

PHẪU THUẬT TRƯỢT BẢN LỀ CỔ CHẪM

Mã số: X-1049

I. ĐẠI CƯƠNG

Mất vững bản lề cổ chẩm là bệnh lý hiếm gặp có thể xuất hiện sau chấn thương hoặc bệnh lý mắc phải. Là tổn thương nặng, để lại nhiều di chứng và ảnh hưởng nặng nề đến sức khỏe người bệnh.

Nguyên nhân của mất vững bản lề cổ chẩm là:

- Do Vỡ C1 phức tạp, vỡ khớp chẩm đội.
- Do các bệnh lý: viêm khớp dạng thấp, tổn thương di căn.

II. CHỈ ĐỊNH.

Khi có trượt bản lề cổ chẩm cần phải phẫu thuật cố định lại bản lề cổ chẩm.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Có bệnh lý đông cầm máu.
- Đang có nhiễm trùng tại chỗ hay toàn thân.
- Thể trạng người bệnh không cho phép phẫu thuật.

IV. CHUẨN BỊ

- 1. Người thực hiện:** Phẫu thuật viên là bác sỹ chuyên khoa được đào tạo.
- 2. Người bệnh:** Vệ sinh cá nhân, nhịn ăn uống 6 giờ trước phẫu thuật. Kháng sinh dự phòng trước mổ, an thần.
- 3. Phương tiện:** Bộ đồ tủy, hệ thống nẹp vít cổ chẩm, hệ thống C-arm.
- 4. Hồ sơ bệnh án:** theo quy định

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

Bước 1: Rửa da đường sau: từ ụ chẩm ngoài đến C4.

Bước 2: Tách khối cơ cạnh sống.

Bước 3: Bộc lộ mai chẩm và cung sau C1, cuống sống C2,C3.

Bước 4: Bắt vít qua cuống sống C2,C3. Bắt vít qua khối bên C1.

Bước 5: Đặt hệ thống bắt vít chẩm: Mỗi bên 2 hoặc 3 vít tùy trường hợp.

Bước 6: Đặt rod vào hệ thống liên kết cổ chẩm, ốc khóa trong.

Bước 7: Ghép xương.

Bước 8: Đặt dẫn lưu.

Bước 9: Đóng vết mổ

VI. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

Ngoại Thân kinh

- Biến chứng chảy máu
- Biến chứng nhiễm trùng
- Biến chứng liệt
- Tổn thương động mạch ống sống
- Máu tụ ngoài màng cứng

PHẪU THUẬT BỆNH LÝ VÔI HÓA DÂY CHẰNG ĐỌC SAU CỘT SỐNG CỔ

Mã số: X-1050

I. ĐẠI CƯƠNG

Vôi hóa dây chằng đọc sau (OPLL) là quá trình tạo xương dây lên của dây chằng đọc sau cột sống gây nên tình trạng hẹp ống sống cổ. Cốt hóa dây chằng đọc sau lần đầu tiên được thông báo bởi Key vào năm 1838. OPLL gặp trên toàn bộ chiều dài cột sống, tuy nhiên thường gặp nhất ở cột sống cổ với tỷ lệ khoảng 70% và đa phần nằm ở đoạn cột sống cổ từ C2- C5, cột sống ngực và thắt lưng lần lượt chiếm khoảng 15%. Cơ chế bệnh sinh OPLL chưa rõ ràng, có nhiều nghiên cứu gần đây cho rằng nguyên nhân OPLL có liên quan đến yếu tố di truyền, quá trình chuyển hóa các yếu tố vi lượng. Có 4 thể OPLL dựa vào các hình thái cốt hóa dây chằng. Chỉ định mổ khi OPLL gây hẹp ống sống và có biểu hiện trên lâm sàng. Tuy nhiên việc quyết định đường mổ cổ lối trước hay lối sau tùy thuộc vào nhiều yếu tố trong các yếu tố quan trọng như: tình trạng lâm sàng, phân loại tổn thương, tuổi ... Đa phần các thương tổn OPLL là đa tầng nên phẫu thuật cổ lối sau hay được sử dụng.

4 Phân loại OPLL trên chẩn đoán hình ảnh:

Loại A (Type A) - OPLL thể liên tục (Continuous OPLL): tổn thương cốt hóa chạy thành dải dọc theo chiều dài thân đốt sống.

Loại B (Type B) - OPLL thể gián đoạn (Segmental OPLL): tổn thương cốt hóa dây chằng đọc sau nằm sau 1 hoặc vài thân đốt sống riêng rẽ. Là phân loại gặp nhiều nhất.

Loại C (Type C) - OPLL thể phối hợp (Mixed OPLL): thể cốt hóa của dây chằng đọc sau phối hợp cả thể liên tục và thể gián đoạn.

Loại D (Type D) - OPLL thể vòng cung (Circumscribed OPLL): tổn thương cốt hóa của dây chằng đọc sau khu trú ở phía sau khoảng gian đĩa. Là thể ít gặp nhất.

II. CHỈ ĐỊNH

- OPLL được chẩn đoán xác định dựa trên chẩn đoán hình ảnh
- Có hội chứng chèn ép tủy cổ nặng (JOA < 8 điểm) và trung bình (JOA từ 8 - 12 điểm).
- Hội chứng tủy cổ nhẹ nhưng trên chẩn đoán hình ảnh có mức độ hẹp ống sống $\geq 60\%$.
- Chèn ép rễ gây đau nhiều và điều trị nội không kết quả.

Chỉ định và lựa chọn đường mổ:

Phẫu thuật lối trước:

Ngoại Thần kinh

- Thương tổn OPLL loại B và không vượt quá 3 thân đốt sống hoặc thương tổn cốt hóa dây chằng loại D.

- Tỷ lệ hẹp ống sống cổ > 60%, cột sống cổ gù

- Có nhiều kỹ thuật tùy theo thương tổn giải phẫu:

- Lấy đĩa đệm, giải ép, cố định cột sống nẹp vít (ACDF - Anterior cervical discectomy and fusion).

- Cắt thân đốt sống, giải ép, ghép xương tự thân hoặc đặt lồng Titan thay thế kèm cố định cột sống nẹp vít (ACCF - Anterior cervical corpectomy and fusion).

Phẫu thuật lối sau:

- Thương tổn OPLL nhiều hơn 3 thân đốt sống (type A và type C) và kèm theo hẹp ống sống cổ.

- Tỷ lệ hẹp ống sống < 60%, cột sống cổ dạng uốn

- Tuổi > 60

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Các tổn thương hẹp ống sống cổ khác không phải do OPLL

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện: 1 phẫu thuật viên chuyên sâu về cột sống, 2 phụ phẫu thuật, dụng cụ viên.

2. Người bệnh

- Hoàn thành các phương tiện chẩn đoán hình ảnh: Xquang và cắt lớp vi tính nhằm chẩn đoán xác định OPLL, phân loại tổn thương và đánh giá mức độ hẹp ống sống. Chụp cộng hưởng từ (MRI) để đánh giá mức độ hẹp ống sống và tình trạng tủy sống.

- Giải thích cho người bệnh và gia đình về tình trạng bệnh và phương pháp mổ, lựa chọn đường mổ.

- Cạo tóc ở gáy đến bờ dưới lỗ chẩm với đường mổ lối sau

3. Phương tiện

- Lối trước: bộ dụng cụ phẫu thuật lối trước, nẹp vít, đĩa đệm nhân tạo hoặc lồng titan, c.arms, khoan mài tốc độ cao, vật liệu cầm máu.

- Lối sau: bộ dụng cụ phẫu thuật lối sau, C-arms, khoan mài tốc độ cao, vật liệu cầm máu.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Tư thế

- Phẫu thuật cột sống cổ lối trước: Nằm ngửa, gối độn dưới vai hoặc khung Mayfield.

Ngoại Thần kinh

- Phẫu thuật cột sống cổ lõi sau: Nằm sấp, cố định đầu trên khung Mayfield.

2. Vô cảm: Gây mê nội khí quản.

3. Kỹ thuật

Phẫu thuật lõi trước

- Người bệnh được đặt ở tư thế nằm ngửa, gây mê nội khí quản.

- Đầu được đặt trên gối vòng hoặc cố định trên khung Meyfield. Tư thế cổ trung gian, đầu hơi ngửa ra sau. Đặt ống thông thực quản để theo dõi tránh chấn thương do co kéo.

- Xác định đường rạch da dựa vào vị trí trên C.arms, có thể bên phải hoặc bên trái, rạch da dọc theo bờ trong cơ ức - đòn - chũm, hoặc đường ngang, cắt cơ bám da cổ.

- Vén thực quản, khí quản vào trong, bó mạch cảnh ra ngoài. Bộc lộ tới bờ trước thân đốt sống, kiểm tra C.arms để xác định vị trí can thiệp.

- Đặt hệ thống van tự động hỗ trợ trường mổ.

- Lấy đĩa đệm, cắt thân đốt sống theo thương tổn, lấy bỏ tổn thương cốt hóa hoàn toàn hoặc kiểu “Floating” - mài lấy bỏ từng phần từ xung quanh, thả nổi tổn thương cốt hóa, giải ép thần kinh.

- Tạo giường đặt miếng ghép, cố định cột sống.

- Dẫn lưu, đóng các lớp theo giải phẫu, đặt Collar cố định

Phẫu thuật lõi sau

- Người bệnh được cạo gáy trước mổ.

- Tư thế nằm sấp có đệm gối kê ở ngực, cánh chấu. Đầu cúi để bộc lộ vùng cổ sau, cố định đầu qua ụ cằm ngoài.

- Rạch da từ C2 tới C7. Bóc tách cân cơ theo các lớp giải phẫu.

- Bộc lộ từ đường giữa ra tới sát diện khớp 2 bên, tránh ra quá xa gây tổn thương động mạch đốt sống.

- Bộc lộ gai sau, sử dụng khoan mài chẻ đôi gai sau.

- Tạo bản lề 2 bên: mài 1 thành xương của cung sau cột sống.

- Giải ép tủy, đánh giá tình trạng tủy cổ: tủy phòng, đập.

- Ghép xương sau bên hoặc đường giữa.

- Khâu treo mở cửa sổ xương vào khối cơ 2 bên.

- Đặt dẫn lưu.

- Đóng các lớp theo giải phẫu.

- Đặt nẹp cổ cứng (Collar) cố định.

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

1. Theo dõi

Ngay sau mổ

- Đánh giá tình trạng huyết động sau mổ.
- Đánh giá lâm sàng sau mổ.
- Chụp lại Xquang sau mổ đánh giá hệ thống nẹp vít và ghép xương.
- Rút dẫn lưu sau 24 - 48 giờ, lưu ý màu sắc và số lượng dẫn lưu.

Theo dõi sau mổ

- Đeo Collar cổ 8 tuần sau mổ.
- Đánh giá hồi phục triệu chứng lâm sàng thần kinh.

2. Xử trí tai biến.

**** Phẫu thuật lối trước***

- Tổn thương thực quản: Chẩn đoán xác định dựa vào soi thực quản dạ dày kiểm tra. Phẫu thuật mở thông dạ dày nuôi dưỡng là bắt buộc. Điều trị thay băng vết mổ hoặc mổ làm sạch dẫn lưu nếu có ổ áp xe. Kháng sinh phổ rộng, liều cao hoặc tốt nhất theo kháng sinh đồ.

- Tổn thương thần kinh quặt ngược thanh quản gây khàn giọng, mất giọng. Nguyên nhân có thể do kéo giãn, sức nóng của dao điện hoặc do cắt đứt thần kinh quặt ngược. Điều trị nội khoa, chống viêm.

- Tụ máu vùng mổ cổ trước gây chèn ép đường thở cần phải tiến hành lấy máu tụ chèn ép.

**** Phẫu thuật lối sau***

- Tụ máu ngoài màng cứng gây chèn ép tủy do chảy máu sau mổ đòi hỏi phải được chẩn đoán sớm dựa vào lâm sàng và MRI. Phẫu thuật cấp cứu nhằm lấy máu tụ, giải ép thần kinh.

- Rò dịch não tủy sau mổ do tổn thương OPLL dính vào màng cứng gây rách khi phẫu tích. Điều trị tư thế và giảm tiết dịch não tủy. Nếu điều trị bảo tồn thất bại phải phẫu thuật vá màng cứng.

PHẪU THUẬT NANG TARLOV

Mã số: X-1051

I. ĐẠI CƯƠNG

- Nang Tarlov là phần phình ra của khoang dịch não tủy của một rễ thần kinh. Chúng thường gặp nhất ở vùng xương cùng, vị trí mà nang Tarlov có thể gây ăn mòn vào các thành xương và gây nên chèn ép thần kinh.

- Tarlov lần đầu tiên mô tả nang này vào năm 1938 trong nghiên cứu mô xác vùng cùng cụt. Kể từ đó đã có nhiều thông báo về bệnh lý này. Đặc biệt với sự ra đời của MRI, việc chẩn đoán nang Tarlov càng dễ dàng hơn.

- Nang Tarlov nhỏ và không triệu chứng gặp vào khoảng 5%, số lượng nang có triệu chứng lâm sàng rất ít gặp.

- Có nhiều phương pháp được đặt ra để điều trị nang Tarlov có triệu chứng như: chọc hút dịch trong nang, chọc hút kèm tiêm xơ ... Trong những năm qua, phẫu thuật đang được ưu tiên sử dụng.

II. CHỈ ĐỊNH

- Nang Tarlov vùng cùng cụt gây chèn ép rễ thần kinh và có biểu hiện trên lâm sàng (Thường kích thước của nang >1,5 cm)

- MRI có hình ảnh nang Tarlov tương ứng lâm sàng

- Chụp XQ tuỷ cản quang sal 6h vẫn còn hình ảnh lưu thuốc trong nang, chứng tỏ sự chèn ép của nang có ý nghĩa gây biểu hiện triệu chứng thần kinh

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Các tổn thương dạng nang khác

- Triệu chứng chèn ép rễ thần kinh do các nguyên nhân khác như: thoát vị đĩa đệm, u thần kinh ...

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện: 1 phẫu thuật viên chuyên sâu về cột sống, 2 phụ phẫu thuật, 1 dụng cụ viên.

2. Người bệnh

- Hoàn thành các phương tiện chẩn đoán hình ảnh: X quang và MRI nhằm chẩn đoán xác định nang Tarlov.

- Giải thích cho người bệnh và gia đình về tình trạng bệnh và phương pháp mổ, các nguy cơ tai biến và rủi ro.

3. Phương tiện

- Bộ dụng cụ phẫu thuật cột sống thắt lưng.

- Bộ dụng cụ vi phẫu thuật.

Ngoại Thần kinh

- Kính hiển vi phẫu thuật.
- Khoan mài tốc độ cao.
- Vật liệu cầm máu và vá màng cứng: Chỉ đơn sợi không tiêu 5/0 hoặc 6/0 để khâu tạo hình màng cứng.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Tư thế

Người bệnh nằm sấp, độn gối kê dưới ngực và cánh chậu.

2. Vô cảm: Gây mê nội khí quản.

3. Kỹ thuật

- Sát trùng vùng mổ và trái toan.
- Xác định mốc giải phẫu theo C.arm.
- Rạch da, bóc tách các lớp cân cơ đến vùng cùng cụt.
- Xác định vị trí nang Tarlov tương ứng trên MRI dựa vào giải phẫu trong mổ và C.arm.
- Mở cung sau S1 - S2 vùng tiếp cận nang.
- Bộc lộ màng cứng và xác định nang Tarlov.
- Nhận định: Kích thước và giới hạn nang, rễ bị chèn ép và rễ hình thành nang.
- Tạo hình và lấy bỏ vỏ nang, khâu van nối thông giữa rễ thần kinh và nang Tarlov.
- Kiểm tra sự rò rỉ của dịch não tủy.
- Xét cố định cột sống kèm theo nếu nang quá lớn.
- Cầm máu kỹ.
- Dẫn lưu ngoài cơ.
- Đóng các lớp theo giải phẫu.

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

1. Theo dõi

Ngay sau mổ

- Đánh giá tình trạng huyết động sau mổ.
- Đánh giá lâm sàng sau mổ.
- Đánh giá tình trạng vết mổ.
- Rút dẫn lưu sau 24 - 48 giờ, lưu ý màu sắc và số lượng dẫn lưu.

Theo dõi sau mổ

- Đeo đai cứng cột sống 6 tuần sau mổ.

Ngoại Thần kinh

- Đánh giá hồi phục triệu chứng lâm sàng thần kinh.
- Đánh giá sự liền của vết mổ.

2. Xử trí tai biến

- Rò dịch não tủy: Cho nằm đầu thấp chân cao, dùng thuốc giảm tiết dịch não tủy (Diamox), băng ép chặt vết mổ. Nếu các phương án trên không hiệu quả đòi hỏi phải tiến hành phẫu thuật vá màng cứng.

- Tổn thương thần kinh: nang Tarlov phát triển từ 1 rễ thần kinh nên trong quá trình tạo hình nang có nguy cơ tổn thương thần kinh. Trong mổ, nên có kính hiển vi hỗ trợ và đòi hỏi phẫu thuật viên thần kinh - cột sống có kinh nghiệm.

PHẪU THUẬT CỐ ĐỊNH CỘT SỐNG NGỰC BẰNG CỐ ĐỊNH LỐI BÊN

Mã số: X-1064

I. ĐẠI CƯƠNG

Phẫu thuật cố định cột sống ngực bằng cố định lối bên là một phẫu thuật lớn và phức tạp, thường được chỉ định trong các trường hợp thân đốt sống ngực bị tổn thương quá nhiều do chấn thương, do các loại u phá hủy, gù nhiều cột sống ngực do xẹp thân đốt sống.

II. CHỈ ĐỊNH

- U thân đốt sống hoặc ung thư di căn đốt sống ngực.
- Chấn thương vỡ nát đốt sống ngực kèm theo chèn ép tủy ngực.
- Gù cột sống ngực do chấn thương cũ làm xẹp thân đốt sống quá nhiều.
- Thoát vị cột sống ngực di trú một đoạn dài, cốt hóa dây chằng dọc sau, cốt hóa đĩa đệm gây chèn ép tủy ngực (hiếm gặp).
- Khớp giả, mất vững sau cố định cột sống ngực.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Bệnh lý đường hô hấp, bệnh lý tim mạch.
- Có bệnh lý đông cầm máu.
- Đang có nhiễm trùng tại chỗ hay toàn thân.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện: Ít nhất cần 2 phẫu thuật viên là bác sĩ chuyên khoa thần kinh-cột sống được đào tạo bài bản.

2. Người bệnh: Vệ sinh cá nhân, nhịn ăn uống 6 giờ trước phẫu thuật. Kháng sinh dự phòng trước mổ, an thần, dự trữ máu (Ca mổ thường mất máu nhiều, nên dự trữ 02 đơn vị máu).

3. Phương tiện: Thuốc mê, thuốc tê tại chỗ, bộ đồ tủy, bộ cắt-vén sừng, nẹp đốt sống ngực lối bên (nẹp Kaneda), khoan mài.

4. Hồ sơ bệnh án: theo quy định

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Chuẩn bị tư thế: Người bệnh nằm nghiêng trái/phải tùy trường hợp, có gối đệm ngang vùng thân đốt sống cần lấy bỏ, tay người bệnh cố định lên phía đầu để bộc lộ tối đa vùng ngực. Bộc lộ vùng mào chậu dự định lấy xương ghép (nếu ghép xương chậu).

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

3. Các bước tiến hành:

Ngoại Thân kinh

- Rửa da dọc khoang liên sườn tương ứng trường mổ cắt thân đốt sống.
- Banh khoang liên sườn hoặc cắt xương sườn để tạo đường vào rộng rãi.
- Xẹp phổi.
- Xác định thân đốt sống tổn thương nhờ C-arm.
- Bộc lộ thân đốt sống tổn thương.
- Lấy bỏ thân đốt sống và 2 đĩa đệm ngay trên và dưới.
- Giải ép tủy thân kinh.
- Tạo diện để đặt xương ghép.
- Ghép xương sườn hoặc xương chậu tự thân.
- Cố định lại vùng xương ghép bằng bắt vít nẹp Kaneda vào 2 thân đốt sống ngay trên và dưới mảnh xương ghép.
- Kiểm tra lại bằng C-arm lần cuối.
- Cầm máu kỹ.
- Đặt dẫn lưu vùng mổ, dẫn lưu màng phổi.
- .- Đóng vết mổ thành ngực

VI. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Biến chứng chảy máu: Monitor theo dõi mạch, huyết áp, SPO₂, theo dõi qua dẫn lưu và công thức máu.
- Biến chứng tràn máu, tràn khí màng phổi: tình trạng khó thở, mạch, huyết áp, SPO₂.
- Biến chứng nhiễm trùng, rò dịch não tủy.
- Biến chứng liệt.

PHẪU THUẬT VẾT THƯƠNG TỦY SỐNG

Mã số: X-1094

I. ĐẠI CƯƠNG

Vết thương tủy sống là một tổn thương hiếm gặp và chiếm khoảng 1,5% trong tất cả các tổn thương tủy sống. Có thể gặp vết thương tủy sống tại bất kỳ đoạn nào của cột sống, tuy nhiên hay gặp đoạn cột sống cổ và thắt lưng do đặc điểm vùng cột sống ngược các móm gai xếp chồng kín lên nhau.

Vết thương tủy sống thường nằm trong bệnh cảnh đa chấn thương hoặc đa vết thương phần mềm nên cần có thái độ xử trí cấp cứu, toàn diện, đánh giá đầy đủ tổn thương, cả đường vào, đường ra của vết thương và các cơ quan lân cận trên đường đi của nó.

Đường tiếp cận vết thương tủy sống tùy thuộc vào thương tổn và vị trí giải phẫu. Trước tiên cần phải đảm bảo huyết động ổn định, sử dụng vắc xin chống uốn ván, kháng sinh phổ rộng và sơ cứu tốt tránh tổn thương thêm thần kinh trong quá trình vận chuyển.

II. CHỈ ĐỊNH

- Vết thương tủy sống (còn hoặc không còn dị vật) gây tổn thương thần kinh.
- Rò dịch não tủy từ vết thương.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Tình trạng toàn thân nặng ảnh hưởng đến tính mạng.
- Vết thương trên da vùng cột sống nhưng chưa xác định được tình trạng tổn thương thần kinh và rò dịch não tủy.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện: 1 phẫu thuật viên chuyên sâu về cột sống, 2 phụ phẫu thuật (bác sĩ chuyên ngành ngoại khoa), 1 dụng cụ viên.

2. Người bệnh

- Hoàn thành các phương tiện chẩn đoán hình ảnh: Xquang, chụp cắt lớp vi tính và cộng hưởng từ (MRI) nhằm chẩn đoán xác định dị vật và đường vào.
- Giải thích cho người bệnh và gia đình về tình trạng bệnh và phương pháp mổ, các nguy cơ tai biến và rủi ro.

3. Phương tiện

- Bộ dụng cụ phẫu thuật cột sống.
- Vật liệu cầm máu và vá màng cứng.
- Chỉ đơn sợi không tiêu 5/0 hoặc 6/0 để khâu tạo hình màng cứng.

Ngoại Thần kinh

- Tiến tới sử dụng máy theo dõi thần kinh trong mổ.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Tư thế

- Người bệnh nằm ngửa có gối độn dưới vai nếu can thiệp vào vùng cổ trước.

- Người bệnh nằm sấp, độn gối kê dưới ngực và cánh chậu.

2. Vô cảm: Gây mê nội khí quản

3. Kỹ thuật

- Sát trùng vùng mổ và trải toan, lưu ý sát khuẩn kỹ vùng vết thương và dị vật.

- Rạch da, bóc tách các lớp cân cơ đến vùng dị vật.

- Đánh giá tổn thương giải phẫu về xương, khớp, dây chằng và thần kinh.

- Mở cung sau 1 bên hoặc toàn bộ tùy thuộc vào vị trí và kích thước dị vật, có thể mở lên trên và xuống dưới 1 mức nếu tổn thương rộng và phức tạp.

- Cắt bỏ dây chằng vàng.

- Bộc lộ màng cứng và đánh giá tổn thương màng cứng - tủy sống - rễ thần kinh.

- Lấy bỏ dị vật và cầm máu.

- Lấy bỏ máu tụ ngoài màng cứng.

- Bơm rửa sạch.

- Nhận định tình trạng màng cứng vùng tổn thương. Nếu rách rộng nên sử dụng cân cơ để vá màng cứng. Rách nhỏ có thể vá trực tiếp.

- Kiểm tra sự rò rỉ của dịch não tủy, có thể tăng cường keo sinh học để hạn chế tình trạng rò.

- Cầm máu kỹ.

- Dẫn lưu ngoài cơ.

- Đóng các lớp theo giải phẫu: cân cơ chỉ tiêu số 1, dưới da chỉ tiêu 2.0, da chỉ không tiêu 3.0

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

1. Theo dõi

Ngay sau mổ

- Đánh giá tình trạng huyết động sau mổ.

- Đánh giá tình trạng lâm sàng sau mổ.

- Đánh giá tình trạng vết mổ.

- Rút dẫn lưu sau 24 - 48 giờ, lưu ý màu sắc và số lượng dẫn lưu.

Theo dõi sau mổ

- Đeo đai cứng cột sống 6 tuần sau mổ.
- Đánh giá hồi phục triệu chứng lâm sàng thần kinh.
- Đánh giá sự liền của vết mổ cũng như tình trạng nhiễm trùng nếu có.
- Đánh giá tình trạng loét, viêm phổi, nhiễm trùng tiết niệu.

2. Xử trí tai biến

- Rò dịch não tủy: Cho nằm đầu thấp chân cao, dùng thuốc giảm tiết dịch não tủy (Diamox), băng ép chặt vết mổ. Nếu các phương án trên không hiệu quả đòi hỏi phải tiến hành phẫu thuật vá màng cứng.

- Nhiễm trùng vết mổ: Thay băng vết mổ và ép sạch dịch, sử dụng kháng sinh liều cao, phối hợp tốt nhất theo kháng sinh đồ, nâng cao thể trạng.

- Theo dõi và xử trí các tai biến do tổn thương các cơ quan phối hợp.

- Loét tì đè: Nằm nghiêng, lăn trở, bôi xanh methylen, thay băng, cắt lọc loét nông, nâng cao thể trạng.

- Viêm phổi: vỗ rung, nằm đầu cao, lý liệu pháp hô hấp.

- Nhiễm trùng tiết niệu: thay sonde tiểu sau 7 ngày, cấy nước tiểu, điều trị kháng sinh đường tiết niệu.

PHẪU THUẬT VẾT THƯƠNG TỦY SỐNG KẾT HỢP CỐ ĐỊNH CỘT SỐNG

Mã số: X-1095

I. ĐẠI CƯƠNG

Vết thương tủy sống là một tổn thương hiếm gặp và chiếm khoảng 1,5% trong tất cả các tổn thương tủy sống. Có thể gặp vết thương tủy sống tại bất kỳ đoạn nào của cột sống, tuy nhiên hay gặp đoạn cột sống cổ và thắt lưng do đặc điểm vùng cột sống ngực các mỏm gai xếp chồng kín lên nhau.

Vết thương tủy sống thường nằm trong bệnh cảnh đa chấn thương hoặc đa vết thương phần mềm nên cần có thái độ xử trí cấp cứu, toàn diện, đánh giá đầy đủ tổn thương, cả đường vào, đường ra của vết thương và các cơ quan lân cận trên đường đi của nó.

Đường tiếp cận vết thương tủy sống tùy thuộc vào thương tổn và vị trí giải phẫu. Trước tiên cần phải đảm bảo huyết động ổn định, sử dụng vắc xin chống uốn ván, kháng sinh phổ rộng và sơ cứu tốt tránh tổn thương thêm thần kinh trong quá trình vận chuyển.

II. CHỈ ĐỊNH

- Vết thương tủy sống có chỉ định mổ (có tổn thương thần kinh hoặc rò dịch não tủy từ vết thương).

- Vết thương tủy sống gây tổn thương cấu trúc xương rộng làm mất vững cột sống.

- Giải ép rộng trong mổ nhằm xử lý tổn thương gây mất vững cấu trúc cột sống.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Tình trạng toàn thân nặng ảnh hưởng đến tính mạng.

- Vết thương trên da vùng cột sống nhưng chưa xác định được tình trạng tổn thương thần kinh và rò dịch não tủy.

IV. CHUẨN BỊ

1. **Người thực hiện:** 1 phẫu thuật viên chuyên sâu về cột sống, 2 phụ phẫu thuật, 1 dụng cụ viên.

2. Người bệnh

- Hoàn thành các phương tiện chẩn đoán hình ảnh: Xquang, chụp cắt lớp vi tính và cộng hưởng từ (MRI) nhằm chẩn đoán xác định dị vật và đường vào.

- Giải thích cho người bệnh và gia đình về tình trạng bệnh và phương pháp mổ, các nguy cơ tai biến và rủi ro.

3. Phương tiện

Ngoại Thần kinh

- Bộ dụng cụ phẫu thuật cột sống.
- Bộ dụng cụ cố định cột sống (nẹp vít 6-8 cái, ốc khóa trong, thanh nối dọc).
- Máy c.arms chụp xác định vị trí tổn thương và dụng cụ nẹp vít trong mổ.
- Vật liệu cầm máu và vá màng cứng.
- Chỉ đơn sợi không tiêu 5/0 hoặc 6/0 để khâu tạo hình màng cứng.
- Tiến tới sử dụng máy theo dõi thần kinh trong mổ.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Tư thế

- Người bệnh nằm ngửa có gối độn dưới vai nếu can thiệp vào vùng cổ trước.
- Người bệnh nằm sấp, độn gối kê dưới ngực và cánh chậu.

2. Vô cảm: Gây mê nội khí quản

3. Kỹ thuật

Bước 1: Xử lý vết thương

- Sát trùng vùng mổ và trải toan, lưu ý sát khuẩn kỹ vùng vết thương và dị vật.
- Rạch da, bóc tách các lớp cân cơ đến vùng dị vật.
- Đánh giá tổn thương giải phẫu về xương, khớp, dây chằng và thần kinh.
- Mở cung sau 1 bên hoặc toàn bộ tùy thuộc vào vị trí và kích thước dị vật, có thể mở lên trên và xuống dưới 1 mức nếu tổn thương rộng và phức tạp.
- Cắt bỏ dây chằng vàng.
- Bộc lộ màng cứng và đánh giá tổn thương màng cứng - tủy sống - rễ thần kinh.
- Lấy bỏ dị vật và cầm máu.
- Lấy bỏ máu tụ ngoài màng cứng.
- Bơm rửa sạch.
- Nhận định tình trạng màng cứng vùng tổn thương. Nếu rách rộng nên sử dụng cân cơ để vá màng cứng. Rách nhỏ có thể vá trực tiếp.
- Kiểm tra sự rò rỉ của dịch não tủy, có thể tăng cường keo sinh học để hạn chế tình trạng rò.
- Với các trường hợp tổn thương cấu trúc xương rộng gây mất vững hoặc quá trình mổ giải ép rộng nhằm xử trí tổn thương gây mất vững cột sống chúng ta phải tiến hành cố định cột sống:

Bước 2:

Đối với cột sống ngực - thắt lưng:

- Bộc lộ gai ngang và núm vú các đốt sống cần bắt vít qua cuống (thông thường sẽ bắt 4-6 vít tùy thuộc vào mức độ và vị trí tổn thương).

- Găm xương điểm vào, dùi tạo điểm vào, vào cuống bằng Probe, kiểm tra sự toàn vẹn các thành xương, taro cuống, bắt vít qua cuống sống với chiều dài và kích thước vít phụ thuộc đốt sống.

- Đặt thanh nối dọc qua các vít

- Siết ốc

Đối với cột sống cổ

- Phẫu thuật cột sống cổ lõi sau cũng tương tự như cố định cột sống ngực thắt lưng, có thể sử dụng vít qua cuống hoặc qua khối bên.

- Với vết thương phía trước: lấy đĩa đệm hoặc thân đốt sống tổn thương, giải phóng chèn ép tủy, đặt miếng ghép xương chậu hoặc lồng titan, nẹp vít cố định cột sống cổ lõi trước.

- Cầm máu kỹ

- Dẫn lưu ngoài cơ

- Đóng các lớp theo giải phẫu: Cân cơ chỉ tiêu số 1, dưới da chỉ tiêu 2.0, da chỉ không tiêu 3.0

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

1. Theo dõi

Ngay sau mổ:

- Đánh giá tình trạng huyết động sau mổ.

- Đánh giá tình trạng lâm sàng sau mổ.

- Đánh giá tình trạng vết mổ.

- Rút dẫn lưu sau 24 - 48 giờ, lưu ý màu sắc và số lượng dẫn lưu.

Theo dõi sau mổ:

- Đeo đai cứng cột sống 6 tuần sau mổ.

- Chụp Xquang sau mổ đánh giá tình trạng vít.

- Đánh giá hồi phục triệu chứng lâm sàng thần kinh.

- Đánh giá sự liền của vết mổ cũng như tình trạng nhiễm trùng nếu có.

- Đánh giá tình trạng loét, viêm phổi, nhiễm trùng tiết niệu.

2. Xử trí tai biến:

- Rò dịch não tủy: Cho nằm đầu thấp chân cao, dùng thuốc giảm tiết dịch não tủy (Diamox), băng ép chặt vết mổ. Nếu các phương án trên không hiệu quả đòi hỏi phải tiến hành phẫu thuật vá màng cứng.

Ngoại Thân kinh

- Nhiễm trùng vết mổ: Thay băng vết mổ và ép sạch dịch, sử dụng kháng sinh liều cao, phối hợp tốt nhất theo kháng sinh đồ, nâng cao thể trạng.
- Theo dõi và xử trí các tai biến do tổn thương các cơ quan phối hợp.
- Vết sai vị trí: mổ lại để chỉnh vết. Trong trường hợp không ảnh hưởng đến cấu trúc cố định có thể tăng cường bằng bột hoặc áo cứng.
- Loét tì đè: Nằm nghiêng, lăn trở, bôi xanh methylen, thay băng, cắt lọc loét nông, nâng cao thể trạng.
- Viêm phổi: vỗ rung, nằm đầu cao, lý liệu pháp hô hấp.
- Nhiễm trùng tiết niệu: thay sonde tiểu sau 7 ngày, cấy nước tiểu, điều trị kháng sinh đường tiết niệu.

PHẪU THUẬT THẦN KINH CHỨC NĂNG CẮT RẼ THẦN KINH CHỌN LỌC

Mã số: X-1103

I. ĐẠI CƯƠNG

Đau là một cảm giác bình thường được xuất phát từ hệ thần kinh nhằm cảnh báo về chấn thương có thể xảy ra và nhu cầu chăm sóc cho bản thân. Đau cấp tính thường có nguyên nhân từ căn bệnh đột ngột, tình trạng viêm tấy hoặc tổn thương các mô. Thường thì nguyên nhân của đau cấp tính có thể được chẩn đoán và điều trị và tình trạng đau được giới hạn diễn ra trong một khoảng thời gian quy định với một mức độ trầm trọng nhất định.

Đau mạn tính không bao giờ chấm dứt mà diễn ra dai dẳng trong một khoảng thời gian lâu hơn đau cấp tính và kháng được hầu hết các phương pháp điều trị y khoa. Những tín hiệu đau liên tục kích thích vào hệ thống thần kinh trong nhiều tuần, nhiều tháng, thậm chí là nhiều năm sau sự việc không may gây đau đớn ban đầu. Có thể có nguyên nhân tiếp diễn gây nên đau như viêm khớp, ung thư, nhiễm trùng tai...nhưng một số người lại chịu đau mạn tính dù trước đó không bị bất cứ chấn thương hoặc tổn thương nào tới cơ thể. Đau mạn tính thường đi kèm với những tình trạng tê liệt.

II. CHỈ ĐỊNH

- Đau thần kinh mà nguyên nhân không phải do chèn ép hoặc viêm.
- Đã điều trị các loại giảm đau mà không có hiệu quả.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Tổn thương thần kinh có nguyên nhân chèn ép từ phía trước.
- Nguyên nhân đau thần kinh do viêm nhiễm.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện: phẫu thuật viên là bác sỹ chuyên khoa cột sống được đào tạo.

2. Phương tiện: máy C-arm, khoan mài, dụng cụ phẫu thuật cột sống chuyên dụng (dụng cụ vi phẫu, kính hiển vi...).

3. Người bệnh: vệ sinh sạch sẽ, nhịn ăn uống trước phẫu thuật 6h

4. Hồ sơ bệnh án: theo quy định của bệnh viện

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Kỹ thuật TENS sử dụng các mạch điện nhỏ xíu, xuyên qua da tới các sợi thần kinh, để gây nên những sự thay đổi đối với các cơ, ví dụ như tê liệt hay co thắt. Kết quả của quá trình này giúp người bệnh bớt đau tạm thời.

* Kỹ thuật kích thích tủy sống sử dụng các điện cực được đưa vào khoang trên màng cứng của tủy sống qua phẫu thuật. Người bệnh có khả năng phát ra một xung điện tới tủy sống sử dụng một thiết bị nhận xung điện giống như chiếc hộp và một ăng-ten được dính vào da.

* Kích thích não sâu được xem là một phương pháp điều trị cục đoạn và cần phải thực hiện kích thích não bằng phẫu thuật, thường là đôi thị. Phương pháp được thực hiện cho một số bệnh lý, bao gồm đau dữ dội, hội chứng đau trung ương, đau do ung thư, đau chi ma quái (phantom limb pain), và những tình trạng đau do thần kinh khác.

VI. ĐIỀU TRỊ SAU PHẪU THUẬT

- Điều trị kháng sinh 5 - 7 ngày sau mổ.
- Rút dẫn lưu sau 48h.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

Tổn thương rò dịch não tủy.

- + Nguyên nhân: cắt thần kinh gây rách màng cứng.
- + Xử trí: khâu lại chỗ rò hoặc nhét cơ.

PHẪU THUẬT GIẢI PHÓNG THẦN KINH NGOẠI BIÊN

Mã số: X-1107

I. ĐẠI CƯƠNG

Đau là một cảm giác bình thường được xuất phát từ hệ thần kinh nhằm cảnh báo về chấn thương có thể xảy ra và nhu cầu chăm sóc cho bản thân. Đau cấp tính thường có nguyên nhân từ căn bệnh đột ngột, tình trạng viêm tấy hoặc tổn thương các mô. Thường thì nguyên nhân của đau cấp tính có thể được chẩn đoán, điều trị và tình trạng đau được giới hạn diễn ra trong một khoảng thời gian với một mức độ trầm trọng nhất định.

Đau mạn tính không bao giờ chấm dứt mà diễn ra dai dẳng trong một khoảng thời gian lâu hơn đau cấp tính và kháng được hầu hết các phương pháp điều trị y khoa. Những tín hiệu đau liên tục kích thích vào hệ thống thần kinh trong nhiều tuần, nhiều tháng, thậm chí là nhiều năm sau sự việc gây đau đớn ban đầu. Có thể có nguyên nhân tiếp diễn gây nên đau như viêm khớp, ung thư, nhiễm trùng tai, nhưng một số người lại chịu đau mạn tính dù trước đó không bị bất cứ chấn thương hoặc tổn thương nào tới cơ thể. Đau mạn tính thường đi kèm với những tình trạng liệt.

II. CHỈ ĐỊNH

- Đau thần kinh ngoại biên mà nguyên nhân do chèn ép.
- Đã điều trị các loại giảm đau mà không có hiệu quả.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Tổn thương thần kinh không có nguyên nhân chèn ép từ phía trước.
- Nguyên nhân đau thần kinh do viêm nhiễm.

IV. CHUẨN BỊ

- 1. Cán bộ:** phẫu thuật viên là bác sỹ chuyên khoa cột sống được đào tạo.
- 2. Người bệnh:** vệ sinh sạch sẽ, nhịn ăn uống trước phẫu thuật 6h.
- 3. Phương tiện:** máy C.arm, khoan mài, dụng cụ phẫu thuật cột sống chuyên dụng (dụng cụ vi phẫu, kính hiển vi...).
- 4. Hồ sơ bệnh án:** theo quy định của bệnh viện

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Kỹ thuật TENS sử dụng các mạch điện nhỏ xíu, xuyên qua da tới các sợi thần kinh, để gây nên những sự thay đổi đối với các cơ, ví dụ như tê liệt hay co thắt. Kết quả của quá trình này giúp người bệnh bớt đau tạm thời.

- Kỹ thuật kích thích tủy sống sử dụng các điện cực được đưa vào khoang trên màng cứng của tủy sống qua phẫu thuật. Người bệnh có khả năng phát ra một xung điện tới tủy sống sử dụng một thiết bị nhận xung điện giống như chiếc hộp và một ăng-ten được dính vào da.

Ngoại Thần kinh

- Kích thích não sâu được xem là một phương pháp điều trị cực đoan và cần phải thực hiện kích thích não bằng phẫu thuật, thường là đồi thị. Phương pháp được thực hiện cho một số bệnh lý, bao gồm đau dữ dội, hội chứng đau trung ương, đau do ung thư, đau chi ma quái (phantom limb pain) và những tình trạng đau do thần kinh khác.

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

1. Theo dõi

- Điều trị kháng sinh 5 - 7 ngày sau mổ.
- Rút dẫn lưu sau 48h.

2. Xử lý tai biến

- Tổn thương thần kinh.
- Nguyên nhân: cắt thần kinh gây rách màng cứng.
- Xử trí: khâu lại chỗ rò hoặc nhét cơ.

PHẪU THUẬT NANG MÀNG NHỆN TỦY

Mã số: X-1110

I. ĐẠI CƯƠNG

- Là sự tích tụ dịch não tủy trong khoang dưới nhện mà không có hoặc có rất ít sự thông thương với khoang dưới nhện.
- Chiếm tỉ lệ 1 % các khối choán chỗ trong sọ. Trai / gái = 4/1, đa số bên trái.
- Hơn 50 % khu trú ở hố sọ giữa. Ngoài ra, còn có thể gặp ở góc cầu - tiểu não (11%), vùng trên yên (9%), hố sau và ngay cả ống sống.
- Thường có nguồn gốc bẩm sinh, chỉ có 1-5 % có liên quan đến chấn thương hoặc nhiễm trùng (hiếm).
- Được giới hạn bởi 2 lớp màng trong và ngoài. Màng này được tạo thành từ các lá của tê bào màng nhện, một số nhỏ khác thì từ lớp tế bào màng ống nội tủy, tế bào thần kinh đệm khác.

II. CHỈ ĐỊNH

- Nang nhỏ không có triệu chứng lâm sàng thường được điều trị bảo tồn.
- Khi nang lớn, có triệu chứng chèn ép các cơ quan lân cận như: não, tủy sống thì có chỉ định phẫu thuật.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Có bệnh lý đông cầm máu.
- Đang có nhiễm trùng tại chỗ hay toàn thân.
- Thể trạng người bệnh không cho phép phẫu thuật.

IV. CHUẨN BỊ

- 1. Người thực hiện:** Phẫu thuật viên là bác sỹ chuyên khoa được đào tạo.
- 2. Người bệnh:** Vệ sinh cá nhân, nhịn ăn uống 6 giờ trước phẫu thuật. Kháng sinh dự phòng trước mổ, an thần.
- 3. Phương tiện:** Bộ phẫu thuật tủy, hệ thống C.arm
- 4. Hồ sơ bệnh án:** theo quy định.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Rạch da tương ứng với vị trí nang dưới nhện: não, tủy sống...
- Nang màng nhện trên yên: phẫu thuật nội soi mở thông nang màng nhện vào bể dịch não tủy ở nền sọ.
- Nang màng nhện thái dương: tạo lỗ thông nang màng nhện và bể dịch não tủy nền sọ giữa động mạch cảnh và dây III.

Ngoại Thần kinh

- Nang màng nhện hồ sau: mở thông thành trước của nang vào bể dịch não tủy trước cầu não.

- Nang màng nhện tủy: mở thông nang với khoang dịch não tủy.

- Đóng vết mổ.

VI. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Tụ dịch dưới màng cứng.

- Tụ máu dưới màng cứng.

- Động kinh

- Viêm màng não

- Liệt

PHẪU THUẬT THẦN KINH PHẪU THUẬT XỬ LÝ VẾT THƯƠNG DA ĐẦU PHỨC TẠP

Mã số: X-1

I. ĐẠI CƯƠNG

- Vết thương da đầu là tổn thương cấp cứu thường gặp nhất trong chấn thương sọ não.

- Tổn thương gây ra mất máu và làm cho xương sọ mất bảo vệ. Cấp cứu các tổn thương da đầu, ngoài điều trị còn chú ý tới thẩm mỹ.

II. CHỈ ĐỊNH

- Vết thương da đầu phức tạp, kích thước lớn.
- Vết thương da đầu lóc da đầu.
- Vết thương lộn da đầu.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Người bệnh vết thương nhỏ, có bệnh lí về đông máu.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện:

Kíp mổ khoảng 7 người: Phẫu thuật viên, phụ mổ; Bác sĩ gây mê, phụ mê, dụng cụ viên, chạy ngoài, hộ lý.

2. Người bệnh:

- Bệnh án: xét nghiệm cơ bản, xét nghiệm máu, bạch cầu..
- Người bệnh nhịn ăn uống

3. Phương tiện:

- Bộ dụng cụ mổ sọ não cơ bản, kèm theo thìa nạo viêm (curette), oxy già, dẫn lưu kín.

- Dụng cụ cầm máu: dao điện đơn cực, lưỡng cực.
- Kính vi phẫu trong trường hợp cần nối mạch máu, thần kinh.
- Kim, chỉ khâu chuyên dụng

4. Thời gian phẫu thuật: Tùy thuộc loại phẫu thuật

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. **Tư thế:** Tư thế bộc lộ vết mổ rõ nhất, thuận lợi cho bác sĩ gây mê và phẫu thuật viên

2. **Vô cảm:** Mê nội khí quản

3. **Kỹ thuật:**

Ngoại Thần kinh

- Bước 1: Mở vết mổ.

Mở vết mổ, cần thiết rạch rộng hơn phù hợp.

- Bước 2: Đánh giá.

+ Đánh giá thương tổn: vị trí, mức độ, bề rộng, độ sâu.

+ Quyết định xử lý: tùy theo thương tổn.

- Bước 3: Xử lý thương tổn.

+ Làm sạch: sử dụng oxy già, bétadine và nước muối sinh lý 9‰.

+ Cắt lọc tổ chức hoại tử mủ nát: cắt lọc đến tổ chức lành.

+ Lấy bỏ dị vật: đất cát, kim loại ...

+ Mở rộng rãi.

+ Nếu tổn thương mạch máu quan trọng cần nối thì sử dụng kính vi phẫu để nối lại.

+ Bơm rửa lại nhiều nước, oxy già, nước sát khuẩn.

- Bước 4:

+ Đóng vết mổ: khâu mép vết thương với nhau, đóng da 2 lớp, rạch da kiểu quân cờ, tùy trường hợp.

+ Dẫn lưu rộng rãi.

+ Có thể dẫn lưu hút liên tục.

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

1. Theo dõi

- Toàn trạng, mạch, huyết áp.

- Vết mổ: chảy máu, mủ, dịch...

- Chăm sóc thay băng hàng ngày, có thể thay băng nhiều lần/ngày.

2. Xử trí tai biến

- Chảy máu: băng ép, có thể mổ lại

- Nhiễm khuẩn: thay băng tốt, cắt chỉ cách quãng, dùng kháng sinh đồ.

PHẪU THUẬT MỞ NẮP SỌ GIẢI ÉP TRONG TĂNG ÁP LỰC NỘI SỌ (DO MÁU TỤ, THIẾU MÁU NÃO, PHÙ NÃO)

Mã số: X-15

I. ĐẠI CƯƠNG

Tăng áp lực nội sọ là biến chứng hay gặp trong cả chấn thương và bệnh lý phẫu thuật thần kinh. Có nhiều phương pháp điều trị tăng áp lực nội sọ như phẫu thuật, điều trị nội khoa... Phẫu thuật mở nắp sọ giải ép là một phương pháp điều trị quan trọng.

Mục đích điều trị nhằm giải ép tránh biến chứng thoát vị não trong tăng áp lực nội sọ.

II. CHỈ ĐỊNH

- Máu tụ dưới màng cứng: bề dày khối máu tụ >1cm, hiệu ứng khối đè đẩy đường giữa > 5cm, dấu hiệu thần kinh khu trú, tri giác giảm điểm Glasgow trên 2 điểm.

- Tăng áp lực nội sọ > 20 mmHg và điều trị nội khoa không đáp ứng.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Ngoài những chỉ định trên

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện: 7-8 người

- Các phẫu thuật viên chuyên khoa phẫu thuật thần kinh.

- Các thành viên phòng mổ: bác sĩ gây mê, điều dưỡng phòng mổ...

2. Người bệnh:

- Vệ sinh vùng phẫu thuật

- Đặt sonde dạ dày, sonde tiểu...

- Được khám lâm sàng và cận lâm sàng cẩn thận được chẩn đoán xác định tăng áp lực nội sọ có chỉ định phẫu thuật. Gia đình người bệnh được giải thích kỹ về tình trạng bệnh tật và các nguy cơ biến chứng trước hoặc sau mổ.

3. Phương tiện:

- Bộ dụng cụ phẫu thuật thần kinh.

- Khoan máy, mũi mài cắt tiêu hao kèm theo.

- Vật liệu cầm máu trong mổ: surgical, spongel...

- Màng cứng nhân tạo.

- Dẫn lưu áp lực.

- Chỉ khâu, vật tư tiêu hao khác trong mổ.

- Chuẩn bị các phương tiện hồi sức người bệnh nặng trong mổ, dự trữ máu, dịch truyền.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Tư thế:

- Người bệnh nằm ngửa.
- Tùy kiểu giải ép mà đặt tư thế.

2. Vô cảm: Gây mê nội khí quản.

3. Kỹ thuật:

Kỹ thuật mở sọ trán thái dương

- Thì da tách cân cơ: Rạch da theo đường mổ “dấu hỏi ngược” từ cung gò má trước bình tai <1cm vòng ra sau trên tai về phía cằm hổ sau, sau đó lên trên và ra trước cách đường giữa khoảng 1cm - cầm máu kỹ mép da. Dùng kéo phẫu tích bóc tách da khỏi lớp cân cơ, chú ý bảo vệ động mạch thái dương nông và nhánh thần kinh mặt.

- Thì phẫu tích cân cơ vùng trán thái dương: dùng dao rạch vào đường thái dương trên nơi bám cơ thái dương. Bóc tách cân trán, lấy cân trán. Dùng elevator tách cơ thái dương khỏi xương sọ. Lấy cân cơ thái dương.

- Thì khoan mở xương: khoan ít nhất 4 lỗ với lỗ khoan quan trọng nhất lỗ ở chân bướm. Lỗ thứ hai ngay trước bình tai trên gốc cung gò má, lỗ thứ ba ở trên cách đường giữa 2 cm. Dùng dụng cụ luồn sọ tách màng cứng. Dùng khoan máy cắt sọ từ lỗ chân bướm. Sau đó dùng Goose gặm xương vùng thái dương sát nền sọ nhất có thể.

- Thì mở màng cứng: mở càng nhiều càng tốt hình sao hoặc hình chữ C...

- Thì đóng vết mổ: tạo hình màng cứng bằng cân cơ thái dương, khâu treo màng cứng, khâu cơ, đặt dẫn lưu, đóng da 2 lớp.

Kỹ thuật mở nắp sọ trán 2 bên

- Thì rạch da: Rạch da từ trái qua phải- điểm bắt đầu ở ngay trên cung gò má trước bình tai bên phải rạch qua đỉnh đầu sau khớp trán đỉnh 2 cm kết thúc trên cung gò má trái. Cầm máu kỹ mép da.

- Thì phẫu tích vạt da: phẫu tích giữa cân Galea và màng xương, cân cơ tạo vạt da. Vén vạt da xuống phía dưới bộc lộ xương trán 2 bên.

- Thì khoan mở xương: khoan ít nhất 6 lỗ với 2 lỗ khoan chân bướm 2 bên, mở nắp sọ rộng 2 bên trán xuống sát nền sọ. Giới hạn trên là khớp trán đỉnh, dưới là sát cung mày.

- Thì mở màng cứng: mở rộng 2 bên giải chèn ép, có thể thắt cắt xoang tĩnh mạch dọc trên 1/3 trước.

- Thì đóng vết mổ: tạo hình màng cứng bằng cân cơ, khâu treo màng cứng, khâu cơ, đặt dẫn lưu, đóng da 2 lớp.

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

1. Theo dõi:

- Theo dõi sát các chỉ số sinh tồn: Mạch, huyết áp, hô hấp, nhiệt độ
- Theo dõi tri giác, dẫn lưu, vết mổ

2. Xử trí tai biến:

- Chảy máu sau mổ: có thể ổ máu tụ nhỏ sau giải ép tiếp tục chảy máu tăng kích thước, chảy máu dịch ổ mổ.

- Nhiễm trùng: sưng tấy vết mổ, chảy dịch mủ vết mổ...

- Nấp sọ quá nhỏ: gây thoát vị não, chảy máu não, hoại tử và phù não. Diễn biến này tăng tỉ lệ tai biến, di chứng và tử vong. Nấp sọ nhỏ không có tác dụng giảm áp.

- Tụ dịch dưới màng cứng: có thể gây chèn ép giống máu tụ dưới màng cứng mạn tính. Điều trị dẫn lưu dịch máu tụ hoặc chọc hút.

- Não úng thủy: nguyên nhân có thể do não thoát vị ra ngoài gây não thất giãn. Điều trị bằng dẫn lưu não thất ổ bụng đặt lại xương sọ.

PHẪU THUẬT NHIỄM KHUẨN VẾT MỒ

Mã số: X-32

I. ĐẠI CƯƠNG

Nhiễm khuẩn vết mổ

thường gặp đa dạng các chuyên khoa khác nhau. Điều trị tùy các mức độ thay băng, cắt lọc, tiêu phẩu... Khi phải gây mê mổ là trường hợp thường nặng nhiễm khuẩn sâu, rộng, phức tạp, không tẽ tại chỗ được.

II. CHỈ ĐỊNH

- Các nhiễm khuẩn rộng: chấn thương, bỏng rộng..
- Các nhiễm khuẩn sâu, nhiều góc ngách
- Các nhiễm khuẩn sâu: áp xe...

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Những vết thương nhỏ, nông

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Kíp mổ khoảng 7 người: phẫu thuật viên, phụ mổ. Bác sỹ gây mê, phụ mê, dụng cụ viên, chạy ngoài, hộ lý.

2. Người bệnh

- Bệnh án: xét nghiệm cơ bản, xét nghiệm máu, bạch cầu.
- Người bệnh nhịn ăn uống từ ngày hôm trước.
- Với các nhiễm khuẩn vùng bụng, tầng sinh môn, cột sống thì thụt tháo tối hôm trước.

3. Phương tiện

- Bộ dụng cụ mổ sọ não cơ bản, kèm theo thìa nạo viêm (curette), oxy già, dẫn lưu kín.
- Dụng cụ cầm máu: dao điện đơn cực, lưỡng cực.
- Vật liệu cầm máu trong mổ: surgical, sponge...

4. Thời gian phẫu thuật: Tùy thuộc loại phẫu thuật.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Tư thế: Tư thế bộc lộ vết mổ rõ nhất, thuận lợi cho bác sỹ gây mê và phẫu thuật viên

2. Vô cảm: Mê nội khí quản

3. Kỹ thuật:

- Bước 1: Mở vết mổ.

Mở lại vết mổ cũ, cần thiết rạch rộng hơn phù hợp.

- Bước 2: Đánh giá.

+ Đánh giá thương tổn: vị trí, mức độ, bề rộng, độ sâu.

+ Quyết định xử lý: tùy theo thương tổn.

- Bước 3: Xử lý thương tổn.

+ Nạo viêm: với các viêm nhẹ, nông.

+ Cắt lọc tổ chức hoại tử: cắt lọc đến tổ chức lành.

+ Phá bỏ các đường rò, góc ngách.

+ Lấy bỏ hoàn toàn mũ, tổ chức hoại tử.

+ Lấy bỏ dị vật: phương tiện kết hợp xương, dị vật...

+ Mở rộng rãi.

+ Bơm rửa nhiều nước, oxy già, nước sát khuẩn.

- Bước 4:

+ Đóng vết mổ da thừa, có thể phải để hở.

+ Dẫn lưu rộng rãi.

+ Có thể dẫn lưu hút liên tục.

+ Trường hợp không để hở: vết thương sọ não, vết thương khớp.

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

1. Theo dõi

- Toàn trạng, mạch, huyết áp.

- Vết mổ: chảy máu, mũ, dịch...

- Chăm sóc thay băng hàng ngày, có thể thay băng nhiều lần/ngày.

2. Xử trí tai biến

- Chảy máu: băng ép, có thể mổ lại.

- Tiếp tục hoại tử: mổ tiếp.

- Nhiễm khuẩn: thay băng tốt, dùng kháng sinh đồ.

PHẪU THUẬT ĐẶT CATHETER VÀO NHU MÔ ĐO ÁP LỰC NỘI SỌ

Mã số: X-19

I. ĐẠI CƯƠNG

Tăng áp lực trong sọ là diễn biến nguy hiểm nhất trong bệnh cảnh chấn thương sọ não. Đo áp lực trong sọ là phương pháp đo trực tiếp áp lực trong hộp sọ. Nhờ phương pháp đặt catheter vào nhu mô ta có thể theo dõi áp lực trong sọ mọi thời điểm theo thời gian thực.

II. CHỈ ĐỊNH

- Người bệnh hôn mê $3 \leq$ Điểm Glasgow ≤ 8 .
- Hình ảnh cắt lớp vi tính sọ não không bình thường: chảy máu, dập não, chảy máu dưới nhện...

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Người bệnh tiền sử dùng thuốc chống đông, bệnh máu khó đông, bệnh ưa chảy máu.

IV. CHUẨN BỊ

- 1. Người thực hiện:** 4-5 người.
- 2. Người bệnh:** Gia đình người bệnh cần được giải thích kỹ về bệnh tật và quá trình cần được điều trị trước, trong và sau mổ.
- 3. Thiết bị:**
 - Dụng cụ đo áp lực nội sọ trong nhu mô gồm máy monitoring hệ thống dây cáp gắn bộ phận vi cảm biến ở đầu.
 - Bộ dụng cụ sọ não
 - Kim chỉ khâu, máy hút...
- 4. Thời gian phẫu thuật:** Bất cứ khi nào tại phòng mổ hay tại giường hồi sức.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- 1. Tư thế:** Người bệnh nằm ngửa đầu cao 15-20 độ. Cắt tóc chu vi 4x2 cm tại vị trí rạch. Sát khuẩn tê tại chỗ.
- 2. Vô cảm:** Mê nội khí quản.
- 3. Kỹ thuật:**
 - Rạch da 2 cm, bộc lộ xương sọ. Khoan 1 lỗ trên xương sọ bằng khoan chuyên dụng. Chú ý điều chỉnh nút hãm trước khi khoan để không khoan thủng màng cứng.

- Vít cố định: Sau khi đã khoan qua hai bản xương sọ rút mũi khoan. Vít chặt định cố định chuyên dụng vào xương sọ. Đinh chuyên dụng rộng lòng có hãm cố định ở đầu ngoài. Đinh chuyên dụng dùng để cố định chặt catheter vào xương sọ

- Điều chỉnh mức zero: trước khi đặt catheter vào nhu mô não. Nối hệ thống catheter với máy đo monitoring vặn núm điều chỉnh ICP trên máy về 0.

- Mở màng cứng: với kim chọc chuyên dụng.

- Đặt catheter có đầu cảm biến vào nhu mô nhẹ nhàng đưa sâu vào nhu mô. Cố định catheter vào vít hãm.

- Đóng da và băng.

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

Nhiễm trùng và chảy máu là hai biến chứng nặng nhất của phương pháp đo áp lực trong sọ. Nếu chảy máu chủ yếu do đặt catheter trong nhu mô, biến chứng nhiễm trùng liên quan chặt chẽ với chăm sóc sau mổ.

PHẪU THUẬT ÁP XE NGOÀI MÀNG TỬY

Mã số: X-35

I. ĐẠI CƯƠNG

Áp xe ngoài màng tửy là bệnh do khối mỡ nằm giữa khoang ngoài màng tửy và ống sống. Nguyên nhân của bệnh do các bệnh nhiễm trùng như lao cột sống, nhiễm trùng sau phẫu thuật cột sống, chàm cứu cột sống, nhiễm khuẩn huyết. Nếu không được chẩn đoán sớm và điều trị tích cực sẽ dẫn đến nguy cơ gây liệt và tàn phế do liệt không được hồi phục.

II. CHỈ ĐỊNH

- Tổn thương chèn ép trên 4 đốt sống
- Người bệnh có tổn thương lan rộng có triệu chứng liệt và giảm cảm giác.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Người bệnh rối loạn đông máu nặng, không đảm bảo gây mê.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện:

Kíp mổ khoảng 7 người: phẫu thuật viên, phụ mổ. Bác sỹ gây mê, phụ mê, dụng cụ viên, chạy ngoài, hộ lý.

2. Người bệnh

- Bệnh án: xét nghiệm cơ bản, xét nghiệm máu, bạch cầu...
- Người bệnh nhịn ăn uống, tuyệt đối từ ngày hôm trước.
- Người bệnh và gia đình được giải thích trước mổ.

3. Phương tiện

- Bộ dụng cụ mổ tửy sống cơ bản, kèm theo thìa nạo viêm (curette), oxy già, dẫn lưu kín.
- Kính vi phẫu.
- Khoan mài, cắt xương cột sống kèm mũi khoan chuyên dụng.
- Vật liệu cầm máu.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Tư thế: Tư thế bộc lộ vết mổ rõ nhất, thuận lợi cho phẫu thuật viên.

2. Vô cảm: Mê nội khí quản.

3. Kỹ thuật:

- Bước 1: Rửa da.
- + Dựa trên tổn thương trên phim Xquang, phim cộng hưởng từ.

- + Bóc tách cân cơ vào ổ áp xe.
- Bước 2: Đánh giá.
- + Đánh giá thương tổn: vị trí, mức độ, bề rộng, độ sâu.
- + Quyết định xử lý: tùy theo thương tổn.
- Bước 3: Xử lý thương tổn.
- + Cắt lọc tổ chức hoại tử: cắt lọc đến tổ chức lành.
- + Phá bỏ các đường rò, góc ngách.
- + Lấy bỏ hoàn toàn mũ, tổ chức hoại tử làm xét nghiệm vi sinh.
- + Lấy bỏ dị vật: phương tiện kết hợp xương, dị vật...
- + Mở rộng rãi.
- + Bơm rửa nhiều nước, oxy già, nước sát khuẩn.
- Bước 4:
- + Đóng vết mổ da thừa, có thể phải để hở.
- + Dẫn lưu rộng rãi.
- + Có thể dẫn lưu hút liên tục.

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

1. Theo dõi

- Toàn trạng, mạch, huyết áp.
- Vết mổ: chảy máu, mũ, dịch...
- Chăm sóc thay băng hàng ngày, có thể thay băng nhiều lần/ngày.

2. Xử trí tai biến

- Chảy máu: băng ép, có thể mổ lại.
- Nhiễm khuẩn: thay băng tốt, dùng kháng sinh đồ.

PHẪU THUẬT ÁP XE DƯỚI MÀNG TỦY

Mã số: X-36

I. ĐẠI CƯƠNG

Áp xe dưới màng tủy là bệnh do khối mỡ nằm giữa khoang dưới màng tủy và ống sống. Nguyên nhân của bệnh do các bệnh nhiễm trùng như lao cột sống, nhiễm trùng sau phẫu thuật cột sống, châm cứu cột sống, nhiễm khuẩn huyết.

II. CHỈ ĐỊNH

- Tổn thương chèn ép trên 4 đốt sống.
- Người bệnh có tổn thương lan rộng có triệu chứng liệt và giảm cảm giác.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Người bệnh có rối loạn đông máu nặng, người bệnh không đảm bảo gây mê.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện: Kíp mổ khoảng 7 người: phẫu thuật viên, phụ mổ. Bác sỹ gây mê, phụ mê, dụng cụ viên, chạy ngoài, hộ lý.

2. Người bệnh:

- Bệnh án: xét nghiệm cơ bản, xét nghiệm máu, bạch cầu..
- Người bệnh nhịn ăn uống từ ngày hôm trước.
- Thụt tháo tối hôm trước.
- Người bệnh và gia đình được giải thích trước mổ.

3. Phương tiện:

Các dụng cụ mổ cột sống, kèm theo thìa nạo viêm (curette), oxy già, dẫn lưu kín, C-arm nếu cần tùy trường hợp, kính vi phẫu nếu cần thiết.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Tư thế: Tư thế bộc lộ vết mổ rõ nhất, thuận lợi cho bác sỹ gây mê và phẫu thuật viên.

2. Vô cảm: Mê nội khí quản.

3. Kỹ thuật:

- Bước 1: Rửa da.
- + Dựa trên tổn thương trên phim Xquang, phim cộng hưởng từ.
- + Bóc tách cân cơ bộc lộ vùng cung sau cột sống.
- Bước 2: Mở xương.
- + Dùng dụng cụ găm bỏ gai sau đốt sống.

- + Dùng Kerisson và Goose găm bỏ cung sau cột sống theo tổn thương.
- Bước 3: Mở màng cứng.
- + Cầm máu kỹ trước mở màng cứng, bơm rửa sạch ổ mô.
- + Mở màng cứng tùy bằng kéo vi phẫu.
- + Đánh giá tổn thương.
- Bước 4: Xử lý thương tổn.
- + Phá bỏ các đường rò, góc ngách.
- + Lấy bỏ hoàn toàn mũ, tổ chức hoại tử làm xét nghiệm vi sinh.
- + Mở rộng rãi.
- + Bơm rửa nhiều nước, kháng sinh.
- Bước 5:
- + Tạo hình màng cứng.
- + Đóng vết mổ da thưa, có thể phải để hở.
- + Dẫn lưu rộng rãi.
- + Có thể dẫn lưu hút liên tục.

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

1. Theo dõi

- Toàn trạng, mạch, huyết áp.
- Vết mổ: chảy máu, mũ, dịch...
- Chăm sóc thay băng hàng ngày, có thể thay băng nhiều lần/ngày.

2. Xử trí tai biến

- Chảy máu: băng ép, có thể mổ lại.
- Nhiễm khuẩn: thay băng tốt, dùng kháng sinh đồ.

PHẪU THUẬT ĐIỀU TRỊ VIÊM XƯƠNG ĐÓT SỐNG

Mã số: X-37

I. ĐẠI CƯƠNG

Bệnh lý “viêm xương đốt sống” phải mổ thường đề cập đến là áp xe cột sống do lao. Vị trí tổn thương cột sống hay gặp là vùng cột sống thắt lưng. Các bệnh lý viêm cột sống, đĩa đệm khác thường điều trị nội khoa.

II. CHỈ ĐỊNH

- Áp xe cột sống (thường do lao) kèm theo:
- Chèn ép tủy.
- Hội chứng đuôi ngựa.
- Tổn thương phá hủy làm mất vững thân đốt sống.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Các nhiễm trùng lan tỏa.
- Viêm đĩa đệm thông thường.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- Kíp mổ: tổng số 7 người.
- Phẫu thuật viên (PTV) chuyên khoa ngoại thần kinh hoặc phẫu thuật cột sống.

2. Người bệnh

- Bệnh án: phim chụp Xquang cột sống thắt lưng thẳng nghiêng, chụp cộng hưởng từ (CHT), CLVT cột sống. Các xét nghiệm cơ bản khác: máu, siêu âm..

- Ngày trước mổ: thụt tháo (uống thuốc tẩy và dùng Microlax). Vệ sinh chung, tắm rửa chung. Nhịn ăn uống tối trước mổ.

3. Phương tiện

- Các phương tiện cơ bản: dao điện đơn cực, lưỡng cực, chỉ tiêu Vicryl 2-0, số 1..., surgicel, xi xương, bộ dẫn lưu kín, sonde tiểu, các đường truyền.

- Các phương tiện chuyên khoa: Banh vết mổ cột sống (loại to). Bộ nẹp Vis cột sống lưng, ốc khóa, thanh Rod, thanh ngang. Panh lấy đĩa đệm (quay lên, xuống, thẳng). Khoan mài. Máy C-arm chụp kiểm tra.

- Bộ dụng cụ cột sống chuyên dụng.

4. Thời gian phẫu thuật: Khoảng 2-3 giờ

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Tư thế

- Người bệnh nằm sấp, kê ngực, bụng.
- Xác định đốt tổn thương bằng C-arm.

2. Vô cảm

- Mê nội khí quản.
- Tại chỗ gây tê + Adrelinin trắng ống tác dụng cầm máu.

3. Kỹ thuật: (Mô tả các thì hoặc các bước thực hiện kỹ thuật).

- Bước 1: Rạch da.
 - + Rạch da đường giữa sau (Midline).
 - + Bộc lộ cung sau, xác định các mốc bắt vis qua cuống.
- Bước 2: Nẹp vis, cố định cột sống.
 - + Làm dưới hướng dẫn C-arm. Nẹp vis cố định cột sống qua cuống. Bắt trên và dưới đốt tổn thương 2 đốt (thường 8 vis), không bắt vào đốt tổn thương.
 - + Đặt Rod, ốc khóa trong, đoãng nẹp, siết ốc cố định.
- Bước 3: Mở cung sau lấy áp xe, giải ép.
 - + Mở cung sau giải phóng chèn ép, lấy tổ chức áp xe gửi giải phẫu bệnh.
 - + Phía trước lấy nhẹ nhàng qua động tác vén tửy bằng panh các hướng.
- Bước 4: Đóng vết mổ.
 - + Cầm máu tốt: dao điện lưỡng cực và các vật liệu cầm máu.
 - + Đặt 1 dẫn lưu kín áp lực âm.

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

1. Theo dõi

- Các dấu hiệu sinh tồn: mạch, nhiệt độ, huyết áp.
- Dấu hiệu liệt tiền triền.
- Dẫn lưu: rút sau 48 giờ.
- Khi bệnh ổn định cắt chỉ, sớm gửi điều trị chuyên khoa lao theo phác đồ.

2. Xử trí tai biến

- Liệt tiền triền: do chảy máu → mổ lại cầm máu.
- Bụng chướng: sonde dạ dày, hậu môn.

PHẪU THUẬT XỬ LÝ NHIỄM KHUẨN VẾT MỔ

Mã số: X-38

I. ĐẠI CƯƠNG

Nhiễm khuẩn vết mổ thường gặp đa dạng các chuyên khoa khác nhau. Điều trị tùy các mức độ thay băng, cắt lọc, tiểu phẫu... Khi phải gây mê mổ là trường hợp thường nặng: nhiễm khuẩn sâu, rộng, phức tạp... không tê tại chỗ được.

II. CHỈ ĐỊNH

- Các nhiễm khuẩn rộng: chấn thương, bỏng rộng..
- Các nhiễm khuẩn sâu, nhiều góc ngách.
- Các nhiễm khuẩn sâu: áp xe...

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Cho những vết thương nhỏ, nông.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Kíp mổ khoảng 7 người: phẫu thuật viên, phụ mổ. Bác sỹ gây mê, phụ mê, dụng cụ viên, chạy ngoài, hộ lý.

2. Người bệnh

- Bệnh án: xét nghiệm cơ bản, xét nghiệm máu, bạch cầu...
- Người bệnh nhịn ăn uống từ ngày hôm trước.
- Với các nhiễm khuẩn vùng bụng, tầng sinh môn, cột sống thì thụt tháo tối hôm trước.

3. Phương tiện

- Bộ dụng cụ mổ cơ bản, kèm theo thìa nạo viêm (curette), oxy già, dẫn lưu kín.
- Dụng cụ cầm máu: dao mổ đơn cực, lưỡng cực.
- Vật liệu cầm máu trong mổ.

4. Thời gian phẫu thuật: Tùy thuộc loại phẫu thuật.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Tư thế: Tư thế bộc lộ vết mổ rõ nhất, thuận lợi cho bác sỹ gây mê và phẫu thuật viên.

2. Vô cảm: Mê nội khí quản.

3. Kỹ thuật:

- Bước 1: Mở vết mổ.

Mở lại vết mổ cũ, cần thiết rạch rộng hơn phù hợp.

- Bước 2: Đánh giá.

+ Đánh giá thương tổn: vị trí, mức độ, bề rộng, độ sâu.

+ Quyết định xử lý: tùy theo thương tổn.

- Bước 3: Xử lý thương tổn.

+ Nạo viêm: với các viêm nhẹ, nông.

+ Cắt lọc tổ chức hoại tử: cắt lọc đến tổ chức lành.

+ Phá bỏ các đường rò, góc ngách.

+ Lấy bỏ hoàn toàn mũ, tổ chức hoại tử.

+ Lấy bỏ dị vật: phương tiện kết hợp xương, dị vật..

+ Mở rộng rãi.

+ Bơm rửa nhiều nước, oxy già, nước sát khuẩn.

- Bước 4:

+ Đóng vết mổ da thưa, có thể phải để hở.

+ Dẫn lưu rộng rãi.

+ Có thể dẫn lưu hút liên tục

+ Trường hợp không để hở: vết thương sọ não, vết thương khớp.

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

1. Theo dõi

- Toàn trạng, mạch, huyết áp.

- Vết mổ: chảy máu, mũ, dịch...

- Chăm sóc thay băng hàng ngày, có thể thay băng nhiều lần/ngày.

2. Xử trí tai biến

- Chảy máu: băng ép, có thể mổ lại.

- Tiếp tục hoại tử: mổ tiếp.

- Nhiễm khuẩn: thay băng tốt, dùng kháng sinh đồ.

PHẪU THUẬT CẮT BỎ ĐƯỜNG RÒ DƯỚI DA - DƯỚI MÀNG TỦY

Mã số: X-45

I. ĐẠI CƯƠNG

Đường rò dưới da-dưới màng tủy hay xảy ra sau các can thiệp mổ vào vùng cột sống: lấy thoát vị, nẹp vít.

II. CHỈ ĐỊNH

Đường rò chảy dịch não tủy ra da thất bại với điều trị bảo tồn

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

IV. CHUẨN BỊ

1. **Người thực hiện:** Kíp mổ khoảng 7 người

2. **Người bệnh:**

- Bệnh án: xét nghiệm cơ bản, phim chụp cột sống XQ, CT, CHT
- Thụt tháo trước mổ

3. **Phương tiện:**

- Dụng cụ mổ cơ bản
- Dụng cụ vi phẫu: kéo, spatula, móc...
- Kính vi phẫu

4. **Thời gian phẫu thuật:** 4-5 giờ

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. **Tư thế:** Nằm sấp

2. **Vô cảm:** Mê nội khí quản

3. **Kỹ thuật:**

- Bước 1: Rửa da

Phẫu tích theo đường rò

- Bước 2: Đánh giá thương tổn

+ Kính vi phẫu: phẫu tích đến màng tủy rách

+ Xử lý các thương tổn phối hợp: nhiễm khuẩn, viêm, dị vật..

- Bước 3:

Xử lý: Khâu, vá tạo hình lại màng tủy bằng vật liệu tự thân (cân cơ, lấy từ đùi)

- Bước 4: Đóng vết mổ

Đóng các lớp giải phẫu chắc chắn

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

1. Theo dõi: Toàn thân

2. Xử trí tai biến: Chảy máu: băng ép nhẹ

PHẪU THUẬT LẤY BỎ NANG MÀNG TỦY (MENINGEAL CYSTS) TRONG ÓNG SỐNG BẰNG ĐƯỜNG VÀO PHÍA SAU

Mã số: X-46

I. ĐẠI CƯƠNG

Nang màng tủy là một bệnh hiếm gặp, chiếm tỷ lệ chưa đến 2% so với các khối u trong cơ thể nói chung và chiếm tỷ lệ 15% các u thuộc hệ thống thần kinh trung ương. Đây là những tổn thương lành tính, ranh giới rõ, phẫu thuật có thể lấy được toàn bộ nang, ít gây tổn thương tủy-rễ thần kinh.

II. CHỈ ĐỊNH

- Chỉ định tuyệt đối với những nang màng tủy kích thước lớn, gây chèn ép tủy hay rễ thần kinh. Người bệnh có biểu hiện trên lâm sàng tương ứng với nang màng tủy.

- Chỉ định tương đối với những trường hợp nang màng tủy cổ cao quá lớn và người bệnh đến giai đoạn muộn, những người bệnh già yếu, những người bệnh có lao phổi tiến triển, những bệnh lý ác tính cột sống đã rõ ràng, di căn tràn lan.

- Điều trị ngoại khoa có kết quả tùy thuộc nhiều yếu tố trong đó việc chẩn đoán sớm là vô cùng quan trọng. Các tác giả trong và ngoài nước đều cho rằng: phẫu thuật vào giai đoạn đầu sẽ đem lại nhiều kết quả tốt.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Bệnh lý toàn thân phối hợp nặng.
- Nang tủy cổ cao quá lớn, phẫu thuật không đem lại kết quả khả quan.
- Người bệnh đến giai đoạn muộn, những người bệnh già yếu, những người bệnh có lao phổi tiến triển, những bệnh lý ác tính cột sống đã rõ ràng, di căn tràn lan.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- Hai bác sỹ: một Phẫu thuật viên (PTV) thần kinh chính và một phụ phẫu thuật.
- Hai điều dưỡng: một điều dưỡng tham gia trực tiếp vào cuộc mổ chuẩn bị dụng cụ và phục vụ dụng cụ cho PTV, một điều dưỡng chạy ngoài phục vụ điều dưỡng tham gia mổ.
- Kíp gây mê: bác sỹ gây mê, kỹ thuật viên phụ gây mê.

2. Người bệnh

- Được giải thích rõ về các nguy cơ tai biến trong và sau mổ: các tai biến liên quan đến tổn thương tủy hay rễ thần kinh.

- Vệ sinh, thực tháo sạch đường hậu môn từ đêm trước mổ.

3. Phương tiện kỹ thuật

- Bộ dụng cụ phẫu thuật cột sống thường quy: dao mổ lưỡi to và lưỡi nhỏ (12-15mm) cán dài, cò súng 2mm-3mm, panh gấp đĩa đệm thẳng và chéch lên trên xuống dưới, phẫu tích không răng và có răng, kìm mang kim, máy hút, dao điện đơn cực và lưỡng cực.

- Dụng cụ tiêu hao: 20 gạc con, 01 gói bông nhỏ, 01 sợi vicryl số 1, 01 sợi vicryl 2.0, 01 sợi etilon 4.0, 01 gói sáp sọ, 01 gói surgisel.

- Hoàn thiện hồ sơ bệnh án đầy đủ theo quy định, có cam kết của gia đình người bệnh.

4. Thời gian phẫu thuật: từ 60 đến 120 phút tùy theo vị trí, tính chất, kích thước của nang màng tủy.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Tư thế: Người bệnh nằm sấp kê cao 2 gai chậu và 2 vai.

2. Vô cảm: gây mê hay gây tê tủy sống.

3. Kỹ thuật:

- Xác định vị trí rạch da bằng máy chụp X quang trong mổ hoặc đếm khoang liên gai sau từ dưới lên hoặc từ trên xuống.

- Gây tê vùng mổ bằng hỗn hợp Adrelinin và Xylocain 1/100.000 ở cơ cạnh sống.

- Rạch da và bộc lộ vị trí phẫu thuật là đường nối giữa hai mỏm gai sau.

- Mở cung sau tương ứng với vị trí của nang. Mở dây chằng vàng và cắt bỏ dây chằng vàng bằng kìm cò súng hoặc bằng dao nhọn.

- Mở màng cứng tương ứng với vị trí của nang. Ban đầu có thể mở nhỏ để thăm dò vị trí nang, sau nếu cần thiết mới mở rộng màng cứng.

- Bộc lộ u, tách nang khỏi tủy sống và các rễ thần kinh. Tránh gây tổn thương tủy sống và các rễ thần kinh trong quá trình thao tác.

- Cầm máu kỹ.

- Đóng kín lại màng cứng bằng chỉ prolene 4.0 hay 5.0.

- Đóng cơ và cân bằng vicryl số 0. Đóng lớp dưới da bằng vicryl 2.0. Đóng da bằng etilon 4.0. Nếu cần có thể đặt dẫn lưu vào ổ mổ.

VI. THEO DÕI SAU MỔ VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

1. Theo dõi sau mổ

- Toàn trạng: mạch, huyết áp.

Ngoại Thần kinh

- Chảy máu vết mổ.
- Tổn thương tủy hay các rễ thần kinh.

2. Xử trí tai biến

- Rách màng cứng: khâu vá lại bằng prolene 4.0.
- Tổn thương tủy, rễ thần kinh: điều trị bằng corticoid, phục hồi chức năng.
- Chảy máu vết mổ: khâu tăng cường để cầm máu.
- Rò dịch não tủy sau mổ: mổ lại vá rò.

PHẪU THUẬT U RỄ THẦN KINH NGOÀI MÀNG TỦY KÈM TÁI TẠO ĐỐT SỐNG BẰNG ĐƯỜNG VÀO PHÍA SAU

Mã số: X-51

I. ĐẠI CƯƠNG

U tủy là một bệnh hiếm gặp, chiếm tỷ lệ 2,06% so với các khối u trong cơ thể nói chung và chiếm tỷ lệ 15% các u thuộc hệ thống thần kinh trung ương. U tủy ít hơn u não 4 - 6 lần ở người lớn; ở trẻ em u tủy rất hiếm gặp. U ngoài tủy (extramedulle tumor) hay gặp, người ta chia như sau: U ngoài tủy- dưới màng cứng (intradural- extramedulle tumor) và U ngoài tủy-ngoài màng cứng (extradural-extramedulle tumor): thường là những u di căn, u máu hoặc u xương... chiếm tỷ lệ thấp khoảng 15 - 25%.

II. CHỈ ĐỊNH

- Chỉ định phẫu thuật tuyệt đối cho tất cả các người bệnh đã được xác định có u tủy ăn lan vào thân đốt sống gây biến dạng cột sống

- Chỉ định tương đối với những trường hợp u tủy cổ cao quá lớn và người bệnh đến giai đoạn muộn, những người bệnh già yếu, những người bệnh có lao phổi tiến triển, những bệnh lý ác tính cột sống đã rõ ràng, di căn tràn lan.

- Chỉ định mổ cấp cứu trong những trường hợp u bị tụt kẹt hoặc chảy máu trong u gây liệt chi, gây bí tiểu một cách đột ngột.

- Điều trị ngoại khoa có kết quả tùy thuộc nhiều yếu tố trong đó việc chẩn đoán sớm là vô cùng quan trọng. Các tác giả trong và ngoài nước đều cho rằng phẫu thuật vào giai đoạn đầu sẽ đem lại nhiều kết quả tốt.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Bệnh lý toàn thân phối hợp nặng.

- U tủy cổ cao quá lớn, phẫu thuật không đem lại kết quả khả quan.

- Người bệnh đến giai đoạn muộn, những người bệnh già yếu, những người bệnh có lao phổi tiến triển, những bệnh lý ác tính cột sống đã rõ ràng, di căn tràn lan.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- Hai bác sỹ: một Phẫu thuật viên (PTV) chính và một phụ phẫu thuật.

- Hai điều dưỡng: một điều dưỡng tham gia trực tiếp vào cuộc mổ chuẩn bị dụng cụ và phục vụ dụng cụ cho PTV, một điều dưỡng chạy ngoài phục vụ điều dưỡng tham gia mổ.

- Kíp gây mê: bác sỹ gây mê, kỹ thuật viên phụ gây mê.

2. Người bệnh

Ngoại Thần kinh

- Được giải thích rõ về các nguy cơ tai biến trong và sau mổ: các tai biến liên quan đến tổn thương tủy hay rễ thần kinh (TK).

- Vệ sinh, thật sạch đường hậu môn từ đêm trước mổ.

3. Phương tiện kỹ thuật

- Bộ dụng cụ phẫu thuật cột sống thường quy: dao mổ lưỡi to và lưỡi nhỏ (12-15mm) cán dài, cò súng 2mm-3mm, panh gấp đĩa đệm thẳng và chệnh lên trên xuống dưới, phẫu tích không răng và có răng, kìm mang kim, máy hút, dao điện đơn cực và lưỡng cực.

- Bộ dụng cụ mổ tái tạo thân đốt sống (ĐS): lồng titanium, nẹp vis cố định.

- Dụng cụ tiêu hao: 20 gạc con, 01 gói bông nhỏ, 01 sợi vicryl số 1, 01 sợi vicryl 2.0, 01 sợi etilon 4.0, 01 gói sáp sọ, 01 gói surgisel.

- Hoàn thiện hồ sơ bệnh án đầy đủ theo quy định, có cam kết của gia đình người bệnh.

4. Thời gian: khoảng 120 phút.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Tư thế: Người bệnh được đặt nằm sấp, kê cao hai gai chậu và vai,

2. Vô cảm: Gây mê nội khí quản.

3. Kỹ thuật:

- Xác định vị trí rạch da bằng máy chụp x quang trong mổ hoặc đếm khoang liên gai sau từ dưới lên hoặc từ trên xuống.

- Gây tê vùng mổ bằng hỗn hợp Adrelinin và Xylocain 1/100.000 ở cơ cạnh sống.

- Rạch da và bộc lộ vị trí phẫu thuật là đường nối giữa hai mỏm gai sau.

- Mở cung sau tương ứng với vị trí của u. Mở dây chằng vàng và cắt bỏ dây chằng vàng bằng kìm cò súng hoặc bằng dao nhọn.

- Bộc lộ u, tách u khỏi màng tủy và các rễ thần kinh. Tùy theo tính chất u mà lấy u từng phần hay toàn phần. Tránh gây tổn thương màng tủy và các rễ thần kinh trong quá trình thao tác.

- Lấy bỏ thân đốt sống bị thương tổn bằng cách đào đường hầm dọc theo trục giữa thân đốt sống tới dây chằng dọc sau, để lại hai thành bên của thân đốt sống.

- Ghép xương chậu vào phần xương bị lấy bỏ đi.

- BẮT nẹp vít vào hai thân đốt sống trên và dưới liền kề.

- Hiện nay có thể áp dụng đặt lồng titan thay thế cho xương chậu vào vị trí thân đốt sống đã lấy đi. Kích thước lồng titan phụ thuộc vào chiều cao của thân

đốt sống đã được lấy đi. Lòng titan có thể kết hợp với ghép xương xốp của chính người bệnh hay xương nhân tạo.

- Nếu rách màng tủy, đóng kín lại bằng chỉ prolen 4.0 hay 5.0.
- Đóng cơ và cân bằng vicryl số 0. Đóng lớp dưới da bằng vicryl 2.0. Đóng da bằng etilon 4.0. Nếu cần có thể đặt dẫn lưu vào ổ mổ.

VI. THEO DÕI SAU MỔ VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

1. Theo dõi sau mổ

- Toàn trạng: mạch, huyết áp
- Chảy máu vết mổ
- Tổn thương tủy hay các rễ thần kinh.
- Người bệnh được nẹp hỗ trợ bên ngoài bằng nẹp cứng trong 4-6 tuần
- Phục hồi chức năng sau mổ
- Sau 1 tháng cần chụp X.Quang cột sống để đánh giá tình trạng liên xương và phát hiện các di lệch thứ phát do khớp giả...

2. Xử trí tai biến

- Rách màng cứng: khâu vá lại bằng prolene 4.0
- Tổn thương tủy, rễ thần kinh: điều trị bằng corticoid, phục hồi chức năng.
- Chảy máu vết mổ: khâu tăng cường để cầm máu
- Rò dịch não tủy (DNT) sau mổ: mổ lại vá rò.

PHẪU THUẬT U TRONG VÀ NGOÀI ÓNG SỐNG, KHÔNG TÁI TẠO ĐÓT SỐNG, BẰNG ĐƯỜNG VÀO PHÍA SAU HOẶC SAU NGOÀI

Mã số: X-52

I. ĐẠI CƯƠNG

U tủy là một bệnh hiếm gặp, chiếm tỷ lệ 2,06% so với các khối u trong cơ thể nói chung và chiếm tỷ lệ 15% các u thuộc hệ thống thần kinh trung ương. U tủy ít hơn u não 4-6 lần ở người lớn; ở trẻ em u tủy rất hiếm gặp. Điều trị ngoại khoa có kết quả tùy thuộc nhiều yếu tố trong đó việc chẩn đoán sớm là vô cùng quan trọng. Các tác giả trong và ngoài nước đều cho rằng phẫu thuật vào giai đoạn đầu sẽ đem lại nhiều kết quả tốt.

II. CHỈ ĐỊNH

- Chỉ định phẫu thuật tuyệt đối cho tất cả các người bệnh đã được xác định có u tủy.
- Chỉ định tương đối với những trường hợp u tủy cỡ cao quá lớn và người bệnh đến giai đoạn muộn, những người bệnh già yếu, những người bệnh có lao phổi tiến triển, những bệnh lý ác tính cột sống đã rõ ràng, di căn tràn lan.
- Chỉ định mổ cấp cứu trong những trường hợp u bị tụt kẹt hoặc chảy máu trong u gây liệt chi, gây bí tiểu một cách đột ngột.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Bệnh lý toàn thân phối hợp nặng.
- U tủy cỡ cao quá lớn, phẫu thuật không đem lại kết quả khả quan.
- Người bệnh đến giai đoạn muộn, những người bệnh già yếu, những người bệnh có lao phổi tiến triển, những bệnh lý ác tính cột sống đã rõ ràng, di căn tràn lan.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- Hai bác sỹ: một Phẫu thuật viên (PTV) chính và một phụ phẫu thuật.
- Hai điều dưỡng: một điều dưỡng tham gia trực tiếp vào cuộc mổ chuẩn bị dụng cụ và phục vụ dụng cụ cho PTV, một điều dưỡng chạy ngoài phục vụ điều dưỡng tham gia mổ.
- Kíp gây mê: bác sỹ gây mê, kỹ thuật viên phụ gây mê.

2. Người bệnh

- Được giải thích rõ về các nguy cơ tai biến trong và sau mổ: các tai biến liên quan đến tổn thương tủy hay rễ thần kinh (TK).
- Vệ sinh, thụt tháo sạch đường hậu môn từ đêm trước mổ.

3. Phương tiện kỹ thuật

- Bộ dụng cụ phẫu thuật cột sống thường quy: dao mổ lưỡi to và lưỡi nhỏ (12-15mm) cán dài, cò súng 2mm-3mm, panh gấp đĩa đệm thẳng và chệnh lên trên xuống dưới, phẫu tích không răng và có răng, kim mang kim, máy hút, dao điện đơn cực và lưỡng cực.

- Dụng cụ tiêu hao: 20 gạc con, 1 gói bông nhỏ, 1 sợi vicryl số 1, 1 sợi vicryl 2.0, 1 sợi etilon 4.0, 1 gói sáp sọ, 1 gói surgisel.

- Hoàn thiện hồ sơ bệnh án đầy đủ theo quy định, có cam kết của gia đình người bệnh.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Tư thế: người bệnh được đặt nằm sấp, kê cao hai gai chậu và vai.

2. Vô cảm: Gây mê nội khí quản.

3. Kỹ thuật:

- Xác định vị trí rạch da bằng máy chụp x quang trong mổ hoặc đếm khoang liên gai sau từ dưới lên hoặc từ trên xuống.

- Gây tê vùng mổ bằng hỗn hợp Adrelinin và Xylocain 1/100.000 ở cơ cạnh sống.

- Rạch da và bộc lộ vị trí phẫu thuật là đường nối giữa hai móm gai sau hoặc đường bên cạnh cột sống.

- Mở cung sau tương ứng với vị trí của u. Mở dây chằng vàng và cắt bỏ dây chằng vàng bằng kim cò súng hoặc bằng dao nhọn.

- Nếu khối u ngoài ống sống: có thể thấy được tổ chức u ngay, tiến hành lấy u từng phần hoặc cả khối.

- Nếu khối u trong ống sống, dưới màng tủy: Mở màng cứng tương ứng với vị trí của u. Ban đầu có thể mở nhỏ để thăm dò vị trí u, sau nếu cần thiết mới mở rộng màng cứng.

- Bộc lộ u, tách u khỏi tủy sống và các rễ thần kinh. Tùy theo tính chất u mà lấy u từng phần hay toàn phần. Tránh gây tổn thương tủy sống và các rễ thần kinh trong quá trình thao tác.

- Cầm máu kỹ diện cắt u.

- Đóng kín lại màng cứng bằng chỉ prolene 4.0 hay 5.0.

- Đóng cơ và cân bằng vicryl số 0. Đóng lớp dưới da bằng vicryl 2.0. Đóng da bằng etilon 4.0. Nếu cần có thể đặt dẫn lưu vào ổ mổ.

VI. THEO DÕI SAU MỔ VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

1. Theo dõi sau mổ:

- Toàn trạng: mạch, huyết áp.

- Chảy máu vết mổ.

Ngoại Thần kinh

- Tổn thương tủy hay các rễ thần kinh.

2. Xử trí tai biến:

- Rách màng cứng: khâu vá lại bằng prolene 4.0.
- Tổn thương tủy, rễ thần kinh: điều trị bằng corticoid, phục hồi chức năng.
- Chảy máu vết mổ: khâu tăng cường để cầm máu.
- Rò dịch não tủy sau mổ: mổ lại vá rò.

PHẪU THUẬT U TRONG VÀ NGOÀI ỚNG SỐNG, KÈM TÁI TẠO ĐÓT SỐNG, BẰNG ĐƯỜNG VÀO PHÍA TRƯỚC HOẶC TRƯỚC NGOÀI

Mã số: X-53

I. ĐẠI CƯƠNG

U tủy là một bệnh hiếm gặp, chiếm tỷ lệ 2,06% so với các khối u trong cơ thể nói chung và chiếm tỷ lệ 15% các u thuộc hệ thống thần kinh trung ương. U tủy ít hơn u não 4 - 6 lần ở người lớn; ở trẻ em u tủy rất hiếm gặp. Điều trị ngoại khoa có kết quả tùy thuộc nhiều yếu tố trong đó việc chẩn đoán sớm là vô cùng quan trọng. Các tác giả trong và ngoài nước đều cho rằng: phẫu thuật vào giai đoạn đầu sẽ đem lại nhiều kết quả tốt.

II. CHỈ ĐỊNH

- Chỉ định phẫu thuật tuyệt đối: người bệnh đã được xác định có u tủy mà khối u xâm lấn vào thân đốt sống, làm biến dạng cột sống.

- Chỉ định tương đối với những trường hợp u tủy cỡ cao quá lớn và người bệnh đến giai đoạn muộn, những người bệnh già yếu, những người bệnh có lao phổi tiến triển, những bệnh lý ác tính cột sống đã rõ ràng, di căn tràn lan.

- Chỉ định mổ cấp cứu trong những trường hợp u bị tụt kẹt hoặc chảy máu trong u gây liệt chi, gây bí tiểu một cách đột ngột.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Bệnh lý toàn thân phối hợp nặng.

- U tủy cỡ cao quá lớn, phẫu thuật không đem lại kết quả khả quan.

- Người bệnh đến giai đoạn muộn, những người bệnh già yếu, những người bệnh có lao phổi tiến triển, những bệnh lý ác tính cột sống đã rõ ràng, di căn tràn lan.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- Hai bác sỹ: một Phẫu thuật viên (PTV) chính và một phụ phẫu thuật

- Hai điều dưỡng: một điều dưỡng tham gia trực tiếp vào cuộc mổ chuẩn bị dụng cụ và phục vụ dụng cụ cho PTV, một điều dưỡng chạy ngoài phục vụ điều dưỡng tham gia mổ

- Kíp gây mê: bác sỹ gây mê, kỹ thuật viên phụ gây mê

2. Người bệnh

- Được giải thích rõ về các nguy cơ tai biến trong và sau mổ: các tai biến liên quan đến tổn thương tủy hay rễ thần kinh.

- Vệ sinh, thụt tháo sạch đường hậu môn từ đêm trước mổ.

3. Phương tiện kỹ thuật

- Bộ dụng cụ phẫu thuật cột sống thường quy: dao mổ lưỡi to và lưỡi nhỏ (12-15mm) cán dài, cò súng 2mm-3mm, panh gấp đĩa đệm thẳng và chệnh lên trên xuống dưới, phẫu tích không răng và có răng, kìm mang kim, máy hút, dao điện đơn cực và lưỡng cực.

- Bộ dụng cụ mổ tái tạo thân đốt sống: lồng titanium, nẹp vis cố định.

- Dụng cụ tiêu hao: 20 gạc con, 1 gói bông nhỏ, 1 sợi vicryl số 1, 1 sợi vicryl 2.0, 1 sợi etilon 4.0, 1 gói sáp sọ, 1 gói surgisel.

- Hoàn thiện hồ sơ bệnh án đầy đủ theo quy định, có cam kết của gia đình người bệnh.

4. Thời gian mổ: từ 120 đến 180 phút tùy theo vị trí u, tính chất của u.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Tư thế: Người bệnh nằm ngửa hoặc nghiêng 90 độ.

2. Vô cảm: gây mê nội khí quản.

3. Thực hiện phẫu thuật:

- Xác định vị trí rạch da bằng máy chụp x quang trong mổ

- Rạch da đường thẳng giữa hay đường sườn thắt lưng .

- Đối với cột sống cổ: rạch da đường cổ bên, bờ trước cơ ức đòn chũm.

- Bóc tách qua lớp phúc mạc, vén ruột sang 1 bên (đối với đường mổ trước) hoặc tách khối cơ thắt lưng chậu sang bên (đối với đường mổ trước bên)

- Bóc tách vào máng cảnh, tách động mạch cảnh sang 1 bên, thực quản và khí quản sang bên đối diện.

- Bộc lộ vào thân đốt sống tương ứng vị trí u.

- Dùng dụng cụ lấy bỏ thân đốt sống bị tổn thương.

- Bộc lộ u, tách u khỏi tủy sống và các rễ thần kinh. Tùy theo tính chất u mà lấy u từng phần hay toàn phần. Tránh gây tổn thương tủy sống và các rễ thần kinh trong quá trình thao tác.

- Cầm máu kỹ điện cắt u.

- Đóng kín lại màng cứng bằng chỉ prolene 4.0 hay 5.0.

- Lấy bỏ thân đốt sống bị thương tổn bằng cách đào đường hầm dọc theo trục giữa thân đốt sống tới dây chằng dọc sau, để lại hai thành bên của thân đốt sống.

- Ghép xương chậu vào phần xương bị lấy bỏ đi.

- Bắ nẹp vít vào hai thân đốt sống trên và dưới liền kề.

- Hiện nay có thể áp dụng đặt lồng titan thay thế cho xương chậu vào vị trí thân đốt sống đã lấy đi. Kích thước lồng titan phụ thuộc vào chiều cao của thân đốt sống đã được lấy đi. Lồng titan có thể kết hợp với ghép xương xốp của chính người bệnh hay xương nhân tạo.

- Đóng cơ và cân bằng vicryl số 0. Đóng lớp dưới da bằng vicryl 2.0. Đóng da bằng etilon 4.0. Nếu cần có thể đặt dẫn lưu vào ổ mỡ.

VI. THEO DÕI SAU MỔ VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

1. Theo dõi sau mổ

- Toàn trạng: mạch, huyết áp
- Chảy máu vết mổ
- Tổn thương tủy hay các rễ thần kinh.
- Người bệnh được nẹp hỗ trợ bên ngoài bằng nẹp cứng trong 4-6 tuần
- Phục hồi chức năng sau mổ
- Sau 1 tháng cần chụp X.Quang cột sống để đánh giá tình trạng liên xương và phát hiện các di lệch thứ phát do khớp giả...

2. Xử trí tai biến

- Rách màng cứng: khâu vá lại bằng prolene 4.0
- Tổn thương tủy, rễ thần kinh: điều trị bằng corticoid, phục hồi chức năng.
- Chảy máu vết mổ: khâu tăng cường để cầm máu.
- Rò dịch não tủy sau mổ: mổ lại vá rò.

PHẪU THUẬT DỊ DẠNG CỔ CHĂM

Mã số: X-76

I. ĐẠI CƯƠNG

Dị dạng bản lề cổ chẩm (Arnold Chiari malformation) là một dị dạng bẩm sinh hiếm gặp của xương sọ vùng hố sau và vị trí bản lề cổ chẩm, với đặc điểm bởi sự di chuyển xuống thấp của hạnh nhân tiểu não qua lỗ chẩm. Điều trị phẫu thuật là chỉ định khi người bệnh có biểu hiện triệu chứng chèn ép.

II. CHỈ ĐỊNH

Dị dạng Arnold Chiari I có biểu hiện triệu chứng lâm sàng

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Người bệnh không thể gây mê
- Người bệnh có các bệnh lý về rối loạn đông máu

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện:

7 - 8 người gồm Phẫu thuật viên thần kinh, gây mê, dụng cụ viên, phụ mê...

2. Phương tiện:

- Bộ dụng cụ sọ não.
- Khoan máy cùng hệ thống mũi khoan cắt sọ
- Kính vi phẫu chuyên dụng phẫu thuật thần kinh.
- Miếng vá nhân tạo, ghim cố định xương sọ, keo sinh học, vật liệu cầm máu trong mổ...

3. Người bệnh:

- Khám chẩn đoán bệnh chính
- Khám phát hiện các bệnh lý phối hợp và các yếu tố liên quan

4. Hồ sơ bệnh án: Chuẩn bị đầy đủ theo mẫu bệnh án chung

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. **Tư thế:** Người bệnh nằm sấp đầu cố định trên khung

2. **Vô cảm:** Gây mê nội khí quản

3. Thực hiện kỹ thuật:

- Rạch da đường thẳng, trung tâm tương ứng lỗ chẩm.
- Mở xương lỗ chẩm: mở lỗ chẩm với kích thước từ lỗ chẩm lên 3 cm, từ đường giữa sang 2 bên ít nhất 1,5 cm.

Ngoại Thần kinh

- Cắt cung sau C1.
- Mở màng cứng hình chữ Y, cố gắng bảo tồn màng nhện.
- Tạo hình màng cứng
- Đóng vết mổ theo các lớp giải phẫu

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

- Theo dõi các chỉ số sinh tồn
- Kháng sinh dự phòng, giảm đau
- Theo dõi các dấu hiệu thần kinh khu trú, phát hiện biến chứng sớm.
- Chảy máu sau mổ: phát hiện sớm khi có dấu hiệu lâm sàng, chụp cắt lớp kiểm tra nếu cần. Khi có máu tụ nội sọ cần xử lý sớm theo thương tổn.
- Rò dịch não tủy: khâu lại vết mổ hoặc mổ lại vá rò
- Nhiễm trùng vết mổ: kháng sinh, thay băng hàng ngày hoặc mổ làm sạch ổ nhiễm trùng.

PHẪU THUẬT U TÀNG TRƯỚC NỀN SỌ BẰNG MỞ NẮP SỌ TRÁN 1 BÊN

Mã số: X-88

I. ĐẠI CƯƠNG

- U nền sọ tầng trước bao gồm nhiều loại tổn thương, trong đó các khối u nền sọ là tổn thương khó để phẫu thuật. Lựa chọn chỉ định đúng có thể đem lại kết quả tốt cho người bệnh. Phẫu thuật mở nắp sọ trán một bên để cắt các khối u nền sọ tầng trước có thể ứng dụng cho các tổn thương ở các vị trí như trán nền, quanh trần ổ mắt, vùng hố yên. Thường sử dụng với u có kích thước nhỏ (dưới 3cm).

- Mục đích điều trị: phẫu thuật cắt bỏ khối u tối đa có thể, bảo tồn được các chức năng quan trọng, giảm tỷ lệ biến chứng thấp nhất có thể.

II. CHỈ ĐỊNH

- U não vị trí mỏm yên.
- U quanh trần ổ mắt.
- U vùng hố yên.
- U thành bên xoang hang.
- U thùy trán dưới.
- U dây I, II, III.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH (Không có chống chỉ định tuyệt đối).

- U mở rộng ở nền sọ, cần áp dụng đường mở nắp sọ khác.
- U xâm lấn ổ mắt 2 bên, dây II, giao thoa thị giác do u ác tính (có thể nằm trong chống chỉ định phẫu thuật chung).
- U đáp ứng tốt với điều trị tia xạ hoặc điều trị nội tiết (Prolactinome).
- Chống chỉ định chung của phẫu thuật: thể trạng không cho phép, bệnh lý toàn thân nặng phối hợp.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện:

7-8 người trong đó bao gồm Phẫu thuật viên chuyên khoa phẫu thuật thần kinh.

2. Người bệnh:

- Gọi đầu.
- Đặt sonde tiêu, dạ dày...
- Được khám lâm sàng cẩn thận, khám các chuyên khoa mắt, nội tiết, tai mũi họng.

trước mổ. Chụp phim cộng hưởng từ sọ não, phim CT đánh giá cấu trúc xương nền sọ. Người bệnh và gia đình cần được giải thích kỹ về bệnh tật và quá trình cần được điều trị trước, trong và sau mổ.

3. Phương tiện

Sử dụng hệ thống kính vi phẫu với hệ thống định vị thần kinh Navigation trong mổ sử dụng dữ liệu từ đĩa CD phim cộng hưởng, hệ thống ghi video và hình ảnh trong mổ. Bộ dụng cụ phẫu thuật mở nắp sọ, dụng cụ vi phẫu thuật. Dao mổ siêu âm Sonopet. Dụng cụ cầm máu: Bipolar forceps, Surgicel, Keo cầm máu Floseal, vật tư đóng màng cứng: màng cứng nhân tạo, cân cơ đùi, mỡ, keo sinh học.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Tư thế

- Người bệnh nằm tư thế ngửa, đầu tư thế trung gian, đỉnh đầu ngửa 150, đường rạch da ngay trước lỗ ống tai ngoài 1cm, đi từ bờ trên cung gò má hướng lên trên theo đường chân tóc trán.

- Gây tê trước khi rạch da 10 phút bằng hỗn hợp dung dịch adrenalin 1/1000 và Lidocain.

2. Vô cảm

- Gây mê nội khí quản.
- Thuốc mê, dịch truyền, máu nếu cần chuẩn bị (theo chỉ định bác sỹ gây mê).

3. Kỹ thuật

Quá trình mổ gồm 5 bước như sau:

1. Thì mở nắp sọ:

- Rạch da theo đường đã gây tê, bóc tách phần cân cơ, chuẩn bị dự phòng cân tạo hình màng cứng. Mở xương sát nền sọ nhất có thể, dùng khoang mài tốc độ cao mài phần trán nền. Hạn chế cắt qua xoang trán, nếu xoang trán to bắt buộc phải cắt qua: xử lý xoang trán bằng đốt niêm mạc xoang trán và bít kín cửa sổ xoang trán bằng sáp sọ tẩm betadine đặc, lưu ý vá kín màng cứng tránh rò dịch não tủy qua xoang trán sau này.

- Mở màng cứng chữ U bằng dao nhỏ cỡ 11 có đáy quay về xoang dọc trên.

2. Thì lấy u:

- Hút dịch não tủy nền sọ làm xẹp não, hạn chế sử dụng van vén cố định trong thời gian dài do nguy cơ gây đưng dập và phù não sau mổ, dùng ống hút có tác dụng thay van vén và giúp bộc lộ tổn thương.

- Bóc tách tổn thương khỏi các thành phần quan trọng của nền sọ trước: động mạch cảnh trong, động mạch não trước, động mạch não giữa, động mạch thông trước và các dây thần kinh sọ (dây II, giao thoa thị giác, dây I, dây III), khi phẫu tích vùng tuyến yên cần xác định tuyến yên lành trước khi lấy u.

Ngoại Thần kinh

- U thể tích lớn, sử dụng kỹ thuật lấy u từng phần làm giảm thể tích u. Giữ lớp màng nhện quanh u khi có thể giúp giảm thiểu làm tổn thương các cấu trúc bình thường quanh u.

3. Thì đóng màng cứng: Sử dụng cân, mỡ đùi, nếu cần thiết. Dùng keo sinh học Bioglue, Tisseel tạo dính.

4. Thì đặt lại xương: cố định xương bằng ghim sọ.

5. Thì đóng da và cân cơ mũi rùi: vicryl 0/0 với cân cơ, vicryl 3/0 với tổ chức dưới da dafilon 3/0 với lớp da.

VI. THEO DÕI VÀ ĐIỀU TRỊ SAU MỔ

- Theo dõi sát các chỉ số sinh tồn: Mạch, huyết áp, hô hấp, nhiệt độ.

- Kháng sinh thế hệ 3 sau mổ 1 tuần.

- Theo dõi nước tiểu và thử điện giải hàng ngày (nếu lấy u vùng tuyến yên).

- Sử dụng corticoid và thuốc nội tiết thay thế ngay sau mổ nếu có suy tuyến yên...

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

1. Chảy máu não sau mổ: biến chứng mạch máu có thể gặp tổn thương từ những động mạch lớn như động mạch cảnh, xoang tĩnh mạch hang, xoang tĩnh mạch dọc trên hoặc những mạch máu nhỏ cũng có thể gây tử vong trong hoặc sau mổ. Xử trí theo tổn thương chảy máu, mổ lấy máu tụ nếu cần thiết.

2. Rò nước não tủy.

- Xử trí:

+ Chọc dẫn lưu dịch não tủy thất lưng 4-5 ngày đến khi hết rò.

+ Thuốc lợi tiểu Diamox 250mg x 4 viên/ ngày.

+ Nằm nghỉ ngơi tại giường, tránh ho, hắt hơi, ăn thức ăn mềm tránh táo bón.

+ Mổ vá rò.

3. Nhiễm trùng: Viêm màng não, áp xe não.

- Sử dụng kháng sinh theo kháng sinh đồ nếu cấy máu, dịch não tủy có vi khuẩn.

- Trong trường hợp không thấy vi khuẩn nhưng có bằng chứng vi khuẩn dùng thế hệ 3, hoặc 4 kết hợp với nhóm glycosid hoặc Vancomycin.

4. Biến chứng khác.

- Mất ngủ, giảm thị lực, bán manh.

- Động kinh: dùng thuốc kháng động kinh.

PHẪU THUẬT U TẦNG TRƯỚC NỀN SỌ BẰNG MỞ NẮP SỌ TRÁN 2 BÊN

Mã số: X-89

I. ĐẠI CƯƠNG

- U nền sọ tầng trước bao gồm nhiều loại tổn thương, trong đó các khối u nền sọ là tổn thương khó để phẫu thuật. Lựa chọn chỉ định đúng có thể đem lại kết quả tốt cho người bệnh. Phẫu thuật mở nắp sọ trán hai bên để cắt các khối u nền sọ tầng trước có thể ứng dụng cho các tổn thương ở các vị trí như: trán nền, quanh trần ổ mắt, vùng hố yên.

- Mục đích điều trị: phẫu thuật cắt bỏ khối u tối đa có thể, bảo tồn được các chức năng quan trọng, giảm tỷ lệ biến chứng thấp nhất có thể.

II. CHỈ ĐỊNH

- U não vị trí trán nền
- U quanh trần ổ mắt
- U lớn vùng hố yên

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH (Không có chống chỉ định tuyệt đối)

- U xâm lấn ổ mắt 2 bên, dây II, giao thoa thị giác do u ác tính (có thể nằm trong chống chỉ định phẫu thuật chung).

- U đáp ứng tốt với điều trị tia xạ hoặc hoặc điều trị nội tiết (Prolactinome)

- Chống chỉ định chung của phẫu thuật: thể trạng không cho phép, bệnh lý toàn thân nặng phối hợp.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện:

7-8 người trong đó bao gồm Phẫu thuật viên chuyên khoa phẫu thuật thần kinh.

2. Người bệnh:

- Gọi đầu
- Đặt sonde tiểu, dạ dày...

- Được khám lâm sàng cẩn thận, khám các chuyên khoa mắt, nội tiết, tai mũi họng trước mổ. Chụp phim cộng hưởng từ sọ não, phim CT đánh giá cấu trúc xương nền sọ. Người bệnh và gia đình cần được giải thích kỹ về bệnh tật và quá trình cần được điều trị trước, trong và sau mổ.

3. Phương tiện:

Sử dụng hệ thống kính vi phẫu với hệ thống định vị thần kinh Navigation trong mổ sử dụng dữ liệu từ đĩa CD phim cộng hưởng, hệ thống ghi video và hình ảnh trong mổ. Bộ dụng cụ phẫu thuật mở nắp sọ, dụng cụ vi phẫu thuật. Dao mổ siêu âm Sonopet. Dụng cụ cầm máu: Bipolar forceps, Surgicel, Keo cầm máu Floseal, vật tư đóng màng cứng: màng cứng nhân tạo, cân cơ đùi, mỡ, keo sinh học..

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Tư thế

- Người bệnh nằm tư thế ngửa, đầu tư thế trung gian, đỉnh đầu ngửa 150, đường rạch da ngay trước lỗ ống tai ngoài 1cm, đi từ bờ trên cung gò má hướng lên trên theo đường chân tóc trán 2 bên.

- Gây tê trước khi rạch da 10 phút bằng hỗn hợp dung dịch adrenalin 1/1000 và Lidocain.

2. Vô cảm

- Gây mê nội khí quản
- Thuốc mê, dịch truyền, máu nếu cần chuẩn bị (theo chỉ định bác sỹ gây mê)

3. Kỹ thuật: Quá trình mổ gồm 5 bước như sau:

3.1. Thì mở nắp sọ:

- Rạch da theo đường đã gây tê, bóc tách phần cân cơ, chuẩn bị dự phòng cân tạo hình màng cứng. Mở xương sát nền sọ nhất có thể, dùng khoan mài tốc độ cao mài phần trán nền. Hạn chế cắt qua xoang trán, nếu xoang trán to bắt buộc phải cắt qua: xử lý xoang trán bằng đốt niêm mạc xoang trán và bít kín cửa sổ xoang trán bằng sáp sọ tẩm betadine đặc, lưu ý vá kín màng cứng tránh rò dịch não tủy qua xoang trán sau này.

- Nếu tiếp cận tổn thương phần giữa của nền sọ trước, có thể cắt sau khi buộc thắt 1/3 trước của xoang tĩnh mạch dọc trên.

- Mở màng cứng chữ U bằng dao nhỏ cỡ 11 có đáy quay về xoang dọc trên.

3.2. Thì lấy u:

- Hút dịch não tủy nền sọ làm xẹp não, hạn chế sử dụng van vén cố định trong thời gian dài do nguy cơ gây đưng giập và phù não sau mổ, dùng ống hút có tác dụng thay van vén và giúp bộc lộ tổn thương.

- Bóc tách tổn thương khỏi các thành phần quan trọng của nền sọ trước: động mạch cảnh trong, động mạch não trước, động mạch não giữa, động mạch thông trước và các dây thần kinh sọ (dây II, giao thoa thị giác, dây I, dây III), khi phẫu tích vùng tuyến yên cần xác định tuyến yên lạnh trước khi lấy u.

Ngoại Thần kinh

- U thể tích lớn, sử dụng kỹ thuật lấy u từng phần làm giảm thể tích u. Giữ lớp màng nhện quanh u khi có thể giúp giảm thiểu làm tổn thương các cấu trúc bình thường quanh u.

3.3. Thì đóng màng cứng: Sử dụng cân, mỡ đùi, nếu cần thiết. Dùng keo sinh học Bioglue, Tisseel tạo dính.

3.4. Thì đặt lại xương: cố định xương bằng ghim sọ.

3.5. Thì đóng da và cân cơ mũi rùi: vicryl 0/0 với cân cơ, vicryl 3/0 với tổ chức dưới da dafilon 3/0 với lớp da.

VI. THEO DÕI VÀ ĐIỀU TRỊ SAU MỔ

- Theo dõi sát các chỉ số sinh tồn: Mạch, huyết áp, hô hấp, nhiệt độ
- Kháng sinh thế hệ 3 sau mổ 1 tuần
- Theo dõi nước tiểu và thử điện giải hàng ngày (nếu lấy u vùng tuyến yên)
- Sử dụng corticoid và thuốc nội tiết thay thế ngay sau mổ nếu có suy tuyến yên..

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

1. Chảy máu não sau mổ: biến chứng mạch máu có thể gặp tổn thương từ những động mạch lớn như động mạch cảnh, xoang tĩnh mạch hang, xoang tĩnh mạch dọc trên hoặc những mạch máu nhỏ cũng có thể gây tử vong trong hoặc sau mổ. Xử trí theo tổn thương chảy máu, mổ lấy máu tụ nếu cần thiết.

2. Rò nước não tủy

Xử trí:

- + Chọc dẫn lưu dịch não tủy thất lưng 4-5 ngày đến khi hết rò
- + Thuốc lợi tiểu Diamox 250mg x 4 viên/ ngày
- + Nằm nghỉ ngơi tại giường, tránh ho, hắt hơi, ăn thức ăn mềm tránh táo bón
- + Mổ vá rò

3. Nhiễm trùng: Viêm màng não, áp xe não

Sử dụng kháng sinh theo kháng sinh đồ nếu cấy máu, dịch não tủy có vi khuẩn.

Trong trường hợp không thấy vi khuẩn nhưng có bằng chứng vi khuẩn dùng thế hệ 3, hoặc 4 kết hợp với nhóm glycosid hoặc Vancomycin.

4. Biến chứng khác:

Mất ngủ, giảm thị lực, bán manh

Động kinh: dùng thuốc kháng động kinh

Kháng sinh theo kháng sinh đồ, điều trị tích cực.

PHẪU THUẬT U NỘI SỌ, VÒM ĐẠI NÃO KHÔNG XÂM LẤN XOANG TĨNH MẠCH, BẰNG ĐƯỜNG MỞ NẮP SỌ

Mã số: X-102

I. ĐẠI CƯƠNG

Ngày nay, những tiến bộ về chẩn đoán hình ảnh như CT và MRI giúp ích rất nhiều cho việc phát hiện sớm các bệnh lý u não. Mặc dù nhiều trường hợp u não có những đặc điểm hình ảnh riêng trên CT và MRI, có nhiều trường hợp thông tin đó là không đủ để đưa ra quyết định về điều trị. Nhất là những trường hợp u nằm ở sâu, ở những

II. CHỈ ĐỊNH

- U não ở nông gần vỏ não.
- U não không gần các cấu trúc mạch máu lớn.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- U não gần các cấu trúc mạch máu lớn.
- U não ở gần các vùng chức năng như thân não, bao trong, các hạch nền,...
- U não có nguy cơ chảy máu cao metastatic renal cell carcinoma, choriocarcinoma, hoặc metastatic melanoma.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- 2 bác sỹ: 1 phẫu thuật viên chính và 1 phẫu thuật viên phụ.
- 2 điều dưỡng: 1 người phụ dụng cụ trong mổ và 1 người chạy dụng cụ bên ngoài.

2. Phương tiện

- 1 bộ dụng cụ mở sọ thông thường, gồm: dao mổ, khoan sọ, panh, kéo, kẹp phẫu tích có và không răng, valve vén hay farabeuf, kìm kẹp kim, maleate, panh gấp u, máy hút, dao điện, bipolar,...

- Vật tư tiêu hao: gạc con 50 chiếc, bông sọ não 30 cái, chỉ vicryl 2/0 2-3 sợi, prolene 4/0 1-2 sợi, dafilon 3/0 1-2 sợi.

- Vật liệu cầm máu: surgicel, spongel, ...

3. Người bệnh

- Được vệ sinh, gội đầu, tắm rửa sạch. Tóc có thể cạo hoặc không.
- Nhịn ăn uống trước mổ ít nhất 6h.

4. Hồ sơ bệnh án

- Đầy đủ thông tin hành chính, bệnh sử, tiền sử, diễn biến, các xét nghiệm chẩn đoán và các xét nghiệm máu liên quan để phẫu thuật như: đông máu, nhóm máu, xét nghiệm HIV, HbsAg,...

- Gia đình người bệnh và người bệnh phải ký cam đoan mổ.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ

Đúng người bệnh, đúng chẩn đoán và đúng chỉ định, đủ xét nghiệm để phẫu thuật.

2. Kiểm tra người bệnh

- Kiểm tra đúng tên, tuổi giữa hồ sơ và giấy đeo tay của người bệnh.

- Người bệnh đã được chuẩn bị mổ đầy đủ.

3. Thực hiện kỹ thuật

1. Tư thế: tùy theo vị trí của u mà quyết định đường mổ, trong phần lớn trường hợp, Người bệnh nằm tư thế ngửa, đầu cố định trên khung Mayfield.

2. Sát khuẩn:

Sau khi xác định đường mổ, sát khuẩn quanh đường mổ từ 15-20 cm.

Trải toan bao phủ quanh trường mổ.

Gây tê da đầu đường mổ.

3. Đường mổ:

Rạch da theo đường mổ.

Khoan mở nắp sọ, độ rộng của mảnh xương sọ tùy thuộc vào kích thước và vị trí của u trên nhu mô não.

Khâu treo màng cứng chỉ prolene 4/0.

Mở màng cứng vòng cung.

4. Lấy u:

Xác định vị trí u.

Cầm máu vỏ não, mở vỏ não vào tổ chức u.

Tiến hành lấy u từng phần hay cả khối tùy theo tính chất u.

5. Đóng vết mổ:

Chờ kết quả tức thì khoảng 15-20 phút.

Nếu là u lành tính thì lấy cố gắng lấy hết u, tùy theo khả năng của phẫu thuật viên.

Nếu là u ác tính thì không cần lấy hết u. Cầm máu diện lấy u bằng bipolar, surgical.

Đóng màng cứng hoặc vá tạo hình màng cứng nếu cần.

Đặt lại xương cố định bằng ghim sọ.

Đặt 1 dẫn lưu dưới da đầu.

Đóng da theo các lớp giải phẫu bằng chỉ vicryl 2/0 và chỉ dafilon 3/0.

VI. THEO DÕI VÀ CHĂM SÓC

- Tình trạng toàn thân: mạch, huyết áp, hô hấp.
- Tình trạng nhiễm trùng: sốt.
- Tình trạng thần kinh: tri giác, dấu hiệu thần kinh khu trú, co giật, đồng tử,...
- Tình trạng vết mổ: có chảy máu, nhiễm trùng, chảy dịch não tủy không, dẫn lưu ra dịch như thế nào.
- Dẫn lưu dưới da đầu thường rút sau mổ 24 - 48h, không để lâu hơn do nguy cơ nhiễm trùng.

VII. XỬ TRÍ BIẾN CHỨNG VÀ TAI BIẾN

- Chảy máu: mổ lại cầm máu hoặc điều trị nội khoa.
- Phù não ít, người bệnh tỉnh táo thì điều trị nội khoa, giảm phù nề.
- Phù não nhiều sau mổ thì mổ lại giải toả não rộng và thuốc giảm phù nề.
- Nhiễm khuẩn: điều trị nội khoa.

PHẪU THUẬT U HỐ SAU KHÔNG XÂM LẤN XOANG TĨNH MẠCH BẰNG ĐƯỜNG MỞ NẮP SỌ

Mã số: X-104

I. ĐẠI CƯƠNG

U hố sau là những u ở dưới lều tiểu não như tiểu não, u góc cầu tiểu não, u não thất 4 và u thân não. Đa số u hố sau gặp ở trẻ em, ở người lớn u hố sau chỉ gặp 20-30% trong u não nói chung. Phẫu thuật hiện nay có nhiều tiến bộ.

II. CHỈ ĐỊNH

- U tiểu não.
- U màng não.
- U góc cầu tiểu não.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

U kích thước nhỏ không gây triệu chứng.

IV. CHUẨN BỊ:

1. Người thực hiện

Kíp mổ khoảng 7 người: phẫu thuật viên, phụ mổ. Bác sỹ gây mê, phụ mê, dụng cụ viên, chạy ngoài, hộ lý.

2. Người bệnh

- Bệnh án: xét nghiệm cơ bản,, xét nghiệm máu, bạch cầu..
- Người bệnh nhịn ăn uống từ ngày hôm trước.
- Cạo tóc vùng mổ.

3. Phương tiện: Các dụng cụ mổ u não, kính vi phẫu, định vị thần kinh.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Tư thế: Tư thế nằm sấp.

2. Vô cảm: Mê nội khí quản.

3. Kỹ thuật:

Bước 1: Rửa da.

Rửa da từ ụ chăm tới C1.

Bước 2: Mở nắp sọ.

Khoan 4 lỗ, dùng khoan máy mở nắp sọ bộc lộ hố sau từ ụ chăm ngoài đến lỗ chăm.

Bước 3: Mở màng cứng

Mở màng cứng chữ y.

Mở màng nhện hút dịch não tủy làm xẹp não.

Bước 4:

Dùng định vị thần kinh xác định u.

Dùng bipolar lấy u từng phần.

Thắt xoang tĩnh mạch lấy u phần xâm lấn xoang. Có thể bỏ lại phần u nếu xâm lấn vào hội lưu herophine.

Cầm máu kỹ.

Tạo hình màng cứng.

Đặt lại xương.

Đặt dẫn lưu.

Đóng da 2 lớp.

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

1. Theo dõi:

- Toàn trạng, mạch, huyết áp, tri giác.
- Vết mổ: chảy máu, mủ, dịch...
- Chăm sóc thay băng hàng ngày, có thể thay băng nhiều lần/ngày.

2. Xử trí tai biến:

- Chảy máu: theo dõi tri giác, chụp phim CT, có thể mổ lại.
- Nhiễm khuẩn: thay băng tốt, dùng kháng sinh đồ.

PHẪU THUẬT U TRONG NHU MÔ TIỂU NÃO BẰNG ĐƯỜNG MỞ NẮP SỌ

Mã số: X-120

I. ĐẠI CƯƠNG

U ở tiểu não hoặc vùng thùy nhộng.

II. CHỈ ĐỊNH PHẪU THUẬT

Các u trong nhu mô tiểu não, thùy nhộng.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Không có chống chỉ định tuyệt đối với các u vùng này.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- Kíp mổ:

+ Bác sỹ: 1 phẫu thuật viên chính + 2 bác sỹ phụ mổ.

+ Điều dưỡng: 2 điều dưỡng gồm 1 điều dưỡng dụng cụ (chuẩn bị và trợ giúp dụng cụ phẫu thuật) + 1 điều dưỡng chạy ngoài phục vụ cho ca mổ.

- Kíp gây mê: 1 bác sỹ gây mê + 1 điều dưỡng phụ mê.

2. Phương tiện:

- Dụng cụ và thuốc gây mê nội khí quản.

- Bộ dụng cụ mổ sọ thông thường.

- Kính vi phẫu, hệ thống định vị thần kinh, dao hút siêu âm.

- Vật tư tiêu hao:

+ 100 gạc con; 20 gói bông sọ; 5 sợi chỉ prolen 4.0; 5 sợi chỉ prolen 5.0; 5 sợi chỉ vicryl 2.0 (3.0 đối với trẻ em); 1 gói cầm máu surgicel; 1 gói spongel; 2 gói sáp sọ.

+ Keo sinh học và các miếng vá màng cứng nhân tạo.

+ Chất liệu cầm máu (Flo seal).

+ Bộ dẫn lưu não thất ra ngoài (trong trường hợp cần dẫn lưu não thất ra ngoài).

+ Bộ dẫn lưu kín đặt dưới da.

3. Người bệnh: Người bệnh được cạo tóc sạch sẽ, vệ sinh vùng mổ.

4. Hồ sơ bệnh án:

- Đủ thủ tục hành chính.

- Phần chuyên môn: cụ thể, đủ các triệu chứng, diễn biến, tiền sử, các phim chụp cộng hưởng từ, các xét nghiệm phục vụ phẫu thuật. Chỉ định mổ, giải thích rõ gia đình và viết cam kết mổ.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ: 10 phút đảm bảo đủ các thủ tục và đề mục.

2. Kiểm tra Người bệnh: đúng tên, tuổi, chuẩn bị mổ: 10 phút (cạo tóc, làm vệ sinh...)

3. Thực hiện kỹ thuật:

- Gây mê nội khí quản.
- Người bệnh nằm sấp, cúi tốt.
- Lắp đặt hệ thống định vị thần kinh (nếu cần, nhất là những trường hợp bản chất u giống chất trắng hoặc u ở dưới nhu mô vỏ não).
- Rạch da đường giữa dưới chẩm, hoặc đường bên dưới chẩm.
- Bóc tách cân cơ, bộc lộ xương sọ.
- Khoan xương sọ, mở nắp sọ dưới chẩm, dưới xoang ngang, có thể phải mở cả lỗ chẩm hoặc cung sau C1.
- Mở màng cứng, hút dịch não tủy để làm xẹp não.
- Tùy thuộc chỉ định mà:
 - + U ở bán cầu tiểu não: mở vỏ tiểu não, phẫu tích quanh u, hút u bằng máy hút hoặc bằng dao hút siêu âm.
 - + U ở thùy nhộng: phẫu tích quanh u để kiểm soát nguồn chảy máu, lấy dần u bằng dao hút siêu âm.
- Cầm máu: bằng dao đốt lưỡng cực và chất cầm máu Floseal.
- Đóng màng cứng: có thể cần dùng miếng vá màng cứng nhân tạo, cân sọ, cân đùi (tùy từng trường hợp).
- Cố định xương sọ.
- Đóng vết mổ: cân, cơ, dưới da, da.

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

1. Theo dõi:

- Sau mổ người bệnh cần phải được điều trị và theo dõi tại phòng hồi tỉnh sau mổ để cai máy, rút ống nội khí quản.
- Theo dõi chảy máu vết mổ, tình trạng tri giác, cơ co giật.

2. Xử lý tai biến:

- Chảy máu: tùy thuộc vào mức độ chảy máu nhiều hay ít mà có thể điều trị nội hoặc mổ lại để cầm máu.

Ngoại Thân kinh

- Giãn não thất: dẫn lưu não thất ra ngoài.
- Dò dịch não tủy qua vết mổ: chọc dẫn lưu dịch não tủy ở thất lưng để giảm áp và dùng thuốc hoặc mổ lại để đóng chỗ hở màng cứng.
- Phù não tiến triển: chụp cắt lớp để tìm nguyên nhân, và điều trị theo nguyên nhân.

PHẪU THUẬT U THẦN KINH SỌ ĐOẠN DƯỚI NỀN SỌ

Mã số: X-123

I. ĐẠI CƯƠNG

- U não ở nền sọ trước: u xoang sàng, u xoang trán, u hốc mũi trần ổ mắt, u màng não rãnh khúu, u màng não trên yên, vùng tuyến yên, u não trán nền sọ.

- U não ở nền sọ giữa: u màng não thái dương nền, u cánh xương bướm, u thành ngoài xoang hang, đỉnh xương đá, u dây V, u mặt trước xương đá, u ở thái dương nền, u vùng hồi hải mã- mặt dưới thùy thái dương.

- U não nền sọ sau: U rãnh trượt, u mặt sau xương đá.

II. CHỈ ĐỊNH PHẪU THUẬT

Chỉ định với tất cả các loại u kể trên: u não nền sọ trước, giữa và sau.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Không có chống chỉ định tuyệt đối.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện:

- Kíp mổ:

- Bác sỹ: 1 phẫu thuật viên chính + 2 bác sỹ phụ mổ.

- Điều dưỡng: 2 điều dưỡng gồm 1 điều dưỡng dụng cụ (chuẩn bị và trợ giúp dụng cụ phẫu thuật) + 1 điều dưỡng chạy ngoài phục vụ cho ca mổ.

- Kíp gây mê: 1 bác sỹ gây mê + 1 điều dưỡng phụ mê.

2. Phương tiện:

- Người bệnh được mê nội khí quản, nên phòng mổ phải đảm bảo đủ trang thiết bị để tiến hành mê nội khí quản.

- Bộ dụng cụ mở sọ thông thường.

- Kính vi phẫu, hệ thống định vị thần kinh, dao hút siêu âm.

- Vật tư tiêu hao:

+ 100 gạc con; 20 gói bông sọ; 5 sợi chỉ prolene 4.0; 5 sợi chỉ prolene 5.0; 5 sợi chỉ vicryl 2.0 (3.0 đối với trẻ em); 1 gói cầm máu surgicel; 1 gói spongel; 2 gói sáp sọ

+ Clip mạch máu não: 2 clip vĩnh viễn, 2 clip tạm thời.

+ Keo sinh học và các miếng vá màng cứng nhân tạo.

+ Chất liệu cầm máu (Flo Seal).

+ Bộ dẫn lưu não thoát ra ngoài (nếu cần).

- Bộ dẫn lưu kín đặt dưới da.

3. Người bệnh: Người bệnh được cạo tóc sạch sẽ, vệ sinh vùng mổ.

4. Hồ sơ bệnh án:

- Đủ thủ tục hành chính.
- Phần chuyên môn: cụ thể, đủ các triệu chứng, diễn biến, tiền sử, các phim chụp cộng hưởng từ, các xét nghiệm phục vụ phẫu thuật. Chỉ định mổ, giải thích rõ gia đình và viết cam kết mổ.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ: 10 phút đảm bảo đủ các thủ tục và đề mục.

2. Kiểm tra người bệnh: đúng tên, tuổi, chuẩn bị mổ trước 10 phút (cạo tóc, làm vệ sinh...).

3. Thực hiện kỹ thuật:

- Gây mê nội khí quản.
- Người bệnh nằm ngửa, nằm nghiêng tùy vị trí u và đường vào lấy u.
- Lắp đặt hệ thống định vị thần kinh.
- Rửa da.
- Bóc tách cân cơ, bộc lộ xương sọ.
- Khoan xương sọ, mở nắp sọ sát nền sọ.
- Mở màng cứng, hút dịch não tủy để làm xẹp não.
- Tùy thuộc chỉ định mà:
 - + U ở nền sọ trước: phẫu tích u khỏi cấu trúc mạch máu, cắt cuống u, hút u bằng siêu âm.
 - + U ở nền sọ giữa: thường phải mài cánh nhỏ xương bướm, một số trường hợp phải mài mỏm yên trước để kiểm soát chảy máu, cắt điểm bám u, phẫu tích và hút u bằng siêu âm.
 - + U ở đỉnh xương đá, 2/3 trên rãnh trượt: mài đỉnh xương đá qua tam giác Kawase, phẫu tích cuống u, hút u.

- Cầm máu: bằng dao đốt lưỡng cực và chất cầm máu Floseal.
- Đóng màng cứng: có thể cần dùng miếng vá màng cứng nhân tạo, cân sọ hoặc cân đùi (tùy từng trường hợp).

- Cố định xương sọ.

- Đóng vết mổ: cân, cơ, dưới da, da.

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

1. Theo dõi:

- Sau mổ người bệnh cần phải được điều trị và theo dõi tại phòng hồi tỉnh sau mổ để cai máy, rút ống nội khí quản.

Ngoại Thần kinh

- Theo dõi chảy máu vết mổ, tình trạng tri giác, cơn co giật.

2. Xử lý tai biến:

- Chảy máu: tùy thuộc vào mức độ chảy máu nhiều hay ít mà có thể điều trị nội hoặc mổ lại để cầm máu.

- Giãn não thất: dẫn lưu não thất ra ngoài.

- Dò dịch não tủy qua vết mổ: chọc dẫn lưu dịch não tủy ở thất lưng để giảm áp và dùng thuốc hoặc mổ lại để đóng chỗ hở màng cứng.

- Phù não tiến triển: chụp cắt lớp để tìm nguyên nhân, và điều trị theo nguyên nhân.

PHẪU THUẬT DỊ DẠNG MẠCH MÁU NGOÀI SỌ

Mã số: X-125

I. ĐẠI CƯƠNG

Dị dạng mạch não ngoài sọ là những bất thường về mạch máu ở dưới da đầu, ngoài sọ. Chúng có thể ở dạng búi, nang, đám...

II. CHỈ ĐỊNH

Các dị dạng mạch não gây biến dạng xương sọ, xâm lấn nội sọ. Dị dạng gây mất thẩm mỹ và chức năng của da đầu.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Các dị dạng nhỏ, không tiến triển.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện:

- Kíp mổ
- + 2 bác sỹ: 1 phẫu thuật viên chính + 2 bác sỹ phụ mổ
- + Điều dưỡng: 2 điều dưỡng: 1 điều dưỡng dụng cụ (chuẩn bị và trợ giúp dụng cụ trong phẫu thuật) + 1 điều dưỡng chạy ngoài phục vụ cho ca mổ.
- Kíp gây mê: 1 bác sỹ gây mê + 1 điều dưỡng phụ mê

2. Phương tiện:

- Người bệnh được mê nội khí quản, nên phòng mổ phải đảm bảo đủ trang thiết bị để tiến hành mê nội khí quản.
- Bộ dụng cụ mổ sọ thông thường
- Kính vi phẫu.
- Vật tư tiêu hao:
100 gạc con; 20 gói bông sọ; 5 sợi chỉ prolene 4.0; 05 sợi chỉ prolene 5.0; 5 sợi chỉ vicryl 2.0 (3.0 đối với trẻ em); 1 gói cầm máu surgicel, 1 gói spongel; 2 gói sáp sọ;

- Bộ dẫn lưu kín đặt ở dưới da

3. Người bệnh:

Người bệnh được cạo tóc sạch sẽ, vệ sinh vùng mổ

4. Hồ sơ bệnh án:

- Đầy đủ các thủ tục hành chính.
- Phần chuyên môn: cụ thể, đủ các triệu chứng, diễn biến bệnh, tiền sử, các phim chụp cắt lớp vi tính, các xét nghiệm cơ bản, các xét nghiệm phục vụ phẫu thuật. Chỉ định mổ, giải thích rõ cho gia đình và viết cam kết mổ.

- Thời gian phẫu thuật : 4-5h

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ: 10 phút đảm bảo đủ các thủ tục và đề mục

2. Kiểm tra người bệnh: đúng tên tuổi, chuẩn bị mổ trước 10 phút (cạo tóc, làm vệ sinh...).

3. Thực hiện kỹ thuật:

- Gây mê nội khí quản.
- Rửa da.
- Bóc tách da và tổ chức dưới da, bộc lộ khối dị dạng.
- Lấy khối dị dạng.
- Cầm máu: bằng dao đốt lưỡng cực.
- Tạo hình lại xương sọ (nếu tổn thương) và da đầu
- Đóng vết mổ: cơ, cân, dưới da, da.

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

1. Theo dõi:

Sau mổ người bệnh cần phải được điều trị và theo dõi tại phòng hồi sức:

- Tiếp tục sử dụng an thần, thở máy.
- Theo dõi chảy máu vết mổ.

2. Xử trí tai biến:

- Chảy máu: mổ lại để lấy máu tụ, tìm nguồn chảy máu và cầm máu.
- Mất máu do phẫu thuật: truyền máu theo chỉ định.
- Nhiễm trùng, hoại tử do thiếu máu: dùng các vật da đầu có cuống, các vật vi phẫu để tái tạo lại da đầu.

PHẪU THUẬT U XƠ CƠ Ồ MẮT

Mã số: X-146

I. ĐẠI CƯƠNG

U xơ cơ ồ mắt là các u xuất phát từ các cơ vận nhãn. U phát triển gây lồi mắt, lác, mất thị lực.

II. CHỈ ĐỊNH

- Có các triệu chứng tại mắt do u gây nên.
- U gây hiệu ứng khối.
- U tăng kích thước.
- Chẩn đoán hình ảnh chưa rõ ràng (sinh thiết).

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Người bệnh quá yếu không chịu được phẫu thuật mở nắp sọ.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện:

- Kíp mổ:

3 bác sĩ: 1 phẫu thuật viên chính + 2 bác sĩ phụ mổ.

Điều dưỡng: 2 điều dưỡng: 1 điều dưỡng dụng cụ (chuẩn bị và trợ giúp dụng cụ trong phẫu thuật) + 1 điều dưỡng chạy ngoài phục vụ cho ca mổ.

- Kíp gây mê:

1 bác sĩ gây mê + 1 điều dưỡng phụ mê.

2. Phương tiện:

- Người bệnh được mê nội khí quản, nên phòng mổ phải đảm bảo đủ trang thiết bị để tiến hành mê nội khí quản.

- Bộ dụng cụ mở sọ thông thường, cần khoan mài tốc độ cao đầu mài 2 mm.

- Kính vi phẫu, dao hút siêu âm, hệ thống định vị thần kinh.

- Vật tư tiêu hao:

100 gạc con, 20 gói bông sọ, 5 sợi chỉ prolene 4.0, 5 sợi chỉ prolene 5.0, 5 sợi chỉ vicryl 2.0 (3.0 đôi với trẻ em), 1 gói surgicel, 1 gói spongel, 2 gói sáp sọ.

- Bộ dẫn lưu kín đặt dưới da.

3. Người bệnh:

- Người bệnh được cạo tóc vùng chân tóc, vệ sinh sạch sẽ.

- Đặt sonde tiểu, dạ dày...

Ngoại Thần kinh

- Được khám lâm sàng cẩn thận, khám chuyên khoa mắt. Chụp phim cộng hưởng từ sọ não, phim CT đánh giá cấu trúc xương nền sọ, ổ mắt. Người bệnh và gia đình cần được giải thích kỹ về bệnh tật và quá trình cần được điều trị trước, trong và sau mổ.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Tư thế:

Người bệnh nằm tư thế ngửa, đầu nghiêng 15° sang bên đối diện. Có thể lắp đặt hệ thống định vị thần kinh.

2. Vô cảm:

- Gây mê nội khí quản.
- Thuốc mê, dịch truyền, máu nếu cần chuẩn bị (theo chỉ định bác sỹ gây mê)

3. Kỹ thuật:

- Rửa da theo đường chân tóc từ cung tiếp lên qua đường giữa 1 cm.
- Bóc tách vạt da, cân sọ trán đến khi bộc lộ được bờ trên ổ mắt.
- Bóc tách cơ thái dương.
- Khoan sọ, mở nắp sọ trán và trần ổ mắt. Chú ý bảo tồn thần kinh trên ổ mắt. Tùy vào vị trí, kích thước u để tính toán phần trần ổ mắt cần cắt.
- Vén màng cứng vùng trán nền lên, bộc lộ ổ mắt.
- Lấy u dưới kính vi phẫu.
- Cầm máu bằng dao đốt lưỡng cực và surgical.
- Đặt lại nắp sọ.
- Đóng vết mổ: cơ, cân, dưới da, da.

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

1. Theo dõi:

- Theo dõi sát các chỉ số sinh tồn: Mạch, huyết áp, hô hấp, nhiệt độ.
- Kháng sinh thế hệ 3 sau mổ 1 tuần.
- Theo dõi nước tiểu và thử điện giải hàng ngày.
- Sử dụng corticoid và thuốc nội tiết thay thế ngay sau mổ nếu có suy tuyến yên.
- Chụp cộng hưởng từ 24-48 giờ sau mổ đánh giá khả năng lấy u.

2. Xử lý tai biến:

- Chảy máu não sau mổ (tụ máu ngoài màng cứng, tụ máu trong hốc mắt). Xử trí theo tổn thương chảy máu, mổ lấy máu tụ nếu cần thiết.
- Nhiễm trùng.

Ngoại Thần kinh

- Sử dụng kháng sinh theo kháng sinh đồ nếu cấy máu, dịch não tủy có vi khuẩn.
- Trong trường hợp không thấy vi khuẩn nhưng có bằng chứng vi khuẩn dùng thế hệ 3, hoặc 4 kết hợp với nhóm glycosid hoặc Vancomycin.
- Biến chứng khác.
- Giảm thị lực.
- Suy tuyến yên: sử dụng corticoid và thuốc nội tiết thay thế.

PHẪU THUẬT U THẦN KINH TRÊN DA

Mã số: X-151

I. ĐẠI CƯƠNG

Bệnh lý u thần kinh trên da bao gồm một nhóm các bệnh lý thần kinh có biểu hiện bằng các tổn thương lành tính trên da, có thể kèm theo các triệu chứng loạn sản của cơ quan khác.

Nhóm bệnh này bao gồm:

- U xơ sợi thần kinh (NF1, NF2)
- Lao củ
- Bệnh lý von Hippel- Lindau
- Hội chứng Sturge Weber
- Hội chứng Wyburn Mason (u mạch hình chùm hoa)

II. CHỈ ĐỊNH

- Người bệnh có khối u gây đau, nguy cơ ung thư hoá
- Khối u tăng nhanh về kích thước, ảnh hưởng đến chức năng hoặc thẩm mỹ.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Không có chống chỉ định tuyệt đối. Tuy nhiên với các khối u nhỏ, không phát triển, không ảnh hưởng chức năng thì việc chỉ định lấy u cần cân nhắc.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện:

- Phẫu thuật viên: 1 bác sĩ mổ chính và 2 người phụ
- 1 bác sĩ gây mê và 1 phụ mê
- 1 điều dưỡng dụng cụ và 1 điều dưỡng chạy ngoài

2. Người bệnh

- Người bệnh được vệ sinh thân thể sạch sẽ.
- Người bệnh được làm điện cơ, điện thần kinh vùng chi tổn thương
- Hồ sơ bệnh án đầy đủ các phần: tiền sử, bệnh sử, khám lâm sàng, xét nghiệm cơ bản, chụp phim MRI (nếu cần), giải thích lý do cần phẫu thuật, hội chẩn thông qua mổ.
- Gia đình ký hồ sơ cam đoan phẫu thuật sau khi được bác sĩ giải thích kỹ tình trạng bệnh và các nguy cơ tai biến.

3. Phương tiện

- Bàn mổ, phương tiện gây mê, gây tê.

Ngoại Thần kinh

- Bộ dụng cụ phẫu thuật thần kinh ngoại biên.
- Bộ dụng cụ cò súng (Kerrison) các kích cỡ 1mm-4mm.
- Gạc con: 10 gói; gạc cầu : 1 gói; 1 sợi chỉ prolene 5.0; 1 sợi chỉ vicryl 3.0 hoặc 4.0; 1 sợi chỉ Dafilon 3.0 hoặc chỉ tự tiêu (khâu thẩm mỹ); 1 gói cầm máu surgical.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- 1. Tư thế:** tùy thuộc vị trí khối u có thể nằm ngửa, sấp.
- 2. Vô cảm:** gây tê tại chỗ, gây tê vùng, gây tê đám rối, gây mê nếu người bệnh không hợp tác (trẻ nhỏ).

3. Kỹ thuật:

- Rửa da, kích thước tùy thuộc vị trí khối u.
- Tách cân cơ
- Bộc lộ phần khối u
- Kiểm soát cuống khối u
- Tách khối u khỏi phần tổ chức xung quanh dựa theo vỏ (ranh giới)
- Cắt bỏ khối u
- Cầm máu bằng dao lưỡng cực (bipolar)
- Đóng cân cơ
- Đóng da 2 lớp

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

1. Theo dõi:

Toàn thân, tình trạng vết mổ (chảy máu, nhiễm khuẩn), tình trạng vận động cảm giác của chi. Về theo dõi sau này đánh giá khả năng tái phát hoặc nguy cơ ung thư hoá.

2. Xử trí tai biến:

- Chảy máu: băng ép, khâu cầm máu, mổ lại nếu tụ máu nhiều gây hội chứng chèn ép.

- Nhiễm khuẩn: sử dụng kháng sinh dự phòng, chăm sóc thay băng vết mổ. Trường hợp áp xe, cần tách vết mổ, dẫn lưu hay mổ lại làm sạch.

PHẪU THUẬT DẪN LƯU NANG DƯỚI NHỆN NỘI SỌ - Ổ BỤNG

Mã số: X-61

I. ĐẠI CƯƠNG

Nang màng nhện là những tổn thương bẩm sinh xuất phát trong quá trình tiến triển phân tách màng nhện, là dạng thương tổn lành tính. Nang màng nhện chiếm tỉ lệ khoảng 1% các thương tổn nội sọ. Hiện nay, do việc sử dụng rộng rãi các phương tiện chẩn đoán hình ảnh, tỉ lệ này được ghi nhận cao hơn và số người bệnh được can thiệp phẫu thuật cũng tăng lên. Mục tiêu của điều trị phẫu thuật nang màng nhện là dẫn lưu dịch não tủy ra hệ thống tuần hoàn dịch não tủy. Một số phương pháp đang được áp dụng hiện nay là chọc hút nang bằng kim nhỏ, phẫu thuật mở thông nang vào các khoang chứa dịch não tủy bình thường. Phương pháp phẫu thuật mở thông nang dịch não tủy vào não thất hoặc các bể ở nền sọ bằng nội soi hiện đang được áp dụng nhiều ở Việt Nam và trên thế giới. Đặt Shunt dẫn lưu dịch não tủy-ổ bụng sẽ được thực hiện khi các biện pháp phẫu thuật khác không thực hiện được.

II. CHỈ ĐỊNH

Thông thường nang màng nhện nhỏ và không có triệu chứng sẽ được điều trị bảo tồn. Nếu có biểu hiện lâm sàng xác định được nguyên nhân xuất phát từ nang hoặc nang quá lớn chèn ép nhiều vào cấu trúc não xung quanh cần can thiệp phẫu thuật.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Nang màng nhện nhỏ, không có triệu chứng lâm sàng do nang gây ra.
- Bệnh lý toàn thân nặng phối hợp.
- Tất cả các trường hợp đang nhiễm trùng: viêm não, viêm màng não, viêm da, viêm phúc mạc, nhiễm trùng máu...

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- 2 bác sỹ: 1 phẫu thuật viên chính, 1 bác sỹ phụ
- 2 điều dưỡng: 1 điều dưỡng chuẩn bị bàn dụng cụ và phục vụ cho phẫu thuật viên.
- 1 kỹ thuật viên chuẩn bị máy.

2. Phương tiện

- Bộ dụng cụ mở sọ thông thường: Dao, khoan sọ, kéo, panh, phẫu tích có răng và không răng, kim mang kim, máy hút, dao điện, đốt điện lưỡng cực.
- Bộ van dẫn lưu não thất ổ bụng, hoặc hệ thống dây dẫn lưu (không có van).
- Vật tư tiêu hao: 50 gạc con; 5 gói bông sọ; 1 sợi chỉ prolene 4.0; 2 sợi chỉ vycryl 2.0; 1 gói sáp sọ.

3. Người bệnh: Được cạo tóc hoặc không cạo tóc, vệ sinh sạch sẽ.

4. Hồ sơ bệnh án: Đầy đủ phân hành chính, phân chuyên môn cụ thể, đủ về triệu chứng, diễn biến, tiền sử, các phương pháp điều trị đã thực hiện, các xét nghiệm, giải thích rõ cho gia đình và viết cam kết mổ.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Tư thế người bệnh: Tùy thuộc vào vị trí của nang dưới nhện người bệnh nằm ngửa, đầu hơi nghiêng sang phải hoặc sang trái, vùng cổ được giải phóng rộng rãi.

2. Vô cảm: Gây mê toàn thân

3. Kỹ thuật:

- Sát trùng
- Trải toan dọc theo vùng mổ từ đầu xuống bụng.
- Gây tê.
- Rạch da đầu tùy thuộc vào vị trí nang dưới nhện.
- Rạch da bụng vùng hạ sườn phải hoặc trái khoảng 5cm hoặc đường trắng giữa trên rốn. Mở phúc mạc.
- Luồn dẫn lưu dưới da đầu - cổ - ngực - bụng.
- Khoan sọ 1 lỗ, cầm máu xương, đốt cầm máu và mở màng cứng.
- Chọc catheter vào nang, kiểm tra ra dịch trong.
- Nối catheter vào dây dẫn lưu.
- Kiểm tra đầu dưới thông, luồn dẫn lưu vào ổ bụng khoảng 20 - 25cm.
- Đóng các vết mổ.

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

1. Theo dõi:

- Tình trạng toàn thân: Mạch, huyết áp, thở, nhiệt độ
- Tình trạng thần kinh: Tri giác, dấu hiệu thần kinh khu trú.
- Chảy máu vết mổ

2. Biến chứng và xử trí:

- Nhiễm khuẩn: Nhiễm trùng vết mổ, viêm màng não, viêm não thất, viêm phúc mạc. Mổ lại + điều trị nội khoa
- Tắc dẫn lưu: Mổ lại thông dẫn lưu
- Chảy máu trong não hay chảy máu dưới màng cứng: Mổ lại hoặc điều trị nội khoa.
- Động kinh: Điều trị nội khoa.
- Các biến chứng tiêu hoá: Nang dịch trong phúc mạc, thủng các tạng. Phẫu thuật để xử trí các biến chứng.

PHẪU THUẬT U NGOÀI MÀNG CỨNG TỦY SỐNG - RẼ THẦN KINH BẰNG ĐƯỜNG VÀO PHÍA SAU

Mã Số: X-50

I. ĐẠI CƯƠNG

U tủy là một bệnh hiếm gặp, chiếm tỷ lệ 2,06% so với các khối u trong cơ thể nói chung và chiếm tỷ lệ 15% các u thuộc hệ thống thần kinh trung ương. U tủy ít hơn u não 4 - 6 lần ở người lớn; ở trẻ em u tủy rất hiếm gặp. U ngoài tủy (extramedulle tumor) hay gặp, người ta chia như sau: U ngoài tủy- dưới màng cứng (intradural- extramedulle tumor) và U ngoài tủy-ngoài màng cứng (extradural-extramedulle tumor) thường là những u di căn, u máu hoặc u xương... chiếm tỷ lệ thấp khoảng 15 - 25%.

II. CHỈ ĐỊNH

- Chỉ định phẫu thuật tuyệt đối cho tất cả các người bệnh được xác định có u tủy.

- Chỉ định tương đối với những trường hợp u tủy cổ cao, quá lớn, giai đoạn muộn, già yếu, lao phổi, những bệnh lý ác tính cột sống.

- Chỉ định mổ cấp cứu trong những trường hợp u bị tụt kẹt hoặc chảy máu trong u gây liệt chi, gây bí tiểu một cách đột ngột.

- Điều trị ngoại khoa có kết quả tùy thuộc nhiều yếu tố, trong đó, việc chẩn đoán sớm là vô cùng quan trọng. Các tác giả trong và ngoài nước đều cho rằng: phẫu thuật vào giai đoạn đầu sẽ đem lại nhiều kết quả tốt.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Bệnh lý toàn thân phối hợp nặng.

- U tủy cổ cao quá lớn, phẫu thuật không đem lại kết quả khả quan.

- Người bệnh đến giai đoạn muộn, già yếu, lao phổi tiến triển, những bệnh lý ác tính cột sống đã rõ ràng, di căn tràn lan.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- Hai bác sỹ: một phẫu thuật viên (PTV) chính và một phụ phẫu thuật.

- Hai điều dưỡng: một điều dưỡng tham gia trực tiếp vào cuộc mổ chuẩn bị dụng cụ và phục vụ dụng cụ cho PTV, một điều dưỡng chạy ngoài.

2. Phương tiện kỹ thuật

- Bộ dụng cụ phẫu thuật cột sống thường quy: dao mổ lưỡi to và lưỡi nhỏ (12-15mm) cán dài, cò súng 2mm-3mm, panh gấp đĩa đệm thẳng và chéch lên trên xuống dưới, phẫu tích không răng và có răng, kìm mang kim, máy hút, dao điện đơn cực và lưỡng cực.

Ngoại Thần kinh

- Dụng cụ tiêu hao: 20 gạc con, 1 gói bông nhỏ, 1 sợi vicryl số 1, 1 sợi vicryl 2/0, 1 sợi ethilon 4/0, 1 gói sáp sọ, 1 gói surgical.

- Chuẩn bị người bệnh: Người bệnh được nhịn ăn và thụt tháo từ đêm hôm trước.

- Hoàn thiện hồ sơ bệnh án đầy đủ theo quy định, có cam kết của gia đình người bệnh.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH: kỹ thuật mổ từ phía sau

- Kiểm tra lại hồ sơ, phiếu mổ và người bệnh trước khi gây mê.

- Thực hiện phẫu thuật: thời gian tùy theo vị trí và kích thước, tính chất u.

+ Sau khi gây mê hoặc gây tê tủy sống, người bệnh được đặt nằm sấp, kê cao hai gai chậu và vai.

+ Xác định vị trí rạch da bằng máy chụp x quang trong mổ hoặc đếm khoang liên gai sau từ dưới lên hoặc từ trên xuống.

+ Gây tê vùng bằng hỗn hợp Adrenalin và Xylocain 1/10⁵ ở cơ cạnh sống.

+ Rạch da và bộc lộ vị trí phẫu thuật là đường nối giữa hai móm gai sau.

+ Mở cung sau tương ứng với vị trí của u. Mở dây chằng vàng và cắt bỏ dây chằng vàng bằng kim cò súng hoặc bằng dao nhọn.

+ Bộc lộ u, tách u khỏi màng tủy và các rễ thần kinh. Tùy theo tính chất u mà lấy u từng phần hay toàn phần. Tránh gây tổn thương màng tủy và các rễ thần kinh trong quá trình thao tác.

+ Cầm máu kỹ diện cắt u.

+ Nếu rách màng tủy, đóng kín lại bằng chỉ prolene 4.0 hay 5.0.

+ Đóng cơ và cân bằng vicryl số 0. Đóng lớp dưới da bằng vicryl 2.0. Đóng da bằng ethilon 4.0. Nếu cần có thể đặt dẫn lưu vào ổ mổ.

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

1. Theo dõi

- Toàn trạng: mạch, huyết áp

- Chảy máu vết mổ

- Tổn thương tủy hay các rễ thần kinh.

2. Biến chứng và xử trí

- Rách màng cứng: khâu vá lại bằng prolene 4.0.

- Tổn thương tủy, rễ thần kinh: điều trị bằng corticoid, phục hồi chức năng.

- Chảy máu vết mổ: khâu tăng cường để cầm máu.

- Rò dịch não tủy sau mổ: mổ lại vá rò.

PHẪU THUẬT U THẦN KINH NGOẠI BIÊN

Mã số: X-148

I. ĐẠI CƯƠNG

U ở các dây thần kinh ngoại vi được tạo thành do sự tăng sinh của các tế bào liên kết (nguyên bào sợi) của bao ngoài bó thần kinh. U có thể mọc ở bất kỳ vị trí nào dọc theo đường đi của các dây thần kinh. Đa số u lành tính, tiến triển chậm. U có thể phát triển đơn độc, nhưng cũng có thể mọc ở nhiều nơi gây ra những tổn thương trầm trọng về chức năng sống cũng như thẩm mỹ cho người bệnh, thậm chí gây tàn phế. Đó thường là hậu quả của bệnh u xơ thần kinh type I (neurofibromatosis type I hay bệnh Von Recklinghausen). Nguyên nhân gây bệnh là do rối loạn di truyền tính trội ở nhiễm sắc thể số 17. Người bệnh thường có các đốm da màu café sữa (café-au-lait spots) hay tàn nhang ở những chỗ nếp gấp của da như nách, háng...U thường xuất hiện vào thời kỳ niên thiếu, tỉ lệ khoảng 1/3.000 trẻ. Trên 50% số trẻ bị bệnh có biểu hiện triệu chứng từ lúc 2 tuổi hay trước 5 tuổi.

Bệnh u xơ thần kinh type I đôi khi có thể gây ra các biến chứng nặng hơn như giảm thị lực, chậm phát triển thể chất và tinh thần, biến dạng xương, gù vẹo cột sống...Các biểu hiện ở nội tạng thể hiện mức độ trầm trọng của bệnh chứ không phải là các triệu chứng rầm rộ ngoài da.

Bệnh chưa có phương pháp điều trị đặc hiệu, vấn đề điều trị hiện nay chỉ giới hạn ở việc theo dõi mức độ phát triển của bệnh và can thiệp khi có triệu chứng. Thuốc có tác dụng ức chế men tyrosine kinase thuộc nhóm IMATINIB (Glivec, Gleevec) bước đầu cho thấy có khả năng điều trị các khối u thần kinh trong NF1. Điều trị laser có thể được sử dụng để loại bỏ các tổn thương trên bề mặt của da và giúp cải thiện ngoại hình.

II. CHỈ ĐỊNH

- Khối u gây rối loạn cảm giác, hạn chế vận động hay ảnh hưởng đến thẩm mỹ.
- Khối u phát triển nhanh và/hoặc nghi ngờ ác tính (neurofibrosarcoma).

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Tình trạng toàn thân nặng, nhiều dị tật phối hợp (biến chứng tim mạch, gù vẹo cột sống nặng...).
- Những khối u ở vùng đám rối thần kinh hay u lớn, xâm lấn mạch máu... khó có khả năng lấy u toàn bộ hay để lại di chứng nặng nề cho người bệnh.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Ngoại Thần kinh

- Bác sĩ: 01 phẫu thuật viên chuyên khoa phẫu thuật thần kinh hoặc chấn thương chỉnh hình, 01 bác sĩ phụ mổ, 01 bác sĩ gây mê. Trong một số trường hợp, cần phối hợp với phẫu thuật viên mạch máu, tiêu hóa hoặc tạo hình.

- Điều dưỡng: 01 điều dưỡng phụ mê, 01 điều dưỡng phục vụ dụng cụ cho phẫu thuật viên, 01 điều dưỡng chạy ngoài.

2. Người bệnh

- Hỏi bệnh, khám bệnh chi tiết, tử mí (lưu ý phát hiện các dấu hiệu giúp chẩn đoán bệnh NF1 nếu có, khai thác tiền sử gia đình để tư vấn khám sàng lọc...)

- Nhịn ăn, vệ sinh, khám gây mê trước mổ theo quy định.

- Kiểm tra, đối chiếu họ tên, tuổi, bệnh án, xét nghiệm, phim... trước khi mổ

3. Phương tiện

- Bộ dụng cụ phẫu thuật thông thường: dao, kéo, pince, phẫu tích, kìm mang kim, máy hút, dao điện đơn cực và lưỡng cực.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Tư thế: Tùy vị trí khối u

2. Vô cảm:

Tùy theo vị trí, kích thước khối u mà có thể lựa chọn phương pháp vô cảm phù hợp: tê tại chỗ, tê đám rối, tê tủy sống hoặc gây mê nội khí quản.

3. Kỹ thuật:

- Sát trùng rộng rãi vùng mổ, trải toan

- Gây tê vùng rạch da.

- Đường rạch da được lựa chọn tùy theo vị trí, kích thước và tính chất của khối u, phải đảm bảo các yếu tố: có thể tiếp cận khối u rộng rãi và an toàn nhất, nuôi dưỡng da tốt và thẩm mỹ.

- Rạch da. Phẫu tích từng lớp bộc lộ khối u. U thường tròn, nhẵn, ranh giới rõ. Kiểm tra các cấu trúc mạch máu, thần kinh lân cận trước khi quyết định cắt u toàn bộ hay bán phần.

- Cầm máu

- Đặt dẫn lưu nếu ổ mổ rộng, nguy cơ chảy máu nhiều

- Đóng vết mổ.

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

1. Theo dõi:

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

- Tình trạng thần kinh: Dấu hiệu thần kinh khu trú (liệt tiến triển)

Ngoại Thân kinh

- Chảy máu vết mổ
- Dẫn lưu (nếu có): thường rút trong 48h đầu

2. Biến chứng và xử trí

- Chảy máu: Mổ lại cầm máu.
- Nhiễm trùng: Điều trị nội khoa (kháng sinh).
- Liệt tiền triển: Theo dõi, điều trị nội khoa (chống viêm), phục hồi chức năng.