**QUY TRÌNH KỸ THUẬT CHUYÊN NGÀNH**

**PHẪU THUẬT NỘI SOI**

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

*của Trung tâm Y tế Hải Hà)*

**MỤC LỤC**

[1. PHẪU THUẬT NỘI SOI KHÂU THỦNG DẠ DÀY 3](#_Toc114514660)

[2. PHẪU THUẬT NỘI SOI KHÂU VẾT THƯƠNG DẠ DÀY 6](#_Toc114514661)

[3. PHẪU THUẬT NỘI SOI KHÂU THỦNG TÁ TRÀNG 10](#_Toc114514662)

[4. PHẪU THUẬT NỘI SOI KHÂU VẾT THƯƠNG TÁ TRÀNG 14](#_Toc114514663)

[5. PHẪU THUẬT NỘI SOI KHÂU THỦNG RUỘT NON 18](#_Toc114514664)

[6. PHẪU THUẬT NỘI SOI KHÂU VẾT THƯƠNG RUỘT NON 22](#_Toc114514665)

[7. PHẪU THUẬT NỘI SOI GỠ DÍNH RUỘT 26](#_Toc114514666)

[8. PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT DÂY DÍNH HAY DÂY CHẰNG 31](#_Toc114514667)

[9. PHẪU THUẬT NỘI SOI MỞ RUỘT LẤY DỊ VẬT 36](#_Toc114514668)

[10. PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT TÚI THỪA MECKEL 40](#_Toc114514669)

[11. PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT RUỘT THỪA 44](#_Toc114514670)

[12. PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT RUỘT THỪA + RỬA BỤNG 47](#_Toc114514671)

[13. PHẪU THUẬT NỘI SOI ĐIỀU TRỊ ÁP XE RUỘT THỪA TRONG Ổ BỤNG 50](#_Toc114514672)

[14. PHẪU THUẬT NỘI SOI VIÊM PHÚC MẠC DO VIÊM RUỘT THỪA 53](#_Toc114514673)

[15. PHẪU THUẬT NỘI SOI KHÂU THỦNG ĐẠI TRÀNG 56](#_Toc114514674)

[16. PHẪU THUẬT NỘI SOI CẦM MÁU VỠ GAN 60](#_Toc114514675)

[17. PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT CHỎM NANG GAN 60](#_Toc114514676)

[18. PHẪU THUẬT NỘI SOI DẪN LƯU ÁP - XE GAN 63](#_Toc114514677)

[19. PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT TÚI MẬT 66](#_Toc114514678)

[20. PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT CHỎM NANG LÁCH 69](#_Toc114514679)

[21. PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT U MẠC TREO KHÔNG CẮT RUỘT 73](#_Toc114514680)

[22. PHẪU THUẬT NỘI SOI CẦM MÁU SAU MỔ 77](#_Toc114514681)

[23. PHẪU THUẬT NỘI SOI DẪN LƯU ÁP XE TỒN DƯ 77](#_Toc114514682)

[24. PHẪU THUẬT NỘI SOI RỬA BỤNG, DẪN LƯU 80](#_Toc114514683)

[25. NỘI SOI Ổ BỤNG CHẨN ĐOÁN 80](#_Toc114514684)

[26. PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT CHỎM NANG THẬN QUA PHÚC MẠC 83](#_Toc114514685)

[27. PHẪU THUẬT NỘI SOI LẤY SỎI NIỆU QUẢN 86](#_Toc114514686)

[28. NỘI SOI BÀNG QUANG TÁN SỎI 90](#_Toc114514687)

[29. CẮT U PHÌ ĐẠI LÀNH TÍNH TUYẾN TIỀN LIỆT QUA NỘI SOI 93](#_Toc114514688)

[30. PHẪU THUẬT NỘI SOI XỬ LÝ VIÊM PHÚC MẠC TIỂU KHUNG 97](#_Toc114514689)

[31. PHẪU THUẬT NỘI SOI Ổ BỤNG LẤY DỤNG CỤ TRÁNH THAI 101](#_Toc114514690)

[32. PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT KHỐI CHỬA NGOÀI TỬ CUNG 104](#_Toc114514691)

[33. PHẪU THUẬT NỘI SOI Ổ BỤNG CHẨN ĐOÁN TRONG PHỤ KHOA 108](#_Toc114514692)

[34. PHẪU THUẬT NỘI SOI GEU THỂ HUYẾT TỤ THÀNH NANG 112](#_Toc114514693)

[35. PHẪU THUẬT NỘI SOI VIÊM PHẦN PHỤ 116](#_Toc114514694)

[36. NỘI SOI TÁN SỎI NIỆU ĐẠO 120](#_Toc114514695)

[37. PHẪU THUẬT NỘI SOI BÓC U XƠ TỬ CUNG 122](#_Toc114514696)

[38. PHẪU THUẬT NỘI SOI BUỒNG TỬ CUNG CẮT POLYPE 126](#_Toc114514697)

[39. PHẪU THUẬT NỘI SOI BUỒNG TỬ CUNG CẮT DÍNH BUỒNG TỬ CUNG 129](#_Toc114514698)

[40. PHẪU THUẬT NỘI SOI BUỒNG TỬ CUNG CẮT VÁCH NGĂN 132](#_Toc114514699)

[41. PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT TỬ CUNG HOÀN TOÀN ĐỂ LẠI 2 PHẦN PHỤ 135](#_Toc114514700)

[42. PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT TỬ CUNG HOAN TOAN + CẮT 2 PHẦN PHỤ 138](#_Toc114514701)

[43. PHẪU THUẬT NỘI SOI U BUỒNG TRỨNG TRÊN BỆNH NHÂN CÓ THAI 141](#_Toc114514702)

[44. CẮT U BUỒNG TRỨNG QUA NỘI SOI 145](#_Toc114514703)

[45. PHẪU THUẬT NỘI SOI U NANG BUỒNG TRỨNG 149](#_Toc114514704)

## 1. 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 vào ổ phúc mạc.

+ 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 10 -12 mmHg, tốc độ 2-2 l/p.

- 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.

**Tài liệu tham khảo:**

- Quy trình kỹ thuật Bộ Y Tế.

- Bệnh học ngoại khoa đại học y Hà Nội.

## 2. PHẪU THUẬT NỘI SOI KHÂU VẾT THƯƠNG DẠ DÀY

**I. ĐẠI CƯƠNG**

- Vết thương 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 sốc mất máu

+ Có tiền sử hoặc triệu chứng hẹp môn vị đi kèm.

**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 vào ổ phúc mạc.

+ 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 với áp lực từ 10 -12 mmHg, tốc độ 2-2.5 l/p ( sau ổn định có thể điều chỉnh áp lực ổ bụng)

- 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, mức độ ảnh hưởng đến các cơ quan xung quanh.

- 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, 3 lần mỗi ngày 1 lần mỗi ngày.

- 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.

**Tài liệu tham khảo:**

- Quy trình kỹ thuật Bộ Y Tế.

- Bệnh học ngoại khoa đại học y Hà Nội.

## 3. PHẪU THUẬT NỘI SOI KHÂU THỦNG TÁ TRÀNG

**I. ĐẠI CƯƠNG**

- Thủng ổ loét dạ dày-tá tràng là một cấp cứu ngoại khoa thường gặp, chiếm khoảng 5%-22% của tất cả người bệnh loét dạ dày-tá tràng. Bệnh thường gặp ở đàn ông từ 30-40 tuổi và hay xảy ra vào mùa lạnh đặc biệt khi có sự thay đổi thời tiết. Hơn 90% trường hợp là thủng ổ loét hành tá tràng. Thủng ổ loét tá tràng dễ chẩn đoán vì đa số trường hợp có triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng điển hình. Tuy nhiên, chọn lựa phương pháp điều trị thủng ổ loét tá tràng vẫn còn có nhiều quan điểm khác nhau.

**II. CHỈ ĐỊNH**

- Không có hẹp môn vị.

- Không có xuất huyết tiêu hoá.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Với người bệnh chống chỉ định phẫu thuật nội soi (PTNS).

- Với bệnh lý thủng ổ loét tá tràng:

- 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 ngọai tiêu hóa

**2. Phương tiện:** Hệ thống phẫu thuật nội soi đồng bộ.

**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

- Truyền dịch để bù nước và điện giải

- 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:** 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. 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 vụ viên đứng bên phải người bệnh.

3.3. Kỹ thuật:

- Thì 1: Đặt optic 5mm và bơm hơi vào ổ phúc mạc

+ Đặt trocar đầu tiên theo phương pháp hở (Hasson): chúng tôi chọn vị trí để đặt trocar đầu tiên ngay dưới rốn, tại vị trí này thành bụng mỏng và phúc mạc dính sát vào cân.

+ bơm hơi với áp lực từ 10 -12 mmHg, tốc độ 2-2.5 l/p ( sau ổn định có thể điều chỉnh áp lực ổ bụng).

+ Đặt thêm 2 trocar thao tác 5mm ở hạ sườn phải và trái

- Thì 2: Kiểm tra, đánh giá tình trạng lỗ thủng và ổ phúc mạc.

+ Đánh giá tình trạng viêm phúc mạc: số lượng dịch, tính chất của dịch, tình trạng lan toả dịch trong ổ phúc mạc, tình trạng viêm nhiễm của các tạng trong ổ phúc mạc. Hút dịch làm sạch ổ phúc mạc sơ bộ và lấy dịch cấy vi khuẩn, làm kháng sinh đồ .

+ Đánh giá tình trạng dạ dày: giãn hay không giãn, co kéo, u, tình trạng môn vị. Những chỗ viêm dính được gỡ ra, vùng hang vị -tá tràng được kiểm tra.

+ Xác định vị trí lỗ thủng căn cứ vào các đặc điểm giải phẫu, tính chất bờ lỗ thủng khi cắt xén lấy bệnh phẩm, đường kính của lỗ thủng được đo bằng đầu của ống hút (5mm). Dùng kéo cắt một mẩu nhỏ ở bờ lỗ thủng làm giải phẫu bệnh lý và kiểm tra sự hiện diện của H.Pylori. Nhiễm khuẩn H.Pylori được chẩn đoán bằng xét nghiệm urease.

- Thì 3: Khâu lỗ thủng.

 -10 mm hoặc khâu 3 mũi rời nếu lỗ thủng; Khâu lỗ thủng với Vicryl 2.0 bằng mũi chữ X nếu lỗ thủng > 10 mm. Cột nút trong cơ thể. Làm nút đôi đầu tiên, sau đó thêm hai nút nữa để khoá .

- Đắp mạc nối ở các lỗ thủng lớn, xơ chai.

- Thì 4: Rửa ổ bụng

 + 1/4 dưới phải. Trong quá trình hút rửa cần phải thay đổi tư thế người bệnh để hút rửa sạch dịch trong ổ phúc mạc. Từ túi cùng Douglas đến 1/4 dưới trái - 1/4 trên trái.Rửa ổ bụng bằng nước muối sinh lý ấm ít, nước muối được cho chảy vào phúc mạc qua ống hút rửa dưới áp lực. Hút rửa bắt đầu từ 1/4 trên phải

+ Dẫn lưu ổ phúc mạc có hay không tuỳ theo tình trạng bẩn của ổ phúc mạc. Đặt dẫn lưu dưới gan cạnh chỗ khâu, dẫn lưu Douglas hoặc cả hai bằng ống thông mũi dạ dày số 14.

- Thì 5: Đóng bụng.

**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, được dùng 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 rò chỗ khâu: khâu lại chỗ bục hoặc dẫn lưu

- Áp xe tồn dư: có thể mổ lại hoặc điều trị kháng sinh kèm chọc hút.

**Tài liệu tham khảo:**

- Quy trình kỹ thuật Bộ Y Tế.

- Bệnh học ngoại khoa đại học y Hà Nội.

## 4. PHẪU THUẬT NỘI SOI KHÂU VẾT THƯƠNG TÁ TRÀNG

**I. ĐẠI CƯƠNG**

- Vết thương tá tràng là một bệnh lý ít gặp trong vết thương bụng.

- Một lưu ý khác, tá tràng là nơi luân chuyển một lượng dịch rất lớn của đường tiêu hoá trên (khoảng 10 lít dịch đi qua tá tràng trong 24 giờ, không kể đến lượng dịch và thức ăn đưa vào hàng ngày, chủ yếu là dịch dạ dày, dịch tuỵ, dịch mật …). Thêm nữa, tá tràng là nơi khởi đầu của quá trình tiêu hoá thức ăn do sự có mặt của men tuỵ hoạt hoá, do đó thương tổn của tá tràng rất khó liền vì có sự cản trở lành vết thương của các yếu tố nói trên, nên dễ rò hoặc bục miệng nối sau mổ.

**II. CHỈ ĐỊNH**

- Vết thương hành tá tràng tới sớm dưới 6 giờ (Thời gian từ lúc thủng đến lúc nhập viện)

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Vết thương vị trí không phải hành tá tràng

- Với người bệnh chống chỉ định phẫu thuật nội soi (PTNS).

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**: Bác sĩ chuyên khoa ngọai tiêu hóa

**2. Phương tiện:** Hệ thống phẫu thuật nội soi đồng bộ.

**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

- Truyền dịch để bù nước và điện giải

- 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:** 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. 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 vụ viên đứng bên phải người bệnh.

3.3. Kỹ thuật:

- Thì 1: Đặt optic 5mm và bơm hơi vào ổ phúc mạc

+ Đặt trocar đầu tiên theo phương pháp hở (Hasson): chúng tôi chọn vị trí để đặt trocar đầu tiên ngay dưới rốn, tại vị trí này thành bụng mỏng và phúc mạc dính sát vào cân.

+ bơm hơi với áp lực từ 10 -12 mmHg, tốc độ 2-2.5 l/p ( sau ổn định có thể điều chỉnh áp lực ổ bụng).

+ Đặt thêm 2 trocar thao tác 5mm ở hạ sườn phải và trái

- Thì 2: Kiểm tra, đánh giá tình trạng lỗ thủng và ổ phúc mạc.

+ Đánh giá tình trạng viêm phúc mạc: số lượng dịch, tính chất của dịch, tình trạng lan toả dịch trong ổ phúc mạc, tình trạng viêm nhiễm của các tạng trong ổ phúc mạc. Hút dịch làm sạch ổ phúc mạc sơ bộ và lấy dịch cấy vi khuẩn, làm kháng sinh đồ .

+ Đánh giá tình trạng dạ dày: giãn hay không giãn, co kéo, u, tình trạng môn vị. Những chỗ viêm dính được gỡ ra, vùng hang vị -tá tràng được kiểm tra.

+ Xác định vị trí lỗ thủng căn cứ vào các đặc điểm giải phẫu, đường kính của lỗ thủng được đo bằng đầu của ống hút (5mm).

- Thì 3: Khâu lỗ thủng.

 + 10 mm hoặc khâu 3 mũi rời nếu lỗ thủng: Khâu lỗ thủng với Vicryl 2.0 bằng mũi chữ X nếu lỗ thủng > 10 mm. Cột nút trong cơ thể. Làm nút đôi đầu tiên, sau đó thêm hai nút nữa để khoá .

+ Đắp mạc nối nếu cần.

Thì 4: Rửa ổ bụng

+ 1/4 dưới phải. Trong quá trình hút rửa cần phải thay đổi tư thế người bệnh để hút rửa sạch dịch trong ổ phúc mạc.Túi cùng Douglas - 1/4 dưới trái -1/4 trên trái - Rửa ổ bụng bằng nước muối sinh lý ấm ít, nước muối được cho chảy vào phúc mạc qua ống hút rửa dưới áp lực. Hút rửa bắt đầu từ 1/4 trên phải.

+ Dẫn lưu ổ phúc mạc có hay không tuỳ theo tình trạng bẩn của ổ phúc mạc. Đặt dẫn lưu dưới gan cạnh chỗ khâu, dẫn lưu Douglas hoặc cả hai bằng ống thông mũi dạ dày số 14.

Thì 5: Đóng bụng.

**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, được dùng 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.

- Người bệnh dậy vận động sau mổ 24 giờ.

**VII. XỬ TRÍ TAI BIẾN**

- Chảy máu: phải mổ lại cầm máu

- Bục hay rò chỗ khâu: khâu lại chỗ bục hoặc dẫn lưu

- Áp xe tồn dư: có thể mổ lại hoặc điều trị kháng sinh kèm chọc hút.

**Tài liệu tham khảo:**

- Quy trình kỹ thuật Bộ Y Tế.

- Bệnh học ngoại khoa đại học y Hà Nội.

## 5. PHẪU THUẬT NỘI SOI KHÂU THỦNG RUỘT NON

**I. ĐẠI CƯƠNG**

- Thuật ngữ “Phẫu thuật nội soi khâu thủng ruột non” 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:** 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. Vô cảm: Gây mê nội khí quản

3.2. 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.

3.3. 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 10 -12 mmHg, tốc độ 2-2.5 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 ống bụng và đóng các lỗ trocar: Dẫn lưu ổ bụng đưa ra lỗ trocar 5mm hố chậu phải, đầu dẫn lưu ở Douglas.

- Đóng lại các lỗ trocar.

**VI. THEO DÕI**

Như mọi trường hợp phẫu thuật đường tiêu hóa nói chung, sau mổ người bệnh lưu sonde dạ dày, dùng phối hợp ít nhất 2 loại kháng sinh (Metronidazol và Cephalosporine) tiêm trong 5 - 7 ngày.

**VII. XỬ TRÍ TAI BIẾN**

- Trong lúc mổ: Chảy máu do làm tổn thương các mạch máu. 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.

- Sau mổ:

+ 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.

## 6. PHẪU THUẬT NỘI SOI KHÂU VẾT THƯƠNG RUỘT NON

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Thuật ngữ “Phẫu thuật nội soi khâu vết thương ruột non” là để chỉ kỹ thuật mổ khâu một hay nhiều lỗ thủng ruột non do bị vết thương bụng bằng phẫu thuật nội soi ổ bụng.

**II. CHỈ ĐỊNH**

- Thủng ruột non do chấn vết thương bụng: 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.

- 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.

**3. Thực hiện kỹ thuật**

3.1. Vô cảm: Gây mê nội khí quản

3.2. 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.

3.3. 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 10 -12 mmHg, tốc độ 2-2.5 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 ống bụng và đóng các lỗ trocar: Dẫn lưu ổ bụng đưa ra lỗ trocar 5mm hố chậu phải, đầu dẫn lưu ở Douglas.

- Đóng lại các lỗ trocar.

**VI. THEO DÕI**

Như mọi trường hợp phẫu thuật đường tiêu hóa nói chung, sau mổ người bệnh lưu sonde dạ dày, dùng phối hợp ít nhất 2 loại kháng sinh (Metronidazol và Cephalosporine) tiêm trong 5 - 7 ngày.

**VII. XỬ TRÍ TAI BIẾN**

- Trong lúc mổ: Chảy máu do làm tổn thương các mạch máu. 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.

- Sau mổ:

+ 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.

## 7. PHẪU THUẬT NỘI SOI GỠ DÍNH RUỘT

**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.

**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**:

- Phẫu thuật viên chuyên khoa ngoại tiêu hóa

**2. Phương tiện:**

- 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.

- Tiếp theo là bơm hơi với áp lực từ 10 -12 mmHg, tốc độ 2-2.5 l/p ( sau ổn định có thể điều chỉnh áp lực ổ bụng)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.

- 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 giữcác 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.

- Dẫn lưu, đóng các lôc trocar.

 **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.

**Tài liệu tham khảo:**

- Quy trình kỹ thuật Bộ Y Tế.

- Bệnh học ngoại khoa đại học y Hà Nội.

## 8. PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT DÂY DÍNH HAY DÂY CHẰNG

**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.

**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**:

- Phẫu thuật viên chuyên khoa ngoại tiêu hóa

**2. Phương tiện:**

- 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.

- Tiếp theo là bơm hơi với áp lực từ 10 -12 mmHg, tốc độ 2-2.5 l/p ( sau ổn định có thể điều chỉnh áp lực ổ bụng) 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 giữcác 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 ruộtvề tình trạng mạch, nhu động, tình trạng thanh mạc.

- Dẫn lưu, đóng lại các lỗ trocar.

 **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.

**Tài liệu tham khảo:**

- Quy trình kỹ thuật Bộ Y Tế.

- Bệnh học ngoại khoa đại học y Hà Nội.

## 9. PHẪU THUẬT NỘI SOI MỞ RUỘT LẤY DỊ VẬT

**I. ĐẠI CƯƠNG**

- Dị vật đường tiêu hóa là những vật do vô tình hay cố ý nuốt phải trong quá trình ăn uống hay trong sinh hoạt. Phần lớn các dị vật sẽ đi qua ruột và ra ngoài cùng với phân (những thứ đến được dạ dày có 80-90% cơ hội được thải ra ngoài), nhưng một số ít dị vật có thể gây tổn thương cho đường tiêu hóa (các dị vật sắc nhọn) hoặc gây tắc ruột (bã thức ăn). Người bệnh nuốt các dị vật thường không có triệu chứng nhưng cũng có thể có các triệu chứng khác nhau, thậm chí nguy hiểm tới tính mạng do tắc ruột cao hoặc do thủng ruột.

 **II. CHỈ ĐỊNH**

- Thường 80-90% các dị vật sẽ được đào thải theo phân ra ngoài dưới tác dụng của nhu đông ruột nên trong các trường hợp dị vật đường tiêu hóa, người bệnh được theo dõi bằng X quang bụng và tính chất phân. Chỉ định mổ nội soi trong trường hợp:

- Thủng ruột gây viêm phúc mạc

- Người bệnh bắt đầu có các triệu chứng tắc ruột nhưng bụng không quá chướng.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Người bệnh thể trạng yếu, sốc do nhiễm trùng, suy thở không cho phép bơm hơi ổ bụng

- Người bệnh có tiền sử mổ bụng nhiều lần

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện:**

- Phẫu thuật viên chuyên khoa ngoại 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 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:

- Gây mê nội khí quản

- Tư thế nằm ngửa, khép chân

- Bố trí bàn mổ: Người thực hiện bên trái, người phụ camera đứng cùng bên người thực hiện. Màn hình để bên phải người bệnh. Dụng cụ viên đối diện với phẫu thuật viên.

- Bước 1 đặt các trocar: một trocar 10 mm dọc dưới rốn cho camera, hai trocar 5 mm ở hố chậu phải và trái cho dụng cụ. bơm hơi với áp lực từ 10 -12 mmHg, tốc độ 2-2.5 l/p ( sau ổn định có thể điều chỉnh áp lực ổ bụng).

- Bước 2 đánh giá ổ bụng: dùng camera quan sát ổ bụng kiểm tra chẩn đoán đúng là có tắc ruột khi thấy các quai ruột giãn trên và xẹp dưới chỗ tắc là khối bã thức ăn hoặc dị vật bị nghẹt trong lòng ruột, hoặc là tình trạng dịch tiêu hóa trong ổ bụng nếu dị vật gây thủng ruột non.

- Bước 3 tìm vị trí dị vật: Cho người bệnh nằm đầu thấp nghiêng phải, dùng hai kìm kẹp ruột lật đại tràng ngang lên tìm góc Treitz, từ góc Treitz lần từng quai ruột non dến tận van hồi manh tràng để tìm vị trí dị vật. Thường vị trí dị vật dễ dàng tìm thấy khi kiểm tra ruột non (nếu tắc ruột thì dị vật nằm chỗ nối giũa quai ruột giãn phía trên và quai xuột xẹp phía dưới, nếu thủng ruột thì dễ dàng thấy lỗ thủng và dị vật lòi ra khỏi thành ruột). Cần chú ý tìm toàn bộ ruột non để tránh bỏ sót nhiều dị vật.

- Bước 4 xử trí dị vật: Sau khi súc rửa ổ bụng kỹ càng bằng dung dịch nước ấm (nếu là thủng). Mở bụng khoảng 2-3 cm dưới rốn đưa quai ruột ra ngoài, xẻ dọc, lấy dị vật ra ngoài và khâu ngang lại. Trả lại ruột vào ổ bụng, dẫn lưu Douglas đưa ra ngoài qua lỗ trocar 5mm hố chậu phải (nếu là thủng).

- Bước 5: Rút các dụng cụ và đóng các lỗ mở trên thành bụng.

**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. TAI BIẾN, BIẾN CHỨNG VÀ CÁCH XỬ TRÍ**

- 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 kẹp 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.

## 10. 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 10 -12 mmHg, tốc độ 2-2.5 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.

## 11. 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 10 -12 mmHg, tốc độ 2-2.5 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 đồng thời cắt và cầm máu mạc treo ruột thừa bằng dao điện nội soi, hoặc các nguồn năng lượng khác

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.

**Tài liệu tham khảo:**

- Quy trình kỹ thuật Bộ Y Tế.

- Bệnh học ngoại khoa đại học y Hà Nội.

## 12. PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT RUỘT THỪA + RỬA BỤNG

**I. ĐẠI CƯƠNG**

- Cắt ruột thừa nội soi ổ bụng là kỹ thuật mổ nội soi để cắt bỏ ruột thừa bệnh lý hoặc cắt ruột thừa để áp dụng các kỹ thuật khác.

- 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 10 -12 mmHg, tốc độ 2-2.5 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.

**Tài liệu tham khảo:**

- Quy trình kỹ thuật Bộ Y Tế.

- Bệnh học ngoại khoa đại học y Hà Nội.

## 13. PHẪU THUẬT NỘI SOI ĐIỀU TRỊ ÁP XE RUỘT THỪA TRONG Ổ BỤNG

**I. ĐẠI CƯƠNG**

- Áp xe ruột thừa là trường hợp viêm ruột thừa cấp tính vỡ mủ, sau đó được các cơ quan lân cận bao bọc lại hình thành ổ áp xe. Áp xe ruột thừa thường được chỉ định chọc hút hay dẫn lưu, tuy nhiên ở trường hợp cần giải quyết cùng lúc ổ áp xe và cắt ruột thừa viêm thì có thể điều trị bằng phẫu thuật nội soi.

**II. CHỈ ĐỊNH**

- Áp xe trong ổ phúc mạc do ruột thừa viêm vỡ mủ.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Người bệnh có các bệnh lý mãn tính chống chỉ định của phẫu thuật nội soi.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**:

- Là phẫu thuật viên ngoại khoa có chứng chỉ phẫu thuật nội soi ổ bụng.

- Phẫu thuật viên chuyên khoa ngoại tiêu hóa

**2. Phương tiện:**

- Phòng mổ có đầy đủ điều kiện tiến hành phẫu thuật nội soi.

- Thiết bị nội soi ổ bụng: màn hình monitor, hệ thống camera, nguồn sáng, hệ thống bơm khí CO2, hệ thống máy hút.

- Dụng cụ phẫu thuật nội ổ bụng: bộ trocar, dụng cụ phẫu thuật nội soi, hệ thống dao điện lưỡng cực, đơn cực.

- Bộ dụng cụ phẫu thuật mở (khi chuyển đổi phương pháp 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.

**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

**3. Thực hiện kỹ thuật:**

3.1. Phương pháp vô cảm: Gây mê nội khí quản

3.2. Kỹ thuật:

- Tư thế người bệnh: nằm ngửa.

- Vị trí người thực hiện phẫu thuật: Phẫu thuật viên chính đứng ở bên phải người bệnh, người phụ cầm camera đứng bên phải của phẫu thuật viên chính, dụng cụ viên đứng ngang gối bệnh trái người bệnh. Màn hình để bên trái và ngang vai người bệnh, bàn dụng cụ để ngang gối người bệnh.

 + Bước 1: Đặt các trocar, một trocar ở vùng cạnh rốn để bơm khí CO2 và sử dụng camera nội soi, hai trocar để sử dụng các dụng cụ thao tác. bơm hơi với áp lực từ 10 -12 mmHg, tốc độ 2-2.5 l/p ( sau ổn định có thể điều chỉnh áp lực ổ bụng)

+ Bước 2: Kiểm tra đánh giá tình trạng ổ phúc mạc, các tạng. Bộc lộ và đánh giá tình trạng của ổ áp xe ruột thừa.

+ Bước 3: Phẫu tích ổ áp xe, nếu thấy dịch mủ chảy ra tiến hành hút sạch, tránh tràn ra ổ phúc mạc. Chú ý không làm thương tổn các tạng bao bọc ổ áp xe. Có dịch mủ, tiến hành hút lấy mẫu dịch để làm xét nghiệm vi khuẩn và kháng sinh đồ.

+ Bước 4: Tìm ruột thừa viêm và cắt ruột thừa nếu có thể theo kỹ thuật phẫu thuật nội soi. Hút rửa và làm sạch ổ áp xe.

Bước 5: Đặt dẫn lưu tại vị trí ổ áp xe, túi cùng douglas. Lấy bệnh phẩm ra ngoài qua vị trí trocar. Đóng các vị trí trocar.

**VI. THEO DÕI**

- Truyền dịch, điều trị thuốc kháng sinh và giảm đau ở thời gian hậu phẫu.

- Hướng dẫn người bệnh vận động sớm sau khi hồi tỉnh.

- Cho người bệnh ăn sớm nếu có biểu hiện nhu động ruột phục hồi, triệu chứng đau và tình trạng nhiễm trùng giảm.

- Rút dẫn lưu khi không còn ra dịch, tình trạng bụng và nhiễm trùng ổn định.

**VII. XỬ TRÍ TAI BIẾN**

- Viêm phúc mạc toàn thể sau phẫu thuật do quá trình phẫu tích gây thương tổn các tạng bao bọc ổ áp xe hoặc manh tràng: mổ lại làm sạch ổ bụng và xử trí thương tổn.

- Chảy máu trong ổ phúc mạc do quá trình phẫu tích gây thương tổn: xử trí tùy mức độ chảy máu: nhẹ có thể điều trị nội, nặng mổ lại để cầm máu.

- Tắc ruột sau phẫu thuật: điều trị nội hoặc mổ lại để gỡ dính tùy thuộc triệu chứng lâm sàng.

- Áp xe tồn dư: điều trị kháng sinh, chọc hút ổ áp xe.

**Tài liệu tham khảo:**

- Quy trình kỹ thuật Bộ Y Tế.

- Bệnh học ngoại khoa đại học y Hà Nội.

## 14. PHẪU THUẬT NỘI SOI VIÊM PHÚC MẠC DO VIÊM RUỘT THỪA

**I. ĐẠI CƯƠNG**

- Viêm ruột thừa: tình trạng viêm lớp trong cùng của ruột thừa và từ đó lan ra các lớp phía ngoài.

- Viêm phúc mạc: tình trạng viêm lá thanh mạc bao phủ trong khoang bụng và các tạng trong ổ bụng, có thể là nguyên phát (tình trạng nhiễm trùng dịch báng trong ổ bụng) hoặc thứ phát (thường do tình trạng nhiễm trùng lan rộng từ ống tiêu hóa). Quá trình viêm có thể là toàn thể hay khu trú trong một vùng nào đó của ổ bụng.

**II. CHỈ ĐỊNH**

- Viêm phúc mạc do viêm ruột thừa

**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, ngoại tổng quát có chứng chỉ nội soi cơ bản.

**2. Phương tiện:** Bộ PTNS; Dụng cụ PTNS cơ bản.

**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:** 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: Gây mê nội khí quản.

3.2. Tư thế: BN nằm ngửa. PTV đứng bên trái người bệnh; Người cầm kính soi đứng bên phải PTV;

Màn hình để bên phải ngang bụng người bệnh; Bàn dụng cụ và dụng cụ viên ngang gối người bệnh.

3.3. Kỹ thuật:

Các bước tiến hành trong PTNS cắt ruột thừa điều trị viêm ruột thừa:

- Bước 1: Sát trùng da và trải toan sao cho bộc lộ toàn bộ ổ bụng.

- Bước 2: Vào trocar rốn 10mm. Quan sát toàn bộ ổ bụng, sau đó vào 2 trocar 5mm (có thể 1 trocar 11mm và 1 trocar 5mm) ở hố chậu trái và hạ vị dưới quan sát của kính soi.

- Bước 3: Tư thế đầu thấp nghiêng trái, bơm hơi với áp lực từ 10 -12 mmHg, tốc độ 2-2.5 l/p ( sau ổn định có thể điều chỉnh áp lực ổ bụng)

- Bước 4: Bộc lộ phẫu trường, bộc lộ ruột thừa đến tận gốc; Có thể cần di động manh tràng trong những trường hợp ruột thừa sau manh tràng.

- Bước 5: Đốt cắt mạc treo ruột thừa, cắt mạc treo sát đến gốc ruột thừa.

- Bước 6: Buộc và cắt gốc ruột thừa (hoặc là khâu vùi gốc), cho ruột thừa vào bao bệnh phẩm. Nếu ruột thừa hoại tử hoặc thủng đến sát gốc thì phải khâu gốc ruột thừa.

+ Nếu tình trạng viêm phúc mạc lan rộng, có thể đặt thêm trocar để có thể thám sát và hút rửa toàn bộ ổ bụng. Rửa bụng kỹ bằng dd NaCl 0,9%.

- Bước 7: Kiểm tra cầm máu kỹ; Đặt dẫn lưu; Lấy bao bệnh phẩm ruột thừa qua lỗ trocar rốn.

- Bước 8: Đóng các lỗ trocar.

**VI. THEO DÕI**

- BN sau mổ có thể cho vận động và ăn uống bằng đường miệng sớm.

- Các vấn đề thường gặp sau mổ: liệt ruột, tắc ruột sớm do dính, áp xe tồn lưu, rò manh tràng.

**VII. XỬ TRÍ TAI BIẾN**

- Tắc ruột sớm do dính: chỉ định ngoại khoa.

- Áp xe tồn lưu: điều trị nội khoa, chọc hút hoặc mổ lại tùy biểu hiện lâm sàng cũng như đáp ứng điều trị của người bệnh.

- Rò manh tràng: điều trị bảo tồn hay can thiệp tùy thuộc vào tình trạng nhiễm trùng, cung lượng rò, thời gian rò.

**Tài liệu tham khảo:**

- Quy trình kỹ thuật Bộ Y Tế.

- Bệnh học ngoại khoa đại học y Hà Nội.

## 15. PHẪU THUẬT NỘI SOI KHÂU THỦNG ĐẠI TRÀNG

**I. ĐẠI CƯƠNG**

- Thuật ngữ “Phẫu thuật nội soi khâu thủng đại tràng” là để chỉ kỹ thuật mổ khâu một hay nhiều lỗ thủng đại tràng do bị chấn thương bụng kín hoặc bệnh lý bằng phẫu thuật nội soi ổ bụng.

**II. CHỈ ĐỊNH**

- Thủng đại tràng do bệnh lý

- Thủng đại tràng do chấn thương bụng kín: có thể có nhiều lỗ

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Người bệnh thể trạng yếu, sốc do nhiễm trùng, suy thở không cho phép bơm hơi ổ bụng.

- Ung thư di căn ra phúc mạc và di căn xa.

**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 phục vụ cuộc mổ.

- Chuẩn bị đại tràng theo quy định nếu mổ theo kế hoạch

- 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**

- Theo quy định của bộ y tế, có đầy đủ giấy tờ cam đoan mổ, chữ kí duyệt 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.

**3. Thực hiện kỹ thuật**

3.1. Vô cảm: Gây mê nội khí quản

3.2. Tư thế:

- Nằm ngửa, 2 chân khép, sonde tiểu

- Giàn 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.

3.3. 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 10 -12 mmHg, tốc độ 2-2.5 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 tìm chỗ thủng, sau đó kiểm tra ruột non từ góc Treitz đến hồi tràng. 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 đưa ra lỗ trocar 5mm hố chậu phải, đầu dẫn lưu ở Douglas.

- Đóng lại các lỗ trocar.

**VI. THEO DÕI**

Như mọi trường hợp phẫu thuật đường tiêu hóa nói chung, sau mổ người bệnh lưu sonde dạ dày, dùng phối hợp ít nhất 2 loại kháng sinh (Metronidazol và Cephalosporine) tiêm trong 5 - 7 ngày.

**VII. XỬ TRÍ TAI BIẾN**

- Trong lúc mổ: Chảy máu do làm tổn thương các mạch máu. 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.

- Sau mổ:

+ 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.

## 16. PHẪU THUẬT NỘI SOI CẦM MÁU VỠ GAN

## 17. PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT CHỎM NANG GAN

**I. ĐẠI CƯƠNG**

- Nang gan (simple hepatic cyst) là một sang thương lành tính và khá phổ biến. Chỉ khoảng 10-15% người có nang gan là có triệu chứng và cần đến sự can thiệp của y khoa. Về mặt giải phẫu bệnh, vỏ nang gan được lót bởi một lớp tế bào biểu mô giống như biểu mô đường mật. Dịch nang là do các tế bào biểu mô này tiết ra, có thành phần tương tự như huyết tương. Dịch nang không chứa bilirubin, amylase cũng như bạch cầu. Trong một số rất ít trường hợp, nang có sự thông thương với dịch mật và dịch nang có màu vàng của mật.

**II. CHỈ ĐỊNH**

Phẫu thuật nội soi cắt chỏm nang gan chỉ được thực hiện khi thỏa mãn các chỉ định sau:

+ 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**

Cắt chỏm nang gan nội soi là để lại một phần vách nang gây tiết dịch vào ổ phúc mạc, do đó không dùng kỹ thuật này khi:

+ 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 hóa, gan mật

**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 của bộ y tế, có đầy đủ giấy tờ cam đoan mổ, chữ kí duyệt 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

**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.

- Có đặt ống thông dạ dày, không cần đặt ống thông bàng quang.

3.3. Kỹ thuật

- Mở bụng theo Kỹ thuật mini-open ở dưới rốn để đặt trocar 10mm. bơm hơi với áp lực từ 10 -12 mmHg, tốc độ 2-2.5 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 đầu cao.

- 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**

- Rút sonde dạ dày khi kết thúc phẫu thuật.

- Cho ăn sau 6-8h.

- Ngồi dậy, đi lại sau 6-8h.

- Ra viện sau 24-48h.

**VII. XỬ TRÍ TAI BIẾN**

- Chảy máu trong ổ bụng: do chảy máu từ diện cắt hay nhu mô gan: nội soi kiểm tra hoặc mổ mở để cầm máu.

- Viêm phúc mạc: do rò dịch mật: mở bụng kiểm tra và xử trí theo thương tổn.

- Áp xe tồn dư: thường gặp ở vị trí 2 hố chậu hay Douglas hay trong lòng nang: điều trị kháng sinh kết hợp chọc hút dưới siêu âm.

**Tài liệu tham khảo:**

- Quy trình kỹ thuật Bộ Y Tế.

- Bệnh học ngoại khoa đại học y Hà Nội.

## 18. PHẪU THUẬT NỘI SOI 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 (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 quá nặng không đảm bảo cuộc mổ.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1.Người thực hiện:** phẫu thuật viên chuyên khoa ngoại chung, tiêu hoá hoặc gan mật.

**2. Phương tiện:**

- Hệ thống máy và dụng cụ phẫu thuật nội soi ổ bụng.

**3. Người bệnh:**

- Người bệnh được làm các xét nghiệm cơ bản phục vụ cuộc mổ.

- 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.

- Nhịn ăn uống ít nhất 6 tiếng, sáng ngày mổ: nhịn ăn uống hoàn toàn, kháng sinh trước mổ nếu mổ theo kế hoạch.

**4. Hồ sơ bệnh án:**

- Hoàn thành các thủ tục hành chính theo quy định bộ y tế: 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.

Vị trí người mổ chính và người phụ tùy thuộc vào kết quả thám sát ổ bụng sau khi đặt kính soi.

\*Vô cảm:

Gây mê nội khí quản, đặt ống thông tiểu và thông mũi dạ dày khi cần thiết.

\*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 10 -12 mmHg, tốc độ 2-2.5 l/p ( sau ổn định có thể điều chỉnh áp lực ổ bụng).

- Tìm vị trí ổ áp xe, chọc hút, bơm rửa, đặt ống dẫn lưu.

- Cố định ống dẫn lưu

**VI. 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. TAI BIẾN, BIẾN CHỨNG VÀ XỬ TRÍ**

1. Tai biến:

- 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.

2. Biến chứng:

- 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.

**Tài liệu tham khảo:**

- Quy trình kỹ thuật Bộ Y Tế.

- Bệnh học ngoại khoa đại học y Hà Nội.

## 19. PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT TÚI MẬT

**I. ĐẠI CƯƠNG**

- Phẫu thuật cắt túi mật nội soi là phẫu thuật thường gặp nhất trong các phẫu thuật điều trị bệnh lý gan mật. Phillipe Mouret thực hiện lần đầu tiên vào năm 1987 tại Lyon - Pháp và ở Việt Nam vào năm 1992.

**II. CHỈ ĐỊNH**

- Sỏi túi mật có triệu chứng.

- Viêm túi mật.

- Polyp túi mật có triệu chứng, đa polyp hoặc polyp có kích thước > 1cm.

**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 khoa ngoại tiêu hóa, 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 90 độ hoặc 45 độ.

**3. Người bệnh:**

- Người bệnh được làm các xét nghiệm cơ bản phục vụ cuộc mổ.

- 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.

- Nhịn ăn uống ít nhất 6 tiếng

**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. Tư thế:

- Người bệnh nằm ngửa, 2 chân có thể khép hoặc dạng 90°, tay phải khép, tay trái dạng 90°. Màn hình đặt ở phía đầu bên tay phải người bệnh.

- Người thực hiện đứng bên trái người bệnh, người phụ cầm camera đứng phía dưới Người thực hiện hoặc giữa 2 chân, dụng cụ viên đứng phía dưới.

3.2. Vô cảm:

- Mê nội khí quản.

- Có đặt ống thông dạ dày, không cần đặt ống thông bàng quang.

3.3. Kỹ thuật:

- Mở bụng theo Kỹ thuật mini-open ở dưới rốn để đặt trocar 10mm. bơm hơi với áp lực từ 10 -12 mmHg, tốc độ 2-2.5 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: trocar 10mm dưới mũi ức; trocar 5mm ở bờ ngoài cơ thẳng to ngang bên phải rốn; trocar 5mm ở dưới bờ sườn phải đường nách giữa.

- Chỉnh bàn tư thế đầu cao, nghiêng trái tối đa.

- Dùng panh có răng đưa qua lỗ trocar dưới sườn cầm vào đáy túi mật đẩy lên trên và sang phải tối đa để bộc lộ vùng cổ túi mật và cuống gan.

- Dùng panh không răng đưa qua lỗ trocar bờ ngoài cơ thẳng cầm vào phễu túi mật, quan sát xem có bất thường ống mật chủ (có giãn không), ống cổ túi mật (có giãn không).

- Dùng móc dao điện phẫu tích vào tam giác Calot ở mặt sau và mặt trước, bộc lộ được động mạch túi mật, ống cổ túi mật.

- Cặp clip vào động mạch túi mật và ống cổ túi mật, phải nhìn rõ ống gan chung khi cặp, dùng kéo cắt động mạch túi mật và ống cổ túi mật. Dùng móc điện giải phóng giường túi mật tỉ mỉ, cầm máu giường túi mật.

- Cho túi mật vào túi nylon, lau sạch ổ bụng, cầm máu kỹ. Trường hợp viêm nhiễm, dịch mật đục bẩn có thủng túi mật nên đặt dẫn lưu dưới gan và đưa vào ở lỗ trocar dưới sườn phải.

- Lấy túi mật qua lỗ trocar rốn, đóng các lỗ trocar bằng chỉ tiêu.

**VI . THEO DÕI**

- Rút sonde dạ dày khi kết thúc phẫu thuật.

- Cho ăn sau 6-8h.

- Ngồi dậy, đi lại sau 6-8h.

**VII . XỬ TRÍ TAI BIẾN**

- Chảy máu trong ổ bụng: do tuột clip động mạch túi mật hoặc từ giường túi mật, nội soi kiểm tra hoặc mổ mở để cầm máu.

- Viêm phúc mạc: do tuột clip ống cổ túi mật hoặc thương tổn đường mật chính, mở bụng kiểm tra và xử trí theo thương tổn.

- Áp xe tồn dư: thường gặp ở vị trí hố túi mật, điều trị kháng sinh kết hợp chọc hút dưới siêu âm.

**Tài liệu tham khảo:**

- Quy trình kỹ thuật Bộ Y Tế.

- Bệnh học ngoại khoa đại học y Hà Nội.

## 20. PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT CHỎM NANG LÁCH

**I. ĐẠI CƯƠNG**

- Lách đóng vai trò quan trọng đối với các tế bào máu đỏ (còn gọi là hồng cầu) và hệ thống miễn dịch.

- Phẫu thuật nội soi cắt chỏm nang lách gồm cắt một phần nhu mô cực trên hay cực dưới lách tùy theo vị trí của nang lách.

**II. CHỈ ĐỊNH**

- Các trường hợp nang lách kích thước lớn ở cực trên hoặc cực dưới của lách.

- Đường kính u nang quan trọng, nếu một túi đơn là 8 cm, hoặc nhiều u nang ảnh hưởng đến hơn 20% diện tích lá lách, có gia tăng lá lách

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Bệnh lý xuất huyết giảm tiểu cầu.

- Bệnh lý cường lách.

- Bệnh bạch cầu hay một số loại U lymphoma

- Các trường hợp chống chỉ định phẫu thuật nội soi nói chung.

- Lách có kích thước quá lớn

- Tăng áp tĩnh mạch cửa.

- Lách lớn trong các trường hợp rối loạn tăng sinh tủy xương.

**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.

- 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 lọan do t.nh trạng thiếu máu, rối loạn đông máu - cầm máu (đặc biệt là số lượng tiểu cầu), thiếu dinh dưỡng, suy chức năng gan.

- 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. Kỹ thuật:**

3.1. Tư thế:

- Tư thế người bệnh nằm ngữa, dạng hai chân, bàn phẫu thuật nghiêng phải 60º, 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 1đứng bên phải người bệnh, người phụ 2 đứng bên trái người bệnh

3.2. Vô cảm: Người bệnh được gây mê nội khí quản.

3.3. Kỹ thuật:

3.2. Vô cảm:

- Người bệnh được gây mê nội khí quản.

- Đặt 3 hoặc 4 trocar vào ổ bụng.

- Trocar 10mm ở dưới rốn theo phương pháp mở Hasson cho ống kính, bơm hơi với áp lực từ 10 -12 mmHg, tốc độ 2-2.5 l/p ( sau ổn định có thể điều chỉnh áp lực ổ bụng) , 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 mũi ức (nếu cần) dùng để vén thùy trái của gan và hút rửa trong quá trình phẫu thuật.

- Sau khi nội soi vào ổ bụng kiểm tra và đánh giá tình trạng, vị trí cũng như kích thước của thương tổn, tiếp theo đánh giá có khả năng có thể thực hiện được phẫu thuật cắt lách bán phần nội soi hay không và nhu mô lách còn lại sau cắt là bao nhiêu phần trăm.

- Phẫu thuật viên có thể dùng dao đốt điện hay dao cắt siêu âm để cắt chỏm nang. Chú ý cắt đủ rộng nang lách 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 lách 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

- 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.

- Làm các xét nghiệm về huyết học sau mổ.

**VII. BIẾN CHỨNG VÀ XỬ TRÍ BIẾN CHỨNG**

- Chảy máu: Có thể truyền máu, trong một số trường hợp chảy máu nhiều cần phải mổ lại để cầm máu

- Abscess 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 hằng 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

**TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật Bộ Y tế

2. Bệnh học ngoại khoa đại học y Hà Nội năm 2006

## 21. PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT U MẠC TREO KHÔNG CẮT 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**

1. Các u mạc treo ruột có chỉ định phẫu thuật:

- Phẫu thuật cắt bỏ hoàn toàn là điều trị tiêu chuẩn cho cystic lymphangioma. Bóc u cũng được khuyến cáo đối với những sang thương dạng nang đơn độc lành tính có gây ra triệu chứng (thường là đau...), như u sợi đơn độc (solitary fibrous tumor), nang nhầy (mucinous cyst), u mô liên kết (desmoid tumor), và u Castle-man. Đối với những u mạc treo ruột ác tính hoặc tiềm năng ác tính, phẫu thuật cắt thành khối R0 (en bloc) là mục tiêu đầu tiên trong tiến trình điều trị u trung mô (mesothelioma), liposarcoma, GIST, u sợi đơn độc) và việc cắt rộng được hay không là yếu tố tiên lượng mạnh nhất. Đối với viêm mạc treo ruột xơ hóa thể co rút (retractile sclerosing mesenteritis) có liên quan với carcinoid ruột non, phẫu thuật cắt hoàn toàn là điều trị lý tưởng nếu nó có thể được thực hiện mà không cắt bỏ quá nhiều ruột non.

2. Các u mạc treo ruột mà chỉ định phẫu thuật còn đang bàn cãi

- Vài tác giả khuyến cáo theo dõi đối với các u mỡ và u sợi nhỏ cho đến khi chúng tăng kích thước hoặc có triệu chứng. Họ chưa đưa ra các giới hạn kích thước cụ thể. Quan điểm này gây nhiều tranh cãi trong thời đại của phẫu thuật xâm lấn tối thiểu, vì phẫu thuật cắt bỏ giúp người bệnh không những giúp người bệnh không cần phải theo dõi lâu dài mà còn tránh được các nguy cơ của các biến chứng do hiệu ứng khối choán chỗ (xoắn ruột).

- Theo dõi điều trị các u mô liên kết mạc treo vẫn đang rất tranh cãi. U mô liên kết mạc treo không triệu chứng nên được theo dõi từ đầu, vì 10% các sang thương này sẽ tự thoái lui.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Các u mạc treo ruột không có chỉ định phẫu thuật:

- Lymphomas: hóa trị là điều trị ban đầu.

- Lymphangiomas: khi triệu chứng là tối thiểu hoặc phẫu thuật cắt bỏ được hoàn toàn là không chắc chắn, vì nguy cơ tái phát tại chỗ là 10 -15%. Bơm các chất làm xơ hóa vào trong nang lặp đi lặp lại có thể kiểm soát triệu chứng khi phẫu thuật cắt bỏ hoàn toàn là không thể.

- Viêm mạc treo xơ hóa (sclerosing mesenteritis).

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện:**

- Phẫu thuật viên 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. Kỹ thuật:**

3.1.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.

3.2. Vô cảm: gây mê nội khí quản.

3.3. Kỹ thuật :

- 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 hơi với áp lực từ 10 -12 mmHg, tốc độ 2-2.5 l/p ( sau ổn định có thể điều chỉnh áp lực ổ bụng)

- 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. CHĂM SÓC VÀ 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. BIẾN CHỨNG VÀ XỬ TRÍ BIẾN CHỨNG**

- 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....

**TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. Hướng dẫn quy trình kỹ thuật chuyên ngành Ngoại khoa – chuyên khoa Phẫu thuật tiêu hóa và phẫu thuật nội soi- Bộ Y tế.

2. Sách Bài giảng bệnh học ngoại khoa tập I và tập II- Đại học Y Hà Nội.

## 22. PHẪU THUẬT NỘI SOI CẦM MÁU SAU MỔ

## 23. PHẪU THUẬT NỘI SOI DẪN LƯU ÁP XE TỒN DƯ

**I. ĐẠI CƯƠNG**

-Áp-xe trong ổ bụng vẫn tiếp tục là vấn đề quan trọng và nghiêm trọng trong thực hành phẫu thuật.

- Phẫu thuật nội soi dẫn lưu áp xe tồn dư là phương pháp nhẹ nhàng, hiệu quả hơn so với việc phải thực hiện việc mổ lại.

**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 tim phổi nặng.

- Rối loạn đông máu.

- Nhiễm khuẩn huyết.

- Tiền sử người bệnh có nhiều lần mổ 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 chuyên biệt cho mổ nội

soi ổ bụng

- Bộ dụng cụ mổ bụng thường dùng (chuẩn bị khi phải chuyển mổ mở)

**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, 2 tay dạng. Vị trí phẫu thuật viên và phụ tùy thuộc vị trí ổ áp xe

3.2. Vô cảm: Gây mê nội khí quản

3.3. Kỹ thuật:

- Tiến hành thủ thuật bơm hơi vào ổ bụng và đặt các trocar:

+ Vị trí đặt trocar: Trocar 10mm đặt trên hoặc dưới rốn. Sau khi bơm hơi và dưới sự hướng dẫn của camera, đặt tiếp trocar thứ 2: Trocar 5mm ở vị trí đường giữa trên xương mu; trocar thứ 3: trocar 10mm ở hố chậu trái, cách trocar thứ 2 từ 8 – 10cm. tùy từng vị trí của các ổ áp xe mà có thể đặt các trí khác nhau. bơm hơi với áp lực từ 10 -12 mmHg, tốc độ 2-2.5 l/p ( sau ổn định có thể điều chỉnh áp lực ổ bụng)

- 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 túi cùng Douglas, rút bỏ sau 3 ngày.

- Khâu lại thành bụng tại các lỗ đặt trocar

**VI. CHĂM SÓC VÀ THEO DÕI**

1.Thời kỳ hậu phẫu

 - Theo dõi dấu hiệu sinh tồn: Mạch, huyết áp, nhiệt độ, nhịp thở.

 - Dấu hiệu mất máu: niêm nhợt, Hct giảm, siêu âm: dịch ổ bụng…

 - Trung tiện

 - Nhiễm trùng vết mổ

- Chăm sóc sau mổ:

- Cho người bệnh ăn sớm nếu nhu động ruột về bình thường.

2.Sau thời kỳ hậu phẫu

- Theo dõi biến chứng: tụ dịch, abscess tồn lưu..

- Tắc ruột sau mổ

- Thoát vị lỗ trocar

**VII: BIẾN CHỨNG VÀ XỬ TRÍ BIẾN CHỨNG**

- Khâu vào mạch máu gây tụ máu: kiểm tra và khâu cầm máu.

- Chảy máu từ thành bụng, do sót tổn thương: kiểm tra và cầm máu.

- Đặt dẫn lưu không đúng chỗ, không đến nơi, lau rửa không sạch, gây tụ dịch áp xe: mổ đặt dẫn lưu

**TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật Bộ Y tế

2. Bệnh học ngoại khoa đại học y Hà Nội năm 2006

## 24. PHẪU THUẬT NỘI SOI RỬA BỤNG, DẪN LƯU

## 25. NỘI SOI Ổ BỤNG CHẨN ĐOÁN

**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.

bơm hơi với áp lực từ 10 -12 mmHg, tốc độ 2-2.5 l/p ( sau ổn định có thể điều chỉnh áp lực ổ bụng)

Khi cần thiết đặt thêm trocar 5mm cho người mổ phụ.

- 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.

**TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. Hướng dẫn quy trình kỹ thuật chuyên ngành Ngoại khoa – chuyên khoa Phẫu thuật tiêu hóa và phẫu thuật nội soi- Bộ Y tế.

2. Sách Bài giảng bệnh học ngoại khoa tập I và tập II- Đại học Y Hà Nội.

## 26. PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT CHỎM NANG THẬN QUA PHÚC MẠC

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Nang thận thường lành tính chiếm 95%, chứa dịch trong vàng chanh, thường đơn độc, 1 bên. Khoảng 5-10% là ung thư hóa với hình ảnh nang có thành không đều, dày hoặc vôi hóa, có cản âm bên trong.

Phân loại nang thận theo Bosniak: 4 loại Loại 1: Thành nang mỏng, đơn giản.

Loại 2: Thành nang vôi hóa nhẹ. Vách giữa mõng không tăng đậm.

Loại 3: Thành nang vôi hóa dày, không đều nhiều ngăn.

Loại 4: Thành dày, vôi hóa nhiều, thành phần đặc bên trong có phần tăng đậm.

Lâm sàng:

 Hầu hết không có triệu chứng và phát hiện tình cờ qua siêu âm, đôi khi đau hông lưng, sốt, tiểu máu, tăng huyết áp.

Cận lâm sàng:

Siêu âm bụng: Hình ảnh nang dịch liên tục với nhu mô thận

CT scan: Cho hình ảnh chẩn đoán chính xác và phân độ nguy cơ ung thư hóa của thận.

**II. CHỈ ĐỊNH**

 95% nang thận là loại III không có chỉ định phẩu thuật, chỉ cần theo dõi cho đến khi có đau nhiều, nhiễm trùng.

Tăng huyết áp thứ phát.

Nang lớn 4 cm gây khó chịu cho người bệnh.

Nang chèn ép vào đường bài tiết gây thận ứ nước.

Nang thận loại IV không dừng lại cắt nang thận, nên cắt thận triệt để.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Nang thận loại IV theo Bosniak.

Rối loạn đông máu, bệnh nội khoa nặng đang tiến triển.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện:**

Phẫu thuật viên chính, phẫu thuật viên phụ và dụng cụ viên

**2. Phương tiện:**

 Bộ dụng cụ thông thường của phẫu thuật nội soi tiêu hóa, hệ thống Camera và nguồn sáng.

**3. Người bệnh:**

Giải thích rõ về bệnh và phương pháp điều trị

Làm đầy đủ các xét nghiệm trước mổ

Khám tiền mê bởi bác sĩ gây mê

**4. Hồ sơ bệnh án:**

 Đầy đủ các giấy tờ yêu cầu như một trường hợp mổ thông thường: Cam đoan phẫu thuật, các bước kiểm tra trước mổ, đầy đủ các xét nghiệm cần thiết…

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Kiểm tra hồ sơ:**

 Phẫu thuật viên cùng nhân viên phòng mổ kiểm tra hồ sơ người bệnh như các mục đã chuẩn bị: Xem rõ phần hành chính, chẩn đoán, phía cần phẫu thuật.

**2.Kiểm tra người bệnh**:

Đối chiếu trực tiếp người bệnh với hồ sơ bệnh án đầy đủ các mục

Đo các thông số sinh tồn để chuẩn bị vô cảm Giải thích, động viên người bệnh không quá lo lắng

**3.Thực hiện kỹ thuật:**

**4.Phương pháp vô cảm**: Mê nội khí quản hoặc tê vùng (tủy sống, ngoài màng cứng)

Nghiêng người bệnh 900, về đối diện bên nang thận. Kê gối ở vùng hông bên dưới

Sát khuẩn vùng mổ, che chắn vô khuẩn vùng mổ.

Vào khoang sau phúc mạc bằng 3 trocar (2trocar 10, 1 trocar 5) có hoặc không có ngón tay Gant. bơm hơi với áp lực từ 10 -12 mmHg, tốc độ 2-2.5 l/p ( sau ổn định có thể điều chỉnh áp lực ổ bụng)

Lấy cơ thắt lưng chậu làm mốc, bóc tách cẩn thận cầm máu kỹ, tới nang thận; Dùng kéo nội soi cắt chỏm nang thận, đốt cầm máu kỹ viền nang, lấy nang cắt bỏ gửi giải phẫu bệnh; Nên lấy dịch nang làm cytology.

Đặt một dẫn lưu sau phúc mạc gần lòng nang ra ngoài qua lỗ trocart, khâu lại các vết mổ;

**VI. THEO DÕI**

Theo dõi một hậu phẫu thông thường kèm theo dõi dịch ra từ ống dẫn lưu, nếu không ra thêm có thể rút sau 24 - 48 h và cho người bệnh xuất viện. Cắt chỉ vết mổ sau 5 - 7 ngày.

**VI. XỬ TRÍ TAI BIẾN**

Các biến chứng sớm sau mổ: tràn khí dưới da; chảy máu; nhiễm trùng vết mổ thành bụng; tắc ruột sau mổ.

* Xử trí tùy thuộc triệu chứng lâm sàng

 *(***Tài liệu tham khảo** *: Quy trình kỹ thuật Bộ y tế)*

## 27. PHẪU THUẬT 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.

## 28. NỘI SOI BÀNG QUANG TÁN SỎI

**I. ĐẠI CƯƠNG**Sỏi bàng quang là sỏi được hình thành trong lòng bàng quang hoặc do sỏi từ
trên thận di chuyển xuống bàng quang, đây là bệnh lý thường gặp. Sỏi bàng quang
nếu không điều trị sẽ gây nhiễm khuẩn niệu tái phát nhiều lần hoặc gây ra các triệu
chứng rối loạn đi tiểu, ảnh hưởng nhiều đến chất lượng sống của người bệnh.

**II. CHỈ ĐỊNH**Chỉ định nội soi bàng quang tán sỏi khi sỏi còn tồn tại trong lòng bàng quang
mà không có thể tự tống thoát ra ngoài một cách tự nhiên.

**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 chưa ổn định.
- Sỏi bàng quang kích thước > 5cm, hoặc có nhiều viên sỏi (trường hợp này
nên phẫu thuật mổ mở bàng quang lấy sỏi).
- Niệu đạo hẹp bệnh lý

**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 nội soi tiết niệu: dàn máy nội soi
(monitor, camera, nguồn sáng), máy soi niệu quản hoặc máy soi thận, thiết bị
phá vỡ sỏi bằng sóng siêu âm hoặc laser, rọ hoặc kềm lấy sỏi vụn.
**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. Thực hiện kỹ thuật:**

- (30 – 60 phút)

- Tê tuỷ sống hoặc mê toàn thân

- Tư thế: lithotomy

- Sát trùng cơ quan sinh dục ngoài

- Đưa máy soi vào bàng quang qua ngã niệu đạo

- 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.

- Xác định số lượng và kích thước sỏi

- Tán sỏi bằng năng lượng siêu âm hoặc laser

- Lấy sạch các mảnh sỏi vụn, đặt thông niệu đạo lưu

**VI. THEO DÕI**

Hậu phẫu rút thông niệu đạo sau 01 ngày, tình trạng tiểu máu và nhiễm khuẩn niệu.

**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.

**TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. Quy trình kỹ thuật bộ y tế.

2. Campbell Walsh Wein Urology - 12th Edition.

3. Bệnh học ngoại khoa Đại học Y Hà Nội

## 29. CẮT U PHÌ ĐẠI LÀNH TÍNH TUYẾN TIỀN LIỆT QUA NỘI SOI

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Phương pháp cắt đốt nội soi phì đại lành tính tuyến tiền liệt là phương pháp căt bỏ khối u phì đại tiền liệt tuyến (UPDTLT) bằng máy cắt nội soi qua đường niệu đạo.

**II. CHỈ ĐỊNH**

**1. UPĐTLT có biến chứng**

- Bí đái hoàn toàn, kể cả sau rút ống thông niệu đạo

- Bí đái không hoàn toàn có nước tiểu tồn dư sau khi đi tiểu, điều trị nội thất
bại

- Đái máu tái diễn do UPDTLT

- Túi thừa bàng quang, sỏi bàng quang do UPDTLT

- Nhiễm khuẩn niệu tái diễn

- Suy thận (nên điều trị hết suy thận trước khi cắt nội soi)

**2. UPĐTLT làm ảnh hưởng tới sức khỏe, giấc ngủ hoặc cản trở nghề nghiệp (tương đối)**

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Hẹp niệu đạo (không đặt được máy nội soi)

- Cứng khớp háng (không nằm được tư thế sản khoa)

- Rối loạn đông máu

- Bệnh nội khoa nặng hoặc đang tiền triển (tim mạch, hô hấp…)

- Người rối loạn tâm thần (tương đối )

**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:**

- Hệ thống máy nội soi: màn hình, dây và nguồn sáng, camera, optic, dao
điện.

- Dụng cụ cắt: Ống đặt niệu đạo, Ăng cắt và ăng đốt.

- Hệ thống nước rửa: dây nước vào, dây nước ra, dung dịch sorbitol, bơm
tiêm để bơm rửa.

- Dụng cụ khác: Que nong niệu đạo các cỡ, sonde tiểu 3 chạc các cỡ.

**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, định lượng PSA

- 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**

- Bệnhnhân được gây tê tuỷ sống hoặc gây mê,nằm tư thế sản khoa

- Nong niệu đạo bằng que nong

- Kiểm tra dụng cụ nội soi

- Đặt máy vào bàng quang (nên nong niệu đạo trước khi đặt),

- Soi kiểm tra bàng quang, sỏi bàng quang, hình thái tuyến tiền liệt, ụ núi,lỗ đổ vào bàng quang của niệu quản hai bên.

- Cắt đốt TLT từ trung tâm ra ngoại vi

- Người bệnh già yếu nên cắt vừa đủ để tiểu thông tốt

- Bơm rửa bàng quang sau khi bốc hơi đến khi nước bơm rửa trong.lấy mẫu bệnh phẩm làm giải phẫu bệnh.

- Tháo máy,đặt sonde 3 chạc chảy rửa bàng quang liên tục,bơm cớp sonde tiểu 30-50 ml để cầm máu

**VI. THEO DÕI**

- Sau khi phẫu thuât trong 3 ngày đầu, bệnh nhân sẽ được chăm sóc rửa bàng quang liên tục thông qua ống thông tiểu. Sau khi rút ống ra, bác sĩ sẽ theo dõi các hoạt động tiểu tiện xem có các triệu chứng bất thường hay không. Trong thời gian này, bạn nên uống nhiều nước, từ 2-3 lít mỗi ngày để tạo điều kiện “rửa sạch” bàng quang

**VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ**

- Nhiễm khuẩn tiết niệu: điều trị chống nhiễm khuẩn.

- Chảy máu: mổ nội soi hoặc mổ mở để đốt cầm máu.

- Thủng bàng quang: mổ mở cầm máu, khâu bàng quang thủng

- Thủng vào trực tràng hoặc đại tràng: mổ nội soi ổ bụng hoặc mổ mở xử trí.

**TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. Quy trình kỹ thuật bộ y tế.

2. Bệnh học ngoại khoa Đại học Y Hà Nội

## 30. PHẪU THUẬT NỘI SOI XỬ LÝ VIÊM PHÚC MẠC TIỂU KHUNG

**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.

## 31. PHẪU THUẬT NỘI SOI Ổ BỤNG LẤY DỤNG CỤ TRÁNH THAI

**I .ĐẠI CƯƠNG**

Dụng cụ tử cung là một phương pháp tránh thai khá phổ biến ở nước ta. Có thể gặp tai biến dụng cụ tử cung chui qua cơ tử cung vào ổ bụng

**II. CHẨN ĐOÁN**

Lâm sàng

Đau lưng, đau bụng

Khám bằng mỏ vịt: không thấy dây DCTC ở CTC

Thăm dò BTC bằng móc vòng không thấy DCTC

Cận lâm sàng

Siêu âm: không thấy DCTC trong BTC

Chụp BTC có cản quang (chụp thẳng và chụp nghiêng): không thấy DCTC trong BTC mà thấy nằm ngoài TC

**III. CHỈ ĐỊNH**

Người bệnh được chẩn đoán DCTC nằm trong ổ bụng

Không có chống chỉ định của phẫu thuật nội soi

Trước đây khi chưa có nội soi phải lấy DCTC qua mở bụng nhưng gặp nhiều khó khăn do phẫu trường hẹp, xác định vị trí DCTC khó khăn, do DCTC bị mạc nối lớn bao bọc và di chuyển không nằm trong tiểu khung

Từ khi có nội soi dễ dàng bao quát được toàn bộ ổ bụng, xác định vị trí DCTC dễ dàng hơn và ít gây sang chấn

**IV. CHUẨN BỊ**

1. Người thực hiện

Bác sỹ chuyên khoa Phụ sản có kinh nghiệm, được đào tạo và có kỹ năng về phẫu thuật nội soi

2. Phương tiện

Bộ dụng cụ phẫu thuật nội soi

Khách hàng

Khám toàn thân và khám chuyên khoa

Tư vấn cho người bệnh về lý do phẫu thuật, các nguy cơ của phẫu thuật

Người bệnh ký cam đoan phẫu thuật

Thụt tháo

Vệ sinh vùng bụng và âm hộ, thông đái, sát khuẩn thành bụng vùng mổ

Hồ sơ bệnh án

Hồ sơ phẫu thuật theo quy định, có duyệt mổ của lãnh đạo khoa, bệnh viện và phân công phẫu thuật viên

**V.  CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

Thì 1: Bơm CO2

- Bơm khí CO2 vào ổ phúc mạc vì nhiều mục đích khác nhau:

Làm căng bụng, tạo an toàn khi chọc các trocart

Tạo phẫu trường quan sát dễ dàng vì áp lực dương của khí CO2 làm cho các tạng tách xa nhau ra

Giúp cho các động tác bóc tách mô dễ dàng hơn

Giúp cho việc cầm máu thuận lợi nhờ áp lực dương tính trong ổ bụng

Điểm chọc kim bơm CO2 thường ở ngay mép dưới rốn cũng là nơi chọc trocart đèn soi (đây là điểm chọc phổ biến nhất). Trong ca có sẹo mổ cũ đường trắng giữa dưới rốn thì có thể chọc kim ở vị trí hạ sườn trái hoặc nội soi mở

Bơm CO2 đến áp lực mong muốn (khoảng 15mmHg)

Có thể chọc trocart đèn soi trực tiếp ở ngay mép rốn sau đó bơm CO2

Thì 2: Chọc Trocart

Chọc trocart đèn soi (trocart 10 hoặc 5) ở ngay dưới rốn và trocart phẫu thuật

trên vệ

Thì 3: Đánh giá ổ bụng và tiểu khung

Quan sát toàn bộ ổ bụng tìm vị trí DCTC đặc biệt chú ý khi DCTC nằm gần các vị trí nguy hiểm như mạch máu lớn. Có những trường hợp DCTC bị mạc nối lớn cuốn vào nên rất khó tìm hoặc có cả trường hợp DCTC nằm ở trên gan vì vậy phải rất kiên nhẫn trong khi tìm kiếm. Gỡ dính và bộc lộ DCTC

¬ Thì 4. Lấy DCTC ra ngoài

Khi thấy DCTC trong ổ bụng thì dùng kẹp nhẹ nhàng lấy DCTC ra ngoài, chú ý không làm tổn thương các tạng lân cận

¬ Thì 5. Tháo hết CO2 và khâu lại lỗ chọc trocart

**VI. TAI BIẾN VÀ BIẾN CHỨNG**

Tổn thương đường tiêu hoá

Tổn thương hệ tiết niệu

Tổn thương mạch máu

Bỏng do điện

Chảy máu trong mổ

## 32. PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT KHỐI CHỬA NGOÀI TỬ CUNG

1. **ĐẠI CƯƠNG**

Chửa ngoài tử cung là hiện tượng trứng đã thụ tinh làm tổ ở ngoài buồng tử cung.

Các vị trí của chửa ngoài tử cung: vòi tử cung (chiếm 95 – 98%), buồng trứng, ống cổ tử cung, ổ bụng.

Phẫu thuật nội soi chửa ngoài tử cung là một phương pháp dùng để chẩn đoán sớm và điều trị có hiệu quả các trường hợp chửa ngoài tử cung chưa vỡ hoặc chửa ngoài tử cung vỡ với lượng máu trong ổ bụng chưa nhiều, chưa ảnh hưởng đến toàn trạng của người bệnh.

1. **CHỈ ĐỊNH**
	* Chửa ngoài tử cung với huyết động ổn định.
	* Chẩn đoán các trường hợp nghi ngờ chửa ngoài tử cung

 -**Các yếu tố nguy cơ của Bruhat:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| STT  | Yếu tố nguy cơ  | Số điểm  |
| 1  | Tiền sử chửa ngoài tử cung  | 2  |
| 2  | Sau đó mỗi lần chửa ngoài tử cung thêm  | 1  |
| 3  | Tiền sử gỡ dính qua nội soi  | 1  |
| 4  | Tiền sử mổ vi phẫu vòi tử cung  | 2  |
| 5  | Chỉ có 1 vòi tử cung  | 2  |
| 6  | Tiền sử viêm vòi tử cung  | 1  |
| 7  | Có dính cùng bên  | 1  |
| 8  | Có dính bên đối diện  | 1  |

* + **Căn cứ vào tổng số điểm để có phương pháp điều trị:**
	+ Từ 0-3 điểm: Nội soi bảo tồn vòi tử cung, nếu người bệnh còn nhu cầu sinh đẻ
	+ 4 điểm : Nội soi cắt vòi tử cung
	+ ≥ 5 điểm : Nội soi cắt vòi tử cung và triệt sản bên đối diện.
1. **CHỐNG CHỈ ĐỊNH**
	* Các trường hợp có chống chỉ định phẫu thuật nội soi ổ bụng

-Chửa ngoài tử cung vỡ gây trụy mạch.

Không bảo tồn vòi tử cung trong trường hợp huyết tụ thành nang hoặc đã có hoạt động tim thai.

1. **CHUẨN BỊ**
2. **Người thực hiện**

Bác sĩ chuyên khoa Phụ sản có kinh nghiệm, được đào tạo và có kỹ năng về phẫu thuật nội soi

1. **Phương tiện**

Bộ dụng cụ phẫu thuật nội soi

1. **Người bệnh**
	* Khám toàn thân và khám chuyên khoa để đánh giá toàn trạng bệnh nhân có chỉ định mổ nội soi không .
	* Tư vấn cho người bệnh về lý do phẫu thuật, các nguy cơ của phẫu thuậtvà có thể chuyển sang phẫu thuật mở bụng, tương lai sinh sản sau này, các biện pháp tránh thai có thể được áp dụng và nguy cơ chửa ngoài tử cung tái phát .
	* Bác sĩ gây mê khám tiền mê.
	* Người bệnh ký phiếu cam đoan chấp nhận phẫu thuật và gây mê hồi sức
	* Thụt tháo
	* Vệ sinh vùng bụng và âm hộ, thông đái, sát khuẩn thành bụng vùng mổ
	* Gây mê nội khí quản
2. **Hồ sơ bệnh án**

Hồ sơ bệnh án theo quy định.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

* **Thì 1: Bơm CO2**
* Điểm chọc kim bơm CO2 thường ở ngay mép dưới rốn cũng là nơi chọc trocart đèn soi (đây là điểm chọc phổ biến nhất). Trong ca có sẹo mổ cũ đường trắng giữa dưới rốn thì có thể chọc kim ở vị trí hạ sườn trái hoặc nội soi mở.
* Có thể chọc trocart ở mép dưới rốn sau đó bơm CO2.
* Bơm CO2 đến áp lực mong muốn (khoảng 15mmHg)
* **Thì 2: Chọc Trocart**

-Chọc trocart đèn soi (trocart 10 hoặc 5) ở ngay mép rốn và trocart phẫu thuật ở trên vệ

* **Thì 3:Đánh giá ổ bụng và tiểu khung**

-Hút hết máu, rửa ổ bụng, đánh giá toàn bộ ổ bụng và tiểu khung đặc biệt là vị trí, tình trạng khối chửa và vòi tử cung bên đối diện.

* **Thì 4: Phẫu thuật:**
* Cắt vòi tử cung từ eo đến loa hoặc ngược lại
* Kẹp vòi tử cung chỗ tiếp giáp giữa eo và bóng để bộc lộ đoạn eo
* Đưa dao điện 2 cực vào trocar bên đối diện với khối chửa, cầm máu từ eo vòi tử cung, vừa cầm máu vừa cắt bằng kéo hoặc dao điện 1 cực dọc theo bờ mạc treo vòi tử cung về phía loa, cần chú ý nhánh nối giữa động mạch buồng trứng và động mạch tử cung.
* Lấy bệnh phẩm: phần vòi tử cung cắt bỏ được cho vào túi nội soi sau đó lấy ra ngoài qua thành bụng, có thể lấy từng phần qua trocar to nhưng không nên vì đề phòng sót nguyên bào nuôi trong ổ bụng sẽ dẫn đến biến chứng nguyên bào nuôi tồn tại sau mổ.
* Rửa ổ bụng và kiểm tra lần cuối
* **Thì 5: *Rút trocart, khâu da***

**VI.THEO DÕI**

* Theo dõi toàn trạng, các dấu hiệu sinh tồn, vết mổ, ổ bụng, nước tiểu, trung tiện.
* Tiêm hoặc uống kháng sinh 5 ngày
* Giảm đau

**VII. TAI BIẾN VÀ BIẾN CHỨNG**

**1.Tai biến của phẫu thuật nội soi nói chung**

* + Tổn thương đường tiêu hoá
	+ Tổn thương hệ tiết niệu
	+ Tổn thương vòi tử cung
	+ Bỏng do điện
	+ Chảy máu trong mổ

**2.Tai biến của nội soi điều trị chửa ngoài tử cung**

* + Ngoài các tai biến, biến chứng chung của soi ổ bụng can thiệp, soi ổ bụng điều trị chửa ngoài tử cung có một số tai biến đặc trưng như:

+Chảy máu: trong lúc gỡ dính, cầm máu không tốt, tổn thương mạc treo vòi tử cung, các nhánh nối giữa động mạch buồng trứng và động mạch tử cung

+Chấn thương các cơ quan khác: do khối chửa dính với ruột, thành chậu hông

+Tổn thương ruột: do dính nhiều và chảy máu nhiều

+Tồn tại nguyên bào nuôi: do lấy bệnh phẩm không hết để các nguyên bào nuôi rơi vào trong bụng và tiếp tục phát triển***.***

## 33. PHẪU THUẬT NỘI SOI Ổ BỤNG CHẨN ĐOÁN TRONG PHỤ KHOA

1. **ĐẠI CƯƠNG**
* PTNS được mô tả là phẫu thuật trong đó bác sĩ dùng ống soi có gắn vào máy quay phim và nguồn sáng để nhìn vào trong bụng bệnh nhân nhằm mục đích chẩn đoán và có thể điều trị cùng lúc.
* So với mổ hở, PTNS có nhiều ưu điểm: sẹo mổ nhỏ, ít đau sau mổ, rút ngắn thời gian nằm viện, hồi phục sức khỏe nhanh, trở lại công việc và sinh hoạt hàng ngày sớm.
1. **CHỈ ĐỊNH**
* Đau vùng chậu không giải thích được
* Vô sinh không rõ nguyên nhân
* Các bệnh lý phụ khoa không thể chẩn đoán xác định bằng các phương pháp không xâm lấn khác. VD:
* Chửa ngoài tử cung
* Khối u buồng trứng.
* U xơ tử cung.
* Bệnh lý lạc nội mạc TC.
* Vô sinh do vòi trứng, do buồng trứng đa nang.
* Viêm nhiễm, ứ mủ vòi tử cung, viêm tiểu khung
1. **CHỐNG CHỈ ĐỊNH**
* **Bệnh nhân có chống chỉ định phẫu thuật nội soi ổ bụng nói chung:**
* **Bệnh tim mạch:** bệnh tim bẩm sinh, bệnh van tim, xơ vữa động mạch, bệnh mạch vành, cao huyết áp không được điều trị đã có biến chứng ở não, tim, thận. Bệnh nhân sốc chấn thương, sốc mất máu.
* **Bệnh lý phổi:** bệnh phổi mãn tính, khí phế thũng, hen phế quản, kén khí phổi
* **Bệnh lý thần kinh:** tăng áp lực nội sọ, tăng nhãn áp, di chứng của chấn thương sọ não hoặc đang theo dõi chấn thương sọ não
* **Các chống chỉ định khác:** bệnh lý đông máu, nhiễm khuẩn nặng, bệnh nhân có mổ cũ ổ bụng dính nhiều, suy thận
* Ruột chướng
* Thoát vị cơ hoành
1. **CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

* Bác sĩ chuyên khoa sản đã được huấn luyện, đào tạo mổ nội soi
* Bác sĩ đã được đào tạo phụ mổ nội soi
* Bác sĩ hoặc kĩ thuật viên gây mê hồi sức
* Điều dưỡng viên/y tá làm người đưa dụng cụ

**2. Phương tiện**

* Thuốc gây mê toàn thân, các thuốc hồi sức, dịch truyền.
* Dụng cụ đặt nội khí quản và máy thở
* Dàn máy, hệ thống khí CO2, màn hình TV
* Bộ dụng cụ nội soi

**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).
* 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

**4. Hồ sơ bệnh án**

Hồ sơ bệnh án theo quy định.

**5. Nơi thực hiện thủ thuật:** Phòng mổ.

1. **CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**
2. **Thì 1**: **Chọc trocart và bơm CO2 vào ổ bụng**
* Rạch dưới rốn 5 hoặc 10 mm (phù hợp với đèn soi). Nâng thành bụng lên cao để chọc kim (hoặc chọc ngay trocart 5 hoặc trocart 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 khí vào thường được đặt là 3- 4 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
1. **Thì 2: Kiểm tra tử cung và các tạng xung quanh**
* Quan sát tử cung, hai phần phụ, tiểu khung, kiểm tra dạ dầy và gan. Đánh giá các tổn thương, tìm nguyên nhân gây bệnh lý.
1. **Thì 3: Điều trị, xử trí tùy theo tổn thương**
2. **Thì 4: Kiểm tra, cầm máu và tháo CO2**
* Rửa lại ổ bụng vùng tiểu khung, xem dịch nước rửa trong, kiểm tra không chảy máu, nước rửa trong
* Tháo CO2, rút 2 trocart ở hố chậu trước, trocart ở rốn có đèn soi rút sau cùng. Chú ý xem tình trạng huyết áp của người bệnh tại thời điểm kiểm tra cầm máu
* Khâu da
1. **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, ...**
1. **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.
* Các tai biến đặc biệt trong nội soi
* Tổn thương thành bụng: chảy máu, thoát vị thành bụng.
* Tổn thương cơ quan trong bụng (ruột, bàng quang, mạch máu lớn...)
* Việc chuyển từ mổ nội soi qua mổ hở không phải là thất bại của nội soi mà để làm cho cuộc mổ an toàn hơn.

## 34. PHẪU THUẬT NỘI SOI GEU THỂ HUYẾT TỤ THÀNH NANG

1. **ĐẠI CƯƠNG**
	* Chửa ngoài tử cung là hiện tượng trứng được thụ tinh nhưng phát triển  và làm tổ ở ngoài buồng tử cung. Chửa ngoài tử cung thể huyết tụ thành nang là hiện tượng bọc thai rỉ máu hoặc sẩy thai nhưng không chảy  máu ồ ạt vào ổ bụng mà chảy máu ít một từ từ.Sau đó máu sẽ đọng lại ở một nơi nào đó trong ổ bụng.Ruột, mạc treo,mạc nối lớn,dến bao bọc khu trú lại tạo thành khối huyết tụ.
	* Phẫu thuật nội soi chửa ngoài tử cung là một phương pháp dùng để chẩn đoán sớm và điều trị có hiệu quả chửa ngoài tử cung thể huyết tụ thành nang không để vỡ thứ phát.
2. **CHỈ ĐỊNH**
	* Chửa ngoài tử cung với huyết động ổn định.
3. **CHỐNG CHỈ ĐỊNH**
	* Các trường hợp có chống chỉ định phẫu thuật nội soi ổ bụng
4. **CHUẨN BỊ**
5. **Người thực hiện**

Bác sĩ chuyên khoa Phụ sản có kinh nghiệm, được đào tạo và có kỹ năng về phẫu thuật nội soi

1. **Phương tiện**

Bộ dụng cụ phẫu thuật nội soi

1. **Người bệnh**
	* Khám toàn thân và khám chuyên khoa để đánh giá toàn trạng bệnh nhân có chỉ định mổ nội soi không .
	* Tư vấn cho người bệnh về lý do phẫu thuật, các nguy cơ của phẫu thuậtvà có thể chuyển sang phẫu thuật mở bụng, tương lai sinh sản sau này, các biện pháp tránh thai có thể được áp dụng và nguy cơ chửa ngoài tử cung tái phát .
	* Bác sĩ gây mê khám tiền mê.
	* Người bệnh ký phiếu cam đoan chấp nhận phẫu thuật và gây mê hồi sức
	* Thụt tháo
	* Vệ sinh vùng bụng và âm hộ, thông đái, sát khuẩn thành bụng vùng mổ
	* Gây mê nội khí quản
2. **Hồ sơ bệnh án**

Hồ sơ bệnh án theo quy định.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

* **Thì 1: Bơm CO2**
* Điểm chọc kim bơm CO2 thường ở ngay mép dưới rốn cũng là nơi chọc trocart đèn soi (đây là điểm chọc phổ biến nhất). Trong ca có sẹo mổ cũ đường trắng giữa dưới rốn thì có thể chọc kim ở vị trí hạ sườn trái hoặc nội soi mở.
* Có thể chọc trocart ở mép dưới rốn sau đó bơm CO2.
* Bơm CO2 đến áp lực mong muốn (khoảng 15mmHg)
* **Thì 2: Chọc Trocart**

-Chọc trocart đèn soi (trocart 10 hoặc 5) ở ngay mép rốn và trocart phẫu thuật ở trên vệ

* **Thì 3:Đánh giá ổ bụng và tiểu khung**

-Đánh giá toàn bộ ổ bụng và tiểu khung đặc biệt là vị trí, tình trạng khối chửa và vòi tử cung bên đối diện.

* **Thì 4: Phẫu thuật:**

Khi mổ phải gỡ dính,tìm cách vào ổ máu tụ lấy hết máu tụ lau sạch rồi khâu kín tránh để khoang rỗng

+   Nếu còn khối chửa thì cắt đoạn vòi trứng chứa khối chửa.Khâu vùi để cầm máu

+Cắt vòi tử cung từ eo đến loa hoặc ngược lại

+Kẹp vòi tử cung chỗ tiếp giáp giữa eo và bóng để bộc lộ đoạn eo

+Đưa dao điện 2 cực vào trocar bên đối diện với khối chửa, cầm máu từ eo vòi tử cung, vừa cầm máu vừa cắt bằng kéo hoặc dao điện 1 cực dọc theo bờ mạc treo vòi tử cung về phía loa, cần chú ý nhánh nối giữa động mạch buồng trứng và động mạch tử cung.

+Lấy bệnh phẩm: phần vòi tử cung cắt bỏ được cho vào túi nội soi sau đó lấy ra ngoài qua thành bụng, có thể lấy từng phần qua trocar to nhưng không nên vì đề phòng sót nguyên bào nuôi trong ổ bụng sẽ dẫn đến biến chứng nguyên bào nuôi tồn tại sau mổ.

+   Nếu còn chảy máu có thể chèn các mảnh Spongen hoặc gạc cầm máu.Dẫn lưu ra ngoài, gạc sẽ được lấy ra sau đó vài ngày

+   Chú ý khi mổ hạn chế khâu cầm máu vìlàm tổn thương đến tạng xung quanh
+   Trong khi mổ không nên gỡ dính nhiều,tìm chỗ ít dính để mổ

+Rửa ổ bụng và kiểm tra lần cuối , đặt sonde dẫn lưu ( Nếu cần)

* **Thì 5: *Rút trocart, khâu da***

**VI.THEO DÕI**

* Theo dõi toàn trạng, các dấu hiệu sinh tồn, vết mổ, ổ bụng, nước tiểu, sonde dẫn lưu ( Nếu có), trung tiện.
* Tiêm hoặc uống kháng sinh 5 ngày
* Giảm đau

**VII. TAI BIẾN VÀ BIẾN CHỨNG**

**1.Tai biến của phẫu thuật nội soi nói chung**

* + Tổn thương đường tiêu hoá
	+ Tổn thương hệ tiết niệu
	+ Tổn thương vòi tử cung
	+ Bỏng do điện
	+ Chảy máu trong mổ

**2.Tai biến của nội soi điều trị chửa ngoài tử cung**

* + Ngoài các tai biến, biến chứng chung của soi ổ bụng can thiệp, soi ổ bụng điều trị chửa ngoài tử cung có một số tai biến đặc trưng như:

+Chảy máu: trong lúc gỡ dính, cầm máu không tốt, tổn thương mạc treo vòi tử cung, các nhánh nối giữa động mạch buồng trứng và động mạch tử cung

+Chấn thương các cơ quan khác: do khối chửa dính với ruột, thành chậu hông

+Tổn thương ruột: do dính nhiều và chảy máu nhiều

+Tồn tại nguyên bào nuôi: do lấy bệnh phẩm không hết để các nguyên bào nuôi rơi vào trong bụng và tiếp tục phát triển***.***

**35. PHẪU THUẬT NỘI SOI VIÊM PHẦN PHỤ**

**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

## 36. NỘI SOI TÁN SỎI NIỆU ĐẠO

**I. ĐẠI CƯƠNG**

- Sỏi niệu đạo là sỏi được nằm trong đường đi của bất kỳ vị trí nào của niệu đạo mà đa số là do sỏi từ trên thận, niệu quản hoặc bàng quang di chuyển xuống niệu đạo, đây là bệnh lý thường gặp. Sỏi niệu đạo nếu không điều trị sẽ gây nhiễmkhuẩn niệu tái phát nhiều lần hoặc gây ra các triệu chứng rối loạn đi tiểu, ảnhhưởng nhiều đến chất lượng sống của người bệnh.

**II. CHỈ ĐỊNH**

- Chỉ định tán sỏi niệu đạo khi sỏi còn tồn tại trong lòng niệu đạo mà không có thể tự tống thoát ra ngoài một cách tự nhiên.

**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.

- Dị dạng đường tiết niệu dưới hoặc hẹp niệu đạo không thể đưa máy soi tiếp cận sỏi.

**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 phá vỡ sỏi bằng sóng siêu âm hoặc laser, rọ hoặc kìm lấy sỏi vụn.

3. **Người bệnh:** vệ sinh vùng mu.

**4. Hồ sơ bệnh án**: xét nghiệm tiền phẫu, siêu âm bụng, KUB, soi bàng quang, 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. 375

**3. Thực hiện kỹ thuật:** (30 – 60 phút)

- Tê tuỷ sống hoặc mê toàn thân

- Tư thế: sản khoa

- Sát trùng cơ quan sinh dục ngoài

- Đưa máy soi vào niệu đạo

- Xác định số lượng và kích thước sỏi

- Tán sỏi bằng năng lượng siêu âm hoặc laser

- 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.

- Lấy sạch các mảnh sỏi vụn, đặt thông niệu đạo lưu

**VI. THEO DÕI**

**-** Hậu phẫu rút thông niệu đạo sau 01 ngày, tình trạng tiểu máu và nhiễm khuẩn niệu.

**VII. XỬ TRÍ TAI BIẾN**

- Không có tai biến nghiêm trọng trong tán sỏi niệu đạo.

## 37. PHẪU THUẬT NỘI SOI BÓC U XƠ TỬ CUNG

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Bóc u xơ tử cung 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 bóc và cắt bỏ khối u xơ để bảo tồn toàn bộ tử cung.

**II. CHỈ ĐỊNH**

- Có chỉ định mổ nội soi

- U xơ tử cung dưới phúc mạc hoặc trong cơ 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.

- Khối u xơ tử cung quá to, u xơ dưới niêm mạc

- 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 trocart và bơm CO2 vào ổ bụng**

- Rạch dưới rốn 5 hoặc 10 mm (phù hợp với đèn soi)

- Nâng thành bụng lên cao để chọc kim (hoặc chọc ngay trocart 5 hoặc trocart 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 khí vào thường được đặt là 3- 4 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 u xơ tử cung: kích thước, vị trí để xem khả năng có thể bóc bảo tồn được tử cung không.

**3. Thì 3: Bóc khối u xơ**

Dùng dao một cực rạch một đường ở khối u theo chiều dọc tử cung, chiều dài đường rạch vừa đủ để bóc khối u. bóc khối u và cầm máu diện cắt bằng dao hai cực. Khâu cầm máu diện bóc tách từ đáy diện bóc tách ra ngoài

**4. Thì 4: Kiểm tra, cầm máu và tháo CO2**

- Rửa lại ổ bụng vùng tiểu khung, xem dịch nước rửa trong, kiểm tra diện khâu bóc tách không chảy máu, nước rửa trong.

- Tháo CO2, rút 2 trocart ở hố chậu trước, trocart ở rốn có đèn soi rút sau cùng. Chú ý xem tình trạng huyết áp của người bệnh tại thời điểm kiểm tra cầm máu.

- Khâu da.

**VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ**

**- Chảy máu sau mổ** có thể do tuột chỉ hoặc lỏng nút buộc. Dấu hiệu choáng tụt huyết áp, tình trạng thiếu máu cấp, ổ bụng có dịch... phải mổ lại để cầm máu đồng thời hồi sức tích cực, điều chỉnh rối loạn đông máu, bồi phụ thể tích tuần hoàn.

**- Viêm phúc mạc sau mổ** hiếm gặp, phải tiến hành hồi sức, điều trị bằng kháng sinh phối hợp, liều cao và mổ lại để rửa ổ bụng, dẫn lưu.

## 38. PHẪU THUẬT NỘI SOI BUỒNG TỬ CUNG CẮT POLYPE

**I. ĐẠI CƯƠNG**

 Phẫu thuật cắt políp buồng tử cung thường được tiến hành qua soi buồng tử cung, cắt cuống políp bằng kéo, điện cực hình vòng hoặc bào políp thành từng mảnh bằng vòng cắt.

**II. CHỈ ĐỊNH**

* Nhóm phụ nữ tiền mãn kinh- Nếu có triệu chứng, cần phải tiến hành cắt polyp bất kể giai đoạn nào.
* Nếu không có triệu chứng, chỉ định cắt polyp chủ yếu liên quan đến việc đánh giá nguy cơ tăng sản NMTC hoặc bệnh lý ác tính.

\* Tất cả các trường hợp không triệu chứng được chỉ định cắt polyp khi:

* Kích thước > 1.5cm
* Đa polyp
* Khối polyp thò ra ngoài cổ tử cung
* Có polyp ở những trường hợp hiếm muộn
* Nhóm phụ nữ hậu mãn kinhNguy cơ ác tính của polyp ở nhóm phụ nữ hậu mãn kinh cao hơn so với nhóm phụ nữ tiền mãn kinh. Do đó ở những phụ nữ mãn kinh có polyp lòng TC dù có hay không có triệu chứng đều cần được chỉ định cắt polyp.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

* + - Chít hẹp cổ tử cung.
		- Mang thai
		- Chống chỉ định của gây mê toàn thân.

**IV. CHUẨN BỊ**

1. **Người thực hiện**

Bác sĩ chuyên ngành phụ sản đã được đào tạo

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). Siêu âm đầu dò âm đạo hoặc siêu âm buồng tử cung có bơm dịch để chẩn đoán xác định thông tin về políp: số lượng, kích thước, vị trí.
* Được tư vấn kỹ về bệnh và quy trình kỹ thuật, nguy cơ và biến chứng có thể xảy ra.
* Người bệnh ký cam đoan chấp nhận phẫu thuật, thủ thuật và gây mê hồi sức.
* Thủ thuật thực hiện ở đầu pha tăng sinh, khi niêm mạc tử cung mỏng nhất, dễ xác định políp nhất.
* Sử dụng kháng sinh dự phòng
* Thụt tháo
* Vệ sinh vùng bụng và/ hoặc âm hộ, sát khuẩn vùng mổ
* Gây mê toàn thân
1. **Dụng cụ**
* Vòng soi cắt buồng tử cung hình vòng hoặc một vòng cắt đốt trong tử cung.
* Chọn loại dịch: nếu sử dụng máy cắt đơn cực cần dùng dung dịch không có chất điện giải, nếu dùng hệ thống có dòng lưỡng cực có thể dùng dung dịch nước muối sinh lý.
1. **Hồ sơ bệnh án**

Hồ sơ bệnh án theo quy định

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

* + **Bước 1.**Nong cổ tử cung. Dùng nến Hégar nong cổ tử cung đến số 9 để có thể đưa ống soi can thiệp đường kính 8 hoặc 10.
	+ **Bước 2***.* Đặt ống soi: ống soi được đưa từ từ qua cổ tử cung vào buồng tử cung, quan sát ống cổ tử cung, buồng tử cung để xác định vị trí và số lượng políp. **Bước 3***.* Cắt políp: nới vòng cắt đến phía sau của políp, bật dòng điện và kéo vòng về phía cổ tử cung để cắt políp. Kẹp polyp và kéo ra ngoài qua lỗ cổ tử cung. Nếu políp to có thể cắt làm nhiều mảnh, bắt đầu từ đỉnh của políp và xuống dần phía cuống. Trong quá trình thủ thuật ghi nhận tổng lượng dịch vào và ra mỗi 15 phút.
	+ **Bước 4.** Cầm máu: dùng điện cực cắt, chuyển sang dòng đốt để đốt các điểm chảy máu. Có thể dùng bóng của thông Foley để cầm máu ở các điểm chảy máu nhiều.
	+ **Bước 5.** Rút dụng cụ, gửi bệnh phẩm xét nghiệm mô bệnh học.

**VI. THEO DÕI**

* + - Ra máu âm đạo ít hoặc ra máu thấm giọt trong vài ngày sau thủ thuật, thường tự khỏi.
		- Kháng sinh toàn thân

**VII. XỬ TRÍ TAI BIẾN**

Nhìn chung nguy cơ xảy ra biến chứng gia tăng theo thời gian và mức độ phức tạp của can thiệp.

* + Chảy máu: soi buồng tử cung kiểm tra lại, đốt điểm chảy máu. Nếu vẫn chảy máu sau đốt có thể đặt thông Foley và bơm căng bóng, đồng thời theo dõi lượng máu chảy ra. Nếu không chảy máu phải mổ cắt tử cung
	+ Truyền máu
	+ Rách cổ tử cung: nhét gạc, theo dõi.
	+ Viêm nội mạc tử cung: sử dụng kháng sinh Cephalosporin đường tiêm trong 7 ngày.
	+ Thủng tử cung: nếu phát hiện thủng tử cung trong quá trình soi buồng tử cung phải nội soi ổ bụng để đánh giá các cơ quan lân cận và xử trí theo tổn thương
	+ Hấp thu lượng dịch lớn vào máu: xét nghiệm điện giải đồ, nếu nồng độ ion Na xuống dưới 125 mEq/L cần chăm sóc hồi sức tích cực, thuốc lời tiểu và truyền dung dịch NaCl 3% tốc độ 1 – 1,5 mEq/l mỗi giờ, làm sao để đạt mức Na 135 mEq/l trong vòng 24.

## 39. PHẪU THUẬT NỘI SOI BUỒNG TỬ CUNG CẮT DÍNH BUỒNG TỬ CUNG

1. **ĐẠI CƯƠNG**

 Điều trị các tổn thương dính buồng tử cung không hoàn toàn (hội chứng Ashermann) bằng phương pháp soi buồng tử cung. Dính buồng tử cung chủ yếu là hậu quả của thủ thuật nạo, hút buồng tử cung.

1. **CHỈ ĐỊNH**

Dính buồng tử cung không hoàn toàn, có nhu cầu sinh đẻ hay có biến chứng.

1. **CHỐNG CHỈ ĐỊNH**
	* Dính buồng tử cung hoàn toàn
	* Dính buồng tử cung không hoàn toàn, không có biến chứng và không có nhu cầu sinh đẻ.
2. **CHUẨN BỊ**
3. **Người thực hiện**

Bác sĩ chuyên khoa Phụ Sản đã được đào tạo.

1. **Phương tiện**

-Dụng cụ soi buồng tử cung chẩn đoán và 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). Chụp tử cung-vòi tử cung xác định tổn thương dính buồng tử cung
* Được tư vấn kỹ về bệnh và quy trình kỹ thuật, nguy cơ và biến chứng 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
* Người bệnh nằm tư thế phụ khoa
* Vệ sinh âm hộ, sát khuẩn vùng mổ
* Gây mê toàn thân hoặc tê tủy sống
1. **Hồ sơ bệnh án**

Hồ sơ bệnh án theo quy định.

1. **Nơi thực hiện thủ thuật**

Phòng mổ.

1. **CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**
2. **Soi buồng tử cung chẩn đoán**
	* Sát khuẩn vùng sinh dục
	* Thông tiểu và lưu ống thông.
	* Đặt van âm đạo hay mỏ vịt
	* Cặp cổ tử cung bằng kẹp Pozzi
	* Thăm dò buồng tử cung bằng thước đo
	* Đưa ống soi chẩn đoán vào buồng tử cung
	* Làm căng buồng tử cung bằng một trong các dung dịch sau:

+Dung dịch có trọng lượng phân tử cao: Hyskon.

+Dung dịch không có điện giải như: manitol, sorbitol, dextran.

* + Có thể áp dụng một trong các cách sau để dịch chảy vào buồng tử cung:

+Để dịch ở vị trí cao hơn ổ bụng người bệnh từ 90-100 cm và cho tự chảy.

+Nếu là túi dịch, có thể quấn băng máy đo huyết áp và duy trì áp lực khoảng 80 mmHg.

+ Máy bơm hút tự động: áp lực bơm 40-60 mmHg.

* + Tiến hành quan sát toàn bộ buồng tử cung để đánh giá tổn thương dính buồng tử cung.
1. **Soi buồng tử cung phẫu thuật**:
	* Tiến hành nong cổ tử cung đến 10,5
	* Đưa kính soi phẫu thuật vào buồng tử cung
	* Sử dụng đầu cắt thẳng hay bóng lăn để cắt tổn thương dính. Chỉ thực hiện cắt tổn thương khi quan sát rõ ràng.
	* Cắt hết tổn thương dính
	* Soi lại buồng tử cung để kiểm tra bảo đảm không chảy máu và buồng tử cung toàn vẹn.
	* Có thể đặt dụng cụ tử cung hay những dụng cụ chuyên biệt để tránh dính lại.
2. **THEO DÕI**
	* Theo dõi: toàn thân, mạch, huyết áp, ra máu âm đạo trong vòng vài giờ sau thủ thuật.
	* Chỉ định dùng vòng kinh nhân tạo ngay sau phẫu thuật.
	* Chụp lại buồng tử cung sau vài tháng để đánh giá sự vẹn toàn của buồng tử cung.
3. **XỬ TRÍ TAI BIẾN**
	* Thủng tử cung: ngừng thủ thuật. Tiến hành soi ổ bụng để đánh giá tổn thương thủng tử cung và xử trí phù hợp theo tổn thương. Trong nhiều ca có thể bảo tồn được tử cung. Theo dõi sát người bệnh trong những giờ đầu sau mổ.
	* Biến chứng liên quan đến quá tải tuần hoàn do dịch làm căng buồng tử cung đi vào mạch máu. Để tránh tai biến này, không nên phẫu thuật quá lâu (trên 30 phút), phải kiểm soát lượng dịch vào và ra, sử dụng máy bơm hút liên tục chuyên dụng.
	* Nhiễm khuẩn: kháng sinh phổ rộng

***Ghi chú:*** phẫu thuật này thường hay thực hiện soi ổ bụng kết hợp với mục đích chẩn đoán vô sinh và kiểm soát thủ thuật cắt vách ngăn qua soi buồng tử cung.

## 40. PHẪU THUẬT NỘI SOI BUỒNG TỬ CUNG CẮT VÁCH NGĂN

**I. ĐẠI CƯƠNG**

 Cắt vách ngăn dọc buồng tử cung bằng phương tiện soi buồng tử cung trong trường hợp vách ngăn dọc làm cho người bệnh bị vô sinh hay sẩy thai, đẻ non liên tiếp.

**II. CHỈ ĐỊNH**

Vách ngăn dọc tử cung làm cho người bệnh không có con.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Các kiểu dị dạng sinh dục khác.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

Bác sĩ chuyên khoa Phụ Sản đã được đào tạo.

**2. Phương tiện**

Dụng cụ soi buồng tử cung chẩn đoán và phẫu thuật, dụng cụ 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.

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). Chụp tử cung-vòi tử cung xác định tổn thương, độ thông vòi tử cung

Được tư vấn kỹ về bệnh và quy trình kỹ thuật, nguy cơ và biến chứng 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 âm hộ, sát khuẩn vùng mổ

Gây mê toàn thân

**4. Hồ sơ bệnh án**

Hồ sơ bệnh án theo quy định.

5. **Nơi thực hiện thủ thuật:** Phòng mổ.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**Soi buồng tử cung chẩn đoán**

Sát khuẩn vùng sinh dục

Thông tiểu và lưu ống thông.

Đặt van âm đạo hay mỏ vịt

Cặp cổ tử cung bằng kẹp Pozzi

Thăm dò buồng tử cung bằng thước đo

Đưa ống soi chẩn đoán vào buồng tử cung

Làm căng buồng tử cung bằng một trong các dung dịch sau:

+Dung dịch có trọng lượng phân tử cao: Hyskon.

+ Dung dịch không có điện giải như: manitol, sorbitol, dextran.

Có thể áp dụng một trong các cách sau để dịch chảy vào buồng tử cung: + Để dịch ở vị trí cao hơn ổ bụng người bệnh từ 90-100 cm và cho tự chảy.

+ Nếu là túi dịch, có thể quấn băng máy đo huyết áp và duy trì áp lực khoảng 80 mmHg.

+ Máy bơm hút tự động: áp lực bơm 40-60 mmHg.

Tiến hành quan sát buồng tử cung hai bên vách ngăn, xác định vị trí, kích thước, hình dạng vách ngăn.

**Soi buồng tử cung phẫu thuật**

Tiến hành nong cổ tử cung đến 10,5

Đưa kính soi phẫu thuật vào buồng tử cung

Sử dụng đầu cắt thẳng hay bóng lăn để cắt vách ngăn (có tác giả dùng kéo hay dùng laser). Vị trí cắt nằm chính giữa chiều cao của vách ngăn. Chỉ thực hiện cắt tổn thương khi quan sát rõ ràng.

Cắt hết vách ngăn dựa trên cơ sở vị trí của hai lỗ vòi tử cung. Thường cắt tới đường tưởng tượng nối hai lỗ vòi tử cung.

Soi lại buồng tử cung bảo đảm không chảy máu và buồng tử cung toàn vẹn.

**VI. THEO DÕI**

Theo dõi: toàn thân, mạch, huyết áp, ra máu âm đạo trong vòng vài giờ sau thủ thuật.

Chụp lại buồng tử cung sau vài tháng để đánh giá sự vẹn toàn của buồng tử cung.

**VII. XỬ TRÍ TAI BIẾN**

Thủng tử cung: ngừng thủ thuật. Soi ổ bụng để đánh giá tổn thương thủng tử cung và xử trí phù hợp theo tổn thương. Trong nhiều ca có thể bảo tồn được tử cung. Theo dõi sát người bệnh trong những giờ đầu sau mổ.

Biến chứng liên quan đến quá tải tuần hoàn do dịch làm căng buồng tử cung đi vào mạch máu. Để tránh tai biến này, không nên phẫu thuật quá lâu (trên 30 phút), phải kiểm soát lượng dịch vào và ra, sử dụng máy bơm hút liên tục chuyên dụng.

Nhiễm khuẩn: kháng sinh

***Ghi chú:*** thường hay thực hiện soi ổ bụng kết hợp với mục đích chẩn đoán vô sinh và kiểm soát thủ thuật cắt vách ngăn qua soi buồng tử cung.

## 41. PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT TỬ CUNG HOÀN TOÀN ĐỂ LẠI 2 PHẦN PHỤ

**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.

## 42. PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT TỬ CUNG HOAN TOAN + CẮT 2 PHẦN PHỤ

**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 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

**5. Thì 5**: Cắt rời tử cung khỏi âm đạo

**6. Thì 6**: Khâu lại mỏm âm đạo: qua đường âm đạo hoặc qua nội soi

**7. Thì 7**: Kiểm tra:

- Cầm máu

- Rửa bụng

- Kiểm tra niệu quản, bàng quang, trực tràng

**8. Thì 8**: 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.

## 43. PHẪU THUẬT NỘI SOI U BUỒNG TRỨNG TRÊN BỆNH NHÂN CÓ THAI

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Tỷ lệ của khối u buồng trứng trong khi mang thai được ước tính là 0,2-2% tùy thuộc vào giai đoạn mang thai. Với tỷ lệ ác tính 1-6%, đại đa số là lành tính (Hoover và Jenkins, 2011; Leiserowitz, 2006; Runowicz và Brewer, 2014; Telischak et al., 2008).

Phẫu thuật loại bỏ u buồng trứng nên được cân nhắc xử trí để tránh những biến chứng như : ung thư hóa, xoắn nang, vỡ nang chảy máu, chèn ép , u tiền đạo cản trở quá trình chuyển dạ .

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, u buồng trứng không có dấu hiệu ác tính trên 5 cm, tồn tại dai dẳng ngày càng to, không quá dính,

- Tuần thai can thiệp phẫu thuật từ 16 - 20 tuần

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- U nang nhỏ < 5 cm,

- 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.

- Bệnh nhân được sử dụng thuốc giảm co, nội tiết Progesteron ít nhất 7 ngày trước và sau khi phẫu thuật

- 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 xem có bị dính với các tạng xung quanh.

- Nếu dính thì phải gỡ dính, hạn chế tối đa kích thích vào thân tử cung

- 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 thai có đạp bình thường không

- Theo dõi có ra máu âm đạo không

- 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 – 7 ngày

- Bình thường ra viện sau 5 - 7 ngày

**VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ**

- Sảy thai , thai lưu trong và sau phẫu thuật: Cần tư vấn và giải thích rõ nguy cơ cho bệnh nhân và gia đình trước khi phẫu thuật . Gây sảy thai , làm sạch buồng tử cung , tăng co, cầm máu , kháng sinh

- 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.

## 44. CẮT U BUỒNG TRỨNG QUA NỘI SOI

**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.

## 45. PHẪU THUẬT NỘI SOI 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

**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.