BỘ Y TẾ	CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM Độc lập - Tự do - Hạnh phúc
Số: 5731 /QĐ-BYT	*Hà Nội, ngày 21 tháng 12 năm 2017*

QUYẾT ĐỊNH
Về việc ban hành tài liệu Hướng dẫn quy trình kỹ thuật Ngoại khoa Chuyên khoa Phẫu thuật Tiết niệu

BỘ TRƯỞNG BỘ Y TẾ

Căn cứ Luật khám bệnh, chữa bệnh năm 2009;

Căn cứ Nghị định 75/2017/NĐ-CP ngày 20 tháng 6 năm 2017 của Chính phủ quy định chức năng, nhiệm vụ, quyền hạn và cơ cấu tổ chức của Bộ Y tế;

Xét Biên bản họp của Hội đồng nghiệm thu Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật Ngoại khoa của Bộ Y tế;

Theo đề nghị của Cục trưởng Cục Quản lý Khám, chữa bệnh,

QUYẾT ĐỊNH:

Điều 1. Ban hành kèm theo Quyết định này tài liệu "Hướng dẫn quy trình kỹ thuật Ngoại khoa, chuyên khoa Phẫu thuật Tiết niệu", gồm 46 quy trình kỹ thuật.

Điều 2. Tài liệu "Hướng dẫn quy trình kỹ thuật Ngoại khoa, chuyên khoa Phẫu thuật Tiết niệu" ban hành kèm theo Quyết định này được áp dụng tại các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.

Căn cứ vào tài liệu hướng dẫn này và điều kiện cụ thể của đơn vị, Giám đốc cơ sở khám bệnh, chữa bệnh xây dựng và ban hành tài liệu Hướng dẫn quy trình kỹ thuật Ngoại khoa, chuyên khoa Phẫu thuật Tiết niệu phù hợp để thực hiện tại đơn vị.

Điều 3. Quyết định này có hiệu lực kể từ ngày ký ban hành.

Điều 4. Các ông, bà: Chánh Văn phòng Bộ, Cục trưởng Cục Quản lý Khám, chữa bệnh, Chánh Thanh tra Bộ, Cục trưởng và Vụ trưởng các Cục, Vụ thuộc Bộ Y tế, Giám đốc các bệnh viện, viện có giường bệnh trực thuộc Bộ Y tế, Giám đốc Sở Y tế các tỉnh, thành phố trực thuộc trung ương, Thủ trưởng Y tế các Bộ, Ngành và Thủ trưởng các đơn vị có liên quan chịu trách nhiệm thi hành Quyết định này./.

Nơi nhận:
- Như Điều 4;
- Bộ trưởng Bộ Y tế (để b/c);
- Các Thứ trưởng BYT;
- Bảo hiểm Xã hội Việt Nam (để phối hợp);
- Cổng thông tin điện tử BYT;
- Website Cục KCB;
- Lưu VT, KCB.

KT. BỘ TRƯỞNG
THỨ TRƯỞNG

Nguyễn Viết Tiến

BỘ Y TẾ

CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM
Độc lập - Tự do- Hạnh Phúc

DANH SÁCH 46 HƯỚNG DẪN QUY TRÌNH KỸ THUẬT NGOẠI KHOA
CHUYÊN KHOA PHẪU THUẬT TIẾT NIỆU
(Ban hành kèm theo Quyết định số 5731 /QĐ-BYT ngày 21 tháng 12 năm 2017 của Bộ trưởng Bộ Y tế)

TT	TÊN QUY TRÌNH KỸ THUẬT
1.	Tán sỏi thận qua da bằng máy tán hơi + siêu âm/ có C.Arm
2.	Tán sỏi thận qua da có C.Arm + siêu âm/ Laser
3.	Lấy sỏi thận bệnh lý, thận móng ngựa, thận đa nang
4.	Bóc bạch mạch quanh thận, điều trị bệnh đái dưỡng chấp
5.	Phẫu thuật treo thận
6.	Lấy sỏi san hô mở rộng thận (Bivalve) có hạ nhiệt
7.	Chọc hút và bơm thuốc vào nang thận
8.	Dẫn lưu đài bể thận qua da
9.	Cắt eo thận móng ngựa
10.	Phẫu thuật khâu bảo tồn hoặc cắt thận bán phần trong chấn thương thận
11.	Phẫu thuật hở lấy sỏi thận sỏi niệu quản + kết hợp nội soi mềm để lấy toàn bộ sỏi
12.	Tạo hình khúc nối bể thận – niệu quản (Phương pháp Foley, Anderson – Hynes
13.	Cắt thận rộng rãi + nạo vét hạch
14.	Nối niệu quản - đài thận
15.	Tạo hình niệu quản do phình to niệu quản
16.	Cắm lại niệu quản - bàng quang
17.	Đưa niệu quản ra da đơn thuần ± thắt ĐM chậu trong
18.	Phẫu thuật mở rộng bàng quang bằng đoạn hồi tràng
19.	Phẫu thuật ghép cơ cổ bàng quang
20.	Phẫu thuật bàng quang lộ ngoài bằng nối bàng quang với trực tràng theo kiểu Duhamel
21.	Mổ sa bàng quang qua ngõ âm đạo (tạo hình thành trước âm đạo)
22.	Lấy sỏi bàng quang lần hai
23.	Cắm niệu quản bàng quang
24.	Phẫu thuật đặt võng nâng cổ bàng quang (Sling) trong tiểu không kiểm soát khi gắng sức
25.	Thay ống thông dẫn lưu thận
26.	Thay ống thông dẫn lưu bàng quang
27.	Dẫn lưu nước tiểu bàng quang
28.	Dẫn lưu áp xe khoang Retzius

29.	Phẫu thuật rò niệu đạo - trực tràng bẩm sinh
30.	Phẫu thuật rò niệu đạo - âm đạo bẩm sinh
31.	Phẫu thuật cắt toàn bộ tuyến tiền liệt trong điều trị ung thư tuyến tiền liệt
32.	Dẫn lưu viêm tấy khung chậu do rò nước tiểu
33.	Phẫu thuật áp xe tuyến tiền liệt
34.	Dẫn lưu bàng quang, đặt Tuteur niệu đạo
35.	Phẫu thuật đặt bộ phận giả (prosthesis) chữa liệt dương
36.	Phẫu thuật điều trị bệnh xuất tinh sớm
37.	Đặt ống Stent chữa bí đái do phì đại tiền liệt tuyến
38.	Điều trị đái rỉ ở nữ bàng đặt miếng nâng niệu đạo TOT
39.	Cắt tinh mạc
40.	Cắt mào tinh hoàn
41.	Cắt thể Morgani xoắn
42.	Phẫu thuật tái tạo miệng sáo do hẹp miệng sáo
43.	Điều trị tại chỗ phì đại tuyến tiền liệt: sức nóng hoặc lạnh
44.	Cắt dương vật không vét hạch, cắt một nửa dương vật
45.	Mở rộng lỗ sáo
46.	Đặt tinh hoàn nhân tạo

KT. BỘ TRƯỞNG
THỨ TRƯỞNG

Nguyễn Viết Tiến

PHẪU THUẬT TIẾT NIỆU

TÁN SỎI THẬN QUA DA
BẰNG MÁY TÁN HƠI VÀ SIÊU ÂM/CÓ C-ARM

I. ĐẠI CƯƠNG

Sỏi thận là bệnh lý tiết niệu thường gặp cần phải điều trị sớm. Hiện nay, điều trị phẫu thuật mở lấy sỏi thận đã được thay thế bằng các phương pháp khác ít xâm hại hơn như tán sỏi ngoài cơ thể, nội soi niệu quản ngược dòng và tán sỏi thận qua da. Phẫu thuật tán sỏi thận qua da sẽ thiết lập một đường hầm từ da vị trí vùng thắt lưng vào thận. Thông qua đường hầm này, ống kính nội soi thận được đưa vào đài bể thận và sử dụng các nguồn năng lượng như laser, siêu âm, xung hơi để tán vỡ sỏi và bơm hút mảnh sỏi ra ngoài.

Năm 1976, Fernstrom và Johansson thực hiện phẫu thuật tán sỏi qua da đầu tiên trên thế giới. Năm 1981, Wickham và Kollett đặt tên cho kỹ thuật này là "tán sỏi thận qua da" (percutaneousnephrolithotomy - PCNL). Từ năm 2004, kỹ thuật tán sỏi qua da được triển khai tại các Bệnh viện ở Hà nội và TP Hồ Chí Minh. Những năm gần đây, cùng với sự cải tiến và hoàn thiện không ngừng của các thiết bị tán sỏi qua da, tích lũy kinh nghiệm tiến bộ của kỹ thuật, phẫu thuật tán sỏi qua da đã được mở rộng và phổ cập tại các bệnh viện của Việt Nam.

Đảm bảo an toàn trong phẫu thuật PCNL là vô cùng quan trọng. Phẫu thuật tán sỏi thận qua da đã có những cải tiến thay đổi về phương tiện định vị chọc dò đài bể thận và kích thước đường hầm qua da cũng như những phương tiện, trang thiết bị tán và lấy sỏi.

II. CHỈ ĐỊNH

- Tất cả những trường hợp sỏi thận có chỉ định mổ mở bao gồm: Sỏi san hô một phần và toàn bộ, sỏi thận ≥2cm, các sỏi trong đài thận hoặc thận dị dạng, sỏi thận tán ngoài cơ thể khó vỡ; sỏi thận dưới 2cm nhưng do giải phẫu thận bị dị dạng hoặc ở vị trí đài dưới không thích hợp với tán sỏi ngoài cơ thể và nội soi niệu quản ống mềm.

- Sỏi niệu quản đoạn trên L4 gây tắc nghẽn nghiêm trọng hoặc sỏi lớn＞1.5cm, sỏi niệu quản đoạn trên bị bọc polype và niệu quản gấp khúc, sỏi đã tán sỏi ngoài cơ thể không vỡ hoặc nội soi ngược dòng thất bại.

- Chỉ định cân nhắc đối với những trường hợp sỏi thận đặc biệt như: Sỏi thận tắc nghẽn ở bệnh nhi, sỏi thận ở người bệnh béo, sỏi thận kết hợp hẹp khúc nối bể thận - niệu quản hoặc niệu quản hẹp, sỏi ở người bệnh còn một thận tắc nghẽn, sỏi trên thận móng ngựa tắc nghẽn, sỏi ở người bệnh thận ghép và sỏi ở thận không ứ nước.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Người bệnh có bệnh lý nội khoa nặng: Rối loạn đông, chảy máu, xuất huyết toàn thân, bệnh mạch vành, suy tim nặng, chức năng phổi không tốt chống chỉ định gây mê nội khí quản, bị tiểu đường và huyết áp cao hoặc không thể chịu đựng phẫu thuật.

- Người bệnh đang sử dụng thuốc Aspirin, thuốc chống đông phải ngừng dùng thuốc từ 1 - 2 tuần, kiểm tra lại chức năng đông máu mới chỉ định phẫu thuật.

- Người bệnh đang bị nhiễm khuẩn tại chỗ thành bụng nhiễm khuẩn đường niệu chưa được điều trị hoặc bị lao thận.

- Thận có thể tích cực to, sỏi san hô mà tiên lượng tán sỏi qua da (PCNL) nhiều lần không thể lấy hết sỏi. Người bệnh có sỏi san hô mà thận bị dị dạng, dị vị không tạo được đường hầm qua da an toàn hoặc dùng tán sỏi qua da không lấy hết được sỏi.

- Người bệnh có sỏi trên thận lạc chỗ hoặc thận sa xuống tiểu khung.

- Người bệnh ung thư thận, có khối u ở thận.

- Người bệnh đang có thai.

- Người bệnh bị gù hoặc cong vẹo cột sống, bị béo phì hoặc có bệnh lý hô hấp không thể chịu đựng nằm sấp khi mổ thì có thể chọn lựa tư thế nằm nghiêng hoặc nằm ngửa để phẫu thuật.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện quy trình kỹ thuật:

- Bác sĩ: 02 Bác sĩ chuyên khoa Ngoại Tiết niệu thực hiện phẫu thuật tán sỏi thận qua da. 01 Bác sĩ chuyên khoa Gây mê hồi sức tiến hành gây mê toàn thân nội khí quản và theo dõi người bệnh trong quá trình thực hiện phẫu thuật. 01 Bác sĩ chuyên khoa Chẩn đoán hình ảnh phối hợp thực hiện siêu âm định vị và chọc dò đài thận qua da.

- Điều dưỡng: 03 điều dưỡng phòng mổ làm nhiệm vụ chuẩn bị dụng cụ mổ, phụ mổ, chạy ngoài và phụ mê.

2. Phương tiện:

* Chuẩn bị dụng cụ phẫu thuật:

- Bàn để dụng cụ (loại to). Toan mổ: 10 toan lớn, 3 toan con. Áo mổ: 3 - 4 chiếc. Găng vô khuẩn: 6 - 8 đôi.

- Chuẩn bị bộ đặt ống thông niệu đạo như mổ mở.

- Chuẩn bị một số dụng cụ phẫu thuật bao gồm:

+ Dao thường lưỡi nhỏ cỡ 13: 01 cái. + Gạc con: 10 - 20 miếng.

+ Kìm kẹp kim: 01 cái. + Chỉ khâu da 3.0: 01 sợi.

* Thiết bị, dụng cụ phẫu thuật tán sỏi qua da:

- Dàn máy nội soi tiết niệu: Màn hình, camera, nguồn sáng …

- Máy siêu âm ổ bụng đen trắng với đầu dò Convex 3 - 5 MHz.

- Máy chụp Xquang tăng sáng truyền hình C.Arm.

- Máy tán sỏi siêu âm.

- Máy tán sỏi xung hơi bằng khí nén.

- Máy bơm nước tốc độ 100 - 600 vòng/phút, áp lực nước 0 - 80Kpa.

- Máy nội soi thận 22 - 24Fr.

- Pince lấy sỏi, rọ Dormia.

* Vật tư tiêu hao:

- 01 Bộ dụng cụ nong bán cứng và đường hầm qua da Amplatz 6-24Fr Seplou.

- 02 dây dẫn đường (Guide wire) PTFE, vằn 0,035 đầu thẳng và đầu cong.
- 01 Ống thông (Catheter) niệu quản.
- 01 ống thông Double J 6 - 7Fr.
- 01 Túi dán của tán sỏi qua da.
- Dung dịch rửa bằng: Sorbitol 3% hoặc NaCl 9‰ số lượng 5 - 20 lít.
- 02 ống thông Foley 14 - 20 Fr và 02 túi nước tiểu.
- Chỉ khâu, băng gạc, opside …

3. Người bệnh:

- Được làm đầy đủ các xét nghiệm cơ bản và đánh giá chức năng thận hai bên.
- Được làm siêu âm, chụp niệu đồ tĩnh mạch, chụp cắt lớp vi tính hệ tiết niệu để xác định đặc điểm sỏi thận, nguyên nhân bệnh lý và đánh giá chức năng 2 thận.
- Chụp niệu quản- bể thận (NQ-BT) ngược dòng khi cần thiết để xác định nguyên nhân tắc nghẽn.
- Chụp đồng vị phóng xạ khi cần để xác định giảm hoặc mất chức năng thận.
- Giải thích rõ ràng cho người bệnh và gia đình về chỉ định, phương pháp thực hiện, hiệu quả, ưu điểm của phẫu thuật tán sỏi qua da so với phẫu thuật mở lấy sỏi thận cũng như các nguy cơ phẫu thuật có thể gặp như: chảy máu, nhiễm trùng, biến chứng gây mê hồi sức, thất bại của phương pháp cần chuyển mổ mở.
- Nâng cao thể trạng người bệnh trước mổ trong trường hợp già yếu, suy kiệt.
- Người bệnh được chuẩn bị trước phẫu thuật theo quy trình thống nhất.

4. Hồ sơ bệnh án:

- Hồ sơ bệnh án đầy đủ thông tin, các phương pháp chẩn đoán sỏi thận, đánh giá tình trạng toàn thân của người bệnh và các bệnh phối hợp.
- Hồ sơ có đủ biên bản hội chẩn của khoa thống nhất chỉ định phẫu thuật tán sỏi thận qua da và có giấy đồng ý phẫu thuật được người bệnh và gia đình ký ghi rõ ngày tháng năm.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ.

- Kiểm tra siêu âm: Đánh giá tình trạng thận ứ nước và đặc điểm sỏi thận.
- Kiểm tra Xquang không chuẩn bị, niệu đồ tĩnh mạch (UIV), cắt lớp vi tính hệ tiết niệu để xác định đặc điểm, vị trí sỏi thận liên quan với vị trí các đài và bể thận, đánh giá hình thái, chức năng thận 2 bên và xác định các bệnh lý tiết niệu kết hợp.

2. Kiểm tra người bệnh.

- Chuẩn bị giống như mổ mở thường quy, kiểm tra xét nghiệm công thức máu, đông máu, sinh hóa máu và nước tiểu, chức năng thận, điện tim, chụp X quang phổi.
- Đối với người bệnh cơ thể yếu, thiếu máu cần phải điều trị ổn định trước khi phẫu thuật.
- Điều trị tích cực nhiễm khuẩn đường tiết niệu nếu có. Khi xét nghiệm nước tiểu có bạch cầu dương tính cần dự phòng kháng sinh trước phẫu thuật.

3. Thực hiện kỹ thuật:

3.1. Vô cảm: Gây mê toàn thân nội khí quản.

3.2. Thì 1. Đặt ống thông (catheter) niệu quản:

- Người bệnh được đặt tư thế sản khoa nằm ngửa, 2 chân dạng.

- Soi bàng quang bằng ống soi niệu quản. Đánh giá tình trạng bàng quang: Dung tích, nước tiểu, có sỏi hoặc u kết hợp, vị trí 2 lỗ niệu quản, bệnh lý tuyến tiền liệt.

- Luồn dây dẫn đường qua lỗ niệu quản bên có sỏi, đưa ống soi niệu quản nong rộng và kiểm tra niệu quản đến bể thận, đánh giá tình trạng niệu quản: Kích thước, có sỏi kết hợp, mức độ chít hẹp, gấp khúc, có u hoặc polype niệu quản. Nếu niệu quản chít hẹp, gấp khúc không đặt được guide wire qua hoặc có u thì không thực hiện tiếp phẫu thuật tán sỏi qua da và chuyển phương pháp khác.

- Đưa dây dẫn lách qua phần sỏi ở bể thận vào đài thận, rút ống soi niệu quản, đặt ống thông niệu quản lên đến đài bể thận theo dây dẫn, đặt ống thông niệu đạo và cố định tạm thời 2 ống thông trên với nhau.

3.3. Thì 2. Tán sỏi thận qua da:

- Chuyển người bệnh sang tư thế nằm sấp có kê độn dưới bụng.

- Phẫu thuật viên và người phụ đứng cùng bên thận có sỏi, dàn máy nội soi và máy siêu âm hoặc C-Arm đặt ở bên đối diện.

- Dùng Siêu âm hoặc C-Arm kiểm tra vị trí, hình thể đài bể thận có sỏi, xác định đài thận chọc dò.

- Rạch da, cân vị trí chọc dò. Tiến hành chọc dò đài thận bằng kim 18 gauge dưới hướng dẫn siêu âm hoặc C-Arm khi vào đài thận sẽ ra nước tiểu. Thông thường khu vực chọn lựa chọc đường hầm ở vùng giữa xương sườn 11- 12 hoặc dưới bờ sườn 12, khoảng giữa trên đường nách sau và góc dưới bả vai. Điểm vào thận của khu vực này cơ bản là phần ít mạch máu bên ngoài thận. Cố gắng làm cho khoảng cách giữa da và thận là ngắn nhất, có thể đến được hết các đài thận và xử lí sỏi tối đa. Tổ chức đài thận sau (nhóm lưng) thường được lựa chọn để chọc dò do bộ phận đài thận uốn cong, góc kim chọc và trục dài đài thận cơ bản đồng nhất, hướng đến bể thận. Cụ thể các vị trí sỏi thận có thể lựa chọn như sau:

+ Sỏi đơn thuần ở đài thận trên, đài giữa, đài dưới thì chọn đài đó làm mục tiêu để chọc dò và tạo đường hầm lấy sỏi.

+ Sỏi bể thận hoặc sỏi niệu quản đoạn trên chọn lựa nhiều nhất là chọc đường hầm qua đài giữa.

+ Sỏi bể thận kết hợp sỏi đài thận hoặc niệu quản đoạn trên mục tiêu chọn lựa nhiều nhất là đài thận trên hoặc đài giữa để chọc dò đường hầm lấy sỏi. Nếu vị trí đài trên hơi cao chọc vào sẽ gặp khó khăn, có thể chọn lựa điểm chọc đường hầm ở đài giữa hoặc đài dưới hoặc dùng ống kính nội soi mềm để tán sỏi.

+ Sỏi san hô toàn phần hoặc sỏi to phức tạp đài trên, đài giữa, đài dưới có nhiều nếu chỉ chọc một đường hầm thì phẫu thuật lấy sỏi, tán sỏi hơi lâu, hạn chế sạch sỏi. Có thể dựa vào tình hình thực tế, phẫu thuật lần 1 hoặc lần 2 và chỉ tạo 2 hoặc nhiều nhất 3 đường hầm phối hợp để tán sỏi, nâng cao được tốc độ phẫu thuật và tăng hiệu suất sạch

sỏi. Có thể chỉ chọc dò vào đài dưới để tạo một đường hầm đơn kết hợp với ống kính nội soi mềm để tán sỏi (đối với người bệnh mổ lần 2 thì việc đi vào đài dưới dễ dàng hơn đi vào đài trên và đài giữa).

- Rút lõi kim chọc dò, đặt dây dẫn đường đầu cong vào đài bể thận. Nong đường hầm theo dây dẫn thông qua các loại nong có sheet tương ứng.

- Đặt Amplatz (ống tạo đường hầm qua da) cỡ 22 – 24 Fr vào đài bể thận.

- Dùng máy nội soi thận đưa qua Amplatz xác định vị trí, số lượng sỏi trong đài bể thận.

- Tán sỏi thận bằng máy tán sỏi siêu âm hoặc bằng xung hơi khí nén thành mảnh nhỏ kết hợp bơm nước bằng máy với áp lực 25-30 Kpa. Bơm rửa lấy mảnh sỏi hoặc dùng pince gắp sỏi.

- Trong quá trình mổ, có thể dùng siêu âm hoặc C-Arm kiểm tra vị trí dụng cụ tán sỏi, hình thái thận và sỏi được tán, phát hiện sỏi di chuyển để hạn chế sót sỏi. Đồng thời phát hiện sớm các biến chứng tụ dịch quanh thận, tràn dịch ổ bụng hoặc tràn dịch màng phổi.

- Đặt ống thông JJ niệu quản xuôi dòng, rút ống thông niệu quản đặt ngược dòng ở thì 1. Rút ống soi niệu quản và đặt ống dẫn lưu thận Foley 16-20 Fr qua Amplatz.

- Chuyển người bệnh về tư thế ban đầu, kiểm tra ống thông niệu đạo.

VI. THEO DÕI

1. Theo dõi trong mổ:

- Người bệnh được theo dõi chặt chẽ về: Mạch, huyết áp động mạch và áp lực tĩnh mạch trung ương. Nồng độ O_2 và CO_2 máu đánh giá bằng SpO_2 và $PetCO_2$.

- Thời gian mổ: Tính bằng phút từ khi rạch da đến khi đóng lỗ đường hầm.

- Phát hiện sớm các biến chứng trong mổ:

+ Chảy máu từ nhu mô thận hoặc cổ đài thận do chọc dò hoặc thao tác tán sỏi.

+ Biến chứng vỡ thận do chọc dò quá mạnh, chọc mù hoặc trong quá trình tán sỏi do thao tác mạnh, tần suất xoay ống kính nhiều hoặc do bơm nước áp lực quá cao.

- Đánh giá tình trạng hô hấp và tuần hoàn của người bệnh có thể biến động do phẫu thuật kéo dài khi người bệnh ở tư thế nằm sấp và nguy cơ tràn dịch màng phổi do thoát dịch khi bơm nước áp lực cao.

- Nhận định kết quả tốt khi tán vỡ sỏi, bơm rửa lấy hết sỏi, không biến chứng.

2. Theo dõi sau mổ:

- Về huyết động, tình trạng toàn thân, đau sau mổ, tình trạng ổ bụng, số lượng và màu sắc nước tiểu, lập lại lưu thông tiêu hoá và số lượng dịch qua dẫn lưu.

- Bồi phụ nước và điện giải theo kết quả xét nghiệm sinh hoá máu. Kháng sinh phối hợp nhóm Cephalosporin và Metronidazol từ 3 đến 5 ngày.

- Theo dõi chảy máu sau mổ qua số lượng, màu sắc nước tiểu của ống thông niệu đạo và dẫn lưu thận, có thể gặp vài giờ đến vài ngày hoặc sau khi rút ống dẫn lưu thận. tình trạng bụng đau và trướng, khám có cảm ứng phúc mạc, tình trạng huyết động thay

đổi. Thông thường chảy máu thuyên giảm một vài ngày sau khi điều trị nội khoa kết hợp. Nếu chảy máu nhiều mới cần chỉ định chụp và nút mạch.

- Phát hiện sớm các biến chứng khác sau mổ:

+ Tràn dịch màng phổi hoặc tràn dịch ổ bụng do thoát dịch khi phẫu thuật kéo dài và bơm nước áp lực cao sẽ đi kèm với hội chứng pha loãng máu (hạ Natri máu) và tan máu (giảm hồng cầu, hematocrit).

+ Tổn thương tạng trong ổ bụng do chọc dò: Gan, lách gây chảy máu trong ổ bụng và đại tràng gây viêm phúc mạc hoặc rò dịch sau phúc mạc …

+ Nhiễm khuẩn và sốc nhiễm khuẩn do phẫu thuật thận mủ, đường hầm nhỏ và áp lực nước quá cao làm tăng nguy cơ nhiễm khuẩn. Gây mê toàn phần trong khi phẫu thuật Người bệnh bị hạ huyết áp, nhiễm lạnh.

- Theo dõi số lượng màu sắc dịch chảy ra qua ống dẫn lưu thận. Chỉ được rút dẫn lưu 3 - 5 ngày sau mổ khi người bệnh diễn biến tốt lên.

- Rút ống thông niệu đạo sau 3 - 5 ngày và cho người bệnh ra viện.

3. Khám kiểm tra sau phẫu thuật:

- Hẹn Người bệnh đến khám lại sau 2 - 4 tuần về lâm sàng và làm siêu âm kiểm tra để đánh giá mức độ phục hồi chức năng thận bên can thiệp và soi bàng quang rút ống thông JJ niệu quản.

- Nếu còn sỏi trên siêu âm và chụp Xquang thì tùy mức độ sẽ tiếp tục chỉ định điều trị tán sỏi qua da lần 2, tán sỏi ngoài cơ thể, tán sỏi nội soi ngược dòng hoặc điều trị nội khoa theo dõi.

VII. XỬ TRÍ TAI BIẾN

1. Trong phẫu thuật:

- Rách màng phổi, thủng cơ hoành do chọc dò đài thận cao sát bờ sườn, đặt dẫn lưu màng phổi hút liên tục. Nếu không được thì chuyển sang mổ mở.

- Chảy máu do tổn thương mạch máu trong nhu mô hoặc vách cổ đài thận. Đặt lại Amplatz qua nhu mô thận, thực hiện phẫu thuật nhanh, đặt dẫn lưu thận qua da, kẹp cầm máu, truyền máu nếu cần thiết. Nếu chảy máu nhiều ảnh hưởng huyết động, đánh giá sỏi phức tạp khó tán hết qua da thì chuyển mổ mở lấy sỏi, cầm máu.

- Tổn thương tạng khác: Tá tràng, đại tràng, ruột non do chọc dò đài thận cần phải chuyển mổ mở xử lí theo tổn thương.

- Tràn dịch màng phổi, dịch ổ bụng trong và sau mổ: Giảm tốc độ và áp lực bơm nước trong mổ, đặt lại Amplatz qua nhu mô vào đài bể thận, thực hiện thao tác nhanh, kết thúc sớm phẫu thuật. Siêu âm kiểm tra nếu lượng tràn dịch nhiều sẽ chỉ định chọc hút dẫn lưu dịch màng phổi, dịch ổ bụng hoặc sau phúc mạc. Xét nghiệm điện giải đồ và công thức máu, bù điện giải nếu rối loạn và truyền máu nếu có giảm hồng cầu, hematocrit.

- Chuyển mổ mở do khó khăn về kỹ thuật, thận viêm dễ chảy máu, bất thường mạch thận, sỏi thận tán vỡ di chuyển vào các đài thận không lấy được hoặc chảy máu không thể tiếp tục phẫu thuật qua da được.

2. Sau phẫu thuật:

- Chảy máu sau mổ cần kẹp tạm thời dẫn lưu thận, xét nghiệm công thức máu theo dõi. Truyền máu nếu cần thiết. Chỉ định chụp và nút mạch nếu chảy máu nhiều, tái diễn. Nếu chảy máu qua dẫn lưu thận và ống thông niệu đạo nhiều, không cầm thì cần phải chỉ định phẫu thuật lại ngay.

- Nhiễm khuẩn và sốc nhiễm khuẩn sau mổ: Cấy máu và nước tiểu làm kháng sinh đồ. Điều trị kháng sinh tích cực phổ rộng hoặc theo kháng sinh đồ.

- Tổn thương tạng trong ổ bụng: Tùy mức độ tổn thương để xử trí.

+ Tổn thương gan lách được điều trị bảo tồn hoặc chỉ định phẫu thuật nội soi ổ bụng cầm máu.

+ Tổn thương đại tràng trong ổ bụng gây viêm phúc mạc chỉ định mổ mở xử trí theo thương tổn. Nếu có rò tụ dịch sau phúc mạc chỉ định dẫn lưu tụ dịch sau phúc mạc hoặc mổ mở xử trí tổn thương.

- Tụ dịch hoặc áp xe tồn dư sau phúc mạc: Xác định chính xác vị trí, kích thước ổ tụ dịch hoặc áp xe bằng siêu âm hoặc chụp cắt lớp vi tính, nếu khối tụ dịch, áp xe nhỏ <5cm. Ở nông có thể chọc hút dưới hướng dẫn siêu âm. Nếu khối tụ dịch, áp xe lớn ở sâu phải chích dẫu lưu hoặc phẫu thuật mở làm sạch ổ áp xe.

- Khi có rò nước tiểu sau khi rút dẫn lưu thận thì cần phải lưu ống thông niệu đạo và điều trị nội khoa 1 - 2 tuần. Nếu không hết rò sẽ chỉ định đặt lại ống thông JJ hoặc can thiệp lại.

QUY TRÌNH KỸ THUẬT TÁN SỎI THẬN QUA DA ĐƯỜNG HẦM NHỎ BẰNG MÁY TÁN LASER DƯỚI ĐỊNH VỊ SIÊU ÂM HOẶC C.ARM

I. ĐẠI CƯƠNG

Sỏi thận là bệnh lý tiết niệu thường gặp cần phải điều trị sớm. Hiện nay, phẫu thuật mở lấy sỏi thận đã được thay thế bằng các phương pháp khác ít xâm hại hơn như tán sỏi ngoài cơ thể, nội soi niệu quản ngược dòng và tán sỏi thận qua da. Phẫu thuật tán sỏi thận qua da sẽ thiết lập một đường hầm từ da vị trí vùng thắt lưng vào thận. Ống kính nội soi thận được đưa vào đài bể thận qua đường hầm và sử dụng các nguồn năng lượng như laser, siêu âm, xung hơi để tán vỡ sỏi và bơm hút mảnh sỏi ra ngoài.

Năm 1976, Fernstrom và Johansson thực hiện phẫu thuật tán sỏi qua da đầu tiên trên thế giới. Năm 1981, Wickham và Kollett đặt tên cho kỹ thuật này là "tán sỏi thận qua da" (percutaneous nephrolithotomy - PCNL). Từ năm 2004, kỹ thuật tán sỏi qua da được triển khai tại các Bệnh viện ở Hà Nội và TP Hồ Chí Minh. Những năm gần đây, cùng với sự cải tiến và hoàn thiện không ngừng của các thiết bị tán sỏi qua da, tích lũy kinh nghiệm tiến bộ của kỹ thuật, phẫu thuật tán sỏi qua da đã được mở rộng và phổ cập tại các bệnh viện của Việt Nam.

Đảm bảo an toàn trong phẫu thuật PCNL là vô cùng quan trọng. Phẫu thuật tán sỏi thận qua da đã có nhiều cải tiến về phương tiện định vị chọc dò đài bể thận và thu nhỏ kích thước đường hầm qua da cũng như những phương tiện tán và lấy sỏi.

II. CHỈ ĐỊNH

- Tất cả các loại sỏi thận có chỉ định mổ mở bao gồm: Sỏi san hô một phần và toàn bộ; sỏi thận ≥2cm; các sỏi trong đài thận hoặc thận dị dạng; sỏi thận tán ngoài cơ thể khó vỡ; sỏi thận dưới 2cm nhưng do giải phẫu thận bị dị dạng hoặc ở vị trí đài dưới không thích hợp với tán sỏi ngoài cơ thể và nội soi niệu quản ống mềm.

- Sỏi niệu quản đoạn trên L4 gây tắc nghẽn nghiêm trọng hoặc sỏi lớn＞1.5cm; sỏi niệu quản đoạn trên bị bọc polype và niệu quản gấp khúc; sỏi đã tán sỏi ngoài cơ thể không vỡ hoặc nội soi niệu quản ngược dòng thất bại.

- Chỉ định cân nhắc đối với những trường hợp sỏi thận đặc biệt như: Sỏi thận tắc nghẽn ở bệnh nhi; sỏi thận ở người bệnh béo; sỏi thận kết hợp hẹp khúc nối bể thận - niệu quản hoặc niệu quản hẹp; sỏi ở người bệnh còn một thận tắc nghẽn; sỏi trên thận móng ngựa tắc nghẽn; sỏi của thận ghép và sỏi trên thận không ứ nước.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Người bệnh có bệnh lý nội khoa nặng: Rối loạn đông, chảy máu; xuất huyết toàn thân; bệnh mạch vành; suy tim nặng; chức năng phổi không tốt chống chỉ định gây mê nội khí quản; bị tiểu đường và huyết áp cao hoặc không thể chịu đựng phẫu thuật.

- Người bệnh đang sử dụng thuốc Aspirin, thuốc chống đông đường uống phải ngừng dùng thuốc từ 1-2 tuần, chuyển sang đường tiêm dưới da và kiểm tra lại chức năng đông máu không rối loạn mới chỉ định phẫu thuật.

- Người bệnh đang bị nhiễm khuẩn tại chỗ thành bụng, nhiễm khuẩn đường tiết niệu chưa được điều trị hoặc bị lao thận.

- Thận có thể tích lớn, nhu mô giãn mỏng, sỏi san hô mà tiên lượng tán sỏi qua da nhiều lần không thể lấy hết sỏi.

- Người bệnh có sỏi san hô mà thận bị dị dạng, dị vị không tạo được đường hầm qua da an toàn hoặc dùng tán sỏi qua da không lấy hết được sỏi.

- Người bệnh có sỏi trên thận lạc chỗ hoặc thận sa xuống tiểu khung.

- Người bệnh ung thư thận, có khối u ở thận.

- Người bệnh đang có thai.

- Người bệnh bị gù hoặc cong vẹo cột sống, bị béo phì hoặc có bệnh lý hô hấp không thể chịu đựng nằm sấp khi mổ thì có thể chọn lựa tư thế nằm nghiêng hoặc nằm ngửa để phẫu thuật.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện quy trình kỹ thuật:

- Bác sĩ: 02 Bác sĩ chuyên khoa Ngoại Tiết niệu thực hiện phẫu thuật tán sỏi thận qua da. 01 Bác sĩ chuyên khoa Gây mê hồi sức tiến hành gây mê toàn thân nội khi quản hoặc gây tê tủy sống và theo dõi người bệnh trong quá trình thực hiện phẫu thuật.

- Điều dưỡng: 03 điều dưỡng phòng mổ làm nhiệm vụ chuẩn bị dụng cụ mổ, phụ mổ, chạy ngoài và phụ mê.

2. Người bệnh:

- Được làm đầy đủ các xét nghiệm cơ bản và đánh giá chức năng thận hai bên.

- Được làm siêu âm, chụp niệu đồ tĩnh mạch, chụp cắt lớp vi tính hệ tiết niệu để xác định đặc điểm sỏi thận, nguyên nhân bệnh lý và đánh giá chức năng 2 thận.

- Chụp NQ - BT ngược dòng khi cần thiết để xác định nguyên nhân tắc nghẽn.

- Chụp đồng vị phóng xạ khi cần để xác định giảm hoặc mất chức năng thận.

- Được xét nghiệm nước tiểu và cấy nước tiểu phát hiện vi khuẩn gây nhiễm khuẩn tiết niệu. Cần điều trị tích cực nhiễm khuẩn tiết niệu nếu có, khi nuôi cấy không có vi khuẩn trong nước tiểu mới chỉ định phẫu thuật tán sỏi thận qua da.

- Giải thích rõ ràng cho người bệnh và gia đình về chỉ định, phương pháp thực hiện, hiệu quả, ưu điểm của phẫu thuật tán sỏi qua da so với phẫu thuật mở lấy sỏi thận cũng như các nguy cơ phẫu thuật có thể gặp như: Chảy máu, nhiễm trùng, biến chứng gây mê hồi sức, thất bại của phương pháp cần chuyển mổ mở.

- Giải thích kỹ về đặc điểm phẫu thuật tán sỏi thận qua da là loại kỹ thuật cao, chuyên sâu cần thiết các phương tiện và trang thiết bị chuyên dụng, chi phí lớn nên người bệnh và gia đình cần hiểu được và đồng ý kết hợp chi trả ngoài chi phí BHYT.

- Nâng cao thể trạng người bệnh trước mổ trong trường hợp già yếu, suy kiệt.

- Điều trị ổn định các bệnh nội khoa như cao huyết áp, đái đường…trước khi can thiệp phẫu thuật. Truyền máu nếu người bệnh có thiếu máu nhiều.

- Người bệnh được chuẩn bị trước phẫu thuật theo quy trình thống nhất: nhịn ăn, thụt tháo, vệ sinh vùng phẫu thuật và toàn thân. Có thể dùng kháng sinh dự phòng trước mổ hoặc không tùy theo chỉ định.

3. Hồ sơ bệnh án:

- Hồ sơ bệnh án đầy đủ thông tin, các phương pháp chẩn đoán sỏi thận, đánh giá tình trạng toàn thân của người bệnh và các bệnh phối hợp.

- Hồ sơ có đủ biên bản hội chẩn của khoa thống nhất chỉ định phẫu thuật tán sỏi thận qua da; có giấy đồng ý phẫu thuật được người bệnh và gia đình ký, ghi rõ ngày tháng năm; có giấy cam kết đồng ý chi trả những phương tiện, trang thiết bị, thuốc điều trị ngoài thanh toán của BHYT.

4. Phương tiện:

**** Chuẩn bị dụng cụ phẫu thuật:***

- Bàn để dụng cụ (loại to). Toan mổ: 10 toan lớn, 3 toan con. Áo mổ: 3 - 4 chiếc. Găng vô khuẩn: 6 - 8 đôi.

- Chuẩn bị bộ đặt ống thông niệu đạo như mổ mở.

- Chuẩn bị một số dụng cụ phẫu thuật bao gồm:

+ Dao thường lưỡi nhỏ cỡ 13: 01 cái.
+ Gạc con: 10 - 20 miếng.
+ Kìm kẹp kim: 01 cái.
+ Chỉ khâu da 3.0: 01 sợi.

**** Trang thiết bị, dụng cụ phẫu thuật tán sỏi qua da:***

+ Dàn máy nội soi tiết niệu: Màn hình, camera, nguồn sáng …
+ Máy siêu âm ổ bụng đen trắng với đầu dò Convex 3 - 5 MHz.
+ Máy chụp Xquang tăng sáng truyền hình C.Arm.
+ Máy tán sỏi Holmium Laser (Accu-tech) công suất 80W.
+ Máy bơm nước tốc độ 100 - 600 vòng/phút, áp lực nước 0 - 80Kpa.
+ Ống kính nội soi niệu quản bán cứng 7,5/8,9Fr.
+ Ống kính nội soi thận bán cứng 9,5Fr.
+ Pince lấy sỏi, rọ Dormia.

**** Vật tư tiêu hao:***

+ 01 Bộ dụng cụ nong đường hầm qua da bằng nhựa bán cứng 6-18Fr và Amplatz 18Fr (Seplou).
+ 02 dây dẫn đường (Guide wire) PTFE, vằn 0,035 đầu thẳng và đầu cong.
+ 01 Ống thông (Catheter) niệu quản.
+ 01 ống thông Double J 6 - 7Fr.
+ 01 Túi dán của tán sỏi qua da.
+ Dung dịch rửa bằng: Sorbitol 3% hoặc NaCl 9‰ số lượng 5 - 20 lít.
+ 02 ống thông Foley 14 Fr và 02 túi nước tiểu.
+ Chỉ khâu, băng gạc, opside …

5. Dự kiến thời gian phẫu thuật: 1 - 2 giờ.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ:

- Kiểm tra siêu âm: Đánh giá tình trạng thận ứ nước và đặc điểm sỏi thận.

- Kiểm tra Xquang không chuẩn bị, niệu đồ tĩnh mạch (UIV), cắt lớp vi tính hệ tiết niệu để xác định đặc điểm, vị trí sỏi thận liên quan với vị trí các đài và bể thận,đánh giá hình thái, chức năng thận 2 bên và xác định các bệnh lý tiết niệu kết hợp.

2. Kiểm tra người bệnh:

- Chuẩn bị giống như mổ mở thường quy, kiểm tra xét nghiệm công thức máu, đông máu, sinh hóa máu và nước tiểu, chức năng thận, điện tim, chụp X quang phổi.

- Đối với người bệnh cơ thể yếu, thiếu máu cần phải điều trị ổn định trước khi phẫu thuật.

- Điều trị tích cực nhiễm khuẩn đường tiết niệu nếu có. Khi xét nghiệm nước tiểu có bạch cầu dương tính cần dự phòng kháng sinh trước phẫu thuật.

3. Thực hiện kỹ thuật

3.1. Vô cảm: Gây mê toàn thân nội khí quản hoặc gây tê tủy sống.

3.2. Bước 1: Đặt ống thông (catheter) niệu quản:

- Người bệnh được đặt tư thế sản khoa nằm ngửa, hai chân dạng.

- Soi bàng quang bằng ống soi niệu quản. Lấy nước tiểu thử xét nghiệm vi khuẩn. Đánh giá tình trạng bàng quang: Dung tích, màu sắc nước tiểu, niêm mạc bàng quang viêm cấp hoặc mạn tính, có sỏi hoặc u kết hợp, vị trí 2 lỗ niệu quản, bệnh lý tuyến tiền liệt.

- Luồn dây dẫn đường qua lỗ niệu quản bên có sỏi, đưa ống soi niệu quản nong rộng và kiểm tra niệu quản đến bể thận, đánh giá tình trạng niệu quản: Kích thước, có sỏi kết hợp, mức độ chít hẹp, gấp khúc, có u hoặc polype niệu quản.

- Nếu niệu quản chít hẹp, gấp khúc không đặt được guide wire qua hoặc có u niệu quản thì không thực hiện tiếp phẫu thuật mini-PCNL, chuyển phương pháp khác.

- Đưa dây dẫn lách qua phần sỏi ở bể thận vào đài thận, rút ống soi niệu quản, đặt ống thông niệu quản lên đến đài bể thận theo dây dẫn, đặt ống thông niệu đạo và cố định tạm thời 2 ống thông trên với nhau.

- Nếu nước tiểu trên thận xuống đục, biểu hiện tình trạng nhiễm khuẩn thì chỉ định đặt ống thông JJ lên bể thận dẫn lưu tạm thời nước tiểu xuống bàng quang. Sẽ thực hiện tiếp tán sỏi qua da sau khi đã điều trị nhiễm khuẩn tiết niệu ổn định.

3.3. Bước 2. Chọc dò đài bể thận qua da:

- Chuyển người bệnh sang tư thế nằm nghiêng có kê độn dưới thắt lưng đối bên hoặc đặt người bệnh ở tư thế sấp có kê độn dưới bụng.

- Phẫu thuật viên và người phụ đứng cùng bên thận có sỏi, dàn máy nội soi và máy siêu âm định vị hoặc C-Arm đặt ở bên đối diện.

- Dùng siêu âm định vị hoặc C-Arm kiểm tra vị trí, hình thể đài bể thận có sỏi, xác định đài thận chọc dò.

- Rạch da, cân vị trí chọc dò. Tiến hành chọc dò đài thận bằng kim 18 gauge dưới hướng dẫn siêu âm khi vào đài thận sẽ ra nước tiểu. Thông thường khu vực chọn lựa chọc đường hầm ở vùng giữa xương sườn 11 - 12 hoặc dưới bờ sườn 12, khoảng giữa trên đường nách sau và góc dưới bả vai. Điểm vào thận của khu vực này cơ bản là phần

ít mạch máu bên ngoài thận. Cố gắng làm cho khoảng cách giữa da và thận là ngắn nhất, có thể đến được hết các đài thận và xử lí sỏi tối đa. Tổ chức đài thận sau (nhóm lưng) thường được lựa chọn để chọc dò do bộ phận đài thận uốn cong, góc kim chọc và trục dài đài thận cơ bản đồng nhất, hướng đến bể thận. Cụ thể các vị trí sỏi thận có thể lựa chọn như sau:

+ Sỏi đơn thuần ở đài thận trên, đài giữa, đài dưới thì chọn đài đó làm mục tiêu để chọc dò và tạo đường hầm lấy sỏi.

+ Sỏi bể thận hoặc sỏi niệu quản đoạn trên chọn lựa nhiều nhất là chọc đường hầm qua đài giữa.

+ Sỏi bể thận kết hợp sỏi đài thận hoặc niệu quản đoạn trên mục tiêu chọn lựa nhiều nhất là đài thận trên hoặc đài giữa để chọc dò đường hầm lấy sỏi. Nếu vị trí đài trên hơi cao chọc vào sẽ gặp khó khăn, có thể chọn lựa điểm chọc đường hầm ở đài giữa hoặc đài dưới hoặc dùng ống kính nội soi mềm để tán sỏi.

+ Sỏi san hô toàn phần hoặc sỏi to phức tạp đài trên, đài giữa, đài dưới có nhiều nếu chỉ chọc một đường hầm thì phẫu thuật lấy sỏi, tán sỏi kéo dài, hạn chế sạch sỏi. Có thể dựa vào tình hình thực tế, phẫu thuật lần 1 hoặc lần 2 và chỉ tạo 2 hoặc nhiều nhất 3 đường hầm phối hợp để tán sỏi, nâng cao được tốc độ phẫu thuật và tăng hiệu suất sạch sỏi. Có thể chỉ chọc dò vào đài dưới để tạo một đường hầm đơn kết hợp với ống kính nội soi mềm để tán sỏi (đối với người bệnh mổ lần 2 thì việc đi vào đài dưới dễ dàng hơn đi vào đài trên và đài giữa).

- Hạn chế tối đa số lần chọc dò vào đài bể thận và chỉ nên chọc dò dưới 15 phút. Nếu khó không chọc dò được cần chuyển mổ mở lấy sỏi hoặc chỉ định đặt ống thông JJ ngược dòng và xét chỉ định tán sỏi qua da sau.

- Trong trường hợp chọc dò ra nước tiểu đục thì ngừng tán sỏi qua da, đặt dẫn lưu thận, điều trị kháng sinh chống nhiễm khuẩn và xét chỉ định tán sỏi qua da sau.

3.4. Bước 3. Tán sỏi thận qua da:

- Rút lõi kim chọc dò, đặt dây dẫn đường đầu cong vào đài bể thận. Nong đường hầm theo dây dẫn thông qua các loại nong có sheet tương ứng 6 - 18Fr.

- Đặt Amplatz (ống tạo đường hầm qua da) cỡ 18Fr vào đài bể thận.

- Dùng ống kính soi niệu quản đưa qua Amplatz xác định vị trí, số lượng sỏi trong đài bể thận.

- Tán sỏi thận bằng Holmium Laser 80W thành mảnh nhỏ kết hợp bơm nước bằng máy với áp lực 25 - 30 Kpa. Bơm rửa lấy mảnh sỏi hoặc dùng pince gắp sỏi.

- Trong quá trình mổ, có thể dùng siêu âm hoặc C-Arm kiểm tra vị trí dụng cụ tán sỏi, hình thái thận và sỏi được tán, phát hiện mảnh sỏi tán di chuyển nhằm hạn chế sót sỏi. Đồng thời phát hiện sớm các biến chứng tụ dịch quanh thận, tràn dịch ổ bụng hoặc tràn dịch màng phổi.

- Thời gian tán sỏi tối đa trong khoảng 2 giờ. Nếu sỏi to, phức tạp hoặc chảy máu nhiều không nên cố tiếp tục phẫu thuật. Có thể đặt dẫn lưu thận qua da và xét chỉ định tán sỏi qua da lần 2.

3.5. Bước 4. Đặt ống thông JJ niệu quản và dẫn lưu đài bể thận qua da:

- Đặt ống thông JJ niệu quản xuôi dòng, rút ống thông niệu quản đặt ngược dòng ở thì 1. Rút ống soi niệu quản và đặt ống dẫn lưu thận Foley 14 Fr qua Amplatz.

- Chuyển người bệnh về tư thế ban đầu, kiểm tra ống thông niệu đạo. Có thể đặt ống thông JJ niệu quản ngược dòng nếu không đặt được xuôi dòng.

VI. THEO DÕI

1. Theo dõi trong mổ:

+ Người bệnh được theo dõi chặt chẽ về: Mạch, huyết áp động mạch và áp lực tĩnh mạch trung ương. Nồng độ O_2 và CO_2 máu đánh giá bằng SpO_2 và $P_{et}CO_2$.

+ Thời gian mổ: Tính bằng phút từ khi rạch da đến khi đóng lỗ đường hầm và không nên vượt quá 2 giờ.

+ Phát hiện sớm các biến chứng trong mổ:

- Chảy máu từ nhu mô thận hoặc cổ đài thận do chọc dò hoặc thao tác tán sỏi.

- Biến chứng vỡ thận do chọc dò quá mạnh, chọc mù hoặc trong quá trình tán sỏi do thao tác mạnh, tần suất xoay ống kính nhiều hoặc do bơm nước áp lực quá cao.

+ Đánh giá tình trạng hô hấp và tuần hoàn của người bệnh có thể biến động do phẫu thuật kéo dài khi người bệnh ở tư thế nằm sấp và nguy cơ tràn dịch màng phổi do thoát dịch khi bơm nước áp lực cao.

+ Nhận định kết quả tốt khi tán vỡ sỏi, bơm rửa lấy hết sỏi, không biến chứng.

2. Theo dõi sau mổ:

+ Về huyết động, tình trạng toàn thân, đau sau mổ, tình trạng ổ bụng, số lượng và màu sắc nước tiểu, lập lại lưu thông tiêu hoávà số lượng dịch qua dẫn lưu.

+ Bồi phụ nước và điện giải theo kết quả xét nghiệm sinh hoá máu. Kháng sinh phối hợp nhóm Cephalosporin và Metronidazol từ 3 đến 5 ngày.

+ Theo dõi chảy máu sau mổ qua số lượng, màu sắc nước tiểu của ống thông niệu đạo và dẫn lưu thận, có thể gặp vài giờ đến vài ngày hoặc sau khi rút ống dẫn lưu thận. tình trạng bụng đau và chướng, khám có cảm ứng phúc mạc, tình trạng huyết động thay đổi. Thông thường chảy máu thuyên giảm một vài ngày sau khi điều trị nội khoa kết hợp. Nếu chảy máu nhiều cần chỉ định chụp và nút mạch.

+ Phát hiện sớm các biến chứng khác sau mổ:

- Tràn dịch màng phổi hoặc tràn dịch ổ bụng do thoát dịch khi phẫu thuật kéo dài và bơm nước áp lực cao sẽ đi kèm với hội chứng pha loãng máu (hạ Natri máu) và tan máu (giảm hồng cầu, hematocrit).

- Tổn thương tạng trong ổ bụng do chọc dò: Gan, lách gây chảy máu trong ổ bụng và đại tràng gây viêm phúc mạc hoặc rò dịch sau phúc mạc …

- Nhiễm khuẩn và sốc nhiễm khuẩn do phẫu thuật thận mủ, đường hầm nhỏ và áp lực nước quá cao làm tăng nguy cơ nhiễm khuẩn. Gây mê toàn phần trong khi phẫu thuật Người bệnh bị hạ huyết áp, nhiễm lạnh.

+ Theo dõi số lượng màu sắc dịch chảy ra qua ống dẫn lưu thận. Chỉ được rút dẫn lưu 3 - 5 ngày sau mổ khi người bệnh diễn biết tốt lên.

+ Rút ống thông niệu đạo sau 3 - 5 ngày và cho người bệnh ra viện.

3. Khám kiểm tra sau phẫu thuật:

Hẹn người bệnh đến khám lại sau 2 - 4 tuần về lâm sàng và làm siêu âm kiểm tra để đánh giá mức độ phục hồi chức năng thận bên can thiệp và soi bàng quang rút ống thông JJ niệu quản.

Nếu còn sỏi trên siêu âm và chụp Xquang thì tùy mức độ sẽ tiếp tục chỉ định điều trị tán sỏi qua da lần 2, tán sỏi ngoài cơ thể, tán sỏi nội soi ngược dòng hoặc điều trị nội khoa theo dõi.

VII. XỬ TRÍ TAI BIẾN

1. Trong phẫu thuật:

- Rách màng phổi, thủng cơ hoành do chọc dò đài thận cao sát bờ sườn, đặt dẫn lưu màng phổi hút liên tục. Nếu không được thì chuyển sang mổ mở.

- Chảy máu do tổn thương mạch máu trong nhu mô hoặc vách cổ đài thận. Đặt lại Amplatz qua nhu mô thận, thực hiện phẫu thuật nhanh, đặt dẫn lưu thận qua da, kẹp cầm máu, truyền máu nếu cần thiết. Nếu chảy máu nhiều ảnh hưởng huyết động, đánh giá sỏi phức tạp khó tán hết qua da thì chuyển mổ mở lấy sỏi, cầm máu.

- Tổn thương tạng khác: Tá tràng, đại tràng, ruột non do chọc dò đài thận cần phải chuyển mổ mở xử lí theo tổn thương.

- Tràn dịch màng phổi, dịch ổ bụng trong và sau mổ: Giảm tốc độ và áp lực bơm nước trong mổ, đặt lại Amplatz qua nhu mô vào đài bể thận, thực hiện thao tác nhanh, kết thúc sớm phẫu thuật. Siêu âm kiểm tra nếu lượng tràn dịch nhiều sẽ chỉ định chọc hút dẫn lưu dịch màng phổi, dịch ổ bụng hoặc sau phúc mạc. Xét nghiệm điện giải đồ và công thức máu, bù điện giải nếu rối loạn và truyền máu nếu có giảm hồng cầu, hematocrit.

- Chuyển mổ mở do khó khăn về kỹ thuật, thận viêm dễ chảy máu, bất thường mạch thận, sỏi thận tán vỡ di chuyển vào các đài thận không lấy được hoặc chảy máu không thể tiếp tục phẫu thuật qua da được.

2. Sau phẫu thuật:

- Chảy máu sau mổ cần kẹp tạm thời dẫn lưu thận, xét nghiệm công thức máu theo dõi. Truyền máu nếu cần thiết. Chỉ định chụp và nút mạch nếu chảy máu nhiều, tái diễn. Nếu chảy máu qua dẫn lưu thận và ống thông niệu đạo nhiều, không cầm thì cần phải chỉ định phẫu thuật lại ngay.

- Nhiễm khuẩn và sốc nhiễm khuẩn sau mổ: Cấy máu và nước tiểu làm kháng sinh đồ. Điều trị kháng sinh tích cực phổ rộng hoặc theo kháng sinh đồ.

- Tổn thương tạng trong ổ bụng: Tùy mức độ tổn thương để xử trí.

- Tổn thương gan lách điều trị bảo tồn hoặc chỉ định PTNS ổ bụng cầm máu.

- Tổn thương đại tràng trong ổ bụng gây viêm phúc mạc chỉ định mổ mở xử trí theo thương tổn. Nếu có rò tụ dịch sau phúc mạc chỉ định dẫn lưu tụ dịch sau phúc mạc hoặc mổ mở xử trí tổn thương.

- Tụ dịch hoặc áp xe tồn dư sau phúc mạc: Xác định chính xác vị trí, kích thước ổ tụ dịch hoặc áp xe bằng siêu âm hoặc chụp cắt lớp vi tính, nếu khối tụ dịch, áp xe nhỏ <

5cm. ở nông có thể chọc hút dưới hướng dẫn siêu âm. Nếu khối tụ dịch, áp xe lớn ở sâu phải chích dẫu lưu hoặc phẫu thuật mở làm sạch ổ áp xe.

- Khi có rò nước tiểu sau khi rút dẫn lưu thận thì cần phải lưu ống thông niệu đạo và điều trị nội khoa 1 - 2 tuần. Nếu không hết rò sẽ chỉ định đặt lại ống thông JJ hoặc can thiệp lại.

LẤY SỎI THẬN BỆNH LÝ, THẬN MÓNG NGỰA, THẬN ĐA NANG

I. ĐẠI CƯƠNG

Là một trong các phương pháp điều trị sỏi thận trên thận bệnh lý

II. CHỈ ĐỊNH

- Sỏi gây tắc đường bài xuất nước tiểu, gây ứ trệ đài bể thận- niệu quản.

- Sỏi thận điều trị nội khoa không kết quả.

- Sỏi thận có chỉ định can thiệp nhưng lại chống chỉ định với các phương pháp ít xâm lấn

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Chống chỉ định tương đối với các bệnh lý toàn thận nặng như suy gan, suy tim, tiểu đường, rối loạn đông máu, tăng huyết áp. Nếu không có tình trạng tối cấp cứu thì cần điều chỉnh tình trạng toàn thân trước khi thực hiện phẫu thuật để đảm bảo an toàn cho người bệnh

IV. CHUẨN BỊ

1. **Người thực hiện:** phẫu thuật viên là bác sĩ chuyên khoa ngoại tiết niệu, bác sĩ ngoại chung được đào tạo và hai người phụ mổ.
2. **Người bệnh:**

- Hồ sơ người bệnh, xét nghiệm cơ bản, phim XQ phổi, phim XQ hệ tiết niệu, phim niệu đồ tĩnh mạch, phim cắt lớp vi tính.

- Xét nghiệm vi khuẩn, kháng sinh đồ để điều trị nhiễm khuẩn trong các trường hợp có dấu hiệu nhiễm trùng niệu.

- Làm bilan về các bệnh lý toàn thân, chức năng gan thận, thiếu máu, đông máu.

- Người bệnh và người nhà được giải thích kĩ về chỉ định, cách thức thực hiện, các tai biến có thể xảy ra.

3. **Phương tiện:**

Bộ dụng cụ mổ mở tiết niệu thông thường.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. **Tư thế:** Người bệnh nằm nghiêng 90 độ sang bên đối diện bên tổn thương có độn gối kê vùng hông lưng.
2. **Vô cảm:** Gây mê nội khí quản hoặc tê tủy sống.
3. **Kỹ thuật:**

- Rạch da đường sườn thắt lưng .

- Bộc lộ thận, niệu quản, cuống thận, trong các trường hợp mổ cũ cần thận trọng trong quá trình gỡ dính, bộc lộ thận niệu quản.

- Tuỳ vào từng vị trí sỏi, thận bệnh lý, mức độ ảnh hưởng của sỏi để chọn phương pháp mở bể thận lấy sỏi, mở bể thận nhu mô lấy sỏi, hay mở nhu mô lấy sỏi.

- Sau khi lấy sỏi, đặt ống thông niệu quản, thường sử dụng sonde JJ

- Khâu lại bể thận và nhu mô thận.

- Kiểm tra cầm máu kĩ
- Đặt dẫn lưu khoang quanh thận
- Đóng bụng theo các lớp giải phẫu.

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

1. Theo dõi:

- Theo dõi toàn thân, đánh giá tình trạng nhiễm trùng, chảy máu sau mổ.
- Theo dõi ống dẫn lưu: màu sắc, số lượng.
- Theo dõi lượng nước tiểu 24h.
- Điều trị nhiễm khuẩn bằng kháng sinh, hoặc theo kháng sinh đồ.
- Rút dẫn lưu ổ bụng sau 2-3 ngày sau mổ khi số lượng ra dưới 50ml/24h, tình trạng toàn thân và vùng mổ ổn định.
- Ra viện sau 1 tuần điều trị, rút ống thông niệu quản sau 2 tuần- 1 tháng, trong một số trường hợp đặc biệt có thể lưu lâu hơn.

2. Tai biến:

- Nhiễm khuẩn tiết niệu, nhiễm khuẩn vùng mổ: điều trị chống nhiễm khuẩn, thay băng chăm sóc vết mổ.
- Chảy máu: điều trị nội khoa theo dõi diễn biến chảy máu, trường hợp điều trị nội khoa không hiệu quả thì chụp mạch xét can thiệp nút mạch hoặc mổ lại xử lý.

BÓC BẠCH MẠCH QUANH THẬN ĐIỀU TRỊ BỆNH ĐÁI DƯỠNG CHẤP

I. ĐẠI CƯƠNG

- Đái dưỡng chấp là khi có dưỡng chấp trong nước tiểu, nguyên nhân do có đường rò lưu thông giữa hệ thống tiết niệu và bạch huyết.

- Bóc bạch mạch quanh thận là một trong các phương pháp điều trị đái dưỡng chấp.

II. CHỈ ĐỊNH

- Người bệnh đái máu dưỡng chấp thể nặng.
- Lượng dưỡng chấp trong nước tiểu trên 1 g/l
- Xquang: Hiện rõ đường rò bạch huyết tiết niệu
- Điều trị bằng các phương pháp khác không kết quả

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Chống chỉ định với các bệnh đang tiến triển như suy gan, bệnh tim mạch, tiểu đường, rối loạn đông máu.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện: Phẫu thuật viên là bác sĩ chuyên khoa ngoại tiết niệu, bác sĩ ngoại chung được đào tạo và hai người phụ mổ.

2. Người bệnh:

- Người bệnh và gia đình được giải thích rõ trước mổ về tình trạng bệnh và tình trạng chung, về những khả năng phẫu thuật sẽ thực hiện, về những tai biến, biến chứng, di chứng có thể gặp do bệnh, do phẫu thuật, do gây mê, tê, giảm đau, do cơ địa của người bệnh.
- Chuẩn bị người bệnh như một người bệnh mổ theo kế hoạch.
- Hồ sơ người bệnh, xét nghiệm cơ bản, phim XQ phổi, phim XQ hệ tiết niệu, phim niệu đồ tĩnh mạch, phim cắt lớp vi tính.
- Xét nghiệm vi khuẩn, kháng sinh đồ để điều trị nhiễm khuẩn.

3. Phương tiện:

- Bộ dụng cụ mổ mở tiết niệu thông thường.
- 2 sợi chỉ vicryl số 1 đóng cân cơ, 1-2 sợi chỉ dafilon 3/0 khâu da
- Chỉ khâu cầm máu loại prolene 4/0 hoặc vicryl 3/0.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Tư thế: Người bệnh nằm nghiêng 90 độ có độn gối kê.

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

3. Kỹ thuật:

- Đường rạch da: Đường sườn thắt lưng, cắt bỏ xương sườn 12.
- Bộc lộ thận, niệu quản, động mạch và tĩnh mạch thận.
- Cắt bỏ hoàn toàn những phần còn lại, đó là những bó mạch bạch huyết quanh cuống thận, đặc biệt chú ý cắt bỏ những bó mạch giữa động mạch và tĩnh mạch thận.
- Cầm máu kĩ
- Đặt dẫn lưu và đóng bụng theo các lớp giải phẫu.

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

1. **Theo dõi:**
    - Theo dõi toàn thân, đánh giá tình trạng nhiễm trùng, chảy máu sau mổ.
    - Theo dõi ống dẫn lưu: màu sắc, số lượng.
    - Theo dõi lượng nước tiểu 24h.
    - Điều trị dự phòng nhiễm khuẩn bằng kháng sinh, hoặc theo kháng sinh đồ.
    - Rút dẫn lưu ổ bụng sau 3-4 ngày sau mổ.
2. **Tai biến:**
    - Nhiễm khuẩn tiết niệu, nhiễm khuẩn vùng mổ: chống nhiễm khuẩn.
    - Chảy máu: mổ lại.
    - Rò dưỡng chấp: Bơm Bétadine đặc.

PHẪU THUẬT TREO THẬN

I. ĐẠI CƯƠNG

Là phẫu thuật nhằm tránh cho thận khỏi bị xoắn cuống.

II. CHỈ ĐỊNH

- Sau cắt thận bán phần
- Sa thận, gây giãn thận, niệu quản

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Các bệnh lý đang tiến triển như suy gan, bệnh tim mạch, tiểu đường, rối loạn đông máu.

IV. CHUẨN BỊ

1. **Người thực hiện:** phẫu thuật viên là bác sĩ chuyên khoa ngoại tiết niệu, bác sĩ ngoại chung được đào tạo và hai người phụ mổ.
2. **Người bệnh:**

- Người bệnh và gia đình được giải thích rõ trước mổ về tình trạng bệnh và tình trạng chung, về những khả năng phẫu thuật sẽ thực hiện, về những tai biến, biến chứng, di chứng có thể gặp do bệnh, do phẫu thuật, do gây mê, tê, giảm đau, do cơ địa của người bệnh.
- Chuẩn bị người bệnh như một Người bệnh mổ theo kế hoạch.
- Hồ sơ Người bệnh, xét nghiệm cơ bản, phim XQ phổi, phim XQ hệ tiết niệu, phim niệu đồ tĩnh mạch, phim cắt lớp vi tính.
- Xét nghiệm vi khuẩn, kháng sinh đồ để điều trị nhiễm khuẩn.

3. **Phương tiện:**

- Bộ dụng cụ mổ mở tiết niệu thông thường.
- Chỉ vicryl 2/0 khâu treo thận
- 2 sợi vicryl số 1 đóng cân cơ, 1-2 sợi Dafilon 3/0 đóng da.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. **Tư thế:** Người bệnh nằm nghiêng 90 độ có độn gối kê.
2. **Vô cảm:** gây mê nội khí quản hoặc tê tủy sống.
3. **Kỹ thuật:**

- Đường rạch da: Đường sườn thắt lưng.
- Bộc lộ thận, niệu quản, hoặc sau phẫu thuật cắt thận bán phần.
- Xẻ vỏ bao thận, khâu cố định vỏ bao thận với cơ thành bụng bằng ba mũi như đỉnh một tam giác.
- Đặt dẫn lưu và đóng bụng theo các lớp giải phẫu.

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

1. **Theo dõi:**

- Theo dõi toàn thân, đánh giá tình trạng nhiễm trùng, chảy máu sau mổ.
- Theo dõi ống dẫn lưu: màu sắc, số lượng.
- Theo dõi lượng nước tiểu 24h.
- Điều trị dự phòng nhiễm khuẩn bằng kháng sinh, hoặc theo kháng sinh đồ.
- Rút dẫn lưu ổ bụng sau 3-4 ngày sau mổ.

2. Tai biến:

- Nhiễm khuẩn tiết niệu, nhiễm khuẩn vùng mổ: chống nhiễm khuẩn.
- Chảy máu: mổ lại

LẤY SỎI SAN HÔ MỞ RỘNG THẬN (BIVALVE) CÓ HẠ NHIỆT

I. ĐẠI CƯƠNG

Sỏi thận là bệnh lý phổ biến trong bệnh lý tiết niệu đặc biệt là ở nước ta do nằm trong khu vực vành đai của sỏi. Có nhiều phương pháp phẫu thuật cũng như can thiệp thủ thuật để điều trị sỏi tiết niệu. Phẫu thuật mở rộng bể thận lấy sỏi là một trong những phẫu thuật kinh điển và được áp dụng phổ biến.

II. CHỈ ĐỊNH

Sỏi lớn không thể lấy qua mở bể thận đơn thuần

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Không có chống chỉ định tuyệt đối.
- Chống chỉ định tương đối của phẫu thuật nói chung: Người bệnh già yếu, thể trạng kém, tình trạng toàn thân nặng nề… không chịu đựng được phẫu thuật

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện:

- Kíp mổ: một phẫu thuật viên chính và 2 bác sĩ phụ mổ, điều dưỡng dụng cụ
- Bác sỹ gây mê và phụ mê
- 1 người dụng cụ chạy ngoài

2. Người bệnh:

- Làm bilan trước mổ đánh giá: chức năng thận, tính trạng nhu mô thận có sỏi, mức độ thiếu máu, các bệnh lý toàn thân.
- Thụt tháo, test kháng sinh trước mổ
- Giải thích cho người bệnh và người nhà cách thức mổ, những nguy cơ, biến chứng có thể xảy ra.

3. Phương tiện:

- Bộ dụng cụ phẫu thuật lấy sỏi thường quy
- Ngoài ra cần thêm: Clamp mạch máu cuống thận: clamp nửa cong 2 chiếc
- Đá lạnh Ringer lactat đập nhỏ (như ghép thận).

4. Thời gian phẫu thuật: tùy thuộc độ khó của phẫu thuật, kích thước vị trí của sỏi, có biến chứng trong mổ hay không, trung bình từ 90 đến 180 phút

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Tư thế: nghiêng 90 độ về bên tổn thương, có độn gối dưới lưng

2. Vô cảm: Tê tủy sống hoặc mê nội khí quản

3. Kỹ thuật:

- Rạch da sườn thắt lưng 12-15cm, có thể cắt xương sườn 12 hoặc không
- Bộc lộ vào khoang ngoài phúc mạc
- Tìm và lắc niệu quản
- Giải phóng và hạ thận

- Bộc lộ bể thận tối đa
- Bộc lộ cuống thận, rõ động mạch và tĩnh mạch thận
- Clamp động mạch thận
- Cho đá lạnh Ringer lactat vào phủ quanh bề mặt nhu mô thận để hạ nhiệt độ bề mặt thận xuống 4^0 C
- Mở bể thận và mở nhu mô về phía sỏi đủ rộng để có thể lấy được toàn bộ sỏi
- Lấy hết sỏi, tránh sót sỏi
- Bơm rửa thận
- Đặt sonde JJ niệu quản bàng quang
- Khâu cầm máu nhu mô thận
- Khâu kín bể thận và nhu mổ tránh dò nước tiểu
- Cầm máu kỹ
- Đặt dẫn lưu hố thận
- Đóng bụng

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

1. Theo dõi:

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

2. Xử trí tai biến:

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

CHỌC HÚT VÀ BƠM THUỐC VÀO NANG THẬN

I. ĐẠI CƯƠNG

- Nang thận đơn thuần không có triệu chứng lâm sàng hoặc không có biến chứng thì không cần điều trị. Khi nang thận có kích thước lớn hơn 6cm thì nên can thiệp để ngăn ngừa các biến chứng như chảy máu, vỡ, hiệu ứng khối đè ép nhu mô thận. Những nang nhỏ hơn nhưng gây biến chứng nhiễm trùng nang, xuất huyết trong nang gây đau mà điều trị nội khoa không đỡ, tái phát nhiều lần nên xét chỉ định can thiệp điều trị.

- Các phương pháp điều trị nang thận đơn thuần có triệu chứng bao gồm phẫu thuật cắt nang, phẫu thuật nội soi, chọc hút qua da... Hiện nay, một trong những phương pháp điều trị xâm nhập tối thiểu được áp dụng rộng rãi là chọc hút qua da kết hợp tiêm xơ chống tái phát.

II. CHỈ ĐỊNH

- Người bệnh không muốn phẫu thuật.

- Người bệnh nặng, bệnh lý toàn thân không có khả năng phẫu thuật.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Có nhiễm trùng tại thành bụng chỗ vị trí chọc

IV. CHUẨN BỊ

2. Người thực hiện: Bác sỹ (BS) chuyên khoa tiết niệu hoặc BS siêu âm, 1 người phụ

3. Người bệnh:

- Làm bilan trước mổ đánh giá: Chức năng thận, tình trạng nhu mô thận, kích thước của nang, độ dày mỏng thành nang, dịch trong nang, mức độ thiếu máu, các bệnh lý toàn thân.

- Thụt tháo.

- Giải thích cho người bệnh và người nhà cách thức can thiệp, những nguy cơ, biến chứng có thể xảy ra.

4. Phương tiện:

- Máy siêu âm, đầu dò siêu âm
- Máy chụp cắt lớp vi tính hoặc màn tăng sáng
- Kim chọc và bộ nong
- Guide wire
- Sonde Pig-tail
- Kim và bơm tiêm
- Thuốc tê xylocain và nước cất
- Cồn tuyệt đối hoặc dung dịch cồn iod
- Chỉ khâu cố định: 1 sợi dafilon 3/0 hoặc vicryl 2/0.

5. Thời gian phẫu thuật: Tùy từng người bệnh, có thể 30-60 phút

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. **Tư thế:** Nằm nghiêng về bên tổn thương
2. **Vô cảm:** Tê tại chỗ
3. **Kỹ thuật:**

- Lựa chọn vị trí và đường vào nang thận: Có thể lựa chọn Cắt lớp vi tính là phương tiện dẫn đường để vào nang thận. Hiện nay, sử dụng siêu âm kết hợp màn tăng sáng được áp dụng rộng rãi do các phương tiện này có ưu điểm là hiển thị hình ảnh thời gian thực, cho phép kiểm soát trực tiếp các thao tác của thủ thuật.

- Tiếp cận nang thận: Chọc kim Chiba vào nang thận dưới hướng dẫn siêu âm. Xác định vị trí đầu kim nằm trong nang bằng thuốc cản quang dưới fluoroscopy. Đưa guidewire vào trong nang thận qua kim Chiba dưới kiểm soát của fluoroscopy. Nang thận được hiển thị rõ ràng với thuốc cản quang.

- Hút, dẫn lưu nang thận qua da: Đặt ống thông Pig-tail vào trong nang thận theo guide wire, Sau khi cố định ống dẫn lưu, tiến hành hút dịch trong nang thận.

- Tiêm xơ chống tái phát: Toàn bộ dịch trong nang đã được rút hết qua ống thông dẫn lưu, nang thận xẹp hoàn toàn. Bơm trở lại trong nang chất gây xơ hóa lớp biểu mô với thể tích 30 - 50% lượng dịch đã rút ra.

- Kết thúc thủ thuật: Lưu ống thông và chất gây xơ trong nang. Kiểm tra, rút toàn bộ dung dịch gây xơ và ống thông dẫn lưu sau 16 - 24 giờ. Siêu âm kiểm tra định kỳ 1 - 3 - 6 - 12 tháng

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

1. **Theo dõi**

- Chảy máu
- Rò nước tiểu
- Nang tái phát
- Shock phản vệ với chất tiêm xơ

2. **Xử trí tai biến**

- Chảy máu hiếm gặp và thường điều trị nội khoa, ít khi phải mổ cầm máu
- Rò nước tiểu: Nếu nang thông với đường bài xuất, chỉ định mổ cắt nang, khâu kín, đặt JJ.

DẪN LƯU ĐÀI BỂ THẬN QUA DA

I. ĐẠI CƯƠNG

Dẫn lưu thận qua da là 1 thủ thuật phổ biến trong tiết niệu, được chỉ định trong nhiều hoàn cảnh nhưng thường mang tính chất tạm thời để giải quyết trong các trường hợp cấp tính sau đó phẫu thuật thì 2 hoặc chỉ giải quyết vấn đề triệu chứng ở những người bệnh không còn chỉ định phẫu thuật

II. CHỈ ĐỊNH

- Những trường hợp cấp tính mà chưa thể phẫu thuật ngay do thể trạng người bệnh yếu, nhiễm trùng nặng:

+ Ứ mủ thận do sỏi thận, niệu quản (NQ) mà thể trạng không cho phép phẫu thuật

+ Suy thận cấp do hẹp NQ 2 bên, dẫn lưu thận cấp cứu sau đó mổ sau

- Người bệnh không còn chỉ định phẫu thuật: Hẹp NQ 2 bên do khối u chèn ép hoặc xâm lấn ở giai đoạn muộn

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Có nhiễm trùng tại chỗ vùng chọc dẫn lưu

- Chống chỉ định tương đối: rối loạn đông máu, nếu trường hợp tối cấp thì cần vừa điều trị rối loạn đông máu phối hợp tiến hành thủ thuật

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện:

- 1 bác sỹ chuyên khoa tiết niệu

- 1 người phụ

2. Người bệnh:

- Làm bilan trước mổ đánh giá: chức năng thận, tình trạng nhu mô thận cả 2 bên, các bệnh lý toàn thân, tiền sử can thiệp cũ vùng thắt lưng 2 bên.

- Dặn nhịn ăn trước khi tiến hành can thiệp 6 tiếng, nếu có thể nên thì thụt hậu môn.

- Giải thích cho người bệnh và người nhà cách thức tiến hành, những nguy cơ, biến chứng có thể xảy ra

3. Phương tiện:

- Máy siêu âm

- Kim chọc và bộ nong

- Guide wire

- Sonde dẫn lưu mono J

- Kim khâu và chỉ cố định

- Bộ dụng cụ tiểu phẫu khâu vết thương

- Máy monitor theo dõi M, HA, Sp02

4. Thời gian phẫu thuật: tùy từng trường hợp, có thể từ 15-60 phút.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Tư thế: nằm nghiêng về bên đối diện bên tổn thương

2. Vô cảm: Tê tại chỗ hoặc tiền mê tĩnh mạch

3. Kỹ thuật:

- Sát khuẩn vùng chọc dẫn lưu
- Trải toan vô khuẩn
- Tê tại chỗ dưới da : thường dùng xylocaine 2%
- Dùng đầu dò siêu âm xác định vị trí bể thận đánh giá tình trạng nhu mô thận và các tạng lân cận.
- Chọc kim thăm dò vào bể thận dưới hướng dẫn siêu âm, khi kim vào đúng bể thận sẽ quan sát thấy trên siêu âm và thấy nước tiểu chảy qua kim.
- Dùng guide wire luồn qua kim vào bể thận.
- Dùng bộ nong tạo đường hầm rộng.
- Đưa sonde mono J qua đường hầm vào bể thận, đầu chữ J nằm trong bể thận.
- Cố định ngoài da bằng chỉ khâu.
- Nối sonde mono J với túi nước tiểu.

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

1. Theo dõi

- Tai biến thuốc gây tê, gây mê
- Chảy máu
- Rò nước tiểu
- Áp xe quanh thận

2. Xử trí tai biến:

- Tai biến thuốc gây tê, gây mê: tùy từng mức độ phản ứng với thuốc gây tê, tiền mê mà xử lý.
- Chảy máu: theo dõi màu sắc nước tiểu chảy qua dẫn lưu thận, nếu chảy máu ít điều trị nội khoa, nếu điều trị nội khoa không kết quả thì chụp mạch can thiệp nút mạch hoặc phẫu thuật lại cầm máu.
- Áp xe quanh thận do rò nước tiểu: trước tiên là điều trị nội khoa kháng sinh, chống viêm. Nếu điều trị không hiệu quả thì phải mổ làm sạch dẫn lưu khoang quanh thận.

CẮT EO THẬN MÓNG NGỰA

I. ĐẠI CƯƠNG

- Thận móng ngựa (TMN) là một dị dạng về hình thái thận là dạng bất thường dính thận với nhau thường gặp. Bao gồm 2 thận hai bên đường giữa hoạt động độc lập, nối với nhau bởi cực dưới bởi 1 eo là mô thận có chức năng hoặc là mô liên kết ngang qua đường giữa.

- Trên lâm sàng, các loại dị dạng thận thường gặp gồm có dị dạng về số lượng (một thận hay nhiều thận), về hình thái (dị dạng phát triển thận, nhu mô thận phát triển không bình thường gọi là thiểu sản thận), dị dạng vị trí (thận lạc chỗ), thận di cư vị trí (chẳng hạn niệu quản không đổ vào bàng quang mà đổ vào âm đạo).

- Thận móng ngựa là bất thường thường gặp nhất trên thận dính nhau, thường gặp ở nam hơn là ở nữ với tỷ lệ là 1/400-1/800. Tần suất thật sự khoảng giữa 2 cực. Thận móng ngựa gặp gấp 2 lần ở nam so với nữ. Không có nguyên nhân di truyền nào được biết, nhưng khi trẻ sinh đôi thì thường gặp.

II. CHỈ ĐỊNH

Eo thận dày chèn ép niệu quản gây ứ nước thận

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Không có chống chỉ định tuyệt đối.

- Chống chỉ định tương đối của phẫu thuật nói chung: người bệnh già yếu, thể trạng kém, tình trạng toàn thân nặng nề…không chịu đựng được phẫu thuật.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện:

- Kíp mổ: phẫu thuật viên chính và 2 phụ mổ, điều dưỡng dụng cụ

- Bác sỹ gây mê và phụ mê

- 1 người dụng cụ chạy ngoài

2. Người bệnh:

- Làm bilan trước mổ đánh giá: chức năng thận, tính trạng nhu mô thận, mức độ thiếu máu, các bệnh lý toàn thân.

- Thụt tháo, test kháng sinh trước mổ

- Giải thích cho người bệnh và người nhà cách thức mổ, những nguy cơ, biến chứng có thể xảy ra.

3. Phương tiện: Bộ dụng cụ phẫu thuật tiết niệu mổ mở thường quy

4. Thời gian phẫu thuật: tùy từng trường hợp. có thể từ 90-180 phút

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Tư thế: nằm ngửa

2. Vô cảm: gây mê nội khí quản

3. Kỹ thuật:

- Rạch da trắng giữa trên và dưới rốn 15cm

- Vào ổ bụng, kiểm tra 2 thận đánh giá mức độ giãn của đài bể thận, độ dày nhu mô thận 2 bên.

- Đánh giá độ dày nhu mô phần eo thận, mức độ chèn ép của eo thận vào niệu quản.

- Cắt eo thận giải phóng chèn ép

- Khâu cầm máu eo thận 2 bên

- Khâu kín để tránh dò nước tiểu

- Dẫn lưu

- Đóng bụng

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

1. Theo dõi

- Chảy máu

- Rò nước tiểu

2. Xử trí tai biến:

Chảy máu hoặc rò nước tiểu nhiều có thể phải mổ lại

PHẪU THUẬT KHÂU BẢO TỒN HOẶC CẮT THẬN BÁN PHẦN TRONG CHẤN THƯƠNG THẬN

I. ĐẠI CƯƠNG

Chấn thương thận là nguyên nhân gặp hàng đầu trong chấn thương tiết niệu và chiếm khoảng 10 - 15% chấn thương bụng kín nói chung. Hiện nay, chẩn đoán phân độ chấn thương thận ngày càng chính xác nhờ áp dụng chụp cắt lớp vi tính trong cấp cứu. Điều trị bảo tồn theo dõi chấn thương thận chiếm tỷ lệ 75 - 86%. Chỉ định phẫu thuật đặt ra khi tình trạng huyết động không ổn định hoặc có biến chứng tiết niệu và mạch máu thận sau chấn thương với nguyên tắc bảo tồn thận tối đa được đặt lên hàng đầu. Khâu bảo tồn thận vỡ và cắt thận bán phần trong chấn thương là hai kỹ thuật được sử dụng thường xuyên nhất nhằm bảo tồn tối đa thận chấn thương.

II. CHỈ ĐỊNH

- Chỉ định mổ cấp cứu chấn thương thận nặng gây sốc mất máu.
- Chấn thương thận độ IV, V đi kèm chấn thương bụng khác có chỉ định mổ.
- Vỡ bể thận - niệu quản hoàn toàn do chấn thương.
- Chấn thương thận trên thận bệnh lý ứ nước thận do sỏi, vỡ nang thận hoặc u xơ cơ mỡ mạch thận vỡ do chấn thương.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Chấn thương thận độ I - IV đơn thuần hoặc phối hợp có tình trạng huyết động ổn định được chỉ định điều trị bảo tồn theo dõi.
- Chấn thương thận có tổn thương động mạch thận gây thoát thuốc thì sớm được chỉ định chụp động mạch thận và can thiệp nút mạch tổn thương cầm máu.
- Chấn thương thận nặng độ IV hoặc V tổn thương mạch thận đến muộn hoặc vỡ nát thận nhiều mảnh đánh giá trong mổ không có khả năng bảo tồn thận.
- Chấn thương thận trên thận bệnh lý có u thận hoặc thận ứ nước nặng mất chức năng.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện quy trình kỹ thuật:

- Bác sĩ: 03 Bác sĩ Ngoại Tiết niệu thực hiện phẫu thuật điều trị chấn thương thận. 01 Bác sĩ Gây mê hồi sức tiến hành gây mê toàn thân với nội khí quản và theo dõi người bệnh trong quá trình thực hiện phẫu thuật.
- Điều dưỡng: 03 điều dưỡng phòng mổ làm nhiệm vụ chuẩn bị dụng cụ mổ, phụ mổ, chạy ngoài và phụ mê.

2. Phương tiện:

* Chuẩn bị dụng cụ phẫu thuật:

- Bàn để dụng cụ (loại to). Toan mổ: 10 toan lớn, 3 toan con. Áo mổ: 3 - 4 chiếc. Găng vô khuẩn: 6 - 8 đôi.

- Chuẩn bị bộ đặt ống thông niệu đạo như mổ mở. Đặt ống thông niệu đạo được thực hiện sau khi gây mê.

- Chuẩn bị bộ dụng cụ đại phẫu bụng bao gồm:

+ Dao thường lưỡi to: 01.

+ Gạc con: 20 - 40 miếng.

+ Kẹp phẫu tích có răng: 02.

+ Gạc to: 10 miếng.

+ Pince răng chuột: 02.

+ Van tự động, van cứng, van mềm.

+ Pince to: 10, pince con: 10.

+ Chỉ tiêu chậm 4.0 và số 1: 04.

+ Kìm kẹp kim: 02.

+ Chỉ khâu da tiêu nhanh 3.0: 02.

+ Clamps cuống thận: 02

+ Hartmann, Farabeuf: 02.

3. Người bệnh:

- Được làm đầy đủ các xét nghiệm cơ bản và đánh giá chức năng thận hai bên.

- Được làm siêu âm và chụp cắt lớp vi tính hệ tiết niệu chẩn đoán xác định, phân độ chấn thương thận và đánh giá chức năng 2 thận.

- Chụp động mạch thận chọn lọc xác định và can thiệp tổn thương động mạch.

- Giải thích rõ ràng cho người bệnh và gia đình về chỉ định, phương pháp thực hiện, hiệu quả, ưu điểm của phẫu thuật bảo tồn thận chấn thương cũng như các nguy cơ phẫu thuật có thể gặp: Chảy máu, nhiễm trùng, biến chứng gây mê hồi sức.

- Người bệnh được chuẩn bị trước phẫu thuật theo quy trình thống nhất.

4. Hồ sơ bệnh án :

- Hồ sơ bệnh án đầy đủ thông tin, các phương pháp chẩn đoán xác định và phân độ chấn thương thận, đánh giá tình trạng toàn thân và các chấn thương phối hợp.

- Hồ sơ có đủ biên bản hội chẩn của khoa thống nhất chỉ định phẫu thuật mở xử trí thận chấn thương và có đầy đủ giấy đồng ý phẫu thuật được người bệnh và gia đình ký và ghi rõ ngày tháng năm.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ:

- Kiểm tra siêu âm ổ bụng: Đánh giá tình trạng có dịch ổ bụng và quanh thận, phát hiện các tổn thương thận chấn thương.

- Kiểm tra chụp cắt lớp vi tính hệ tiết niệu để xác định đặc điểm, mức độ chấn thương thận, đánh giá hình thái, chức năng thận 2 bên và xác định các bệnh lý tiết niệu kết hợp.

2. Kiểm tra người bệnh:

- Chuẩn bị giống như mổ mở thường quy, kiểm tra xét nghiệm công thức máu, đông máu, sinh hóa máu và nước tiểu, chức năng thận, điện tim, chụp X quang phổi.

- Điều trị tích cực tình trạng sốc mất máu nếu có. Truyền máu nếu cần thiết.

3. Thực hiện kỹ thuật:

- Vô cảm: Người bệnh được gây mê nội khí quản, ống thông niệu đạo đặt trước mổ.

- Tư thế người bệnh và vị trí phẫu thuật viên:

+ Người bệnh được đặt ở tư thế nghiêng 90 độ sang bên đối diện, chân dưới co chân trên duỗi, có kê độn dưới thắt lưng bên đối diện nếu mổ đường sườn thắt lưng. Phẫu thuật viên và người phụ đều đứng cùng bên thận chấn thương. Nếu có chấn thương bụng phối hợp chỉ định mổ thì mổ đường trắng giữa trên dưới rốn, người bệnh sẽ được đặt ở tư thế nằm ngửa.

+ Dụng cụ viên trải bàn dụng cụ hai lớp toan, chuẩn bị dụng cụ. Phẫu thuật viên sát trùng vùng mổ, trải toan mổ.

- Các bước tiến hành phẫu thuật:

+ Mở bụng đường sườn thắt lưng hoặc trắng giữa trên dưới rốn.

+ Bộc lộ khoang sau phúc mạc, mở cân Gerota vào lớp mỡ quanh thận. Nếu mở vào ổ bụng thì mở phúc mạc thành sau dọc mạc Toldt và hạ góc đại tràng phải, đẩy đại tràng và tá tràng vào giữa, vén gan lên cao hoặc cắt dây chằng lách - đại tràng, đẩy lách và đại tràng trái vào trong.

+ Lấy máu tụ quanh thận, nhanh chóng bộc lộ cuống thận và kẹp tạm thời bằng Clamp mạch máu. Bộc lộ đánh giá mức độ và đặc điểm tổn thương thận vỡ.

+ Bộc lộ đường vỡ thận, lấy hết máu tụ, xác định đáy đường vỡ có vào đài bể thận không, tiến hành khâu phục hồi đường vỡ mũi rời chữ U và X bằng chỉ Vicryl số 0 hoặc số 1. Đường khâu lấy hết đáy của đường vỡ thận. Có thể sử dụng vật liệu cầm máu như Surgicel, Spongel trám vào khuyết hổng nhu mô thận vỡ hoặc dùng lớp mỡ quanh thận khâu ép vào diện vỡ thận.

+ Đối với tổn thương vỡ thận khu trú ở một cực thận gây dập nát nhu mô sẽ chỉ định cắt bán phần tổ chức nhu mô dập vỡ và khâu phục hồi diện vỡ bằng chỉ Vicryl số 0 hoặc số 1 mũi rời chữ u và X. Khâu ép lớp mỡ quanh thận vào diện cắt thận.

+ Bỏ Clamps cuống thận, kiểm tra chảy máu diện khâu cắt nhu mô và lưu thông niệu quản xuống bàng quang.

+ Nếu vỡ rời chỗ nối bể thận - niệu quản thì chỉ định khâu phục hồi bằng chỉ Vicryl 5.0 mũi rời hoặc vắt và đặt ống thông niệu quản.

+ Trong trường hợp có bệnh lý đi kèm như sỏi thận, niệu quản, u xơ cơ, mỡ mạch thận thì chỉ định phối hợp lấy sỏi hoặc cắt u thận.

+ Kiểm tra vùng mổ sau phúc mạc, kiểm tra các tạng trong ổ bụng và xử trí nếu có tổn thương.

+ Dụng cụ viên đếm gạc và kiểm tra dụng cụ mổ trước khi phẫu thuật viên khâu phục hồi thành bụng bằng chỉ tiêu chậm số 1 và khâu da bằng chỉ tiêu nhanh 3.0. Đặt gạc, băng ép và đặt lại tư thế người bệnh.

VI. THEO DÕI

1. Theo dõi trong mổ:

- Người bệnh được theo dõi chặt chẽ về: Mạch, huyết áp động mạch và áp lực tĩnh mạch trung ương. Nồng độ O_2 và CO_2 máu đánh giá bằng SpO_2 và $PetCO_2$.

- Lượng máu mất: Tính bằng ml qua hút và thấm gạc. Lượng máu cần truyền.

- Thời gian mổ: Tính bằng phút từ khi rạch da đến khi đóng bụng.

- Phát hiện sớm các diễn biến trong mổ: Chảy máu, tổn thương tạng khác.

2. Theo dõi sau mổ:

- Về huyết động, tình trạng toàn thân, đau sau mổ, tình trạng ổ bụng, số lượng nước tiểu, lập lại lưu thông tiêu hoá và số lượng dịch qua dẫn lưu.

- Bồi phụ nước và điện giải theo kết quả xét nghiệm sinh hoá máu. Kháng sinh phối hợp nhóm Cephalosporin và Metronidazol từ 5 đến 7 ngày.

- Theo dõi chảy máu sau mổ qua số lượng, màu sắc nước tiểu của ống thông niệu đạo và dẫn lưu vùng mổ, tình trạng bụng đau và chướng khám có cảm ứng phúc mạc, tình trạng huyết động thay đổi. Thông thường chảy máu thuyên giảm một vài ngày sau khi điều trị nội khoa kết hợp.

- Theo dõi số lượng màu sắc dịch chảy ra qua ống dẫn lưu ổ bụng. Chỉ được rút dẫn lưu 2-3 ngày sau mổ khi không còn ra dịch. Phát hiện rò nước tiểu sau mổ khi dịch ra nhiều > 50ml / ngày và kéo dài.

- Rút ống thông niệu đạo sau 05 ngày và cho người bệnh ra viện. Hẹn người bệnh đến khám lại sau 2 - 4 tuần về lâm sàng và làm siêu âm kiểm tra để đánh giá mức độ phục hồi chức năng thận bên can thiệp và soi bàng quang rút ống thông niệu quản nếu có đặt trong mổ.

VII. XỬ TRÍ TAI BIẾN

1. Trong phẫu thuật:

- Chảy máu do tổn thương tĩnh mạch chủ dưới, tĩnh mạch sinh dục do phẫu tích hoặc chảy máu từ diện khâu cắt nhu mô thận cần kiểm tra kỹ và khâu cầm máu.

- Tổn thương tạng khác: Tá tràng, đại tràng, ruột non khi phẫu tích, đốt điện cần phải xử lí theo tổn thương.

2. Sau phẫu thuật:

- Chảy máu trong ổ bụng nhiều, không cầm hoặc chảy qua các ống thông niệu đạo và sau phúc mạc: phải phẫu thuật lại ngay.

- Tụ dịch hoặc áp xe tồn dư trong ổ bụng: Xác định chính xác vị trí, kích thước ổ tụ dịch hoặc áp xe bằng siêu âm hoặc chụp cắt lớp vi tính, nếu khối tụ dịch, áp xe nhỏ <5cm. ở nông có thể chọc hút dưới hướng dẫn siêu âm. Nếu khối tụ dịch, áp xe lớn ở sâu phải chích dẫu lưu hoặc phẫu thuật mở làm sạch ổ áp xe.

- Khi có rò nước tiểu sau mổ phải lưu ống thông niệu đạo và điều trị nội khoa 1 - 2 tuần. Nếu không hết rò sẽ chỉ định đặt lại ống thông JJ hoặc can thiệp lại.

PHẪU THUẬT HỞ LẤY SỎI THẬN SỎI NIỆU QUẢN + KẾT HỢP NỘI SOI MỀM ĐỂ LẤY TOÀN BỘ SỎI

I. ĐẠI CƯƠNG

Sỏi thận niệu quản là bệnh lý tiết niệu thường gặp nhất, cần phải điều trị sớm nếu không sẽ gây tắc nghẽn làm ảnh hưởng nhanh đến chức năng thận. Hiện nay, điều trị phẫu thuật mở lấy sỏi thận niệu quản đã được thay thế bằng các phương pháp khác ít xâm lấn. Tuy nhiên, phẫu thuật mở lấy sỏi vẫn được chỉ định trong những trường hợp sỏi thận phức tạp, sỏi thận niệu quản nhiều vị trí hoặc người bệnh có chống chỉ định thực hiện các phương pháp khác. Đặc điểm di chuyển của sỏi thận niệu quản trong quá trình phẫu thuật có thể gây biến chứng hoặc sót sỏi sau mổ. Do vậy, sử dụng ống nội soi mềm phối hợp trong mổ là một giải pháp cần thiết để lấy hết sỏi và hạn chế phải mở thêm nhiều đường mổ và tổn thương thêm nhu mô thận.

II. CHỈ ĐỊNH

- Sỏi thận có chỉ định mổ mở: Sỏi san hô phức tạp hoặc nhiều viên, đi kèm hẹp bể thận niệu quản, sỏi bể thận đường kính > 2cm nằm trong xoang không có chỉ định tán sỏi qua da.

- Sỏi niệu quản có chỉ định mổ mở: Sỏi nhiều viên ở nhiều vị trí, sỏi niệu quản đi kèm hẹp niệu quản dưới sỏi, u niệu quản, lao tiết niệu, viêm xơ hóa sau phúc mạc hoặc niệu quản nằm sau tĩnh mạch chủ dưới, nằm sau động mạch chậu, được lấy sỏi kết hợp tạo hình niệu quản hẹp.

- Sỏi thận và niệu quản phối hợp nhiều vị trí.

- Sỏi thận niệu quản đi kèm dị dạng tiết niệu khác như phình to niệu quản hay trào ngược bàng quang - niệu quản.

- Sỏi thận và niệu quản có biến chứng ứ nước nhiễm trùng, ứ mủ thận.

- Trong mổ, phát hiện sỏi thận niệu quản di chuyển hoặc chưa lấy được hết sỏi.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Những trường hợp sỏi thận và niệu quản có chỉ định tán sỏi qua da, tán sỏi nội soi ngược dòng hoặc tán sỏi ngoài cơ thể.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện:

- Phẫu thuật viên: 1 bác sĩ ngoại tiết niệu và 2 bác sĩ phụ mổ.
- 01 bác sĩ gây mê để hồi sức, gây mê theo dõi quá trình mổ và hậu phẫu.
- 03 điều dưỡng: 1 người dụng cụ viên, 1 người chạy ngoài và 01 người phụ mê.

2. Người bệnh:

- Xét nghiệm: Làm đầy đủ xét nghiệm cơ bản và đánh giá chức năng thận 2 bên.
- Chẩn đoán hình ảnh:

+ Siêu âm, chụp niệu đồ tĩnh mạch hoặc cắt lớp vi tính đánh giá số lượng, hình dạng sỏi và mức độ ảnh hưởng của sỏi đến thận và bệnh lý tiết niệu đi kèm cũng như đánh giá chức năng thận 2 bên.

+ Chụp niệu quản- bể thận ngược dòng để đánh giá nguyên nhân tắc nghẽn.

+ Xạ hình thận để đánh giá thận giảm hoặc mất chức năng.

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

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

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

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

- Có thể dùng kháng sinh dự phòng trước mổ.

3. Phương tiện:

* Chuẩn bị dụng cụ phẫu thuật:

- Bàn để dụng cụ (loại to), toan mổ:10 toan lớn, 3 toan con, áo mổ: 3- 4 chiếc, găng vô khuẩn: 6 - 8 đôi.

- Chuẩn bị bộ đặt ống thông niệu đạo như mổ mở. Đặt ống thông niệu đạo được thực hiện sau khi gây mê.

- Chuẩn bị bộ dụng cụ đại phẫu bụng bao gồm:

+ Dao thường lưỡi to: 01	+ Gạc con: 20 - 40 miếng
+ Kẹp phẫu tích có răng: 02	+ Gạc to: 10 miếng
+ Pince răng chuột: 02	+ Van tự động, van cứng, van mềm
+ Pince to: 10, pince con: 10	+ Chỉ tiêu chậm 4.0 và số 1: 04
+ Kìm kẹp kim: 02	+ Chỉ khâu da tiêu nhanh 3.0: 02
+ Clamps cuống thận: 02	+ Hartmann, Farabeuf: 02

* Chuẩn bị bộ dụng cụ phẫu thuật nội soi ống mềm:

- Màn hình, camera Tricam, nguồn sáng, máy bơm nước.

- Ống mềm nội soi niệu quản 7.5Fr.

- Nguồn năng lượng tán sỏi Holmium Laser 40W - 80W.

- Guide wire, rọ Dormia, sonde JJ.

3. Dự kiến thời gian phẫu thuật: Khoảng 60 đến 120 phút.

4. Hồ sơ bệnh án:

- Hồ sơ bệnh án đầy đủ thông tin, các phương pháp chẩn đoán sỏi thận niệu quản, đánh giá tình trạng toàn thân của người bệnh và các bệnh phối hợp.

- Hồ sơ có đủ biên bản hội chẩn của khoa thống nhất chỉ định phẫu thuật mở lấy sỏi thận niệu quản kết hợp với nội soi ống mềm và có giấy đồng ý phẫu thuật được người bệnh và gia đình ký và ghi rõ ngày tháng năm.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Tư thế:

- Phẫu thuật viên và người phụ đều đứng sau người bệnh.

- Người bệnh: tư thế nằm nghiêng 90 độ sang bên đối diện, chân dưới co, chân trên duỗi, có kê gối đệm dưới thắt lưng bên đối diện.

- Dụng cụ viên trải bàn 2 lớp, chuẩn bị dụng cụ. Phẫu thuật viên sát khuẩn, trải toan, kiểm tra hệ thống nội soi.

2. Vô cảm: Gây mê nội khí quản, gây tê tủy sống.

3. Kỹ thuật: Mô tả các bước thực hiện kỹ thuật:

Bước 1:

+ Mở bụng đường sườn thắt lưng, vào khoang sau phúc mạc, giải phóng thận niệu quản. Clamps cuống mạch nếu mở nhu thận.

+ Tùy vào vị trí sỏi mà tiến hành mở bể thận niệu quản hoặc nhu mô lấy sỏi. Bơm hút rửa bể thận và lấy mảnh sỏi nhỏ.

Bước 2:

+ Nhận định sỏi thận ở vị trí khác như các đài thận nhỏ và niệu quản dưới không thể lấy hết được sẽ sử dụng ống soi mềm quan sát trực tiếp bằng camera và dung năng lượng Holmium laser tán vỡ và bơm rửa lấy sỏi.

+ Kiểm tra sự lưu thông niệu quản xuống bàng quang, đặt sonde jj số 6 hoặc số 7. Khâu lại nhu mô và bể thận bằng chỉ tiêu chậm.

+ Trong trường hợp có bệnh lý đi kèm như hẹp bể thận niệu quản hay niệu quản sau tĩnh mạch chủ thì chỉ định tạo hình lại bể thận và niệu quản.

Bước 3:

+ Lau ổ mổ, đặt dẫn lưu ổ mổ

+ Dụng cụ viên và phẫu thuật viên kiểm tra đếm lại gạc mổ.

+ Đóng vết mổ theo giải phẫu.

+ Băng ép vết mổ.

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

1. Theo dõi trong mổ:

- Người bệnh được theo dõi sát về: mạch, huyết áp, áp lực tĩnh mạch trung ương, nồng độ O_2 và CO_2.

- Lượng máu mất: tính số lượng máu mất qua máy hút, thấm gạc và lượng máu cần truyền.

- Thời gian mổ: tính theo phút, từ khi rạch da đến khi khâu da.

- Phát hiện sớm biến chứng chảy máu trong mổ từ nhu mô hay tổn thương mạch máu.

2. Theo dõi sau mổ:

- Huyết động, tình trạng toàn thân, đau sau mổ, tình trạng ổ bụng, số lượng nước tiểu và màu sắc nước tiểu, tình trạng lưu thông tiêu hóa.

- Kháng sinh: phối hợp giữa các nhóm cephalosporin và quilonon tùy trường hợp từ 5 đến 7 ngày.

- Bồi phụ máu, nước điện giải theo xét nghiệm công thức máu, sinh hóa máu.

- Theo dõi chảy máu qua số lượng máu qua dẫn lưu, lượng nước tiểu và màu sắc nước tiểu, tình trạng bụng, huyết động.
- Theo dõi dẫn lưu ổ mổ: màu sắc, số lượng dịch. Rút dẫn lưu 2- 3 ngày sau mổ. Phát hiện rò nước tiểu sau mổ khi ra >50ml nước tiểu /ngày và kéo dài.
- Rút sonde tiểu sau 2 đến 3 ngày.
- Sau 5 đến 7 ngày cho ra viện, hẹn khám lại 2 đến 4 tuần để khám lâm sàng, siêu âm, chụp XQ đánh giá sự hồi phục thận và nội soi bàng quang rút sonde niệu quản.

3. Các biến chứng sau mổ có thể xảy ra

- Trong mổ:

+ Chảy máu do tổn thương mạch thận, mạch chủ, mạch sinh dục, nhu mô thận cần khâu cầm máu.

+ Rách phúc mạc, tổn thương tạng khác như ruột non, đại tràng cần phối hợp phẫu thuật viên tiêu hóa xử lý theo thương tổn.

- Sau mổ**:**

+ Chảy máu sau mổ nhiều: mổ lại kiểm tra cầm máu.

+ Tụ dịch hoặc áp xe tồn dư: Nếu khối dịch nhỏ<5cm có thể dẫn lưu dưới siêu âm, nếu ổ to thì mổ lại làm sạch và dẫn lưu.

+ Rò nước tiểu: Lưu sonde tiểu và dẫn lưu lâu 1-2 tuần điều trị nội khoa, nếu tắc hoặc gập sonde niệu quản thì đặt lại, nếu không hết xét phẫu thuật lại xử lý rò.

PHẪU THUẬT TẠO HÌNH KHÚC NỐI BỂ THẬN - NIỆU QUẢN (PHƯƠNG PHÁP FOLEY, ANDERSON - HYNES)

I. ĐẠI CƯƠNG

- Hẹp khúc nối bể thận- niệu quản (BT-NQ) là dị tật bẩm sinh mà nguyên nhân do giải phẫu hoặc chức năng gây chít hẹp khúc nối làm cản trở lưu thông nước tiểu từ bể thận xuống niệu quản gây nên hiện tượng ứ nước thận.

- Phương pháp tạo hình cắt bỏ khúc nối hẹp và bể thận giãn, tạo hình lại bể thận - niệu quản được Anderson và Hynes (A-H) đưa ra lần đầu tiên năm 1946, đã được công nhận và sử dụng rộng rãi đến ngày nay. Tuy sau này có một số các cải biên vạt bể thận nhưng về cơ bản vẫn dựa trên nguyên tắc lấy bỏ đi phần bệnh lý và tạo hình khúc nối mới.

- Mổ mở tạo hình theo phương pháp A-H vẫn được xem là tiêu chuẩn vàng để điều trị bệnh lý hẹp khúc nối bể thận-niệu quản.

II. CHỈ ĐỊNH

- Hẹp khúc nối BT-NQ bẩm sinh có triệu chứng ứ nước thận.

- Hẹp khúc nối BT-NQ có biến chứng của ứ nước thận.

- Hẹp khúc nối bể thận tái phát sau mổ (sỏi, tạo hình …).

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Hẹp khúc nối BT-NQ có biến chứng nhiễm khuẩn niệu cấp tính

- Hẹp khúc nối BT-NQ có chức năng thận bệnh lý < 15% (xạ hình thận)

- Bệnh nội khoa nặng đang tiến triển (tim mạch, phổi, nhiễm khuẩn…) cản trở phẫu thuật.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện: bác sỹ chuyên khoa ngoại tiết niệu và 2 BS phụ mổ.

2. Người bệnh:

- Chụp niệu đồ tĩnh mạch (UIV), cắt lớp vi tính, xét nghiệm đánh giá chức năng thận

- Điều trị hết nhiễm khuẩn niệu hoặc các bệnh toàn thân nếu có.

- Hồ sơ bệnh án thực hiện theo quy định.

3. Phương tiện:

- Phòng mổ và bàn mổ niệu khoa thông thường.

- Bộ dụng cụ mổ mở tiết niệu không thường.

- Sonde JJ số 6 Fr hoặc 7 Fr, guidewire, chỉ vicryl 4/0, 5/0.

- 2 sợi vicryl số 1 khâu cân cơ, 1-2 sợi dafilon 3/0 khâu da.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Tư thế: Người bệnh nghiêng 90^0 về phía đối diện, kê độn dưới sườn.

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

3. Kỹ thuật:

- Rạch da theo đường sườn - thắt lưng vào khoang sau phúc mạc

- Lấy cơ thắt lưng chậu làm mốc bóc tách bộc lộ niệu quản, phẫu tích theo niệu quản lên đến bể thận.

- Phẫu tích hai mặt trước sau của bể thận, khúc nối, cực dưới thận xem có động mạch bất thường (nếu có).

- Cắt đoạn BT-NQ hẹp và 1 phần bể thận giãn.

- Tạo hình bể thận niệu quản, đặt ống thông niệu quản bằng sonde double J, khâu BT-NQ bằng chỉ vicryl 4/0, 5/0.

- Quan sát tổng thể phẫu trường, cầm máu, đặt dẫn lưu, đóng bụng.

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

1. Trong phẫu thuật

- Rách phúc mạc: Khâu lại

- Tổn thương mạch máu: Trong mổ cần phẫu tích thận trọng, xác định rõ các mốc giải phẫu, bình tĩnh XỬ TRÍ TAI BIẾN.

- Tổn thương các tạng lân cận: Xử lý tùy theo thương tổn.

2. Sau phẫu thuật

- Rò nước tiểu sau mổ: Nên đặt ống thông niệu quản bằng sonde double J, chụp kiểm tra xem sonde JJ đúng vị trí hay không.

- Nhiễm khuẩn niệu: Điều trị kháng sinh phối hợp, theo kháng sinh đồ.

- Chảy máu: Mổ lại

CẮT THẬN RỘNG RÃI, NẠO VÉT HẠCH

I. ĐẠI CƯƠNG

Ung thư thận là bệnh ung thư bắt nguồn từ tế bào biểu mô ống thận. Thận là hai cơ quan hình hạt đậu, nằm ở sau phúc mạc, phía sau cơ bụng. Mỗi quả thận ở một bên của cột sống. Ung thư tế bào chuyển tiếp có ảnh hưởng đến niệu quản, cũng có thể bắt đầu trong thận. Trẻ em có nhiều khả năng phát triển loại ung thư thận được gọi là u Wilms. Tỷ lệ mắc ung thư thận ngày càng tăng, mặc dù nó không rõ lý do tại sao. Nhiều bệnh ung thư thận được phát hiện trong quá trình làm thủ tục cho các bệnh hay điều kiện khác. Hình ảnh chụp cắt lớp vi tính (CT) đang được sử dụng thường xuyên hơn, có thể dẫn đến việc phát hiện ung thư thận nhiều hơn nữa. Phẫu thuật là phương pháp điều trị chính, hiệu quả đối với ung thư thận.

II. CHỈ ĐỊNH

- Cho ung thư thận giai đoạn còn có khả năng phẫu thuật được từ T1-T4
- Đối với phẫu thuật nội soi hiện nay chỉ định T1, T2

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Không có chống chỉ định tuyệt đối
- Chống chỉ định tương đối với người bệnh thể trạng già yếu, có bệnh lý toàn thân nặng không chịu đựng được cuộc mổ
- Chống chỉ định của bơm hơi ổ bụng với trường hợp mổ nội soi

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện:

- Kíp mổ: phẫu thuật viên chính (phẫu thuật viên tiết niệu) và 2 phụ mổ, điều dưỡng dụng cụ.
- Bác sỹ gây mê và phụ mê
- 1 người dụng cụ chạy ngoài

2. Người bệnh

- Làm bilan trước mổ đánh giá: chức năng thận, tính trạng nhu mô thận đối diện, mức độ thiếu máu, các bệnh lý toàn thân, khả năng suy thận sau mổ
- Thụt tháo, test kháng sinh trước mổ
- Giải thích cho người bệnh và người nhà cách thức mổ, tác dụng chữa bệnh của phẫu thuật, những nguy cơ, biến chứng có thể xảy ra.

3. Phương tiện:

- Nếu mổ mở: dùng bộ dụng cụ đơn thuần tiết niệu, cần thêm clamp mạch máu, bộ dụng cụ mạch máu khi cần can thiệp mạch.
- Phẫu thuật nội soi: dàn máy nội soi, bộ dụng cụ phẫu thuật nội soi, Clip titan, Hemolock.

4. Thời gian phẫu thuật: tùy từng người bệnh và phương pháp mổ có thể từ 90 đến 200 phút.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. **Tư thế:** Người bệnh có thể nằm nghiêng hoặc ngửa tùy đường mổ, độn gối dưới lưng.
2. **Vô cảm:** tê tuỷ sống hoặc mê nội khí quản.
3. **Kỹ thuật:**

- Rạch da: sườn thắt lưng hoặc dưới sườn. Nếu mổ nội soi thì đặt trocar.
- Tạo khoang ngoài phúc mạc hoặc vén ruột và hạ đại tràng nếu đi vào ổ bụng.
- Phẫu tích tìm niệu quản, cặp và cắt niệu quản
- Phẫu tích cuống thận, tách riêng động mạch và tĩnh mạch thận, bạch mạch, hạch cuống thận.
- Cặp và cắt động mạch và tĩnh mạch thận sát gốc.
- Lấy bỏ thận cùng toàn bộ tổ chức mỡ quanh thận thận một khối, phía trên là cơ hoành, phía dưới và sau ngoài là cơ thắt lưng, phía trong là phúc mạc.
- Cắt tuyến thượng thận nếu u ở cực trên thận.
- Nạo vét hạch cuống thận và hạch dọc động mạch chủ, tĩnh mạch chủ nếu có.
- Cầm máu kỹ.
- Dẫn lưu ổ mổ.
- Đóng bụng.

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

1. Theo dõi:

- Chảy máu: do tụt cặp mạch máu cuống thận. Phải mổ lại ngay cầm máu nhanh, để muộn người bệnh có thể tử vong trong giây lát. Chảy máu từ các mạch máu nhỏ quanh thận: nếu khối máu tụ hố thận to, cần mổ lại cầm máu và lấy máu cục.
- Rò bạch huyết: xảy ra những ngày sau mổ, dẫn lưu ổ mổ ra dịch trắng như sữa, xét nghiệm xác nhận dưỡng chấp.
- Nhiễm khuẩn vết mổ.
- Rò đại tràng, tá tràng, ruột non: do u lớn ăn vào các tạng lân cận.

2. Xử trí tai biến

- Chảy máu: nếu do tuột chỗ buộc cuống thận phải mổ lại cầm máu.
- Rò bạch huyết: bơm dung dịch iod hoặc nếu nặng phải mổ lại bóc bạch huyết.

NỐI NIỆU QUẢN – ĐÀI THẬN

I. ĐẠI CƯƠNG

Phẫu thuật nối niệu quản đài thận là phẫu thuật ít được thực hiện trong ngoại khoa tiết niệu, tuy nhiên trong những trường hợp khó nó lại là cứu cánh giúp người thầy thuốc có thể giữ lại thận cho người bệnh mà không cần thực hiện những kĩ thuật quá phức tạp.

II. CHỈ ĐỊNH

Những trường hợp hẹp bể thận, niệu quản (NQ) mà không thể nối NQ vào bể thận theo cách thông thường như: bể thận viêm mủn hoại tử, NQ còn lại ngắn không nối tới bể thận được.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Khi còn có thể nối với bể thận thông thường sẽ không thực hiện phương pháp này
- Chống chỉ định chung của phẫu thuật, người bệnh già yếu, bệnh toàn thân nặng không thể thực hiện phẫu thuật

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện:

- Kíp mổ: phẫu thuật viên chính và 2 phụ mổ, điều dưỡng dụng cụ
- Bác sỹ gây mê và phụ mê
- 1 người dụng cụ chạy ngoài

2. Người bệnh:

- Làm bilan trước mổ đánh giá: chức năng thận, tình trạng nhu mô thận có sỏi, mức độ thiếu máu, các bệnh lý toàn thân.
- Thụt tháo, test kháng sinh trước mổ.
- Giải thích cho người bệnh và người nhà cách thức mổ, những nguy cơ, biến chứng có thể xảy ra.

3. Phương tiện:

- Bộ phẫu thuật tiết niệu mổ mở thận đơn thuần.
- 2 clam mạch máu cuống thận nửa cong.

4. Thời gian phẫu thuật:

Tùy thuộc vào nguyên nhân của bệnh, người bệnh mổ đi hay mổ lại, số lần mổ lại, thương tổn trong mổ mà thời gian phẫu thuật rất biến đổi, có thể từ 90 phút cho tới 4 - 5 giờ đồng hồ.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Tư thế:

- Thông thường nằm nghiêng 90^0 về bên tổn thương, độn gối dưới lưng.
- Có thể nằm ngửa trong 1 số ít trường hợp.

2. Vô cảm: Tê tủy sống hoặc mê nội khí quản

3. Kỹ thuật:

- Rạch da sườn thắt lưng 12 - 15cm tùy trường hợp, có thể cắt xương sườn 12 hoặc không.

- Tạo khoang ngoài phúc mạc

- Thông thường người bệnh mổ lại, phải gỡ dính vào NQ, bể thận

- Hạ toàn bộ thận

- Bộc lộ NQ dài tối đa

- Nếu bể thận viêm mủn, mất đoạn NQ hoặc NQ xơ hẹp trên đoạn dài sau khi cắt không nối tới bể thận được dù đã hạ thận thì khâu kín bể thận lại.

- Tìm vị trí nhu mô thận cực dưới sao cho: thấp nhất, chỗ nhu mô thận giãn mỏng nhất, mở nhu mô 1cm ở vị trí đó.

- Nếu vị trí mở, nhu mô còn dày chảy máu nhiều thì khâu cầm máu trước hoặc dùng clamp cuống thận cho đỡ chảy máu.

- Nối NQ với đài thận dưới trên sonde JJ mũi rời.

- Cố định thận xuống thấp

- Cầm máu kĩ

- Dẫn lưu hố thận

- Đóng bụng

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

1. Theo dõi

- Chảy máu

- Dó nước tiểu

- Hẹp tái phát sau rút JJ

2. Xử trí tai biến

- Chảy máu: nếu ít điều trị nội khoa, nếu nội khoa không kết quả có thể can thiệp nút mạch hoặc phẫu thuật lại cầm máu.

- Rò nước niểu: lưu dẫn lưu và JJ lâu ngày thông thường sẽ tự hết. Nếu không hết mổ lại đóng rò.

TẠO HÌNH NIỆU QUẢN DO PHÌNH TO NIỆU QUẢN

I. ĐẠI CƯƠNG

- Phình to niệu quản (NQ) thường bẩm sinh do chít hẹp NQ đầu dưới hoặc do trào ngược niệu quản.

- Phẫu thuật tạo hình NQ do phình to NQ thực ra là cắm lại niệu quản vào bàng quang (BQ) được thực hiện từ trong hay ngoài bàng quang với điều kiện không gây chít hẹp hoặc trào nước tiểu ngược dòng (thường cắm NQ ngoài BQ).

II. CHỈ ĐỊNH

- Phình to NQ có chít hẹp bẩm sinh hoặc mắc phải.

- Trào ngược gây giãn to NQ

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Hẹp NQ có chức năng thận bệnh lý < 15% (xạ hình thận), tổn thương đường niệu trên (u, lao tiến triển…)

- Bệnh lý nặng đường tiết niệu dưới

+ Bàng quang teo nhỏ

+ Hẹp niệu đạo, van niệu đạo chưa được điều trị.

- Bệnh nội khoa nặng đang tiến triển (tim mạch, phổi, nhiễm khuẩn…) cản trở phẫu thuật.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện: bác sỹ chuyên khoa I-II, bác sỹ chuyên khoa tiết niệu.

2. Người bệnh:

- Chụp niệu đồ tĩnh mạch (UIV), cắt lớp vi tính, xét nghiệm đánh giá chức năng thận.

- Điều trị hết nhiễm khuẩn niệu hoặc các bệnh toàn thân nếu có.

- Hồ sơ bệnh án thực hiện theo quy định.

- Giải thích cho người bệnh và người nhà cách thức mổ, tác dụng chữa bệnh của phẫu thuật, những nguy cơ, biến chứng có thể xảy ra

3. Phương tiện

- Phòng mổ và bàn mổ niệu khoa thông thường.

- Dụng cụ phẫu thuật sau phúc mạc.

- Sonde JJ số 6 hoặc 7 Fr, dây dẫn đường đặt JJ, chỉ vicryl 4/0, 5/0

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

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

2. Vô cảm: gây mê nội khí quản / tê tủy sống / tế ngoài màng cứng

3. Kỹ thuật:

- Rạch da theo đường chéo bụng, vùng hố chậu

- Bóc tách bộ lộ niệu quản chú ý các mạch máu nuôi dưỡng niệu quản, niệu quản thường giãn to như quai ruột, phẫu tích theo niệu quản xuống đến vị trí sát bàng quang. Cắt NQ và phải tạo hình làm nhỏ lại phần NQ để cắm vào BQ.

- Bộc lộ thành bên BQ : có 2 phương pháp cắm NQ vào BQ

a. Cắm NQ trong BQ theo phương pháp Politano-Leadbetter

+ Mở BQ và banh 2 mép BQ

+ Dùng dao xuyên qua thành bên BQ gần vùng tam giác. Kéo đoạn NQ qua lỗ thông.

+ Bóc tách niêm mạc BQ dưới lỗ thông trên một đoạn 1- 1,5 cm. Kéo dần NQ xuống lỗ thông niêm mạc.

+ Cắt vát đầu NQ và khâu đính 2 mũi vào lớp cơ niêm BQ.

+ Đặt ống thông JJ niệu quản. Khâu tăng cường mũi rời quanh lỗ NQ.

b. Cắm NQ ngoài BQ theo phương pháp Lich-Gregoir

+ Rạch bên ngoài thành bên BQ một đường 2cm cho đến niêm mạc. Bóc tách lớp niêm mạc ra khỏi lớp cơ BQ.

+ Rạch chỗ thấp nhất niêm mạc BQ, đính NQ sau khi bổ dọc NQ 5 mm

+ Đính đầu NQ vào lỗ thông niêm mạc, đặt ống thông NQ JJ, khâu vắt quanh miệng nối băng chỉ 5/0.

+ Phủ lớp cơ bàng quang trên đoạn NQ.

Quan sát tổng thể phẫu trường, dụng cụ, cầm máu, đặt dẫn lưu, đóng bụng.

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

- Chít hẹp chỗ cắm NQ vao BQ: nong chỗ hẹp và đặt ống thông JJ niệu quản 6 tuần.

- Rò nước tiểu chỗ cắm NQ: đặt catheter niệu quản 6 tuần đến lúc hết rò..

CẮM LẠI NIỆU QUẢN – BÀNG QUANG

I. ĐẠI CƯƠNG

Cắm lại niệu quản (NQ) vào bàng quang (BQ) được thực hiện từ trong hay ngoài bàng quang với điều kiện không gây chít hẹp niệu quản hoặc trào nước tiểu bàng quang niệu quản ngược dòng.

II. CHỈ ĐỊNH

- Tổn thương niệu quản sau vết thương, sau phẫu thuật phụ khoa và ở khung chậu.
- Chít hẹp niệu quản 1/3 dưới do sỏi, do lao, sau tán soi nội soi ngược dòng
- Trào ngược dòng nước tiểu bẩm sinh
- U bàng quang cạnh lỗ NQ (sau cắt u BQ)
- Phình to NQ có chít hẹp hoặc trào ngược.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Tổn thương NQ 1/3 dưới đoạn dài > 5 cm
- Hẹp NQ có chức năng thận bệnh lý < 15% (xạ hình thận), tổn thương đường niệu trên(u, lao tiến triển…)
- Bệnh lý nặng đường tiết niệu dưới

+ Bàng quang teo nhỏ

+ Hẹp niệu đạo, van niệu đạo chưa được điều trị.

- Bệnh nội khoa nặng đang tiến triển (tim mạch, phổi, nhiễm khuẩn…) cản trở phẫu thuật.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện: bác sỹ chuyên khoa I – II, bác sỹ chuyên khoa tiết niệu.

2. Người bệnh

- Chụp niệu đồ tĩnh mạch (UIV), cắt lớp vi tính, xét nghiệm đánh giá chức năng thận
- Điều trị hết nhiễm khuẩn niệu hoặc các bệnh toàn thân nếu có.
- Hồ sơ bệnh án thực hiện theo quy định.
- Giải thích cho người bệnh và người nhà cách thức mổ, tác dụng chữa bệnh của phẫu thuật, những nguy cơ, biến chứng có thể xảy ra

3. Phương tiện

- Phòng mổ và bàn mổ niệu khoa thông thường
- Dụng cụ phẫu thuật sau phúc mạc
- Sonde double J 6 hoặc 7 F, guide, chỉ vicryl 4/0, 5/0

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

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

2. Vô cảm : gây mê nội khí quản / tê tủy sống / tê ngoài màng cứng

3. Kỹ thuật:

- Rạch da theo đường chéo bụng

- Bóc tách bộ lộ niệu quản chú ý các mạch máu nuôi dưỡng niệu quản, phẫu tích theo niệu quản xuống đến vị trí hẹp sát bàng quang. Cắt đoạn NQ.

- Bộc lộ thành bên BQ : có 2 phương pháp cắm NQ vào BQ

- Cắm NQ trong BQ theo phương pháp Politano – Leadbetter

. Mở BQ và banh 2 mép BQ

. Dùng dao xuyên qua thành bên BQ gần vùng tam giác. Kéo đoạn NQ qua lỗ thông.

. Bóc tách niêm mạc BQ dưới lỗ thông trên một đoạn 1- 1,5 cm. Kéo dần NQ xuống lỗ thông niêm mạc.

. Cắt vát đầu NQ và khâu đính 2 mũi vào lớp cơ niêm BQ.

. Đặt ống thông JJ niệu quản. Khâu tăng cường mũi rời quanh lỗ NQ.

Cắm NQ ngoài BQ theo phương pháp Lich - Gregoir

. Rạch bên ngoài thành bên BQ một đường 2cm cho đến niêm mạc. Bóc tách lớp niêm mạc ra khỏi lớp cơ BQ.

. Rạch chỗ thấp nhất niêm mạc BQ, đính NQ sau khi bổ dọc NQ 5 mm

. Đính đầu NQ vào lỗ thông niêm mạc, đặt ống thông JJ, khâu vắt quanh miệng nối băng chỉ 5/0.

. Phủ lớp cơ bàng quang trên đoạn NQ.

Quan sát tổng thể phẫu trường, dụng cụ, cầm máu, đặt dẫn lưu, đóng bụng.

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

1. Trong phẫu thuật

- NQ còn quá ngắn: kéo 1 góc BQ cố định vào cơ thắt lưng chậu và cắm NQ, hạ thận xuống.

- Niêm mạc BQ viêm dày: nên cắm NQ trong BQ và rạch lớp NM để bóc tách trước khi phủ niêm mạc lên NQ.

2. Sau phẫu thuật

- Chít hẹp chỗ cắm NQ vao BQ: nong chỗ hẹp và đặt ống thông JJ 6 tuần.

- Rò nước tiểu chỗ cắm NQ: đặt catheter trong 6 tuần đến lúc hết rò.

ĐƯA NIỆU QUẢN RA DA ĐƠN THUẦN VÀ THẮT ĐỘNG MẠCH CHẬU TRONG

I. ĐẠI CƯƠNG

Đưa niệu quản ra da đơn thuần là phẫu thuật không giải quyết nguyên nhân gây tắc mà chỉ chuyển dòng nước tiểu ra ngoài không xuống bàng quang để giải quyết tình trạng suy thận.

II. CHỈ ĐỊNH

– Các bệnh lý ung thư giai đoạn muộn xâm lấn hai lỗ niệu quản gây suy thận như ung thư bang quang giai đoạn IV, ung thư tuyến tiền liệt, ung thư trực tràng, ung thư cổ tử cung…

– Các tổn thương niệu quản 1/3 dưới không thể giải quyết nguyên nhân như mất đoạn niệu quản, xơ hẹp niệu quản do xạ trị.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

– Chống chỉ định với các bệnh đang tiến triển như suy gan, bệnh tim mạch, tiểu đường, rối loạn đông máu.

– Thận mất chức năng.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện:

– Phẫu thuật viên (PTV) chính là bác sĩ chuyên khoa ngoại tiết niệu.
– Số lượng PTV phụ mổ: 2 phụ mổ
– 1 điều dưỡng dụng cụ
– 1 điều dưỡng chạy ngoài
– 1 bác sĩ gây mê, 1 bác sĩ phụ mê.

2. Người bệnh:

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

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

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

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

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

– Hồ sơ Người bệnh, xét nghiệm cơ bản, phim XQ phổi, phim XQ hệ tiết niệu, phim niệu đồ tĩnh mạch, phim cắt lớp vi tính.

– Xét nghiệm vi khuẩn, khán sinh đồ để điều trị nhiễm khuẩn.

3. Phương tiện dụng cụ: Bộ dụng cụ đại phẫu bao gồm:

– Bàn mổ có thể điều khiển quay các tư thế khi cần thiết
– Dao điện đơn cực, dao điện lưỡng cực bipolar
– Máy hút
– Dao mổ lạnh, cán dao, kìm kẹp kim đủ các loại từ kìm cặp chỉ nhỏ đến chỉ to, 1 kìm kẹp kim mạch máu, 20 pince cong, 2 pharabuf, 2 hartman, 1 bộ panh tự động, 1 van sâu, 1 van nông, 1 van maleat, 2 kéo phẫu tích: to, 1 nhỏ, 2 kéo cắt chỉ: 1 dài, 1 ngắn.
– Các loại chỉ: tuỳ từng bệnh lý mà phẫu thuật cần số lượng chỉ khác nhau trung bình cần 2 sợi chỉ tiêu chậm 2/0, 4 sợi chỉ tiêu cậm 4/0, 3 sợi chỉ đơn sợi không

tiêu 3/0, 2 sợi chỉ to tiêu chậm 1/0, 1 sợi perlon hoặc 2 sợi chỉ to không tiêu để thắt động mạch chậu trong 2 bên.
- 1 hoặc 2 ống dẫn lưu silicon
- 2 sonde hút nhớt
- 2 túi nước tiểu

4. Dự kiến thời gian phẫu thuật: tuỳ theo nguyên nhân và độ khó của phẫu thuật, trung bình từ 90 đến 150 phút.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Tư thế: Người bệnh nằm ngửa

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

3. Kỹ thuật:
- Sát khuẩn rộng trường mổ.
- Đường rạch da tùy theo số bên tổn thương: Nếu đưa một bên thì rạch da đường trắng bên, nếu đưa hai bên thì rach đường trắng giữa dưới rốn hoặc đường trắng bên hai bên.
- Bóc tách vào khoang ngoài phúc mạc
- Bộc lộ động mạch chậu trong 2 bên, phẫu tích cẩn thận, tỉ mỉ tránh gây chảy máu do vùng này có hệ thống mạch máu phong phú, cùng với các đám rối tĩnh mạch chằng chịt.
- Thắt động mạch chậu trong 2 bên, buộc bằng chỉ không tiêu.
- Bộc lộ niệu quản: niệu quản có màu trắng ngà giãn to, bộc lộ niệu quản dài tối đa.
- Cắt niệu quản đầu dưới, khâu hoặc buộc đầu niệu quản để lại.
- Tạo đường hầm qua thành bụng, đưa niệu quản qua thàng bụng.
- Khâu niệu quản lộn mép ra ngoài với thành bụng trên sonde hút nhớt tuỳ kích thước niệu quản. Khâu bằng chỉ tiêu chậm 4/0.
- Cố định sonde, nối vào 2 túi nước tiểu
- Cầm máu kỹ diện bóc tách
- Đặt dẫn lưu sau phúc mạc.
- Đóng bụng theo giải phẫu.

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

1. Theo dõi:
- Theo dõi toàn thân: mạch, huyết áp, nhiệt độ.
- Đánh giá tình trạng nhiễm trùng, chảy máu sau mổ.
- Theo dõi ống dẫn lưu.
- Theo dõi lượng nước tiểu 24h.
- Điều trị dự phòng nhiễm khuẩn bằng kháng sinh.
- Rút dẫn lưu ổ bụng sau 3-4 ngày, thay sonde niệu quản 01 tháng/01 lần.

2. Tai biến:

- Nhiễm khuẩn tiết niệu, nhiễm khuẩn vùng mổ: điều trị chống nhiễm khuẩn, thay băng rửa vết thương hàng ngày

- Biến chứng chảy máu: truyền máu nếu mất máu trong mổ nhiều, chảy máu sau mổ tuỳ mức độ có thể điều trị nội khoa hoặc phải mổ lại để cầm máu.

- Tắc dẫn lưu niệu quản ra da: bơm thông hoặc thay sonde mới.
- Tắc ruột sớm sau mổ: ít gặp

PHẪU THUẬT MỞ RỘNG BÀNG QUANG BẰNG ĐOẠN HỒI TRÀNG

I. ĐẠI CƯƠNG

Khi bàng quang bị mất sức chứa vì bất kỳ một lý do nào đó thì mở rộng bàng quang bằng ruột nonlà giải pháp duy nhất được lựa chọn. Thông thường đoạn ruột được ghép vào phần đỉnh bàng quang và phần đáy bàng quang vẫn được giữ lại.

II. CHỈ ĐỊNH

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

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

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Khi có tắc nghẽn cổ bàng quang, hẹp niệu đạo

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện:

- Hai phẫu thuật viên chính, hai bác sỹ phụ mổ
- Một phẫu thuật viên chuyên khoa niệu

2. Người bệnh:

- Được chuẩn bị như mổ phiên thông thường, cần cho uống Fortrans làm sạch ruột từ hôm trước mổ.
- Bù nước điện giải, nâng cao thể trạng. Xét nghiệm trong giới hạn bình thường, đặt biệt là protein máu.
- Giải thích cho người bệnh và người nhà cách thức mổ, tác dụng chữa bệnh của phẫu thuật, những nguy cơ, biến chứng có thể xảy ra

3. Thời gian phẫu thuật: 150-180 phút

3. Phương tiện: bộ phẫu thuật đại phẫu.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Tư thế: Người bệnh nằm ngửa

2. Vô cảm: Gây mê toàn thân

3. Kỹ thuật

Bước 1: Rạch da đường trắng giữa dưới rốn kéo dài lên trên rốn

Bước 2: Bộc lộ vào ổ bụng

Bước 3: Phẫu tích bàng quang, bộc lộ vùng đỉnh và hai bàng quang

Bước 4: Mở ngang bàng quang ở vùng đỉnh

Bước 5: Chuẩn bị đoạn ruột ghép: lấy một doạn hồi tràng <20cm giữ nguyên mạch nuôi, cắt rời khỏi đường tiêu hóa.

Bước 6: Khâu phục hồi lại lưu thông đường tiêu hóa, tận tận hai lớp

Bước 7: Biệt lập quai ruột ghép ra ngoài phúc mạc

Bước 8: Mở dọc quai ruột theo bờ tự do

Bước 9: Khâu nối ruột ghép với vùng đáy bàng quang.

Bước 10: Đặt ống thông niệu đạo 3 chạc, rửa bàng quang liên tục. Rút ống thông niệu đạo sau hai tuần.

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

1. Theo dõi

- Chảy máu: Người bệnh nhợt, mạch nhanh huyết áp tụt. Ống dẫn lưu ra máu đỏ tươi.

- Viêm phúc mạc do rò miệng nối tiêu hóa: Xuất hiện ở những ngày tiếp theo sau mổ. Người bệnh có hội chứng nhiễm trùng. Bụng chướng, đau, có cảm ứng phúc mạc. Siêu âm nhiều dịch ổ bụng. Tách vết mổ có dịch tiêu hóa trào ra.

2. Xử trí:

- Mở lại cầm máu

- Mổ lại làm sạch ổ bụng, có thể làm lại miệng nối hoặc đưa hai đầu ruột ra ngoài.

PHẪU THUẬT GHÉP CƠ CỔ BÀNG QUANG

I. ĐẠI CƯƠNG

Phẫu thuật ghép cơ cổ bàng quang hoặc phẫu thuật đặt vạt cân cơ tự thân treo cổ bàng quang để điều trị đái rỉ gắng sức ở sức nữ.

II. CHỈ ĐỊNH

Đái rỉ gắng sức ở phụ nữ

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Khi có tắc nghẽn cổ bàng quang, hẹp niệu đạo

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện: một phẫu thuật viên chính, hai bác sỹ phụ mổ.

2. Người bệnh: được chuẩn bị như mổ phiên thông thường

3. Phương tiện: bộ phẫu thuật đại phẫu.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Tư thế: Người bệnh đặt ở tư thế sản khoa

2. Vô cảm: gây mê toàn thân hoặc gây tê tủy sống

3. Kỹ thuật:

Bước 1. Rạch da đường Pfannenstiel dài từ 10-12cm, trên xương mu 2cm

Bước 2. Lấy một vạt cân ngay dưới đường rạnh da dài 10-12cm, rộng 1cm. Ngâm dải cân vào nước muối sinh lý.

Bước 3. Mở cân trắng đường giữa dưới rốn đi vào khoang Retzius

Bước 4. Bộc lộ dây chằng Cooper hai bên

Bước 5. Bộc lộ cổ bàng quang và phần đầu của niệu đạo

Bước 6. Nội soi bàng quang để xác định vị trí cổ bàng quang.

Bước 7. Rạch mở thành trước âm đạo để đặt dải cân

Bước 8. Khâu cố định dải cân vào dây chằng Cooper hai bên.

Bước 9. Đặt dẫn lưu và đóng lại thành bụng

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

1. Theo dõi:

- Nhiễm trùng vết mổ: vết mổ tấy đỏ, có mưng mủ, tụ máu tầng sinh môn.
- Đái khó sau mổ: sau rút sonde tiểu nếu đái khó hoặc không đái được.

2. Xử trí tai biến:

- Nhiễm trùng: thay băng, đặt gặc tẩm bétadine âm đạo
- Đái khó, bí đái: đặt lại ống thông niệu đạo, lưu ống thông 3 ngày.

PHẪU THUẬT BÀNG QUANG LỘ NGOÀI BẰNG NỐI BÀNG QUANG VỚI TRỰC TRÀNG THEO KIỂU DUHAMEL

I. ĐẠI CƯƠNG

Bàng quang lộ ngoài là dị tật bẩm sinh nặng nhất của hệ tiết niệu thấp, bệnh không chỉ có bàng quang lộ ngoài mà còn phối hợp các thương tổn niệu đạo, cơ thắt vân (tật lỗ đái trên), không có thành bụng dưới rốn, khớp mu toác rộng, kèm theo dị tật ở tầng sinh môn và cơ quan sinh dục. Điều trị bàng quang lộ ngoài rất phức tạp và kết quả thường không được như mong muốn. Tái tạo lại bàng quang là giải pháp lý tưởng với điều kiện đường tiết niệu bình thường không có trào ngược bàng quang niệu quản, thành bụng đủ chắc. Thì chủ yếu là đóng bàng quang.

II. CHỈ ĐỊNH

Bàng quang lộ thiên.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Người bệnh những người không thể hay không chịu đặt thông tiểu ngắt quản không nên làm phẫu thuật này vì khả năng rất cao phải đặt thông tiểu kéo dài.

Người bệnh có viêm đại ruột mãn tính (đặc biệt bệnh Crohn), ruột ngắn hay ruột phải bị xạ trị, bướu bàng quang, viêm bàng quang xạ trị nặng, suy thận nặng không nên làm phẫu thuật này.

Người bệnh chịu đựng phẫu thuật kém hay người bệnh không còn sống lâu nữa thì nên xem xét các phương pháp khác thay vì phẫu thuật mở rộng bàng quang như tiếp tục điều trị nội khoa hay sử dụng phương pháp ít phức tạp hơn.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện: phẫu thuật viên (PTV) chuyên khoa tiết niệu được đào tạo 1 PTV tiết niệu và 2 - 3 PTV ngoại chung.

2. Phương tiện: Bộ dụng cụ trung- đại phẫu.

3. Người bệnh: giải thích kỹ trước phẫu thuật nhất, các tai biến và biến chứng có thể xảy ra trong và sau mổ.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Tư thế: tư thế sản khoa

2. Vô cảm: gây mê toàn thân

3. Kỹ thuật:

* Thì chủ yếu: đóng bàng quang

- Trẻ 3-6 tháng tuổi: khép xương mu và cố định lại để tạo hình bàng quang được dễ dàng.

- Trẻ lớn: đục khớp cùng chậu để khép xương mu. Đây là phẫu thuật nặng, đóng bàng quang khó khăn có khi phải phẫu thuật nhiều lần.

* Các thì sau cần thiết

- Phẫu thuật điều trị chống trào ngược bàng quang niệu quản (phương pháp Cohen).
- Tái tạo niệu đạo (7-10 tuổi): phương pháp Young- Dees.

- Phân lưu dòng nước tiểu : tạo hình bàng quang bằng trực tràng hoặc đại tràng xichma kiểu Duhamel.

Thường mổ bụng đường giữa, mặc dù có thể sử dụng đường ngang bụng dưới nếu không lấy đoạn ruột là dạ dày. Trước khi cắt đoạn ruột, di chuyển đoạn ruột đó tới bàng quang thử để đảm bảo không căng khi nối vào bàng quang. Đoạn ruột luôn luôn phải có cuống mạch máu. Sau khi nối ruột xuống bàng quang phải khâu lại mạc nối phòng ngừa thoát vị nội. Để tránh hoại tử khâu nối ruột nên không quá 8 cm từ cung mạch máu.

Phải che chắn kỹ lưỡng vết mổ và cơ quan trong ổ bụng vì nguy cơ nhiễm trùng do tiếp xúc dịch tiêu hóa. Đoạn ruột được cô lập đó nên rửa sạch dịch ruột. Đoạn ruột sau đó sẽ được cuốn ống bằng cách dùng dao điện xẻ bờ tự do. Khâu ruột nên tiến hành khâu 1 lớp toàn bộ bề dầy của thành ruột bằng mũi liên tục chỉ tan, lớp niêm mạc nên lộn vào trong. Đoạn ruột đắp vào bàng quang có hình bán nguyệt có tác dụng làm tăng thể tích bàng quang. Khâu nối ruột vào bàng quang nguyên thủy rất quan trọng. Mở bàng quang ra da, dẫn lưu cạnh bàng quang đề phòng thoát nước tiểu.

Đại tràng sigma là đoạn đại tràng thường sử dụng nhất trong phẫu thuật mở rộng bàng quang. Đoạn sigma dài 14-20cm. Đoạn sigma rất co kéo nên tạo thành ống nên cẩn thận vì quan trọng. Đường mổ và bộc lộ cũng tương tự như khi làm bằng hồi tràng. (Lấy đoạn hồi tràng cách van hồi manh tràng 15-20cm, để bảo tồn chức năng hấp thu của đoạn cuối hồi tràng. Lấy một đoàn hồi tràng dài khoảng 15-40 cm (thông thường 25cm), phụ thuộc vào tuổi người bệnh và thể tích bàng quang muốn đạt được bao nhiêu. Túi hình chữ U như hình vẽ, nếu sử dụng đoạn ruột quá dài thì có thể xếp thành chữ S hay W). Trong khi làm nên kiểm tra xem có bệnh gì của đoạn ruột không.

VI. TAI BIẾN VÀ BIẾN CHỨNG

Cần duy trì thông tiểu và thông mở bàng quang ra da, bơm rửa thông mở bàng quang ra da thực hiện 3 lần trong ngày để làm sạch dịch ruột trong bàng quang. Dẫn lưu vùng chậu có thể rút nếu chắc chắn không còn nguy cơ rò nước tiểu nữa, bằng chứng là dịch ra hàng ngày giảm dần.

VII. TAI BIẾN VÀ BIẾN CHỨNG

Cần duy trì thông tiểu và thông mở bàng quang ra da, bơm rửa thông mở bàng quang ra da thực hiện 3 lần trong ngày để làm sạch dịch ruột trong bàng quang. Dẫn lưu vùng chậu có thể rút nếu chắc chắn không còn nguy cơ rò nước tiểu nữa. Bằng chứng là dịch ra hàng ngày giảm dần.

MỔ SA BÀNG QUANG QUA NGÕ ÂM ĐẠO
(TẠO HÌNH THÀNH TRƯỚC ÂM ĐẠO)

I. ĐẠI CƯƠNG

Sa bàng quang là do phần dưới của bàng quang tụt qua lỗ cơ quan sinh dục ngoài, đẩy thành trước của âm đạo ra ngoài âm hộ. Hiện tượng này gây cảm giác nặng tức chèn đẩy âm đạo hoặc còn theo các rối loạn về đường tiểu tiện: không giữ được nước tiểu khi gắng sức hoặc là tiềm tàng bị che đậy bởi khối bàng quang bị sa chẹn vào và chỉ phát hiện khi bắt đầu can thiệp.

II. CHỈ ĐỊNH

Bàng quang lộ thiên, sa ra ngoài âm hộ (sa bàng quang độ III, độ IV).

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Người bệnh già yếu không đảm bảo gây mê, gây tê.

IV. CHUẨN BỊ

1. **Người thực hiện**: phẫu thuật viên (PTV) chuyên khoa tiết niệu được đào tạo 1 PTV tiết niệu và 2 -3 PTV ngoại chung.
2. **Phương tiện:** Bộ dụng cụ trung- đại phẫu
3. **Người bệnh:** giải thích kỹ trước phẫu thuật nhất là các tai biến và biến chứng có thể xảy ra trong và sau mổ. Giải thích cho người bệnh và người nhà cách thức mổ, tác dụng chữa bệnh của phẫu thuật, những nguy cơ, biến chứng có thể xảy ra.
4. **Thời gian phẫu thuật:** 100-120 phút

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Tư thế: tư thế sản khoa, đầu thấp.

2. Vô cảm: gây mê toàn thân

3. Kỹ thuật:

- Đặt thông đái có bóng trước mổ.
- Đường mổ hoàn toàn theo đường âm đạo
- Khâu hẹp âm đạo ở thành trước

+ Bộc lộ thành trước âm đạo bằng 4 mũi chỉ: một ở phía trên của thành âm đạo ngay dưới miệng sáo. Hai chỉ ở phía bên kéo thành trước âm đạo ra hai phía bên của đường rạch ở giữa. Một sợi chỉ ở phía dưới kéo cổ tử cung về phía dưới.

+ Rạch thành âm đạo: bắt đầu cách lỗ đái 1,5-2cm đi xuống dưới cách cổ tử cung 1,5-2cm. Đường rạch lấy hết thành âm đạo, dừng lại khi tiếp cận cân bao quanh bàng quang.

+ Bóc tách bàng quang ra khỏi thành âm đạo: tách được toàn bộ bàng quang khỏi thành âm đạo, trừ vùng niệu đạo phía dưới lỗ đái.

+ Cắt đoạn một phần thành trước âm đạo: cắt bỏ thành âm đạo do thoát bị của bàng quang.

+ Khâu thành âm đạo: đảm bảo thu hẹp bàng quang thoát vị mà còn giúp chống đỡ cho bàng quang.

VI. TAI BIẾN VÀ BIẾN CHỨNG

- Nhiễm trùng vết mổ: vết mổ tấy đỏ, có mưng mủ, tụ máu tầng sinh môn.

- Thời gian đặt ống thông tiểu sau mổ: thông thường lưu ống thông tiểu từ 5-7 ngày.

- Đái khó sau mổ: sau rút sonde tiểu người bệnh đái khó hoặc không đái được. Cần nong niệu đạo, làm giãn nở lại thành âm đạo.

- Són tiểu sau mổ: sau khi rút thông tiểu người bệnh còn són tiểu khi ho hoặc hắt hơi, gắng sức.

LẤY SỎI BÀNG QUANG LẦN HAI

I. ĐẠI CƯƠNG

Sỏi bàng quang là bệnh lý thường gặp do sỏi đường niệu trên rơi xuống hoặc hình thành tại bàng quang trong các bệnh lý gây tắc nghẽn đường tiểu dưới (U phì đại, hẹp niệu đạo (HNĐ), bàng quang mất trương lực do bẩm sinh hay mắc phải….). Sỏi bàng quang tái lại lần hai thường hay gặp trong xơ cứng cổ bàng quang, hẹp niệu đạo, u phì đại, bàng quang mất trương lực.

II. CHỈ ĐỊNH

- Sỏi bàng quang lần hai/ HNĐ
- Sỏi bàng quang lần hai/ xơ hẹp cổ bàng quang
- Sỏi bàng quang kích thước lớn không tán sỏi được
- Sỏi bàng quang/ bàng quang thần kinh do bẩm sinh hay sau chấn thương cột sống.

III. CHỐNG CHỈ ĐINH

- Thường khồng có chống chỉ định. Người bệnh có thể chịu được cuộc mổ là có thể thực hiện
- Chống chỉ định trong các trường hợp có bệnh toàn thân nặng, không có khả năng gây tê, mê để mổ.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện: 1 bác sỹ phẫu thuật, 2 người phụ mổ, một dụng cụ viên và một chạy ngoài.

2. Người bệnh: Chuẩn bị mổ như các ca phẫu thuật khác. Vệ sinh bộ phận sinh dục, cạo lông mu, sát khuẩn vùng bụng dưới rốn.

3. Phương tiện: bộ dụng cụ phẫu thuật có van tự động nhỏ, sonde Petzer để dẫn lưu bàng quang khi cần, sonde Foley, chỉ Vicryl 3.0 hay 2.0, sonde dẫn lưu khoang Retzius, chỉ 1.0 đóng cân cơ, chỉ dafilon khâu da.

4. Thời gian phẫu thuật: 30 - 60 phút.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Tư thế: nằm ngửa

2. Vô cảm: tê tủy sống hay mê nội khí quản

3. Kỹ thuật:

- Sát khuẩn bụng vùng mổ từ mũi ức tới khớp mu và 1/3 trên đùi.
- Trải toan, rạch da đường giưa trên xương mu khoảng 5-10 cm theo sẹo mổ cũ qua da, cân cơ bộc lộ mặt trước bàng quang (chú ý phúc mạc phủ mặt trước BQ dính do mổ cũ); khâu treo thành trước bàng quang; mổ bàng quang.
- Lấy sỏi bàng quang, kiểm tra cổ bàng quang, tuyến tiền liệt và 2 lỗ niệu quản.
- Bơm rửa sạch bàng quang, dẫn lưu bằng Petzer (nếu không dẫn lưu bàng quang phải đặt sonde niệu đạo).
- Khâu lại chỗ mở bàng quang bằng chỉ tiêu.

- Dẫn lưu khoang Retzius.
- Khâu treo bàng quang vào thành bụng.
- Đóng cân cơ và da.

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

1. Theo dõi sau mổ:

- Tình trạng toàn thân: Mạch nhiệt độ huyết áp
- Nước tiểu qua dẫn lưu bàng quang hay qua sonde niệu đạo (tránh gập tắc sonde)
- Dịch chảy ra dẫn lưu khoang Retzius
- Tình trạng vết mổ

2. Xử trí tai biến

- Trong mổ có thể rách phúc mạc hay thủng ruột khi bộc lộ bàng quang do dính: Khâu lại, theo dõi sau mổ
- Chảy nước tiểu qua vết mổ, dẫn lưu Retzius: chú ý tránh gập tắc dẫn lưu bàng quang, sonde tiểu. Thay băng tránh nhiễm trùng vết mổ. Bơm rửa bàng quang nếu có máu cục.
- Chảy máu tắc sonde: bơm rửa qua dẫn lưu bàng quang hay sonde niệu đạo lấy hết máu cục, cho rửa bàng quang liên tục, dùng kháng sinh toàn thân, nâng cao thể trạng.

ĐÓNG LỖ RÒ BÀNG QUANG (TRÊN BỤNG)

I. ĐẠI CƯƠNG

Rò bàng quang là trường hợp hiếm gặp. Thường xảy ra trên Người bệnh sau phẫu thuật đường niệu dưới có mở bàng quang (BQ) hay có dẫn lưu bàng quang (DLBQ) sau mổ lấy sỏi BQ, u phì đại, xơ cứng cổ BQ, hẹp niệu đạo…).

II. CHỈ ĐỊNH

- Trường hợp nước tiểu chảy liên tục qua lỗ rò BQ trên bụng, không tự liền được dù đã đặt sonde tiểu giảm áp lâu ngày.

III. CHỐNG CHỈ ĐINH

- Thường không có chống chỉ định. Người bệnh có thể chịu được cuộc mổ là có thể thực hiện
- Chống chỉ định trong các trường hợp có bệnh toàn thân nặng, không có khả năng gây tê, mê để mổ.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện: 1 bác sỹ phẫu thuật, 2 người phụ mổ, một dụng cụ viên và một chạy ngoài.

2. Người bệnh: Chuẩn bị mổ như các ca phẫu thuật khác. Vệ sinh bộ phận sinh dục, cạo lông mu, sát khuẩn vùng bụng dưới rốn.

3. Phương tiện: bộ dụng cụ phẫu thuật có van tự động nhỏ, sonde Petzer để DLBQ khi cần, sonde Foley, chỉ vicryl 3.0 hay 2.0, sonde dẫn lưu khoang Retzius, chỉ 1.0 đóng cân cơ, chỉ dafilon khâu da.

4. Thời gian phẫu thuật: 30 - 60 phút

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Tư thế: nằm ngửa

2. Vô cảm: tê tủy sống hay mê nội khí quản

3. Kỹ thuật:

- Sát khuẩn bụng vùng mổ từ mũi ức tới khớp mu và 1/3 trên đùi
- Trải toan, rạch da đường giưa trên xương mu khoảng 5-10 cm theo sẹo mổ cũ qua da, cân cơ bộc lộ mặt trước BQ (chú ý phúc mạc phủ mặt trước BQ dính do mổ cũ), bộc lộ lỗ rò từ BQ ra thành bụng cắt lọc thành bàng quang chỗ lỗ rò, cắt toàn bộ đường rò ra thành bụng.
- Kiểm tra cổ bàng quang, tuyến tiền liệt và 2 lỗ niệu quản
- Bơm rửa sạch BQ, DLBQ bằng Petzer (nếu không DLBQ phải đặt sonde niệu đạo)
- Khâu lại BQ vicryl (1 hoặc 2 lớp).
- Dẫn lưu khoang Retzius
- Khâu treo bàng quang vào thành bụng
- Đóng cân cơ và da.

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

1. Theo dõi sau mổ

- Tình trạng toàn thân: Mạch, nhiệt độ, huyết áp
- Nước tiểu qua DLBQ hay qua sonde niệu đạo (tránh gập tắc sonde)
- Dịch chảy ra dẫn lưu khoang Retzius
- Tình trạng vết mổ

2. Xử trí tai biến

- Trong mổ có thể rách phúc mạc hay thủng ruột khi bộc lộ BQ do dính: Khâu lại, theo dõi sau mổ
- Chảy nước tiểu qua vết mổ, dẫn lưu Retzius: chú ý tránh gập tắc DLBQ, sonde tiểu. Thay băng tránh nhiễm trùng vết mổ. Bơm rửa BQ nếu có máu cục BQ.
- Chảy máu tắc sonde: bơm rửa qua DLBQ hay sonde niệu đạo lấy hết máu cục, cho rửa bàng quang liên tục, dùng kháng sinh toàn thân, nâng cao thể trạng.

CẮM NIỆU QUẢN VÀO BÀNG QUANG

I. ĐẠI CƯƠNG

Cắm lại niệu quản (NQ) vào bàng quang (BQ) được thực hiện từ trong hay ngoài bàng quang với điều kiện không gây chít hẹp hoặc trào nước tiểu ngược dòng.

II. CHỈ ĐỊNH

- Tổn thương niệu quản sau vết thương, sau phẫu thuật phụ khoa và ở khung chậu.
- Chít hẹp niệu quản 1/3 dưới do sỏi, do lao, sau tán soi nội soi ngược dòng
- Trào ngược dòng nước tiểu bẩm sinh
- U bàng quang cạnh lỗ NQ (sau cắt u BQ)
- Phình to NQ có chít hẹp hoặc trào ngược.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Tổn thương NQ 1/3 dưới đoạn dài > 5 cm
- Hẹp NQ có chức năng thận bệnh lý < 15% (xạ hình thận), tổn thương đường niệu trên (u, lao tiến triển…)
- Bệnh lý nặng đường tiết niệu dưới
  + Bàng quang teo nhỏ
  + Hẹp niệu đạo, van niệu đạo chưa được điều trị.
- Bệnh nội khoa nặng đang tiến triển (tim mạch, phổi, nhiễm khuẩn,…) cản trở phẫu thuật.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện: bác sỹ chuyên khoa I-II, bác sỹ chuyên khoa tiết niệu.

2. Người bệnh

- Chụp niệu đồ tĩnh mạch (UIV), cắt lớp vi tính, xét nghiệm đánh giá chức năng thận
- Điều trị hết nhiễm khuẩn niệu hoặc các bệnh toàn thân nếu có.
- Hồ sơ bệnh án thực hiện theo quy định.

3. Phương tiện

- Phòng mổ và bàn mổ niệu khoa thông thường.
- Dụng cụ phẫu thuật sau phúc mạc.
- Sonde JJ 6 hoặc 7 Fr, guidewire, chỉ vicryl 4/0, 5/0

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

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

2. Vô cảm: gây mê nội khí quản, tê tủy sống, ngoài màng cứng

3. Kỹ thuật:

- Rạch da theo đường chéo bụng
- Bóc tách bộ lộ niệu quản chú ý các mạch máu nuôi dưỡng niệu quản, phẫu tích theo niệu quản xuống đến vị trí hẹp sát bàng quang. Cắt đoạn NQ.
- Bộc lộ thành bên BQ: có 2 phương pháp cắm NQ vào BQ
  Cắm NQ trong BQ theo phương pháp Politano-Leadbetter
  + Mở BQ và banh 2 mép BQ

+ Dùng dao xuyên qua thành bên BQ gần vùng tam giác. Kéo đoạn NQ qua lỗ thông.
+ Bóc tách niêm mạc BQ dưới lỗ thông trên một đoạn 1- 1,5 cm. Kéo dần NQ xuống lỗ thông niêm mạc.
+ Cắt vát đầu NQ và khâu đính 2 mũi vào lớp cơ niêm BQ.
+ Đặt ống thông JJ niệu quản. Khâu tăng cường mũi rời quanh lỗ NQ.
+ Cắm NQ ngoài BQ theo phương pháp Lich-Gregoir
+ Rạch bên ngoài thành bên BQ một đường 2cm cho đến niêm mạc. Bóc tách lớp niêm mạc ra khỏi lớp cơ BQ.
+ Rạch chỗ thấp nhất niêm mạc BQ, đính NQ sau khi bổ dọc NQ 5 mm
+ Đính đầu NQ vào lỗ thông niêm mạc, đặt ống thông NQ JJ, khâu vắt quanh miệng nối băng chỉ 5/0.
+ Phủ lớp cơ bàng quang trên đoạn NQ.

- Quan sát tổng thể phẫu trường, dụng cụ, cầm máu, đặt dẫn lưu, đóng bụng.

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN VÀ BIẾN CHỨNG

- Trong phẫu thuật

+ NQ còn quá ngắn: kéo 1 góc BQ cố định vào cơ thắt lưng chậu và cắm NQ, hạ thận xuống.

+ Niêm mạc BQ viêm dày: nên cắm NQ trong BQ và rạch lớp NM để bóc tách trước khi phủ niêm mạc lên NQ.

- Sau phẫu thuật
  + Chít hẹp chỗ cắm NQ vao BQ: nong chỗ hẹp và đặt ống thông JJ vài tuần.
  + Rò nước tiểu chỗ cắm NQ: đặt catheter vài tuần đến lúc hết rò.

PHẪU THUẬT ĐẶT VÕNG NÂNG CỔ BÀNG QUANG (SLING) TRONG TIỂU KHÔNG KIỂM SOÁT KHI GẮNG SỨC

I. ĐẠI CƯƠNG:

Són tiểu (incontinence urinaire) là hiện tượng nước tiểu són qua niệu đạo ngoài ý muốn của người bệnh, do sự bất lực cơ thắt vùng cổ bàng quang (BQ) – niệu đạo (NĐ) trước áp lực sinh ra hoặc truyền qua bàng quang. Són tiểu ở nữ xảy ra khi tăng áp lực trong ổ bụng như ho, cười, hắt hơi. Đây là một bệnh lý ảnh hưởng xấu đến chất lượng cuộc sống của nhiều phụ nữ. Tỷ lệ mắc thay đổi ở các nghiên cứu, nhưng khá cao chiếm 25% .

II. CHỈ ĐỊNH

- Điều trị nội khoa thất bại
- Són tiểu mức độ trung bình, nặng
- Nghiệm pháp són tiểu khi ho dương tính
- Nghiệm pháp Boney dương tính
- Di động niệu đạo dương tính
- Thang điểm chất lượng cuộc sống Ditrovie >3.
- Người bệnh có nguyện vọng điều trị phẫu thuật.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Són tiểu do BQ không ổn định
- Són tiểu khi BQ đầy
- Xơ cứng cổ BQ, NĐ do điều trị tia xạ.
- Rối loạn tiểu tiện khác đi kèm với lượng nước tiểu tồn dư ≥ 110ml
- Rò BQ – AĐ, rò NQ – AĐ, các bất thường về giải phẫu
- Chống chỉ định trong các trường hợp viêm đường tiết niệu, viêm âm đạo
- Chống chỉ định về phẫu thuật gây mê, gây tê vùng

IV. CHUẨN BỊ

1. **Người thực hiện:** phẫu thuật viên (PTV) chuyên khoa tiết niệu được đào tạo 1 PTV tiết niệu và 2 bác sĩ phụ mổ.
2. **Phương tiện:** bộ dụng cụ trung phẫu
3. **Người bệnh:** giải thích kỹ trước phẫu thuật nhất, các tai biến và biến chứng có thể xảy ra trong và sau mổ

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Tư thế: tư thế sản khoa

2. Vô cảm: gây tê tủy sống hoặc gây mê toàn thân

3. Kỹ thuật:

- Dụng cụ phẫu thuật TOT
- Chúng tôi sử dụng bộ "I-STOP" gồm:

. Dải băng mỏng dài khoảng 25cm – 30 cm, rộng 1cm, chất liệu bằng Prolène.

. Alene gồm 2 chiếc đầu cong bằng 2/3 đường tròn, có đánh trái và phải

Bước 1: Đặt thông tiểu làm xẹp BQ

Bước 2: Xác định vị trí rạch thành trên âm đạo

Bước 3: Phẫu tích tách âm đạo và mô quanh niệu đạo tới gần lỗ bịt

Bước 4: Dùng Alene móc từ ngoài (vị trí đã được đánh dấu trước) vào trong đi qua lỗ bịt

Bước 5: Đính đầu lưỡi Prolence vào Alene và kéo ra. Làm tương tự với bên đối diện

Bước 6: Kéo căng hai đầu lưỡi Prolence ôm sát vào mép niệu đạo

Bước 7: Cắt phần thừa của lưỡi Prolence sát da

Bước 8: Khâu lại thành âm đạo đã rạch

Bước 9: Khâu da cố định hai đầu lưới Prolence

VI. TAI BIẾN VÀ BIẾN CHỨNG

- Nhiễm trùng vết mổ: vết mổ tấy đỏ, có mưng mủ, tụ máu tầng sinh môn
- Thời gian đặt ống thông tiểu sau mổ: được tính từ lúc phẫu thuật đến lúc rút ra đơn vị tính là giờ.
- Đái khó sau mổ: sau rút sonde tiểu, người bệnh đái khó hoặc không đái được.
- Són tiểu sau mổ: sau khi rút thông tiểu Người bệnh còn són tiểu khi ho hoặc hắt hơi, gắng sức.

THAY ỐNG THÔNG DẪN LƯU THẬN

I. ĐẠI CƯƠNG

Trường hợp tắc hẹp niệu quản, chưa mổ tạo hình được phải đặt dẫn lưu thận. Thường dẫn lưu thận phải thay thường xuyên 1 tháng 1 lần để tránh đầu sonde lắng cặn sỏi. Khi để lâu không thay nhiều trường hợp phải mổ thay sonde do đầu sonde có sỏi.

II. CHỈ ĐỊNH

- Sỏi trên đầu sonde DL thận gây tắc sonde.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Thường không có chống chỉ định. Người bệnh có thể chịu được cuộc mổ là có thể thực hiện
- Chống chỉ định trong các trường hợp có bệnh toàn thân nặng, không có khả năng gây tê, mê để mổ.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện: 1 bác sỹ phẫu thuật, 2 người phụ mổ, một dụng cụ viên và một chạy ngoài.

2. Người bệnh: Chuẩn bị mổ như các ca phẫu thuật khác. Vệ sinh vùng mổ (thắt lưng chỗ dẫn lưu thận cũ).

3. Phương tiện: bộ dụng cụ phẫu thuật có van tự động, sonde Foley 3 chạc hoặc 2 chạc để dẫn lưu lại thận, chỉ vicryl khâu nhu mô thận, sonde dẫn lưu ổ mổ, chỉ 1.0 đóng cân cơ, chỉ dafilon khâu da.

4. Thời gian phẫu thuật: 45 - 90 phút

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Tư thế: nằm nghiêng bên đối diện, kê gối dưới ngang thắt lưng.

2. Vô cảm: TTS hay mê

3. Kỹ thuật:

- Sát khuẩn bụng vùng mổ
- Trải toan, rạch da đường sườn lưng qua dẫn lưu thận cũ qua da, cân cơ bộc lộ thận. thường khó bộc lộ cuống thận do dính.
- Mở nhu mô thận tại chân sonde dẫn lưu thận cũ lấy sonde và sỏi dính ở đầu sonde.
- Khâu cầm máu nhu mô thận vicryl theo mép đường mở nhu mô thận.
- Bơm rửa sạch bể thận. đặt lại dẫn lưu thận sonde Foley (Có thể dùng sonde 3 chạc để rửa liên tục nếu có nguy cơ chảy máu).
- Khâu lại chỗ mở nhu mô thận bằng chỉ vicryl
- Dẫn lưu ổ mổ.
- Khâu treo thận và dẫn lưu thận vào thành bụng.
- Đóng cân cơ và da.

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

1. Theo dõi sau mổ:

- Tình trạng toàn thân: mạch, nhiệt độ, huyết áp
- Nước tiểu qua dẫn lưu thận (tránh gập, tắc sonde), phát hiện chảy máu
- Dịch chảy ra dẫn lưu ổ mổ
- Tình trạng vết mổ

2. Xử trí tai biến:

- Trong mổ có thể rách phúc mạc hay thủng đại tràng khi bộc lộ thận: phải khâu lại ngay hoặc làm hậu môn nhân tạo.
- Chảy nước tiểu qua vết mổ, dẫn lưu ổ mổ: chú ý tránh gập tắc dẫn lưu thận. Thay băng tránh nhiễm trùng vết mổ.
- Chảy máu tắc sonde: bơm rửa qua dẫn lưu thận, cho rửa liên tục, dùng kháng sinh toàn thân, nâng cao thể trạng.

THAY ỐNG THÔNG DẪN LƯU BÀNG QUANG

I. ĐẠI CƯƠNG

Trường hợp không tự tiểu được sẽ phải đặt dẫn lưu bàng quang (DLBQ). Thường DLBQ phải thay thường xuyên 1 tháng 1 lần để tránh đầu sonde lắng cặn sỏi. Khi để lâu không thay nhiều trường hợp phải mổ thay sonde do đầu sonde có sỏi.

II. CHỈ ĐỊNH

Sỏi trên đầu sonde DLBQ gây tắc sonde DLBQ

III. CHỐNG CHỈ ĐINH

- Thường không có chống chỉ định. Người bệnh có thể chịu được cuộc mổ là có thể thực hiện.
- Chống chỉ định trong các trường hợp có bệnh toàn thân nặng, không có khả năng gây tê, mê để mổ.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện: 1 bác sỹ phẫu thuật, 2 người phụ mổ, một dụng cụ viên và một chạy ngoài.

2. Người bệnh: Chuẩn bị mổ như các ca phẫu thuật khác. Vệ sinh bộ phận sinh dục, cạo lông mu, sát khuẩn vùng bụng dưới rốn.

3. Phương tiện: bộ dụng cụ phẫu thuật có van tự động nhỏ, sonde petzer để DLBQ, chỉ vicryl 3.0 hay 2.0, sonde dẫn lưu khoang Retzius, chỉ 1.0 đóng cân cơ, chỉ dafilon khâu da.

4. Thời gian phẫu thuật: 30-60 phút

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Tư thế: nằm ngửa

2. Vô cảm: Tê tủy sống hay mê nội khí quản

3. Kỹ thuật:

- Sát khuẩn bụng vùng mổ từ mũi ức tới khớp mu và 1/3 trên đùi
- Trải toan, rạch da đường giữa trên xương mu khoảng 5-10 cm qua vị trí sonde DLBQ cũ qua da, cân cơ bộc lộ mặt trước bàng quang (BQ).
- Mở BQ tại chân sonde DLBQ cũ lấy sonde và sỏi dính ở đầu sonde.
- Kiểm tra cổ bàng quang, tuyến tiền liệt và 2 lỗ niệu quản. Lấy sỏi và máu cục nếu có.
- Bơm rửa sạch BQ, DLBQ lại bằng Petzer. Có thể dùng sonde 3 chạc để rửa liên tục nếu có nguy cơ chảy máu).
- Khâu lại chỗ mở BQ vicryl.
- Dẫn lưu khoang Retzius.
- Khâu treo bàng quang vào thành bụng.
- Đóng cân cơ và da.

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

1. Theo dõi sau mổ

- Tình trạng toàn thân: Mạch, nhiệt độ, huyết áp
- Nước tiểu qua DLBQ (tránh gập tắc sonde)
- Dịch chảy ra dẫn lưu khoang Retzius
- Tình trạng vết mổ

2. Xử trí tai biến

- Trong mổ có thể rách phúc mạc hay thủng ruột khi bộc lộ BQ phải khâu lại ngay
- Chảy nước tiểu qua vết mổ, dẫn lưu Retzius: chú ý tránh gập tắc DLBQ. Thay băng tránh nhiễm trùng vết mổ. Bơm rửa BQ nếu có máu cục BQ.
- Chảy máu tắc sonde: bơm rửa qua DLBQ lấy hết máu cục, cho rửa bàng quang liên tục, dùng kháng sinh toàn thân, nâng cao thể trạng.

DẪN LƯU NƯỚC TIỂU BÀNG QUANG

I. ĐẠI CƯƠNG

Bàng quang (BQ) là nơi chứa nước tiểu để tống ra ngoài qua đường niệu đạo. Trường hợp bàng quang căng mà không tự tiểu được, không đặt được thông tiểu được sẽ cần phải dẫn lưu nước tiểu bàng quang ra ngoài.

II. CHỈ ĐỊNH

- Bí đái do hẹp niệu đạo
- Bí đái do chấn thương niệu đạo mà chưa thể mổ tạo hình
- Bí đái do u phì đại tiền liệt tuyến, ung thư tiền liệt tuyến
- Bí đái do xơ hẹp cổ bàng quang
- Bí đái, đái rỉ do bàng quang thần kinh bẩm sinh hay sau chấn thương cột sống.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Chống chỉ định trong các trường hợp có bệnh toàn thân nặng, không có khả năng gây tê, mê để thực hiện cuộc mổ.

IV. CHUẨN BỊ

1. **Người thực hiện:** 1 bác sỹ phẫu thuật, 2 người phụ mổ, một dụng cụ viên và một chạy ngoài.
2. **Người bệnh:** Chuẩn bị mổ như các ca phẫu thuật khác.

- Làm bilan trước mổ đánh giá**:** các bệnh lý toàn thân, chức năng thận, tình trạng thiếu máu, tình trạng rối loạn đông máu.
- Vệ sinh bộ phận sinh dục, cạo lông mu, sát khuẩn vùng bụng dưới rốn.
- Nhịn ăn uống trước mổ 6 giờ, tốt nhất nên thụt hậu môn trước mổ.
- Giải thích cho người bệnh và gia đình về chỉ định, cách thức tiến hành, các nguy cơ có thể xảy ra của phẫu thuật.

3. **Phương tiện:**
   - Bộ dụng cụ phẫu thuật có van tự động nhỏ.
   - Sonde petzer để DLBQ
   - Sonde dẫn lưu khoang Retzius,
   - Chỉ tiêu chậm 3.0 hay 2.0 để khâu bàng quang, chỉ tiêu chậm 1.0 đóng cân cơ, chỉ không tiêu khâu da.
4. **Thời gian phẫu thuật:** 30-60 phút

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. **Tư thế:** nằm ngửa
2. **Vô cảm:** Gây tê tại chỗ, tê tủy sống hoặc gây mê. Lựa chọn phương pháp vô cảm nào là phụ thuộc cụ thể vào tình trạng toàn thân của người bệnh và các chống chỉ định của từng phương pháp.
3. **Kỹ thuật:**
   - Sát khuẩn bụng vùng mổ từ mũi ức tới khớp mu và 1/3 trên đùi
   - Trải toan vô khuẩn
   - Rạch da đường giữa trên xương mu khoảng 5-10 cm

- Qua da, cân cơ bộc lộ mặt trước BQ
- Khâu treo thành trước bàng quang, mở bàng quang khoảng 2-3cm.
- Kiểm tra cổ bàng quang, tuyến tiền liệt và 2 lỗ niệu quản.
- Lấy sỏi bàng quang, bơm rửa máu cục nếu có.
- Đặt dẫn lưu bàng quang bằng sonde Petzer hoặc sonde Foley, chú ý vị trí đặt dẫn lưu thường đặt vùng vòm bàng quang, đầu sonde dẫn lưu không đặt quá sâu sát cổ bàng quang gây cảm giác kích thích cho người bệnh.
- Khâu lại chỗ mở bàng quang chỉ tiêu chậm
- Kiểm tra lưu thông dẫn lưu, độ kín của đường khâu bàng quang
- Kiểm tra cầm máu kĩ, dẫn lưu khoang Retzius bằng sonde nhựa
- Khâu treo bàng quang vào thành bụng bằng các mũi chỉ tiêu
- Đóng cân cơ và da.

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

1. Theo dõi sau mổ:

- Tình trạng toàn thân: Mạch nhiệt độ huyết áp
- Nước tiểu qua dẫn lưu bàng quang, chú ý tránh gập tắc sonde
- Dịch chảy ra dẫn lưu khoang Retzius
- Tình trạng vết mổ

2. Xử trí tai biến:

- Tai biến của gây tê gây mê: xử lý tùy từng trường hợp và mức độ cụ thể

- Trong mổ có thể rách phúc mạc hay thủng ruột khi bộc lộ BQ: nếu rách phúc mạc đơn thuần thì khâu đóng phúc mạc, nếu thương tổn ruột thì khâu ruột bằng chỉ tiêu chậm, trường hợp khó thì mời bác sĩ chuyên khoa tiêu hóa phối hợp.

- Chảy nước tiểu qua vết mổ, dẫn lưu Retzius: kiểm tra tránh gập tắc dẫn lưu bàng quang, thay băng tránh nhiễm trùng vết mổ.

- Chảy máu tắc sonde: bơm rửa qua dẫn lưu bàng quang lấy hết máu cục, cho rửa bàng quang liên tục nếu còn chảy máu, dùng kháng sinh toàn thân.

DẪN LƯU ÁP XE KHOANG RETZIUS

I. ĐẠI CƯƠNG

Khoang Retzius là một khoang ảo nhưng do tổ chức lỏng lẻo và liên quan giải phẫu với nhiều tạng lân cận nên rất dễ bị áp xe sau chấn thương và sau phẫu thuật vùng tiểu khung. Những trường hợp đã tạo thành khối ápxe cần phải được can thiệp dẫn lưu để điều trị.

II. CHỈ ĐỊNH

Khối áp xe khoang retzius sau mổ vùng bàng quang

Khối ápxe khoang Retzius trong hội chứng Fournier, trong chấn thương bàng quang gây tụ máu nước tiểu áp xe hoá.

Ápxe khoang Retzius do túi thừa bàng quang vỡ, ung thư bàng quang vỡ cần xử lý nguyên nhân và dẫn lưu rộng rãi khoang Retzius.

III. CHỐNG CHỈ ĐINH

Chống chỉ định trong các trường hợp có bệnh toàn thân nặng, không có khả năng gây tê, mê để mổ

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện:

- 1 bác sỹ phẫu thuật chuyên khoa tiết niệu
- 2 bác sỹ phụ mổ
- 1 dụng cụ viên
- 1 chạy ngoài
- 1 bác sỹ gây mê và 1 phụ mê

2. Người bệnh:

- Người bệnh và gia đình được giải thích rõ trước mổ về tình trạng bệnh và tình trạng chung, về những khả năng phẫu thuật sẽ thực hiện, về những tai biến, biến chứng, di chứng có thể gặp do bệnh, do phẫu thuật, do gây mê, tê, giảm đau, do cơ địa của người bệnh.
- Nâng cao thể trạng, cân bằng những rối loạn do hậu quả của bệnh hoặc do cơ địa, bệnh mãn tính, tuổi.
- Điều trị ổn định các bệnh nội khoa như cao huyết áp, đái đường… trước khi can thiệp phẫu thuật (trừ trường hợp mổ cấp cứu). Truyền máu nếu người bệnh có thiếu máu nhiều.
- Nhịn ăn, thụt tháo, vệ sinh vùng phẫu thuật và toàn thân.
- Dùng kháng sinh dự phòng trước mổ.
- Hồ sơ người bệnh, xét nghiệm cơ bản, phim Xquang phổi, phim Xquang hệ tiết niệu, phim niệu đồ tĩnh mạch, phim cắt lớp vi tính.
- Xét nghiệm vi khuẩn, kháng sinh đồ để điều trị nhiễm khuẩn.

3. Phương tiện:

- Bàn mổ có thể điều khiển các tư thế khi cần thiết
- Dao điện đơn cực, dao điện lưỡng cực
- Máy hút

– Dao mổ lạnh, cán dao, kìm kẹp kim đủ các loại từ kìm cặp chỉ nhỏ đến chỉ to, 1 kìm kẹp kim mạch máu, 10 pince cong, 2 pharabeuf, 2 hartman, 1 bộ van tự động, 1 van sâu, 1 van nông, 1 van maleat, 2 kéo phẫu tích gồm 1 to, 1 nhỏ, 2 kéo cắt chỉ gồm 1 dài, 1 ngắn.

– Các loại chỉ: tuỳ từng bệnh lý mà phẫu thuật cần số lượng chỉ khác nhau trung bình cần 2 sợi chỉ tiêu chậm 2/0, 2 sợi chỉ đơn sợi không tiêu 3/0, 2 sợi chỉ to tiêu chậm 1/0.

– 1 hoặc 2 ống dẫn lưu silicon

– 1 sonde Foley hoặc Petzer để dẫn lưu bàng quang khi cần thiết.

– 1 túi nước tiểu nếu có dẫn lưu bàng quang

– Nhiều dung dịch sát khuẩn bétadine, cồn, oxy già, nhiều nước muối sinh lý ấm để rửa và làm sạch khoang Retzius.

4. Thời gian phẫu thuật: 45-90 phút

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Tư thế: nằm ngửa

2. Vô cảm: tê tuỷ sống hay mê nội khí quản

3. Kỹ thuật:

– Sát khuẩn bụng vùng mổ từ mũi ức tới khớp mu và 1/3 trên đùi

– Trải toan, rạch da đường giữa trên xương mu khoảng 5-10 cm hoặc rộng hơn tùy theo thương tổn.

– Qua da, cân cơ bộc lộ mặt trước bàng quang vào khoang Retzius

– Lấy máu, mủ gửi vi sinh.

– Hút sạch mủ ổ áp xe, lau rửa làm sạch thật kỹ

– Nếu thành bàng quang viêm mủn nát, người bệnh đái khó hay ổ áp xe ăn vào bàng quang có thể dẫn lưu bàng quang.

– Nếu ápxe do viêm thủng bàng quang hay do túi thừa bàng quang vỡ cần cắt túi thừa, khâu lại chỗ vỡ và dẫn lưu bàng quang.

– Bơm rửa sạch bàng quang, dẫn lưu bàng quang bằng sonde Petzer

– Dẫn lưu khoang Retzius bằng sonde silicon to 1 hoặc 2 chiếc

– Đóng cân cơ mũi rời

– Khâu da thưa

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

1. Theo dõi sau mổ:

– Tình trạng toàn thân: Mạch nhiệt độ huyết áp

– Nước tiểu qua dẫn lưu bàng quang (tránh gập tắc sonde) nếu có

– Dịch chảy ra dẫn lưu khoang Retzius

– Tình trạng vết mổ

2. Xử trí tai biến:

– Chống nhiễm khuẩn bằng kháng sinh toàn thân

– Thay băng tránh nhiễm trùng vết mổ.

– Rò nước tiểu qua dẫn lưu ổ áp xe khi thành bàng quang mủn nát. Chăm sóc tránh tắc dẫn lưu bàng quang.

Chảy máu vào bàng quang: nếu cần phải bơm rửa bàng quang

PHẪU THUẬT ĐÓNG RÒ NIỆU ĐẠO TRỰC TRÀNG BẨM SINH

I. ĐẠI CƯƠNG

Rò niệu đạo trực tràng bẩm sinh là một bất thường hiếm gặp, chiếm dưới 1% trong số các di tật hậu môn trực tràng. Trong phẫu thuật nhi khoa, Pena và Vries đã tinh giản đường vào qua xương cùng mà Stephens đã mô tả từ năm 1953, và đến nay đường vào qua xương cùng này đã trở thành đường tiếp cận hàng đầu trong việc điều trị các dị tật hậu môn-trực tràng.

II. CHỈ ĐỊNH

Rò niệu đạo trực tràng không kèm hẹp niệu đạo

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Khi có tắc nghẽn cổ bàng quang, hẹp niệu đạo

IV. CHUẨN BỊ

1. **Người thực hiện:** một phẫu thuật viên chính, hai bác sỹ phụ mổ.
2. **Người bệnh:** được chuẩn bị như mổ phiên thông thường. Cần chuẩn bị ruột như mổ đại tràng. Giải thích cho người bệnh và người nhà cách thức mổ, tác dụng chữa bệnh của phẫu thuật, những nguy cơ, biến chứng có thể xảy ra
3. **Phương tiện:** bộ phẫu thuật đại phẫu.
4. **Thời gian phẫu thuật:** 120-150 phút

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. **Tư thế:** Người bệnh đặt ở tư thế nằm sấp kiểu dao díp. Hai chân của Người bệnh dạng rộng để bộc lộ bộ phận sinh dục, nhằm cho phép phẫu thuật viên thực hiện các động tác phẫu thuật một cách thoải mái ở giữa hai chân của Người bệnh.
2. **Vô cảm:** gây mê toàn thân hoặc gây tê tủy sống
3. **Kỹ thuật**

Bước 1. Rạch da: đường rạch được bắt đầu từ chỗ tiếp nối cùng cụt và tận hết ở lỗ hậu môn. Cần phải nhấn mạnh rằng, đường rạch luôn luôn phải giữ đúng ở trên đường giữa, để tránh không làm thương tổn tới cơ thắt hậu môn. Đường rạch gian cơ mông này được rạch sâu xuống, qua lớp mỡ dưới da, tới tận khi nào chạm xương cụt.

Bước 2. Cắt bỏ xương cụt. Ở người bệnh trẻ tuổi, thường có thể giữ lại được lớp ngoại cốt (màng ngoài xương) của xương cụt bằng cách rạch lớp này theo chiều dọc.

Bước 3. Mở hậu môn ở phía sau cùng với cơ thắt ở đúng trên đường giữa.

Bước 4. Đặt các mũi khâu riêng bằng chỉ tơ, ở các bờ vết cắt của thành sau của trực tràng sẽ giúp phẫu thuật viên kéo các bờ này ra phía da ở các bước tiếp sau. Đến đây, phẫu trường đã sẵn sàng cho việc chỉnh sửa tổn thương rò niệu đạo-trực tràng.

Bước 5. Sau khi nhìn thấy lỗ mở của rò niệu đạo-trực tràng ở thành trước của trực tràng, phẫu thuật viên có thể phẫu tích đường hầm của rò niệu đạo-trực tràng một cách chính xác tới tận vị trí bị thủng ở niệu đạo.

Bước 6. Cắt bỏ đường hầm, và khâu đóng lỗ thủng ở niệu đạo theo chiều ngang của nó;

Bước 7. Thành sau trực tràng thì được đóng lại bằng khâu hai lớp hoặc ba lớp.

Bước 8. Tiếp sau là phần trước của cơ thắt hậu môn được khâu nối lại với nhau một cách cẩn thận bằng các mũi khâu riêng.

Bước 9. Sau khi khâu đóng lớp mô dưới da thì khâu đóng lớp da.

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

1. Chăm sóc sau mổ:

Vết mổ được rửa với nước muối và bôi thuốc mỡ kháng sinh trong vòng khoảng 7 ngày. Để lưu các catheter trên xương mu và xông niệu đạo Foley trong khoảng 3 tuần. Trong thời gian người bệnh còn nằm viện thì, rửa bàng quang cho người bệnh với nước muối. Người bệnh nhịn ăn trong vòng từ 2 đến 3 tuần.

2. Theo dõi:

- Nhiễm trùng vết mổ: vết mổ tấy đỏ, có mưng mủ, tụ máu tầng sinh môn.
- Đái khó sau mổ: sau rút sonde tiểu người bệnh đái khó hoặc không đái được.

3. Xử trí tai biến:

- Nhiễm trùng: thay băng, đặt gạc tẩm bétadine âm đạo
- Đái khó, bí đái: đặt lại ống thông niệu đạo, lưu ống thông 3 ngày.
- Rò lại do vết thương nhiễm trùng, không liền thành trực tràng và niệu đạo: cần phải dẫn lưu lại bàng quang và làm hậu môn nhân tạo. Xét mổ lại sau 3 tháng.

PHẪU THUẬT RÒ NIỆU ĐẠO - ÂM ĐẠO

I. ĐẠI CƯƠNG

Rò niệu đạo âm đạo bẩm sinh là một di tật rất hiếm gặp và là một phần trong các bất thường của xoang niệu dục. Biểu hiện lâm sàng là Người bệnh đái tia nước tiểu yếu và nước tiểu rò một phần vào âm đạo.

II. CHỈ ĐỊNH:

Rò niệu đạo âm đạo bẩm sinh.

Rò niệu đạo âm đạo do các nguyên nhân mắc phải

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH:

Khi đang nhiễm khuẩn đường niệu dục.

IV. CHUẨN BỊ

1. **Người thực hiện:** một phẫu thuật viên chính, hai bác sỹ phụ mổ.
2. **Người bệnh:**

- Người bệnh và gia đình được giải thích rõ trước mổ về tình trạng bệnh và tình trạng chung, về những khả năng phẫu thuật sẽ thực hiện, về những tai biến, biến chứng, di chứng có thể gặp do bệnh, do phẫu thuật, do gây mê, tê, giảm đau, do cơ địa của người bệnh.
- Nâng cao thể trạng, cân bằng những rối loạn do hậu quả của bệnh hoặc do cơ địa, bệnh mãn tính.
- Điều trị ổn định các bệnh nội khoa như cao huyết áp, đái đường,… trước khi can thiệp phẫu thuật (trừ trường hợp mổ cấp cứu). Truyền máu nếu người bệnh có thiếu máu nhiều.
- Nhịn ăn, thụt tháo, vệ sinh vùng phẫu thuật và toàn thân.
- Dùng kháng sinh dự phòng trước mổ.

3. **Dự kiến thời gian phẫu thuật:** 120phút
4. **Phương tiện:** bộ phẫu thuật đại phẫu

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. **Tư thế người bệnh:** Người bệnh đặt ở tư thế sản khoa
2. **Vô cảm:**
3. **Kỹ thuật:**

- Sát trùng vùng bụng dưới rốn, âm đạo và tầng sinh môn
- Bộc lộ âm đạo và lỗ rò niệu đạo âm đạo
- Khâu vén mép môi bé ra da
- Đặt ống thông niệu đạo
- Đặt valve thành sau âm đạo
- Phẫu tích đường rò
- Tiêm dung dịch lidocain + huyết thanh mặn 0,9% + adrenaline1:200,000 vào lớp dưới niêm mạc thành âm đạo.
- Rạch vòng quanh chu vi lỗ rò ở thành âm đạo
- Tách rời thành âm đạo khỏi lỗ rò và thành niệu đạo.
- Cắt đường rò đóng kín lỗ rò ở thành niệu đạo bằng chỉ tiêu chậm 4.0
- Đóng lại thành âm đạo
- Đặt mèche tẩm bétadine âm đạo

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

1. Theo dõi:

Nhiễm trùng vết mổ: vết mổ tấy đỏ, có mưng mủ, tụ máu tầng sinh môn. Đái khó: sau rút sonde tiểu người bệnh đái khó hoặc không đái được.

2. Xử trí tai biến:

- Nhiễm trùng: thay băng, đặt gặc tẩm bétadine âm đạo
- Đái khó, bí đái: đặt lại ống thông niệu đạo, lưu ống thông 3 ngày.

PHẪU THUẬT CẮT TOÀN BỘ TUYẾN TIỀN LIỆT TRONG ĐIỀU TRỊ UNG THƯ TUYẾN TIỀN LIỆT

I. ĐẠI CƯƠNG

- Ung thư tuyến tiền liệt hay gặp nhất là ung thư biểu mô tuyến, gặp ở người cao tuổi, bệnh có yếu tố gia đình. Bệnh tiến triển âm thầm nếu phát hiện sớm thì có thể điều trị triệt để nhưng đến giai đoạn tiến triển (xâm lấn ra ngoài vỏ bao hoặc di căn hạch) thì tiên lượng xấu.

- Bệnh có thể điều trị khỏi bằng phẫu thuật hoặc tại xạ tại chỗ nếu ở giai đoạn T1,2N0M0.

II. CHỈ ĐỊNH

T1,2N0M0 có thể T3aN0M0 trên người bệnh có khả năng sống trên 10 năm.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- T3b, T4
- Tx N1,2, M1
- Người bệnh có nhiều bệnh mãn tính phối hợp

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện:

1 phẫu thuật viên chuyên ngành phẫu thuật tiết niệu được đào tạo từ thạc sĩ trở lên, 2 người phụ mổ, 1 người dụng cụ, 1 người chạy ngoài, 1 bác sĩ gây mê, 1 phụ mê, 1 người trợ giúp điều dưỡng.

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

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

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

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

Dùng kháng sinh dự phòng trước mổ.

3. Phương tiện:

- Mổ mở: Bộ dụng đại phẫu, chỉ Vircryl 3/0: 8 sợi, chỉ đóng bụng: Vircryl 1: 2 sợi; 1 chỉ đóng da thành bụng; 1 ống dẫn lưu ổ bụng; 1 thông đái Foley 3 chạc, 1 thông đái Foley 3 chạc; 1 túi nước tiểu.

- Mổ nội soi: Bộ dụng cụ mổ nội soi ổ bụng thông thường, dao cầm máu siêu âm Harmonic. Chỉ vicryl 3/0:3 sợi, chỉ Vircryl 1: 1 sợi chỉ đóng thành bụng, 1 sợi chỉ đóng da Vircryl 4/0; 1 dẫn lưu ổ bụng; 1 thông đái Foley 2 chạc; 1 ống thông Foley 3 chạc; 1 túi nước tiểu.

- Mổ nội soi với sự hỗ trợ người máy:

+ Người máy Robot Da Vinci

+ Chỉ vicryl 3/0: 3 sợi, chỉ Vircryl 1: 1 sợi chỉ đóng thành bụng, 1 sợi chỉ đóng da Vircryl 4/0; 1 dẫn lưu ổ bụng; 1 thông đái Foley 2 chạc; 1 ống thông Foley 3 chạc; 1 túi nước tiểu.

4. Dự kiến thời gian phẫu thuật 150 phút với mổ mở, 240 phút với mổ nội soi.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. **Tư thế người bệnh:** nằm ngửa dạng hai chân
2. **Vô cảm:** Nội khí quản
3. **Kỹ thuật:**

- Mổ mở: Đường mổ trắng giữa dưới rốn

- Mổ nội soi hoặc mổ dưới sự hỗ trợ người máy: đi đường trong hoặc ngoài phúc mạc.

- Thì bên: nạo vét hạch chậu - bịt hai bên, mở cân chậu bên hai bên, cắt dây chằng mu tuyến tiền liệt.

- Thì trước: Thắt tĩnh mạch mu sâu tuyến tiền liệt, khâu thắt đám rối tĩnh mạch ở mặt trước tuyến tiền liệt.

- Cắt đám rối tĩnh mạch trước TTL, bộc lộ đỉnh TTL và niệu đạo.

- Dùng móc đi vào mặt bên niệu đạo, phẫu tích mặt sau của niệu đạo. Để lại bó mạch thần kinh cương dương ở hai bên niệu đạo.

- Cắt rời niệu đạo tại đỉnh tuyến tiền liệt.

- Bóc tách mặt sau TTL và mặt bên, đi sát bao TTL để bảo tồn bó mạch thần kinh cương.

- Cắt cổ bàng quang, ở thành sau cổ bang quang chú ý quan sát hai lỗ niệu quản.

- Bóc tách cắt hai ống dẫn tinh và hai túi tinh, cùng toàn bộ TTL

- Khâu chắc lại thành sau cổ bàng quang

- Đặt ống thông niệu đạo

- Thì nối bàng quang - niệu đạo sau

- Có thể dẫn lưu bàng quang

- Đặt dẫn lưu, đóng bụng

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

- Theo dõi: rút dẫn lưu khi dịch ra dưới 20 ml/ 24 h.

- Chảy máu sau mổ: chảy trong bàng quang hoặc vào ổ bụng.

Nếu chảy máu nhiều, mạch nhanh, huyết áp tụt. Cần mổ lại cầm máu.

- Vô niệu do khâu vào hai lỗ niệu quản: cần mổ lại cắm lại hai niệu quản vào bàng quang.

- Rò nước tiểu sau mổ: điều trị bảo tồn

- Bỏ sót vết thương trực tràng, ruột trong mổ…Cần mổ lại để giải quyết tổn thương.

PHẪU THUẬT DẪN LƯU VIÊM TẤY KHUNG CHẬU DO RÒ NƯỚC TIỂU

I. ĐẠI CƯƠNG

Rò nước tiểu gây viêm tấy khung chậu thường do nguyên nhân rò từ bàng quang do bỏ sót tổn thương vỡ bàng quang ngoài phúc mạc do vỡ xương chậu, thường có chỉ định xử trí cấp cứu.

II. CHỈ ĐỊNH

Khi chẩn đoán xác định viêm tấy tổ chức khung chậu do vỡ bàng quang ngoài phúc mạc.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Vì tình trạng cần xử trí cấp cứu nên với các trường hợp nguy cơ cao như bệnh lý toàn thân nặng, rối loạn đông máu…, cần giải thích kĩ cho người bệnh và gia đình.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện:

1 bác sĩ phẫu thuật chuyên khoa tiết niệu, 2 bác sĩ phụ mổ.

2. Người bệnh:

- Người bệnh và gia đình được giải thích rõ trước mổ về tình trạng bệnh và tình trạng chung, về những khả năng phẫu thuật sẽ thực hiện, về những tai biến, biến chứng, di chứng có thể gặp do bệnh, do phẫu thuật, do gây mê, tê, giảm đau, do cơ địa của người bệnh.
- Vệ sinh, thụt tháo.
- Kháng sinh trước mổ: Phối hợp nhóm beta-lactam và quinolon.

3. Phương tiện dụng cụ:

- Bộ dụng cụ phẫu thuật bụng.
- Bộ thông đái: Thông đái và túi nước tiểu.
- Dẫn lưu bàng quang sonde Pezzer
- 2 sợi chỉ vicryl 2/0 khâu bàng quang, 2 sợi chỉ vicryl số 1 đóng bụng, 1-2 sợi Dafilon 3/0 đóng da.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Tư thế: Người bệnh nằm ngửa.

2. Vô cảm: Tê tủy sống hoặc nội khí quản.

3. Kỹ thuật:

- Mở bụng đường trắng giữa dưới rốn
- Rạch mở cân cơ vào khoang retzius.
- Bộc lộ, đánh giá thương tổn bàng quang: Số lượng chỗ vỡ, vị trí, kích thước chỗ vỡ, bờ đường vỡ. Đánh giá cổ bàng quang xem có tổn thương không?
- Khâu thủng bàng quang ngoài phúc mạc
- Dẫn lưu bàng quang tạm thời trên xương mu, kết hợp với đặt sonde niệu đạo
- Làm sạch, dẫn lưu khoang retzius
- Rạch dẫn lưu tổ chức dưới da vùng bìu nếu cần.

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

1. **Theo dõi:**
   - Toàn trạng: Các dấu hiệu sinh tồn sau mổ
   - Sonde bàng quang, dẫn lưu Retzius.
2. **Tai biến và xử trí:**

   Thông thường tỷ lệ tai biến thấp, có thể gặp:
   - Sonde tiểu có máu: Truyền rửa tránh máu cục bàng quang
   - Chảy máu qua dẫn lưu: Thường từ chỗ vỡ xương chậu. Đánh giá thương tổn trong mổ, cần thiết có thể chèn mèche khoang Retzius. Có thể lựa chọn nút mạch chậu trong để cầm máu.
   - Rò nước tiểu qua dẫn lưu Retzius: Kết hợp đặt sonde niệu đạo đường dưới và theo dõi.

PHẪU THUẬT ÁP XE TUYẾN TIỀN LIỆT

I. ĐẠI CƯƠNG

- Là cấp cứu ngoại tiết niệu.
- Phẫu thuật bao gồm dẫn lưu ổ áp xe tuyến tiền liệt và dẫn lưu bàng quang.

II. CHỈ ĐỊNH: Bí đái do áp xe tuyến tiền liệt.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH: suy gan suy thận nặng tiến triển, rối loạn đông máu.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện:

- Kíp phẫu thuật: phẫu thuật viên chuyên khoa hoặc ngoại chung và 1 người phụ mổ.
- Kíp gây mê: 1 bác sĩ gây mê, 1 điều dưỡng phụ mê và 1 điều dưỡng chạy ngoài.

2. Người bệnh:

- Người bệnh được chuẩn bị đầy đủ hồ sơ bệnh án, xét nghiệm cơ bản, Xquang phổi, điện tim, siêu âm tim, siêu âm hệ tiết niệu đánh giá hệ thống tiết niệu và ổ áp xe.
- Người bệnh và gia đình được giải thích rõ trước mổ về tình trạng bệnh và tình trạng chung, về những khả năng phẫu thuật sẽ thực hiện, về những tai biến, biến chứng, di chứng có thể gặp do bệnh, do phẫu thuật, do gây mê, tê, giảm đau, do cơ địa của người bệnh.
- Nâng cao thể trạng, cân bằng những rối loạn do hậu quả của bệnh hoặc do cơ địa, bệnh mãn tính, tuổi.
- Điều trị ổn định các bệnh nội khoa như cao huyết áp, đái tháo đường, trước khi can thiệp phẫu thuật. Truyền máu nếu người bệnh có thiếu máu nhiều.
- Nhịn ăn, thụt tháo, vệ sinh vùng phẫu thuật và toàn thân.
- Có thể dùng kháng sinh dự phòng trước mổ.

3. Phương tiện:

- Dụng cụ: bộ dụng cụ phẫu thuật bụng thông thường.
- Đồ dùng tiêu hao:02 sợi chỉ vicryl 3.0, 01 sợi chỉ vicryl số 1, 01 sợi Dafilon, 01 ống thông Petzer, 01 túi nước tiểu, 01 dẫn lưu silicon nhỏ.

4. Dự kiến thời gian phẫu thuật: 30 phút đến 60 phút.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Tư thế: Người bệnh nằm ngửa.

2. Vô cảm: Gây mê nội khí quản, gây tê tủy sống.

3. Kỹ thuật:

- Bước 1: Mở bụng đường trắng giữa trên xương mu. Bộc lộ bàng quang và tuyến tiền liệt.
- Bước 2: Dẫn lưu ổ áp xe ngoài phúc mạc. Lấy dịch áp xe để nuôi cấy vi khuẩn và làm kháng sinh đồ.
- Bước 3: Dẫn lưu bàng quang bằng sonde Petzer, khâu bàng quang.
- Bước 4: Lau ổ mổ, đặt dẫn lưu ổ mổ, đóng bụng theo các lớp giải phẫu, khâu cố định dẫn lưu.

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

1. Theo dõi:

- Các dấu hiệu sinh tồn sau mổ: Mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở…
- Theo dõi dẫn lưu ổ mổ và dẫn lưu bàng quang.
- Điều trị kháng sinh: sử dụng phối hợp kháng sinh cephalosporin với quinolon.

2. Các biến chứng sau mổ có thể xảy ra:

- Hiếm gặp.
- Viêm tấy áp xe tầng sinh môn tiến triển: điều chỉnh các kháng sinh mạnh hoặc sử dụng kháng sinh theo kháng sinh đồ.

DẪN LƯU BÀNG QUANG, ĐẶT TUTEUR NIỆU ĐẠO

I. ĐẠI CƯƠNG

- Phẫu thuật đặt tuteur niệu đạo là phương pháp điều trị đứt niệu đạo sau độ 4 do vỡ xương chậu. Mục đích của đặt tuteur niệu đạo để giúp định hướng hai đầu niệu đạo lại gần nhau tạo điều kiện cho niệu đạo sau liền theo một trục để niệu đạo tự liền và tạo điều kiện can thiệp cắt mở nội soi theo đường niệu đạo sau này.

- Đây là phẫu thuật cấp cứu.

II. CHỈ ĐỊNH

Đứt niệu đọan sau độ 4: hai đầu niệu đạo di lệch hoàn toàn

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện:

- Kíp mổ: 1 bác sĩ phẫu thuật, 2 bác sĩ phụ mổ,

- Kíp gây mê: 1 bác sĩ gây mê, 1 phụ mê, 1 chạy ngoài

2. Phương tiện dụng cụ:

Dụng cụ: bộ phẫu thuật bụng thông thường; chỉ vircryl 3/0, 8 sợi; chỉ đóng thành bụng: vircryl 1/0, 1 sợi, Daifilon 3/0, 4 sợi. Một bộ thông đái: Thông đái và túi nước tiểu, 1 sợi chỉ Vircryl 3/0.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. **Tư thế:** nằm ngửa, sản khoa
2. **Vô cảm:** Nội khí quản hoặc tê tủy sống
3. **Các thì phẫu thuật:**

- Mở bụng đường trắng giữa dưới rốn

- Mở vào bàng quang

- Đặt ống thông plastique hay tốt nhất là ống thông đái silicon từ lỗ niệu đạo vào bàng quang. Cố định ống thông lên thành bụng. Rút ống thông sau 2 – 3 tuần sau khi xương chậu can xơ và ổn định

- Dẫn lưu bàng quang bằng ống thông Petzer

- Dẫn lưu khoang Retzius

VI. TAI BIẾN VÀ BIẾN CHỨNG

Chảy máu trong bàng quang. Bơm rửa bàng quang, có thể truyền rửa bàng quang liên tục.

PHẪU THUẬT ĐẶT BỘ PHẬN GIẢ (PROSTHESSIS) CHỮA LIỆT DƯƠNG

I. ĐẠI CƯƠNG

- Phẫu thuật dương vật giả để điều trị rối loạn cương dương khi điều trị nội khoa không có hiệu quản.
- Phẫu thuật phức tạp đòi hỏi phẫu thuật viên Nam học có kinh nghiệm và đòi hỏi độ vô trùng rất cao để tránh biến chứng nhiễm khuẩn sau mổ.

II. CHỈ ĐỊNH

- Người bệnh rối loạn cương dương điều trị nội khoa không kết quả.
- Người bệnh rối loạn cương dương sau mổ cắt tuyến tiền liệt toàn bộ.
- Người bệnh rối loạn cương dương có chống chỉ định điều trị nội khoa: như có tiền sử hay bệnh mạch vành...

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Người bệnh đang có nhiễm trùng toàn thân hoặc nhiễm trùng tại chỗ ở bộ phận sinh dục ngoài.
- Người bệnh có bệnh đái tháo đường điều trị đường huyết chưa ổn định.
- Các người bệnh có chống chỉ định phẫu thuật nói chung: rối loạn đông máu, thể trạng toàn thân không đảm bảo điều kiện gây mê, gây tê...

IV. CHUẨN BỊ

1. **Người thực hiện:** Phẫu thuật viên chuyên nghành Nam học (1 chính + 2 phụ mổ + 1 người đưa dụng cụ).
2. **Người bệnh:** chuẩn bị người bệnh như một người bệnh mổ theo kế hoạch. Cạo lông sạch sẽ hoàn toàn bộ phận sinh dục ngoài.
3. **Phương tiện:**

- 1 bộ dụng cụ phẫu thuật thường quy cơ bản + 1 bộ dụng cụ phẫu thuật mạch máu + bộ nong vật hang chuyên biệt (nhiều cỡ nong cùng với thước đo...).
- Các loại chỉ khâu chuyên dụng như: Monofil (4.0,5.0), Vicryl 2.0... Safil tiêu nhanh 4.0...
- Vật hang nhân tạo loại gồm 1 van và 3 thành phần (2 vật hang nhân tạo + 1 bình chứa).

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. **Tư thế:** Người bệnh nằm ngửa. PTV chính và người đưa dụng cụ đứng phía bên phải của người bệnh. 2 bác sỹ phụ đứng phía đối diện.
2. **Vô cảm:** tốt nhất gây mê hoặc gây tê ngoài màng cứng hoặc có thể gây tê tủy sống với liều cao.
3. **Kỹ thuật:**

- Bước 1: Rạch da vùng bìu và phẫu tích tổ chức dưới da bìu
- Bước 2: Phẫu tích 2 vật hang chú ý thận trọng tránh làm tổn thương niệu đạo.
- Bước 3: Cầm máu kỹ vùng bìu và các tổ chức xung quanh hạn chế tối đa việc chảy máu.
- Bước 4: Khâu đánh dấu vật hang 2 bên bằng Vicryl 3.0 mũi rời và tiến hành mở vật hang

- Bước 5: Nong 2 vật hang bằng dụng cụ nong chuyên biệt vật hang
- Bước 6: Đặt 2 vật hang nhân tạo vào lòng 2 vật hang và đóng kín lại vật hang bằng Vicryl 4.0 mũi rời.
- Bước 7: Tách mạc dương vật mặt lưng dương vật và tạo khoang dưới da bụng bên trái.
- Bước 8: Đặt bình chứa nước vào hố chậu trái và bơm dung dịch mặn 9/1000 vào khoang chứa khoảng 100ml- 120ml nước.
- Bước 9: Kiểm tra van nước hoạt động tốt hay không
- Bước 10: Tách và tạo khoang ở vùng bìu đạt van giữa 2 bìu
- Bước 11: Đóng lại cân cơ vùng bìu bằng Vicryl 3.0 hoặc 4.0 mũi rời.
- Bước 12: Đóng lại da mũi rời bằng Safil quick 4.0 hoặc Ethilon 3.0 mũi rời, đặt xông tiểu và kết thúc phẫu thuật.

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN, BIẾN CHỨNG

1. Theo dõi:

- Tụ máu và chảy máu trong bìu trong 24h-48h đầu
- Rút xông tiểu trong vòng 24-48h sau mổ.

2. Tai biến và xử trí:

- Chảy máu sau mổ: nếu chảy máu nhiều cần mở lại để kiểm tra và khâu cầm máu.
- Phù nề tụ dịch vùng bìu: cần trích rạch để tránh nhiễm trùng.
- Nhiễm trùng nặng vùng bìu cần lấy bỏ vật hang ngay lập tức vì có thể gây áp xe và nhiễm trùng vùng tầng sinh môn.
- Thải loại vật hang nhân tạo thường diễn ra muộn hơn bắt đầu sau 1 tháng sau mổ: vết mổ chảy dịch và vật hang lộ ra ở quy đầu cần rạch rộng, lấy bỏ vật hang nhân tạo và làm sạch khoang vùng bìu.

PHẪU THUẬT ĐIỀU TRỊ BỆNH XUẤT TINH SỚM

I. ĐẠI CƯƠNG

- Xuất tinh sớm có tỉ lệ khoảng 20 - 30% ở nam giới.

- Phẫu thuật xuất tinh sớm là một phẫu thuật chức năng thường áp dụng ở Người bệnh xuất tinh sớm nguyên phát. Nguyên tắc của phẫu thuật là cắt dây thần kinh lưng dương vật.

II. CHỈ ĐỊNH

Các trường hợp xuất tinh sớm điều trị nội khoa không kết quả.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Các trường hợp xuất tinh sớm kèm theo rối loạn cương dương.

- Các trường hợp xuất tinh sớm thứ phát.

- Người bệnh có chống chỉ định phẫu thuật: rối loạn đông máu...

IV. CHUẨN BỊ

1. **Người thực hiện:** Phẫu thuật viên (PTV) chuyên nghành Nam học (1 PTV chính + 2 PTV phụ mổ + 1 người đưa dụng cụ).
2. **Người bệnh:** được chuẩn bị như một người bệnh mổ theo kế hoạch. Cạo lông sạch sẽ hoàn toàn bộ phận sinh dục ngoài.
3. **Phương tiện:** bộ dụng cụ phẫu thuật thông thường + bộ dụng cụ phẫu thuật mạch máu + bộ dụng cụ vi phẫu + kính vi phẫu - phóng đại.

   Các loại chỉ mạch máu chuyên dụng như: Prolene 4/0, 5/0, 6/0…

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. **Tư thế:** Người bệnh nằm ngửa. PTV chính đứng phía bên phải của người bệnh cùng với người đưa dụng cụ. Hai PTV phụ đứng phía đối diện.
2. **Vô cảm:** có thể gây tê tủy sống.
3. **Kỹ thuật:**

- Bước 1: Rạch da dương vật qua dưới rãnh quy đầu 1 - 1.5cm, qua các lớp mạc nông và mạc sâu dương vật bộc lộ hoàn toàn 2 vật hang.

- Bước 2: Khi đến vật hang phẫu tích ở phần lưng dương vật chú ý tránh làm thương tổn bó mạch lưng dương vật.

- Bước 3: Phẫu tích sát đến vật hang và 2 bên bó mạch lưng dương vật.

- Bước 4: Dưới kính vi phẫu/ phóng đại, tìm thần kinh lưng dương vật để tiến hành cắt thần kinh lưng dương vật và các nhánh bên.

- Bước 5: Cầm máu kỹ và đóng lại mạc nông, mạc sâu dương vật bằng chỉ Vicryl.

- Bước 6: Cắt da, niêm mạc bao quy đầu (nếu thấy cần thiết) và khâu lại bằng chỉ Safil tiêu nhanh 4.0 mũi rời.

- Bước 7: Đặt xông tiểu. Kết thúc phẫu thuật.

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

1. **Theo dõi:** Rút xông tiểu sau 24h.
2. **Tai biến và xử trí:**

- Chảy máu sau mổ: nếu chảy máu nhiều cần mở lại để cầm máu.

- Tổn thương niệu đạo: Nếu trường hợp tổn thương nhẹ thì có thể đặt xông tiểu và theo dõi. Trường hợp tổn thương nặng có thể mổ khâu nối hoặc tạo hình lại niệu đạo.

- Phù nề bao quy đầu: trích rạch dẫn lưu dịch chèn ép.

- Tổn thương bó mạch lưng dương vật

ĐẶT ỐNG STENT CHỮA BÍ ĐÁI DO PHÌ ĐẠI TIỀN LIỆT TUYẾN

I. ĐẠI CƯƠNG

Phẫu thuật đặt Stent niệu đạo có hai loại: Stent tạm thời và stent vĩnh viễn. Stent tạm thời có thể thay thế được và thay định kỳ 1- 3 tháng. Stent vĩnh viễn đặt một lần không thay thế.

II. CHỈ ĐỊNH

- Bí đái do u phì đại tuyến tiền liệt điều trị nội khoa không kết quả trên Người bệnh không đủ điều kiện chịu đựng cuộc phẫu thuật triệt để.
- Mất đồng vận bàng quang - cơ thắt trong bệnh lý bàng quang thần kinh.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Hẹp niệu đạo trước, nhiễm khuẩn tiết niệu phức tạp.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện:

- Kíp mổ:1 bác sĩ phẫu thuật, 1 phụ mổ
- Kíp gây mê: 1 bác sĩ gây mê, 1 phụ mê, 1 điều dưỡng dụng cụ, 1 chạy ngoài

2. Phương tiện dụng cụ:

Dụng cụ: bộ dụng cụ dùng một lần để đặt stent niệu đạo

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. **Tư thế:** nằm ngửa, sản khoa
2. **Vô cảm:** gây tê tủy sống
3. **Các thì phẫu thuật:**
   - Nội soi niệu đạo - bàng quang
   - Đo chiều dài từ cổ bàng quang đến ụ núi để chọn kích cỡ stent
   - Đặt stent

VI. TAI BIẾN VÀ BIẾN CHỨNG

- Nhiễm khuẩn
- Di lệch stent vào bàng quang hoặc ra ngoài

ĐIỀU TRỊ ĐÁI RỈ Ở NỮ BẰNG ĐẶT MIẾNG NÂNG NIỆU ĐẠO TOT

I. ĐẠI CƯƠNG

- Đái rỉ (són nước tiểu gắng sức) là bệnh hay gặp ở nữ, cao tuổi.
- Bệnh không gây tử vong nhưng ảnh hưởng đến sinh hoạt hàng ngày và vệ sinh.
- Có nhiều phương pháp điều trị phẫu thuật nhưng phương pháp đạt băng TOT hiệu quả nhất, biến chứng thấp.

II. CHỈ ĐỊNH

Són nước tiểu gắng sức đơn thuần.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Són nước tiểu do suy cơ thắt niệu đạo, són nước tiểu do bàng quang co bóp thoát ức chế vỏ não (OAB).
- Són nước tiểu kèm sa sinh dục thì phải điều trị đồng thời.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện:

1 bác sĩ phẫu thuật, 1 phụ mổ, 1 nhóm gây mê: 1 bác sĩ gây mê, 1 phụ mê, 1 điều dưỡng dụng cụ, 1 chạy ngoài.

2. Phương tiện dụng cụ:

Bộ dụng cụ phẫu thuật bụng, băng TOT và dụng cụ dùng một lần, một bộ thông đái: Thông đái và túi nước tiểu, 1 sợi chỉ Vircryl 3/0.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. **Tư thế:** mổ Sản khoa
2. **Vô cảm:** Tê tủy sống
3. **Kỹ thuật mổ:**

- Đặt thông đái
- Rạch da 1.5 cm thành trước âm đạo, 1/3 giữa niệu đạo
- Tạo đường hầm hai bên niệu đạo
- Đặt băng TOT từ ngoài vào trong hoặc từ trong ra ngoài
- Bơm 200-300 ml nước vào bàng quang. Rút thông tiểu kiểm tra xem có són nước tiểu khi ho không.
- Đóng da.

VI. THEO DÕI SAU MỔ VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

1. Theo dõi

- Rút thông đái sau 24h
- Đo vận tốc dòng nước tiểu để kiểm tra xem có đái khó không
- Đo thể tích bàng quang chức năng và thể tích nước tiểu tồn dư

2. Tai biến:

- Thủng vào bàng quang: Đặt lại băng TOT, nếu vết rách rộng khâu lại bàng quang.

- Bí đái do đặt băng quá căng: cắt một ngành băng TOT

CẮT TINH MẠC

I. ĐẠI CƯƠNG

- Phẫu thuật cắt tinh mạc thường dùng trong bệnh lý tràn dịch màng tinh hoàn.

- Tràn dịch màng tinh hoàn thường gặp ở nam giới cao tuổi do màng tinh hoàn mất tính bán thấm, ứ nước ở 2 lá của màng tinh hoàn và có thể do nhiều nguyên nhân gây ra.

II. CHỈ ĐỊNH

Người bệnh tràn dịch màng tinh hoàn do bệnh lý tại lá của màng tinh hoàn ở mức độ nhiều, gây đau tức khó chịu.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Tràn dịch màng tinh hoàn do còn ống phúc tinh mạc, thoát vị bẹn hay do nguyên nhân chèn ép tĩnh mạch (các bệnh lý ung thư bộ phận sinh dục ngoài hay tiểu khung...) hay bạch mạch (sau mổ thắt tĩnh mạch tinh...).

- Các người bệnh có chống chỉ định phẫu thuật.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện:

Phẫu thuật viên chuyên ngành tiết niệu hoặc nam học (1 chính, 2 phụ mổ)

2. Người bệnh:

- Người bệnh và gia đình được giải thích rõ trước mổ về tình trạng bệnh và tình trạng chung, về những khả năng phẫu thuật sẽ thực hiện, về những tai biến, biến chứng, di chứng có thể gặp do bệnh, do phẫu thuật, do gây mê, tê, giảm đau, do cơ địa của người bệnh.
- Chuẩn bị người bệnh như một người bệnh mổ theo kế hoạch.
- Cạo lông sạch sẽ hoàn toàn bộ phận sinh dục ngoài.

3. Phương tiện:

- 1 bộ dụng cụ phẫu thuật thường quy cơ bản.

- Các loại chỉ khâu chuyên dụng như: Chỉ không tiêu (như prolene 4/0), chỉ tiêu chậm [Monosyn, vicryl (3/0, 4/0)], chỉ tiêu nhanh (safil quick, vicryl rapid: 4/0, 5/0)

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. **Tư thế:** Người bệnh nằm ngửa. Phẫu thuật viên (PTV) chính và người đưa dụng cụ đứng phía bên phẫu thuật tinh hoàn của người bệnh. 2 PTV phụ đứng phía đối diện, người đưa dụng cụ đứng phía chân người bệnh…
2. **Vô cảm:** gây tê tủy sống hoặc gây mê.
3. **Kỹ thuật:**

- Rạch da và phẫu tích tổ chức dưới da bìu
- Chú ý phẫu tích để tránh làm chảy máu cuống mạch tinh hoàn.
- Cầm máu kỹ vùng bìu và các tổ chức xung quanh hạn chế việc chảy máu.
- Mở màng tinh hoàn hút sạch nước trong màng tinh hoàn.
- Lấy dịch thử vi khuẩn và làm giải phẫu bệnh.

- Cắt tinh mạc và khâu lại bằng Vicryl 2/0 vắt và có thể cố định tinh hoàn vào mạc bìu bằng Prolene 4/0 mũi rời.

- Kiểm tra lại và cầm máu kĩ khoang vùng bìu, đặt dẫn lưu hút liên tục.

- Đóng lại mạc bìu có thể bằng chỉ Vicryl 3/0 hoặc 4/0 mũi rời hay vắt.

- Đóng lại da mũi rời bằng chỉ tiêu nhanh hoặc chỉ không tiêu mũi rời và đặt xông tiểu.

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

1. Theo dõi:

- Tụ máu và chảy máu trong bìu trong 24h-48h đầu

- Rút sonde tiểu trong vòng 24-48h sau mổ.

2. Tai biến và xử trí:

- Chảy máu sau mổ: Nếu chảy máu mép vết mổ có thể băng ép hoặc khâu cầm máu. Nếu chảy máu nhiều cần mở lại để kiểm tra và khâu cầm máu.

- Phù nề tụ dịch vùng bìu: cần trích rạch để tránh nhiễm trùng.

CẮT MÀO TINH HOÀN

I. ĐẠI CƯƠNG

Cắt mào tinh hoàn là cắt bỏmột phần hay toàn bộ mào tinh hoàn do bệnh lý như nang mào tinh hoàn hay u viêm mào tinh hoàn.

II. CHỈ ĐỊNH

- Nang mào tinh hoàn >1cm hay gây đau, khó chịu
- Nang chảy máu
- U viêm mào tinh hoàn điều trị nội khoa không kết quả

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Chống chỉ định khi người bệnh có các bệnh đang tiến triển như suy gan, bệnh tim mạch, tiểu đường, rối loạn đông máu…

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện:

- Phẫu thuật viên là bác sĩ chuyên khoa tiết niệu - nam học
- 2 bác sỹ phụ mổ
- 1 dụng cụ viên
- 1 chạy ngoài
- 1 bác sỹ gây mê và 1 phụ mê

2. Người bệnh:

- Người bệnh và gia đình được giải thích rõ trước mổ về tình trạng bệnh và tình trạng chung, về những khả năng phẫu thuật sẽ thực hiện, về những tai biến, biến chứng, di chứng có thể gặp do bệnh, do phẫu thuật, do gây mê, tê, giảm đau, do cơ địa của người bệnh.
- Nâng cao thể trạng, cân bằng những rối loạn do hậu quả của bệnh hoặc do cơ địa, bệnh mãn tính, tuổi.
- Điều trị ổn định các bệnh nội khoa như cao huyết áp, đái đường… trước khi can thiệp phẫu thuật (trừ trường hợp mổ cấp cứu).
- Nhịn ăn, thụt tháo, vệ sinh vùng phẫu thuật và toàn thân.
- Dùng kháng sinh dự phòng trước mổ.
- Hồ sơ người bệnh, xét nghiệm cơ bản, phim XQ phổi, phim XQ hệ tiết niệu, siêu âm tinh hoàn, tinh dịch đồ nhất là người bệnh trẻ tuổi.
- Xét nghiệm vi khuẩn, kháng sinh đồ để điều trị nhiễm khuẩn.

3. Phương tiện:

- Bàn mổ có thể điều khiển quay các tư thế khi cần thiết
- Dao điện đơn cực, dao điện lưỡng cực bipolar
- Máy hút
- Dao mổ lạnh, cán dao, kìm kẹp kim, 10 pince cong, 2 pharabuf, 2 kéo phẫu tích: 1 to, 1 nhỏ, 1 kéo cắt chỉ.
- Các loại chỉ khâu chuyên dụng như: chỉ tiêu chậm [Monosyn, vicryl (4/0, 5/0)] 2 sợi, chỉ tiêu nhanh (safil quick, vicryl rapid: 4/0, 5/0) 1 sợi

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. **Tư thế:** Người bệnh nằm ngửa
2. **Vô cảm:** Tê tủy sống hoặc gây mê.
3. **Kỹ thuật:**
   - Đường rạch da: đường đan của bìu hay đường song song với đường đan bên tinh hoàn bên bệnh lý.
   - Bộc lộ tinh hoàn và nang mào tinh hoàn đánh giá vị trí kích thước nang.
   - Mở lá thành mào tinh hoàn bộc lộ nang, phẫu tích bóc nang, cầm máu kỹ.
   - Nếu nang nhỏ ở người bệnh trẻ chỉ cần mở nang tránh bóc quá kỹ gây tổn thương ống mào tinh hoàn
   - Nếu dịch nang đục có thể xét nghiệm (vi khuẩn, tế bào)
   - Khâu phục hồi tạo hình mào tinh hoàn
   - Đưa tinh hoàn vào trong màng tinh hoàn: Chú ý mào tinh hoàn ở phía sau, đầu mào tinh hoàn ở trên chống xoắn tinh hoàn
   - Đóng vết mổ 2 lớp. Có thể đặt dẫn lưu nếu cần theo dõi sau mổ.

VI. THEO DÕI CÁC TAI BIẾN - BIẾN CHỨNG VÀ XỬ TRÍ

1. **Theo dõi:**
   - Theo dõi toàn thân
   - Theo dõi dẫn lưu (nếu có): theo dõi số lượng, tính chất dịch dẫn lưu.
   - Các tai biến, biến chứng có thể gặp:
   + Chảy máu
   + Tụ máu, phù nề bìu và tầng sinh môn
   + Nhiễm khuẩn vết mổ.
2. **Nguyên tắc xử trí:**
   - Chảy máu: thay băng, theo dõi. Nếu chảy máu vết mổ thì khâu cầm máu. Nếu chảy máu bên trong thì mổ lại cầm máu.
   - Nhiễm khuẩn vết mổ: điều trị kháng sinh, chăm sóc vết mổ thay băng hàng ngày.

CẮT THỂ MORGANI XOẮN

I. ĐẠI CƯƠNG

Là cắt bỏ toàn bộ thể Morgani hay phần phụ tinh hoàn (là di tích của ống Muller trong thời kỳ bào thai).

II. CHỈ ĐỊNH

Xoắn phần phụ tinh hoàn, người bệnh đau nhiều bìu-tinh hoàn, có thể khẳng định được trên siêu âm Doppler hoặc không phân biệt được với xoắn thừng tinh.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Đây là cấp cứu ngoại khoa nên không có chống chỉ định tuyệt đối.
- Chống chỉ định tương đối khi người bệnh có các bệnh đang tiến triển như suy gan, bệnh tim mạch, tiểu đường, rối loạn đông máu…

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện:

- Phẫu thuật viên là bác sĩ chuyên khoa tiết niệu - nam học
- 2 bác sỹ phụ mổ
- 1 dụng cụ viên
- 1 chạy ngoài
- 1 bác sỹ gây mê và 1 phụ mê

2. Người bệnh:

- Người bệnh và gia đình được giải thích rõ trước mổ về tình trạng bệnh và tình trạng chung, về những khả năng phẫu thuật sẽ thực hiện, về những tai biến, biến chứng, di chứng có thể gặp do bệnh, do phẫu thuật, do gây mê, tê, giảm đau, do cơ địa của người bệnh.
- Nâng cao thể trạng, cân bằng những rối loạn do hậu quả của bệnh hoặc do cơ địa, bệnh mãn tính, tuổi.
- Điều trị ổn định các bệnh nội khoa như cao huyết áp, đái đường… trước khi can thiệp phẫu thuật (trừ trường hợp mổ cấp cứu).
- Hồ sơ người bệnh, xét nghiệm cơ bản, phim XQ phổi, siêu âm tinh hoàn.
- Chuẩn bị người bệnh như một người bệnh mổ theo kế hoạch. Cạo lông sạch sẽ hoàn toàn bộ phận sinh dục ngoài.
- Điều trị dự phòng nhiễm khuẩn bằng kháng sinh.

3. Phương tiện:

- Bàn mổ có thể điều khiển quay các tư thế khi cần thiết
- Dao điện đơn cực, dao điện lưỡng cực bipolar
- Máy hút
- Dao mổ lạnh, cán dao, kìm kẹp kim, 10 pince cong, 2 pharabuf, 2 kéo phẫu tích: 1 to, 1 nhỏ, 1 kéo cắt chỉ.
- Các loại chỉ khâu chuyên dụng như: chỉ tiêu chậm [Monosyn, vicryl (4/0, 5/0)] 2 sợi, chỉ tiêu nhanh (safil quick, vicryl rapid: 4/0, 5/0) 1 sợi, chỉ không tiêu prolène 4/0.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. **Tư thế:** Người bệnh nằm ngửa
2. **Vô cảm:** Tê tủy sống hoặc gây mê
3. **Kỹ thuật:**
   - Đường rạch da: đường đan của bìu hay đường song song với đường đan bên tinh hoàn bên bệnh lý.
   - Bộc lộ tinh hoàn và nang mào tinh hoàn đánh giá vị trí kích thước phần phụ tinh hoàn: màu sắc, vị trí, xoắn mấy vòng.
   - Kiểm tra xem tinh hoàn có bị tím không, thừng tinh có bị xoắn không.
   - Cắt bỏ thể Morgani bằng dao điện hoặc bằng kéo.
   - Khâu hoặc đốt điện cầm máu.
   - Đưa tinh hoàn vào trong màng tinh hoàn: Chú ý mào tinh hoàn ở phía sau, đầu mào tinh hoàn ở trên chống xoắn tinh hoàn
   - Cố định tinh hoàn bằng prolene 4/0 hai vị trí. Khâu lại màng tinh hoàn.
   - Đóng vết mổ 2 lớp.

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

1. Theo dõi:

- Theo dõi toàn thân,
- Các tai biến, biến chứng có thể gặp:
+ Chảy máu
+ Nhiễm khuẩn vết mổ.

2. Nguyên tắc xử trí:

- Chảy máu: thay băng, theo dõi. Nếu chảy máu vết mổ thì khâu cầm máu. Nếu chảy máu bên trong thì mổ lại cầm máu.

- Nhiễm khuẩnvết mổ: điều trị kháng sinh, chăm sóc vết mổ.

TÁI TẠO MIỆNG SÁO DO HẸP

I. ĐẠI CƯƠNG

Tái tạo miệng sáo do hẹp là phẫu thuật mở rộng khẩu kính lỗ ngoài niệu đạo tạo điều kiện cho nước tiểu lưu thông bình thường.

II. CHỈ ĐỊNH

Hẹp miệng sáo mà nong niệu đạo không kết quả.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Chống chỉ định với các bệnh đang tiến triển như suy gan, bệnh tim mạch, tiểu đường, rối loạn đông máu…

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện:

- Kíp phẫu thuật: bác sĩ chuyên khoa tiết niệu, nam học hoặc bác sĩ ngoại khoa được đào tạo và 2 người phụ mổ.
- Kíp gây mê: 01 bác sĩ gây mê, 01 người phụ mê, 01 dụng cụ viên, 01 người chạy ngoài.

2. Người bệnh:

- Hồ sơ bệnh án: xét nghiệm cơ bản, Xquang phổi, Xquang niệu đạo xuôi dòng - ngược dòng để đánh giá mức độ và vị trí hẹp, siêu âm hệ tiết niệu đánh giá mức độ ảnh hưởng trên hệ tiết niệu.
- Người bệnh và gia đình được giải thích rõ trước mổ về tình trạng bệnh và tình trạng chung, về những khả năng phẫu thuật sẽ thực hiện, về những tai biến, biến chứng, di chứng có thể gặp do bệnh, do phẫu thuật, do gây mê, tê, giảm đau, do cơ địa của người bệnh.
- Nâng cao thể trạng, cân bằng những rối loạn do hậu quả của bệnh hoặc do cơ địa, bệnh mãn tính, tuổi.
- Điều trị ổn định các bệnh nội khoa như cao huyết áp, đái tháo đường… trước khi can thiệp phẫu thuật.
- Nhịn ăn, thụt tháo, vệ sinh vùng phẫu thuật và toàn thân.
- Có thể dùng kháng sinh dự phòng trước mổ.

3. Phương tiện:

- Dụng cụ: 01 bộ dụng cụ phẫu thuật cơ bản.
- Chỉ khâu tiêu chậm như monosyl, vycryl 4.0 hoặc 5.0, sonde tiểu số 14Fr hoặc 16 Fr, túi nước tiểu.

4. Dự kiến thời gian phẫu thuật: 30 đến 60 phút.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Tư thế: Người bệnh nằm ngửa.

2. Vô cảm: Gây mê nội khí quản, gây tê tủy sống.

3. Kỹ thuật:

- Bước 1: Nong kiểm tra miệng sáo, đánh giá chính xác vị trí và mức độ hẹp.
- Bước 2: Rạch mở rộng miệng sáo vị trí 6 giờ khi dương vật dựng thẳng đến đoạn niệu đạo lành.

- Bước 3: Nong thử kiểm tra niệu đạo còn lại, chắc chắn đặt được sonde tiểu 14 Fr trở lên.
- Bước 4: Khâu tạo hình da với niêm mạc niệu đạo bằng chỉ tiêu chậm monosyl 4/0 hoặc vicryl 4.0, đảm bảo niêm mạc niệu đạo lộn ra ngoài.
- Bước 5: Đặt sonde tiểu và băng vết mổ.

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

1. Theo dõi:

- Theo dõi toàn trạng: mạch, nhiệt độ, huyết áp.
- Đánh giá mức độ chảy máu qua băng vết mổ.
- Kháng sinh: Quilonon hoặc và phối hợp với cephalosporin.

2. Các biến chứng sau mổ có thể xảy ra:

- Chảy máu: Băng ép lại vết mổ. Nếu chảy máu nhiều thì khâu cầm máu.
- Nhiễm khuẩn: Điều trị kháng sinh và thay băng hàng ngày.
- Hẹp tái phát: Nong niệu đạo, nếu hẹp nhiều thì mổ lại.

ĐIỀU TRỊ TẠI CHỖ PHÌ ĐẠI TUYẾN TIỀN: SỨC NÓNG HOẶC LẠNH

I. ĐẠI CƯƠNG

- Điều trị phì đại lành tính tuyến tiền liệt bằng nhiệt là một phương pháp dùng nhiệt để phá huỷ tuyến tiền liệt, giải quyết các triệu chứng do tuyến tiền liệt to gây ra.

- Đây là một trong nhiều lựa chọn điều trị phì đại lành tính tuyến tiền liệt. Để xác định lựa chọn điều trị đúng đắn, bác sỹ sẽ dựa vào mức độ nặng của triệu chứng, các vấn đề sức khoẻ chung của Người bệnh, kích thước và hình dạng của tuyến tiền liệt.

II. CHỈ ĐỊNH

Người bệnh phì đại lành tính tuyến tiền liệt có triệu chứng đường tiểu dưới từ mức độ trung bình đến nặng, những người điều trị nội khoa bị tác dụng phụ hoặc thất bại hoặc không muốn điều trị nội khoa

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Người bệnh ung thư tuyến tiền liệt hoặc ung thư biểu mô tiết niệu

- Nhiễm khuẩn đường tiết niệu cấp tính

- Tiền sử cắt nội soi tuyến tiền liệt, chấn thương nặng vùng chậu hoặc điều trị tia xạ vùng chậu

- Người bệnh có cấy ghép kim loại, vật hang nhân tạo, cơ thắt niệu đạo nhân tạo, hẹp niệu đạo nặng.

- Người bệnh đang bí tiểu cấp tính

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện:

- Phẫu thuật viên (PTV) chuyên khoa Nam học - Tiết niệu

- Kíp điều trị gồm 2 người: 1 PTV chính và 1 người phụ

2. Người bệnh:

- Người bệnh cần được hỏi kỹ tiền sử, bệnh sử và thăm khám thực thể để đánh giá: sự xuất hiện, biểu hiện, tiến triển và độ nặng của triệu chứng đường tiểu dưới; tiền sử: hỏi về bệnh lây truyền qua đường tình dục, sỏi, chấn thương đường tiết niệu,... ; khám thực thể đánh giá hệ thống và chi tiết: cầu bàng quang, hẹp miệng sáo niệu đạo, trương lực hậu môn, kích thước, mật độ, ranh giới tuyến tiền liệt, ...

- Các xét nghiệm: ngoài bộ xét nghiệm để phẫu thuật thường quy như công thức máu, sinh hoá máu, ..., cần làm thêm các xét nghiệm cận lâm sàng sau: cấy vi khuẩn nước tiểu và làm kháng sinh đồ, PSA, siêu âm qua trực tràng, đo thể tích nước tiểu tồn dư, soi bàng quang niệu đạo, niệu động học,...

- Giải thích kỹ cho người bệnh về các tai biến, biến chứng có thể xảy ra khi điều trị, các lợi ích cũng như kết quả mong đợi.

- Yêu cầu người bệnh tối hôm trước ăn nhẹ, sáng ngày điều trị nhịn ăn.

- Cho người bệnh dùng thuốc kháng sinh trước khi tiến hành thủ thuật. Có thể cho người bệnh dùng thuốc giảm đau đường uống (như ibuprofen, ketorolac, morphine) và thuốc an thần (như benzodiazepine) trước khi tiến hành thủ thuật.

- Chuẩn bị ruột: Thụt tháo tối trước mổ.

3. Phương tiện:

Bộ dụng cụ tiểu phẫu-đặt thông niệu đạo, máy điều trị nhiệt (microwave), catheter điều trị nhiệt qua niệu đạo, bộ cảm nhận nhiệt độ qua trực tràng:

- Catheter điều trị nhiệt qua niệu đạo: gồm có các thành phần: đầu cung cấp nhiệt ngay sát quả bóng (hai phần này được đặt vào niệu đạo tuyến tiền liệt), phần làm lạnh, đầu cảm nhận nhiệt độ, đầu dẫn dịch và các đầu cung cấp nguồn nhiệt.

- Bộ cảm nhận nhiệt độ qua trực tràng: gồm có các thành phần: bóng trực tràng cùng với các phần cảm nhận nhiệt độ, đầu kết nối ra ngoài.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Tư thế: Tư thế người bệnh, người bệnh nằm ngửa hai chân duỗi thẳng và đầu kê cao khoảng 15 độ.

2. Vô cảm: Gây tê niệu đạo bằng 10-20ml gel lidocaine 1-2%. Có thể phối hợp với gây tê tuỷ sống hoặc gây mê.

3. Kỹ thuật:

- Dùng dung dịch sát khuẩn bôi lên dương vật

- Đặt catheter điều trị vào đúng vị trí thích hợp.

- Đặt đầu dò trực tràng để theo dõi nhiệt độ (nếu có sử dụng)

- Đặt chương trình điều trị: thường đặt chế độ cung cấp nhiệt độ vào tuyến tiền liệt từ 60- 80^0C trong suốt quá trình điều trị. Trong khi đó, nhiệt độ của dòng lạnh ở mức 8^oC để duy trì nhiệt độ ở niệu đạo từ 39-41^oC (với mức độ ước lượng nhiệt độ ở trong trực tràng dưới 42^oC).

- Tiến hành điều trị: Thời gian tiến hành điều trị khoảng 1 giờ.

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

1. Theo dõi:

- Trong suốt quá trình điều trị, người bệnh có thể cảm nhận được sự ấm nhẹ ở tầng sinh môn, đau nhẹ và cảm giác mót rặn tiểu. Hiếm khi đau có ý nghĩa để dừng điều trị. Hầu hết người bệnh yêu cầu giảm đau đường uống trong quá trình điều trị.

- Theo dõi các chức năng sống của người bệnh: Mạch, huyết áp, nhiệt độ.

- Theo dõi các nguy cơ tai biến có thể xảy ra (như bí tiểu, nhiễm khuẩn đường tiết niệu…).

2. Xử trí tai biến:

- Bí tiểu: Người bệnh có thể bị bí tiểu vài ngày sau điều trị. Cho tới khi người bệnh tự tiểu được, cần phải đặt sonde niệu đạo để dẫn lưu nước tiểu.

- Nhiễm khuẩn đường tiết niệu: là biến chứng có thể xảy ra sau bất cứ thủ thuật nào lên tuyến tiền liệt. Nguy cơ nhiễm khuẩn tiết niệu gia tăng khi đặt sonde tiểu càng lâu sau thủ thuật. Điều trị bằng kháng sinh.

- Hẹp niệu đạo hoặc cổ bàng quang: nguyên nhân có thể do đặt sonde lâu, viêm nhiễm… làm khó tiểu và có thể cần phải điều trị thêm bằng các phương pháp khác.

- Rối loạn tình dục:

+ Xuất tinh "khô": Xuất tinh ngược dòng vào bàng quang. Biến chứng này không ảnh hưởng sức khoẻ và không tác động lên khoái cảm tình dục; tuy nhiên, có thể làm ảnh hưởng tới khả năng sinh đẻ. Điều trị bằng thuốc.

+ Rối loạn cương dương: điều trị bằng thuốc.

- Hầu hết các người bệnh được điều trị bằng áp nhiệt sẽ cần điều trị thêm bằng cắt nội soi tuyến tiền liệt qua đường niệu đạo hoặc thủ thuật khác. Việc điều trị đặt ra có thể do triệu chứng tái diễn hoặc triệu chứng không được cải thiện.

- Một số biến chứng hiếm gặp: rò niệu đạo-trực tràng, thủng bàng quang, kích thích ruột, đau mạn tính, viêm tuyến tiền liệt, kích thích hậu môn, vô sinh,…: điều trị bằng các biện pháp tương ứng.

CẮT DƯƠNG VẬT KHÔNG VÉT HẠCH, CẮT MỘT NỬA DƯƠNG VẬT

I. ĐẠI CƯƠNG

- Cắt dương vật không nạo vét hạch, cắt một nửa dương vật hay còn gọi là phẫu thuật cắt một phần dương vật không nạo vét hạch hoặc cắt đoạn dương vật không nạo vét hạch.
- Phẫu thuật cắt đoạn dương vật không nạo vét hạch thường được sử dụng trong bệnh lý ung thư dương vật ở nam giới phát hiện ở giai đoạn sớm.
- Phẫu thuật ảnh hưởng nhiều đến chức năng tình dục của người bệnh sau mổ.

II. CHỈ ĐỊNH: Chỉ định trong các trường hợp sau:

- Ung thư dương vật ở giai đoạn T1a hoặc T1b và không sờ thấy hạch bẹn 2 bên.
- Ung thư dương vật giai đoạn T2 không sờ thấy hạch bẹn cần cân nhắc khi quyết định.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Ung thư ở giai đoạn từ T3 trở lên.
- Người bệnh có hạch bẹn, đùi 2 bên cần cân nhắc trong chỉ định.Có thể vẫn chỉ định phẫu thuật và nạo vét hạch triệt để trong thì 2.
- Các Người bệnh có chống chỉ định phẫu thuật nói chung như suy gan suy thận nặng tiến triển, rối loạn đông máu…

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện:

- Kíp phẫu thuật: Bác sĩ chuyên khoa tiết niệu hoặc nam học, 2 người phụ mổ.
- Kíp gây mê: 1 bác sĩ gây mê, 1 người phụ mê, 1 dụng cụ viên, 1 người chạy ngoài.

2. Người bệnh:

- Hồ sơ: xét nghiệm cơ bản, Xquang phổi, điện tim, siêu âm hệ tiết niệu, siêu âm đánh giá hệ thống hạch nông và sâu vùng bẹn chậu, kết quả sinh thiết khẳng định ung thư dương vật.
- Người bệnh và gia đình được giải thích rõ trước mổ về tình trạng bệnh và tình trạng chung, về những khả năng phẫu thuật sẽ thực hiện, về những tai biến, biến chứng, di chứng có thể gặp do bệnh, do phẫu thuật, do gây mê, tê, giảm đau, do cơ địa của người bệnh.
- Nâng cao thể trạng, cân bằng những rối loạn do hậu quả của bệnh hoặc do cơ địa, bệnh mãn tính, tuổi.
- Điều trị ổn định các bệnh nội khoa như cao huyết áp, đái tháo đường… trước khi can thiệp phẫu thuật.
- Nhịn ăn, thụt tháo, vệ sinh cạo lông vùng phẫu thuật và toàn thân.
- Có thể dùng kháng sinh dự phòng trước mổ hoặc không.

3. Phương tiện:

- 1 bộ dụng cụ phẫu thuật bụng thường quy cơ bản, clamp mạch máu.
- Các loại chỉ khâu chuyên dụng như: chỉ không tiêu (như prolene 2/0), chỉ tiêu chậm [Monosyn, vicryl (2/0, 3/0, 4/0, 5/0)], chỉ tiêu nhanh (safil quick, vicryl rapid: 4/0, 5/0)

- Sonde tiểu số 14 hoặc 16 Fr, túi nước tiểu.

4. Dự kiến thời gian phẫu thuật: 45 phút đến 75 phút.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Tư thế:

- Người bệnh nằm ngửa.
- Phẫu thuật viên chính chính và người đưa dụng cụ đứng phía bên phải của người bệnh, 2 bác sĩ phụ đứng phía đối diện.

2. Vô cảm: Gây mê nội khí quản, gây tê tủy sống.

3. Kỹ thuật:

- Bước 1: Đánh giá vị trí của u và mức độ xâm lấn của u, cặp dương vật bằng clamp mạch máu hoặc garo gốc dương vật.
- Bước 2:

+ Rạch da quanh chu vi dương vật chú ý bảo tồn da mặt niệu đạo.

+ Phẫu tích niệu đạo chú ý cầm máu vật xốp bao quanh niệu đạo và luồn dây đánh dấu niệu đạo xác định đến phần niệu đạo sẽ được cắt.

+ Phẫu tích 2 vật hang đến vị trí cần cắt bỏ.

+ Cắt bỏ thương tổn ung thư dương vật kèm phần vật hang, vật xốp, niệu đạo đến hết toàn bộ tổn thương đảm bảo diện cắt còn lại là phần lành.

- Bước 3:

+ Khâu cầm máu 2 vật hang bằng đường khâu vắt hoặc các mũi rời bằng chỉ phù hợp (Prolene 2/0 hoặc Vicryl 2/0 hoặc Vicryl 3/0).

+ Đưa niệu đạo ra ngoài và cố định vào da dương vật bằng chỉ tiêu chậm (như monosyn 4/0) mũi rời chú ý cầm máu kỹ và khâu tránh gây hẹp lỗ ngoài niệu đạo mới.

+ Đóng lại da dương vật có thể bằng chỉ tiêu nhanh mũi rời.

- Bước 4: Đặt sonde tiểu và băng vết mổ.

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

1. Theo dõi:

- Theo dõi toàn trạng, tình trạng chảy máu.
- Điều trị kháng sinh, giảm đau, giảm viêm.
- Tụ máu và chảy máu niệu đạo trong vòng 72h đầu.
- Có thể rút xông tiểu sau mổ từ 7 ngày- 10 ngày.

2. Các biến chứng sau mổ có thể xảy ra:

- Chảy máu sau mổ: nếu chảy máu nhiều cần mở lại để kiểm tra và khâu cầm máu.
- Phù nề da thân dương vật: trích rạch dẫn lưu dịch chèn ép.
- Hẹp niệu đạo: Có thể mở lại niệu đạo ra da hoặc dẫn lưu bàng quang.
- Rò niệu đạo: hiếm gặp tuy nhiên nếu rò nhiều gây tụ dịch nhiễm trùng tầng sinh môn cần mổ lại để xử trí thương tổn.

MỞ RỘNG LỖ SÁO

I. ĐẠI CƯƠNG

Mở rộng miệng sáo là phẫu thuật mở rộng làm tăng khẩu kính lỗ ngoài niệu đạo tạo điều kiện cho nước tiểu lưu thông bình thường.

II. CHỈ ĐỊNH

Hẹp miệng sáo mà nong niệu đạo không kết quả.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Chống chỉ định với các bệnh đang tiến triển như suy gan, bệnh tim mạch, tiểu đường, rối loạn đông máu…

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện:

- Kíp phẫu thuật: bác sĩ chuyên khoa tiết niệu, nam học hoặc bác sĩ ngoại khoa được đào tạo và 2 người phụ mổ.
- Kíp gây mê: 01 bác sĩ gây mê, 01 người phụ mê, 01 dụng cụ viên, 01 người chạy ngoài.

2. Người bệnh:

- Hồ sơ bệnh án: xét nghiệm cơ bản, Xquang phổi, Xquang niệu đạo xuôi dòng-ngược dòng để đánh giá mức độ và vị trí hẹp, siêu âm hệ tiết niệu đánh giá mức độ ảnh hưởng trên hệ tiết niệu.
- Người bệnh và gia đình được giải thích rõ trước mổ về tình trạng bệnh và tình trạng chung, về những khả năng phẫu thuật sẽ thực hiện, về những tai biến, biến chứng, di chứng có thể gặp do bệnh, do phẫu thuật, do gây mê, tê, giảm đau, do cơ địa của người bệnh.
- Nâng cao thể trạng, cân bằng những rối loạn do hậu quả của bệnh hoặc do cơ địa, bệnh mãn tính, tuổi.
- Điều trị ổn định các bệnh nội khoa như cao huyết áp, đái tháo đường… trước khi can thiệp phẫu thuật.
- Nhịn ăn, thụt tháo, vệ sinh vùng phẫu thuật và toàn thân.
- Có thể dùng kháng sinh dự phòng trước mổ.

3. Phương tiện:

- Dụng cụ: 01 bộ dụng cụ phẫu thuật cơ bản.
- Chỉ khâu tiêu chậm như monosyl, vycryl 4.0 hoặc 5.0, sonde tiểu số 14Fr hoặc 16Fr, túi nước tiểu.

4. Dự kiến thời gian phẫu thuật: 30 đến 60 phút.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Tư thế: Người bệnh nằm ngửa.

2. Vô cảm: Gây mê nội khí quản, gây tê tủy sống.

3. Kỹ thuật:

- Bước 1: Nong kiểm tra miệng sáo, đánh giá chính xác vị trí và mức độ hẹp.
- Bước 2: Rạch mở rộng miệng sáo vị trí 6 giờ khi dương vật dựng thẳng đến đoạn niệu đạo lành.

- Bước 3: Nong thử kiểm tra niệu đạo còn lại, chắc chắn đặt được sonde tiểu 14Fr trở lên.
- Bước 4: Khâu tạo hình da với niêm mạc niệu đạo bằng chỉ tiêu chậm monosyl 4/0 hoặc vicryl 4.0, đảm bảo niêm mạc niệu đạo lộn ra ngoài.
- Bước 5: Đặt sonde tiểu và băng vết mổ.

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

1. Theo dõi:

- Theo dõi toàn trạng: mạch, nhiệt độ, huyết áp.
- Đánh giá mức độ chảy máu qua băng vết mổ.
- Kháng sinh: Quilonon hoặc và phối hợp với cephalosporin.

2. Các biến chứng sau mổ có thể xảy ra:

- Chảy máu: Băng ép lại vết mổ.Nếu chảy máu nhiều thì khâu cầm máu.
- Nhiễm khuẩn: Điều trị kháng sinh và thay băng hang ngày.
- Hẹp tái phát: Nong niệu đạo, nếu hẹp nhiều thì mổ lại.

ĐẶT TINH HOÀN NHÂN TẠO

I. ĐẠI CƯƠNG

- Phẫu thuật đặt tinh hoàn nhân tạo là một phẫu thuật đòi hỏi có độ vô trùng cao do đặt một chất liệu ngoại lai vào trong cơ thể.

- Phẫu thuật đòi hỏi sau mổ phải có sự cân đối của vùng bìu 2 bên.

II. CHỈ ĐỊNH

- Người bệnh sau cắt bỏ tinh hoàn do chấn thương, xoắn, tinh hoàn nằm trong ổ bụng hay ung thư...

- Người bệnh thiếu hụt một bên tinh hoàn do: Bẩm sinh chỉ có 1 tinh hoàn, viêm teo tinh hoàn 1 bên...

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH.

- Người bệnh đang có nhiễm trùng toàn thân hay tại chỗ vùng bộ phận sinh dục ngoài.

- Người bệnh có chống chỉ định phẫu thuật.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện:

Phẫu thuật viên (PTV) chuyên ngành Nam học (1 PTV chính + 2 PTV phụ + 1 người đưa dụng cụ).

2. Người bệnh:

- Người bệnh và gia đình được giải thích rõ trước mổ về tình trạng bệnh và tình trạng chung, về những khả năng phẫu thuật sẽ thực hiện, về những tai biến, biến chứng, di chứng có thể gặp do bệnh, do phẫu thuật, do gây mê, tê, giảm đau, do cơ địa của người bệnh.
- Chuẩn bị người bệnh như một người bệnh mổ theo kế hoạch.
- Cạo lông sạch sẽ hoàn toàn bộ phận sinh dục ngoài.

3. Phương tiện:

- 1 bộ dụng cụ phẫu thuật thường quy cơ bản.

- Các loại chỉ khâu chuyên dụng như: Chỉ không tiêu (như prolene 4/0), chỉ tiêu chậm [Monosyn, vicryl (3/0, 4/0)], chỉ tiêu nhanh (safil quick, vicryl rapid: 4/0, 5/0)

- Tinh hoàn nhân tạo loại phù hợp.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Tư thế:

Người bệnh nằm ngửa. PTV chính và người đưa dụng cụ đứng phía bên cần đặt tinh hoàn của người bệnh. 2 PTV phụ đứng phía đối diện.

2. Vô cảm: có thể gây tê tủy sống .

3. Kỹ thuật:

- Rạch da và phẫu tích tổ chức dưới da bìu

- Chú ý phẫu tích để tránh làm chảy máu cuống mạch tinh hoàn.

- Cầm máu kỹ vùng bìu và các tổ chức xung quanh hạn chế chảy máu.

- Tạo khoang vùng bìu đủ rộng để chuẩn bị đặt tinh hoàn nhân tạo.
- Cố định tinh hoàn nhân tạo vào mạc bìu bằng Prolene 4/0 mũi rời.
- Kiểm tra lại và cầm máu kĩ khoang vùng bìu
- Đóng lại cân cơ bằng Vicryl 3/0 hoặc 4/0 mũi rời.
- Đóng lại da mũi rời bằng chỉ tiêu nhanh hoặc chỉ không tiêu.

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

1. Theo dõi:

- Tụ máu và chảy máu trong bìu trong 24h-48h đầu
- Rút sonde tiểu trong vòng 24-48h sau mổ.

2. Tai biến và xử trí:

- Chảy máu sau mổ: Nếu chảy máu nhiều cần mở lại để kiểm tra và khâu cầm máu.
- Phù nề tụ dịch vùng bìu: Cần trích rạch để tránh nhiễm trùng
- Thải loại tinh hoàn nhân tạo: Thường diễn ra muộn hơn, bắt đầu sau 1 tháng sau mổ. Vết mổ chảy dịch và tinh hoàn lộ dưới da cần rạch rộng, lấy bỏ tinh hoàn nhân tạo và làm sạch khoang vùng bìu.