mỏng ngăn chặn sự tống thoát nước tiểu từ bàng quang. Van niệu đạo trước thường ít gây ảnh hưởng nhiều về hệ thống tiết niệu, trong khi đó van niệu đạo sau là nguyên nhân hàng đầu gây suy thận sớm và nặng ở trẻ em.

**II.CHỈ ĐỊNH**

- Tất cả các trường hợp u niệu đạo cần thiết phải nội soi cắt u để xác định chẩn đoán và phân loại giải phẫu bệnh. Và hầu như các trường hợp van niệu đạo cần phải nội soi đốt hoặc xẻ van vì những rối loạn và biến chứng.

**III.CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

-Người bệnh có bệnh nội khoa đi kèm có chống chỉ định gây mê, phẫu thuật.

-Nhiễm khuẩn đường tiết niệu nặng chưa ổn định.

-Suy thận nặng cần ổn định nội khoa trước.

**IV.CHUẨN BỊ**

**1.Người thực hiện quy trình kỹ thuật:** bác sỹ tiết niệu.

2.**Phương tiện:**  các phương tiện thông dụng của nội soi tiết niệu: dàn máy nội soi nhi khoa (monitor, camera, nguồn sáng), máy soi niệu quản nhi khoa, máy cắt đốt nội soi đơn cực, lưỡng cực hoặc laser, hệ thống tưới rửa.

3.**Người bệnh:** vệ sinh vùng mu.

**4.Hồ sơ bệnh án**: xét nghiệm tiền phẫu, siêu âm bụng, soi bàng quang, UIV, X quang niệu đạo bàng quang không hoặc có rặn tiểu, MSCT bụng chậu.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1.Kiểm tra hồ sơ:** tên tuổi người bệnh, chẩn đoán, chỉ định, chống chỉ định.

**2.Kiểm tra người bệnh**: đúng người bệnh.

**3.Thực hiện kỹ thuật:** (20- 40 phút)

- Tê tuỷ sống hoặc mê toàn thân

- Tư thế**:**  sản khoa

- Sát trùng cơ quan sinh dục ngoài

- Đưa máy cắt đốt nội soi vào niệu đạo (trong trường hợp niệu đạo nhỏ thì dùng máy soi niệu quản);

- Kiểm tra các bệnh lý đi kèm của: niệu đạo, tuyến tiền liệt, cổ bàng quang, niêm mạc bàng quang và 2 miệng niệu quản.

- Tiến hành cắt u, van hoặc đốt hoặc xẻ van bằng điện đơn cực, lưỡng cực hoặc laser;

- Lấy mô thử giải phẫu bệnh; Đặt thông niệu đạo lưu;

**VI. THEO DÕI**

- Hậu phẫu rút thông niệu đạo sau 01 ngày trong trường hợp u niệu đạo, trong van niệu đạo sau thì có thể thời gian lưu thông niệu đạo kéo dài hơn tuỳ theo tình trạng suy thận, theo dõi tình trạng tiểu máu và nhiễm khuẩn niệu, chức năng thận nếu có suy thận trước phẫu thuật.

**VII. XỬ TRÍ TAI BIẾN**

- Không có tai biến nghiêm trọng trong nội soi niệu đạo cắt u, van niệu đạo.

## 427. PHẪU THUẬT NỘI SOI HẠ TINH HOÀN LẠC ẨN TỪ TRONG Ổ BỤNG 1 THÌ

**I. ĐẠI CƯƠNG**

- Ẩn tinh hoàn là bất thường bẩm sinh hay gặp của hệ tiết niệu, cần được giải quyết sớm bằng phẫu thuật để tránh các nguy cơ với tinh hoàn và sức khỏe sinh sản; Nhờ tiến bộ kĩ thuật, việc sử dụng phẫu thuật nội soi điều trị ẩn tinh hoàn ngày càng được áp dụng rộng rãi.

**II. CHỈ ĐỊNH**

- Các trường hợp được xác định là tinh hoàn trong ổ bụng mà không có chống chỉ định

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

-Các trường hợp chống chỉ định gây mê NKQ:

+ Bệnh mạch vành, bệnh van tim, suy tim

+ Tâm phế mạn.

-Tiền sử can thiệp cũ vào ổ bụng.

- Nhiễm khuẩn tại chỗ thành bụng.

**IV. CHUẨN BỊ**

1.**Người thực hiện:**Bác sỹ chuyên khoa Ngoại tiết niệu - nam học hoặc Ngoại nhi, giải thích cho người bệnh và người nhà trình trạng bệnh, phương pháp điều trị, các nguy cơ, biến chứng có thể xảy ra trước, trong và sau phẫu thuật.

2.**Phương tiện:**

-Dụng cụ phẫu thuật nội soi ổ bụng:

+Màn hình, camera, nguồn sáng, máy bơm hơi, dao điện.

+Ống kính 30o, 45o.

+Trocar 10mm: 2, Trocar 5mm: 2, Nòng nhọn, nòng tù. Ống giảm.

+Kéo mổ, pince cong, pince thẳng có mấu và không mấu, móc, dao mổ nội soi, kìm kẹp kim nội soi, kìm cặp clip.

-Vật tư tiêu hao: Gạc vuông 10x10cm, gạc nội soi, chỉ khâu, sonde dẫn lưu ổ mổ.

3.**Người bệnh:** được giải thích đầy đủ, thụt tháo, test kháng sinh trước mổ.

**4.Bệnh án:** đầy đủ xét nghiệm cơ bản, các thăm dò cận lâm sàng cần thiết, biên bản hội chẩn thông qua mổ, giấy tờ cam kết (phẫu thuật, sử dụng nội soi…).

**V.CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1.Kiểm tra hồ sơ**: Đầy đủ theo quy định Bộ Y tế.

**2.Kiểm tra người bệnh**: Đúng người ( tên, tuổi,…), đúng bệnh.

**3.Thực hiện kỹ thuật.**

3.1.**Vô cảm:** Người bệnh được gây mê nội khí quản, đặt thông tiểu và sonde dạ dày trước mổ.

3.2.**Tư thế:**  Người bệnh nằm ngửa, tư thế đầu thấp, chân dạng.

**3.3.Kĩ thuật**

- Đặt trocar:

+Trocar đầu tiên 10mm đặt ở trên rốn để đặt camera, bơm hơi ổ bụng, quan sát vị trí tinh hoàn ẩn.

+2 trocar 5mm được đặt ở hố chậu 2 bên nếu tinh hoàn ẩn 2 bên, hoặc 1 trocar 5mm ở hố chậu cùng bên và 1 trocar 5mm ở đường giữa dưới rốn nếu ẩn tinh hoàn 1 bên.

- Xác định dây chằng bìu - tinh hoàn, cặp cắt hoặc đốt điện dây chằng này càng xa tinh hoàn càng tốt.

-Bóc tách phúc mạc theo ống dẫn tinh và theo bó mạch tinh chính từ dưới lên cao sao cho cuống mạch tinh đủ dài để đưa xuống bìu

- Đưa tinh hoàn xuống bìu qua ống bẹn (có thể mở thêm 1 lỗ nhỏ cạnh nếp rốn trong) và cố định tinh hoàn vào cân dartos.

- Trong trường hợp bó mạch tinh chính, ống dẫn tinh không đủ dài, có thể đưa tinh hoàn xuống ống bẹn dài nhất có thể và chỉ định phẫu thuật đưa tinh hoàn xuống bìu thì 2 sau 1 năm đến 2 năm.

-Đặt dẫn lưu ổ bụng nếu cần.

**VI. THEO DÕI**

**1.Trong mổ:**

-Mạch, huyết áp người bệnh

-Nồng độ CO2 và O2 trong máu qua SpO2 và PetCO2.

-Lượng máu mất.

-Các biến chứng trong mổ: Tổn thương mạch máu, tổn thương tạng.

-Thời gian phẫu thuật.

-Chuyển mổ mở: Do khó khăn về kỹ thuật, do tai biến chảy máu hay tổn thương các tạng lân cận không thể tiếp tục phẫu thuật qua nội soi được.

**2. Sau mổ:**

-Toàn trạng người bệnh: Tri giác, mạch, huyết áp, nhiệt độ.

-Theo dõi dẫn lưu: Số lượng, tính chất.

-Tình trạng vết mổ, tình trạng tràn khí dưới da…

-Bồi phụ nước và điện giải, nuôi dưỡng tĩnh mạch.

-Thời gian lập lại lưu thông tiêu hóa.

-Thời gian nằm viện.

**VII. XỬ TRÍ TAI BIẾN**

**1.Tai biến trong mổ:** Tùy theo tình trạng tai biến mà có thể tiếp tục nội soi hay chuyển mổ mở xử trí.

-Chảy máu do tổn thương mạch lớn: Khâu lại bằng chỉ mạch máu.

-Tổn thương tạng (ruột non, đại tràng) khi phẫu tích NQ: Tùy thương tổn và tình trạng ruột mà khâu lại hoặc đưa ra ngoài.

**2.Biến chứng sau mổ**:

-Chảy máu:

+ Chảy máu chân trocar: Khâu lại.

+ Chảy máu qua dẫn lưu: Cân nhắc mổ lại, cầm máu kĩ.

Nhiễm trùng vết mổ: Cấy dịch vết mổ làm kháng sinh đồ; thay băng.

## 428. PHẪU THUẬT NỘI SOI HẠ TINH HOÀN TỪ TRONG Ổ BỤNG 2 THÌ

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Tinh hoàn trong ổ bụng là hiện tượng vắng tinh hoàn ở ống bẹn và bìu có thể xuất hiện 1 bên hoặc 2 bên.

**II. CHỈ ĐỊNH**

Ẩn tinh hoàn 1 bên hoặc 2 bên

Tuổi mổ: 1 – 2 tuổi

Tinh hoàn trong ổ bụng khi nội soi đánh giá thấy mạch máu tinh hoàn quá ngắn không có khả năng hạ tinh hoàn xuống bừu.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Rối loạn đông máu.

Bệnh lý toàn thân tim mạch, hô hấp không cho phép bơm hơi ổ bụng để

tiến hành nội soi.

**IV. CHUẨN BỊ**

Phẫu thuật hạ tinh hoàn là một phẫu thuật cần đảm bảo chức năng vậy chỉ những phẫu thuật viên nhi khoa có chứng chỉ hành nghề và có kinh nghiệm mới được tiến hành.

Xét nghiệm phục vụ chẩn đoán, phẫu thuật và gây mê đầy đủ.

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

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Kiểm tra hồ sơ**

**2. Kiểm tra người bệnh**

**3. Chuẩn bị dụng cụ**

**Dụng cụ nội soi**

Dàn máy nội soi

Ống soi 30 độ có đường kính 10 mm, 1 troca 10 mm và 2 troca 5 mm

2 pince nội soi và 1 móc đốt nội soi

**Dụng cụ mổ mở:** bộ phẫu thuật mổ mở thường quy

**4. Thực hiện kỹ thuật**

Tư thế người bệnh: người bệnh nằm ngửa, có đặt sonde niệu đạo bàng quang.

Tư thế phẫu thuật viên: đứng bên đối diện so với bên bệnh lý.

Tư thế phẫu thuật viên phụ: đứng bên trái phẫu thuật viên.

Dụng cụ viên: đứng bên phải phẫu thuật viên.

**Tiến hành phẫu thuật nội soi:**

Vị trí troca: 1 troca 10 mm được đặt qua rốn, 1 troca 5 mm đặt hạ sườn cùng bên bệnh lý và 1 troca 5 mm đặt hố chậu đối diên bên bệnh lý.

Áp lực khí 8- 10 mmHg, tốc độ khí 3-4 lít / phút.

Tiến hành phẫu thuật nội soi hạ tinh hoàn trong ổ bụng 2 thì:

Đánh giá khả năng hạ tinh hoàn xuống hố chậu bằng cách đưa tinh hoàn sang bên hố chậu đối diện, nếu như không đưa được tinh hoàn sang bên hố chậu sang bên đối diện thì tiến hành phẫu thuật nội soi hạ tinh hoàn 2 thì. Thì 2 được tiến hành sau 6 tháng – 1 năm.

Dùng pince và móc đột mở của sổ phúc mạc thành bụng, ngay cạnh mạch máu thừng tinh.

Bộc lỗ rõ đoạn mạch máu thừng tinh, không làm dài toàn bộ mạch máu thừng tinh.

Dùng clip, clip đoạn mạch máu vừa bộc lộ hoặc dùng móc đốt, đốt đoạn mạch máu vừa bộc lộ.

Kiểm tra chảy máu

Kết thúc nội soi.

Phẫu thuật nội soi hạ tinh hoàn trong ổ bụng thì 2:

Được tiến hành sau 6 tháng - 1 năm.

Chuẩn bị người bệnh , dụng cụ, phẫu thuật viên như mổ thì 1.

Tiến hành nội soi giải phóng tinh hoàn, ống dẫn tinh, mạch máu đi kèm.

Cắt dây treo tinh hoàn.

Tạo đường hầm xuống bừu từ ổ bụng qua lỗ bẹn sâu, qua ống bẹn, xuống bừu đủ rộng.

Phẫu thuật viên phụ rạch da bừu kết hợp với nội soi, qua đây dùng pince

đưa tinh hoàn xuống bừu và cố định tinh hoàn xuống bừu.

Kiểm tra ổ bụng, kết thúc nội soi.

**VI. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ**

**Chảy máu tại lỗ đặt troca**, thường gặp ở troca đặt ở hố chậu, có thể chảy máu lúc đặt troca hoặc sau khi rút troca do làm tổn thương động mạch thượng vị dưới. Xử trí khâu cầm máu tại chỗ.

**Nhiễm trùng tại các lỗ đặt troca.** Xử trí thay băng hằng ngày, dùng kháng sinh đường uống.

**Nhiễm trùng vết thương bìu.** Xử trí thay băng hàng ngày, dùng kháng sinh đường uống.

**Tinh hoàn không ở vị trí phù hợp**. Phẫu thuật hạ lại tinh hoàn sau khoảng 1 năm.

**Kích thước tinh hoàn nhỏ:** kích thước tinh hoàn nhỏ có thể xuất hiện trước phẫu thuật có liên quan đến tuổi phẫu thuật. Nhưng phần lớn đây là biến chứng liên quan đến phẫu thuật do quá trình phẫu tích làm dài bó mạch tinh làm tổn thương mạch máu. Biến chứng này cần phải tránh, như vậy dụng cụ phẫu thuật phải tốt và phẫu thuật viên phải có kinh nghiêm.

**Cố định tinh hoàn có thể dẫn đến thiểu sản tinh hoàn,** và có thể nguy cơ ung thư tinh hoàn sau này.

**Cắt đôi tinh hoàn là tai biến có thể xảy ra**, như vậy cần được phẫu thuật vi phẫu để nối mạch.

**Viêm tinh hoàn - mào tinh hoàn, đau bìu cấp, tụ máu:** điều trị bằng kháng sinh.

**Nước màng tinh hoàn:** theo dõi nếu điều trị kháng sinh không khỏi phẫu thuật lại sau 6 tháng.

## 429. PHẪU THUẬT NỘI SOI Ổ BỤNG THĂM DÒ XÁC ĐỊNH GIỚI TÍNH ± SINH THIẾT

## 430. PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT TỬ CUNG HOÀN TOÀN + 2 PHẦN PHỤ + VÉT HẠCH CHẬU 2 BÊN

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Phẫu thuật cắt tử cung hoàn toàn + 2 phần phụ và vét hạch chậu 2 bên là phương pháp điều trị ngoại để cắt bỏ tử cung bị ung thư niêm mạc tử cung

**II. CHỈ ĐỊNH**

Ung thư niêm mạc tử cung giai đoạn 1, 2

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Ung thư niêm mạc tử cung giai đoạn 3, 4

**IV. CHUẨN BỊ**

Người thực hiện

Bác sĩ chuyên khoa phụ ung thư, bác sĩ phụ sản có kinh nghiệm

Phương tiện

Bộ dụng cụ đại phẫu của phụ khoa ung thư

Người bệnh

Toàn thân và chuyên khoa để đánh giá bệnh lý phối hợp

Tư vấn cho người bệnh và gia đình về nguy cơ phẫu thuật

Thụt tháo, vệ sinh bụng và âm đạo

Hồ sơ bệnh án

Hồ sơ bệnh án phẫu thuật theo quy định

**CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

- Thì 1:Mở bụng:

+ Mở bụng đường trắng giữa dưới rốn, có thể kéo lên trên rốn nếu cần + Thăm dò toàn bộ ổ bụng

- Thì 2:Vét hạch chậu:

Cắt dây chằng tròn càng xa tử cung càng tốt, sát về phía thành chậu

Cắt dây chằng tử cung- buồng trứng, nếu có chỉ định cắt buồng trứng thì cắt dây chằng thắt lưng –buồng trứng

Mở phúc mạc song song với hướng đi của động mạch chậu ngoài

Bộc lộ niệu quản

+ Vét hạch chậu dọc theo động mạch chậu ngoài, tĩnh mạch chậu ngoài, động mạch chậu trong, tĩnh mạch chậu trong cho tới hố bịt đến dây thần kinh bịt

Thì 3:Cắt tử cung

Cắt lá phúc mạc ở túi cùng trước, đẩy bàng quang xuống thấp

Cắt động mạch tử cung

Cắt 2 dây chằng tử cung- cùng, đẩy trực tràng xuống

Cắt tử cung hoàn toàn

Khâu mỏm âm đạo

Kiểm tra cầm máu, kiểm tra niệu quản, bàng quang

Đóng bụng theo các lớp giải phẫu

**VI. THEO DÕI**

Theo dõi các yếu tố huyết động, theo dõi bụng, ra máu âm đạo

**VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ**

Tổn thương đường tiết niệu : bàng quang, niệu quản

Chảy máu trong và sau mổ. Phát hiện sớm chảy máu để mổ lại cầm máu

Viêm phúc mạc

Tổn thương đường tiêu hóa : ruột, đại tràng, trực tràng

Tổn thương mạch máu : đặc biệt dễ tổn thương trong khi vét hạch

## ****431. PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT UNG THƯ BUỒNG TRỨNG KÈM CẮT TỬ CUNG HOÀN TOÀN + 2 PHẦN PHỤ + MẠC NỐI LỚN****

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Phẫu thuật ung thư buồng trứng bao gồm cắt tử cung hoàn toàn + 2 phần phụ

mạc nối lớn là phương pháp điều trị ngoại khoa để loại bỏ khối ung thư buồng trứng để phòng tái phát và di căn

**II. CHỈ ĐỊNH**

Ung thư buồng trứng giai đoạn I, II

Ung thư buồng trứng giai đoạn muộn đã được điều trị hóa chất

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Ung thư buồng trứng giai đoạn muộn đã di căn nhiều nơi

**IV. CHUẨN BỊ**

1. Người thực hiện

Bác sĩ chuyên khoa phụ ung thư, bác sĩ phụ sản có kinh nghiệm

2. Phương tiện

Bộ đại phẫu của phụ khoa ung thư

Người bệnh

Khám toàn thân và chuyên khoa để đánh giá bệnh lý phối hợp

Tư vấn cho người bệnh và gia đình về nguy cơ phẫu thuật

Thụt tháo, vệ sinh bụng và âm đạo

Hồ sơ bệnh án

Hồ sơ bệnh án phẫu thuật theo quy định

**CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

Thì 1: Mở bụng theo đường trắng giữa dưới rốn và trên rốn nếu cần

Thì 2:

Thăm dò ổ bụng

Lấy dịch ổ bụng làm xét nghiệm tế bào

Đánh giá khối u

Thì 3: Cắt bỏ khối u, lấy tới mô u có thể

Thì 4: Cắt tử cung hoàn toàn và 2 phần phụ

Thì 5: Cắt mạc nối lớn

Thì 6:

ét hạch chậu 2 bên: vét hạch ở chỗ phân nhánh động mạch chậu để làm xét nghiệm tức thì, nếu xét nghiệm dương tính thì vét hạch dọc theo mạch máu đến chỗ phân nhánh 2 động mạch chậu gốc, nếu xét nghiệm còn dương tính thì vét hạch theo động mạch chủ lên đến cơ hoành

Kiểm tra và cầm máu kỹ

Thì 7: Đóng bụng theo các lớp giải phẫu

**VI. THEO DÕI**

 Theo dõi các yếu tố huyết động, theo dõi bụng, ra máu âm đạo

**VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ**

Chảy máu trong và sau mổ. Phát hiện sớm chảy máu để mổ lại cầm máu

Viêm phúc mạc

Tổn thương đường tiêu hóa : ruột, đại tràng, trực tràng

Tổn thương đường tiết niệu : bàng quang, niệu quản

Tổn thương mạch máu : dễ xảy ra trong thì vét hạch

## 432. PHẪU THUẬT NỘI SOI XỬ TRÍ VIÊM PHÚC MẠC TIỂU KHUNG, VIÊM PHẦN PHỤ, Ứ MỦ VÒI TRỨNG

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Viêm vùng chậu là nguyên nhân phổ biến gây đau vùng chậu và vô sinh, các biến chứng cấp tính gồm áp xe vòi tử cung, buồng trứng và viêm phúc mạc tiểu khung. Phần lớn nguyên nhân viêm vùng chậu là do viêm nhiễm đường sinh dục dưới

**II. CHỈ ĐỊNH**

Viêm cấp phần phụ đã được điều trị nội khoa từ 48 đến 72 giờ Áp xe phần phụ cần dẫn lưu hoặc cắt bỏ khối áp-xe phần phụ

Viêm dính gây đau vùng chậu mạn tính Vỡ khối áp xe phần phụ, viêm phúc mạc tiểu khung

**III.  CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

 Có tiền sử phẫu thuật ổ phúc mạc như phẫu thuật ruột, sửa chữa thoát vị rốn, viêm ruột thừa vỡ, tiền sử xạ trị… gây tình trạng dính nặng ổ phúc mạc hoặc làm thay đổi các cấu trúc giải phẫu trong hố chậu

Rối loạn huyết động, rối loạn đông chảy máu

Viêm phúc mạc toàn thể, nhiễm trùng thành bụng Bệnh lý tim mạch, phổi, gan cấp tính Lao phúc mạc Tắc hoặc liệt ruột Chống chỉ định tương đối trong béo phì, thai nghén

**IV. CHUẨN BỊ**

Người thực hiện

Bác sĩ chuyên khoa Phụ Sản đã được đào tạo

Phương tiện

Dụng cụ nội soi ổ bụng chẩn đoán và phẫu thuật

Người bệnh

Người bệnh được giải thích đầy đủ các lợi ích, nguy cơ có thể xảy ra trong phẫu thuật và có thể chuyển sang phẫu thuật mở bụng

Chuẩn bị xét nghiệm, khám phụ khoa, cấy dịch âm đạo

Vệ sinh, thụt tháo Kháng sinh đã được sử dụng theo đúng phác đồ

Đặt thông Foley bàng quang

- Tư thế người bệnh: người bệnh được đặt tư thế phụ khoa, hai đùi dạng rộng cho phép tiếp cận tới âm đạo, đặt tư thế Trendeleburg sau khi đã chọc trocar mang kính soi

Hồ sơ bệnh án:

Hồ sơ bệnh án phẫu thuật theo qui định

Nơi thực hiện thủ thuật: Phòng mổ

**V.  CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

Thì 1: Chọc trocar và bơm khí

Vị trí chọc có thể, ngay dưới mép rốn hoặc có thể trên rốn gần mũi ức trong ca khối u lớn. Trường hợp dính nhiều, chọc kim Veress và bơm CO2 trước khi đưa Trocar vào hoặc áp dụng kỹ thuật Hasson (nội soi mở)

Thì 2: Quan sát ổ phúc mạc

Quan sát toàn bộ ổ phúc mạc

Đặt người bệnh ở tư thế Trendelenburg chọc thêm 2 – 3 trocar ở 2 hố chậu, trên vệ

Đánh giá tổn thương, lấy dịch ổ phúc mạc làm xét nghiệm Giải phóng các dải dính

Thì 3: Xử trí nguyên nhân

Nếu viêm phúc mạc do áp xe phần phụ, ứ mủ vòi tử cung:

- Người bệnh dưới 40 tuổi, còn có nguyên vọng sinh đẻ, có thể thực hiện:

Bọc lộ khối áp xe

Dùng dao điện đơn cực mở ổ áp xe ở bờ tự do vòi tử cung, dẫn lưu mủ, đốt cầm máu diện rạch. Trong quá trình thao tác hạn chế phát tán thêm mủ, dịch viêm vào ổ phú mạc

Rửa ổ phúc mạc

Đặt dẫn lưu

Người bệnh trên 40 tuổi, đủ con: cắt phần phụ bị tổn thương

Nếu những trường hợp nội soi khó khăn, chuyển mổ mở

Thì 4: Làm sạch khoang bụng

-  Lấy bỏ các giả mạc -  Rửa bằng dung dịch Ringer Lactat hoặc dung dịch muối sinh lý làm ấm

Thì 5: Đặt dẫn lưu

Dùng ống dẫn lưu mềm đặt túi cùng sau trong trường hợp cần thiết

Kết thúc phẫu thuật, lấy bệnh phẩm, tháo CO2, đóng bụng

Có thể chụp ảnh, ghi hình để thông báo cho người bệnh, lưu thông tin để theo dõi điều trị

**VI. THEO DÕI**

- Điều trị nội khoa sau mổ dựa vào kháng sinh đồ (nếu có)

Theo dõi cải thiện các triệu chứng lâm sàng

Nuôi dưỡng Chăm sóc tại chỗ ống dẫn lưu (nếu có)

Vận động sớm Phát hiện biến chứng

**VII.  TAI BIẾN**

Tổn thương các tạng rỗng và mạch máu khi chọc trocar

Tổn thương đường tiết niệu, tiêu hóa

## 433. PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT TỬ CUNG BÁN PHẦN

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Cắt tử cung bán phần qua nội soi là phẫu thuật sử dụng các dụng cụ được đưa vào ổ bụng qua các lỗ chọc ở thành bụng để tiến hành cắt bỏ tử cung, để lại phần cổ tử cung. Bảo tồn hay cắt phần phụ chủ yếu dựa vào có tổn thương phần phụ hay không và tuổi của người bệnh.

**II. CHỈ ĐỊNH**

- U xơ tử cung.

- Políp buồng tử cung

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Ruột chướng

- Thoát vị cơ hoành

- Các bệnh nhiễm khuẩn, các bệnh về máu.

- Các bệnh nội khoa cấp tính đang điều trị chưa can thiệp phẫu thuật được.

- Các bệnh lý chống chỉ định phẫu thuật nội soi ổ bụng

- Khối u xơ tử cung quá to

- Thiếu thiết bị gây mê toàn thân

**IV. CHỐNG CHỈ ĐỊNH TƯƠNG ĐỐI**

- Béo phì

- Tiền sử phẫu thuật ổ bụng nhiều lần, dính nhiều.

- Phẫu thuật viên thiếu kinh nghiệm

**V. CHUẨN BỊ**

**1. Người bệnh**

- Người bệnh và gia đình: được giải thích lý do phải phẫu thuật và ký giấy cam đoan đồng ý mổ.

- Khám toàn trạng và chuyên khoa để đánh giá tổng thể sức khỏe, phát hiện chống chỉ định

**2. Người thực hiện**

- Bác sĩ chuyên khoa sản hay bác sĩ khoa ngoại đã được huấn luyện, đào tạo mổ nội soi và kỹ thuật cắt tử cung qua nội soi.

- Bác sĩ đã được đào tạo phụ mổ nội soi.

- Bác sĩ hoặc kỹ thuật viên gây mê hồi sức.

- Điều dưỡng viên/y tá làm người đưa dụng cụ.

**3. Thuốc và dụng cụ**

-Thuốc gây mê toàn thân, các thuốc hồi sức, dịch truyền thay thế máu và máu nếu có.

- Dụng cụ đặt nội khí quản và máy thở.

- Dàn máy, hệ thống khí CO2, màn hình TV

- Bộ dụng cụ nội soi cắt tử cung.

**4. Hồ sơ bệnh án**

- Hồ sơ bệnh án theo quy định.

**VI. 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.

**1. Thì 1: Chọc trocars và bơm CO2 vào ổ bụng**

- 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 CO2 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.

**2. Thì 2: Kiểm tra tử cung và các tạng xung quanh**

- Quan sát tử cung, hai phần phụ, tiểu khung, kiểm tra dạ dày và gan. Đánh giá tổn thương tại tử cung:

- Trước khi cắt để giải phóng các phần của tử cung, cần sử dụng dao 2 cực để đốt cầm máu

**3. Thì 3: Giải phóng hai cánh bên của tử cung:**

Bắt đầu đốt cầm máu dây chằng tròn rộng khoảng 1 cm. Cắt giữa hai chỗ đốt. Nếu bảo tồn buồng trứng thì cầm máu và giải phóng tiếp dây chằng tử cung - buồng trứng ở gần tử cung và cắt điểm giữa chỗ đốt. Nếu không bảo tồn buồng trứng thì đốt cầm máu, cắt dây chằng thắt lưng buồng trứng. Chỉ cắt hai buồng trứng khi có thương tổn hay người bệnh đã cao tuổi.

**4. Thì 4: Bóc tách bàng quang và cắt động mạch tử cung:**

- Bóc tách xuống sát eo tử cung để bộc lộ động mạch tử cung.

- Bóc tách phúc mạc đoạn dưới, đấy bàng quang xuống thấp.

- Đốt và khâu động mạch tử cung ở vị trí ngang với đoạn dưới tử cung tương ứng eo tử cung khi không có thai, chú ý đến niệu quản chỉ cách cổ tử cung 1,5 cm về phía ngoài. Lần lượt cắt hai cuống mạch tử cung ở hai bên

**5. Thì 5: Cắt và khâu mỏm cắt:**

- Cắt tử cung ở mức ngang đoạn eo tử cung. Không cần khâu mỏm cắt tử cung vì cắt bằng dao điện đã cầm máu.

**6. Thì 6: Kiểm tra cầm máu:**

- Cẩn thận các cuống mạch và mỏm cắt. Chú ý xem tình trạng huyết áp của người bệnh tại thời điểm kiểm tra cầm máu.

- Rửa lại ổ bụng bằng huyết thanh ấm, kiểm tra các cuống mạch không thấy chảy máu, nước rửa trong.

**7. Thì 7: Khâu da**

- Tháo CO2, rút 2 trocart ở hố chậu trước, trocart ở rốn có đèn soi rút sau cùng

- Khâu da

**VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ**

**1. Chảy máu sau mổ**

Có thể do tuột chỉ cuống mạch, do chảy máu từ mỏm cắt vì khâu cầm máu không tốt, rối loạn đông máu. Biểu hiện bằng 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

**2. Máu tụ ngoài phúc mạc**

Do không cầm máu tốt khi mổ. Thường chỉ cần theo dõi và điều trị nội khoa, hồi sức tuần hoàn nếu không thấy khối máu tụ to lên thì không cần mổ lại.

**3. Tổn thương đường tiết niệu**

Chủ yếu là tại bàng quang và niệu quản. Phải mổ lại để xử trí tổn thương khi phát hiện.

**4. Viêm phúc mạc sau mổ**

Phải tiến hành hồi sức, điều trị bằng kháng sinh phối hợp, liều cao và mổ lại để rửa ổ bụng, dẫn lưu.

## 434. PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT TỬ CUNG TOAN PHẦN

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Phẫu thuật nội soi cắt tử cung hoàn toàn là một phương pháp điều trị ngoại khoa để cắt bỏ tử cung.

**II. CHỈ ĐỊNH**

- U xơ tử cung, u không quá to

- Quá sản nội mạc tử cung điều trị nội không kết quả

- Rong kinh rong huyết điều trị nội không kết quả

- Tổn thương cổ tử cung: CIN II, CIN III, CIS

- Ung thư nội mạc tử cung giai đoạn sớm

- Sau nạo thai trứng có chỉ định cắt tử cung

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Người bệnh có chống chỉ định mổ nội soi

- Ung thư nội mạc tử cung, ung thư cổ tử cung, ung thư buồng trứng giai đoạn muộn

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

Bác sĩ chuyên khoa phụ ung thư, bác sĩ phụ sản có kinh nghiệm

**2. Phương tiện**

Hệ thống máy nội soi dành cho chuyên ngành sản phụ khoa

**3. Người bệnh**

- Khám toàn thân và chuyên khoa để đánh giá bệnh lý phối hợp

- Tư vấn cho người bệnh và gia đình về nguy cơ phẫu thuật

- Thụt tháo, vệ sinh bụng và âm đạo

- Nằm ở tư thế phụ khoa, đầu thấp, gây mê nội khí quản

**4. Hồ sơ bệnh án**

- Hồ sơ bệnh án phẫu thuật theo quy định

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Thì 1: Chọc Trocar**

- Chọc 1 trocart 10 ở rốn

- Chọc 2 trocart 5 ở hai hố chậu và 1 trocart 5 ở trên mu

- Các trocart cách nhau > 8 cm

**2. Thì 2**: Thăm dò toàn bộ ổ bụng

**3. Thì 3**: Đốt và cắt 2 dây chằng tròn

**4. Thì 4:** Cắt 2 dây chằng thắt lưng- buồng trứng hoặc 2 dây chằng tử cung- buồng trứng nếu bảo tồn buồng trứng

**5. Thì 5**: cắt động mạch tử cung

- Mở lá phúc mạc ở túi cùng trước, đẩy bàng quang xuống thấp

- Đốt và cắt 2 động mạch tử cung

**6. Thì 6**: Cắt rời tử cung khỏi âm đạo

**7. Thì 7**: Khâu lại mỏm âm đạo: qua đường âm đạo hoặc qua nội soi

**8. Thì 8**: Kiểm tra:

- Cầm máu

- Rửa bụng

- Kiểm tra niệu quản, bàng quang, trực tràng

**9. Thì 9**: Rút các trocart và khâu các lỗ chọc

**VI. THEO DÕI**

Theo dõi các yếu tố huyết động, theo dõi bụng, ra máu âm đạo

**VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ**

- Chảy máu trong và sau mổ. Phát hiện sớm chảy máu để mổ lại cầm máu

- Viêm phúc

- Tổn thương đường tiêu hóa: ruột, đại tràng, trực tràng

- Tổn thương đường tiết niệu: bàng quang, niệu quản

- Tổn thương mạch máu.

## 435. PHẪU THUẬT NỘI SOI BOC U LẠC NỘI MẠC BUỒNG TRỨNG

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Lạc nội mạc tử cung (LNMTC) là bệnh lý liên quan đến sự hiện diện của các  
tuyến nội mạc tử cung và mô đệm ở bên ngoài tử cung. Sự hiện diện này tạo nên  
tình trạng viêm mạn tính, phát triển và thoái hóa theo chu kỳ kinh nguyệt chịu ảnh hưởng của nội tiết sinh dục. Việc điều trị phụ thuộc nhiều vào việc bệnh nhân còn có nhu cầu sinh đẻ hay không . Trong các chỉ định can thiệp ngoại khoa thì phẫu thuật nội soi bóc u lạc nội mạc tử cung được khuyến cáo .

**II. CHỈ ĐỊNH**

- Lạc nội mạc tử cung tại buồng trứng kích thước > 3 cm

**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.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. 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.

**2. Phương tiện**

- Bộ phẫu thuật nội soi.

- Dàn máy và phương tiện nội soi ổ bụng.

**3. 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

**4. Hồ sơ bệnh án**

Hồ sơ bệnh án theo quy định

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

- Bơm hơi ổ phúc mạc (qua kim hoặc qua trocart)

- Đưa đèn soi vào ổ bụng

- Thăm khám đánh giá tình trạng khối lạc nội mạc , phần phụ xem có bị dính với các tạng xung quanh.

- Nếu dính thì phải gỡ dính, chú ý không để vỡ khối lạc nội mạc

- Dùng dao một cực rạch trên mặt khối u dài khoảng 2 cm 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

**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 5 ngày

**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 hoặc dính nhiều tạng xung quanh không thể mổ nội soi thì phải chuyển mổ mở.

## 436. PHẪU THUẬT NỘI SOI 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 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, bệnh nhân > 50 tuổi

- Ung thư vú có chỉ định cắt buồng trứng.

- Nang nước cạnh vòi trứng .

- Viêm phúc mạc do ứ mủ vòi trứng.

- Viêm phần phụ cấp điều trị nội khoa không kết quả

- U tại vòi trứng không nghi ngờ ác tính

**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**

**1. 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.

**2. Phương tiện**

- Bộ phẫu thuật nội soi.

- Dàn máy và phương tiện nội soi ổ bụng.

**3. 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

**4. Hồ sơ bệnh án**

Hồ sơ bệnh án theo quy định

**V. 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 2 cm 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 buồng trứng 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 ngờ 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

**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 5 ngày

**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.

## 437. NỘI SOI NIỆU ĐẠO, BÀNG QUANG CHẨN ĐOÁN

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Nội soi bàng quang là một thủ thuật được sử dụng để quan sát bên trong bàng  
quang, niệu đạo.

**II. CHỈ ĐỊNH**

− Đái máu.

− Đái mủ.

− Hội chứng bàng quang.

− Viêm bàng quang mạn.

− U bàng quang.

− Sỏi, dị vật bàng quang

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

− Chấn thương đứt niệu đạo.

− Nhiễm trùng đường niệu thấp đang tiến triển.

− Phì đại lành tính tuyến tiền liệt có kích thước to.

− Lao bàng quang.

− U vùng tiểu khung có chèn ép tắc nghẽn đường niệu.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

01 bác sĩ, 01 điều dưỡng

**2. Phương tiện, dụng cụ**

− Máy soi bàng quang cứng (kim loại) hoặc mềm (sợi).

− Bộ cáp quang dẫn truyền hình ảnh và màn hình video

− Nguồn ánh sáng lạnh.

− Nguồn nước vô trùng và hệ thống dẫn nước vào máy.

− Catheter các cỡ để chụp thận ngược dòng.

− Giường kiểu khám phụ khoa có thể điều chỉnh lên xuống tự động: 01 chiếc.

− Găng vô trùng: 02 đôi.

− Cồn betadin sát trùng: 01 lọ

− Gạc vô trùng: 01 gói

− Kẹp vô trùng: 01 cái

− Quần áo mổ: 02 bộ

− Mũ, khẩu trang: 02 bộ

− Thuốc giảm đau (Felden, mobic…), gây tê tại chỗ (Xylocain).

**3. Người bệnh**

Cần được giải thích kỹ trước khi làm thủ thuật, tiêm thuốc giảm đau trước khi tiến hành thủ thuật (Felden, mobic..) và cần được gây tê tại chỗ bằng xylocain (thường dùng loại gel) bơm qua đường niệu đạo.

**4. Hồ sơ bệnh án**

Bệnh án được hoàn thiện với các thủ tục dành cho người bệnh tiến hành làm thủ thuật: hồ sơ đã duyệt can thiệp thủ thuật, giấy cam đoan có ký xác nhận của người bệnh hoặc người nhà.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Kiểm tra hồ sơ:** kiểm tra lại hồ sơ bệnh án.

**2. Kiểm tra người bệnh:**

- Các chức năng sống (mạch, huyết áp, SPO2 và ý thức) xem có thể tiến hành thủ thuật được không.

- Đối chiếu tên, tuổi, chẩn đoán bệnh.

**3. Thực hiện kỹ thuật**

− Giảm đau cho người bệnh: tiêm thuốc giảm đau trước khi tiến hành thủ thuật  
(Felden, mobic..), gây tê tại chỗ bằng xylocain (thường dùng loại gel) bơm qua đường niệu đạo.

− Tư thế người bệnh: nằm theo tư thế sản khoa.

− Soi kiểm tra: đặt máy soi bàng quang, cho nước và bàng quang kiểm tra tình  
trạng bàng quang, niệu đạo, hai lỗ niệu quản.

**VI. THEO DÕI**

Trong 24-48 giờ:

− Theo dõi tính chất, màu sắc, số lượng nước tiểu.

− Tình trạng bụng (đau, phản ứng thành bụng).

− Nhiệt độ, huyết áp, toàn trạng.

**VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

**1. Thủng bàng quang**

Rất ít xảy ra, xử trí ngoại khoa.

**2. Chảy máu**

Theo dõi, dùng thuốc cầm máu, truyền máu trong trường hợp mất quá nhiều máu.  
**3. Nhiễm khuẩn**

Do có nhiễm khuẩn cũ hoặc nhiễm khuẩn do làm thủ tục kéo dài và không vô  
khuẩn tuyệt đối: điều trị kháng sinh và theo dõi.

## 438. PHẪU THUẬT NỘI SOI ĐIỀU TRỊ BUỒNG TRỨNG BỊ 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 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

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- 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**

**1. 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.

**2. Phương tiện**

- Bộ phẫu thuật nội soi.

- Dàn máy và phương tiện nội soi ổ bụng.

**3. 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

**4. Hồ sơ bệnh án**

Hồ sơ bệnh án theo quy định

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

- Bơm hơi ổ phúc mạc (qua kim hoặc qua trocart)

- Đưa đèn soi vào ổ bụng

- Thăm khám đánh giá tình trạng khối u xoắn mấy vòng , có tím đen hay không , tháo xoắn buồng trứng có hồng trở lại hay không

- Nếu U buồng trứng sau tháo xoắn không hồi phục tiến hành cắt u buồng trứng

- Dùng dao 2 cực cặp và đốt cuống khối u buồng trứng 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 ngờ 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

**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 5 ngày

**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.

Tài liệu tham khảo:

## 439. PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT U NANG BUỒNG TRỨNG

**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 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 nang buồng trứng không nghi ngờ ác tính và không quá to, không quá dính,

**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**

**1. 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.

**2. Phương tiện**

- Bộ phẫu thuật nội soi.

- Dàn máy và phương tiện nội soi ổ bụng.

**3. 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

**4. Hồ sơ bệnh án**

Hồ sơ bệnh án theo quy định

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

- Bơm hơi ổ phúc mạc (qua kim hoặc qua trocart)

- Đưa đèn soi vào ổ bụng

- Thăm khám đánh giá tình trạng khối U buồng trứng , nang cạnh vòi tử cung xem có bị dính với các tạng xung quanh.

- Nếu dính thì phải gỡ dính

- Nếu dính nhiều tiên lượng khó khăn khi cắt bằng nội soi thì phải chuyển sang mổ mở

**1. Bóc u nang buồng trứng**

- Dùng dao một cực rạch trên mặt khối u dài khoảng 2 cm 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

**2. Cắt khối u nang**

- Dùng dao 2 cực cặp và đốt cuống khối u buồng trứng 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 ngờ 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

**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 5 ngày

**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.

## 440. PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT U BUỒNG TRỨNG VÀ 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 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, bệnh nhân > 50 tuổi

- Ung thư vú có chỉ định cắt buồng trứng.

- Nang nước cạnh vòi trứng .

- Viêm phúc mạc do ứ mủ vòi trứng.

- Viêm phần phụ cấp điều trị nội khoa không kết quả

- U tại vòi trứng không nghi ngờ ác tính

**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**

**1. 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.

**2. Phương tiện**

- Bộ phẫu thuật nội soi.

- Dàn máy và phương tiện nội soi ổ bụng.

**3. 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

**4. Hồ sơ bệnh án**

Hồ sơ bệnh án theo quy định

**V. 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 2 cm 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 buồng trứng 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 ngờ 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

**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 5 ngày

**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.