

## DẪN LƯU NƯỚC TIỂU BÀNG QUANG

Mã số: X-356

### I. 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.

### II. CHỈ ĐỊNH

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

### III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

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

### IV. CHUẨN BỊ

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

**Người bệnh:** Chuẩn bị mổ như các ca phẫu thuật khác.

**Làm bilan trước mổ đánh giá:** các bệnh lý toàn thân, chức năng thận, tình trạng thiếu máu, tình trạng rối loạn đông máu.

Vệ sinh bộ phận sinh dục, cạo lông mu, sát khuẩn vùng bụng dưới rốn.

Nhịn ăn uống trước mổ 6 giờ, tốt nhất nên thụt hậu môn trước mổ.

Giải thích cho người bệnh và gia đình về chỉ định, cách thức tiến hành, các nguy cơ có thể xảy ra của phẫu thuật.

#### **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.

**Thời gian phẫu thuật:** 30-60 phút

### V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

**Tư thế:** nằm ngửa

**Vô cảm:** Gây tê tại chỗ, tê tủy sống hoặc gây mê. Lựa chọn phương pháp vô cảm nào là phụ thuộc cụ thể vào tình trạng toàn thân của người bệnh và các chống chỉ định của từng phương pháp.

#### **Kỹ thuật:**

## ***Ngoại: Tiết niệu-Sinh dục***

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

Trái 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.

### **VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

#### **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

#### **Xử trí tai biến:**

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

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

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

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

## **DẪN LƯU ÁP XE KHOANG RETZIUS**

Mã số: X-357

### **I. ĐẠI CƯƠNG**

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

### **II. 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.

### **III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

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

### **IV. CHUẨN BỊ**

#### **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

#### **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.

**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, 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.

**Thời gian phẫu thuật:** 45-90 phút

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Tư thế:** nằm ngửa

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

**3. Kỹ thuật:**

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

Trái 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 thưa

**VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

**Theo dõi sau mổ:**

***Ngoại: Tiết niệu-Sinh dục***

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

**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

## LẤY SỎI BÀNG QUANG LẦN HAI

Mã số: X- 342

### I. ĐẠI CƯƠNG

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

### II. CHỈ ĐỊNH

Sỏi bàng quang lần hai/ HND

Sỏi bàng quang lần hai/ xơ hẹp cổ bàng quang

Sỏi bàng quang kích thước lớn không tán sỏi được

Sỏi bàng quang/ bàng quang thần kinh do bẩm sinh hay sau chấn thương cột sống.

### III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Thường không có chống chỉ định. Người bệnh có thể chịu được cuộc mổ là có thể thực hiện

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

### IV. CHUẨN BỊ

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

**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.

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

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

### 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 bàng quang (chú ý phúc mạc phủ mặt trước BQ dính do mổ cũ); khâu treo thành trước bàng quang; mổ bàng quang.

## ***Ngoại: Tiết niệu-Sinh dục***

Lấy sỏi bàng quang, kiểm tra cổ bàng quang, tuyến tiền liệt và 2 lỗ niệu quản.

Bơm rửa sạch bàng quang, dẫn lưu bằng Petzer (nếu không dẫn lưu bàng quang phải đặt sonde niệu đạo).

Khâu lại chỗ mở bàng quang bằng chỉ tiêu.

Dẫn lưu khoang Retzius.

Khâu treo bàng quang vào thành bụng.

Đóng cân cơ và da.

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

### **1. Theo dõi sau mổ:**

Tình trạng toàn thân: Mạch nhiệt độ huyết áp

Nước tiểu qua dẫn lưu bàng quang hay qua sonde niệu đạo (tránh gập tắc sonde)

Dịch chảy ra dẫn lưu khoang Retzius

Tình trạng vết mổ

### **2. Xử trí tai biến**

Trong mổ có thể rách phúc mạc hay thủng ruột khi bộc lộ bàng quang do dính: Khâu lại, theo dõi sau mổ

Chảy nước tiểu qua vết mổ, dẫn lưu Retzius: chú ý tránh gập tắc dẫn lưu bàng quang, sonde tiểu. Thay băng tránh nhiễm trùng vết mổ. Bơm rửa bàng quang nếu có máu cục.

Chảy máu tắc sonde: bơm rửa qua dẫn lưu bàng quang hay sonde niệu đạo lấy hết máu cục, cho rửa bàng quang liên tục, dùng kháng sinh toàn thân, nâng cao thể trạng.

## **ĐÓNG LỖ RÒ BÀNG QUANG**

Mã số: X342

### **I. ĐẠI CƯƠNG**

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

### **II. CHỈ ĐỊNH**

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

### **III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Thường không có chống chỉ định. Người bệnh có thể chịu được cuộc mổ là có thể thực hiện

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

### **IV. CHUẨN BỊ**

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

**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.

**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.

**Thời gian phẫu thuật:** 30 - 60 phút

### **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.

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

### **1. Theo dõi sau mổ**

Tình trạng toàn thân: Mạch, nhiệt độ, huyết áp

Nước tiểu qua DLBQ hay qua sonde niệu đạo (tránh gập tắc sonde)

Dịch chảy ra dẫn lưu khoang Retzius

Tình trạng vết mổ

### **2. Xử trí tai biến**

Trong mổ có thể rách phúc mạc hay thủng ruột khi bộc lộ BQ do dính: Khâu lại, theo dõi sau mổ

Chảy nước tiểu qua vết mổ, dẫn lưu Retzius: chú ý tránh gập tắc DLBQ, sonde tiểu. Thay băng tránh nhiễm trùng vết mổ. Bơm rửa BQ nếu có máu cục BQ.

Chảy máu tắc sonde: bơm rửa qua DLBQ hay sonde niệu đạo lấy hết máu cục, cho rửa bàng quang liên tục, dùng kháng sinh toàn thân, nâng cao thể trạng.

## **CẮM NIỆU QUẢN VÀO BÀNG QUANG**

Mã số: X-348

### **I. ĐẠI CƯƠNG**

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

### **II. CHỈ ĐỊNH**

Tổn thương niệu quản sau vết thương, sau phẫu thuật phụ khoa và ở khung chậu.

Chít hẹp niệu quản 1/3 dưới do sỏi, do lao, sau tán 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.

### **III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Tổn thương NQ 1/3 dưới đoạn dài > 5 cm

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

Bệnh lý nặng đường tiết niệu dưới

Bàng quang teo nhỏ

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

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

### **IV. CHUẨN BỊ**

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

**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.

**Phương tiện**

Phòng mổ và bàn mổ niệu khoa thông thường.

Dụng cụ phẫu thuật sau phúc mạc.

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

### **V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**Tư thế:** Người bệnh nằm ngửa, đặt sonde tiểu trong mỏ

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

**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.

Bộ 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

Đính đầu NQ vào lỗ thông niêm mạc, đặt ống thông NQ 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.

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

Trong phẫu thuật

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

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

Sau phẫu thuật

Chít hẹp chỗ cắm NQ vào BQ: nong chỗ hẹp và đặt ống thông JJ vài tuần.

Rò nước tiểu chỗ cắm NQ: đặt catheter vài tuần đến lúc hết rò.

## THAY ÓNG THÔNG DẪN LƯU THẬN

Mã số: X-354

### I. ĐẠI CƯƠNG

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

### II. CHỈ ĐỊNH

Sỏi trên đầu sonde DL thận gây tắc sonde.

### III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Thường không có chống chỉ định. Người bệnh có thể chịu được cuộc mổ là có thể thực hiện

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

### IV. CHUẨN BỊ

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

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

**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 ở mổ, chỉ 1.0 đóng cân cơ, chỉ dafilon khâu da.

**Thời gian phẫu thuật:** 45 - 90 phút

### V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

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

**Vô cảm:** TTS hay mê

**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 mủ.

Khâu treo thận và dẫn lưu thận vào thành bụng.

Đóng cân cơ và da.

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

### **1. Theo dõi sau mổ:**

Tình trạng toàn thân: mạch, nhiệt độ, huyết áp

Nước tiểu qua dẫn lưu thận (tránh gập, tắc sonde), phát hiện chảy máu

Dịch chảy ra dẫn lưu ổ mủ

Tình trạng vết mổ

### **2. Xử trí tai biến:**

Trong mổ có thể rách phúc mạc hay thủng đại tràng khi bộc lộ thận: phải khâu lại ngay hoặc làm hậu môn nhân tạo.

Chảy nước tiểu qua vết mổ, dẫn lưu ổ mủ: chú ý tránh gập tắc dẫn lưu thận. Thay băng tránh nhiễm trùng vết mổ.

Chảy máu tắc sonde: bơm rửa qua dẫn lưu thận, cho rửa liên tục, dùng kháng sinh toàn thân, nâng cao thể trạng.

## THAY ÓNG THÔNG DẪN LƯU BÀNG QUANG

Mã số: X-354

### I. 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.

### II. CHỈ ĐỊNH

Sỏi trên đầu sonde DLBQ gây tắc sonde DLBQ

### III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Thường không có chống chỉ định. Người bệnh có thể chịu được cuộc mổ là có thể thực hiện.

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

### IV. CHUẨN BỊ

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

**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.

**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.

**Thời gian phẫu thuật:** 30-60 phút

### CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. **Tư thế:** nằm ngửa

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

3. **Kỹ thuật:**

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

Trải toan, rạch da đường giữa trên xương mu khoảng 5-10 cm qua vị trí sonde DLBQ cũ qua da, cân cơ bộc lộ mặt trước bàng quang (BQ).

Mở BQ tại chân sonde DLBQ cũ lấy sonde và sỏi dính ở đầu sonde.

Kiểm tra cổ bàng quang, tuyến tiền liệt và 2 lỗ niệu quản. Lấy sỏi và máu cục nếu có.

Bơm rửa sạch BQ, DLBQ lại bằng Petzer. Có thể dùng sonde 3 chạc để rửa liên tục nếu có nguy cơ chảy máu).

Khâu lại chỗ mở BQ vicryl.

Dẫn lưu khoang Retzius.

Khâu treo bàng quang vào thành bụng.

Đóng cân cơ và da.

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

### **1. Theo dõi sau mổ**

Tình trạng toàn thân: Mạch, nhiệt độ, huyết áp

Nước tiểu qua DLBQ (tránh gập tắc sonde)

Dịch chảy ra dẫn lưu khoang Retzius

Tình trạng vết mổ

### **2. Xử trí tai biến**

Trong mổ có thể rách phúc mạc hay thủng ruột khi bộc lộ BQ phải khâu lại ngay

Chảy nước tiểu qua vết mổ, dẫn lưu Retzius: chú ý tránh gập tắc DLBQ. Thay băng tránh nhiễm trùng vết mổ. Bơm rửa BQ nếu có máu cục BQ.

Chảy máu tắc sonde: bơm rửa qua DLBQ lấy hết máu cục, cho rửa bàng quang liên tục, dùng kháng sinh toàn thân, nâng cao thể trạng.

## **DẪN LƯU BÀNG QUANG, ĐẶT TUTEUR NIỆU ĐẠO**

Mã số: X-378

### **I. ĐẠI CƯƠNG**

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

Đây là phẫu thuật cấp cứu.

### **II. CHỈ ĐỊNH**

Đút niệu đoạn sau độ 4: hai đầu niệu đạo di lệch hoàn toàn

### **III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH IV. CHUẨN BỊ**

#### **1. Người thực hiện:**

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

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

#### **2. Phương tiện dụng cụ:**

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

### **CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Tư thế:** nằm ngửa, sản khoa

**2. Vô cảm:** Nội khí quản hoặc tê tủy sống

#### **3. Các thì phẫu thuật:**

Mở bụng đường trắng giữa dưới rốn

Mở vào bàng quang

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

Dẫn lưu bàng quang bằng ống thông Petzer

Dẫn lưu khoang Retzius

### **VI. TAI BIẾN VÀ BIẾN CHỨNG**

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



## **TẠO HÌNH NIỆU QUẢN DO PHÌNH TO NIỆU QUẢN**

Mã số: X-331

### **I. ĐẠI CƯƠNG**

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

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

### **II. CHỈ ĐỊNH**

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

Trào ngược gây giãn to NQ

### **III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

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

Bệnh lý nặng đường tiết niệu dưới

Bàng quang teo nhỏ

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

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

### **IV. CHUẨN BỊ**

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

**2. Người bệnh:**

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

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

Hồ sơ bệnh án thực hiện theo quy định.

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

**3. Phương tiện**

Phòng mổ và bàn mổ niệu khoa thông thường.

Dụng cụ phẫu thuật sau phúc mạc.

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

### **V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

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

## ***Ngoại: Tiết niệu-Sinh dục***

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

### **Kỹ thuật:**

Rạch da theo đường chéo bụng, vùng hố chậu

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

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

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

Mở BQ và banh 2 mép BQ

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

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

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

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

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

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

Rạch chỗ thấp nhất niêm mạc BQ, dính NQ sau khi bỏ dọc NQ 5 mm

Đính đầu NQ vào lỗ thông niêm mạc, đặt ống thông NQ 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.

### **VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

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

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

## **CẤM LẠI NIỆU QUẢN – BÀNG QUANG**

Mã số: X-333

### **I. 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.

### **II. CHỈ ĐỊNH**

Tổn thương niệu quản sau vết thương, sau phẫu thuật phụ khoa và ở khung chậu.

Chít hẹp niệu quản 1/3 dưới do sỏi, do lao, sau tán 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.

### **III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Tổn thương NQ 1/3 dưới đoạn dài > 5 cm

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

Bệnh lý nặng đường tiết niệu dưới

Bàng quang teo nhỏ

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

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

### **IV. CHUẨN BỊ**

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

#### **2. Người bệnh**

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

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

Hồ sơ bệnh án thực hiện theo quy định.

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

#### **3. Phương tiện**

Phòng mổ và bàn mổ niệu khoa thông thường

Dụng cụ phẫu thuật sau phúc mạc

Sonde double J 6 hoặc 7 F, guide, chỉ vicryl 4/0, 5/0

### **V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

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

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

**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.

Bộ 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

Đính 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.

**VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

**1. Trong phẫu thuật**

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

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

**2. Sau phẫu thuật**

Chít hẹp chỗ cắm NQ 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.

## **ĐƯA NIỆU QUẢN RA DA ĐƠN THUẦN VÀ THẤT ĐỘNG MẠCH CHẬU TRONG**

Mã số: X- 334

### **I. ĐẠI CƯƠNG**

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

### **II. CHỈ ĐỊNH**

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

### **III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

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

Thận mất chức năng.

### **IV. CHUẨN BỊ**

#### **1. Người thực hiện:**

Phẫu thuật viên (PTV) chính là bác sĩ chuyên khoa ngoại tiết niệu.

Số lượng PTV phụ mổ: 2 phụ mổ

1 điều dưỡng dụng cụ

1 điều dưỡng chạy ngoài

1 bác sĩ gây mê, 1 bác sĩ phụ mê.

#### **2. Người bệnh:**

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

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

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

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

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

## **Ngoại: Tiết niệu-Sinh dục**

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

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

### **3. Phương tiện 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, 2 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 tiểu

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

## **V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**Tư thế:** Người bệnh nằm ngửa

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

**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.

## **VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

### **1. Theo dõi:**

Theo dõi toàn thân: mạch, huyết áp, nhiệt độ.

Đánh giá tình trạng nhiễm trùng, chảy máu sau mổ. Theo dõi ống dẫn lưu.

Theo dõi lượng nước tiểu 24h.

Điều trị dự phòng nhiễm khuẩn bằng kháng sinh.

Rút dẫn lưu ổ bụng sau 3-4 ngày, thay sonde niệu quản 01 tháng/01 lần.

### **2. Tai biến:**

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

Biến chứng chảy máu: truyền máu nếu mất máu trong mổ nhiều, chảy máu sau mổ 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

## CẮT TINH MẠC

Mã số: X-395

### I. ĐẠI CƯƠNG

Phẫu thuật cắt tinh mạc thường dùng trong bệnh lý tràn dịch màng tinh hoàn. Tràn dịch màng tinh hoàn thường gặp ở nam giới cao tuổi do màng tinh hoàn mất tính bán thấm, ứ nước ở 2 lá của màng tinh hoàn và có thể do nhiều nguyên nhân gây ra.

### II. CHỈ ĐỊNH

Người bệnh tràn dịch màng tinh hoàn do bệnh lý tại lá của màng tinh hoàn ở mức độ nhiều, gây đau tức khó chịu.

### III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Tràn dịch màng tinh hoàn do còn ống phúc tinh mạc, thoát vị bẹn hay do nguyên nhân chèn ép tĩnh mạch (các bệnh lý ung thư bộ phận sinh dục ngoài hay tiểu khung...) hay bạch mạch (sau mổ thắt tĩnh mạch tinh...).

Các người bệnh có chống chỉ định phẫu thuật.

### IV. CHUẨN BỊ

#### 1. Người thực hiện:

Phẫu thuật viên chuyên ngành tiết niệu hoặc nam học (1 chính, 2 phụ mổ)

#### 2. Người bệnh:

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

Chuẩn bị người bệnh như một người bệnh mổ theo kế hoạch.

Cạo lông sạch sẽ hoàn toàn bộ phận sinh dục ngoài.

#### 3. Phương tiện:

1 bộ dụng cụ phẫu thuật thường quy cơ bản.

Các loại chỉ khâu chuyên dụng như: Chỉ không tiêu (như prolene 4/0), chỉ tiêu chậm [Monosyn, vicryl (3/0, 4/0)], chỉ tiêu nhanh (safil quick, vicryl rapid: 4/0, 5/0)

### V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

**1. Tư thế:** Người bệnh nằm ngửa. Phẫu thuật viên (PTV) chính và người đưa dụng cụ đứng phía bên phẫu thuật tinh hoàn của người bệnh. 2 PTV phụ đứng phía đối diện, người đưa dụng cụ đứng phía chân người bệnh...

**2. Vô cảm:** gây tê tủy sống hoặc gây mê.



### **3. Kỹ thuật:**

- Rửa da và phẫu tích tổ chức dưới da bìu
- Chú ý phẫu tích để tránh làm chảy máu cuống mạch tinh hoàn.
- Cầm máu kỹ vùng bìu và các tổ chức xung quanh hạn chế việc chảy máu.
- Mở màng tinh hoàn hút sạch nước trong màng tinh hoàn.
- Lấy dịch thử vi khuẩn và làm giải phẫu bệnh.
- Cắt tinh mạc và khâu lại bằng Vicryl 2/0 vắt và có thể cố định tinh hoàn vào mạc bìu bằng Prolene 4/0 mũi rời.
- Kiểm tra lại và cầm máu kỹ khoang vùng bìu, đặt dẫn lưu hút liên tục.
- Đóng lại mạc bìu có thể bằng chỉ Vicryl 3/0 hoặc 4/0 mũi rời hay vắt.
- Đóng lại da mũi rời bằng chỉ tiêu nhanh hoặc chỉ không tiêu mũi rời và đặt xông tiểu.

## **VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

### **1. Theo dõi:**

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

### **2. Tai biến và xử trí:**

- Chảy máu sau mổ: Nếu chảy máu mép vết mổ có thể băng ép hoặc khâu cầm máu. Nếu chảy máu nhiều cần mở lại để kiểm tra và khâu cầm máu.
- Phù nề tụ dịch vùng bìu: cần trích rạch để tránh nhiễm trùng.

## **CẮT THẺ MORGANI XOẢN**

Mã số: X-397

### **I. ĐẠI CƯƠNG**

Là cắt bỏ toàn bộ thê Morgani hay phần phụ tinh hoàn (là di tích của ống Muller trong thời kỳ bào thai).

### **II. CHỈ ĐỊNH**

Xoắn phần phụ tinh hoàn, người bệnh đau nhiều bìu-tinh hoàn, có thể khẳng định được trên siêu âm Doppler hoặc không phân biệt được với xoắn thừng tinh.

### **III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Đây là cấp cứu ngoại khoa nên không có chống chỉ định tuyệt đối.
- Chống chỉ định tương đối khi người bệnh có các bệnh đang tiến triển như suy gan, bệnh tim mạch, tiểu đường, rối loạn đông máu...

### **IV. CHUẨN BỊ**

#### **1. Người thực hiện:**

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

#### **2. Người bệnh:**

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

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

- Điều trị ổn định các bệnh nội khoa như cao huyết áp, đái đường... trước khi can thiệp phẫu thuật (trừ trường hợp mổ cấp cứu).

- Hồ sơ người bệnh, xét nghiệm cơ bản, phim XQ phổi, siêu âm tinh hoàn.
- Chuẩn bị người bệnh như một người bệnh mổ theo kế hoạch. Cạo lông sạch sẽ hoàn toàn bộ phận sinh dục ngoài.
- Điều trị dự phòng nhiễm khuẩn bằng kháng sinh.

#### **3. Phương tiện:**

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

## ***Ngoại: Tiết niệu-Sinh dục***

- Dao mổ lạnh, cán dao, kìm kẹp kim, 10 pince cong, 2 pharabuf, 2 kéo phẫu tích: 1 to, 1 nhỏ, 1 kéo cắt chỉ.

- Các loại chỉ khâu chuyên dụng như: chỉ tiêu chậm [Monosyn, vicryl (4/0, 5/0)] 2 sợi, chỉ tiêu nhanh (safil quick, vicryl rapid: 4/0, 5/0) 1 sợi, chỉ không tiêu prolène 4/0.

### **V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Tư thế:** Người bệnh nằm ngửa

**2. Vô cảm:** Tê tủy sống hoặc gây mê

**3. Kỹ thuật:**

- Đường rạch da: đường đan của bìu hay đường song song với đường đan bên tinh hoàn bên bệnh lý.

- Bộc lộ tinh hoàn và nang mào tinh hoàn đánh giá vị trí kích thước phần phụ tinh hoàn: màu sắc, vị trí, xoắn mấy vòng.

- Kiểm tra xem tinh hoàn có bị tím không, thừng tinh có bị xoắn không. Cắt bỏ thể Morgani bằng dao điện hoặc bằng kéo.

- Khâu hoặc đốt điện cầm máu.

- Đưa tinh hoàn vào trong màng tinh hoàn: Chú ý mào tinh hoàn ở phía sau, đầu mào tinh hoàn ở trên chống xoắn tinh hoàn

- Cố định tinh hoàn bằng prolene 4/0 hai vị trí. Khâu lại màng tinh hoàn.

- Đóng vết mổ 2 lớp.

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

**1. Theo dõi:**

- Theo dõi toàn thân,

- Các tai biến, biến chứng có thể gặp: + Chảy máu

+ Nhiễm khuẩn vết mổ.

**2. Nguyên tắc xử trí:**

- Chảy máu: thay băng, theo dõi. Nếu chảy máu vết mổ thì khâu cầm máu. Nếu chảy máu bên trong thì mổ lại cầm máu.

- Nhiễm khuẩn vết mổ: điều trị kháng sinh, chăm sóc vết mổ.

# **PHẪU THUẬT TÁI TẠO MIỆNG SÁO DO HẸP MIỆNG SÁO**

Mã số: X-398

## **I. ĐẠI CƯƠNG**

Tái tạo miệng sáo do hẹp là phẫu thuật mở rộng khẩu kính lỗ ngoài niệu đạo tạo điều kiện cho nước tiểu lưu thông bình thường.

## **II. CHỈ ĐỊNH**

Hẹp miệng sáo mà nông niệu đạo không kết quả.

## **III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

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

## **IV. CHUẨN BỊ**

### **1. Người thực hiện:**

- Kíp phẫu thuật: bác sĩ chuyên khoa tiết niệu, nam học hoặc bác sĩ ngoại khoa được đào tạo và 2 người phụ mổ.

- Kíp gây mê: 01 bác sĩ gây mê, 01 người phụ mê, 01 dụng cụ viên, 01 người chạy ngoài.

### **2. Người bệnh:**

- Hồ sơ bệnh án: xét nghiệm cơ bản, Xquang phổi, Xquang niệu đạo xuôi dòng - ngược dòng để đánh giá mức độ và vị trí hẹp, siêu âm hệ tiết niệu đánh giá mức độ ảnh hưởng trên hệ tiết niệu.

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

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

- Điều trị ổn định các bệnh nội khoa như cao huyết áp, đái tháo đường... trước khi can thiệp phẫu thuật.

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

- Có thể dùng kháng sinh dự phòng trước mổ.

### **3. Phương tiện:**

- Dụng cụ: 01 bộ dụng cụ phẫu thuật cơ bản.

- Chỉ khâu tiêu chậm như monosyl, vycryl 4.0 hoặc 5.0, sonde tiểu số 14Fr hoặc Fr, túi nước tiểu.

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

## **V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Tư thế:** Người bệnh nằm ngửa.

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

**3. Kỹ thuật:**

- Bước 1: Nong kiểm tra miệng sáo, đánh giá chính xác vị trí và mức độ hẹp.

- Bước 2: Rạch mở rộng miệng sáo vị trí 6 giờ khi dương vật dựng thẳng đến đoạn niệu đạo lành.

- Bước 3: Nong thử kiểm tra niệu đạo còn lại, chắc chắn đặt được sonde tiêu 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 tiêu và băng vết mổ.

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

**1. Theo dõi:**

- Theo dõi toàn trạng: mạch, nhiệt độ, huyết áp.

- Đánh giá mức độ chảy máu qua băng vết mổ.

- Kháng sinh: Quilonon hoặc và phối hợp với cephalosporin.

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

- Chảy máu: Băng ép lại vết mổ. Nếu chảy máu nhiều thì khâu cầm máu.

- Nhiễm khuẩn: Điều trị kháng sinh và thay băng hàng ngày.

- Hẹp tái phát: Nong niệu đạo, nếu hẹp nhiều thì mổ lại.

## **CẮT DƯƠNG VẬT KHÔNG VẾT HẠCH, CẮT MỘT NỬA DƯƠNG VẬT**

Mã số: X-401

### **I. ĐẠI CƯƠNG**

- Cắt dương vật không nạo vét hạch, cắt một nửa dương vật hay còn gọi là phẫu thuật cắt một phần dương vật không nạo vét hạch hoặc cắt đoạn dương vật không nạo vét hạch.

- Phẫu thuật cắt đoạn dương vật không nạo vét hạch thường được sử dụng trong bệnh lý ung thư dương vật ở nam giới phát hiện ở giai đoạn sớm.

- Phẫu thuật ảnh hưởng nhiều đến chức năng tình dục của người bệnh sau mổ.

### **II. CHỈ ĐỊNH:** Chỉ định trong các trường hợp sau:

- Ung thư dương vật ở giai đoạn T1a hoặc T1b và không sờ thấy hạch bẹn 2 bên.

- Ung thư dương vật giai đoạn T2 không sờ thấy hạch bẹn cần cân nhắc khi quyết định.

### **III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Ung thư ở giai đoạn từ T3 trở lên.

- Người bệnh có hạch bẹn, đùi 2 bên cần cân nhắc trong chỉ định. Có thể vẫn chỉ định phẫu thuật và nạo vét hạch triệt để trong thì 2.

- Các Người bệnh có chống chỉ định phẫu thuật nói chung như suy gan suy thận nặng tiến triển, rối loạn đông máu...

### **IV. CHUẨN BỊ**

#### **1. Người thực hiện:**

- Kíp phẫu thuật: Bác sĩ chuyên khoa tiết niệu hoặc nam học, 2 người phụ mổ.

- Kíp gây mê: 1 bác sĩ gây mê, 1 người phụ mê, 1 dụng cụ viên, 1 người chạy ngoài.

#### **2. Người bệnh:**

- Hồ sơ: xét nghiệm cơ bản, Xquang phổi, điện tim, siêu âm hệ tiết niệu, siêu âm đánh giá hệ thống hạch nông và sâu vùng bẹn chậu, kết quả sinh thiết khẳng định ung thư dương vật.

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

## ***Ngoại: Tiết niệu-Sinh dục***

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

- Điều trị ổn định các bệnh nội khoa như cao huyết áp, đái tháo đường... trước khi can thiệp phẫu thuật.

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

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

### **3. Phương tiện:**

- 1 bộ dụng cụ phẫu thuật bụng thường quy cơ bản, clamp mạch máu.

- Các loại chỉ khâu chuyên dụng như: chỉ không tiêu (như prolene 2/0), chỉ tiêu chậm [Monosyn, vicryl (2/0, 3/0, 4/0, 5/0)], chỉ tiêu nhanh (safil quick, vicryl rapid: 4/0, 5/0)

- Sonde tiểu số 14 hoặc 16 Fr, túi nước tiểu.

**4. Dự kiến thời gian phẫu thuật:** 45 phút đến 75 phút.

## **V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

### **1. Tư thế:**

- Người bệnh nằm ngửa.

- Phẫu thuật viên chính chính và người đưa dụng cụ đứng phía bên phải của người bệnh, 2 bác sĩ phụ đứng phía đối diện.

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

### **3. Kỹ thuật:**

- Bước 1: Đánh giá vị trí của u và mức độ xâm lấn của u, cặp dương vật bằng clamp mạch máu hoặc garo gốc dương vật.

- Bước 2:

- Rạch da quanh chu vi dương vật chú ý bảo tồn da mặt niệu đạo.

- Phẫu tích niệu đạo chú ý cầm máu vật xốp bao quanh niệu đạo và luôn dây đánh dấu niệu đạo xác định đến phần niệu đạo sẽ được cắt.

- Phẫu tích 2 vật hang đến vị trí cần cắt bỏ.

- Cắt bỏ thương tổn ung thư dương vật kèm phần vật hang, vật xốp, niệu đạo đến hết toàn bộ tổn thương đảm bảo diện cắt còn lại là phần lành.

- Bước 3:

- Khâu cầm máu 2 vật hang bằng đường khâu vắt hoặc các mũi rời bằng chỉ phù hợp ( Prolene 2/0 hoặc Vicryl 2/0 hoặc Vicryl 3/0).

- Đưa niệu đạo ra ngoài và cố định vào da dương vật bằng chỉ tiêu chậm (như monosyn 4/0) mũi rời chú ý cầm máu kỹ và khâu tránh gây hẹp lỗ ngoài niệu đạo mới.

- Đóng lại da dương vật có thể bằng chỉ tiêu nhanh mũi rời.

- Bước 4: Đặt sonde tiểu và băng vết mổ.

## **VI. THEO DÕI VÀ NGUYÊN TẮC XỬ TRÍ TẠI BIẾN, BIẾN CHỨNG**

### **1. Theo dõi:**

- Theo dõi toàn trạng, tình trạng chảy máu.
- Điều trị kháng sinh, giảm đau, giảm viêm.
- Tụ máu và chảy máu niệu đạo trong vòng 72h đầu.
- Có thể rút xông tiểu sau mổ từ 7 ngày- 10 ngày.

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

- Chảy máu sau mổ: nếu chảy máu nhiều cần mở lại để kiểm tra và khâu cầm máu.
- Phù nề da thân dương vật: trích rạch dẫn lưu dịch chèn ép.
- Hẹp niệu đạo: Có thể mở lại niệu đạo ra da hoặc dẫn lưu bàng quang.
- Rò niệu đạo: hiếm gặp tuy nhiên nếu rò nhiều gây tụ dịch nhiễm trùng tầng sinh môn cần mở lại để xử trí thương tổn.



## **PHẪU THUẬT VỠ VẬT HANG DO GÃY DƯƠNG VẬT**

Mã số: X-402

### **I. ĐẠI CƯƠNG**

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

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

- Phẫu thuật vỡ vật hang chủ yếu nhằm:
- Cắt lọc chỗ bầm dập.
- Lấy hết máu tụ, cầm máu.
- Khâu kín, chắc lớp vỏ trắng bị vỡ.
- Đề phòng biến chứng.

### **II. CHỈ ĐỊNH**

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

### **III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

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

### **IV. CHUẨN BỊ**

#### **1. Người thực hiện:**

- Phẫu thuật viên (PTV) chuyên khoa Nam học – Tiết niệu – Nhi khoa.
- Kíp mổ gồm 3 người: 1 PTV chính và 2 PTV phụ
- Người bệnh:
- Giải thích kỹ cho người bệnh và người thân về các tai biến, biến chứng có thể xảy ra khi phẫu thuật.
- Đây là một cấp cứu ngoại khoa, yêu cầu người bệnh nhịn ăn trước mổ 6 giờ.
- Chuẩn bị ruột: Thụt tháo trước mổ.

#### **2. Phương tiện:**

- Bộ dụng cụ trung phẫu, một bộ dụng cụ mach má

## ***Ngoại: Tiết niệu-Sinh dục***

- Chỉ khâu mạch máu không tiêu hoặc tiêu chậm (chỉ Prolene hoặc chỉ Maxon 3- 0, 4-0), các chỉ khác khâu cân và da dương vật.

- Dự kiến thời gian phẫu thuật: 60 phút

### **V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

#### **1. Tư thế:**

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

- Cách bố trí phòng mổ:

+ Bác sĩ gây mê ở phía trên đầu người bệnh.

+ Phẫu thuật viên chính đứng cùng bên với bên mổ và phụ đứng ở phía đối diện.

+ Bàn dụng cụ đặt ở dưới chân người bệnh, y tá dụng cụ đứng cùng bên với phẫu thuật viên phụ.

#### **2.Vô cảm:**

Gây tê tuỷ sống hay gây tê 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 nhỡ 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 khếp 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 tiểu cho người bệnh

## **VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

### **1. Theo dõi:**

- Điều trị kháng sinh phối hợp, chống phù nề ( $\alpha$ -chymotrypsin 4 viên/ngày).

- Thuốc an thần tránh cương dương vật sớm: Seduxen 5 mg x 2 viên / ngày (uống vào lúc 21 giờ).

- Thay băng tránh nhiễm khuẩn vết thương, băng vòng quanh dương vật, tạo điều kiện cho thẳng dương vật, tránh vẹo dương vật sau này.

- Nhiều người bệnh được điều trị bảo tồn hoặc phẫu thuật muộn có biểu hiện của rối loạn tình dục như: cương đau, cong dương vật, rối loạn cương dương.

- Người bệnh có tổn thương niệu đạo phối hợp với vỡ vật hang mà không được điều trị có nguy cơ cao bị áp xe quanh niệu đạo, hẹp và rò niệu đạo.

### **2. Xử trí tai biến:**

- Người bệnh bị rối loạn tình dục có thể điều trị nội khoa ổn định. Nếu dương vật cong nhiều, có thể tiến hành phẫu thuật sửa lại dương vật cho thẳng.

- Những tổn thương niệu đạo thường cần phải phẫu thuật sửa chữa niệu đạo.

## **MỞ RỘNG LỖ SÁO**

Mã số: X-412

### **I. ĐẠI CƯƠNG**

Mở rộng miệng sáo là phẫu thuật mở rộng làm tăng khẩu kính lỗ ngoài niệu đạo tạo điều kiện cho nước tiểu lưu thông bình thường.

### **II. CHỈ ĐỊNH**

Hẹp miệng sáo mà nong niệu đạo không kết quả.

### **III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

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

### **IV. CHUẨN BỊ**

#### **1. Người thực hiện:**

- Kíp phẫu thuật: bác sĩ chuyên khoa tiết niệu, nam học hoặc bác sĩ ngoại khoa được đào tạo và 2 người phụ mổ.

- Kíp gây mê: 01 bác sĩ gây mê, 01 người phụ mê, 01 dụng cụ viên, 01 người chạy ngoài.

#### **2. Người bệnh:**

- Hồ sơ bệnh án: xét nghiệm cơ bản, Xquang phổi, Xquang niệu đạo xuôi dòng-ngược dòng để đánh giá mức độ và vị trí hẹp, siêu âm hệ tiết niệu đánh giá mức độ ảnh hưởng trên hệ tiết niệu.

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

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

- Điều trị ổn định các bệnh nội khoa như cao huyết áp, đái tháo đường... trước khi can thiệp phẫu thuật.

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

- Có thể dùng kháng sinh dự phòng trước mổ.

#### **3. Phương tiện:**

- Dụng cụ: 01 bộ dụng cụ phẫu thuật cơ bản.

- Chỉ khâu tiêu chậm như monosyl, vycryl 4.0 hoặc 5.0, sonde tiểu số 14Fr hoặc 16Fr, túi nước tiểu.

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

### **V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

## ***Ngoại: Tiết niệu-Sinh dục***

**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 tiêu 14Fr trở lên.

- Bước 4: Khâu tạo hình da với niêm mạc niệu đạo bằng chỉ tiêu chậm monosyl 4/0 hoặc vicryl 4.0, đảm bảo niêm mạc niệu đạo lộn ra ngoài.

- Bước 5: Đặt sonde tiêu và băng vết mổ.

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

**1. Theo dõi:**

- Theo dõi toàn trạng: mạch, nhiệt độ, huyết áp.

- Đánh giá mức độ chảy máu qua băng vết mổ.

- Kháng sinh: Quilonon hoặc và phối hợp với cephalosporin.

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

- Chảy máu: Băng ép lại vết mổ. Nếu chảy máu nhiều thì khâu cầm máu.

- Nhiễm khuẩn: Điều trị kháng sinh và thay băng hàng ngày.

- Hẹp tái phát: Nong niệu đạo, nếu hẹp nhiều thì mổ lại.

## **PHẪU THUẬT TRÀN DỊCH MÀNG TINH HOÀN**

Mã số: X- 408

### **I. ĐẠI CƯƠNG**

- Tràn dịch màng tinh hoàn có nhiều thể bệnh:
- Tràn dịch màng tinh hoàn lưu thông với phúc mạc do còn ống phúc tinh mạc hay gặp ở trẻ sơ sinh, trẻ nhỏ, có thể phối hợp với thoát vị bẹn, tinh hoàn lạc chỗ.
- Tràn dịch ống phúc tinh mạc, do ống phúc tinh mạc không tắc hoàn toàn, còn thông cực dưới với màng tinh hoàn.
- Tràn dịch màng tinh hoàn khu trú như thành nang bọc quanh tinh hoàn.
- Có nhiều kỹ thuật mổ tràn dịch màng tinh hoàn như qua đường bẹn, qua lỗ bẹn nông (đối với trẻ em trên 18 tháng nên đi qua đường này) hoặc đi trực tiếp qua đường bìu.
- Có thể tiến hành cắt lộn màng tinh hoàn hoặc cắt bớt lá thành màng tinh hoàn hay lộn xếp lá thành màng tinh hoàn.

### **II. CHỈ ĐỊNH**

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

### **III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

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

### **IV. CHUẨN BỊ**

#### **1. Người thực hiện:**

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

#### **2. Người bệnh:**

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

#### **3. Phương tiện:** Bộ dụng cụ trung phẫu

#### **4. Dự kiến thời gian phẫu thuật: 60 phút**

### **V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

#### **1. Tư thế:**

## ***Ngoại: Tiết niệu-Sinh dục***

- 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 (tùy khối lượng tràn dịch). Qua đường rạch tới thẳng lớp màng tinh hoàn, qua lớp Dartos, các lớp tổ chức liên kết và một số mạch nhỏ dưới da.

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

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

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

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

- Phương pháp khâu lộn màng tinh hoàn (phẫu thuật Jaboulay): Khâu lộn ngược màng tinh hoàn từ vùng mào tinh hoàn lên thừng tinh phía trên.

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

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

## **VI. THEO DÕI VÀ NGUYÊN TẮC XỬ TRÍ TAI BIẾN – BIẾN CHỨNG**

**1. Theo dõi:**

- Theo dõi các chức năng sống và tại chỗ vùng mổ - vết mổ.
- Các biến chứng phẫu thuật thông thường đều có thể gặp trong phẫu thuật tràn dịch màng tinh hoàn. Có một số bằng chứng cho thấy phẫu thuật Lord ít biến chứng hơn. Biến chứng thường gặp nhất là tụ máu (thường tụ máu trong bìu). Có thể có khối máu tụ hoặc khối dịch tụ nếu không cầm máu kỹ và không đặt dẫn lưu.
- Các biến chứng khác có thể gặp nhưng ít gặp hơn nhiều, đó là nhiễm khuẩn, áp xe bìu, tràn dịch tái phát. Tràn dịch màng tinh hoàn tái phát rất hiếm gặp, vì các lớp khâu gấp lớp màng tinh hoàn được đóng kín, không để khoảng trống cho dịch xuất tiết tụ lại.

**2. Xử trí tai biến:**

- Khối máu tụ hoặc khối dịch tụ mức độ nhẹ thì không cần phải can thiệp phẫu thuật. Nếu ở mức độ nặng thì phẫu thuật lấy khối máu – dịch tụ.
- Nhiễm khuẩn: điều trị kháng sinh phù hợp.
- Áp xe bìu: phẫu thuật trích rạch mở áp xe
- Tràn dịch màng tinh hoàn tái phát: phẫu thuật lại.



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

Mã số: X-299

### **I. 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.

### **II. CHUẨN BỊ**

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

#### **2. Người bệnh:**

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

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

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

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

#### **2. Thực hiện:**

Bộ dụng cụ mổ mở tiết niệu thông thường.

### **III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Tư thế:** Người bệnh nằm nghiêng 90 độ sang bên đối diện bên tổn thương có đệm gối kê vùng hông lưng.

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

#### **3. Kỹ thuật:**

- Rửa da đường sườn thất lưng

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

- 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 thận niệu quản.

- 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.

#### **IV. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

##### **1. Theo dõi:**

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

##### **2. Tai biến:**

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

## **BÓC BẠCH MẠCH QUANH THẬN ĐIỀU TRỊ BỆNH ĐÁI DƯỠNG CHẤP**

Mã số: X- 300

### **I. ĐẠI CƯƠNG**

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

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

### **II. CHỈ ĐỊNH**

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

### **III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

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

### **IV. CHUẨN BỊ**

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

#### **2. Người bệnh:**

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

- Chuẩn bị người bệnh như một người bệnh mổ theo kế hoạch.

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

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

#### **3. Phương tiện:**

- Bộ dụng cụ mổ mở tiết niệu thông thường.

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

- Chỉ khâu cầm máu loại prolene 4/0 hoặc vicryl 3/0.

### **V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

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

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

### **3. Kỹ thuật:**

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

## **VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

### **1. Theo dõi:**

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

### **2. Tai biến:**

- Nhiễm khuẩn tiết niệu, nhiễm khuẩn vùng mổ: chống nhiễm khuẩn.
- Chảy máu: mổ lại.
- Rò dưỡng chấp: Bơm Bétadine đặc.

## **CẮT TOÀN BỘ THẬN VÀ NIỆU QUẢN**

Mã số: X-302

### **I. ĐẠI CƯƠNG**

Có hai loại chính: cắt thận ngoài bao xơ phù hợp với phần lớn các chỉ định và cắt thận mở rộng đối với các u ác tính của thận, thận mủ do sỏi và một đôi khi do lao. Cắt thận dưới bao xơ, càng ngày càng ít được áp dụng, chỉ còn một vài chỉ định trong lấy bỏ những thận đã ghép và trong trường hợp không làm gì hơn được.

### **II. CHỈ ĐỊNH**

- Ung thư biểu mô đường tiết niệu
- Cắt thận lạc chỗ
- Cắt thận hình móng ngựa bên phần thận có biến chứng mất chức năng
- Cắt thận ứ nước không lờ
- Cắt thận khi thận bị thiếu sản hoặc vô sản
- Cắt thận đa nang mất chức năng hoặc có biến chứng

### **III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Người bệnh có tiền sử bệnh lý nội khoa nặng nề, không thể gây mê hoặc gây tê

### **IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện:** phẫu thuật viên chuyên khoa tiết niệu được đào tạo (tối thiểu 3 người: 1 PTV chính 2 PTV phụ mổ)

**2. Người bệnh:** giải thích kỹ trước phẫu thuật nhất là các trường hợp có huyết khối TM thận hoặc di căn gan phổi, đại tràng. Vệ sinh vùng mổ

#### **3. Phương tiện:**

- Bộ dụng cụ đại phẫu
- Bộ dụng cụ mạch máu
- Hồ sơ bệnh án:

#### **4. Dự kiến thời gian phẫu thuật: 120 – 180 phút**

### **V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Vô cảm:** gây tê tùy sống hoặc gây mê toàn thân

#### **2. Tư thế người bệnh**

- Thì cắt thận: người bệnh nằm nghiêng  $90^0$ , có đệm gối ở phần thắt lưng.
- Thì cắt niệu quản: người bệnh nằm ngửa hơi nghiêng về bên đối diện

#### **3. Kỹ thuật:**

##### **3.1. Phần thận:**

##### **Bước 1: Đường rạch:**

Đường sườn thắt lưng bên cắt bỏ thận niệu quản dài 20cm. Đường mở rộng sẽ thuận lợi khi lấy bỏ toàn bộ một khối khoang thận và các cơ quan ở trong như: thận, thượng thận, mỡ và các đoạn xuất phát đầu tiên của bạch mạch.

Vị trí và khoảng cách cần lấy bỏ vết hạch, bạch mạch tùy thuộc vào việc chọn lựa đường mổ và vẫn còn là một vấn đề tranh cãi. Một số tác giả trung thành với các biện pháp ngăn ngừa di căn, lại chủ trương nạo hạch có hệ thống, để xác định được giai đoạn tiến triển của bệnh, và điều quan trọng hơn nữa là cho đến hiện nay chưa có biện pháp điều trị hữu hiệu hỗ trợ đối với ung thư thận. Thì mổ quyết định là thắt được cuống thận, sau khi đã tách riêng rẽ lần lượt cuống thận, tách riêng rẽ được động mạch và tĩnh mạch thận. Thao tác này dễ hoặc khó khi mà các mạch máu bị bao bọc bởi lớp mỡ, có nhiều tuần hoàn dòng bên hoặc chi chít các tĩnh mạch, trong một đám xơ ít nhiều viêm dính hay còn bị che lẩn do thận hư dẫn ứ nước to tướng.

**Bước 2:**

Bộc lộ thận và cuống thận: Buộc riêng rẽ động và tĩnh mạch, đảm bảo an toàn và bắt buộc cho việc phẫu tích đầy đủ cuống thận, giải phóng các mạch máu, để có khoảng cách cần thiết. Người ta có thể phát hiện một nhánh to tĩnh mạch ở sau tĩnh mạch thận trước khi thắt nó hoặc tìm thấy một nhánh phân đôi sớm của động mạch thận, như có hai cuống. Việc thắt cả một khối cuống thận có nguy cơ gây ra thông rò động - tĩnh mạch.

Việc thắt động mạch đầu tiên trước tĩnh mạch giúp cho tránh hiện tượng ứ máu thận. Khi thắt động mạch không cần dùng kẹp ở động mạch, mà đôi khi còn nguy hiểm nhất là ở bên trái, khi mà cái kẹp đặt ngay sát động mạch chủ, dễ có nguy cơ khi bị tuột, dẫn đến các tình huống khó xử lý. Còn ở bên phải, cần phải dùng kẹp để kẹp tĩnh mạch, khi mà tĩnh mạch thận bị ngắn và nhất là trong trường hợp cần lấy chỗ ung thư hoặc lấy thận để ghép tự thân hay đồng loại, mà cần lấy được một vánh tổ chức ở tĩnh mạch chủ, dày hơn tĩnh mạch thận thì việc khâu ghép tĩnh mạch sẽ dễ dàng. Còn ở bên trái bao giờ cũng phải phẫu tích đến cùng các tĩnh mạch thượng thận và sinh dục để buộc lại rồi mới cắt.

**Bước 3:**

Cần lấy bỏ các tổ chức mỡ quanh thận, lấy hết các tổ chức bệnh lý vùng thất lưng là nguyên nhân dễ gây ra các biến chứng nhiễm trùng. Việc dẫn lưu tốt nhất là đặt một bản có nhiều ống dẫn lưu.

**3.2. Phần niệu quản:**

**Bước 1:**

Cho người bệnh nằm ngửa, mổ bộc lộ niệu quản vùng hố chậu và giải phóng toàn bộ niệu quản. Trong trường hợp có u ở đường dẫn niệu, nếu mở đường dẫn niệu trước sẽ có nguy cơ cấy các tế bào ung thư ra ổ mổ.

**Bước 2:**

Cắt niệu quản: bắt đầu mổ lấy niệu quản ở phía dưới trước, sau đó mổ lấy thận cùng niệu quản ở thì mổ vùng thất lưng. Trong trường hợp thận lại teo nhỏ, cũng có thể bắt đầu cắt thận qua đường mổ thất lưng rồi đẩy thận xuống hố chậu trước khi đóng vết mổ vùng thất lưng, tiếp theo là mổ vùng hố chậu để lấy toàn bộ thận cùng niệu quản.

**Bước 3:**

Khoét lấy một mảnh của thành bàng quang bao quanh lỗ niệu quản, bằng cách:

Có thể mở bàng quang, cắt khoét niêm mạc bàng quang quanh lỗ niệu quản, khâu kín lỗ niệu quản lại, phẫu tích đoạn niệu quản xuyên thành bàng quang và đoạn sát thành bàng quang, khâu lỗ khoét bàng quang bằng hai lớp (lớp niêm mạc và lớp cơ). Còn niệu quản được phẫu tích giải phóng đi lên cao bằng đường sau phúc mạc.

Hoặc bắt đầu phẫu tích, sau khi cắt thận đi từ trên xuống giải phóng toàn bộ niệu quản cho đến tận thành bàng quang, khoét một hình chóp rộng bàng quang cùng niệu quản. Đóng lỗ hồng bàng quang bằng hai lớp theo đường ngoài bàng quang.

## **VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

### **1. Theo dõi**

- Chảy máu thứ phát là do khâu cầm máu không đầy đủ hoặc do bong đám tổ chức hoại tử ít xảy ra, mà nếu có, đặc biệt phải mổ lại để cầm máu hoặc cắt thận.

- Hiện tượng rò nước tiểu tạm thời là do khâu đường dẫn niệu chưa tốt hoặc còn sót lại một đài bị tắc không được dẫn vào đường dẫn niệu. Nước tiểu từ đó chảy vào ổ mổ. Thường sẽ hết đi dần dần, nhưng có khi kéo dài một vài tuần lễ.

- Viêm tắc tĩnh mạch chi: người bệnh sốt, chi phù nề đỏ. Siêu âm doppler huyết khối tĩnh mạch chậu trong hoặc tĩnh mạch chi dưới.

- Nhiễm khuẩn vết mổ: người bệnh sốt, vết mổ sưng tấy đỏ.

- Nhồi máu phổi: người bệnh đột ngột khó thở, mạch nhanh, huyết áp tụt. X quang ngực: mờ bên phổi bị nhồi máu.

### **2. Xử trí**

- Tai biến chảy máu: nếu chảy máu nhiều, ống dẫn lưu ra nhiều máu đỏ. Mạch nhanh, huyết áp tụt. Cần mổ lại để kiểm tra và khâu cầm máu lại.

- Rò nước tiểu từ phần bàng quang: đặt ống thông niệu đạo và dẫn lưu ổ dịch. Nếu sau 3 tuần, rò nhiều không giảm, cần mổ lại: khâu lại mỏm cắt bàng quang.

- Viêm tắc tĩnh mạch: để chân cao, sử dụng thuốc chống đông. Kháng sinh mạnh.

- Nhồi máu phổi: hồi sức tích cực, thở máy. Sử dụng thuốc chống đông, kháng sinh mạnh.

## **CẮT THẬN BÁN PHẦN**

Mã số: X-304

### **I. ĐẠI CƯƠNG**

- Nhằm mục đích phải bảo tồn nhu mô thận cho những trường hợp thận bị thương tổn cả hai bên hoặc có thể sẽ bị bệnh lý cả hai, ngày nay nhờ các tiến bộ về kỹ thuật vi phẫu và việc bảo quản thận, người ta có thể cắt thận bán phần tại chỗ sau khi đã bộc lộ thận để kiểm tra cuống thận và một đôi khi còn đưa thận ra ngoài cơ thể, để xử lý các thương tổn phức tạp do chấn thương hay bị các u.

### **II. CHỈ ĐỊNH**

1. Cắt thận bán phần cực trên khi niệu quản phân đôi và bể thận bệnh lý
2. Cắt thận bán phần do u thận
3. Cắt thận bán phần cực dưới có niệu quản sinh đôi và bể thận dưới bệnh lý
4. Chấn thương thận hoặc tổn thương do sỏi
5. Thông động tĩnh mạch trong thận điều trị bằng can thiệp mạch thất bại

### **III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Người bệnh có tiền sử bệnh lý nội khoa nặng nề, không thể gây mê hoặc gây tê.

### **IV. CHUẨN BỊ**

#### **1. Người thực hiện:**

Phẫu thuật viên (PTV) chuyên khoa tiết niệu được đào tạo (tối thiểu 3 người: 1 PTV chính 2 PTV phụ mổ)

#### **2. Người bệnh:**

- Giải thích kỹ trước phẫu thuật nhất là các trường hợp có huyết khối TM thận hoặc di căn gan phổi, đại tràng

- Vệ sinh vùng mổ

#### **3. Phương tiện:**

- Bộ dụng cụ trung phẫu

- Bộ dụng cụ mạch máu

- Hồ sơ Bệnh án.

#### **4. Dự kiến thời gian phẫu thuật: 120 phút**

### **V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Tư thế:** nghiêng bên cắt thận 70<sup>0</sup>

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

**3. Kỹ thuật:**

**Bước 1: Đường mổ**



Cần bộc lộ trong những điều kiện tốt nhất cuống thận và giải phóng hai cực của thận. Rạch da vùng thắt lưng qua khoảng liên sườn thứ 11 hoặc cắt xương sườn thứ 12 nếu dài.

Sau khi đã mở khoang thận, bóc tách thận khỏi lớp mỡ quanh thận. Nói chung nên giải phóng toàn bộ thận dù là sẽ cắt bỏ cực trên hay dưới, để nhìn rõ cuống thận. Một vài trường hợp cắt thận cực dưới có thể làm tại chỗ mà không cần bộc lộ hết thận cho những người bệnh người gầy mà cuống thận dễ bóc tách.

**Bước 2: *Phẫu tích cuống thận***

Sau khi đã giải phóng thận, cần tìm niệu quản và luồn một dây chò để làm mốc, phẫu tích lên trên tận bề thận và cũng là để đi vào cuống thận. Tìm tĩnh mạch thận, bóc tách và luồn một dây chò, cho thấy động mạch thận ở phía sau và hơi ở phía trên của tĩnh mạch. Trong trường hợp gặp khó khăn, nhất là ở bên phải thì tìm động mạch ở phía sau và hơi ở phía trên của tĩnh mạch ở phía sau đoạn tận cùng của tĩnh mạch thận, đẩy tĩnh mạch chủ lên bằng một banh nâng mí ắt. Bóc tách và luồn một dây chò dưới động mạch thận.

Bắt đầu phẫu tích riêng rẽ, chọn lọc, từng nhánh của động mạch thận. Thật là hiếm gặp để có được một hình ảnh chip động mạch cho biết chính xác việc tưới máu ở vùng nhu mô thận sẽ cắt bỏ; cho nên người phẫu thuật viên bao giờ cũng phải nhớ sơ đồ phân chia của những nhánh của động mạch thận ở các vùng của mặt trước và mặt sau thận. Do đó, việc giải phóng động mạch trước bề thận hoặc sau bề thận và các nhánh của nó, cần đi xa vào trong, tùy theo vị trí khu trú của thương tổn ở thận. Việc phẫu tích lại đặc biệt phải chú ý khi mà động mạch sau bề thận, lại chạy theo đường cong lên cao; vì rằng nếu thắt nó sẽ dẫn đến nhồi máu của tất cả mặt sau của thận. Do những thay đổi của giải phẫu, trong thực tế đòi hỏi phải phẫu tích lần lượt các nhánh động mạch, tách ra khỏi đường dẫn niệu kế cận hoặc các tĩnh mạch đi song hành với nó. Do đó dễ gây ra rách tĩnh mạch, đòi hỏi phải khâu cần dùng các banh mí mắt để kéo rộng hai mép ra. Sau khi đã tìm được các nhánh động mạch được coi là đi về vùng nhu mô thận sẽ cắt bỏ, phải kẹp lại bằng các kẹp máu nhỏ (bull - dogs), đợi một vài phút sau thấy xuất hiện vùng xanh phớt thiếu máu của vùng tương ứng với các nhánh mạch máu đó nuôi dưỡng; cũng vì vậy nếu thắt các nhánh mạch máu đó sẽ cho phép cắt bỏ đoạn nhu mô cần thiết. Sau khi đã thắt và cắt các mạch máu, việc phẫu tích phần còn lại của các thành phần của cuống thận sẽ dễ dàng.

Các tĩnh mạch thận thì nối lại với nhau, về mặt lý thuyết thì không cần phẫu tích và phân lập các tĩnh mạch chạy từ vùng bệnh lý ra. Tuy nhiên trong khi cắt thận bán phần có những tĩnh mạch bị rách hoặc bị dật đứt đi từ vùng bệnh lý ra vẫn cần thắt và cắt.

Thường thấy có nước tiểu được chảy ra qua thân của đài thận ở cực trên hoặc cực dưới của thận, có thể thắt lại, nếu biết chắc chắn là vùng cắt bỏ được dẫn lưu qua đó, còn nếu nghi ngờ chưa chắc chắn thì không can thiệp gì và sẽ khâu lại vùng mặt cắt các đài thận.

Trước khi cắt nhu mô thận, cần thận trọng không khéo luồn một dây chờ dưới động và tĩnh mạch thận để đảm bảo chẹn mạch hoặc có thể dùng các kẹp để kẹp các mạch máu khi có chảy máu lớn.

**Bước 3: Cắt nhu mô thận**

Không cần thiết phải tách bao xơ thận. Đường cắt nhu mô có thể là ngang hay chéo, chạy theo vùng có đôi màu sẫm thiếu máu, nhưng cần giữ phẳng, cắt bằng dao điện thành một mặt cắt rõ nét qua đó có thể nhìn thấy các mạch máu hoặc đài thận.

Để hạn chế chảy máu, thao tác cắt phải nhanh và phải khâu cầm máu các vết thương mạch máu, đặc biệt với động mạch, nếu vùng thiếu máu không phù hợp với vùng cắt bỏ. Các nút khâu phải khâu bằng loại chỉ tiêu 5/0 hoặc 6/0 kiểu chữ X hoặc chữ U. Chính trong thời điểm này, việc dùng đầu ngón tay để chẹn ở phía trên mặt cắt, như kiểu chẹn cuống thận là cần thiết. Khâu đường dẫn niệu bị cắt, đài và thân đài bằng chỉ tiêu. Nếu có nghi ngờ còn đáy của đài thận để lại sau cắt, thì nên cắt thêm một mảnh tổ chức nhu mô và bằng mọi cách phải đốt đáy của đài còn để lại.

Sau khi đã đảm bảo là cầm máu tốt, lật các mảnh bao xơ còn để lại và khâu lại. Đặt thận vào khoang và chú ý không để xoắn cuống thận, và để dự phòng thận bị xoắn, tốt hơn hết nên khâu cố định cực trên hay cực dưới thận vào thành sau, bằng ba mũi khâu thành hình tam giác. Khâu kín thành vết mổ có đặt một ống dẫn lưu bằng chất dẻo kiểu hút.

**VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

**1. Theo dõi:**

- Chảy máu thứ phát là do khâu cầm máu không đầy đủ hoặc do bong đám tổ chức hoại tử ít xảy ra, mà nếu có, đặc biệt phải mổ lại để cầm máu hoặc cắt thận.

- Hiện tượng rò nước tiểu tạm thời là do khâu đường dẫn niệu chưa tốt hoặc còn sót lại một đài bị tắc không được dẫn vào đường dẫn niệu, nước tiểu từ đó chảy vào ổ mổ. Thường sẽ hết đi dần dần nhưng có khi kéo dài một vài tuần lễ.

- Suy thận tạm thời thường là do hoại tử ống thận cấp, hậu quả của việc thao tác vào cuống thận và gây ra thiếu máu thận. Nếu ở người chỉ còn một thận thì phải thẩm phân máu một số lần. Đặc biệt hiếm gặp, thường làm cho bất ngờ là trường hợp chụp niệu đồ tĩnh mạch kiểm tra sau mổ, thấy mất chức năng thận sau cắt bán phần.

**2. Xử trí tai biến:**

- Tai biến chảy máu: nếu chảy máu nhiều, ống dẫn lưu ra nhiều máu đỏ. Mạch nhanh, huyết áp tụt. Cần mổ lại để kiểm tra và khâu cầm máu lại.

- Rò nước tiểu: đặt ống JJ niệu quản.

## PHẪU THUẬT TREO THẬN

Mã số: X-305

### I. ĐẠI CƯƠNG

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

### II. CHỈ ĐỊNH

Sau cắt thận bán phần

Sa thận, gây giãn thận, niệu quản

### III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

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

### IV. CHUẨN BỊ

#### 1. Người thực hiện:

Phẫu thuật viên là Bác sĩ chuyên khoa Ngoại tiết niệu hoặc là bác sĩ chuyên khoa Ngoại chung được đào tạo.

#### 2. Người bệnh:

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

Chuẩn bị người bệnh như một Người bệnh mổ theo kế hoạch.

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

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

#### 3. Phương tiện:

Bộ dụng cụ mổ mở tiết niệu thông thường.

Chỉ vicryl 2/0 khâu treo thận

2 sợi vicryl số 1 đóng cân cơ, 1-2 sợi Dafilon 3/0 đóng da.

### V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

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

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

#### 3. Kỹ thuật:

Đường rạch da: Đường sườn thắt lưng.

Bộc lộ thận, niệu quản, hoặc sau phẫu thuật cắt thận bán phần.

Xẻ vỏ bao thận, khâu cố định vỏ bao thận với cơ thành bụng bằng ba mũi như đỉnh một tam giác.

Đặt dẫn lưu và đóng bụng theo các lớp giải phẫu.

## **VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

### **1. Theo dõi:**

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

### **2. Tai biến:**

Nhiễm khuẩn tiết niệu, nhiễm khuẩn vùng mổ: chống nhiễm khuẩn.

Chảy máu: mổ lại.

## **CHỌC HÚT VÀ BƠM THUỐC VÀO NANG THẬN**

Mã số: X-312

### **I. ĐẠI CƯƠNG**

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

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

### **II. CHỈ ĐỊNH**

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

### **III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Có nhiễm trùng tại thành bụng chỗ vị trí chọc

### **IV. CHUẨN BỊ**

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

2. Người bệnh:

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

- Thụt tháo.

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

3. Phương tiện:

- Máy siêu âm, đầu dò siêu âm
- Máy chụp cắt lớp vi tính hoặc màn tăng sáng
- Kim chọc và bộ nong
- Guide wire
- Sonde Pig-tail
- Kim và bơm tiêm

## ***Ngoại: Tiết niệu-Sinh dục***

- Thuốc tê xylocain và nước cất
- Cồn tuyệt đối hoặc dung dịch cồn iod
- Chỉ khâu cố định: 1 sợi dafilon 3/0 hoặc vicryl 2/0.
- Thời gian phẫu thuật: Tùy từng người bệnh, có thể 30-60 phút

### **V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

1. Tư thế: Nằm nghiêng về bên tổn thương

Vô cảm: Tê tại chỗ

2. Kỹ thuật:

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

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

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

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

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

### **VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

1. Theo dõi

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

2. Xử trí tai biến

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

## **DẪN LƯU ĐÀI BỂ THẬN QUA DA**

Mã số: X-313

### **I. ĐẠI CƯƠNG**

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

### **II. CHỈ ĐỊNH**

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

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

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

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

### **III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Có nhiễm trùng tại chỗ vùng chọc dẫn lưu

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

### **IV. CHUẨN BỊ**

1. Người thực hiện:

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

2. Người bệnh:

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

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

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

3. Phương tiện:

- Máy siêu âm
- Kim chọc và bộ nong
- Guide wire
- Sonde dẫn lưu mono J
- Kim khâu và chỉ cố định
- Bộ dụng cụ tiểu phẫu khâu vết thương
- Máy monitor theo dõi M, HA, SpO2
- Thời gian phẫu thuật: tùy từng trường hợp, có thể từ 15-60 phút.

### **V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

## ***Ngoại: Tiết niệu-Sinh dục***

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

Vô cảm: Tê tại chỗ hoặc tiền mê tĩnh mạch

2. 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.

## **VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

1. Theo dõi

- Tai biến thuốc gây tê, gây mê

- Chảy máu

- Rò nước tiểu

- Áp xe quanh thận

2. Xử trí tai biến:

Tai biến thuốc gây tê, gây mê: tùy từng mức độ phản ứng với thuốc gây tê, tiền mê mà xử lý.

Chảy máu: theo dõi màu sắc nước tiểu chảy qua dẫn lưu thận, nếu chảy máu ít điều trị nội khoa, nếu điều trị nội khoa không kết quả thì chụp mạch can thiệp nút mạch hoặc phẫu thuật lại cầm máu.

Áp xe quanh thận do rò nước tiểu: trước tiên là điều trị nội khoa kháng sinh, chống viêm. Nếu điều trị không hiệu quả thì phải mổ làm sạch dẫn lưu khoang quanh thận.



## **CẮT EO THẬN MÓNG NGỰA**

Mã số: X-314

### **I. ĐẠI CƯƠNG**

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

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

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

### **II. CHỈ ĐỊNH**

Eo thận dày chèn ép niệu quản gây ứ nước thận

### **III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

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

### **IV. CHUẨN BỊ**

1. Người thực hiện:

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

2. Người bệnh:

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

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

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

## **V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

1. Tư thế: nằm ngửa
2. Vô cảm: gây mê nội khí quản
3. Kỹ thuật:
  - Rạch da trắng giữa trên và dưới rốn 15cm
  - Vào ổ bụng, kiểm tra 2 thận đánh giá mức độ giãn của đài bể thận, độ dày nhu mô thận 2 bên.
  - Đánh giá độ dày nhu mô phần eo thận, mức độ chèn ép của eo thận vào niệu quản.
  - Cắt eo thận giải phóng chèn ép
  - Khâu cầm máu eo thận 2 bên
  - Khâu kín để tránh dò nước tiểu
  - Dẫn lưu
  - Đóng bụng

## **VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

1. Theo dõi
  - Chảy máu
  - Rò nước tiểu
2. Xử trí tai biến:

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

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

Mã số: X-315

## **I. ĐẠI CƯƠNG**

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

## **II. CHỈ ĐỊNH**

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

## **III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

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

## **IV. CHUẨN BỊ**

1. Người thực hiện quy trình kỹ thuật:

- Bác sĩ: 03 Bác sĩ Ngoại Tiết niệu thực hiện phẫu thuật điều trị chấn thương thận.

01 Bác sĩ Gây mê hồi sức tiến hành gây mê toàn thân với nội khí quản và theo dõi người bệnh trong quá trình thực hiện phẫu thuật.

## ***Ngoại: Tiết niệu-Sinh dục***

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

### **2. Phương tiện:**

Chuẩn bị dụng cụ phẫu thuật:

Bàn để dụng cụ (loại to). Toan mổ: 10 toan lớn, 3 toan con. Áo mổ: 3 - 4 chiếc.

- Găng vô khuẩn: 6 - 8 đôi.

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

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

Dao thường lưỡi to: 01.

Gạc con: 20 - 40 miếng.

Kẹp phẫu tích có răng: 02.

Gạc to: 10 miếng.

Pince răng chuột: 02.

Van tự động, van cứng, van mềm.

Pince to: 10, pince con: 10.

Chỉ tiêu chậm 4.0 và số 1: 04.

Kìm kẹp kim: 02.

Chỉ khâu da tiêu nhanh 3.0: 02.

Clamps cuống thận: 02

Hartmann, Farabeuf: 02.

### **3. Người bệnh:**

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

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

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

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

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

### **4. Hồ sơ bệnh án :**

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

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

## **V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

### **1. Kiểm tra hồ sơ:**

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

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

### **2. Kiểm tra người bệnh:**

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

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

### **3. Thực hiện kỹ thuật:**

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

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

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

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

- Các bước tiến hành phẫu thuật:

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

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

## ***Ngoại: Tiết niệu-Sinh dục***

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

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

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

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

j, Nếu vỡ rời chỗ nối bể thận - niệu quản thì chỉ định khâu phục hồi bằng chỉ

Vicryl 5.0 mũi rời hoặc vắt và đặt ống thông niệu quản.

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

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

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

## **VI. THEO DÕI**

### **1. Theo dõi trong mổ:**

- Người bệnh được theo dõi chặt chẽ về: Mạch, huyết áp động mạch và áp lực tĩnh mạch trung ương. Nồng độ O<sub>2</sub> và CO<sub>2</sub> máu đánh giá bằng SpO<sub>2</sub> và PetCO<sub>2</sub>.

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

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

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

### **2. Theo dõi sau mổ:**

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

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

## ***Ngoại: Tiết niệu-Sinh dục***

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

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

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

### **VII. XỬ TRÍ TAI BIẾN**

#### **1. Trong phẫu thuật:**

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

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

#### **2. Sau phẫu thuật:**

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

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

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

Mã số: X-316

## **I. ĐẠI CƯƠNG**

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

## **II. CHỈ ĐỊNH**

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

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

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

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

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

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

## **III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

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

## **IV. CHUẨN BỊ**

1. Người thực hiện:

- Phẫu thuật viên: 1 bác sĩ ngoại tiết niệu và 2 bác sĩ phụ mổ.

- bác sĩ gây mê để hồi sức, gây mê theo dõi quá trình mổ và hậu phẫu.

- 3 điều dưỡng: 1 người dụng cụ viên, 1 người chạy ngoài và 01 người phụ mê.

2 Người bệnh:



## ***Ngoại: Tiết niệu-Sinh dục***

- Xét nghiệm: làm đầy đủ xét nghiệm cơ bản và đánh giá chức năng thận 2 bên

- Chẩn đoán hình ảnh:

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

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

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

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

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

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

- Nhịn ăn, tuyệt thuốc, vệ sinh vùng phẫu thuật và toàn thân.

- Có thể dùng kháng sinh dự phòng trước mổ.

3. Phương tiện:

- Chuẩn bị dụng cụ phẫu thuật:

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

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

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

+ Dao thường lưỡi to: 01 + Gạc con: 20 - 40 miếng

+ Kẹp phẫu tích có răng: 02 + Gạc to: 10 miếng

+ Pince răng chuột: 02 + Van tự động, van cứng, van mềm

+ Pince to: 10, pince con: 10 + Chỉ tiêu chặm 4.0 và số 1: 04

+ Kìm kẹp kim: 02 + Chỉ khâu da tiêu nhanh 3.0: 02

+ Clamps cuống thận: 02 + Hartmann, Farabeuf: 02

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

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

- Ống mềm nội soi niệu quản 7.5Fr.

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

- Guide wire, rọ Dormia, sonde JJ.

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

- Hồ sơ bệnh án:

## ***Ngoại: Tiết niệu-Sinh dục***

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

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

### **V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

#### **1. Tư thế:**

- Phẫu thuật viên và người phụ điều đứng sau người bệnh.
- Người bệnh: tư thế nằm nghiêng 90 độ sang bên đối diện, chân dưới co, chân trên duỗi, có kê gối độn dưới thắt lưng bên đối diện.
- Dụng cụ viên trái bàn 2 lớp, chuẩn bị dụng cụ. Phẫu thuật viên sát khuẩn, trái toan, kiểm tra hệ thống nội soi.

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

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

##### **Bước 1:**

- Mở bụng đường sườn thắt lưng, vào khoang sau phúc mạc, giải phóng thận niệu quản. Clamps cuống mạch nếu mở nhu thận.
- Tùy vào vị trí sỏi mà tiến hành mở bể thận niệu quản hoặc nhu mô lấy sỏi. Bơm hút rửa bể thận và lấy mảnh sỏi nhỏ.

##### **Bước 2:**

- Nhận định sỏi thận ở vị trí khác như các đài thận nhỏ và niệu quản dưới không thể lấy hết được sẽ sử dụng ống soi mềm quan sát trực tiếp bằng camera và dung năng lượng Holmium laser tán vỡ và bơm rửa lấy sỏi.
- Kiểm tra sự lưu thông niệu quản xuống bàng quang, đặt sonde jj số 6 hoặc số 7. Khâu lại nhu mô và bể thận bằng chỉ tiêu chậm.
- Trong trường hợp có bệnh lý đi kèm như hẹp bể thận niệu quản hay niệu quản sau tĩnh mạch chủ thì chỉ định tạo hình lại bể thận và niệu quản.

##### **Bước 3:**

- Lau ổ mổ, đặt dẫn lưu ổ mổ
- Dụng cụ viên và phẫu thuật viên kiểm tra đếm lại gạc mổ.
- Đóng vết mổ theo giải phẫu.
- Băng ép vết mổ.

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

#### **1. Theo dõi trong mổ:**

- Người bệnh được theo dõi sát về: mạch, huyết áp, áp lực tĩnh mạch trung ương, nồng độ O<sub>2</sub> và CO<sub>2</sub>.
- Lượng máu mất: tính số lượng máu mất qua máy hút, thấm gạc và lượng máu cần truyền.
- Thời gian mổ: tính theo phút, từ khi rạch da đến khi khâu da.

## ***Ngoại: Tiết niệu-Sinh dục***

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

### **2. Theo dõi sau mổ:**

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

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

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

- Theo dõi chảy máu qua số lượng máu qua dẫn lưu, lượng nước tiểu và màu sắc nước tiểu, tình trạng bụng, huyết động.

- Theo dõi dẫn lưu ổ mổ: màu sắc, số lượng dịch. Rút dẫn lưu 2- 3 ngày sau mổ. Phát hiện rò nước tiểu sau mổ khi ra >50ml nước tiểu /ngày và kéo dài.

- Rút sonde tiểu sau 2 đến 3 ngày.

- Sau 5 đến 7 ngày cho ra viện, hẹn khám lại 2 đến 4 tuần để khám lâm sàng, siêu âm, chụp XQ đánh giá sự hồi phục thận và nội soi bàng quang rút sonde niệu quản.

### **3. Các biến chứng sau mổ có thể xảy ra**

#### **3.1 Trong mổ:**

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

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

#### **3.2. Sau mổ:**

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

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

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

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

Mã số: X-320

## **I. ĐẠI CƯƠNG**

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

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

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

## **II. CHỈ ĐỊNH**

- Hẹp khúc nối BT-NQ bẩm sinh có triệu chứng ứ nước thận.
- Hẹp khúc nối BT-NQ có biến chứng của ứ nước thận.
- Hẹp khúc nối bể thận tái phát sau mổ (sỏi, tạo hình ...).

## **III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Hẹp khúc nối BT-NQ có biến chứng nhiễm khuẩn niệu cấp tính
- Hẹp khúc nối BT-NQ có chức năng thận bệnh lý < 15% (xạ hình thận)
- Bệnh nội khoa nặng đang tiến triển (tim mạch, phổi, nhiễm khuẩn...) cản trở phẫu thuật.

## **IV. CHUẨN BỊ**

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

Người bệnh:

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

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

Hồ sơ bệnh án thực hiện theo quy định.

3. Phương tiện:

- Phòng mổ và bàn mổ niệu khoa thông thường.
- Bộ dụng cụ mổ mở tiết niệu không thường.
- Sonde JJ số 6 Fr hoặc 7 Fr, guidewire, chỉ vicryl 4/0, 5/0.

## ***Ngoại: Tiết niệu-Sinh dục***

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

### **V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

- Tư thế: Người bệnh nghiêng 90° về phía đối diện, kê độn dưới sườn.
- Vô cảm: Gây tê tủy sống hoặc gây mê nội khí quản.
- Kỹ thuật:
  - + Rạch da theo đường sườn - thắt lưng vào khoang sau phúc mạc
  - + Lấy cơ thắt lưng chậu làm mốc bóc tách bộc lộ niệu quản, phẫu tích theo niệu quản lên đến bể thận.
  - + Phẫu tích hai mặt trước sau của bể thận, khúc nối, cực dưới thận xem có động mạch bất thường (nếu có).
  - + Cắt đoạn BT-NQ hẹp và 1 phần bể thận giãn.
  - + Tạo hình bể thận niệu quản, đặt ống thông niệu quản bằng sonde double J, khâu BT-NQ bằng chỉ vicryl 4/0, 5/0.
  - + Quan sát tổng thể phẫu trường, cầm máu, đặt dẫn lưu, đóng bụng.

### **VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

#### **1. Trong phẫu thuật**

- Rách phúc mạc: Khâu lại
- Tổn thương mạch máu: Trong mổ cần phẫu tích thận trọng, xác định rõ các mốc giải phẫu, bình tĩnh XỬ TRÍ TAI BIẾN.
- Tổn thương các tạng lân cận: Xử lý tùy theo thương tổn.

#### **2. Sau phẫu thuật**

- Rò nước tiểu sau mổ: Nên đặt ống thông niệu quản bằng sonde double J, chụp kiểm tra xem sonde JJ đúng vị trí hay không.
- Nhiễm khuẩn niệu: Điều trị kháng sinh phối hợp, theo kháng sinh đồ.
- Chảy máu: Mổ lại

## **CẮT THẬN RỘNG RÃI, NẠO VẾT HẠCH**

Mã số: X-322

### **I. ĐẠI CƯƠNG**

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

### **II. CHỈ ĐỊNH**

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

### **III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

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

### **IV. CHUẨN BỊ**

1. Người thực hiện:

Kíp mổ: phẫu thuật viên chính (phẫu thuật viên tiết niệu) và 2 phụ mổ, điều dưỡng dụng cụ.

Bác sỹ gây mê và phụ mê

1 người dụng cụ chạy ngoài

2. Người bệnh

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

3. Phương tiện:

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

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

## **V. CÁC BƯỚC TIỀN HÀNH**

1. Tư thế: Người bệnh có thể nằm nghiêng hoặc ngửa tùy đường mổ, độn gối dưới lưng.

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

3. Kỹ thuật:

- Rạch da: sườn thất lưng hoặc dưới sườn. Nếu mổ nội soi thì đặt trocar.  
- Tạo khoang ngoài phúc mạc hoặc vén ruột và hạ đại tràng nếu đi vào ổ bụng.

- Phẫu tích tìm niệu quản, cặp và cắt niệu quản

- Phẫu tích cuống thận, tách riêng động mạch và tĩnh mạch thận, bạch mạch, hạch cuống thận.

- Cặp và cắt động mạch và tĩnh mạch thận sát gốc.

- Lấy bỏ thận cùng toàn bộ tổ chức mỡ quanh thận thận một khối, phía trên là cơ hoành, phía dưới và sau ngoài là cơ thất lưng, phía trong là phúc mạc.

- Cắt tuyến thượng thận nếu u ở cực trên thận.

- Nạo vét hạch cuống thận và hạch dọc động mạch chủ, tĩnh mạch chủ nếu có.

+ Cầm máu kỹ.

+ Dẫn lưu ổ mổ.

+ Đóng bụng.

## **VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

1. Theo dõi:

- Chảy máu: do tụt cặp mạch máu cuống thận. Phải mổ lại ngay cầm máu nhanh, để muện người bệnh có thể tử vong trong giây lát. Chảy máu từ các mạch máu nhỏ quanh thận: nếu khối máu tụ hố thận to, cần mổ lại cầm máu và lấy máu cục.

- Rò bạch huyết: xảy ra những ngày sau mổ, dẫn lưu ổ mổ ra dịch trắng như sữa, xét nghiệm xác nhận dưỡng chấp.

- Nhiễm khuẩn vết mổ.

- Rò đại tràng, tá tràng, ruột non: do u lớn ăn vào các tạng lân cận.

2. Xử trí tai biến

- Chảy máu: nếu do tuột chỗ buộc cuống thận phải mổ lại cầm máu.

- Rò bạch huyết: bơm dung dịch iod hoặc nếu nặng phải mổ lại bóc bạch huyết.

## **NÓI NIỆU QUẢN – ĐÀI THẬN**

Mã số: X-323

### **I. ĐẠI CƯƠNG**

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

### **II. CHỈ ĐỊNH**

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

### **III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

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

### **IV. CHUẨN BỊ**

1. Người thực hiện:
  - Kíp mổ: phẫu thuật viên chính và 2 phụ mổ, điều dưỡng dụng cụ
  - Bác sỹ gây mê và phụ mê
  - 1 người dụng cụ chạy ngoài
2. Người bệnh:
  - Làm bilan trước mổ đánh giá: chức năng thận, tình trạng nhu mô thận có sỏi, mức độ thiếu máu, các bệnh lý toàn thân.
  - Thụt tháo, test kháng sinh trước mổ.
  - Giải thích cho người bệnh và người nhà cách thức mổ, những nguy cơ, biến chứng có thể xảy ra.
3. Phương tiện:
  - Bộ phẫu thuật tiết niệu mổ mở thận đơn thuần.
  - 2 clam mạch máu cuống thận nửa cong.
4. Thời gian phẫu thuật:

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



## **V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

### 1. Tư thế:

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

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

### 3. Kỹ thuật

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

- Tạo khoang ngoài phúc mạc
- Thông thường người bệnh mổ lại, phải gỡ dính vào NQ, bề thận
- Hạ toàn bộ thận
- Bộc lộ NQ dài tối đa

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

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

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

- Nối NQ với đài thận dưới trên sonde JJ mũi rời.
- Cố định thận xuống thấp
- Cầm máu kỹ
- Dẫn lưu hố thận
- Đóng bụng

## **VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

### 1. Theo dõi

- Chảy máu
- Dó nước tiểu
- Hẹp tái phát sau rút JJ

### 2. Xử trí tai biến

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

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