



QUY TRÌNH

KỸ THUẬT KHÁM BỆNH CHỮA BỆNH

2023

BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH BÌNH THUẬN
KHOA NGOẠI THẬN – TIẾT NIỆU



HƯỚNG DẪN QUY TRÌNH KỸ THUẬT
NGOẠI KHOA THẬN – TIẾT NIỆU

2023

MỤC LỤC	Trang
1. Dẫn lưu đài bể thận qua da	1
2. Quy trình thay thông mono j dẫn lưu thận ra da.....	4
3. Dẫn lưu nước tiểu bàng quang.....	6
4. Dẫn lưu áp xe khoang retzius.....	9
5. Phẫu thuật tràn dịch màng tinh hoàn	12
6. Cắt mào tinh hoàn	15
7. Phẫu thuật vỡ vật hang do gãy dương vật.....	17
8. Phẫu thuật nang thừng tinh	20
9. Phẫu thuật nội soi sau phúc mạc lấy sỏi bể thận.....	22
10. Phẫu thuật nội soi sau phúc mạc lấy sỏi niệu quản.....	26
11. Qui trình kỹ thuật nội soi bàng quang tán sỏi.....	28
12. Nội soi tán sỏi niệu đạo.....	30
13. Nội soi ngược chiều tán sỏi niệu quản.....	32
14. Phẫu thuật nội soi hẹp bể thận niệu quản (nội soi ngược chiều)	36
15. Phẫu thuật nội soi tạo hình khúc nối niệu quản bể thận	38
16. Phẫu thuật nội soi tạo hình niệu quản sau tĩnh mạch chủ.....	40
17. Cắt đốt tăng sinh lành tính tuyến tiền liệt qua nội soi (turp)	44
18. Phẫu thuật nội soi sau phúc mạc cắt chỏm nang thận.....	46
19. Phẫu thuật nội soi khâu lỗ thủng bàng quang	48
20. Quy trình nội soi niệu đạo - bàng quang chẩn đoán	50
21. Quy trình nội soi bàng quang rút thông niệu quản	53
22. Quy trình phẫu thuật cắt da quy đầu	56
23. Phẫu thuật các bệnh lý ống phúc tinh mạc ở trẻ em	59
24. Phẫu thuật lấy sỏi bàng quang	62
25. Phẫu thuật lấy sỏi niệu quản	65
26. Phẫu thuật lấy sỏi thận	67
27. Phẫu thuật tạo hình khúc nối bể thận - niệu quản (phương pháp foley, anderson - hynes).....	69
28. Cầm lại niệu quản vào bàng quang.....	71
29. Đưa niệu quản ra da đơn thuần và thắt động mạch chậu trong.....	74
30. Thay ống thông dẫn lưu bàng quang	77
31. Thay ống thông dẫn lưu thận	79
32. Phẫu thuật dẫn lưu viêm tấy khung chậu do rò nước tiểu	81

33. Tái tạo miệng sáo do hẹp	83
34. Đóng lỗ rò bàng quang (trên bụng).....	85

1. DẪN LƯU ĐÀI BỂ THẬN QUA DA

1. 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.

2. 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.

3. 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

4. CHUẨN BỊ

4.1 Người thực hiện:

- 1 bác sỹ chuyên khoa tiết niệu và 1 người phụ

4.2 Trang thiết bị:

- 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, SpO2

4.3 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

4.4 Thời gian phẫu thuật:

- Tùy từng trường hợp, có thể từ 15-60 phút.

5. 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 bề thận đánh giá tình trạng nhu mô thận và các tạng lân cận.

- Chọc kim thăm dò vào bề thận dưới hướng dẫn siêu âm, khi kim vào đúng bề thận sẽ quan sát thấy trên siêu âm và thấy nước tiểu chảy qua kim.

- Dùng guide wire luồn qua kim vào bề thận.

- Dùng bộ nong tạo đường hầm rộng.

- Đưa sonde mono J qua đường hầm vào bề thận, đầu chữ J nằm trong bề thận.

- Cố định ngoài da bằng chỉ khâu.

- Nối sonde mono J với túi nước tiểu.

6. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

6.1 Theo dõi

- Tai biến thuốc gây tê, gây mê

- Chảy máu

- Rò nước tiểu

- Áp xe quanh thận

6.2 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.

7. TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Quyết Định 5731/QĐ-BYT Hướng Dẫn Quy Trình Kỹ Thuật Ngoại Khoa, Chuyên Khoa Phẫu Thuật Tiết Niệu, ban hành ngày 21/12/2017.
- Quy trình kỹ thuật Bệnh viện Bình Dân 2017.

2. QUY TRÌNH THAY THÔNG MONO J DẪN LƯU THẬN RA DA

1. ĐẠI CƯƠNG

Thay thông mono J mở thận ra da dưới hướng dẫn siêu âm là kỹ thuật dùng máy siêu âm định vị bề thận và thay ống mono J mới.

2. CHỈ ĐỊNH

- Thường áp dụng đối với các trường hợp ống thông thận ra da mono J >15 ngày, nhưng chưa có chỉ định rút

- Thông không hiệu quả, nghẹt ống
- Tụt ống

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Bệnh nhân đang trong tình trạng cấp cứu.
- Bệnh dẫn lưu không hiệu quả, có dấu hiệu nhiễm khuẩn nặng.

4. CHUẨN BỊ

4.1 Người thực hiện:

- Bác sĩ phẫu thuật chuyên khoa tiết niệu có kinh nghiệm về siêu âm hoặc bác sĩ siêu âm.
- Người phụ: điều dưỡng hoặc kỹ thuật viên.

4.2 Phương tiện:

- Máy siêu âm với probe cong.
- Bao nilon vô khuẩn bọc đầu dò siêu âm.
- Bộ dụng cụ sát trùng tại chỗ, khăn có lỗ, bơm tiêm 20 ml.
- Thuốc tê tại chỗ lidocain 2%.
- Mono J các cỡ: 8Fr, 10Fr, 12Fr,...
- Guidewire mềm, cứng,...

4.3 Người bệnh:

- Giải thích cho người bệnh và gia đình biết về kỹ thuật làm, theo dõi sau thay, tái khám.

- Hướng dẫn người bệnh kí giấy cam kết thực hiện thủ thuật.
- Được giải thích về thủ thuật, ký cam kết đồng ý làm thủ thuật.

4.4 Kháng sinh trước mổ và duy trì hậu phẫu:

- Kháng sinh theo đường uống.

4.5 Hồ sơ bệnh án

- Hoàn thành đầy đủ hồ sơ bệnh án, các xét nghiệm chẩn đoán cơ bản phục vụ cuộc thủ thuật; bản cam kết thực hiện phẫu thuật.

5. CÁC BƯỚC TIỀN HÀNH

1. Tư thế: nằm tư thế sấp hoặc nghiêng 900; thở oxy 3 lít/ phút qua canula; mắc monitor theo dõi mạch, huyết áp; có hoặc không động gối ở hông lưng bên chọc dò.
2. Vô cảm: Tê tại chỗ bằng lidocain 2%
3. Người thực hiện: đứng bên thận được mở ra da, 1 người phụ sẽ đứng cầm probe siêu âm.
4. Kỹ thuật:
 - Bác sĩ rửa tay, mang găng vô trùng, mặc áo thủ thuật, đội mũ, đeo khẩu trang.
 - Sát khuẩn vùng hông lưng bên thận được dẫn lưu.
 - Trải khăn có lỗ che phủ vùng làm.
 - Dùng bao vô khuẩn để bọc lấy probe siêu âm.
 - Dưới siêu âm kiểm tra vị trí mono J hiện tại trong bể thận.
 - Dùng guide wire luồn vào trong mono J hiện tại, rút mono J cũ và thay thay thông mono J mới.
 - Dưới siêu âm kiểm tra vị trí mono J mới trong bể thận.
 - Cố định ống thông mono J bằng silk 2.0.

6. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

6.1 Theo dõi

- Sau thay ống dẫn lưu thận ra da, bệnh nhân nằm nghỉ theo dõi khoảng 60 phút.
- Nếu bệnh nhân ổn định có thể ra về.
- Dặn dò tái khám và siêu âm kiểm tra sau 15 ngày.

6.2 Các tai biến thường gặp và cách xử trí

- Tụt guide wire, không thể thay thông thận ra da, tiến hành dẫn lưu lại.

7. TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Quy trình kỹ thuật Bệnh viện Bình Dân 2017.

3. DẪN LƯU NƯỚC TIỂU BÀNG QUANG

1. ĐẠI CƯƠNG

Bàng quang (BQ) là nơi chứa nước tiểu để tổng 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.

2. 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.

3. 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.

4. CHUẨN BỊ

4.1 Người thực hiện:

- 1 bác sỹ phẫu thuật, 2 người phụ mổ, một dụng cụ viên và một chạy ngoài.

4.2 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 nhịn hậu môn trước mổ.
- Giải thích cho người bệnh và gia đình về chỉ định, cách thức tiến hành, các nguy cơ có thể xảy ra của phẫu thuật.

4.3 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.

4.4 Thời gian phẫu thuật:

- 30-60 phút

5. 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
- Trãi 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 kỹ, dẫn lưu khoang Retzius bằng sonde nhựa
- Khâu treo bàng quang vào thành bụng bằng các mũi chỉ tiêu
- Đóng cân cơ và da.

6. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

6.1 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

6.2 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.

7. TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Quyết Định 5731/QĐ-BYT Hướng Dẫn Quy Trình Kỹ Thuật Ngoại Khoa, Chuyên Khoa Phẫu Thuật Tiết Niệu, ban hành ngày 21/12/2017.

4. DẪN LƯU ÁP XE KHOANG RETZIUS

1. 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 áp xe cần phải được can thiệp dẫn lưu để điều trị.

2. CHỈ ĐỊNH

- Khối áp xe khoang retzius sau mổ vùng bàng quang
- Khối áp xe khoang Retzius trong hội chứng Fournier, trong chấn thương bàng quang gây tụ máu nước tiểu áp xe hoá.
- Áp xe 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.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

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

4. CHUẨN BỊ

4.1 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

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

- Dùng kháng sinh dự phòng trước mổ.

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

- Xét nghiệm vi khuẩn, kháng sinh đồ để điều trị nhiễm khuẩn.

4.3 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: tùy 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 betadine, cồn, oxy già, nhiều nước muối sinh lý ấm để rửa và làm sạch khoang Retzius.

4.4 Thời gian phẫu thuật:

- 45-90 phút

5. 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, mổ gửi vi sinh.
 - Hút sạch mỡ ổ áp xe, lau rửa làm sạch thật kỹ
 - Nếu thành bàng quang viêm mủn nát, người bệnh đái khó hay ổ áp xe ăn vào bàng quang có thể dẫn lưu bàng quang.
 - Nếu áp xe do viêm thủng bàng quang hay do túi thừa bàng quang vỡ cần cắt túi thừa, khâu lại chỗ vỡ và dẫn lưu bàng quang.
 - Bơm rửa sạch bàng quang, dẫn lưu bàng quang bằng sonde Petzer
 - Dẫn lưu khoang Retzius bằng sonde silicon to 1 hoặc 2 chiếc

- Đóng cân cơ mũi rời
- Khâu da thừa

6. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

6.1 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

6.2 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.

7. TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Quyết Định 5731/QĐ-BYT Hướng Dẫn Quy Trình Kỹ Thuật Ngoại Khoa, Chuyên Khoa Phẫu Thuật Tiết Niệu, ban hành ngày 21/12/2017.

5. PHẪU THUẬT TRÀN DỊCH MÀNG TINH HOÀN

1. ĐẠI CƯƠNG

Tràn dịch màng tinh hoàn có nhiều thể bệnh:

- Tràn dịch màng tinh hoàn lưu thông với phúc mạc do còn ống phúc tinh mạc hay gặp ở trẻ sơ sinh, trẻ nhỏ, có thể phối hợp với thoát vị bẹn, tinh hoàn lạc chỗ.
- Tràn dịch ống phúc tinh mạc, do ống phúc tinh mạc không tắc hoàn toàn, còn thông cực dưới với màng tinh hoàn.
- Tràn dịch màng tinh hoàn khu trú như thành nang bọc quanh tinh hoàn.

Có nhiều kỹ thuật mổ tràn dịch màng tinh hoàn như qua đường bẹn, qua lỗ bẹn nông (đối với trẻ em trên 18 tháng nên đi qua đường này) hoặc đi trực tiếp qua đường bìu.

Có thể tiến hành cắt lộn màng tinh hoàn hoặc cắt bớt lá thành màng tinh hoàn hay lộn xếp lá thành màng tinh hoàn.

2. CHỈ ĐỊNH

Tràn dịch màng tinh hoàn lượng nhiều làm mất cân đối bìu hoặc làm người bệnh đau tức nhiều vùng bìu, ảnh hưởng cuộc sống.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Người bệnh có chống chỉ định phẫu thuật.
- Tràn dịch màng tinh hoàn do ung thư tinh hoàn

4. CHUẨN BỊ

4.1 Người thực hiện:

- Phẫu thuật viên (PTV) chuyên khoa Nam học – Tiết niệu – Ngoại chung.
- Kíp mổ gồm 3 người: 1 PTV chính và 2 PTV phụ

4.2 Người bệnh:

- Giải thích kỹ cho người bệnh và người thân về các tai biến, biến chứng có thể xảy ra khi phẫu thuật.
- Yêu cầu người bệnh tối hôm trước ăn nhẹ, sáng ngày mổ nhịn ăn.
- Chuẩn bị ruột: Thụt tháo tối trước mổ.

4.3 Phương tiện:

- Bộ dụng cụ trung phẫu

4.4 Dự kiến thời gian phẫu thuật:

- 60 phút

5. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Tư thế:

- Tư thế người bệnh, người bệnh nằm ngửa hai chân duỗi thẳng và đầu kê cao khoảng 15 độ.

- Cách bố trí phòng mổ:

- + Bác sĩ gây mê ở phía trên đầu người bệnh.
- + Phẫu thuật viên chính đứng cùng bên với bên mổ và phụ đứng ở phía đối diện.
- + Bàn dụng cụ đặt ở dưới chân người bệnh, y tá dụng cụ đứng cùng bên với phẫu thuật viên phụ.

2. Vô cảm:

- Gây tê tuỷ sống hay gây tê tại chỗ ở gốc bìu bằng lidocain 1%

3. Kỹ thuật:

- Bước 1: Dùng ngón tay cái và ngón trỏ bên trái kẹp đẩy dưới góc của khối tràn dịch màng tinh hoàn ra phía ngoài da bìu. Kẹp chặt để căng da và chèn mạch máu.

- Bước 2: Rạch da bìu một đường rạch khoảng 3-5 cm (tuỳ khối lượng tràn dịch). Qua đường rạch tới thẳng lớp màng tinh hoàn, qua lớp Dartos, các lớp tổ chức liên kết và một số mạch nhỏ dưới da.

- Bước 3: Dùng khoảng 3-4 cái kẹp răng chuột (Allis), kẹp vào mép đường rạch và các tổ chức dính với màng tinh hoàn, tay trái vẫn giữ cho căng vết mổ, kiểm tra và cầm máu. Tách lớp Dartos ra khỏi màng tinh hoàn để có thể mở rộng rõ để giữ được tinh hoàn.

- Bước 4: Mở lớp màng tinh hoàn, hút hết dịch màng tinh hoàn (làm xét nghiệm tế bào, cấy vi khuẩn,...). Đưa tinh hoàn ra ngoài lớp màng tinh hoàn.

- Bước 5: Khâu lớp màng tinh hoàn: có hai cách:

- + Phương pháp lộn xếp lá thành màng tinh hoàn (phẫu thuật Lord): Khâu lớp màng tinh hoàn từ mép cắt vào mặt trong (mặt phúc mạc) cách nhau một cm bằng chỉ tiêu 3/0- 4/0, khâu lần lượt vòng quanh cuống tinh hoàn (6-8 mũi) để tạo những nếp gấp của mào tinh hoàn, cho đến sát tinh hoàn.
- + Phương pháp khâu lộn màng tinh hoàn (phẫu thuật Jaboulay): Khâu lộn ngược màng tinh hoàn từ vùng mào tinh hoàn lên thừng tinh phía trên.

- Đưa nhẹ nhàng tinh hoàn trở lại bìu như nằm trong một cái túi được tạo bởi lớp Dartos. Tháo dần các kẹp Allis và khâu thành bìu bao gồm lớp Dartos, các lớp tổ chức liên kết, để đóng kín lớp tổ chức dưới da. Tiếp tục đóng kín lớp da bìu.

- Trường hợp cầm máu chưa kỹ hoặc dịch thoát ra nhiều, để đề phòng khối máu hoặc dịch tụ trong ổ mổ, có thể đặt dẫn lưu ổ mổ

6. THEO DÕI VÀ NGUYÊN TẮC XỬ TRÍ TAI BIẾN – BIẾN CHỨNG

6.1 Theo dõi:

- Theo dõi các chức năng sống và tại chỗ vùng mổ - vết mổ.

- Các biến chứng phẫu thuật thông thường đều có thể gặp trong phẫu thuật tràn dịch màng tinh hoàn. Có một số bằng chứng cho thấy phẫu thuật Lord ít biến chứng hơn. Biến chứng thường gặp nhất là tụ máu (thường tụ máu trong bìu). Có thể có khối máu tụ hoặc khối dịch tụ nếu không cầm máu kỹ và không đặt dẫn lưu.

- Các biến chứng khác có thể gặp nhưng ít gặp hơn nhiều, đó là nhiễm khuẩn, áp xe bìu, tràn dịch tái phát. Tràn dịch màng tinh hoàn tái phát rất hiếm gặp, vì các lớp khâu gấp lớp màng tinh hoàn được đóng kín, không để khoảng trống cho dịch xuất tiết tụ lại.

6.2 Xử trí tai biến:

- Khối máu tụ hoặc khối dịch tụ mức độ nhẹ thì không cần phải can thiệp phẫu thuật. Nếu ở mức độ nặng thì phẫu thuật lấy khối máu – dịch tụ.

- Nhiễm khuẩn: điều trị kháng sinh phù hợp.

- Áp xe bìu: phẫu thuật trích rạch mở áp xe

- Tràn dịch màng tinh hoàn tái phát: phẫu thuật lại.

7. TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Quyết Định 4419/QĐ-BYT, Hướng Dẫn Quy Trình Kỹ Thuật Ngoại Khoa, Chuyên Khoa Phẫu Thuật Tiết Niệu, ban hành ngày 17/08/2016.

- Quyết Định 5731/QĐ-BYT Hướng Dẫn Quy Trình Kỹ Thuật Ngoại Khoa, Chuyên Khoa Phẫu Thuật Tiết Niệu, ban hành ngày 21/12/2017.

6. CẮT MÀO TINH HOÀN

1. ĐẠI CƯƠNG

Cắt mào tinh hoàn là cắt bỏ một phần hay toàn bộ mào tinh hoàn do bệnh lý như nang mào tinh hoàn hay u viêm mào tinh hoàn.

2. 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

3. 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...

4. CHUẨN BỊ

4.1 Người thực hiện:

- Phẫu thuật viên là bác sĩ chuyên khoa tiết niệu - nam học
- 2 bác sĩ phụ mổ
- 1 dụng cụ viên
- 1 chạy ngoài
- 1 bác sĩ gây mê và 1 phụ mê

4.2 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, nhịn uống, 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.

4.3 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

5. 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.

6. THEO DÕI CÁC TAI BIẾN - BIẾN CHỨNG VÀ XỬ TRÍ

6.1 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 tăng sinh môn
 - + Nhiễm khuẩn vết mổ.

6.2 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

7. TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Quyết Định 5731/QĐ-BYT Hướng Dẫn Quy Trình Kỹ Thuật Ngoại Khoa, Chuyên Khoa Phẫu Thuật Tiết Niệu, ban hành ngày 21/12/2017.

7. PHẪU THUẬT VỠ VẬT HANG DO GẤY DƯƠNG VẬT

1. ĐẠI CƯƠNG

Vật hang là hai thể hình trụ ở hai bên lưng dương vật chứa đầy máu khi dương vật cương cứng. Bao bọc vật hang là một bao xơ gọi là cân Abuginea (vỏ trắng) gồm nhiều bó collagen dày và một số sợi đàn hồi. Thành vỏ trắng dày khoảng 2-3 mm, khi dương vật cương cứng mỏng đi còn 0,5 mm nên dễ bị vỡ khi có chấn thương do bề gãy hoặc chấn thương khi giao hợp sai tư thế, cưỡng dâm...

Khi vật hang bị vỡ (rách lớp vỏ trắng), máu thoát ra ngoài gây máu tụ, dương vật biến dạng vẹo lệch, để lại những biến chứng như cong vẹo dương vật, đau khó, đau khi cương, dẫn tới rối loạn cương dương, ảnh hưởng tới chất lượng cuộc sống tình dục của người bệnh.

Phẫu thuật vỡ vật hang chủ yếu nhằm:

- Cắt lọc chỗ bầm dập.
- Lấy hết máu tụ, cầm máu.
- Khâu kín, chắc lớp vỏ trắng bị vỡ.
- Đề phòng biến chứng.

2. CHỈ ĐỊNH

Vỡ vật hang được khẳng định bằng lâm sàng, có hoặc không kết hợp với các phương tiện chẩn đoán cận lâm sàng khác như: siêu âm, cộng hưởng từ.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Đây là cấp cứu ngoại khoa nên không có chống chỉ định tuyệt đối. Cần lưu ý những người bệnh có nguy cơ phẫu thuật.

4. CHUẨN BỊ

4.1 Người thực hiện:

- Phẫu thuật viên (PTV) chuyên khoa Nam học – Tiết niệu – Nhi khoa.
- Kíp mổ gồm 3 người: 1 PTV chính và 2 PTV phụ

4.2 Người bệnh:

- Giải thích kỹ cho người bệnh và người thân về các tai biến, biến chứng có thể xảy ra khi phẫu thuật.

4.3 Phương tiện:

- Bộ dụng cụ trung phẫu, một bộ dụng cụ mạch máu
- Chỉ khâu mạch máu không tiêu hoặc tiêu chậm (chỉ Prolene hoặc chỉ Maxon 3-0, 4-0), các chỉ khâu khác khâu cân và da dương vật.

4.4 Dự kiến thời gian phẫu thuật: 60 phút

5. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Tư thế: Tư thế người bệnh, người bệnh nằm ngửa hai chân duỗi thẳng và đầu kê cao khoảng 15 độ.

- Cách bố trí phòng mổ:

- + Bác sĩ gây mê ở phía trên đầu người bệnh.
- + Phẫu thuật viên chính đứng cùng bên với bên mổ và phụ đứng ở phía đối diện.
- + Bàn dụng cụ đặt ở dưới chân người bệnh, y tá dụng cụ đứng cùng bên với phẫu thuật viên phụ.

2. Vô cảm: Gây tê tuỷ sống hay gây tê vùng tại chỗ.

3. Kỹ thuật:

- Bước 1: rạch da, tùy theo vị trí của nơi vỡ trắng vật hang bị vỡ, có thể áp dụng thích hợp:

- + Vỡ vật hang ở 1/3 đầu: Đường rạch vòng quanh dương vật dưới rãnh quy đầu khoảng 1 cm, rồi bóc da xuống chỗ vỡ.
- + Vỡ vật hang ở 1/3 gốc dương vật: Có thể rạch vòng quanh, đưa da lên trên hay rạch dọc.
- + Vỡ thân vật hang: Rạch dọc vừa đủ ngay trên chỗ vỡ.

- Bước 2: Phẫu tích các lớp dương vật, lấy hết máu cục tại nơi vỡ vật hang và xung quanh. Rửa sạch bằng dung dịch NaCl 0,9% để kiểm tra thương tổn rõ ràng. Vỡ trắng màu trắng bóng, có máu rỉ ra liên tục, đường vỡ có thể gọn nhưng cũng có thể vỡ nham nhở hình sao, có thể ngắn nhưng cũng có thể dài vòng quanh ½ chu vi hoặc hơn nữa, vào sâu gần hết chu vi vật hang.

- Bước 3: Cắt xén một cách tiết kiệm, gọn gàng để 2 mép rách của vỡ trắng dễ khép vào nhau khi khâu.

- Bước 4: Khâu vỡ trắng vật hang bằng chỉ khâu mạch máu mũi rời. Khâu vùi chỉ buộc vào trong để khi liền lớp vỡ trắng, không sờ thấy nút chỉ.

- Bước 5: Khâu phục hồi lớp mạc sâu và mạc nông bên ngoài bằng chỉ tiêu chậm.

- Bước 6: Khâu da tỉ mỉ để tránh sẹo rúm rỏ

Chú ý: Kiểm tra, nếu có thương tổn niệu đạo kèm theo thì phải xử trí niệu đạo hoặc phải đặt

thông tiêu cho người bệnh

6. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

6.1 Theo dõi:

- Điều trị kháng sinh phối hợp, chống phù nề (α -chymotrypsin 4 viên/ ngày).
- Thuốc an thần tránh cương dương vật sớm: Seduxen 5 mg x 2 viên / ngày (uống vào lúc 21 giờ).

- Thay băng tránh nhiễm khuẩn vết thương, băng vòng quanh dương vật, tạo điều kiện cho thẳng dương vật, tránh vẹo dương vật sau này.
- Nhiều người bệnh được điều trị bảo tồn hoặc phẫu thuật muộn có biểu hiện của rối loạn tình dục như: cương đau, cong dương vật, rối loạn cương dương.
- Người bệnh có tổn thương niệu đạo phối hợp với vỡ vật hang mà không được điều trị có nguy cơ cao bị áp xe quanh niệu đạo, hẹp và rò niệu đạo.

6.2 Xử trí tai biến:

- Người bệnh bị rối loạn tình dục có thể điều trị nội khoa ổn định. Nếu dương vật cong nhiều, có thể tiến hành phẫu thuật sửa lại dương vật cho thẳng.
- Những tổn thương niệu đạo thường cần phải phẫu thuật sửa chữa niệu đạo.

7. TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Quyết Định 4419/QĐ-BYT, Hướng Dẫn Quy Trình Kỹ Thuật Ngoại Khoa, Chuyên Khoa Phẫu Thuật Tiết Niệu, ban hành ngày 17/08/2016.

8. PHẪU THUẬT NANG THƯỜNG TINH

1. ĐẠI CƯƠNG

Nang thường tinh hay còn gọi là u nang thường tinh là hiện tượng ứ đọng dịch trong ống phúc tinh mạc do ống này không tắc hoàn toàn. Bình thường ở trẻ nam, trong thời kỳ bào thai, khi tinh hoàn di chuyển từ ổ bụng xuống bìu kéo theo lớp phúc mạc tạo thành một ống gọi là ống phúc tinh mạc, ống này thông từ bụng tới khoang màng tinh hoàn. Sau khi sinh ống này sẽ đóng lại và teo đi.

Trong trường hợp ống phúc tinh mạc không bị teo đi, gọi là bệnh còn ống phúc tinh mạc, làm thông thương giữa khoang màng ngoài tinh hoàn và ổ bụng, dịch ổ bụng sẽ tự do chảy xuống khoang màng tinh hoàn, gây nên tình trạng tràn dịch màng tinh hoàn. Còn trường hợp ống này teo đóng lại không kín, dịch màng bụng tiết ra tụ lại trong ống, gọi là nang thường tinh. Nang thường tinh có thể nằm ngay cực trên của tinh hoàn (do ống chỉ tắc ở đầu dưới) hay cũng có thể nằm ở ống bẹn (do ống đóng kín hai đầu).

2. CHỈ ĐỊNH

- Thông thường nang thường tinh có thể tự khỏi trong vòng 2 năm đầu đời của trẻ. Chỉ định can thiệp ngoại khoa được đặt ra nếu sau 2 tuổi nang thường tinh vẫn còn tồn tại để tránh nguy cơ thoát vị và ảnh hưởng đến sự phát triển của tinh hoàn.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Không có chống chỉ định

4. CHUẨN BỊ

4.1 Người thực hiện:

- Phẫu thuật viên chuyên khoa tiết niệu (01 phẫu thuật viên, 02 trợ thủ viên)

4.2 Phương tiện:

- 01 bộ dụng cụ phẫu thuật tiết niệu, gạc lớn, gạc nhỏ, chỉ liên kim, chỉ lìn.

4.3 Người bệnh:

- Được giảm đau bằng các phương pháp giảm đau vùng (tê tủy sống) hay gây mê và được chuẩn bị theo quy trình chuẩn bị người bệnh trước mổ trong ngoại khoa.

4.4 Hồ sơ bệnh án

- Hồ sơ bệnh án được chuẩn bị đầy đủ bao gồm các xét nghiệm chẩn đoán bệnh và các xét nghiệm cơ bản phục vụ cho cuộc mổ. Giấy chấp nhận phẫu thuật và thủ thuật có chữ ký cam kết của người bệnh và của thầy thuốc.

5. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Bước 1: Tư thế người bệnh

- Người bệnh được nằm tư thế ngửa đầu thấp. Sát trùng, phủ toan chuẩn bị trường mổ.

2. Bước 2: Bộc lộ ống bẹn và thường tinh

- Rạch da dọc theo đường nếp gấp da ống bẹn ngay phía trên củ mu dài khoảng 2 cm.

- Qua các lớp đến cân Scarpa, mở cân Scarpa để đến cân cơ chéo ngoài. Có thể đốt và cắt nếu gặp tĩnh mạch thượng vị nông.

- Rạch cân cơ chéo ngoài dọc theo các thớ sợi của nó, để vào ống bẹn. Chú ý tránh làm tổn thương thần kinh sinh dục đùi nằm ngay dưới cân cơ chéo ngoài. Sau đó bóc lộ thường tinh ra khỏi ống bẹn

3. Bước 3: Tìm và bóc lộ ống phúc tinh mạc

- Sau khi bóc lộ được thường tinh, tiến hành tách các sợi cơ bìu ra để xác định ống phúc tinh mạc. Thông thường ống phúc tinh mạc sẽ nằm ngay trên mặt trước giữ của thường tinh.

- Sau khi xác định được ống phúc tinh mạc, nhẹ nhàng bóc tách nó ra khỏi thường tinh, phẫu tích càng nhiều càng tốt cho tới sát lỗ bẹn trong. Chú ý không làm tổn thương các thành phần nằm trong thường tinh. Trường hợp cấu trúc giải phẫu của ống phúc tinh mạc không rõ ràng, nên mở ra xem có ruột, mạc nối hay bàng quang bên trong hay không.

4. Bước 4: Thắt và cắt nang thường tinh

- Khi đầu trên của ống phúc tinh mạc đã được phẫu tích đến sát lỗ bẹn trong. Tiến hành thắt và cắt tại vị trí này. Nếu cần thiết có thể khâu lại. Chú ý: phải kiểm tra kỹ xem có ruột, mạc nối hay bất kì thành phần nào trong ống phúc tinh mạc trước khi buộc và cắt. Nếu lỗ bẹn trong rộng quá có thể khâu tạo hình lại lỗ bẹn trong.

- Phần còn lại của ống phúc tinh mạc được mở dọc xuống sát túi cùng và cắt bỏ, tuy nhiên, không cần thiết phải lấy hết phần phần này. Nếu cần thiết có thể đưa tinh hoàn qua vết mổ, đốt và thắt hết các máu phụ tinh hoàn và mào tinh hoàn.

5. Bước 5: Đóng vết mổ

- Đóng vết mổ theo các lớp giải phẫu bao gồm, cân cơ chéo ngoài, cân Scarpa, tổ chức dưới da và da.

6. THEO DÕI

Sau phẫu thuật cần theo dõi các biến chứng như tụ máu bìu, tràn dịch màng tinh hoàn, nang thường tinh tái phát, hay tắc ruột, đái máu

7. XỬ TRÍ TAI BIẾN

Tùy theo từng loại biến chứng mà có các phương pháp xử trí khác nhau.

8. TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Quyết Định 196/QĐ-BYT, Hướng Dẫn Quy Trình Kỹ Thuật Ngoại Khoa, Chuyên Khoa Phẫu Thuật Tiết Niệu, ban hành ngày 16/01/2014.

9. PHẪU THUẬT NỘI SOI SAU PHÚC MẠC LẤY SỎI BỂ THẬN

1. ĐẠI CƯƠNG

Sỏi bể thận là bệnh lý tiết niệu thường gặp 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 bể thận đã được thay thế bằng các phương pháp khác ít xâm hại hơn như tán sỏi ngoài cơ thể, tán sỏi nội soi ngược dòng, tán sỏi qua da và lấy sỏi qua nội soi ổ bụng hoặc sau phúc mạc. Phẫu thuật nội soi sau phúc mạc lấy sỏi bể thận là phương pháp can thiệp mở bể thận lấy sỏi nội soi qua đường sau phúc mạc. Sỏi bể thận sẽ được lấy ra ngoài qua lỗ Trocar.

2. CHỈ ĐỊNH

- Sỏi đường kính > 2cm nằm trong bể thận vị trí trung gian hoặc ngoài xoang.
- Sỏi bể thận đi kèm hội chứng hẹp khúc nối bể thận - niệu quản hoặc niệu quản nằm sau tĩnh mạch chủ dưới được phẫu thuật nội soi lấy sỏi kết hợp tạo hình bể thận và niệu quản hẹp.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Chống chỉ định gây mê NKQ: Bệnh mạch vành, suy tim, tâm phế mạn.
- Sỏi nằm trong bể thận vị trí trong xoang.
- Chít hẹp đường tiết niệu dưới sỏi do: Hẹp niệu quản, u niệu quản, lao tiết niệu, viêm xơ hóa sau phúc mạc.
- Sỏi bể thận đi kèm dị dạng tiết niệu khác như phình to niệu quản hay trào ngược bàng quang - niệu quản.
- Thận ứ nước mất chức năng do sỏi bể thận (chẩn đoán hình ảnh thận ứ nước độ IV và chụp đồng vị phóng xạ chức năng thận <10%).
- Người bệnh có tiền sử can thiệp cũ vào khoang sau phúc mạc cùng bên (qua mổ mở hay nội soi): Mổ lấy sỏi thận, bể thận, niệu quản, tạo hình bể thận – niệu quản.
- Nhiễm khuẩn tại chỗ thành bụng, nhiễm khuẩn tiết niệu chưa được điều trị.

4. CHUẨN BỊ

4.1 Người thực hiện quy trình kỹ thuật:

- Bác sĩ: 02 Bác sĩ Ngoại Tiết niệu thực hiện phẫu thuật nội soi sau phúc mạc lấy sỏi bể thận. 01 Bác sĩ Gây mê hồi sức tiến hành gây mê toàn thân NKQ 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

4.2 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 một số dụng cụ phẫu thuật bao gồm:
 - Chuẩn bị bộ dụng cụ phẫu thuật nội soi ổ bụng

4.3 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 bể thận, nguyên nhân bệnh lý và đánh giá chức năng 2 thận.
- Giải thích rõ ràng cho người bệnh và gia đình
- 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.

4.4 Hồ sơ bệnh án:

- Hồ sơ bệnh án đầy đủ thông tin, các phương pháp chẩn đoán sỏi bể 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 nội soi ổ bụng lấy sỏi bể thận và có giấy đồng ý phẫu thuật được người bệnh và gia đình ký và ghi rõ ngày tháng.

5. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ.
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:
 - Vô cảm: Người bệnh được gây mê NKQ, ống thông niệu đạo đặt trước mổ.
 - Các bước tiến hành phẫu thuật:
 - + Vị trí đặt Trocar: Trocar 1: 10mm được đặt theo phương pháp mở ở vị trí trên mào chậu trên đường rạch giữa để dùng camera với ống kính 30 độ, Trocar 2: 10mm ở đầu dưới xương sườn XII, trên đường rạch sau, Trocar 3: 5mm trên đường rạch trước sao cho 3 Trocar hợp thành tam giác cân; Có thể thêm Trocar thứ 4 (5mm) trên đường rạch trước, dưới bờ sườn dùng để vén thận nếu cần.
 - + Tạo khoang sau phúc mạc: Rạch da 1 cm vị trí Trocar 1, tách cân cơ vào khoang sau phúc mạc, đưa bóng tự tạo bằng ngón tay gắng vào và bơm 400

- 600ml không khí để nong rộng tạo khoang sau phúc mạc. Bơm hơi 12 mmHg và đặt camera với ống kính 30 độ. Đặt các trocar tiếp theo, dùng dụng cụ phẫu tích rộng phẫu trường.
- Mở cân Gerota lấy mốc là bờ trước cơ thắt lưng chậu bóc tách đẩy phúc mạc ra trước đi vào lớp mỡ quanh thận; Phẫu tích qua cực dưới thận để bộc lộ niệu quản lên đến rốn thận, bộc lộ mặt sau thận và bể thận.
- Bộc lộ bể thận và lấy sỏi:
 - + Người phụ giữ camera, phẫu thuật viên dùng móc và kẹp nội soi phẫu tích niệu quản bể thận khỏi mạch sinh dục cho tới cực dưới thận và rốn thận, bộc lộ mặt trước và bờ dưới của bể thận; Tiến hành phẫu tích tách bể thận khỏi dính vào mạch máu cuống thận.
 - + Bộc lộ bể thận có sỏi, dùng kẹp giữ sỏi trong bể thận, mở bể thận bằng dao lạnh hoặc móc nội soi lấy sỏi. Bơm hút rửa bể thận và lấy mảnh sỏi nhỏ.
- Kiểm tra lưu thông niệu quản xuống bàng quang và khâu phục hồi bể thận:
 - + Phẫu thuật viên luồn 1 ống nhựa 6 - 8Fr hoặc ống thông JJ 6 - 7Fr qua niệu quản đoạn dưới xuống bàng quang và đưa 1 đầu lên trên thận. Nếu niệu quản hẹp thì có thể dùng dây dẫn để nong và dẫn đường cho đặt ống thông niệu quản.
 - + Khâu phục hồi chỗ mở bể thận bằng chỉ tiêu chậm 4.0, 5.0 mũi rời, khâu vắt.
 - + Trong trường hợp có bệnh lý đi kèm như hẹp khúc nối bể thận - niệu quản hay niệu quản sau tĩnh mạch chủ dưới sẽ chỉ định tạo hình lại bể thận và niệu quản hẹp cùng thì qua nội soi ổ bụng sau khi đã lấy sỏi bể thận.
- Kiểm tra vùng mổ nội soi sau phúc mạc:
 - + Phẫu thuật viên kiểm tra vùng mổ, áp lực hơi vùng mổ sau phúc mạc được giảm xuống dưới 5mmHg để kiểm tra chảy máu vùng phẫu tích.
 - + Hút sạch dịch, lấy sỏi bể thận ra ngoài trực tiếp qua lỗ Trocar 10mm mở rộng hoặc cho vào trong túi nilon. Rút trocar, đặt dẫn lưu vùng mổ bằng ống thông 14Fr.

- Dụng cụ viên đệm gạc và kiểm tra dụng cụ mổ trước khi phẫu thuật viên khâu lỗ mở 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.

6. 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 O₂ và CO₂ máu đánh giá bằng SpO₂ và PetCO₂.
- Lượng máu mất: Tính bằng ml qua hút và thấm gạc; Lượng máu cần truyền.

2. Theo dõi sau mổ:

- Theo dõi chảy máu sau mổ qua số lượng và màu sắc nước tiểu của ống thông niệu đạo và dẫn lưu vùng mổ, tình trạng bụng bên mổ căng đau, 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 sau phúc mạc. Chỉ được rút dẫn lưu sau 2 - 3 ngày nếu 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.

7. XỬ TRÍ TAI BIẾN

1. Trong phẫu thuật:

- Rách phúc mạc do chọc Trocar hoặc khi phẫu tích: Đặt thêm Trocar để đẩy phúc mạc hoặc khâu lại phúc mạc rách. Khi rách rộng không khâu được sẽ mở rộng ra và chuyển thành nội soi qua phúc mạc.

- Rách màng phổi, thủng cơ hoành do chọc Trocar cao sát bờ sườn hoặc khi phẫu tích: Khâu lại màng phổi, cơ hoành qua nội soi, đặt dẫn lưu màng phổi hút liên tục. Nếu không tiếp tục mổ qua nội soi được thì chuyển sang mổ mở.

- Chảy máu do tổn thương tĩnh mạch chủ dưới, động mạch tĩnh mạch thận tĩnh mạch sinh dục, do phẫu tích hoặc tuột clip kẹp mạch máu: Không xử trí được qua nội soi sẽ phải chuyển mổ mở khâu cầm máu.

- Tổn thương tạng khác: Tá tràng, đại tràng, ruột non do chọc Trocar hoặc khi phẫu tích, đốt điện cần phải chuyển mổ mở xử trí theo tổn thương.

- Chuyển mổ mở do khó khăn về kỹ thuật, viêm xơ dính quanh ổ thận, bất thường mạch thận, sỏi bể thận di chuyển vào các đài thận không lấy được hoặc chảy máu không thể tiếp tục phẫu thuật qua nội soi được.

2. Sau phẫu thuật:

- Chảy máu sau phúc mạc nhiều, không cầm: Phải phẫu thuật lại ngay.

- 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 dẫn 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.

8. TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Quyết Định Số 7708/QĐ-BYT, Hướng Dẫn Quy Trình Kỹ Thuật Phẫu Thuật Nội Soi, ban hành ngày 30/12/2016

10. PHẪU THUẬT NỘI SOI SAU PHÚC MẠC LẤY SỎI NIỆU QUẢN

1. ĐẠI CƯƠNG

Sỏi niệu quản gây ứ nước thận cùng bên, có hoặc không có nhiễm trùng kèm theo.

2. CHỈ ĐỊNH

- Sỏi niệu quản kích thước > 1cm
- Sỏi niệu quản kích thước bất kì, có nhiễm khuẩn, không thể đặt JJ.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Người bệnh có bệnh nội khoa đi kèm có chống chỉ định gây mê, phẫu thuật.
- Người bệnh đã phẫu thuật lấy sỏi niệu quản hay thận trước đó.

4. IV. CHUẨN BỊ

4.1 Người thực hiện quy trình kỹ thuật:

- Bác sỹ tiết niệu

4.2 Phương tiện:

- Các phương tiện thông dụng của PTNS ổ bụng: nguồn sáng, dây CO2, dây hút, dàn máy nội soi, 2 trocar 10mm, 1 trocar 5mm, đốt nội soi monopolar, bipolar.

- Các dụng cụ riêng cho phẫu thuật nội soi lấy sỏi: scope 0 độ, dao xẻ niệu quản (dao nóng, dao lạnh), spatula nạy sỏi, ống oxy 8 Fr, guide wire zebra, thông JJ 6 hay 7Fr, ống nelaton 16Fr và gant 7,5 để làm bóng, kẹp mang kim, vicryl 4/5-0

4.3 Người bệnh:

- Đánh dấu vùng hông lưng bên có sỏi

4.4 Hồ sơ bệnh án:

- MSCT bụng chậu có/không có thuốc cản quang, dựng hình hệ niệu

5. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ: tên, tuổi người bệnh, vị trí sỏi
2. Kiểm tra người bệnh: sinh hiệu trước mổ, vị trí sỏi
3. Thực hiện kỹ thuật: (45-60ph)
 - Vào khoang sau phúc mạc theo 3 trocar (2 trocar 10mm, 1 trocar 5mm)
 - Bộc lộ niệu quản đến sỏi.
 - Xẻ niệu quản ở vị trí sỏi bằng dao nóng hoặc dao lạnh.
 - Dùng kẹp nạy sỏi lấy sỏi.
 - Đặt thông JJ xuôi dòng.
 - Khâu niệu quản bằng vicryl 4/5-0
 - Dẫn lưu sau phúc mạc.

- Khâu các lỗ trocar.

6. THEO DÕI

- Hậu phẫu mang dẫn lưu sau phúc mạc và thông tiểu sau 24 giờ.
- Rút dẫn lưu khi hết dịch.
- Xuất viện sau 2-3 ngày.

7. XỬ TRÍ TAI BIẾN

- Chảy máu:
 - + Đốt cầm máu kỹ trước khi đặt dẫn lưu
 - + Mở mở nếu không cầm máu dưới nội soi được
- Rò nước tiểu:
 - + Kiểm tra thông JJ có đúng vị trí bằng KUB
 - + Thay hoặc sửa lại thông JJ bằng nội soi niệu quản
 - + Mở mở hoặc PTNS lần 2 để khâu lại niệu quản

8. TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Quyết Định Số 7708/QĐ-BYT, Hướng Dẫn Quy Trình Kỹ Thuật Phẫu Thuật Nội Soi, ban hành ngày 30/12/2016

11. QUI TRÌNH KỸ THUẬT NỘI SOI BÀNG QUANG TÁN SỎI

1. ĐẠI CƯƠNG

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

2. CHỈ ĐỊNH

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

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Người bệnh có bệnh nội khoa đi kèm có chống chỉ định gây mê, phẫu thuật.
- Nhiễm khuẩn đường tiết niệu chưa ổn định.
- Sỏi bàng quang kích thước > 5cm, hoặc có nhiều viên sỏi (trường hợp này nên phẫu thuật mổ mở bàng quang lấy sỏi).
- Niệu đạo hẹp bệnh lý

4. CHUẨN BỊ

4.1 Người thực hiện quy trình kỹ thuật:

- Bác sỹ tiết niệu.

4.2 Phương tiện:

- Các phương tiện thông dụng của nội soi tiết niệu: dàn máy nội soi (monitor, camera, nguồn sáng), máy soi niệu quản hoặc máy soi thận, thiết bị phá vỡ sỏi bằng sóng siêu âm hoặc laser, rọ hoặc kềm lấy sỏi vụn.

4.3 Người bệnh:

- Vệ sinh vùng mu.

4.4 Hồ sơ bệnh án:

- Xét nghiệm tiền phẫu, siêu âm bụng, KUB, soi bàng quang, MSCT bụng chậu.

5. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ: Tên tuổi người bệnh, chẩn đoán, chỉ định, chống chỉ định.
2. Kiểm tra người bệnh: đúng người bệnh.
3. Thực hiện kỹ thuật: (30 – 60 phút)
 - Tê tuỷ sống hoặc mê toàn thân
 - Tư thế: lithotomy
 - Sát trùng cơ quan sinh dục ngoài
 - Đưa máy soi vào bàng quang qua ngã niệu đạo

- Kiểm tra các bệnh lý đi kèm của: niệu đạo, tuyến tiền liệt, cổ bàng quang, niêm mạc bàng quang và 2 miệng niệu quản.
- Xác định số lượng và kích thước sỏi
- Tán sỏi bằng năng lượng siêu âm hoặc laser
- Lấy sạch các mảnh sỏi vụn, đặt thông niệu đạo lưu

6. THEO DÕI

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

7. XỬ TRÍ TAI BIẾN

- Không có tai biến nghiêm trọng trong nội soi bàng quang tán sỏi.

8. TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Quyết Định Số 7708/QĐ-BYT, Hướng Dẫn Quy Trình Kỹ Thuật Phẫu Thuật Nội Soi, ban hành ngày 30/12/2016

12. NỘI SOI TÁN SỎI NIỆU ĐẠO

1. ĐẠI CƯƠNG

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

2. CHỈ ĐỊNH

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

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Người bệnh có bệnh nội khoa đi kèm có chống chỉ định gây mê, phẫu thuật.
- Nhiễm khuẩn đường tiết niệu nặng chưa ổn định.
- Dị dạng đường tiết niệu dưới hoặc hẹp niệu đạo không thể đưa máy soi tiếp cận sỏi.

4. CHUẨN BỊ

4.1 Người thực hiện quy trình kỹ thuật:

- Bác sỹ tiết niệu.

4.2 Phương tiện:

- Các phương tiện thông dụng của nội soi tiết niệu: dàn máy nội soi (monitor, camera, nguồn sáng), máy soi niệu quản hoặc máy soi thận, thiết bị phá vỡ sỏi bằng sóng siêu âm hoặc laser, rọ hoặc kìm lấy sỏi vụn.

4.3 Người bệnh: Vệ sinh vùng mu.

4.4 Hồ sơ bệnh án:

- Xét nghiệm tiền phẫu, siêu âm bụng, KUB, soi bàng quang, MSCT bụng chậu.

5. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ: tên tuổi người bệnh, chẩn đoán, chỉ định, chống chỉ định.
2. Kiểm tra người bệnh: đúng người bệnh.
3. Thực hiện kỹ thuật: (30 – 60 phút)
 - Tê tuỷ sống hoặc mê toàn thân
 - Tư thế: lithotomy
 - Sát trùng cơ quan sinh dục ngoài
 - Đưa máy soi vào niệu đạo
 - Xác định số lượng và kích thước sỏi
 - Tán sỏi bằng năng lượng siêu âm hoặc laser

- Kiểm tra các bệnh lý đi kèm của: niệu đạo, tuyến tiền liệt, cổ bàng quang, niêm mạc bàng quang và 2 miệng niệu quản.

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

6. THEO DÕI

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

7. XỬ TRÍ TAI BIẾN

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

8. TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Quyết Định Số 7708/QĐ-BYT, Hướng Dẫn Quy Trình Kỹ Thuật Phẫu Thuật Nội Sỏi, ban hành ngày 30/12/2016

13. NỘI SOI NGƯỢC CHIỀU TÁN SỎI NIỆU QUẢN

1. ĐẠI CƯƠNG

Tán sỏi nội soi là một hình thức tán bằng cách nhìn trực tiếp sỏi trong đường tiết niệu, sử dụng các dạng năng lượng khác nhau để làm vỡ sỏi thành những mảnh có thể lấy ra ngoài bằng dụng cụ hoặc được cơ thể tự đào thải ra ngoài. Ngày nay ở các nước tiên tiến tỷ lệ phẫu thuật mổ mở chỉ chiếm 0,5 – 4% trong các phương pháp điều trị sỏi tiết niệu.

2. CHỈ ĐỊNH:

Chỉ định dựa vào vị trí và kích thước sỏi.

- Sỏi có đường kính dưới 5mm và không gây tắc nghẽn nhiều đường tiết niệu thì nên điều trị nội khoa, sỏi có thể được đào thải ra ngoài. Nếu sỏi này gây các triệu chứng như: đau, tắc nghẽn, nhiễm trùng thì có thể can thiệp bằng tán sỏi ngoài cơ thể hoặc tán sỏi nội soi.

- Sỏi 1/3 dưới niệu quản, sỏi 1/3 giữa niệu quản.

- Sỏi đoạn 1/3 trên niệu quản: Nếu gây tắc, sỏi bám chắc vào niệu quản, phẫu thuật nội soi lấy sỏi hoặc tán sỏi nội soi ngược dòng.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Không có chống chỉ định rõ ràng với tán sỏi nội soi. Tán sỏi nội soi đã trở nên phổ biến hơn vì nó khắc phục được những hạn chế của tán sỏi ngoài cơ thể.

4. CHUẨN BỊ

4.1 Người thực hiện kỹ thuật:

- Phẫu thuật viên (PTV) chuyên khoa tiết niệu được đào tạo (tối thiểu 2 người: 1 PTV chính 1 PTV phụ mổ)

4.2 Phương tiện:

- Ống soi niệu quản nửa cứng, ống soi niệu quản mềm (nếu có)
- Dây dẫn đường:
- Ống thông niệu quản (Ureteral stent)
- Dụng cụ nong: bằng bằng bóng hoặc dụng cụ nong đặc.
- Dụng cụ gấp sỏi: Rọ gấp sỏi hoặc kìm gấp sỏi

4.3 Người bệnh:

Trước mổ nên thảo luận với người bệnh về phẫu thuật sẽ tiến hành, tiên lượng và những nguy cơ có thể xảy ra trong quá trình tán sỏi.

4.4 Hồ sơ bệnh án:

Thăm khám kỹ người bệnh: Người bệnh được chuẩn bị kỹ như các phẫu thuật thông thường khác, vệ sinh cá nhân và vùng phẫu thuật trước ngày mổ, được tiêm kháng sinh dự phòng trước mổ.

5. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ: Đầy đủ theo quy định Bộ Y tế
2. Kiểm tra người bệnh: Trước khi soi phẫu thuật viên cần xác định lại chỉ định và bên cần phẫu thuật. Chuẩn bị tất cả các dụng cụ nội soi cần thiết và màn X quang tăng sáng. Người bệnh cần đặt ở tư thế thuận lợi cho cả việc soi và chụp X quang từ thận cho tới bàng quang.
3. Thực hiện kỹ thuật: nếu 2 bên thận làm tương tự nhau. Tốt nhất là gây mê toàn thân. Gây tê vùng có thể áp dụng cho tán sỏi niệu quản phần thấp.

➤ Kỹ thuật soi

- Phẫu thuật bắt đầu bằng soi niệu đạo bàng quang. Cần đặc biệt chú ý tới vị trí và số lượng các lỗ niệu quản.

+ Đưa guide-wire vào trong lòng niệu quản.

Động tác này cần phải rất thận trọng, sử dụng ống soi bàng quang cứng, đưa dây dẫn vào kênh làm việc và đưa vào niệu quản với sự hỗ trợ của tay gạt Albarran. Sau khi đưa được dây dẫn vào trong niệu quản, cần xác định bằng X quang để chắc chắn dây dẫn đã lên đến thận, dây dẫn này được lưu trong niệu quản. Trong những trường hợp khó khăn có thể luồn catheter niệu quản ở phía ngoài dây dẫn. Dây dẫn này còn có tác dụng giống thẳng niệu quản, tạo điều kiện thuận lợi cho thao tác đưa ống soi vào niệu quản, tán sỏi và gắp sỏi. Đặc biệt các thao tác này lặp đi lặp lại nhiều lần.

- Lưu ý khi đưa dây dẫn vào niệu quản, dây dẫn vượt qua sỏi vào niệu quản, động tác này có thể làm đẩy sỏi vào trong thận.

- Nếu thấy vướng không đẩy được dây dẫn lên trên, cần chụp niệu quản ngược dòng để phát hiện những bất thường niệu quản.

- Đưa ống soi vào niệu quản để tiếp cận sỏi.

Một khi đã có dây dẫn an toàn nằm trong niệu quản có thể đưa ống soi dọc theo dây dẫn để vào niệu quản. Lỗ niệu quản là nơi khó đưa ống soi qua nhất.

➤ Một số thủ thuật giúp đưa ống soi qua lỗ niệu quản:

- + Nong nhẹ vài lần lỗ niệu quản bằng đầu ống soi
- + Xoay đầu ống soi 1800 để cho phần lưng ống soi tiếp xúc với thành sau niệu quản
- + Sử dụng thêm một dây dẫn đường thứ hai. Dây dẫn nằm trong lòng ống soi sẽ giúp hướng ống soi lên niệu quản dễ hơn và dễ nhìn thấy dây dẫn đường hơn.
- + Nong lỗ niệu quản bằng bóng hoặc que nong đặc.
- + Nong lỗ niệu quản bằng áp lực nước.

Trường hợp sỏi dính bám chặt vào niêm mạc niệu quản không đẩy được dây dẫn đường lên thận có thể áp dụng biện pháp sau:

- + Sử dụng dây dẫn đường bằng loại ưa nước.
- + Tán bờ ngoài viêm sỏi để tạo khe đẩy dây dẫn lên thận.

Khi đã quen với thao tác soi niệu quản, có thể đặt trực tiếp bằng ống soi niệu quản với dây dẫn trong lòng ống soi mà không cần soi bàng quang để đặt dây dẫn từ trước.

➤ Một số nguyên tắc khi soi niệu quản:

- + Phải thấy rõ lòng niệu quản, không được thao tác khi trường soi không rõ.
- + Mọi thao tác phải hết sức nhẹ nhàng, không cố gắng dùng sức để đẩy ống soi và dụng cụ soi.
- + Khi nghi ngờ tổn thương niệu quản, ngưng ngay thao tác, chụp niệu quản ngược dòng để xác định vị trí và mức độ tổn thương. Đặt ống thông JJ lưu lại trong niệu quản.

➤ Kỹ thuật tán sỏi niệu quản

- Sỏi niệu quản phần thấp được tán bằng ống soi niệu quản nửa cứng có đường kính từ 4,5- 9F. Ống soi có góc nhìn khoảng 30°, cho những hình ảnh tương đối rõ nét. Đa số những ống soi loại này đều có hai kênh làm việc. Một kênh để sử dụng đầu tán và một kênh để sử dụng rọ hoặc “pince” gấp.

- Sỏi niệu quản phần cao thường sử dụng ống nội soi mềm, thường là những ống soi có đường kính nhỏ (< 8,5F) và có một kênh làm việc. Đối với những sỏi có khả năng di chuyển thì cần để người bệnh ở tư thế đầu thấp. Nếu sỏi di chuyển vào trong thận thì ống nội soi mềm vẫn có thể tán được một cách tương đối thuận lợi.

- Khi tán sỏi phải nhìn rõ sỏi và đầu que tán. Nên tán chậm để sỏi vỡ dần thành mảnh vụn nhỏ và tránh làm sỏi di chuyển. Tán từ một bờ ngoài sỏi dần vào giữa để tránh làm sỏi di chuyển.

- Khi tán vụn hoàn toàn sỏi, cần bơm rửa và làm bong hoàn toàn các mảnh sỏi khỏi niêm mạc niệu quản.

- Những mảnh sỏi to trên 3 mm được gấp và kéo ra ngoài.

- Đặt ống thông niệu quản và ống thông niệu đạo sau tán sỏi.

- Ống thông JJ được đặt trong những trường hợp:

- Tổn thương niệu quản: thủng, nông lạc đường, tổn thương niêm mạc niệu quản trong khi tán.

- Tán sỏi khó, còn mảnh sỏi trong niệu quản.

- Suy thận, thận duy nhất.

➤ Kỹ thuật tán sỏi niệu quản với ống soi mềm

Đưa ống soi vào niệu quản

Có hai kỹ thuật đưa ống soi vào niệu quản.

Cách 1: Dùng ống soi bàng quang hoặc ống soi niệu quản cứng để đưa dây dẫn vào niệu quản. Dưới hướng dẫn của C-arm luồn ống soi mềm dọc theo dây dẫn vào trong niệu quản.

- Cách 2: Dùng một loại ống thông đặc biệt giúp tiếp cận niệu quản với ống soi mềm; Ống có đường kính từ 11-15F, chiều dài từ 35-50 cm. Đầu trên của ống đặt ở đoạn khúc nối đầu dưới của ống đặt ở lỗ niệu đạo; Sau khi đặt ống thông này vào niệu quản, phẫu thuật viên có thể dễ dàng soi niệu quản với ống soi mềm. Ngoài ra ống còn làm tăng khả năng lưu thông nước tưới rửa.

6. THEO DÕI

Sau tán sỏi niệu quản thường đặt stent niệu quản đảm bảo lưu thông niệu quản bàng quang được bình thường ngay sau mổ và tránh nguy cơ hẹp niệu quản sau tán; Stent này có thể gây hội chứng kích thích đường tiết niệu dưới như: buồn tiểu, tiểu vội hoặc có thể đái máu mức độ nhẹ; Stent này có thể rút sau vài ngày hoặc sau 6-8 tuần tùy thuộc vào mức độ phức tạp của điều trị.

Sau tán, người bệnh được điều trị kháng sinh đường uống, giảm đau và đôi khi cả thuốc anticholinergic để giảm kích thích của stent. Điều trị kháng sinh được duy trì cho tới khi tất cả các ống thông được lấy ra khỏi cơ thể.

➤ Biến chứng trong mổ

- Chấn thương niệu quản

+ Chấn thương niêm mạc < 5%

+ Thủng niệu quản < 1%

+ Chảy máu < 1%

+ Đứt niệu quản (0,1%)

- Chấn thương mạch máu < 0,1%

- Gãy dụng cụ tán

➤ Biến chứng sớm sau mổ

- Chảy máu < 0,5%

- Tụ dịch: nước tiểu, máu (<2%)

- Nhiễm khuẩn: viêm tiền liệt tuyến, viêm thận bể thận (<5%)

➤ Biến chứng lâu dài

- Hẹp niệu quản 1-3%.

- Trào ngược bàng quang niệu quản < 1%.

7. XỬ TRÍ TAI BIẾN:

- Xem mục 6

8. TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Quyết Định Số 7708/QĐ-BYT, Hướng Dẫn Quy Trình Kỹ Thuật Phẫu Thuật Nội Soi, ban hành ngày 30/12/2016

14. PHẪU THUẬT NỘI SOI HẸP BỂ THẬN NIỆU QUẢN (NỘI SOI NGƯỢC CHIỀU)

1. 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 phẫu thuật nội soi cắt trong niệu quản điều trị hẹp khúc nối BT-NQ được thực hiện đầu tiên năm 1985 bởi Bagley đến nay vẫn được phổ biến rộng rãi.

2. CHỈ ĐỊNH

- Hẹp khúc nối BT-NQ tái phát sau tạo hình BT-NQ thất bại
- Hẹp khúc nối BT-NQ tái phát sau mổ sỏi
- Hẹp khúc nối BT-NQ mà tình trạng toàn thân không cho phép mổ tạo hình BT-NQ (nội soi hoặc mổ)

3. 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,...) không cho phép phẫu thuật
- Hẹp khúc nối BT-NQ có mạch máu bất thường bất chéo NQ.

4. CHUẨN BỊ

4.1 Người thực hiện kĩ thuật:

- Bác sỹ chuyên khoa II, bác sỹ chuyên khoa tiết niệu.

4.2 Phương tiện:

- Phòng mổ và bàn mổ niệu khoa đường dưới thông thường.
- Dụng cụ phẫu thuật nội soi niệu quản đường dưới
- Dụng cụ cắt trong niệu quản (thường sử dụng laser)
- Sonde double J 6 hoặc 7 F, guidewire
- Bộ dụng cụ mổ mở dự phòng

4.3 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.

4.4 Hồ sơ bệnh án:

- Thực hiện theo quy định.

5. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ: biên bản hội chẩn, cam kết phẫu thuật, biên bản duyệt mổ, biên bản khám tiền phẫu và tiền mê.
2. Kiểm tra người bệnh: đúng người bệnh, đúng bên thương tổn đã đánh dấu.
3. Thực hiện kỹ thuật
 - Vô cảm: gây mê nội khí quản (NKQ), tê tủy sống, tê ngoài màng cứng.
 - Tư thế người bệnh: sản khoa
 - Luôn guide dẫn đường và ống soi NQ đến vị trí khúc nối hẹp
 - Dùng laser hoặc dụng cụ cắt trong cắt mở rộng khúc nối hẹp, luôn ống soi NQ và guide lên bề thận
 - Đặt ống thông double J làm nòng
 - Kiểm tra tổng thể, rút máy, đặt thông tiểu

6. THEO DÕI

- Thủng NQ: trong quá trình phẫu thuật cần nhẹ nhàng thận trọng xác định chính xác đoạn hẹp, rạch đoạn NQ hẹp vừa đủ.
- Chảy máu NQ: xác định xem có mạch máu bất thường, chuyển mở nếu cần thiết.

7. XỬ TRÍ TAI BIẾN

- Rò nước tiểu sau mổ: phải đặt ống thông NQ bằng sonde double J
- Nhiễm khuẩn niệu: điều trị KS

8. TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Quyết Định Số 7708/QĐ-BYT, Hướng Dẫn Quy Trình Kỹ Thuật Phẫu Thuật Nội Soi, ban hành ngày 30/12/2016

15. PHẪU THUẬT NỘI SOI TẠO HÌNH KHÚC NỐI NIỆU QUẢN BỂ THẬN

1. 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 phẫu thuật nội soi tạo hình BT-NQ là một phương pháp ít sang chấn có nhiều ưu điểm hơn phương pháp mổ mở truyền thống là có tính thẩm mỹ cao, không có vết mổ dài trên bụng, giảm nguy cơ nhiễm khuẩn vết mổ, rất ngắn ngày điều trị, sức khỏe phục hồi nhanh.

2. 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

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Có tiền sử phẫu thuật vùng thắt lưng trước đó
- Hẹp khúc nối BT-NQ tái phát, thứ phát sau mổ sỏi
- 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,...)

4. CHUẨN BỊ

4.1 Người thực hiện kỹ thuật:

- Bác sỹ chuyên khoa II, bác sỹ chuyên khoa tiết niệu.

4.2 Phương tiện:

- Phòng mổ và bàn mổ niệu khoa thông thường.
- Dụng cụ phẫu thuật nội soi sau phúc mạc.
- Sonde double J 6 hoặc 7 F, guide, chỉ vicryl 4/0, 5/0
- Bộ dụng cụ mổ mở dự phòng

4.3 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.

4.4 Hồ sơ bệnh án:

- Thực hiện theo quy định.

5. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ: biên bản hội chẩn, cam kết phẫu thuật, biên bản duyệt mổ, biên bản khám tiền phẫu và tiền mê.

2. Kiểm tra người bệnh: đúng người bệnh, đúng bên thương tổn đã đánh dấu.

3. Thực hiện kỹ thuật

- Vô cảm: gây mê NKQ
- Tư thế người bệnh nghiêng về phía đối diện
- Vào khoang sau phúc mạc bằng 3 trocar (2 trocar 10, 1 trocar 5) có hay không sử dụng ngón tay găng.
- Lấy cơ thắt lưng chậu làm mốc bóc tách bộ 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)
- Tạo hình bể thận niệu quản, đặt ống thông NQ bằng sonde double J, khâu BT-NQ bằng chỉ vicryl 4/0, 5/0.
- Quan sát tổng thể phẫu trường, dụng cụ, cầm máu, đặt dẫn lưu, đóng các lỗ trocar.

6. THEO DÕI

- Rách phúc mạc: khâu lại hoặc dùng dụng cụ vén tạng nội soi để mở rộng phẫu trường
- Tổn thương mạch máu: trong mổ cần phẫu tích thận trọng, xác định rõ các mốc giải phẫu, bình tĩnh xử trí tai biến nếu cần có thể chuyển mổ mở.

7. XỬ TRÍ TAI BIẾN

- Rò nước tiểu sau mổ: nên đặt ống thông NQ bằng sonde double J
- Nhiễm khuẩn niệu: điều trị KS

8. TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Quyết Định Số 7708/QĐ-BYT, Hướng Dẫn Quy Trình Kỹ Thuật Phẫu Thuật Nội Soi, ban hành ngày 30/12/2016

16. PHẪU THUẬT NỘI SOI TẠO HÌNH NIỆU QUẢN SAU TĨNH MẠCH CHỦ

1. ĐẠI CƯƠNG

Niệu quản sau tĩnh mạch chủ dưới là bệnh lý bẩm sinh hiếm gặp. Niệu quản bên phải bất chéo sau tĩnh mạch chủ, gây ra cản trở lưu thông dòng tiểu và gây ứ nước thận. Niệu quản sau tĩnh mạch chủ cần giải quyết bằng phẫu thuật để tạo hình. Ngày nay, nhờ sự tiến bộ của kỹ thuật, phương pháp nội soi tạo hình niệu quản sau tĩnh mạch chủ ngày càng được áp dụng rộng rãi.

2. CHỈ ĐỊNH

Các trường hợp được xác định là ứ nước thận do niệu quản sau tĩnh mạch chủ mà không có chống chỉ định.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Các trường hợp chống chỉ định gây mê nội khí quản (NKQ):
 - + Bệnh mạch vành, bệnh van tim, suy tim
 - + Tâm phế mạn.
- Tiền sử can thiệp cũ vào ổ bụng (với đường mổ nội soi qua phúc mạc) hay khoang sau phúc mạc (với đường mổ nội soi sau phúc mạc).
- Nhiễm khuẩn tại chỗ thành bụng.
- Nhiễm khuẩn tiết niệu chưa được điều trị.

4. CHUẨN BỊ

4.1 Người thực hiện:

- Bác sỹ chuyên khoa Ngoại tiết niệu, giải thích cho người bệnh và người nhà trình trạng bệnh, phương pháp điều trị, các nguy cơ, biến chứng có thể xảy ra trước, trong và sau phẫu thuật.

4.2 Phương tiện:

- Dụng cụ phẫu thuật nội soi ổ bụng:
 - + Màn hình, camera, nguồn sáng, máy bơm hơi, dao điện.
 - + Ống kính 30o, 45o.
 - + Trocar 10mm: 2, Trocar 5mm: 2, Nòng nhọn, nòng tù. Ống giảm.
 - + Kéo mổ, pince cong, pince thẳng có máu và không máu, móc, dao mổ nội soi, kẹp kim nội soi, kẹp clip.
- Vật tư tiêu hao: Gạc vuông 10x10cm, gạc nội soi, bộ sonde JJ niệu quản (sonde, guidewire), chỉ khâu (chỉ tiêu chậm 5/0, chỉ khâu da 1 sợi không tiêu), sonde dẫn lưu ổ mổ.

4.3 Người bệnh:

- Được giải thích đầy đủ, thực tháo, test kháng sinh trước mổ.

4.4 Hồ sơ bệnh án:

- Đầy đủ xét nghiệm cơ bản, các thăm dò cận lâm sàng cần thiết, biên bản hội chẩn thông qua mổ, giấy tờ cam kết (phẫu thuật, sử dụng nội soi...).

5. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ: biên bản hội chẩn, cam kết phẫu thuật, biên bản duyệt mổ, biên bản khám tiền phẫu và tiền mê.
2. Kiểm tra người bệnh: đúng người bệnh
3. Thực hiện kỹ thuật:

a) Vô cảm:

- Mê nội khí quản

b) Tư thế:

- Với đường mổ qua phúc mạc: Người bệnh nằm ngửa - nghiêng 70- 75 độ sang bên đối diện, kê đệm dưới lưng.

- Với đường mổ sau phúc mạc: Người bệnh nằm nghiêng 90 độ sang bên đối diện, có kê đệm dưới lưng.

c) Kỹ thuật:

➤ Đường mổ nội soi qua phúc mạc:

- Đặt trocar:

+ Trocar đầu tiên 10mm đặt ở cạnh rốn trên đường trắng bên để đặt camera, bơm hơi ổ bụng.

+ 2 trocar 5mm và 10mm được đặt ở dưới bờ sườn và trên mào chậu

- Hạ mạc Told, vén đại tràng góc gan vào trong.

- Bộc lộ đoạn trên niệu quản (giãn), tĩnh mạch chủ và đoạn dưới niệu quản (bình thường), phẫu tích di động hoàn toàn 2 đoạn niệu quản này.

- Cắt đôi niệu quản đoạn giãn, giải phóng và đưa đoạn niệu quản sau tĩnh mạch chủ ra trước.

- Đặt sonde JJ số 7Fr, khâu nối niệu quản lại bằng chỉ tiêu chậm số 4/0 hoặc 5/0 mũi vắt hoặc rời.

- Kiểm tra cầm máu

- Đặt dẫn lưu, tháo hơi và đóng các lỗ trocar.

➤ Đường mổ nội soi sau phúc mạc:

- Đặt trocar:

+ Trocar đầu tiên đặt ở giữa bờ sườn và mào chậu trên đường nách giữa để đặt camera. Bơm hơi tạo khoang sau phúc mạc.

+ 2 camera 5mm và 10mm tiếp theo được đặt ở bờ dưới xương sườn 12 trên đường nách sau và đường nách trước.

- Phẫu tích bộc lộ niệu quản, giải phóng và cắt nối tương tự.

6. THEO DÕI

1. Trong mổ:

- Mạch, huyết áp người bệnh
- Nồng độ CO₂ và O₂ trong máu qua SpO₂ và PetCO₂.
- Lượng máu mất.
- Các biến chứng trong mổ: Tổn thương mạch máu, tổn thương tạng.
- Thời gian phẫu thuật.
- Chuyển mổ mở: Do khó khăn về kỹ thuật, do tai biến chảy máu hay tổn thương các tạng lân cận không thể tiếp tục phẫu thuật qua nội soi được.
- Nhận định tổn thương và phân tích các yếu tố nguy cơ gây khó khăn cho phẫu thuật: tiền sử mổ cũ; Người bệnh béo phì, mỡ dày khó tạo khoang sau phúc mạc hay người bệnh lùn, khoảng cách bờ sườn-mào chậu ngắn, khó đặt trocar, khó thao tác phẫu thuật; rách phúc mạc, chảy máu...

2. Sau mổ:

- Toàn trạng người bệnh: Tri giác, mạch, huyết áp, nhiệt độ.
- Theo dõi nước tiểu: Số lượng, màu sắc.
- Theo dõi dẫn lưu: Số lượng, tính chất.
- Tình trạng vết mổ, tình trạng tràn khí dưới da...
- Bồi phụ nước và điện giải, nuôi dưỡng tĩnh mạch.
- Thời gian lập lại lưu thông tiêu hóa.
- Thời gian nằm viện.

7. XỬ TRÍ TAI BIẾN

1. Tai biến trong mổ: Tùy theo tình trạng tai biến mà có thể tiếp tục nội soi hay chuyển mổ mở xử trí.
 - Chảy máu do tổn thương tĩnh mạch chủ: Khâu lại bằng chỉ mạch máu.
 - Tổn thương tạng (ruột non, đại tràng) khi phẫu tích NQ: Tùy thương tổn và tình trạng ruột mà khâu lại hoặc đưa ra ngoài.
 - Rách thủng cơ hoành-màng phổi (khi đặt trocar): Khâu + dẫn lưu màng phổi.
 - Rách phúc mạc (với đường mổ sau phúc mạc): Khâu lại.
2. Biến chứng sau mổ:
 - Chảy máu:
 - + Chảy máu chân trocar: Khâu lại.
 - + Chảy máu qua dẫn lưu: Cân nhắc mổ lại, cầm máu kỹ.

- Rò nước tiểu: Nước tiểu chảy qua dẫn lưu, có thể là rò tạm thời. Cần nhắc theo dõi hoặc mổ lại.
- Tụ dịch vùng mổ: Đánh giá qua siêu âm, xoay hút dẫn lưu hoặc chọc hút dưới siêu âm.
- Nhiễm trùng vết mổ: Cây dịch vết mổ làm kháng sinh đồ; thay băng.

8. TÀI LIỆU THAM KHẢO

Quyết Định Số 7708/QĐ-BYT, Hướng Dẫn Quy Trình Kỹ Thuật Phẫu Thuật Nội Soi, ban hành ngày 30/12/2016

17. CẮT ĐÓT TĂNG SINH LÀNH TÍNH TUYẾN TIỀN LIỆT QUA NỘI SOI (TURP)

1. ĐẠI CƯƠNG

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

2. CHỈ ĐỊNH

2.1 BPH có biến chứng

- Bí đái hoàn toàn, kể cả sau rút ống thông niệu đạo
- Bí đái không hoàn toàn có nước tiểu tồn dư sau khi đi tiểu, điều trị nội thất bại
- Đái máu tái diễn do BPH
- Túi thừa bàng quang, sỏi bàng quang do BPH
- Nhiễm khuẩn niệu tái diễn
- Suy thận (nên điều trị hết suy thận trước khi cắt nội soi)

2.2 BPH làm ảnh hưởng tới sức khỏe, giấc ngủ hoặc cản trở nghề nghiệp (tương đối)

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Hẹp niệu đạo (không đặt được máy nội soi)
- Cứng khớp hông (không nằm được tư thế sản khoa)
- Rối loạn đông máu
- Bệnh nội khoa nặng hoặc đang tiến triển (tim mạch, hô hấp...)
- Người rối loạn tâm thần (tương đối)

4. CHUẨN BỊ

4.1 Người thực hiện:

- Bác sĩ ngoại chuyên khoa I, II; bác sĩ chuyên khoa tiết niệu

4.2 Phương tiện:

- Dụng cụ phẫu thuật nội soi tiết niệu đường dưới

4.3 Người bệnh

- Thăm khám toàn diện, thăm trực tràng, thăm dò niệu đạo
- Định lượng PSA

4.4 Hoàn thành hồ sơ:

- Bệnh án theo quy định

5. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ: biên bản hội chẩn, cam kết phẫu thuật, biên bản duyệt mổ, biên bản khám tiền phẫu và tiền mê.

2. Kiểm tra người bệnh: đúng người bệnh, đúng bên thương tổn đã đánh dấu

3. Kỹ thuật

- Đặt máy vào bàng quang (nên nong niệu đạo trước khi đặt), kiểm tra dụng cụ nội soi
- Soi kiểm tra bàng quang, sỏi bàng quang, hình thái tuyến tiền liệt, ụ núi
- Cắt đốt TLT từ trung tâm ra ngoại vi
- Người bệnh già yếu nên cắt vừa đủ để tiểu thông tốt
- Cầm máu kỹ, bơm rửa lấy hết các mảnh mô tuyến tiền liệt.
- Đặt sonde 3 chạc rửa bàng quang liên tục.

6. THEO DÕI

Trong mổ luôn theo dõi sát mạch huyết áp. Mổ quá lâu hay chảy máu có thể gây hội chứng nội soi (ngộ độc nước)

Sau mổ chú ý theo dõi nước rửa bàng quang ra túi nước tiểu phát hiện sớm chảy máu, tắc sonde tiểu. Cần luôn giữ dòng nước rửa vào và ra bàng quang liên tục ko ngừng rách máu chảy đóng cục trong bàng quang gây tắc sonde.

Theo dõi toàn thân tình trạng nhiễm trùng và sử dụng kháng sinh phù hợp nếu có sốt

7. XỬ TRÍ TAI BIẾN:

- Xem mục 6

8. TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Quyết Định Số 7708/QĐ-BYT, Hướng Dẫn Quy Trình Kỹ Thuật Phẫu Thuật Nội Soi, ban hành ngày 30/12/2016

18. PHẪU THUẬT NỘI SOI SAU PHỨC MẠC CẮT CHỖM NANG THẬN

1. ĐẠI CƯƠNG

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

1. Phân loại nang thận theo Bosniak: 4 loại

- Loại 1: Thành nang mỏng, đơn giản.
- Loại 2: Thành nang vôi hóa nhẹ. Vách giữa mống không tăng đậm.
- Loại 3: Thành nang vôi hóa dày, không đều nhiều ngăn.
- Loại 4: Thành dày, vôi hóa nhiều, thành phần đặc bên trong có thành phần tăng đậm.

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

3. Cận lâm sàng:

- Siêu âm bụng: Hình ảnh nang dịch liên tục với nhu mô thận
- CT scan: Cho hình ảnh chẩn đoán chính xác và phân độ nguy cơ ung thư hóa của thận.

2. CHỈ ĐỊNH

- 95% nang thận là loại I-II không có chỉ định phẫu thuật, chỉ cần theo dõi cho đến khi có đau nhiều, nhiễm trùng.

- Tăng huyết áp thứ phát.
- Nang lớn 4 cm gây khó chịu cho người bệnh;
- Nang chèn ép vào đường bài tiết gây thận ứ nước;
- Nang thận loại III-IV không dừng lại cắt nang thận, nên cắt thận triệt để.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Nang thận loại III-IV theo bosniak.

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

4. CHUẨN BỊ

4.1 Người thực hiện:

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

4.2 Phương tiện:

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

4.3 Người bệnh:

- Giải thích rõ về bệnh và phương pháp điều trị

- Làm đầy đủ các xét nghiệm trước mổ
- Khám tiền mê bởi bác sĩ gây mê

4.4 Hồ sơ bệnh án:

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

5. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ:

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

2. Kiểm tra người bệnh:

- Đối chiếu trực tiếp người bệnh với hồ sơ bệnh án đầy đủ các mục
- Đo các thông số sinh tồn để chuẩn bị vô cảm
- Giải thích, động viên người bệnh không quá lo lắng

3. Thực hiện kỹ thuật:

- Phương pháp vô cảm: Mê nội khí quản hoặc tê vùng (tủy sống, ngoài màng cứng)
- Nghiêng người bệnh 90°, về đối diện bên nang thận. Kê gối ở vùng hông bên dưới
- Sát khuẩn vùng mổ, che chắn vô khuẩn vùng mổ.
- Vào khoang sau phúc mạc bằng 3 trocar (2trocar 10, 1 trocar 5) có hoặc không có ngón tay Gant.
- Lấy cơ thắt lưng chậu làm mốc, bóc tách cẩn thận cầm máu kỹ, tới nang thận; Dùng kéo nội soi cắt chỏm nang thận, đốt cầm máu kỹ viên nang, lấy nang cắt bỏ gửi giải phẫu bệnh; Nên lấy dịch nang làm cytology.
- Đặt một dẫn lưu sau phúc mạc gần lòng nang ra ngoài qua lỗ trocart, khâu lại các vết mổ;

6. THEO DÕI

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

7. XỬ TRÍ TAI BIẾN:

- Xem mục 6

8. TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Quyết Định Số 7708/QĐ-BYT, Hướng Dẫn Quy Trình Kỹ Thuật Phẫu Thuật Nội Soi, ban hành ngày 30/12/2016.

19. PHẪU THUẬT NỘI SOI KHÂU LỖ THÙNG BÀNG QUANG

1. ĐẠI CƯƠNG

Vỡ bàng quang trong phúc mạc do chấn thương là sự mất nguyên vẹn của bàng quang và chỗ mất nguyên vẹn của bàng quang thông thương với ổ bụng.

2. CHỈ ĐỊNH

Vỡ bàng quang trong phúc mạc đơn giản, không kèm tổn thương vỡ ngoài phúc mạc hoặc tổn thương các tạng khác trong ổ bụng.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Người bệnh có bệnh nội khoa đi kèm có chống chỉ định gây mê, phẫu thuật.

Kèm tổn thương bàng quang ngoài phúc mạc.

Kèm tổn thương các tạng khác trong ổ bụng.

4. CHUẨN BỊ

4.1 Người thực hiện quy trình kỹ thuật:

- Bác sỹ tiết niệu

4.2 Phương tiện:

- Các phương tiện thông dụng của PTNS ổ bụng: nguồn sáng, dây CO2, dây hút, dàn máy nội soi, 2 trocar 10mm, 1 trocar 5mm, đốt nội soi monopolar, bipolar.

- Các dụng cụ riêng cho phẫu thuật nội soi lấy sỏi: scope 45 độ, kẹp mang kim, vicryl 2-0

4.3 Người bệnh:

- Người bệnh nằm ngửa

4.4 Hồ sơ bệnh án:

- MSCT bụng chậu có thuốc cản quang, dựng hình hệ niệu, cystography

5. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ: tên, tuổi người bệnh, thời gian và cơ chế chấn thương

2. Kiểm tra người bệnh: sinh hiệu trước mổ

3. Thực hiện kỹ thuật: (45-60ph)

- Vào ổ bụng theo 3 trocar (2 trocar 10mm, 1 trocar 5mm)

- Tìm vị trí thủng của bàng quang (có thể bơm Blue methylene vào bàng quang để xác định vị trí thủng).

- Cắt lọc hai mép lỗ thủng.

- Khâu lỗ thủng bàng quang bằng vicryl 2-0.

- Bơm bàng quang kiểm tra chỗ khâu bàng quang

- Dẫn lưu ổ bụng.

- Khâu các lỗ trocar.

6. THEO DÕI

- Hậu phẫu mang dẫn lưu ổ bụng sau 24 giờ.
- Lưu thông tiểu lớn trong 1 tuần.
- Rút dẫn lưu khi hết dịch.
- Xuất viện sau 2-3 ngày.

7. XỬ TRÍ TAI BIẾN

- Chảy máu:
 - + Đốt cầm máu kỹ trước khi đặt dẫn lưu
 - + Mở mở nếu không cầm máu dưới nội soi được
- Rò nước tiểu:
 - + Đặt thông tiểu lâu
 - + Mở mở hoặc PTNS để khâu lại bằng quang

8. TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Quyết Định Số 7708/QĐ-BYT, Hướng Dẫn Quy Trình Kỹ Thuật Phẫu Thuật Nội Soi, ban hành ngày 30/12/2016

20. QUY TRÌNH NỘI SOI NIỆU ĐẠO - BÀNG QUANG CHẨN ĐOÁN

1. ĐẠI CƯƠNG

- Nội soi niệu đạo - bàng quang được sử dụng để chẩn đoán, theo dõi các yếu tố ảnh hưởng đến bàng quang và niệu đạo.

- Trang thiết bị dùng cho nội soi niệu đạo - bàng quang gồm có: máy soi ống mềm (thường áp dụng cho bệnh nhân nam) và máy soi ống cứng (thường áp dụng cho bệnh nhân nữ).

2. CHỈ ĐỊNH

- Các bất thường về giải phẫu và cấu trúc của đường tiết niệu dưới gây tiểu khó hay bí tiểu (Hẹp niệu đạo, túi thừa niệu đạo, túi thừa bàng quang, sỏi bàng quang, dị vật trong bàng quang...)

- Chẩn đoán nguyên nhân gây tiểu máu, trong các trường hợp tiểu máu dai dẳng hay tái phát nhiều lần.

- Trong các trường hợp khối u vùng chậu (khảo sát sự xâm lấn của khối u với bàng quang hay niệu quản).

- Các trường hợp tiểu không kiểm soát hay bàng quang thần kinh.

- Nghi ngờ rò bàng quang - âm đạo hay rò bàng quang - đường tiêu hóa.

- Nghi ngờ bứu bàng quang, bứu niệu mạc đường tiết niệu trên. Theo dõi điều trị bứu bàng quang thể nông.

- Soi bàng quang để điều trị: Lấy dị vật trong bàng quang, đặt thông hay rút thông double J, sinh thiết bàng quang...

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Viêm niệu đạo cấp tính.

- Viêm tuyến tiền liệt cấp tính.

- Viêm tinh hoàn, mào tinh hoàn cấp.

- Nhiễm trùng đường tiết niệu chưa điều trị ổn.

- Tiểu máu mức độ nặng.

4. CHUẨN BỊ

4.1 Người thực hiện:

- 01 bác sỹ được đào tạo chuyên khoa Tiết niệu.

- 01 điều dưỡng.

4.2 Phương tiện:

- Ống soi bàng quang mềm (đối với nam) hoặc ống soi cứng (đối với nữ).- Ống soi bàng quang cứng gồm: vỏ ống soi, ống kính, ống dẫn dung dịch tưới rửa nối với ống soi, dây dẫn nguồn sáng, nguồn phát sáng.

- Màn hình nội soi và camera gắn kết với ống soi.

- Hệ thống máy vi tính và máy in kết nối với màn hình nội soi.
- Thuốc tê Xylocain 2% dạng gel. Dung dịch NaCl 0,9% để tưới rửa liên tục.
- Găng tay vô trùng, khẩu trang, nón phẫu thuật.

4.3 Người bệnh:

- Được bác sĩ hoặc điều dưỡng giải thích rõ các vấn đề sẽ thực hiện và bệnh nhân đồng ý tiến hành.
- Bộc lộ vùng thực hiện (thường là cởi bỏ hết quần ngoài và quần lót).
- Kháng sinh dự phòng đường uống, uống 30 phút trước khi thực hiện thủ thuật, thời gian dùng kháng sinh từ 2-3 ngày.

5. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH:

Thực hiện kỹ thuật

- Thủ thuật nội soi niệu đạo - bàng quang được thực hiện tại phòng nội soi niệu chẩn đoán.

1. Bước 1. Chuẩn bị:

- Người bệnh: nên đi tiểu trước khi soi. Người bệnh nằm tư thế sản phụ khoa, hai tay để lên trước ngực.
- Bác sĩ: Mang khẩu trang, rửa tay phẫu thuật, mang găng vô khuẩn.
- Điều dưỡng: Chuẩn bị mâm dụng cụ theo danh sách trên, mang khẩu trang, rửa tay, mang găng vô trùng đứng phụ bác sĩ.

2. Bước 2. Thực hiện kỹ thuật:

- Sát trùng cẩn thận vùng bộ phận sinh dục với Povidine 10% pha loãng.
- Trải khăn vô trùng.
- Tiến hành gây tê tại chỗ: bơm trực tiếp vào niệu đạo 8 - 10ml Xylocain 2% dạng gel, chờ khoảng 5 - 10 phút. Đối với nam thì nên dùng kẹp để kẹp đầu dương vật.
- Lắp sẵn hệ thống ống soi với màn hình nội soi.
- Đặt nhẹ nhàng vỏ ống soi và thông nòng vào bàng quang trước. Sau đó lắp ống soi vào để quan sát bàng quang.
- Trong trường hợp dùng ống soi mềm lắp ống kính soi với toàn bộ hệ thống, một tay cầm ống soi, một tay điều khiển ống soi uốn nhẹ theo độ cong của niệu đạo để quan sát niệu đạo trong quá trình di chuyển máy.
- Ghi nhận trong quá trình soi:
 - + Niêm mạc niệu đạo, đường kính niệu đạo, các bất thường trong lòng niệu đạo.
 - + Cổ bàng quang.
 - + Màu sắc nước tiểu và lượng nước tiểu tồn lưu (khi chưa bơm nước tưới rửa vào bàng quang).

- + Dung tích chứa của bàng quang (Khi đã bơm nước tưới rửa).
- + Quan sát lần lượt các thành bàng quang và hai miệng niệu quản.
- + Ghi nhận các bất thường (nếu có) như: tính chất niêm mạc viêm nhiễm xuất huyết, máu cục, cột hõm, bướu, dị vật hay sỏi...
- + Vùng tam giác và màu sắc nước tiểu phun ra từ hai miệng niệu quản.
- + Vùng cổ bàng quang, tuyến tiền liệt (đối với nam), niệu đạo.
- Rút máy soi nhẹ nhàng, dọn dẹp dụng cụ.

3. Bước 3. Kết thúc:

- Ghi hồ sơ bệnh án: tri giác, sinh hiệu và phương tiện dụng cụ đã sử dụng.
- Viết bảng tường trình thủ thuật và mô tả kết quả, kết luận.

6. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Tiểu đau buốt, tiểu nhiều hay bí tiểu. Tiểu máu đại thể : trường hợp tiểu máu đại thể nhiều, nhập viện theo dõi và điều trị theo phác đồ tiểu máu.
- Nhiễm khuẩn đường tiết niệu: điều trị theo hướng dẫn điều trị nhiễm khuẩn của bệnh viện.
- Chấn thương niệu đạo hay hẹp niệu đạo: xử trí tùy thương tổn

7. TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Trần Lê Linh Phương (2008), "Nội soi bàng quang chẩn đoán và can thiệp", NXB Y học Hồ Chí Minh, tr. 154 - 180.
- Vũ Văn Ty (2012), Hình Ảnh Học Soi Bàng Quang.
- Quy trình kỹ thuật Bệnh viện Bình Dân 2017.

21. QUY TRÌNH NỘI SOI BÀNG QUANG RÚT THÔNG NIỆU QUẢN

1. ĐẠI CƯƠNG

- Soi bàng quang rút thông niệu quản là kỹ thuật rút các thông trong người của người bệnh (thông niệu quản hay thông double J) khi các thông không còn chức năng. Đây là thủ thuật nội soi có can thiệp.
- Soi bàng quang rút thông niệu quản gồm có: máy soi ống mềm (thường áp dụng cho người bệnh nam) và máy soi ống cứng (thường áp dụng cho người bệnh nữ).

2. CHỈ ĐỊNH:

- Người bệnh có đặt thông niệu quản đến thời điểm rút.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Rối loạn đông máu hay các bệnh lý nội khoa chưa ổn định.
- Viêm tuyến tiền liệt cấp tính.
- Sỏi đóng đầu ống thông do để lâu ngày.
- Hẹp niệu đạo không đưa được máy soi.
- Viêm niệu đạo cấp.
- Viêm tinh hoàn, mào tinh hoàn cấp.

4. CHUẨN BỊ

4.1 Người thực hiện

- 01 bác sỹ được đào tạo chuyên khoa Tiết niệu.
- 01 điều dưỡng.

4.2 Phương tiện

- Găng tay vô trùng, khẩu trang, nón phẫu thuật.
- Ống soi bàng quang mềm (đối với nam) hoặc ống soi cứng (đối với nữ).
- Ống soi bàng quang cứng gồm: Vỏ ống soi, ống kính, ống dẫn dung dịch tưới rửa nối với ống soi, dây dẫn nguồn sáng, nguồn phát sáng.
- Kim hay forceps dùng để rút thông niệu quản.
- Màn hình nội soi và camera gắn kết với ống soi.
- Hệ thống máy vi tính và máy in kết nối với màn hình nội soi.
- Dung dịch NaCl 0,9% để tưới rửa liên tục.
- Thuốc tê Xylocain 2% dạng gel.

4.3 Người bệnh

- Được giải thích rõ các vấn đề sẽ thực hiện và đồng ý tiến hành.
- Bộc lộ vùng thực hiện (thường là cởi bỏ hết quần ngoài và quần lót).

5. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Bước 1. Chuẩn bị:

- Người bệnh: Nên đi tiểu trước khi soi. Người bệnh nằm tư thế sản phụ khoa, hai tay để lên trước ngực.
- Kháng sinh đường uống trước thủ thuật, kéo dài tối đa 3 ngày.
- Bác sĩ: Mang khẩu trang, rửa tay phẫu thuật, mang găng vô khuẩn.
- Điều dưỡng: Chuẩn bị mâm dụng cụ theo đúng danh sách trên, mang khẩu trang, rửa tay, mang găng vô trùng đứng phụ bác sĩ.

2. Bước 2. Thực hiện kỹ thuật:

- Sát trùng cẩn thận vùng bộ phận sinh dục với Povidine 10% pha loãng.
- Trải khăn lố vô trùng.
- Tiến hành gây tê tại chỗ: Bơm trực tiếp vào niệu đạo 8 - 10ml Xylocain 2% dạng gel, chờ khoảng 5 - 10 phút. Đối với nam thì nên dùng kẹp để kẹp đầu dương vật.
- Lắp sẵn hệ thống ống soi với màn hình nội soi.
- Đặt nhẹ nhàng vỏ ống soi và thông nòng vào bàng quang trước. Sau đó lắp ống soi vào để quan sát bàng quang. Cũng có thể lắp ống kính với toàn bộ hệ thống để quan sát niệu đạo trong quá trình di chuyển máy hay trong trường hợp dùng ống soi mềm.
- Ghi nhận trong quá trình thực hiện:
 - + Quan sát lần lượt các thành bàng quang, hai miệng niệu quản, màu sắc nước tiểu, tính chất niêm mạc bàng quang.
 - + Tiến hành xác định đầu thông niệu quản, dụng cụ kẹp thông (lưu ý không kẹp dính thành bàng quang) và nhẹ nhàng lôi ra ngoài.
- Rút máy soi nhẹ nhàng, dọn dẹp dụng cụ.

3. Bước 3. Kết thúc:

- Ghi hồ sơ bệnh án: Tri giác, sinh hiệu và phương tiện dụng cụ đã sử dụng.
- Viết bảng tường trình thủ thuật và mô tả kết quả.

6. CÁC BIẾN CHỨNG CÓ THỂ GẶP VÀ XỬ TRÍ

- Chấn thương niệu đạo hay hẹp niệu đạo: xử trí tùy thương tổn (theo phác đồ chấn thương niệu đạo của bệnh viện)
- Tiểu đau buốt, tiểu nhiều hay bí tiểu: Điều trị triệu chứng
- Tiểu máu đại thể: Trường hợp tiểu máu đại thể nhiều, nhập viện theo dõi và điều trị theo phác đồ tiểu máu.
- Thủng hay tổn thương thành bàng quang: nhập viện theo dõi và điều trị theo phác đồ chấn thương và thủng bàng quang.
- Nhiễm khuẩn đường tiết niệu: điều trị theo hướng dẫn điều trị nhiễm khuẩn của bệnh viện.

7. TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Quy trình kỹ thuật bệnh viện Bình Dân 2017.
- Branden Duffey, Manoj Monga (2012), "Principles of endoscopy", Campbell Walsh Urology, 10th edition, 8, pp. 92 – 204.

22. QUY TRÌNH PHẪU THUẬT CẮT DA QUY ĐẦU

1. ĐẠI CƯƠNG

Gần như tất cả trẻ nam sinh ra đều hẹp bao quy đầu bẩm sinh, một tình trạng lành tính mà khi trẻ lớn dần sẽ tự tụt da quy đầu ra được. Năm 1949, nghiên cứu của Douglas Gairdner cho thấy chỉ có 4% trẻ có bao quy đầu hoàn toàn có thể tụt vào lúc sinh nhưng sau đó 90% trẻ có thể tụt được da quy đầu sau 3 năm. Chỉ có 1% nam giới từ 17 tuổi vẫn còn có hẹp bao quy đầu. Hẹp bao quy đầu người lớn (tức là bệnh lý hay sự thật hẹp bao quy đầu) có thể do vệ sinh kém hoặc bệnh lý y khoa (ví dụ, đái tháo đường, BXO..).

2. CHỈ ĐỊNH

- Hẹp bao quy đầu
- Bệnh lý BXO

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Các chống chỉ định chung của phẫu thuật.
- Lỗ tiểu thấp
- Vùi dương vật

4. CHUẨN BỊ

4.1 Người thực hiện:

- Bác sĩ phẫu thuật chuyên khoa Niệu/Nam Học. Cần phối hợp với bác sĩ chuyên khoa gây mê hồi sức.

4.2 Phương tiện:

- Bộ tiểu phẫu.

4.3 Người bệnh

- Giải thích cho người bệnh về kỹ thuật ứng dụng, chế độ theo dõi và điều trị sau phẫu thuật.
- Giải thích cho người bệnh về các nguy cơ phẫu thuật như chảy máu, hình thành tụ máu, nhiễm trùng, tổn thương niệu đạo, tổn thương quy đầu, cắt bỏ quá nhiều hoặc quá ít da quy đầu.
- Người bệnh có tình trạng viêm da quy đầu trước đó phải được điều trị khỏi nhiễm khuẩn trước khi cắt da quy đầu.

- Làm các xét nghiệm cơ bản cho phẫu thuật. Hồ sơ bệnh án:

- Có đầy đủ bệnh án, xét nghiệm chẩn đoán bệnh và xét nghiệm cơ bản phục vụ cho cuộc mổ, phiếu khám tiền mê, bản cam kết chấp nhận phẫu thuật của người bệnh, chữ ký giải thích của phẫu thuật viên và chế độ theo dõi và điều trị trước mổ.

5. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Vô cảm: Gây mê nội khí quản hoặc mê mask thanh quản, tê gốc dương vật.
2. Kỹ thuật

- Người bệnh ở tư thế nằm ngửa, vùng sinh dục được sát khuẩn bằng dung dịch povidone-iodine.

- Ước tính kích thước da quy đầu cần loại bỏ.

- Thăm sát quy đầu nhằm phát hiện các tình trạng niệu đạo đóng thấp, niệu đạo đóng cao, cong dương vật hoặc các bất thường khác.

- Tách phần biểu mô da quy đầu ra khỏi quy đầu.

- Để thực cắt bao quy đầu, kẹp bao quy đầu ở vị trí 12 giờ với 2 Hemostats thẳng để hạn chế chảy máu.

- Thực hiện cắt vòng quanh da quy đầu.

- Đốt hoặc cột không chế các điểm chảy máu

- Khâu lại niêm mạc với da bằng chỉ tiêu.

- Bacitracin dạng thuốc mỡ được sử dụng để bôi chỉ may (ví dụ, chromic). Điều này đặc biệt hữu ích ở trẻ em.

6. THEO DÕI

Thời kỳ hậu phẫu

- Sử dụng kháng sinh dự phòng 1 mũi trước phẫu thuật 30 phút.

- Đề phòng nhiễm khuẩn, sử dụng kháng sinh điều trị nếu có tình trạng nhiễm trùng, giảm đau và thay băng vô khuẩn những ngày hậu phẫu.

- Đề phòng tụ dịch hoặc chảy máu vết mổ.

Sau thời kỳ hậu phẫu

- Tái khám sau khoảng 2-3 tuần để phát hiện các vết thương đã phục hồi tốt, phát hiện các biến chứng có thể.

7. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Thất nghệt bao quy đầu sau mổ: do lỗ bao quy đầu hẹp do cắt quá ít da và niêm mạc bao quy đầu. Xử trí: mổ lại giải áp.

- Nhiễm trùng vết mổ. Xử trí: thay băng, dùng kháng sinh điều trị.

- Chảy máu vết mổ: vị trí hay chảy máu là hai bên hãm dương vật và các mạch máu nhỏ ở tổ chức dưới da quy đầu. Xử trí: phẫu thuật lại khâu cầm máu.

- Thiếu da và niêm mạc: do cắt quá nhiều da và niêm mạc. Xử trí: theo dõi

- Tổn thương niệu đạo: do tổn thương niệu đạo trong khi mổ. Xử trí: hội chẩn với BS chuyên khoa Niệu.

- Hẹp lỗ sáo. Xử trí: Phẫu thuật tạo hình lỗ sáo.

- Cắt bỏ qui đầu và một phần dương vật: do qui đầu dính với bao qui đầu khi cắt. Xử trí: Phẫu thuật tạo hình quy đầu.

- Sẹo xấu: hay gặp nhất là để lại 2 cánh da ở phần bụng dương vật sát hãm qui đầu, sẹo lồi. Xử trí: cắt sửa sẹo.

8. TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Quy trình kỹ thuật Bệnh viện Bình Dân 2017.
- Hướng dẫn quy trình kỹ thuật bệnh viện tập 1, Ban hành kèm QĐ 1351/1999/QĐ- BYT ngày 4/5/1999 của Bộ Y tế.
- Hướng dẫn điều trị Ngoại nhi 2018, Bệnh viện Nhi đồng 2(chương 3, Ngoại niệu, trang 203-204).

23. PHẪU THUẬT CÁC BỆNH LÝ ống phúc tinh mạc Ở TRẺ EM

1. ĐẠI CƯƠNG

Ống phúc tinh mạc phát triển trong suốt tháng thứ 3 của thai kỳ như một phần trôi ra của xoang phúc mạc thường xuyên qua lỗ bẹn sâu. Vào thời kỳ này, tinh hoàn đang phát triển còn nằm trong ổ bụng (ngoài phúc mạc). Tinh hoàn bắt đầu đi xuống sau tháng thứ 7 cùng với sự phát triển của ống phúc tinh mạc vào bìu. Ống này thông từ bụng tới khoang màng tinh hoàn. Sau khi sinh ống này sẽ đóng lại và teo đi.

Trong trường hợp ống phúc tinh mạc không bị teo đi, gọi là bệnh còn ống phúc tinh mạc, làm thông thương giữa khoang màng ngoài tinh hoàn và ổ bụng, dịch ổ bụng sẽ tự do chảy xuống khoang màng tinh hoàn, gây nên tình trạng tràn dịch màng tinh hoàn.

Ống phúc tinh mạc thông thường là một thoát vị bẹn tiềm ẩn và chỉ khi nó chứa một thành phần của nội tạng bụng mới trở nên thoát vị bẹn thật sự. Khác biệt của thoát vị bẹn và thủy tinh mạc bẩm sinh là đường kính của ống phúc tinh mạc và chất được chứa bên trong túi: thoát vị bẹn có chứa thành phần nào đó trong ổ bụng, còn thủy tinh mạc thì chỉ chứa dịch ổ bụng. Còn trường hợp ống này teo đóng lại không kín, dịch màng bụng tiết ra tụ lại trong ống, gọi là nang thừng tinh. Nang thừng tinh có thể nằm ngay cực trên của tinh hoàn (do ống chỉ tắc ở đầu dưới) hay cũng có thể nằm ở ống bẹn (do ống đóng kín hai đầu).

2. CHỈ ĐỊNH

Khuynh hướng ngày nay thoát vị bẹn được giải quyết sớm, nghĩa là bất cứ tuổi nào trừ trẻ sinh non hoặc trẻ có bệnh lý khác nặng hơn đi kèm. Thái độ này nhằm phòng ngừa biến chứng nghẹt, đặc biệt rất thường xảy ra ở trẻ dưới 1 tuổi.

Thủy tinh mạc có khuynh hướng tự khỏi từ 12 tháng đến 18 tháng đầu tiên nên không cần điều trị trong thời gian này, trừ trường hợp có phối hợp với thoát vị bẹn. Sau 2 tuổi, thủy tinh mạc không thể tự khỏi.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Không có chống chỉ định

4. CHUẨN BỊ

4.1 Người thực hiện

- Phẫu thuật viên chuyên khoa tiết niệu (01 phẫu thuật viên, 02 trợ thủ viên)

4.2 Phương tiện

- 01 bộ dụng cụ phẫu thuật tiết niệu, gạc lớn, gạc nhỏ, chỉ liên kim, chỉ lìn.

4.3 Người bệnh

Được giảm đau bằng các phương pháp giảm đau vùng (tê tủy sống) hay gây mê và được chuẩn bị theo quy trình chuẩn bị người bệnh trước mổ trong ngoại khoa.

4.4 Hồ sơ bệnh án

Hồ sơ bệnh án được chuẩn bị đầy đủ bao gồm các xét nghiệm chẩn đoán bệnh và các xét nghiệm cơ bản phục vụ cho cuộc mổ. Giấy chấp nhận phẫu thuật và thủ thuật có chữ ký cam kết của người bệnh và của thầy thuốc.

5. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Bước 1: Tư thế người bệnh

- Người bệnh được nằm tư thế ngửa đầu thấp. Sát trùng, phủ toan chuẩn bị trường mổ.

2. Bước 2: Bộc lộ ống bẹn và thừng tinh

- Rạch da dọc theo đường nếp gấp da ống bẹn ngay phía trên củ mu dài khoảng 2 cm.

- Qua các lớp đến cân Scarpa, mở cân Scarpa để đến cân cơ chéo ngoài. Có thể đốt và cắt nếu gặp tĩnh mạch thượng vị nông.

- Rạch cân cơ chéo ngoài dọc theo các thớ sợi của nó, để vào ống bẹn. Chú ý tránh làm tổn thương thần kinh sinh dục đùi nằm ngay dưới cân cơ chéo ngoài. Sau đó bộc lộ thừng tinh ra khỏi ống bẹn

3. Bước 3: Tìm và bộc lộ ống phúc tinh mạc

- Sau khi bộc lộ được thừng tinh, tiến hành tách các sợi cơ bìu ra để xác định ống phúc tinh mạc. Thông thường ống phúc tinh mạc sẽ nằm ngay trên mặt trước giữ của thừng tinh.

- Sau khi xác định được ống phúc tinh mạc, nhẹ nhàng bóc tách nó ra khỏi thừng tinh, phẫu tích càng nhiều càng tốt cho tới sát lỗ bẹn trong. Chú ý không làm tổn thương các thành phần nằm trong thừng tinh. Trường hợp cấu trúc giải phẫu của ống phúc tinh mạc không rõ ràng, nên mở ra xem có ruột, mạc nối hay bàng quang bên trong hay không.

4. Bước 4: Thắt và cắt nang thừng tinh

- Khi đầu trên của ống phúc tinh mạc đã được phẫu tích đến sát lỗ bẹn trong. Tiến hành thắt và cắt tại vị trí này. Nếu cần thiết có thể khâu lại. Chú ý: phải kiểm tra kỹ xem có ruột, mạc nối hay bất kì thành phần nào trong ống phúc tinh mạc trước khi buộc và cắt. Nếu lỗ bẹn trong rộng quá có thể khâu tạo hình lại lỗ bẹn trong.

- Phần còn lại của ống phúc tinh mạc được mở dọc xuống sát túi cùng và cắt bỏ, tuy nhiên, không cần thiết phải lấy hết phần này. Nếu cần thiết có thể đưa tinh hoàn qua vết mổ, đốt và thắt hết các máu phụ tinh hoàn và mào tinh hoàn.

5. Bước 5: Đóng vết mổ

- Đóng vết mổ theo các lớp giải phẫu bao gồm, cân cơ chéo ngoài, cân Scarpa, tổ chức dưới da và da.

6. THEO DÕI

Sau phẫu thuật cần theo dõi các biến chứng như tụ máu bìu, tràn dịch màng tinh hoàn, nang thừng tinh tái phát, hay tắc ruột, đái máu

7. XỬ TRÍ TAI BIẾN

Tùy theo từng loại biến chứng mà có các phương pháp xử trí khác nhau.

8. TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Hướng dẫn điều trị Ngoại nhi 2018, Bệnh viện Nhi đồng 2(chương 3, Ngoại nhi, trang 240-246).
- Quyết định số 196/ QĐ-BYT(ngày 16/01/2014), Hướng Dẫn Quy Trình Kỹ Thuật Ngoại Khoa- Chuyên Khoa Phẫu Thuật Tiết Niệu.

24. PHẪU THUẬT LẤY SỎI BÀNG QUANG

1. ĐẠI CƯƠNG

- Sỏi bàng quang (BQ) chiếm 5% các trường hợp sỏi niệu, thường gặp ở nam vì nữ có niệu đạo ngắn và ít bệnh lý niệu đạo. Ở các nước đang phát triển, sỏi BQ ở trẻ em cũng thường gặp.

- Nguyên nhân:

- + Sỏi BQ từ thận, niệu quản xuống và vướng lại BQ do cổ BQ là chỗ hẹp, ở nam giới có tuyến tiền liệt bao bọc nên sẽ khó qua hơn phụ nữ = thường gặp ở nam nhiều hơn nữ.
- + Sỏi BQ hình thành tại chỗ: những bệnh lý làm bế tắc đường tiết niệu dưới: bứu lạnh tuyến tiền liệt, xơ chai cổ BQ, BQ thần kinh; tế bào mũ trong viêm BQ, vật ngoại lai kể cả ống thông tại chỗ đặt trong BQ đều là nhân cho sỏi kết tụ.

- Triệu chứng cơ năng: tùy từng trường hợp, tùy giai đoạn diễn tiến của bệnh mà triệu chứng viêm nhiễm hay bế tắc sẽ chiếm ưu thế:

- + Tiểu gắt, tiểu buốt, đau nhiều nhất là lúc đi tiểu gần hết và đau lan đến miêng niệu đạo.
- + Tiểu tắc giữa dòng: tia nước tiểu tự nhiên bị chặn lại.
- + Bệnh nhân thường bóp dương vật cho đỡ đau vì đau lan truyền ra qui đầu và đây là triệu chứng khá đặc thù của sỏi BQ.
- + Tiểu máu cuối dòng cũng thường xảy ra, thường tiểu máu mỗi khi đi chuyển mạnh.

- Triệu chứng thực thể:

- + Sỏi BQ to có thể sờ thấy được qua thăm khám âm đạo trực tràng.
- + Dùng thông kim loại thăm dò BQ có dấu hiệu chạm sỏi.
- + Thăm khám lâm sàng có thể phát hiện được nguyên nhân tạo sỏi như hẹp niệu đạo, bứu lạnh tuyến tiền liệt, BQ hỗn loạn thần kinh.

- Các phương pháp điều trị:

- + Nội khoa: ít được quan tâm vì kết quả điều trị thường không khả quan.
- + Ngoại khoa: tán sỏi ngoài cơ thể, bóp sỏi cơ học nội soi, tán sỏi nội soi qua niệu đạo, mổ mở.

2. CHỈ ĐỊNH

- Sỏi BQ rất to ($\geq 3\text{cm}$) và cứng.
- Sỏi BQ thất bại với các phương pháp nội soi.
- Sỏi kèm viêm nhiễm nặng ở bàng quang.
- Kết hợp với mổ mở bóc tuyến tiền liệt hoặc cắt túi thừa BQ.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Các chống chỉ định chung của phẫu thuật.
- Sỏi BQ có kèm theo bứu BQ.

4. CHUẨN BỊ

4.1 Người thực hiện:

- Bác sĩ phẫu thuật chuyên khoa Ngoại Tiết niệu. Trường hợp người bệnh có bệnh kết hợp, sức khỏe yếu, có nhiều nguy cơ cần phối hợp với bác sĩ chuyên khoa gây mê hồi sức.

4.2 Phương tiện:

- Bộ trung phẫu.

4.3 Người bệnh

- Giải thích cho người bệnh về kỹ thuật ứng dụng, chế độ theo dõi và điều trị sau phẫu thuật.

- Làm các xét nghiệm cơ bản cho phẫu thuật .

4.4 Hồ sơ bệnh án:

- Có đầy đủ bệnh án, xét nghiệm chẩn đoán bệnh và xét nghiệm cơ bản phục vụ cho cuộc mổ, phiếu khám tiền mê, bản cam kết chấp nhận phẫu thuật của người bệnh, chữ ký giải thích của phẫu thuật viên và chế độ theo dõi và điều trị trước mổ.

5. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

➤ Thực hiện kỹ thuật

1. Vô cảm: Tê tủy sống hoặc gây mê

2. Kỹ thuật

- Người bệnh nằm ngửa.
- Rạch da trên xương mu. Bóc tách cân cơ tìm BQ.
- Xẻ BQ, quan sát màu sắc nước tiểu, thám sát niêm mạc BQ, cổ BQ và tuyến tiền liệt.
- Lấy sạch sỏi khỏi bàng quang.
- Khâu lại BQ bằng chỉ tan
- Tùy tình huống có thể mở BQ ra da hoặc không.
- Đặt thông tiểu lưu nếu không mở bàng quang ra da.

6. THEO DÕI

➤ Thời kỳ hậu phẫu

- Đề phòng nhiễm khuẩn, sử dụng kháng sinh điều trị nếu có tình trạng nhiễm trùng, giảm đau và thay băng vô khuẩn những ngày hậu phẫu.
- Đề phòng tụ dịch hoặc chảy máu vết mổ.

➤ Sau thời kỳ hậu phẫu:

- Kiểm tra sự tái phát của sỏi và chức năng của BQ.

7. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Nhiễm trùng vết mổ: chăm sóc vết thương, dùng kháng sinh mạnh.
- Tụ máu, tụ dịch vết mổ: băng ép, thay băng mỗi ngày.

8. TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Hướng dẫn quy trình kỹ thuật bệnh viện tập 1, Ban hành kèm QĐ 1351/1999/QĐ- BYT ngày 4/5/1999 của Bộ Y tế.
- Quy trình kỹ thuật Bệnh viện Bình Dân 2017.

25. PHẪU THUẬT LẤY SỎI NIỆU QUẢN

1. ĐẠI CƯƠNG

Phẫu thuật lấy sỏi niệu quản là phẫu thuật mở niệu quản lấy sỏi để phục hồi lưu thông bình thường của niệu quản.

2. CHỈ ĐỊNH

- Sỏi niệu quản đã gây ra các biến chứng.
- Sỏi có đường kính trên 5mm hoặc nhỏ hơn nhưng điều trị nội khoa tích cực thất bại.
- Sỏi niệu quản thứ phát do nguyên nhân chít hẹp niệu quản phía dưới viên sỏi.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Các chống chỉ định chung của phẫu thuật.
- Điều trị nội khoa thấy sỏi có khả năng di chuyển xuống bàng quang hoặc ở những cơ sở có các phương tiện điều trị ít xâm lấn hơn(chống chỉ định tương đối).

4. CHUẨN BỊ

4.1 Người thực hiện:

- Bác sĩ phẫu thuật chuyên khoa Ngoại Tiết niệu.

4.2 Phương tiện:

- Bộ trung phẫu.

4.3 Người bệnh

- Giải thích cho người bệnh về kỹ thuật ứng dụng, chế độ theo dõi và điều trị sau phẫu thuật.

- Làm các xét nghiệm cơ bản cho phẫu thuật .

4.4 Hồ sơ bệnh án:

- Có đầy đủ bệnh án, xét nghiệm chẩn đoán bệnh và xét nghiệm cơ bản phục vụ cho cuộc mổ, phiếu khám tiền mê, bản cam kết chấp nhận phẫu thuật của người bệnh, chữ ký giải thích của phẫu thuật viên và chế độ theo dõi và điều trị trước mổ.

5. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

➤ Thực hiện kỹ thuật

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

2. Kỹ thuật

- Người bệnh sỏi 1/3 trên nằm nghiêng 900 , sỏi 1/3 giữa và 1/3 dưới nằm ngửa.
- Rạch da đường sườn- thắt lưng kinh điển, đường chéo bên vùng hố chậu, đường giữa dưới rốn, rạch tiếp các lớp cân cơ cho tới phúc mạc(nếu rạch phúc mạc phải khâu lại).

- Tìm niệu quản: vén phúc mạc về phía bụng để đi ra phía sau phúc mạc, niệu quản nằm sát khối cơ chung và bắt chéo phía trước động mạch chậu và dính vào phúc mạc nên phải tìm niệu quản về phía phúc mạc khi đã vén lên.

- Tìm viên sỏi: bộc lộ niệu quản, nâng lên bằng một ống thông cao su nhỏ. Nếu niệu quản dần to tìm hòn sỏi phía dưới đoạn dẫn, nếu niệu quản nhỏ tìm hòn sỏi ở phía trên. Giữ hòn sỏi không cho chạy ngược lên.

- Lấy sỏi: rạch dọc niệu quản phía trên sỏi đến hết lớp niêm mạc phía trên và đến bề mặt sỏi, dùng que thăm nhẹ nhàng tách viên sỏi ra khỏi niêm mạc bị dính và gấp lấy sỏi.

- Kiểm tra sự lưu thông của niệu quản: luồn ống thông lên phía trên để tháo bớt nước tiểu bị ứ đọng và đem thử vi khuẩn, luồn ống thông xuống phía dưới kèm bơm nước để kiểm tra niệu quản có bị chít hẹp không.

- Đặt thông double J số 6Fr hoặc 7Fr

- Khâu niệu quản bằng chỉ catgut hoặc chỉ tiêu chậm 4/0.

- Đặt ống dẫn lưu cạnh niệu quản và đưa ra ngoài vết mổ.

- Khâu lại cân cơ, khâu da vết mổ.

- Chú ý: nếu có chít hẹp niệu quản đoạn dưới thì phải xử trí cắt bỏ đoạn chít hẹp rồi nối tận tận, cắm niệu quản vào bàng quang...Nếu không đủ trình độ thì dẫn lưu thận tạm thời.

6. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

- Trong phẫu thuật:

- Chảy máu: đốt cầm máu các mạch máu nhỏ, khâu nối phục hồi với mạch máu lớn.

- Sỏi chạy lên thận: bơm rửa cho sỏi trôi xuống lại niệu quản. Nếu không mở dẫn lưu thận để tìm sỏi ở thận.

- Sau phẫu thuật:

- Đề phòng nhiễm khuẩn, sử dụng kháng sinh điều trị nếu có tình trạng nhiễm trùng, giảm đau và thay băng vô khuẩn hàng ngày hậu phẫu.

- Đề phòng tụ dịch hoặc chảy máu vết mổ.

- Rò niệu quản do còn chít hẹp phía dưới: tạo hình lại niệu quản.

7. TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Hướng dẫn quy trình kỹ thuật bệnh viện tập 1, Ban hành kèm QĐ 1351/1999/QĐ- BYT ngày 4/5/1999 của Bộ Y tế.

- Quy trình kỹ thuật Bệnh viện Bình Dân 2017.

26. PHẪU THUẬT LẤY SỎI THẬN

1. ĐẠI CƯƠNG

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

2. 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

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Chống chỉ định tương đối với các bệnh lý toàn thân 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.

4. CHUẨN BỊ

4.1 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.

4.2 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 kỹ về chỉ định, cách thức thực hiện, các tai biến có thể xảy ra.

4.3 Phương tiện:

- Bộ dụng cụ mổ mở tiết niệu thông thường.

5. 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.

- Tùy 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 kỹ
- Đặt dẫn lưu khoang quanh thận
- Đóng bụng theo các lớp giải phẫu.

6. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

6.1 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.

6.2 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.

7. TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Quyết Định 5731/QĐ-BYT Hướng Dẫn Quy Trình Kỹ Thuật Ngoại Khoa, Chuyên Khoa Phẫu Thuật Tiết Niệu, ban hành ngày 21/12/2017.
- Hướng dẫn quy trình kỹ thuật bệnh viện tập 1, Ban hành kèm QĐ 1351/1999/QĐ- BYT ngày 4/5/1999 của Bộ Y tế.

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

1. 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 vật bể thận nhưng về cơ bản vẫn dựa trên nguyên tắc lấy bỏ đi phần bệnh lý và tạo hình khúc nối mới.

- Mô mổ 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.

2. 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 ...).

3. 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.

4. CHUẨN BỊ

4.1 Người thực hiện:

- Bác sỹ chuyên khoa ngoại tiết niệu và 2 BS phụ mổ.

4.2 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.

4.3 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.

5. CÁC BƯỚC TIỀN HÀNH

1. Tư thế: Người bệnh nghiêng 90° về phía đối diện, kê đệm 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.

6. 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

7. TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Quyết Định 5731/QĐ-BYT Hướng Dẫn Quy Trình Kỹ Thuật Ngoại Khoa, Chuyên Khoa Phẫu Thuật Tiết Niệu, ban hành ngày 21/12/2017.

28. CẤM LẠI NIỆU QUẢN VÀO BÀNG QUANG

1. ĐẠI CƯƠNG

Cấm 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.

2. 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 sỏi 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.

3. 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.

4. CHUẨN BỊ

4.1 Người thực hiện:

- Bác sỹ chuyên khoa I – II, bác sỹ chuyên khoa tiết niệu.

4.2 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

4.3 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

5. CÁC BƯỚC TIỀN HÀNH

1. Tư thế: Người bệnh nằm ngửa, đặt sonde tiểu trong mỗ
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 dính 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, dính NQ sau khi bỏ dọc NQ 5 mm
 - + Dính đầu NQ vào lỗ thông niêm mạc, đặt ống thông JJ, khâu vát quanh miệng nối bằng 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.

6. 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 vào 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.

7. TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Quyết Định 5731/QĐ-BYT Hướng Dẫn Quy Trình Kỹ Thuật Ngoại Khoa,
Chuyên Khoa Phẫu Thuật Tiết Niệu, ban hành ngày 21/12/2017

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

1. 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.

2. CHỈ ĐỊNH

- Các bệnh lý ung thư giai đoạn muộn xâm lấn hai lỗ niệu quản gây suy thận như ung thư bàng 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.

3. 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.

4. CHUẨN BỊ

4.1 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.

4.2 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, khám sinh đồ để điều trị nhiễm khuẩn.

4.3 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 phanh 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: tùy 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 chậm 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 nhót
- 2 túi nước tiêu

4.4 Dự kiến thời gian phẫu thuật:

- Tùy theo nguyên nhân và độ khó của phẫu thuật, trung bình từ 90 đến 150 phút.

5. 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 rạch 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 thành bụng.

- Khâu niệu quản lộn mép ra ngoài với thành bụng trên sonde hút nhót tùy 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.

6. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

6.1 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.

6.2 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 tùy 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

7. TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Quyết Định 5731/QĐ-BYT Hướng Dẫn Quy Trình Kỹ Thuật Ngoại Khoa, Chuyên Khoa Phẫu Thuật Tiết Niệu, ban hành ngày 21/12/2017.

30. THAY ỐNG THÔNG DẪN LƯU BÀNG QUANG

1. ĐẠI CƯƠNG

Trường hợp không tự tiêu 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.

2. CHỈ ĐỊNH

Sỏi trên đầu sonde DLBQ gây tắc sonde DLBQ

3. 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.

4. CHUẨN BỊ

4.1 Người thực hiện:

- 1 bác sỹ phẫu thuật, 2 người phụ mổ, một dụng cụ viên và một chạy ngoài.

4.2 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.

4.3 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.

4.4 Thời gian phẫu thuật:

- 30-60 phút

5. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Tư thế: nằm ngửa
2. Vô cảm: Tê tùy 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.

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

6.1 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

6.2 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.

7. TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Quyết Định 5731/QĐ-BYT Hướng Dẫn Quy Trình Kỹ Thuật Ngoại Khoa, Chuyên Khoa Phẫu Thuật Tiết Niệu, ban hành ngày 21/12/2017.

31. THAY ỐNG THÔNG DẪN LƯU THẬN

1. 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.

2. CHỈ ĐỊNH

- Sỏi trên đầu sonde DL thận gây tắc sonde.

3. 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.

4. CHUẨN BỊ

4.1 Người thực hiện:

- 1 bác sỹ phẫu thuật, 2 người phụ mổ, một dụng cụ viên và một chạy ngoài.

4.2 Người bệnh:

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

4.3 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.

4.4 Thời gian phẫu thuật:

- 45 - 90 phút

5. 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 bề 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.

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

6.1 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

6.2 Xử trí tai biến:

- Trong mổ có thể rách phúc mạc hay thủng đại tràng khi bóc 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

7. TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Quyết Định 5731/QĐ-BYT Hướng Dẫn Quy Trình Kỹ Thuật Ngoại Khoa, Chuyên Khoa Phẫu Thuật Tiết Niệu, ban hành ngày 21/12/2017.

32. PHẪU THUẬT DẪN LƯU VIÊM TẮY KHUNG CHẬU DO RÒ NƯỚC TIỂU

1. 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.

2. CHỈ ĐỊNH

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

3. 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 kỹ cho người bệnh và gia đình.

4. CHUẨN BỊ

4.1 Người thực hiện:

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

4.2 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.

4.3 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.

5. 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.

6. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

6.1 Theo dõi:

- Toàn trạng: Các dấu hiệu sinh tồn sau mổ
- Sonde bàng quang, dẫn lưu Retzius.

6.2 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.

7. TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Quyết Định 5731/QĐ-BYT Hướng Dẫn Quy Trình Kỹ Thuật Ngoại Khoa, Chuyên Khoa Phẫu Thuật Tiết Niệu, ban hành ngày 21/12/2017.

33. TÁI TẠO MIỆNG SÁO DO HẸP

1. 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.

2. CHỈ ĐỊNH

- Hẹp miệng sáo mà nông niệu đạo không kết quả.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

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

4. CHUẨN BỊ

4.1 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.

4.2 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.

4.3 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.

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

5. 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.

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

6.1 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.

6.2 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.

7. TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Quyết Định 5731/QĐ-BYT Hướng Dẫn Quy Trình Kỹ Thuật Ngoại Khoa, Chuyên Khoa Phẫu Thuật Tiết Niệu, ban hành ngày 21/12/2017.

34. ĐÓNG LỖ RÒ BÀNG QUANG (TRÊN BỤNG)

1. 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...).

2. 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.

3. 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.

4. CHUẨN BỊ

4.1 Người thực hiện:

- 1 bác sỹ phẫu thuật, 2 người phụ mổ, một dụng cụ viên và một chạy ngoài.

4.2 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.

4.3 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.

4.4 Thời gian phẫu thuật:

- 30 - 60 phút

5. 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 theo sọc 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.

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

6.1 Theo dõi sau mổ

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

6.2 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 gấp 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.

7. TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Quyết Định 5731/QĐ-BYT Hướng Dẫn Quy Trình Kỹ Thuật Ngoại Khoa, Chuyên Khoa Phẫu Thuật Tiết Niệu, ban hành ngày 21/12/2017.