

PHẦN 1. NỘI KHOA HOLTER HUYẾT ÁP

I. ĐẠI CƯƠNG

Holter huyết áp (HA) là một phương pháp theo dõi huyết áp tự động liên tục trong một khoảng thời gian nhất định, thường là 24-48 giờ. Máy cho phép ghi lại huyết áp trong suốt thời gian đeo máy thông qua một thiết bị đo huyết áp tự động. Các dữ liệu huyết áp này sẽ được lưu lại trong bộ nhớ dưới dạng băng cassette hoặc được ghi theo phương pháp kỹ thuật số. Kích thước của máy thường nhỏ như một máy Radio Walkman. Do đó người bệnh có thể đeo bên hông khi đi lại và làm việc. Hầu hết các máy ghi đều có một nút bấm để đánh dấu thời điểm người bệnh xuất hiện triệu chứng.

II. CHỈ ĐỊNH

- Các trường hợp tăng huyết áp thoáng qua.
- Xác định mối liên quan giữa triệu chứng với mức huyết áp.
- Phát hiện các trường hợp tăng huyết áp không có triệu chứng.
- Đánh giá hiệu quả điều trị của các thuốc điều trị huyết áp.
- Góp phần chẩn đoán sớm tăng huyết áp.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Không có chống chỉ định khi ghi Holter huyết áp, chỉ chú ý cẩn thận bảo quản thiết bị ghi không tiếp xúc với nước, hoặc các va chạm cơ học, hóa chất.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- 01 kỹ thuật viên hoặc điều dưỡng nội khoa.
- 01 Bác sĩ chuyên khoa nội tim mạch.

2. Chuẩn bị dụng cụ

- Băng cuốn cánh tay với tiêu chuẩn: có bề dài bao đo (nằm trong băng quấn) tối thiểu bằng 80%; bề rộng tối thiểu bằng 40% chu vi cánh tay. Quấn băng quấn đủ chặt, bờ dưới của bao đo ở trên nếp lằn khuỷu 2cm.
- Đầu ghi tín hiệu huyết áp.
- Pin Alkaline.
- Băng dính.
- Túi đựng đầu ghi cố định trên người bệnh.

3. Người bệnh

- Người bệnh tắm rửa sạch sẽ trước khi đeo máy. Trong thời gian đeo máy tuyệt đối không được phép tắm rửa. Nên mặc áo rộng rãi.
- Giải thích cho người bệnh bảo quản đầu ghi trong thời gian đeo máy.
- Ghi lại những sự kiện vào phiếu Holter huyết áp trong quá trình theo dõi.

4. Hồ sơ bệnh án: hoàn thiện theo quy định của Bộ Y tế

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Băng cuốn huyết áp ở cánh tay, (thường cánh tay trái với người thuận tay phải và ngược lại).
- Lắp máy thường cài đặt chế độ đo mỗi lần cách nhau 15-30 phút ban ngày và 30-60 phút ban đêm.
- Hướng dẫn người bệnh. Trong thời gian đeo máy: sinh hoạt bình thường, tránh gắng sức, không làm ướt máy và không làm va đập vào máy vì dễ làm nhiễu hình ảnh điện tâm đồ. Trong thời gian đeo máy nếu có các triệu chứng bất thường cần bấm nút để đánh dấu thời điểm bị, đồng thời ghi lại đầy đủ các triệu chứng này và thời gian chính xác lúc xảy

ra triệu chứng vào tờ nhật ký.

- Khi máy bắt đầu bơm hơi để đo huyết áp cần giữ tay cố định, tránh cử động làm sai lệch kết quả.

- Sau 24-48 giờ người bệnh được hẹn quay trở lại để tháo máy. Máy sau khi được tháo sẽ được nạp các dữ liệu huyết áp vào máy tính có cài phần mềm để đọc.

VI. ĐỌC VÀ PHÂN TÍCH KẾT QUẢ

- Đánh giá kết quả mà máy đọc trên các thông số: huyết áp tối đa, huyết áp tối thiểu, huyết áp trung bình, huyết áp cao nhất, huyết áp thấp nhất trong ngày và đêm,...

- Loại bỏ các kết quả sai, bổ xung các kết quả còn thiếu.

- Nhận xét và in kết quả.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

Không có biến chứng nặng nào khi theo dõi Holter huyết áp, có thể chỉ có dị ứng ngoài da với băng dính hoặc băng cuốn cánh tay.

Nguồn tài liệu

Quyết định 3983/QĐ-BYT ngày 03 tháng 10 năm 2014 về việc ban hành tài liệu “ Hướng dẫn quy trình kỹ thuật nội khoa, chuyên ngành tim mạch”.

PHẦN II. NGOẠI KHOA-BÔNG

1. PHẪU THUẬT ÁP XE TUYẾN TIỀN LIỆT

I. ĐẠI CƯƠNG:

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

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

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

IV. CHUẨN BỊ:

1. Người thực hiện:

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

2. Người bệnh:

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

3. Phương tiện:

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

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

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH:

1. Tư thế: Người bệnh nằm ngửa.

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

3. Kỹ thuật:

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

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

1. Theo dõi:

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

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

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

2. CẮT BỎ HOẠI TỬ TOÀN LỚP BỎNG SÂU TỪ 1% - 3% DIỆN TÍCH CƠ THỂ Ở TRẺ EM

I. KHÁI NIỆM:

Cắt bỏ hoại tử theo phương pháp toàn lớp (hay phương pháp toàn bộ) là phương pháp loại bỏ toàn bộ hoại tử tới phần mô lành của cơ thể.

Cắt bỏ hoại tử toàn lớp từ 1-3% diện tích cơ thể ở trẻ em là phẫu thuật lớn, đòi hỏi phẫu thuật viên có kinh nghiệm, gây mê hồi sức đảm bảo. Đồng thời, phẫu thuật cũng có nguy cơ như mất máu (có thể gây sốc mất máu), nguy cơ nhiễm khuẩn. Do đó sau phẫu thuật đòi hỏi theo dõi chặt chẽ, nên có vật liệu che phủ ngay sau cắt.

II. CHỈ ĐỊNH:

1. Bỏng độ IV, độ V hoặc các độ bỏng trên xen kẽ (phân loại 5 độ bỏng).
2. Toàn trạng thoát sốc ổn định, cho phép phẫu thuật, các xét nghiệm trong giới hạn cho phép phẫu thuật.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH:

1. Bỏng nông.
2. Sốc bỏng nặng hoặc toàn trạng không cho phép phẫu thuật.
3. Cơ sở điều trị không có đủ trang thiết bị phẫu thuật, gây mê hồi sức và kỹ thuật chuyên khoa.

IV. CHUẨN BỊ:

1. Người thực hiện:

- Kíp phẫu thuật viên chuyên khoa bỏng (2-3 bác sỹ).
- Kíp gây mê của phòng phẫu thuật (1 bác sỹ gây mê, 1 kỹ thuật viên phụ mê, 2 điều dưỡng).

2. Phương tiện:

- Bộ dụng cụ cho cuộc mổ đại phẫu hoặc trung phẫu bỏng.
- Dao mổ thường, dao chuyên dụng có định mức: Lagrot, Humby, Week...
- Dự trữ máu phù hợp để truyền trong và sau phẫu thuật.

3. Ngõng bệnh:

- Tư vấn và giải thích để người bệnh, gia đình hiểu và cộng tác với chuyên môn.
- Chuẩn bị hồ sơ, bệnh án theo quy định.
- Thay băng, kiểm tra tổn thương và vệ sinh vùng phẫu thuật.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH:

1. **Chuẩn bị:** tương tự cuộc phẫu thuật vô khuẩn loại II thông thường.

2. **Vô cảm:** gây mê hoặc tê khu vực phẫu thuật (theo quy trình riêng).

3. Kỹ thuật:

* Thì 1: Thay băng, bộc lộ tổn thương theo quy định

- Chọn tư thế người bệnh phù hợp với vùng phẫu thuật.
- Sát khuẩn vùng tổn thương bằng dung dịch PVP 10%, rửa lại bằng nước muối sinh lý. Thấm khô.

- Sát khuẩn vùng da lành xung quanh bằng cồn 70 độ.

- Trải vải vô trùng bộc lộ vùng phẫu thuật.

* Thì 2: cắt hoại tử toàn lớp

- Dùng dao mổ thường hoặc dao mổ điện hoặc dao có định mức chiều sâu như lagrot cắt toàn bộ hoại tử tới phần lành.

- Cắt hết hoại tử: độ IV cắt tới mỡ lành hoặc cân nông, độ V cắt tới cơ lành (chảy máu và co cơ), xương lành (róm máu), gân lành (trong bóng)....Kiểm tra lại nền tổn thương đã cắt hết hoại tử chưa.

- Diện tích một lần phẫu thuật 1-3% diện tích cơ thể.

- Cầm máu bằng đắp gạc tẩm adrenalin 1/200.000 hoặc đốt điện hay kẹp, thắt, buộc, khâu cầm máu kiểu chữ X (nếu tổn thương ở chi thể, có thể garô trên vùng phẫu thuật để hạn chế mất máu khi cắt hoại tử).

- Rửa lại vết mổ bằng dung dịch PVP 3%, rửa lại bằng natri clorid 0,9%, thấm khô.

* Thì 3: che phủ nền tổn thương. Có thể áp dụng các biện pháp sau

- Ghép da mỏng tự thân hay da dày tự thân ngay sau cắt hoại tử (tùy theo tính chất của vùng tổn thương, tính chất nền ghép...): theo quy trình riêng.

- Che phủ tạm thời bằng các vật liệu thay thế da (da đồng loại, trung bì da lợn, các màng sinh học...): theo quy trình riêng.

- Bôi các thuốc kháng khuẩn tại chỗ, thay băng hàng ngày khi có mô hạt thì ghép da

4. Chăm sóc thay băng sau phẫu thuật:

- Thay băng hàng ngày sau phẫu thuật.

- Nếu còn hoại tử sót lại có thể cắt lọc tiếp, làm sạch vết bỏng.

- Khi có mô hạt đủ tiêu chuẩn ghép da thì tiến hành ghép da.

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ BIẾN CHỨNG:

1. Toàn thân:

- Theo dõi các biến chứng của gây mê: suy hô hấp, tụt huyết áp, nôn...xử trí bằng truyền dịch, nâng huyết áp, thở oxy, để đầu thấp nghiêng 1 bên, lau sạch đờm dãi...

- Theo dõi tình trạng sốc do mất nhiều máu trong mổ: truyền máu kịp thời trong và sau mổ.

- Đau nhiều sau phẫu thuật: cho thuốc giảm đau sau mổ 1- 2 ngày.

2. Tại chỗ:

- Tình trạng chảy máu tại vùng mổ (máu thấm băng...): kê cao chân, băng ép bổ sung. Nếu không được: tiến hành mở băng, xác định điểm chảy máu và khâu, đốt cầm máu bổ sung.

- Băng ép quá chặt: nới bớt băng.

- Nhiễm khuẩn tại chỗ hoặc toàn thân nặng lên: sau cắt cần che phủ bằng vật liệu sinh học. Thay băng vô khuẩn, đắp thuốc kháng khuẩn tại chỗ và kháng sinh toàn thân theo kháng sinh đồ.

3. CẮT DẠ DÀY HÌNH CHÊM

I. ĐẠI CƯƠNG:

Trong điều trị phẫu thuật, không phải tổn thương nào cũng phải cắt đoạn hay toàn bộ dạ dày. Một số bệnh lý có chỉ định cắt dạ dày hình chêm làm phẫu thuật nhẹ nhàng hơn, bảo tồn được tối đa dạ dày mà không làm thay đổi kết quả phẫu thuật.

II. CHỈ ĐỊNH:

- Ung thư dạ dày giai đoạn sớm, tại chỗ.
- U dạ dày không thuộc biểu mô.
- Loét lành tính dạ dày.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH:

- Chống chỉ định đối với phẫu thuật nói chung.
- Ung thư dạ dày tiến triển.

IV. CHUẨN BỊ:

1. Người thực hiện:

- Phẫu thuật viên chính chuyên khoa tiêu hóa hoặc ngoại chung.
- 02 phẫu thuật viên phụ.
- 01 bác sỹ gây mê.
- Kíp dụng cụ viên, chạy ngoài, phụ mê: 03 điều dưỡng.

2. Người bệnh:

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

3. Phương tiện: Bộ dụng cụ đại phẫu, chỉ khâu, máy cắt nối...

4. Dự kiến thời gian phẫu thuật: 90 phút

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH:

1. Tư thế: người bệnh nằm ngửa.

2. Vô cảm: gây mê nội khí quản. trường hợp chống chỉ định gây mê nội khí quản có thể gây tê ngoài màng cứng.

3. Kỹ thuật:

- Bước 1: mở bụng đường trắng giữa trên dưới rốn hoặc mổ nội soi
- Bước 2: đánh giá tổn thương
 - . Đánh giá dịch ổ bụng, tình trạng phúc mạc.
 - . Đánh giá cơ quan khác trong ổ bụng.
 - . Đánh giá tổn thương tại chỗ.
 - . Đánh giá di căn hạch.
- Bước 4: bộc lộ tổn thương, nếu tổn thương nằm mặt sau thì phải tách mạc nối lớn khỏi đại tràng.
- Bước 5: cắt bỏ tổn thương có thể bằng echolon hoặc cắt bằng dao đơn cực xong khâu lại, đảm bảo cắt hết tổn thương

- Bước 6: cầm máu kỹ diện bóc tách, có thể đặt dẫn lưu nếu cần thiết.
- Bước 7: đóng bụng theo bình diện giải phẫu.

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

- Chảy máu: thường trong 48h đầu hoặc những ngày tiếp theo. Chảy máu đỏ tươi, số lượng nhiều qua dẫn lưu, toàn trạng thay đổi (nhợt, lo âu, mạch nhanh, huyết áp tụt) cần mổ kiểm tra lại, cầm máu.
- Theo dõi áp xe tồn dư, tình trạng bục miệng nối, nhiễm trùng vết mổ để có chỉ định can thiệp kịp thời.
- Theo dõi tình trạng chung: mạch, huyết áp, viêm phổi
- Truyền dịch: tính đủ năng lượng, lượng dịch vào cho từng người bệnh cụ thể
- Kháng sinh: sử dụng kháng sinh dự phòng hoặc sử dụng kháng sinh điều trị khi có chỉ định, tùy thuộc hoàn cảnh cụ thể.
- Cho người bệnh ăn lại khi có trung tiện.

4. CẮT MÀO TINH HOÀN

I. ĐẠI CƯƠNG:

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

II. CHỈ ĐỊNH:

- Nang mào tinh hoàn >1cm hay gây đau, khó chịu
- Nang chảy máu
- U viêm mào tinh hoàn điều trị nội khoa không kết quả

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH:

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

IV. CHUẨN BỊ:

1. Người thực hiện:

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

2. Người bệnh:

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

3. Phương tiện:

- Bàn mổ có thể điều khiển quay các tư thế khi cần thiết
- Dao điện đơn cực, dao điện lưỡng cực bipolar
- Máy hút
- Dao mổ lạnh, cán dao, kim kẹp kim, 10 pince cong, 2 pharabuf, 2 kéo phẫu tích: 1to, 1 nhỏ, 1 kéo cắt chỉ.
- Các loại chỉ khâu chuyên dụng như: chỉ tiêu chậm [Monosyn, vicryl (4/0, 5/0)] 2 sợi, chỉ tiêu nhanh (safil quick, vicryl rapid: 4/0, 5/0) 1 sợi

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH:

1. Tư thế: Người bệnh nằm ngửa

2. Vô cảm: Tê tùy sống hoặc gây mê.

3. Kỹ thuật:

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

- Bộc lộ tinh hoàn và nang mào tinh hoàn đánh giá vị trí kích thước nang.
- Mở lá thành mào tinh hoàn bộc lộ nang, phẫu tích bóc nang, cầm máu kỹ.
- Nếu nang nhỏ ở người bệnh trẻ chỉ cần mở nang tránh bóc quá kỹ gây tổn thương ống mào tinh hoàn
- Nếu dịch nang đục có thể xét nghiệm (vi khuẩn, tế bào)
- Khâu phục hồi tạo hình mào tinh hoàn
- Đưa tinh hoàn vào trong màng tinh hoàn: Chú ý mào tinh hoàn ở phía sau, đầu mào tinh hoàn ở trên chống xoắn tinh hoàn
- Đóng vết mổ 2 lớp. Có thể đặt dẫn lưu nếu cần theo dõi sau mổ.

VI. THEO DÕI CÁC TAI BIẾN - BIẾN CHỨNG VÀ XỬ TRÍ:

1. Theo dõi:

- Theo dõi toàn thân.
- Theo dõi dẫn lưu (nếu có): theo dõi số lượng, tính chất dịch dẫn lưu.
- Các tai biến, biến chứng có thể gặp:
 - + Chảy máu
 - + Tụ máu, phù nề bìu và tầng sinh môn
 - + Nhiễm khuẩn vết mổ.

2. Nguyên tắc xử trí:

- Chảy máu: thay băng, theo dõi. Nếu chảy máu vết mổ thì khâu cầm máu. Nếu chảy máu bên trong thì mổ lại cầm máu.
- Nhiễm khuẩn vết mổ: điều trị kháng sinh, chăm sóc vết mổ thay băng hàng ngày.

5. CẮT RUỘT NON HÌNH CHÊM

I. ĐẠI CƯƠNG:

Trong điều trị phẫu thuật, không phải tổn thương nào cũng phải cắt đoạn dạ dày. Một số bệnh lý có chỉ định cắt dạ dày hình chêm làm phẫu thuật nhẹ nhàng hơn, bảo tồn được tối đa dạ dày mà không làm thay đổi kết quả phẫu thuật

II. CHỈ ĐỊNH:

- Tổn thương ruột trong chấn thương.
- Viêm túi thừa Meckel
- U ruột non giai đoạn sớm

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH:

- Người bệnh già yếu, suy kiệt, chống chỉ định phẫu thuật
- Tổn thương rộng.

IV. CHUẨN BỊ:

1. Người thực hiện: Kíp phẫu thuật viên tiêu hóa và kíp bác sỹ gây mê hồi sức, kỹ thuật viên có kinh nghiệm.

2. Người bệnh:

- Các xét nghiệm cơ bản chẩn đoán.
 - Siêu âm bụng hoặc CT bụng trong những trường hợp khó.
3. Phương tiện: Bộ dụng cụ mổ mổ đại phẫu tiêu hóa, chỉ khâu,...

4. Kiểm tra hồ sơ:

 thủ tục hành chính, chuyên môn,...

Thời gian phẫu thuật: dự kiến khoảng 30 phút

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH:

1. Tư thế: nằm ngửa dạng hai chân, đặt sonde bàng quang.

2. Vô cảm: gây mê nội khí quản.

3. Kỹ thuật:

- Phẫu thuật viên đứng bên phải người bệnh, hai người phụ đứng bên đối diện
- Thì 1: đường mở bụng: mở bụng đường trắng giữa trên dưới rốn. hoặc mổ nội soi
- Thì 2: đánh giá tổn thương
- + Đánh giá dịch ổ bụng, tình trạng phúc mạc.
- + Đánh giá cơ quan khác trong ổ bụng.
- + Đánh giá tổn thương tại chỗ.
- + Đánh giá di căn hạch.
- Thì 4: bộc lộ tổn thương, nếu tổn thương nằm mặt sau thì phải tách mạc nối lớn khỏi đại tràng
- Thì 5: cắt bỏ tổn thương có thể bằng echolon hoặc cắt bằng dao đơn cực xong khâu lại. đảm bảo cắt hết tổn thương
- Thì 6: cầm máu kỹ diện bóc tách, có thể đặt dẫn lưu nếu cần thiết.
- Thì 10: đóng bụng theo bình diện giải phẫu.

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN:

1. Theo dõi: như mọi trường hợp phẫu thuật đường tiêu hóa nói chung.

2. XỬ TRÍ TAI BIẾN:

- Chảy máu: chảy máu trong ổ bụng, cần theo dõi sát, cần thiết phải phẫu thuật lại ngay.
- Tắc ruột sau mổ: kiểm tra xem do dẫn ruột cơ năng hay tắc ruột cơ học. Nếu do nguyên nhân cơ học phải mổ kiểm tra và xử lý nguyên nhân.
- Áp xe hoặc viêm phúc mạc do rò, bục miệng nối: điều trị nội hoặc phẫu thuật lại tùy thuộc mức độ của biến chứng

6. PHẪU THUẬT CẮT TÚI MẬT NỘI SOI

I. ĐẠI CƯƠNG:

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

II. CHỈ ĐỊNH:

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

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH:

- Chống chỉ định của phẫu thuật nội soi ổ bụng nói chung: tiền sử mổ bụng, không thể bơm CO₂ khoang ổ bụng (do suy tim, bệnh hô hấp...).
- Chống chỉ định của phẫu thuật ổ bụng nói chung: rối loạn đông máu nặng, bệnh lý tim mạch hô hấp không cho phép thực hiện gây mê toàn thân.

IV. CHUẨN BỊ:

1. Người thực hiện: Người thực hiện chuyên khoa tiêu hóa đã được đào tạo phẫu thuật nội soi cơ bản.

2. Phương tiện:

- Bàn mổ có thể dạng chân, quay các chiều.
- Giàn máy mổ nội soi: nguồn sáng, máy bơm khí, khí CO₂, màn hình, dao điện (đơn cực và lưỡng cực).
- Bộ dụng cụ mổ nội soi: 04 trocar (02 trocar 10mm; 02 trocar 5mm); panh có răng - không răng; móc đốt điện; kìm cặp clip; kìm cặp kim; kéo; ống kính 90o hoặc 45o.

3. Người bệnh:

- Các xét nghiệm cơ bản phục vụ cuộc mổ, lưu ý tiền sử đau, sốt, vàng da là các triệu chứng của sỏi ống mật chủ kèm theo.
- Các xét nghiệm đánh giá chức năng gan
- Siêu âm ổ bụng tối thiểu hai lần khẳng định không có bất thường ở đường mật chính.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH:

1. Tư thế:

- Người bệnh nằm ngửa, 2 chân có thể khép hoặc dạng 90°, tay phải khép, tay trái dạng 90°. Màn hình đặt ở phía đầu bên tay phải người bệnh.
- Người thực hiện đứng bên trái người bệnh, người phụ cầm camera đứng phía dưới Người thực hiện hoặc giữa 2 chân, dụng cụ viên đứng phía dưới

2. Vô cảm:

- Mê nội khí quản.
- Có đặt ống thông dạ dày, không cần đặt ống thông bàng quang.

3. Kỹ thuật:

- Mở bụng theo Kỹ thuật mini-open ở dưới rốn để đặt trocar 10mm. Bơm hơi ổ bụng, duy trì áp lực trong ổ bụng 10 - 12 mmHg.
- Đưa camera quan sát, lựa chọn vị trí đặt các trocar tiếp theo: trocar 10mm dưới mũi ức; trocar 5mm ở bờ ngoài cơ thẳng to ngang bên phải rốn; trocar 5mm ở dưới bờ sườn phải đường nách giữa.
- Chính bàn tư thế đầu cao, nghiêng trái tối đa.
- Dùng panh có răng đưa qua lỗ trocar dưới sườn cầm vào đáy túi mật đẩy lên trên và sang phải tối đa để bộc lộ vùng cổ túi mật và cuốn gan.

- Dùng panh không răng đưa qua lỗ trocar bờ ngoài cơ thẳng cầm vào phễu túi mật, quan sát xem có bất thường ống mật chủ (có giãn?), ống cổ túi mật (có giãn?).
- Dùng móc dao điện phẫu tích vào tam giác Calot ở mặt sau và mặt trước, bộc lộ được động mạch túi mật, ống cổ túi mật.
- Cặp clip vào động mạch túi mật và ống cổ túi mật, phải nhìn rõ ống gan chung khi cặp, dùng kéo cắt động mạch túi mật và ống cổ túi mật. Dùng móc điện giải phóng giường túi mật tỉ mỉ, cầm máu giường túi mật.
- Cho túi mật vào túi nylon, lau sạch ổ bụng, cầm máu kỹ. Trường hợp viêm nhiễm, dịch mật đục bẩn có thủng túi mật nên đặt dẫn lưu dưới gan và đưa và ở lỗ trocar dưới sườn phải.
- Lấy túi mật qua lỗ trocar rốn, đóng các lỗ trocar bằng chỉ tiêu.

VI. THEO DÕI:

- Rút sonde dạ dày khi kết thúc phẫu thuật.
- Cho ăn sau 6-8h.
- Ngồi dậy, đi lại sau 6-8h.
- Ra viện sau 24-48h.

VII.XỬ TRÍ TAI BIẾN:

- Chảy máu trong ổ bụng: do tuột clip động mạch túi mật hoặc từ giường túi mật □ nội soi kiểm tra hoặc mổ mở để cầm máu.
- Viêm phúc mạc: do tuột clip ống cổ túi mật hoặc thương tổn đường mật chính □ mổ bụng kiểm tra và xử trí theo thương tổn.
- Áp xe tồn dư: thường gặp ở vị trí hố túi mật " điều trị kháng sinh kết hợp chọc hút dưới siêu âm.

7. PHẪU THUẬT CẮT U TÁ TRÀNG

I. ĐẠI CƯƠNG:

U biểu mô đệm dạ dày ruột là những khối u trung mô phổ biến nhất của ống tiêu hóa, gặp 50% ở dạ dày, 30% ở ruột non, 5% ở đại – trực tràng và 5% ở thực quản. Trong những khối u biểu mô đệm của ruột non có 12-18% gặp ở tá tràng, phẫu thuật cắt bỏ u vẫn là phương pháp điều trị tốt nhất. Điều trị phẫu thuật u biểu mô đệm tá tràng nên lựa chọn phẫu thuật cắt đoạn tá tràng vì khối u ít có xu hướng xâm lấn rộng và di căn hạch.

II. CHỈ ĐỊNH:

U biểu mô đệm tá tràng khu trú ở một phần tá tràng.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH:

U tá tràng có xâm lấn đầu tụy.

IV. CHUẨN BỊ:

1. Người thực hiện: Kíp phẫu thuật viên tiêu hóa và kíp bác sỹ gây mê hồi sức, kỹ thuật viên có kinh nghiệm.

2. Người bệnh:

- Các xét nghiệm cơ bản chẩn đoán.
- Soi dạ dày sinh thiết hoặc siêu âm nội soi.
- Đặc biệt cần lưu ý nâng cao thể trạng người bệnh trước phẫu thuật bằng nuôi dưỡng qua đường tĩnh mạch.
- Chuẩn bị mổ:
 - + Chế độ ăn: nhịn ăn, thực tháo, vệ sinh vùng phẫu thuật và toàn thân.
 - + Kháng sinh dự phòng trước mổ.

3. Phương tiện: Bộ dụng cụ mổ mở đại phẫu tiêu hóa, chỉ khâu,...

4. Kiểm tra hồ sơ: thủ tục hành chính, chuyên môn

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH:

1. Tư thế:

Người bệnh nằm ngửa, kê một gối đệm dưới lưng ngang đốt sống lưng 12 (D12).

2. Vô cảm: gây mê toàn thân có giãn cơ

3. Kỹ thuật:

- **Thì 1:** Mở bụng đường trắng giữa trên dưới rốn, đánh giá tổn thương.
 - + Đánh giá dịch ổ bụng, tình trạng phúc mạc.
 - + Đánh giá các cơ quan khác trong ổ bụng.
 - + Đánh giá tổn thương tại tá tràng, đầu tụy.
 - + Đánh giá di căn hạch.

- **Thì 2:** làm động tác Kocher di động toàn bộ tá tràng khỏi phúc mạc thành sau.

Cắt đôi tá tràng ở dưới môn vị khoảng 2 cm (có thể dùng máy cắt thẳng 45 mm), phẫu tích tách Dạ dày tá tràng khỏi đầu tụy, tránh không làm tổn thương nhu mô tụy. Chú ý phần nhu mô đầu tụy cạnh nhú tá tràng bé gắn chặt với thành tá tràng nên phải bóc lớp cơ thành tá tràng tại bình diện phẫu tích để tránh làm tổn thương tụy. Bộc lộ nhú tá tràng bé, cắt đôi và khâu buộc ống Santorini. Phẫu tích tìm đoạn ống mật chủ trong tụy và nhú tá tràng lớn ở mặt sau của đầu tụy. Cắt đôi phần dưới tá tràng bảo tồn lỗ của nhú tá tràng lớn (có thể dùng máy cắt thẳng 45 mm). Cắt đôi bó mạch vị mạc nối phải để di động hoàn toàn hang môn vị.

- **Thì 3:** Phục hồi lưu thông tiêu hóa: đóng kín đầu dưới tá tràng, nối đầu trên tá tràng với 1 quai hồng tràng kiểu chữ Y, miệng nối tận - bên trước mạc treo đại tràng ngang. Nối chân quai chữ Y (miệng nối hồng - hồng tràng tận - bên)

- **Thì 4:** kiểm tra, đặt dẫn lưu, đóng bụng.

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN:

1. Theo dõi:

- Theo dõi như mọi trường hợp phẫu thuật đường tiêu hóa nói chung.

- Sau phẫu thuật phối hợp 2 loại kháng sinh từ 5 đến 7 ngày, bồi phụ đủ nước - điện giải, năng lượng hàng ngày. Chú ý bù đủ albumine, protid máu.

2. Xử trí tai biến:

- Chảy máu: chảy máu trong ổ bụng, cần theo dõi sát, cần thiết phải phẫu thuật lại ngay qua nội soi hoặc mổ mở.

- Tắc ruột sau mổ: kiểm tra xem do dẫn ruột cơ năng hay tắc ruột cơ học. Nếu do nguyên nhân cơ học phải mổ kiểm tra và xử lý nguyên nhân.

- Áp xe hoặc viêm phúc mạc do rò, bục miệng nối: điều trị nội hoặc phẫu thuật lại tùy thuộc mức độ của biến chứng.

8. DẪN LƯU BÀNG QUANG, ĐẶT TUTEUR NIỆU ĐẠO

I. ĐẠI CƯƠNG:

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

Đây là phẫu thuật cấp cứu.

II. CHỈ ĐỊNH:

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

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH:

IV. CHUẨN BỊ:

1. Người thực hiện:

- Kíp mổ: 1 bác sĩ phẫu thuật, 2 bác sĩ phụ mổ,
- Kíp gây mê: 1 bác sĩ gây mê, 1 phụ mê, 1 chạy ngoài

2. Phương tiện dụng cụ:

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

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH:

1. Tư thế: nằm ngửa, sản khoa

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

3. Các thì phẫu thuật:

- Mở bụng đường trắng giữa dưới rốn
- Mở vào bàng quang
- Đặt ống thông plastique hay tốt nhất là ống thông đái silicon từ lỗ niệu đạo vào bàng quang. Cố định ống thông lên thành bụng. Rút ống thông sau 2 – 3 tuần sau khi xương chậu can xơ và ổn định
- Dẫn lưu bàng quang bằng ống thông Petzer
- Dẫn lưu khoang Retzius

VI. TAI BIẾN VÀ BIẾN CHỨNG:

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

9. PHẪU THUẬT ĐIỀU TRỊ NHIỄM TRÙNG VẾT MỔ NGỰC

I. ĐẠI CƯƠNG:

- Nhiễm trùng vết mổ là những nhiễm khuẩn tại vị trí phẫu thuật trong thời gian từ khi mổ cho đến 30 ngày sau mổ với phẫu thuật không có cấy ghép và cho tới một năm sau mổ với phẫu thuật có cấy ghép bộ phận giả.
- Nhiễm trùng vết mổ thành ngực bao gồm vết mổ trên thành ngực và nhiễm trùng vết mổ xương ức. Có thể chia ra các loại bao gồm Nhiễm trùng vết mổ nông, nhiễm trùng vết mổ sâu và nhiễm trùng lan vào các cơ quan nội tạng.
- Điều trị nhiễm trùng vết mổ cần phối hợp nội khoa (kháng sinh toàn thân, nâng cao thể trạng, chống phù nề...) thay bằng làm sạch vết mổ hàng ngày. Phẫu thuật cắt lọc, làm sạch vết mổ được đặt ra nếu các biện pháp trên thất bại.

II. CHỈ ĐỊNH:

Tất cả các trường hợp được chẩn đoán nhiễm trùng vết mổ sâu mà thất bại với các biện pháp điều trị nội khoa và chăm sóc vết mổ hàng ngày.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH:

Nhìn chung không có chống chỉ định nhưng cần thận trọng trong những trường hợp toàn thân nặng, suy kiệt, suy tim nặng...

IV. CHUẨN BỊ:

1. Người thực hiện: gồm 3 kíp

- Kíp phẫu thuật: phẫu thuật viên chuyên khoa, 2 trợ thủ, 2 dụng cụ viên.
- Kíp gây mê chuyên khoa: bác sĩ gây mê và 1-2 trợ thủ.
- Kíp vận hành kỹ thuật (nếu có trực trực xảy ra với hệ thống máy nội soi).

2. Người bệnh:

Chuẩn bị mổ theo quy trình mổ ngực (nhất là khâu vệ sinh, kháng sinh dự phòng). Khám gây mê hồi sức. Giải thích người bệnh và gia đình theo quy định. Hoàn thiện các biên bản pháp lý.

3. Phương tiện:

- Dụng cụ phẫu thuật:
- + Bộ dụng cụ mở và đóng ngực (banh sườn, chỉ xiết sườn ...) hoặc đóng và mở xương ức.
- + Bộ dụng cụ đại phẫu cho phẫu thuật lồng ngực thông thường (chuẩn bị).
- Phương tiện gây mê:

Bộ dụng cụ phục vụ gây mê mổ ngực. Các thuốc gây mê và hồi sức tim mạch. Ống nội khí quản hai nòng (Carlens)...

4. Hồ sơ bệnh án:

Hoàn chỉnh hồ sơ bệnh án theo quy định chung. Đầy đủ thủ tục pháp lý.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH:

1. Tư thế:

Người bệnh nằm ngửa, nghiêng 90o hoặc 45o sang bên đối diện tùy thuộc vào từng vị trí nhiễm trùng trên thành ngực.

2. Vô cảm:

Gây mê nội khí quản 2 nòng.

3. Kỹ thuật:

- Theo dõi điện tim và bão hoà ô xy mao mạch (SpO2) liên tục. Đặt 2 đường truyền tĩnh mạch trung ương và ngoại vi. Thở máy có ô-xy hỗ trợ 100%. Đặt thông tiểu.
- Sát khuẩn và bộc lộ vùng mổ như trong phẫu thuật ban đầu. Lấy dịch và tổ chức hoại tử trong vết mổ tại các vị trí khác nhau nuôi cấy vi trùng và làm kháng sinh đồ.

- Xác định thương tổn và đánh giá toàn bộ vùng thương tổn cũng như mối liên quan (lỗ rò với vùng khác, mức độ hoại tử lan rộng...).
- Cắt lọc lấy sạch tổ chức hoại tử, cắt tới vùng “tổ chức lành”. Làm sạch tận đáy vết mổ. Đối với nhiễm trùng xương ức thì cần dùng kim găm xương lấy tối đa tổ chức xương chết do viêm cùng với kiểm soát và làm sạch khoang màng tim.
- Đặt hệ thống dẫn vết mổ (số lượng tùy thuộc vào mục đích dẫn lưu dịch vết mổ ra ngoài sao cho có hiệu quả). Đối với nhiễm trùng xương ức cần có thêm làm sạch và dẫn lưu màng tim + sau xương ức.
- Sát trùng lại vết mổ và đóng vết mổ một lớp với chỉ đơn sợi.

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN:

1. Theo dõi:

- Theo dõi toàn trạng: Mạch, nhiệt độ, huyết áp, hệ thống dẫn lưu...
- Xét nghiệm công thức máu, hematocrit ngay sau khi về bệnh phòng.
- Cho kháng sinh điều trị nhiễm khuẩn đường tĩnh mạch, giảm đau; truyền máu và các dung dịch thay thế máu ... tùy theo tình trạng huyết động và các thông số xét nghiệm.
- Lí liệu pháp hô hấp ngay từ ngày đầu sau mổ.

2. Xử trí tai biến:

- Xẹp phổi sau mổ: do người bệnh không thở tốt và bí tắc đờm rãi sau mổ. Lâm sàng người bệnh khó thở, sốt, nghe rì rào phế nang giảm; x-quang có hình ảnh xẹp phổi. Cần phải giảm đau tốt cho người bệnh, kháng sinh toàn thân, người bệnh cần ngồi dậy sớm, vỗ rung và ho khạc đờm rãi. Nếu cần có thể soi hút phế quản.
- Viêm rò mạn tính: Điều trị tốt các bệnh toàn thân (nếu có), nâng cao thể trạng, kích thích miễn dịch, thay băng...

10. PHẪU THUẬT ĐIỀU TRỊ TẮC ĐỘNG MẠCH CHI CẤP TÍNH ĐỘ HUYẾT KHỐI, MẢNH SỤI, DỊ VẬT

I. ĐẠI CƯƠNG:

- Đây là một cấp cứu ngoại khoa ưu tiên số 1, cần được chẩn đoán và xử trí nhanh, chuyên kịp thời tới cơ sở chuyên khoa (tốt nhất là trước 6 giờ).
- Chẩn đoán thường rõ với các triệu chứng điển hình của hội chứng thiếu máu cấp chi.
- Phẫu thuật dùng dụng cụ chuyên dụng (Fogarty) lấy vật tắc là biện pháp điều trị duy nhất để cứu chi thể tránh biến chứng cắt cụt chi.

II. CHỈ ĐỊNH:

Tất cả các trường hợp vào viện có biểu hiện lâm sàng của hội chứng thiếu máu cấp tính còn có khả năng hồi phục chi thể.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH:

Tất cả các trường hợp vào viện có biểu hiện lâm sàng của hội chứng thiếu máu cấp tính nhưng chi thể không còn có khả năng hồi phục hoặc đã có dấu hiệu hoại tử chi điển hình.

IV. CHUẨN BỊ:

1. Người thực hiện: gồm 3 kíp

- Kíp phẫu thuật: phẫu thuật viên chuyên khoa, 1 trợ thủ, 2 dụng cụ viên.
- Kíp gây mê hồi sức: bác sĩ gây mê và trợ thủ trong trường hợp người bệnh có dấu hiệu toàn thân nặng.

2. Người bệnh:

Vì là mổ cấp cứu nên chuẩn bị người bệnh mổ tối đa có thể được do điều kiện cấp cứu. Khám gây mê hồi sức trong phòng mổ. Giải thích người bệnh và gia đình theo quy định. Giải thích khả năng tắc lại, khả năng cắt cụt chi trong và sau mổ có thể xảy ra. Hoàn thiện các biên bản pháp lý.

3. Phương tiện:

- Dụng cụ phẫu thuật:
 - + Bộ dụng cụ phẫu thuật chi thể, banh tự động, hệ thống máy hút
 - + Bộ dụng cụ mạch máu ngoại vi
 - + Ống thông mạch (Fogarty) số 3, 4, 5
 - + Chỉ khâu mạch máu: Prolene 6/0; 7/0; 8/0
- Phương tiện gây mê:
 - + Bộ dụng cụ phục vụ gây mê mổ chi thể trong một số trường hợp đặc biệt như người bệnh có bệnh toàn thân nặng, đánh giá trong mổ xét không thể bảo tồn chi phải cắt cụt...
 - + Thuốc chống đông: Heparin.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH:

1. Tư thế:

- Chi trên: Người bệnh nằm ngửa dang tay 90o
- Chi dưới: Người bệnh nằm ngửa, chân duỗi thẳng.

2. Vô cảm:

Gây tê tại chỗ bằng Xylocain 1-2%. Đặt thông tiểu. Đặt tư thế; đánh ngực; sát trùng; trải toan.

3. Kỹ thuật:

- Đường rạch da:
 - + Chi trên: Dọc theo đường đi của động mạch cánh tay đoạn 1/3 dưới
 - + Chi dưới: Tam giác Scarpa, dọc theo đường đi của động mạch đùi chung

- Đối với những trường hợp tới muộn (>6giờ): Cần mở cân dưới nơi bị tắc để đánh giá phản xạ của cơ, nếu tốt thì tiến hành lấy huyết khối, nếu không còn thì gây mê toàn thân tiến hành cắt cụt chi (sau khi đã giải thích kỹ lại cho gia đình và gia đình đồng ý).
- Phẫu tích tổ chức dưới da và cơ bộc lộ động mạch, dự kiến chỗ định mở động mạch để lòn Fogarty, lác hai đầu bằng chỉ catgut số 1 hoặc 2.
- Heparin tĩnh mạch liều 50 đơn vị/ kg cân nặng.
- Mở ngang động mạch 1/2-1/3 chu vi. Dùng Fogarty lấy tổ chức gây tắc lòng mạch (máu cục, cục sùi...) gửi vi trùng, giải phẫu bệnh lý nếu cần. Lấy đi lấy lại nhiều lần bằng Fogarty số 3, số 4 hoặc 5 tới khi thấy dòng máu phụt tốt.
- Rửa hai đầu mạch bằng dung dịch NaCl 0,9% có pha Heparin. Kẹp hai đầu động mạch bằng dụng cụ chuyên dụng (clamp mạch máu).
- Khâu đóng chỗ mở mạch máu bằng chỉ Prolene, thả cặp mạch máu và kiểm tra lưu thông của lòng mạch.
- Đặt dẫn lưu Redon và đóng vết mổ.

VI. THEO DÕI VAN XỬ TRÍ TAI BIẾN:

1. Theo dõi:

- Theo dõi mạch, huyết áp, toàn thân sau mổ.
- Cho Heparin toàn thân với liều 50-100 đơn vị/ kg cân nặng, kháng sinh điều trị nhiễm khuẩn đường tĩnh mạch, lợi tiểu, giảm đau; truyền máu và các dung dịch thay thế máu ... tùy theo tình trạng huyết động và các thông số xét nghiệm.
- Theo dõi tình trạng nhiễm độc do hội chứng tái tưới máu ở những trường hợp Người bệnh đến muộn >6 giờ: Chức năng gan, chức năng thận...

2. Xử trí tai biến:

- Tắc mạch lại do không dùng Heparin đủ liều, gây tổn thương lòng mạch trong quá trình tạo lưu thông trong lòng mạch hoặc do máu cục mới bong ra trong tim gây tắc. Cần mở lại ngay khi chẩn đoán xác định.
- Thiếu máu chi thể diễn biến theo chiều hướng không tốt, tình trạng thiếu máu chi thể ít hoặc không cải thiện sau mổ hoặc có dấu hiệu hoại tử. Theo dõi sát để xử trí kịp thời tránh tình trạng nhiễm độc nguy hiểm tính mạng.
- Nhiễm trùng vết mổ, rò dịch bạch huyết vùng tam giác Scarpa...
- Suy tim, nhiễm độc nặng do người bệnh đến muộn có tình trạng tái tưới máu.

11. ĐIỀU TRỊ TẠI CHỖ PHÌ ĐẠI TUYẾN TIỀN LIỆT: SỨC NÓNG HOẶC LẠNH

I. ĐẠI CƯƠNG:

Điều trị phì đại lành tính tuyến tiền liệt bằng nhiệt là một phương pháp dùng nhiệt để phá huỷ tuyến tiền liệt, giải quyết các triệu chứng do tuyến tiền liệt to gây ra.

Đây là một trong nhiều lựa chọn điều trị phì đại lành tính tuyến tiền liệt. Để xác định lựa chọn điều trị đúng đắn, bác sỹ sẽ dựa vào mức độ nặng của triệu chứng, các vấn đề sức khoẻ chung của Người bệnh, kích thước và hình dạng của tuyến tiền liệt.

II. CHỈ ĐỊNH:

Người bệnh phì đại lành tính tuyến tiền liệt có triệu chứng đường tiểu dưới từ mức độ trung bình đến nặng, những người điều trị nội khoa bị tác dụng phụ hoặc thất bại hoặc không muốn điều trị nội khoa

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH:

- Người bệnh ung thư tuyến tiền liệt hoặc ung thư biểu mô tiết niệu
- Nhiễm khuẩn đường tiết niệu cấp tính
- Tiền sử cắt nội soi tuyến tiền liệt, chấn thương nặng vùng chậu hoặc điều trị tia xạ vùng chậu
- Người bệnh có cấy ghép kim loại, vật hang nhân tạo, cơ thắt niệu đạo nhân tạo, hẹp niệu đạo nặng.
- Người bệnh đang bí tiểu cấp tính

IV. CHUẨN BỊ:

1. Người thực hiện:

- Phẫu thuật viên (PTV) chuyên khoa Nam học - Tiết niệu
- Kíp điều trị gồm 2 người: 1 PTV chính và 1 người phụ

2. Người bệnh:

- Người bệnh cần được hỏi kỹ tiền sử, bệnh sử và thăm khám thực thể để đánh giá: sự xuất hiện, biểu hiện, tiến triển và độ nặng của triệu chứng đường tiểu dưới; tiền sử: hỏi về bệnh lây truyền qua đường tình dục, sỏi, chấn thương đường tiết niệu,... ; khám thực thể đánh giá hệ thống và chi tiết: cầu bàng quang, hẹp miệng sáo niệu đạo, trương lực hậu môn, kích thước, mật độ, ranh giới tuyến tiền liệt, ...
- Các xét nghiệm: ngoài bộ xét nghiệm để phẫu thuật thường quy như công thức máu, sinh hoá máu, ..., cần làm thêm các xét nghiệm cận lâm sàng sau: cấy vi khuẩn nước tiểu và làm kháng sinh đồ, PSA, siêu âm qua trực tràng, đo thể tích nước tiểu tồn dư, soi bàng quang niệu đạo, niệu động học,...
- Giải thích kỹ cho người bệnh về các tai biến, biến chứng có thể xảy ra khi điều trị, các lợi ích cũng như kết quả mong đợi.
- Yêu cầu người bệnh tối hôm trước ăn nhẹ, sáng ngày điều trị nhịn ăn.
- Cho người bệnh dùng thuốc kháng sinh trước khi tiến hành thủ thuật. Có thể cho người bệnh dùng thuốc giảm đau đường uống (như ibuprofen, ketorolac, morphine) và thuốc an thần (như benzodiazepine) trước khi tiến hành thủ thuật.
- Chuẩn bị ruột: Thụt tháo tối trước mổ.

3. Phương tiện:

Bộ dụng cụ tiêu phẫu-đặt thông niệu đạo, máy điều trị nhiệt (microwave), catheter điều trị nhiệt qua niệu đạo, bộ cảm nhận nhiệt độ qua trực tràng:

- Catheter điều trị nhiệt qua niệu đạo: gồm có các thành phần: đầu cung cấp nhiệt ngay sát quả bóng (hai phần này được đặt vào niệu đạo tuyến tiền liệt), phần làm lạnh, đầu cảm nhận nhiệt độ, đầu dẫn dịch và các đầu cung cấp nguồn nhiệt.
- Bộ cảm nhận nhiệt độ qua trực tràng: gồm có các thành phần: bóng trực tràng cùng với các phần cảm nhận nhiệt độ, đầu kết nối ra ngoài.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH:

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

2. Vô cảm: Gây tê niệu đạo bằng 10-20ml gel lidocaine 1-2%. Có thể phối hợp với gây tê tuỷ sống hoặc gây mê.

3. Kỹ thuật:

- Dùng dung dịch sát khuẩn bôi lên dương vật
- Đặt catheter điều trị vào đúng vị trí thích hợp.
- Đặt đầu dò trực tràng để theo dõi nhiệt độ (nếu có sử dụng)
- Đặt chương trình điều trị: thường đặt chế độ cung cấp nhiệt độ vào tuyến tiền liệt từ 60-80°C trong suốt quá trình điều trị. Trong khi đó, nhiệt độ của dòng lạnh ở mức 8°C để duy trì nhiệt độ ở niệu đạo từ 39-41°C (với mức độ ước lượng nhiệt độ ở trong trực tràng dưới 42°C).
- Tiến hành điều trị: Thời gian tiến hành điều trị khoảng 1 giờ.

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN:

1. Theo dõi:

- Trong suốt quá trình điều trị, người bệnh có thể cảm nhận được sự âm nhẹ ở tầng sinh môn, đau nhẹ và cảm giác mót rặn tiểu. Hiếm khi đau có ý nghĩa để dừng điều trị. Hầu hết người bệnh yêu cầu giảm đau đường uống trong quá trình điều trị.
- Theo dõi các chức năng sống của người bệnh: Mạch, huyết áp, nhiệt độ.
- Theo dõi các nguy cơ tai biến có thể xảy ra (như bí tiểu, nhiễm khuẩn đường tiết niệu...).

2. Xử trí tai biến:

- Bí tiểu: Người bệnh có thể bị bí tiểu vài ngày sau điều trị. Cho tới khi người bệnh tự tiểu được, cần phải đặt sonde niệu đạo để dẫn lưu nước tiểu.
- Nhiễm khuẩn đường tiết niệu: là biến chứng có thể xảy ra sau bất cứ thủ thuật nào lên tuyến tiền liệt. Nguy cơ nhiễm khuẩn tiết niệu gia tăng khi đặt sonde tiểu càng lâu sau thủ thuật. Điều trị bằng kháng sinh.
- Hẹp niệu đạo hoặc cổ bàng quang: nguyên nhân có thể do đặt sonde lâu, viêm nhiễm... làm khó tiểu và có thể cần phải điều trị thêm bằng các phương pháp khác.
- Rối loạn tình dục:
 - + Xuất tinh “khô”: Xuất tinh ngược dòng vào bàng quang. Biến chứng này không ảnh hưởng sức khỏe và không tác động lên khoái cảm tình dục; tuy nhiên, có thể làm ảnh hưởng tới khả năng sinh đẻ. Điều trị bằng thuốc.
 - + Rối loạn cương dương: điều trị bằng thuốc.
- Hầu hết các người bệnh được điều trị bằng áp nhiệt sẽ cần điều trị thêm bằng cắt nội soi tuyến tiền liệt qua đường niệu đạo hoặc thủ thuật khác. Việc điều trị đặt ra có thể do triệu chứng tái diễn hoặc triệu chứng không được cải thiện.
- Một số biến chứng hiếm gặp: rò niệu đạo-trực tràng, thủng bàng quang, kích thích ruột, đau mạn tính, viêm tuyến tiền liệt, kích thích hậu môn, vô sinh,...: điều trị bằng các biện pháp tương ứng

12. PHẪU THUẬT ĐIỀU TRỊ U MÁU NHỎ (ĐƯỜNG KÍNH < 10CM)

I. ĐẠI CƯƠNG:

- U máu là một khối u lành tính, thường gặp ở trẻ nhỏ do sự tăng sinh bất thường của các mạch máu tại vị trí u (động mạch, tĩnh mạch và mao mạch). Xuất hiện tại nhiều vị trí khác nhau.

- Hiện nay ngoại khoa vẫn là biện pháp điều trị có hiệu quả nhất là với những trường hợp u máu khu trú chưa xâm lấn vào cấu trúc xung quanh.

- Nguyên tắc: Lấy bỏ tối đa u máu và hạn chế làm tổn thương các cấu trúc giải phẫu lân cận u. Ngoài ra có một số biện pháp điều trị khác như tiêm xơ, laser...

II. CHỈ ĐỊNH:

Tất cả các trường hợp được chẩn đoán u máu có kích thước đo trên phim cắt lớp vi tính và cộng hưởng từ dưới 10cm (đường kính lớn nhất). Khối u không hoặc xâm lấn rất ít vào các cấu trúc lân cận.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH:

Mang tính chất tương đối, tùy theo điều kiện từng cơ sở phẫu thuật. Nhìn chung, cần thận trọng chỉ định mổ do người bệnh có các bệnh toàn thân nặng như: bệnh mãn tính nặng, bệnh máu, già yếu, suy kiệt...

IV. CHUẨN BỊ:

1. Người thực hiện: gồm 2 kíp

- Kíp phẫu thuật: phẫu thuật viên chuyên khoa, 2 trợ thủ, 2 dụng cụ viên.

- Kíp gây mê chuyên khoa: bác sĩ gây mê và 1-2 trợ thủ.

2. Người bệnh: Chuẩn bị mổ theo quy trình ngoại khoa thông thường (nhất là khâu vệ sinh, kháng sinh dự phòng). Khám gây mê hồi sức. Giải thích người bệnh và gia đình theo quy định. Hoàn thiện các biên bản pháp lý.

3. Phương tiện:

- Dụng cụ phẫu thuật:

+ Bộ dụng cụ mổ ngoại tổng quát

+ Bộ dụng cụ cho phẫu thuật mạch máu thông thường (chuẩn bị).

- Phương tiện gây mê:

Bộ dụng cụ phục vụ gây mê nội khí quản thông thường hoặc gây tê vùng (ngoài màng cứng nếu là u ở hai chi dưới hoặc tê đám rối nếu u ở hai chi trên).

4. Hồ sơ bệnh án:

Hoàn chỉnh hồ sơ bệnh án theo quy định chung. Đầy đủ thủ tục pháp lý (biên bản hội chẩn, đóng dấu ...).

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH:

1. Tư thế:

- Tùy thuộc vào vị trí của khối u mà người bệnh có thể nằm ngửa, nằm nghiêng hoặc nằm sấp.

- Đường mổ: Có thể rạch da ngang khối u máu hoặc rạch da dạng hình thoi có khối u máu nằm ở trung tâm của hình thoi

2. Vô cảm:

Gây mê nội khí quản hoặc ngoài màng cứng hoặc tê đám rối tùy từng vị trí của khối u máu; theo dõi điện tim và bão hoà ô xy mao mạch (SpO₂) liên tục. Đặt 2 đường truyền tĩnh mạch trung ương và ngoại vi. Thở máy có ô-xy hỗ trợ 100%.

3. Kỹ thuật:

- Dùng dao điện phẫu tích khối u máu (gỡ dính và đốt những vị trí chảy máu trong quá trình phẫu tích). Mục đích của phẫu tích nhằm làm rõ và tiếp cận mạch nuôi u và kiểm soát nó.
- Trong quá trình phẫu tích có thể có những mạch máu lớn cần khâu cầm máu bằng chỉ prolene. Với những khối u máu nằm gần bó mạch, thần kinh cần cẩn thận trong quá trình phẫu tích tránh làm tổn thương các thành phần này.
- Cầm máu và khâu rò bạch huyết là công việc quan trọng trong quá trình mổ lấy khối u máu.
- Lấy bệnh phẩm gửi giải phẫu bệnh lý.
- Cầm máu kỹ diện lấy u và kiểm soát tình trạng rò bạch huyết sau mổ.
- Đặt dẫn lưu.
- Đóng đường vết mổ. Kết thúc phẫu thuật.

VI.THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN:

1. Theo dõi:

- Xét nghiệm hồng cầu, hematocrit ngay sau khi về bệnh phòng.
- Theo dõi tình trạng chi thể, dẫn lưu sau mổ
- Cho kháng sinh điều trị nhiễm khuẩn đường tĩnh mạch, giảm đau; truyền máu và các dung dịch thay thế máu ... tùy theo tình trạng huyết động và các thông số xét nghiệm.
- Cho người bệnh vận động sớm ngay từ ngày đầu sau mổ.

2. Xử trí tai biến:

- Chảy máu sau mổ: do máu chảy từ vị trí gỡ dính, diện bóc tách u cần băng ép. Nếu không được cần mổ lại cầm máu
- Tổn thương thần kinh cảm giác chi thể trong quá trình mổ (với những khối u máu ở chi thể lớn lan rộng).
- Tổn thương mạch máu nuôi chi thể: Hiếm cần phát hiện sớm để mổ kịp thời.

13. ĐÓNG MỞ THÔNG RUỘT NON

I. ĐẠI CƯƠNG:

- Đóng mở thông ruột non là phẫu thuật làm kín lại vị trí ruột non đang mở ra da và lập lại lưu thông của đoạn ruột non từ đầu ruột này xuống dưới. Bước 4 Khâu thành bụng vị trí đã mở thông ruột non có thể khâu bình thường hoặc phải làm thêm một phẫu thuật phục hồi thành bụng do khuyết lớn.
- Mở thông ruột non có thể có một đầu ruột hay hai đầu ruột tại một vị trí, có thể hai đầu ruột tại hai vị trí, có thể một đầu ruột mở thông trong khi một đầu đóng kín trong bụng. Lỗ mở thông có thể là thành bên của quai ruột non có thể là toàn bộ đường kính quai ruột mở thông.
- Có nhiều phương pháp đóng mở thông ruột non và có mổ mở hoặc mổ nội soi ổ bụng, mổ tại chỗ ngoài phúc mạc tại chỗ trong phúc mạc, nhưng cùng theo một nguyên tắc chung.

II. CHỈ ĐỊNH:

- Người bệnh luôn có chỉ định đóng mở thông ruột non nếu mở thông ruột non hết tác dụng bảo vệ hay điều trị thương tổn phía dưới thành công.
- Điều kiện đóng mở thông là toàn bộ đoạn ruột phía dưới chỗ mở thông phải hết thương tổn và lưu thông được. Ổ bụng qua giai đoạn viêm dính phù nề sau lần mổ trước để gỡ dính ruột nếu cần.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH:

Có tắc ruột hay hẹp ruột phía dưới chỗ mở thông không giải quyết được, có thương tổn nặng phía dưới chỗ mở thông chưa giải quyết được. Ổ bụng còn viêm dính hay phù nề, người bệnh suy kiệt thể trạng yếu không đảm bảo phẫu thuật.

IV. CHUẨN BỊ:

1. Người thực hiện:

- Phẫu thuật viên ngoại khoa ít nhất có đào tạo chuyên khoa cấp I hoặc tương đương.
- Phụ mổ 2 người
- Kíp gây mê, dụng cụ viên đủ cho phẫu thuật ổ bụng.

2. Người bệnh: chuẩn bị trước mổ bụng, nhịn ăn uống trước mổ 6 giờ, vệ sinh toàn thân và vùng mổ, tùy theo bệnh ngoại khoa của người bệnh kèm theo phải kiểm tra thêm. Khám gây mê trước mổ.

3. Phương tiện:

- Bộ dụng cụ mổ bụng cơ bản nếu mổ mở, bộ mổ nội soi ổ bụng nếu mổ nội soi từ trong ra.
- Vật liệu là các loại chỉ khâu ngoại khoa cho ống tiêu hóa, cân cơ thành bụng, tấm prolene phục hồi thành bụng, khâu mạch máu ngoại khoa, máy cắt nối ống tiêu hóa tự động các loại tùy theo kỹ thuật áp dụng.
- Bàn mổ loại đa năng điều chỉnh nhiều tư thế xoay và dạng chân.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH:

1. Tư thế:

Người bệnh nằm ngửa hay ngửa dạng chân (cần bàn mổ đa năng). Thay đổi được các tư thế.

2. Vô cảm: mê toàn thân, có thể phối hợp các kỹ thuật giảm đau toàn thân sau mổ, giãn cơ hiệu quả phối hợp hồi sức ngoại khoa đảm bảo thông khí tuần hoàn tốt. Tránh phù nề xung huyết mạc treo nội tạng đảm bảo ca mổ có thể kéo dài an toàn.

3. Kỹ thuật:

- Bước 1 phẫu tích quai ruột mở thông ra khỏi thành bụng, cắt và gỡ dính thành ruột, mạc treo mạch máu ra khỏi da cân cơ thành bụng đủ để cắt nối hoặc khâu đóng lỗ mở thông.
- Bước 2 gỡ dính các quai ruột phía dưới hoặc kiểm tra lưu thông quai đi phía dưới hoặc tìm đầu và quai ruột phía dưới để chuẩn bị đóng nối.
- Bước 3 đóng lỗ mở thông hoặc nối lại hai đầu ruột. dùng chỉ khâu nối ống tiêu hóa theo các kỹ thuật đảm bảo kín chắc không hẹp không kéo căng không thiếu máu nuôi dưỡng miệng nối. Có thể dùng máy cắt nối ống tiêu hóa để thực hiện khâu này với nguyên tắc như trên. Các kỹ thuật khác nhau như mổ tại chỗ ngoài phúc mạc, tại chỗ trong ổ bụng, mở bụng hoàn toàn cắt nối ruột kèm theo gỡ dính, nội soi ổ bụng gỡ dính và cắt nối ruột...
- Bước 4 Khâu đóng bụng và khâu phục hồi thành bụng vị trí ruột đã mở thông. Có thể khâu đóng đơn giản theo các lớp giải phẫu của thành bụng hoặc phải áp dụng riêng một phẫu thuật phục hồi thành bụng do khuyết cân cơ, điểm hình là khâu phục hồi thành bụng bằng tấm đan prolen.

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN:

- Theo dõi theo nguyên tắc sau mổ bụng. Chăm sóc người bệnh toàn diện nuôi dưỡng ngay sau mổ bằng đường tĩnh mạch cho đến khi nhu động ruột bình thường. Chăm sóc vết mổ. Theo dõi lâm sàng các dấu hiệu đau nôn chướng bụng sau mổ trung tiện đại tiện, hội chứng nhiễm trùng tại chỗ và toàn thân để sớm phát hiện biến chứng sau mổ.
- Biến chứng tắc ruột sau mổ: đau nôn bí trung tiện chướng bụng... cần điều trị tắc ruột sớm, kháng sinh hút dạ dày truyền dịch theo dõi chỉ định kịp thời.
- Biến chứng thủng ruột viêm phúc mạc, chảy máu trong ổ bụng, bục vết mổ, rò chỗ nối.

14. GÂY Mê THAY BĂNG BỔNG

I. KHÁI NIỆM:

- Người bệnh bỏng thường xuyên phải chịu đau đớn trong quá trình điều trị, chỉ hết đau khi tổn thương bỏng được che phủ hoặc biểu mê hóa khởi toàn bộ. Đau trong bỏng có tính liên tục, nhắc lại hàng ngày và nhiều lần trong ngày.
- Gây mê thay băng bỏng nhằm giảm đau đớn, bảo đảm cho việc thay băng được thực hiện tốt.
- Người bệnh bỏng thường phải gây mê để thay băng nhiều lần, cho nên phải lựa chọn phương pháp và thuốc gây mê thích hợp. Cần lựa chọn thuốc mê ít độc, ít tích lũy, tác dụng nhanh (khởi mê nhanh, tỉnh nhanh tương ứng với thời gian một cuộc thay băng kéo dài thường 15-30-60 phút).
- Lựa chọn thuốc mê cần căn cứ tình trạng toàn thân người bệnh, tuổi, số lần thay băng, phương pháp xử trí trong khi thay băng...

II. CHỈ ĐỊNH:

1. Người bệnh có diện bỏng rộng.
2. Người bệnh có hội chứng khiếp đảm, rối loạn tâm thần mỗi khi thay băng hoặc bệnh tâm thần kết hợp.
3. Trẻ em.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH:

1. Người bệnh dị ứng với thuốc vô cảm sẽ sử dụng.
2. Người bệnh có chống chỉ định gây mê.
3. Không có cán bộ chuyên môn được đào tạo về gây mê.

IV. CHUẨN BỊ:

1. Người thực hiện:

Bác sĩ, Kỹ thuật viên được đào tạo chuyên ngành gây mê hồi sức.

2. Phương tiện:

- Bộ phương tiện đảm bảo cuộc gây mê: Bóng bóp, mặt nạ, bình oxy, máy hút, đèn soi thanh khí quản và ống nội khí quản các cỡ.
- Thuốc gây mê và thuốc hồi sức.
- Máy sốc tim, máy thở.
- Tiến hành tại phòng mổ, hoặc buồng khoa hồi sức cấp cứu hoặc buồng thay băng cho người bệnh bỏng nặng.

3. Người bệnh:

- Được giải thích về kỹ thuật để phối hợp với chuyên môn
- Được thăm khám kỹ, chú ý hô hấp và tuần hoàn trước gây mê.
- Nhịn ăn ít nhất 6 giờ, nhịn uống ít nhất 3 giờ trước khi gây mê. Trong trường hợp người bệnh mới vào có thức ăn và dịch trong dạ dày mà có chỉ định gây mê thay băng, xử trí kỳ đầu vết bỏng: cần rửa dạ dày trước gây mê.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH:

Gây mê trong thay băng đòi hỏi nhanh, thời gian gây mê không dài do đó gây mê tĩnh mạch là phương pháp được sử dụng nhiều. Sau đây là quy trình của gây mê tĩnh mạch trong thay băng bỏng:

1. Tiền mê:

- Tiêm atropin hoặc scopolamin, liều 0,01mg/ kg cân nặng, tiêm dưới da trước gây mê 15 phút.
- Đặt dây truyền dịch vào tĩnh mạch.

- Trong các trường hợp còn sốc, người bệnh thường nhạy cảm với thuốc mê. Do vậy nên phối hợp với các thuốc kháng histamine như dimedron hoặc thuốc giảm đau liều nhỏ để tiền mê.

2. Gây mê: (lựa chọn thuốc mê tùy theo chỉ định)

- Thay băng bông hàng ngày với người bệnh bông rộng: thường áp dụng các thuốc vô cảm gây mê ngắn, tỉnh nhanh như Ketamin, propofol... Ketamin (calypsol): tùy theo thể trạng người bệnh và tình trạng bệnh: tiêm tĩnh mạch chậm 1-4,5 mg/ kg hoặc tiêm bắp 6,5-13mg/ kg. Tùy theo đáp ứng của người bệnh có thể cho tiếp theo bằng nửa liều đầu.

- Ở người bệnh lớn tuổi hoặc diện tích bỏng vừa phải: có thể tiền mê giảm đau bằng dolargan, fentanyl, morphin

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN:

Theo dõi chung khi tiến hành gây mê, cần lưu ý thêm:

1. Theo dõi mạch, huyết áp, tần số thở, nhiệt độ, ý thức.

Ketamin có tác dụng mê nhanh tỉnh nhanh, giữ được phản xạ hầu họng nhưng hay gây hoang tưởng và có tác dụng phụ. Không dùng cho người bệnh động kinh, tâm thần, tăng áp lực sọ não, tăng nhãn áp, chấn thương sọ não kết hợp.

2. Hút đờm, rãi khi có tăng tiết đường mũi họng.

3. Ngừng thở, quên thở, ngừng tim: Bóp bóng hô hấp hỗ trợ, sốc tim, thở máy nếu cần, thở oxy...

4. Dị ứng toàn thân: thuốc chống dị ứng (dimedron, depresolon...), truyền dịch; theo dõi sát tình trạng người bệnh.

5. Sốt cao: thuốc hạ nhiệt, chườm lạnh.

6. Nôn: nằm đầu nghiêng một bên, dùng thuốc chống nôn, đảm bảo lưu thông đường thở.

15. GHÉP DA DỊ LOẠI ĐIỀU TRỊ VẾT THƯƠNG BÔNG

I. KHÁI NIỆM:

- Da dị loại là da của động vật (da ếch, trung bì da lợn, ...) được sử dụng để che phủ vết bông như là một vật liệu thay thế da tạm thời với mục đích: giảm đau cho người bệnh; che phủ vết bông để hạn chế nhiễm khuẩn, hạn chế thoát dịch thể qua vết bông; tạo môi trường thuận lợi để vết thương bông nông biểu mô hóa và vết thương bông sâu sau cắt bỏ hoại tử hình thành mô hạt.

- Sau một thời gian (thường là 3 – 7 ngày) các mảnh da dị loại sẽ bông khỏi vết bông, thường là do nhiễm khuẩn, do bị thải loại theo cơ chế miễn dịch hoặc do vết thương bông nông phía dưới đã khỏi.

II. CHỈ ĐỊNH:

- Che phủ tạm thời vết thương bông nông
- Che phủ tạm thời vết bông sâu sau khi cắt bỏ hoại tử bông

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH:

- Vết thương nhiễm khuẩn.
- Vết thương còn hoại tử.
- Toàn trạng người bệnh chưa cho phép tiến hành thay băng (trụy tim mạch...).

IV. CHUẨN BỊ:

1. Người thực hiện:

Bác sỹ, điều dưỡng viên khoa bông, khoa ngoại (tối thiểu 4 người). Chuẩn bị như thực hiện thay băng bông vô trùng gồm: Đội mũ, đeo khẩu trang, mặc áo choàng vô trùng, rửa tay vô trùng, đi găng tay vô khuẩn. Kíp gây mê: nếu cần

2. Chuẩn bị dụng cụ:

2.1. Dụng cụ:

Mỗi người bệnh cần thay băng theo khẩu phần riêng, bao gồm cơ bản:

- Khay quả đậu, bông, băng, gạc, vải vô khuẩn.
- Nĩa có máu và không máu, kéo cong, kéo thẳng, găng tay. Nên có sẵn những dụng cụ cầm máu như pince, kim cầm kim...
- Xô đựng đồ bẩn.
- Nếu tiến hành trên phòng mổ: bộ dụng cụ trung phẫu

2.2. Thuốc thay băng bông:

- Các dung dịch sát khuẩn dùng để rửa vết bông có thể sử dụng: Dung dịch Natri clorid 0,9%; dung dịch becerin 1%; dung dịch povidone iodine (PVP) 10%, acid boric 2-4%; nitrat bạc 0,5%,... Mỡ vaselin
- Các thuốc bông dùng tại chỗ: Các thuốc hoặc vật liệu giúp cầm máu tại chỗ như spongel, dung dịch adrenalin...

3. Người bệnh: (chuẩn bị như thay băng thông thường)

- Hồ sơ bệnh án theo quy định cho một thay băng.
- Giải thích để người bệnh và gia đình hiểu và công tác với chuyên môn.
- Nếu có gây mê: Người bệnh cần nhịn ăn trước cuộc mổ từ 4-6 giờ.

4. Địa điểm tiến hành:

- Buồng thay băng hoặc buồng bệnh có đủ các trang bị hồi sức: máy thở; nguồn cung cấp oxy; máy hút; monitor theo dõi người bệnh; các dụng cụ và thuốc cấp cứu cần thiết khác.
- Nếu tiến hành tại phòng mổ: chuẩn bị như một cuộc trung phẫu.

5. Chuẩn bị da đồng loại:

- Dự trữ số lượng đủ ghép lên diện tích của vết thương bông

- Nếu da dị loại bảo quản lạnh sâu: ngay trước khi ghép phải tiến hành rã đông đúng quy trình để đảm bảo chất lượng của da ghép. Sử dụng bình Water Bath rã đông ở nhiệt độ 37°C. Khi đã tan đá, da mềm, ấm thì mới đem ghép.
- Nếu da dị loại bảo quản trong Glyceron thì phải rửa nhiều lần cho sạch glyceron, ngâm cho da tái hợp đủ nước làm cho da mềm mại, thuận lợi cho quá trình ghép.
- Nếu tấm da có diện tích rộng thì phải tiến hành rạch lỗ để dẫn lưu dịch.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH:

1. Vô cảm: nếu gây mê: theo quy trình riêng.

2. Thực hiện kỹ thuật:

2.1. Đối với vết thương bỏng nông:

- Thay băng theo quy trình. Nếu vết bỏng bị bẩn hoặc có dị vật như đất, cát, dầu, mỡ...: lấy bỏ dị vật, rửa vết bỏng bằng nước xà phòng 5%. Rửa lại bằng các dung dịch sát khuẩn. Rửa vết bỏng bằng dung dịch NaCl 0,9%.
- Cắt bỏ vòm nốt phỏng, lấy bỏ sạch các mảnh biểu bì đã bị hoại tử. Rửa vết bỏng bằng dung dịch Povidin 3%, rửa lại bằng dung dịch NaCl 0,9%.
- Thấm khô vết bỏng bằng gạc vô trùng.
- Sát khuẩn vùng da lành xung quanh vết bỏng bằng cồn 70 độ.
- Đặt các mảnh da dị loại lên nền ghép, dàn đều mảnh da sao cho các mảnh da bám sát vào nề ghép. Gạt bỏ không được để dịch, khí ứ đọng dưới các mảnh da
- Đặt gạc tẩm một trong các dung dịch kháng khuẩn lên vùng đã ghép da: dung dịch berberin, dung dịch PVP 3% hay dung dịch tẩm kháng sinh penicilin.
- Sau đó đặt 1 lớp gạc vaselin và cuối cùng là 4-6 lớp gạc khô kiểu lợp ngói từ dưới lên trên.
- Băng ép vừa phải với áp lực khoảng 28-30 mm Hg.
- Thay băng sau 1-2 ngày qui trình thay băng giống như thay băng sau ghép da tự thân.

2.2. Đối với vết bỏng sâu sau khi cắt bỏ hoại tử:

- Cắt bỏ hoại tử theo quy trình riêng. Rửa sạch nền cân sau khi cắt bỏ sạch hoại tử bằng dung dịch PVP 10%. Rửa lại vết bỏng bằng dung dịch NaCl 0,9%. Thấm khô vết bỏng bằng gạc vô trùng.
- Sát khuẩn vùng da lành xung quanh vết bỏng bằng cồn 70 độ.
 - Đặt các mảnh da dị loại lên nền ghép, dàn đều mảnh da sao cho các mảnh da bám sát vào nề ghép. Gạt bỏ không được để dịch, khí ứ đọng dưới các mảnh da
 - Đặt gạc tẩm một trong các dung dịch kháng khuẩn lên vùng đã ghép da: dung dịch berberin, dung dịch PVP 3% hay dung dịch tẩm kháng sinh penicilin.
 - Sau đó đặt 1 lớp gạc vaselin và cuối cùng là 4-6 lớp gạc khô kiểu lợp ngói từ dưới lên trên.
 - Băng ép vừa phải với áp lực khoảng 28-30 mm Hg.
 - Thay băng sau 1-2 ngày qui trình thay băng giống như thay băng sau ghép da tự thân.

VI. CHĂM SÓC, THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN:

1. Toàn thân:

- Theo dõi trạng thái toàn thân, mạch, nhiệt độ, huyết áp...sau thay băng chặt chẽ, kịp thời phát hiện trạng thái sốc, đe dọa sốc để xử lý.
- Người bệnh choáng, ngất trong và sau thay băng: Tạm dừng thay băng, đặt nằm chỗ thoáng, mát, cho thở oxy, thuốc trợ tim. Khi người bệnh tỉnh, trở lại trạng ổn định cho phép mới thay băng tiếp.
- Theo dõi tác dụng phụ của thuốc giảm đau toàn thân hoặc theo dõi chung sau gây mê để xử trí kịp thời như tình trạng ngừng thở ngừng tim, nôn...

- Tình trạng đau đớn sau thay băng như kêu đau, rét run hoặc sốt cao: tiếp tục dùng giảm đau, ủ ấm, hạ sốt...

2. Tại chỗ:

- Tụt băng gạc để lộ vết thương: tiến hành băng bó bổ xung.

- Tình trạng băng quá chặt gây phù nề, chèn ép vùng bông: rời bớt băng.

- Chảy máu: Thay băng lại vùng chảy máu, đắp nước muối ấm, băng ép hoặc khâu cầm máu nếu cần, lấy sạch máu cục, đắp lại gạc thuốc, gạc vaseline và gạc khô, băng ép.

- Nếu mảnh da dị loại bị bong ra hoặc ứ dịch mủ phía dưới: lấy bỏ mảnh da đó, rửa sạch vết bông bằng dung dịch PVP 3%, rửa lại bằng dung dịch NaCl 0,9%, đắp bổ xung mảnh da dị loại khác thay thế.

- Theo dõi diễn biến:

Đối với vết bông nông: nếu diễn biến thuận lợi thì các mảnh da dị loại sẽ bám dính chặt vào nền vết bông và khô dần, khi vết bông khỏi thì mảnh da đồng loại tự bông ra.

Đối với vết bông sâu sau khi cắt bỏ sạch hoại tử: các mảnh da dị loại chỉ có tác dụng che phủ tạm thời cho đến khi nền ghép được ghép da tự thân.

- Dị ứng: mẫn ngứa, nổi sẩn đỏ vùng da lành: ít gặp, nhẹ chỉ cần lấy bỏ các mảnh da, nếu cần dùng các thuốc kháng histamin.

16. GHÉP DA ĐỒNG LOẠI DƯỚI 10% DIỆN TÍCH CƠ THỂ

I. KHÁI NIỆM:

Da đồng loại (da của người thân người bệnh, da của tử thi, hoặc da từ các đoạn chi thể bị cắt cụt) là một loại vật liệu thay thế da tạm thời lý tưởng. Sử dụng da đồng loại che phủ vết thương, vết bỏng nhằm giảm đau đớn cho người bệnh, chống mất máu, mất dịch, chống nhiễm trùng, tạo môi trường thuận lợi cho quá trình liền vết thương bỏng nông hay kích thích quá trình hình thành mô hạt ở vết thương bỏng sâu sau cắt bỏ hoại tử. Đây là một kỹ thuật quan trọng để cứu sống những người bệnh bỏng diện tích lớn, đặc biệt là những người bệnh bỏng sâu diện rộng. Ghép da đồng loại còn dùng để trì hoãn thời gian ghép da tự thân hoặc sử dụng phối kết hợp với các kỹ thuật ghép da khác nhau trong các chiến thuật điều trị bỏng sâu diện rộng.

Da đồng loại che phủ tạm thời, sau một thời gian sẽ bị thải loại do phản ứng miễn dịch. Thời gian bám dính của da đồng loại phụ thuộc chủ yếu vào tình trạng toàn thân và tại chỗ của người bệnh. Ghép da đồng loại dưới 10% thường tiến hành trên người bệnh có toàn trạng nặng do khuyết tổn lớn.

II. CHỈ ĐỊNH:

- Người bệnh bỏng nông diện rộng: che phủ để vết bỏng nông tự liền.
- Người bệnh bỏng sâu diện rộng:
 - + Ghép da lên nền bỏng sâu sau khi cắt bỏ hoại tử tạo điều kiện để hình thành mô hạt sớm và tốt.
 - + Kết hợp với da tự thân theo kiểu 2 lớp hoặc theo kiểu xen kẽ trong điều trị bỏng sâu diện tích lớn, không đủ da ghép tự thân.
 - + Ghép da che phủ tạm thời mô hạt để trì hoãn ghép da tự thân do thiếu da tự thân trong điều trị bỏng sâu.
- Người bệnh sau chấn thương bị mất da nhiều.
- Một số vết thương mãn tính.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH:

- Vết thương nhiễm khuẩn.
- Vết thương còn hoại tử.
- Toàn trạng người bệnh chưa cho phép tiến hành thay băng (truy tìm mạch...)

IV. CHUẨN BỊ:

1. Người thực hiện:

Bác sỹ, điều dưỡng viên khoa bỏng, khoa ngoại (tối thiểu 4 người).

Kíp vô cảm (nếu cần): bác sỹ gây mê, kỹ thuật viên gây mê, 2 điều dưỡng.

2. Chuẩn bị dụng cụ:

2.1. Dụng cụ:

Mỗi người bệnh cần thay băng theo khẩu phần riêng, bao gồm cơ bản:

- Khay quả đậu, bông, băng, gạc, vải vô khuẩn.
- Nĩa có máu và không máu, kéo cong, kéo thẳng, găng tay. Nên có sẵn những dụng cụ cầm máu như pince, kim cầm kim...
- Xô đựng đồ bẩn.
- Nếu tiến hành trên phòng mổ: bộ dụng cụ trung - đại phẫu

2.2. Thuốc thay băng bỏng:

- Các dung dịch sát khuẩn dùng để rửa vết bỏng có thể sử dụng: Dung dịch Natri clorid 0,9%; dung dịch becerberin 1%; dung dịch povidone iodine (PVP) 10%, acid boric 2-4%; nitrat bạc 0,5%,... Mỡ vaselin

- Các thuốc bông dùng tại chỗ: Các thuốc hoặc vật liệu giúp cầm máu tại chỗ như spongel, dung dịch adrenalin...

3. Người bệnh:

- Hồ sơ bệnh án theo quy định cho một cuộc mổ.
- Giải thích để người bệnh và gia đình hiểu và công tác với chuyên môn
- Người bệnh cần nhịn ăn trước cuộc mổ từ 4-6 giờ. Nếu người bệnh quá lo lắng: có thể cho an thần nhẹ (seduxen, rotunda...) đêm trước mổ.
- Kiểm tra lại toàn trạng người bệnh (mạch, nhiệt độ, huyết áp..) trước mổ.
- Chuẩn bị nền ghép: thay băng sạch sẽ vùng tổn thương sẽ ghép da trước khi đi mổ. Nếu tình trạng người bệnh nặng: tiến hành thay băng dưới gây mê ngay tại phòng mổ.
- Dự trữ máu trước mổ nếu cần

4. Địa điểm tiến hành:

- Buồng thay băng hoặc buồng bệnh có đủ các trang bị hồi sức: máy thở; nguồn cung cấp oxy; máy hút; monitor theo dõi người bệnh; các dụng cụ và thuốc cấp cứu cần thiết khác.
- Nếu tiến hành tại phòng mổ: chuẩn bị như một cuộc đại- trung phẫu.

5. Chuẩn bị da đồng loại:

- Dự trữ số lượng đủ ghép lên diện tích của vết thương bỏng.
- Nếu da đồng loại là của người thân người bệnh thì phải tiến hành lấy da và ghép ngay cho người bệnh sau khi lấy. Việc lấy da của thân nhân người bệnh phải được tiến hành trên phòng mổ và tuân thủ các nguyên tắc vô trùng một cách triệt để.
- Nếu da đồng loại bảo quản tươi thì có thể tiến hành ghép ngay khi có chỉ định mà không cần rửa sạch môi trường bảo quản.
- Nếu da đồng loại bảo quản lạnh sâu: ngay trước khi ghép phải tiến hành rã đông đúng quy trình để đảm bảo chất lượng của da ghép. Sử dụng bình Water Bath rã đông ở nhiệt độ 37°C. Khi đã tan đá, da mềm, ẩm thì mới đem ghép.
- Nếu da bảo quản trong Glyceron thì phải rửa nhiều lần cho sạch glyceron, ngâm cho da tái hợp đủ nước làm cho da mềm mại, thuận lợi cho quá trình ghép.
- Nếu tẩm da có diện tích rộng thì phải tiến hành rạch lỗ để dẫn lưu dịch.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH:

1. Chuẩn bị: tương tự cuộc phẫu thuật vô khuẩn loại I, II thông thường.

2. Vô cảm: nên gây mê (tĩnh mạch, nội khí quản): theo quy trình riêng.

3. Thực hiện kỹ thuật:

3.1. Chuẩn bị nền ghép:

Thay băng theo quy trình. Loại trừ hết hoại tử, giả mạc, máu mủ, dịch tiết.

Rửa sạch vết thương 4-5 lần bằng nước muối sinh lý vô trùng

Thấm khô bằng gạc vô trùng

3.2. Ghép da đồng loại:

- Đặt các mảnh da đồng loại lên nền ghép, dàn đều mảnh da sao cho các mảnh da bám sát vào nền ghép. Gạt bỏ không được để dịch hay khí ứ đọng dưới các mảnh da ghép.
- Có thể cố định mảnh da ghép vào nền ghép bằng dụng cụ găm da hay các mối khâu rời.
- Đặt gạc tẩm một trong các dung dịch kháng khuẩn sau lên vùng đã ghép da: dung dịch berberin, dung dịch PVP 3% hay dung dịch tẩm kháng sinh penicilin.
- Sau đó đặt 1 lớp gạc vaselin và cuối cùng là 4-6 lớp gạc khô kiểu lợp ngói từ dưới lên trên.
- Băng ép vừa phải với áp lực khoảng 28-30 mm Hg.
- Thay băng sau 1-2 ngày qui trình thay băng giống như thay băng sau ghép da tự thân.

VI. CHĂM SÓC, THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN:

1. Toàn thân:

- Theo dõi các biến chứng của gây mê: suy hô hấp, tụt huyết áp, nôn...: Truyền dịch, nâng huyết áp, thở oxy, để đầu thấp nghiêng 1 bên, lau sạch đờm dãi...
- Đau nhiều sau thay băng, phẫu thuật ghép da: cho thuốc giảm đau 1- 2 ngày.

2. Tại chỗ:

- Thay băng 1-2 ngày lần Theo dõi tại chỗ về mức độ tiết dịch, mức độ bám dính của da, dịch, máu tụ ở dưới da ghép, màu sắc của nền vết thương cũng như theo dõi màu sắc của da ghép. Tiếp tục loại bỏ hết máu tụ và dịch tiết; ép dịch, thấm khô. Thay băng như ghép da tự thân
- Tình trạng chảy máu tại vùng mô (máu thấm băng...): kê cao chân, băng ép bổ sung. Nếu không được: tiến hành mở băng, xác định điểm chảy máu và khâu, đốt cầm máu bổ sung.
- Băng ép quá chặt: nới bớt băng.
- Nhiễm khuẩn tại chỗ hoặc toàn thân nặng lên: sau cắt cần che phủ bằng vật liệu sinh học. Thay băng vô khuẩn, đắp thuốc kháng khuẩn tại chỗ và kháng sinh toàn thân theo kháng sinh đồ.
- Không để tỳ đè vùng ghép da. Có thể kê cao vùng tổn thương nếu ghép ở chi thể. Bắt động trong 5-6 ngày nêu ghép da tại vùng khớp.

17. LÀM HẬU MÔN NHÂN TẠO

I. ĐẠI CƯƠNG:

Hậu môn nhân tạo (HMNT) là hậu môn ở đại tràng do phẫu thuật viên tạo ra để dẫn lưu một phần hay toàn bộ phân ở trong đại tràng ra ngoài ổ bụng.

II. CHỈ ĐỊNH:

- Thủng đại tràng do:
- + Phẫu thuật viên gây ra trong khi mổ,
- + Chấn thương hay vết thương đại tràng,
- + Bệnh lý: Ung thư, loét, bệnh Crohn, viêm loét đại trực tràng chảy máu...
- Vết thương tầng sinh môn, đứt cơ thắt do chấn thương hoặc trong sản khoa (HMNT để bảo vệ, giữ cho vết mổ bên dưới sạch)...
- Tắc ruột do u đại tràng.
- Chuẩn bị cho việc cắt bỏ đại tràng có khối u.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH:

1. Thể trạng người bệnh quá yếu, cần hồi sức tích cực trước phẫu thuật.
2. Người bệnh già yếu có các bệnh phối hợp tim, phổi nặng

IV. CHUẨN BỊ:

1. **Người thực hiện:** Phẫu thuật viên tiêu hóa hay ngoại chung

2. **Người bệnh:**

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

3. **Phương tiện:** Bộ dụng cụ đại phẫu.

4. **Dự kiến thời gian phẫu thuật:** 90 phút

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH:

1. **Tư thế:**

- Người bệnh nằm ngửa.
- Phẫu thuật viên đứng bên phải hoặc bên trái tùy theo thói quen hay vị trí tổn thương ở đại - trực tràng.
- Phụ mổ thứ 1 đứng đối diện phẫu thuật viên.
- Dụng cụ viên đứng bên phải phụ mổ thứ nhất.

2. **Vô cảm:** Gây mê nội khí quản hay tê vùng (ngoài màng cứng, tê tại chỗ).

3. **Kỹ thuật:**

a. Đường vào ổ bụng: Đường giữa hoặc bờ ngoài cơ thẳng.

b. Kiểm tra vị trí khối u, tìm đại tràng trên u (thường là đại tràng ngang hoặc đại tràng xích ma) đoạn di động nhất để đưa ra thành bụng. Không nên để HMNT ngay tại vết mổ bụng hoặc sát ngay cạnh vết mổ vì dễ làm nhiễm trùng vết mổ và toác vết mổ.

Nếu tách thớ cơ thành bụng chưa đủ rộng để quai đại tràng chui qua thì có thể dùng kéo khoét cân và cơ thành một lỗ tròn hoặc bầu dục để đại tràng không bị kẹt và sau này phân ra được dễ dàng.

c. Cho đại tràng ra ngoài thành bụng: Kéo quai đại tràng ra khoảng 4-6cm. Xác định đại tràng xích ma hoặc đại tràng ngang dựa vào kích thước và dải cơ dọc. Nếu là đại tràng ngang thì cần tách mạc nối lớn ra khỏi đại tràng ngang ở đoạn cần làm HMNT. Nếu đưa 2 đầu ruột riêng biệt thì khâu 2 cạnh lại với nhau trước khi đưa ra.

d. Đặt que thủy tinh (có thể dùng hoặc không dùng que thủy tinh): chọn chỗ mạc treo không có mạch máu sát thành đại tràng, chọc thủng một lỗ. Cho qua lỗ thủng này một que thủy tinh hoặc nhựa cứng dài 10-15cm. Đại tràng sẽ gập trên que đấy theo hình chữ ô-mê-ga (Ω).

e. Khâu tạo chửa bằng 2 - 3 mũi rời ở mỗi bên thành ruột (trong trường hợp KHNT có chửa).

f. Cố định đoạn trên và đoạn dưới đại tràng vào phúc mạc: đảm bảo đoạn trên không bị xoắn, gập và 2 đoạn trên, dưới không bị căng.

e. Mở đại tràng: mở đại tràng ngay sau khi đóng thành bụng hoặc sau 24 giờ. Mở dọc theo cơ dọc hoặc ngang quá nửa đại tràng

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN:

1. Theo dõi:

- Thông thường như sau các trường hợp phẫu thuật bụng khác.
- Theo dõi tình trạng lưu thông và tại chỗ của HMNT.

2. Xử trí tai biến:

a. Tai biến - biến chứng sớm:

- Tổ chức dưới da quanh hậu môn bị nhiễm khuẩn: sau mổ ngày thứ 5, thứ 6. Da quanh HMNT tấy đỏ, sưng to và đau. Sốt 38-38,50C. Tách mũi chỉ cố định HMNT vào da ngay ổ áp xe để dẫn lưu mủ ra.

- Rò: Sau mổ một đến hai tuần, quanh hậu môn có thể có một hay nhiều áp xe vỡ ra tạo thành đường rò. Nếu đường rò chưa vào HMNT thì có thể chỉ cần rạch rộng lỗ rò; nếu rò vào HMNT ở người bệnh làm HMNT vĩnh viễn nên làm lại.

- Thoát vị thành bụng cạnh HMNT: thường do đường rạch thành bụng (vị trí đưa ruột ra làm HMNT) quá rộng. Xử trí bằng cách mổ lại để cho ruột hay mạc nối lớn vào trong ổ bụng, cố định lại HMNT và khâu lại thành bụng bằng chỉ không tiêu.

- Tụt HMNT: Hậu môn có thể tụt toàn bộ hoặc hoàn toàn do cố định HMNT không chắc chắn, mạch máu nuôi không tốt, mạc treo căng, thể trạng người bệnh suy kiệt...Muốn tránh biến chứng này, khi làm HMNT phải cố định phúc mạc quanh đại tràng, cố định thêm đại tràng vào cân, da bằng nhiều mũi rời và không để đại tràng bị căng.

- Hoại tử HMNT: Phát hiện màu sắc của hậu môn bị biến đổi (mất đi màu hồng bóng của niêm mạc mà chuyển sang màu nhợt đỏ có những chấm đen) sau đó toàn bộ đại tràng trở nên tím đen. Nguyên nhân do đại tràng không được nuôi dưỡng do vết mổ quanh hậu môn quá hẹp hay hậu môn nhân tạo quá căng hay mạch máu nuôi dưỡng đoạn đại tràng đưa ra bị tổn thương. Người bệnh phải được phát hiện sớm và mổ làm lại HMNT.

- Tắc ruột sớm: Thường xảy ra 2 - 3 tuần sau mổ, sau khi HMNT đã hoạt động tốt. Nguyên nhân thường do ruột non chui vào khe giữa thành bụng bên và quai đại tràng đưa ra làm HMNT. Để tránh biến chứng này khi làm HMNT nên cố định đoạn đại tràng và mạc treo với thành bụng.

b. Tai biến - biến chứng muộn:

- Hậu môn và vùng da xung quanh trĩ xuống: Nhìn nghiêng thấy hậu môn và da thành bụng trĩ xuống làm thành một cái hõm và lâu dần hậu môn sẽ bị thu hẹp. Nguyên nhân gây tai biến này là quai đại tràng được chọn dùng làm hậu môn quá ngắn. Xử trí nếu hậu môn bị hẹp sẽ phẫu thuật làm lại hậu môn.

- Niêm mạc hậu môn và da quanh hậu môn bị thương tổn:

Niêm mạc lòi ra ngoài hậu môn: Nếu niêm mạc lòi quá 1cm và viêm nhiễm lâu ngày, đẩy vào không được. Điều trị bằng tiêm xơ dưới niêm mạc hay cắt bỏ đoạn niêm mạc lòi ra.

Da và niêm mạc bị tổn thương do phân hay hồ dán gây hồng da. Trên da thấy những mụn hay những ổ loét nhỏ. Mỗi khi lau chùi hậu môn hay dán túi mới, người bệnh thấy xót và đau. Thay dụng cụ HMNT (vòng sắt,...) và vệ sinh sạch quanh HMNT.

- Chức năng của hậu môn bị rối loạn:

Phân đóng cục ở trong đoạn đại tràng dưới: thường gặp trong trường hợp HMNT không có cựa. Mỗi khi phân dồn ra, một ít lọt vào đoạn dưới, dần dần phân đóng cục và có thể gây tắc đoạn dưới. Nguyên nhân do không làm cựa, làm không đúng hay làm đúng nhưng rút que thủy tinh dưới cựa quá sớm. Có thể xử trí bằng khâu niêm mạc đầu dưới.

Phân lỏng: Có thể do chế độ ăn hoặc do thuốc (bột than, bột bismut).

Phân tự động dồn ra: Hầu hết các trường hợp phân đều tự dồn ra, có thể điều chỉnh chế độ ăn táo bón hoặc hướng dẫn cho người bệnh tự thụt tháo.

- Hẹp HMNT: Khó cho ngón tay vào HMNT. Nguyên nhân do viêm thanh mạc đại tràng hoặc viêm thành bụng. Xử trí bằng nong HMNT. Nếu không được thì làm lại HMNT.

- Sa niêm mạc đại tràng qua HMNT: đại tràng thoát qua hậu môn ra ngoài. Có nhiều thể: Thể ống: Thường gặp ở những trường hợp HMNT được làm bằng mỏng của đại tràng trên. Toàn bộ hậu môn là hình một cái ống niêm mạc đại tràng. Niêm mạc mặt ngoài nối liền với da. Giữa mặt ngoài và mặt trong là thanh mạc và trong khe.

Thể hình chữ T: Thường gặp trong kiểu hậu môn có cựa. Cựa thoát ra ngoài giữa hai lỗ hậu môn làm thành một chữ T, kéo luôn cả mạc treo và có khi cả ruột non ra ngoài.

Thể hình nấm: Trong kiểu hậu môn có cựa. Cựa thoát ra ngoài giữa hai lỗ HMNT làm thành một khối giống như một cái nấm, nấn qua cái nấm này có thể thấy ruột non.

Cả 3 khối sa ngày càng lớn, có thể gây tắc ruột non hoặc đại tràng. Về điều trị nếu HMNT vĩnh viễn thì nên cắt bỏ hậu môn cũ làm lại; nếu HMNT có tính chất tạm thời (hậu môn trên u), cắt bỏ đoạn đại tràng có khối u và có hậu môn.

18. MỞ BỤNG THĂM DÒ, SINH THIẾT

I. ĐẠI CƯƠNG

Phẫu thuật thăm dò ổ bụng, sinh thiết được sử dụng để chẩn đoán bản chất mô học của các khối u trong ổ bụng mà không có biện pháp sinh thiết u trước mổ. Hiện nay, phẫu thuật thăm dò ổ bụng, sinh thiết thường được tiến hành qua nội soi ổ bụng.

II. CHỈ ĐỊNH

Các khối u trong ổ bụng không rõ bản chất mô học.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH:

Các khối u trong ổ bụng có thể sinh thiết qua nội soi ống tiêu hóa, dưới hướng dẫn của siêu âm hoặc chụp cắt lớp vi tính.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện:

- 01 Phẫu thuật viên chuyên khoa tiêu hóa hoặc ngoại chung
- 02 phẫu thuật viên phụ
- 01 bác sỹ gây mê
- Kíp dụng cụ viên, chạy ngoài, phụ mê: 03 điều dưỡng

2. Người bệnh:

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

3. Phương tiện: Bộ dụng cụ đại phẫu, chỉ khâu, máy cắt nối...

4. Dự kiến thời gian phẫu thuật: 60 phút

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH:

1. Tư thế: Người bệnh nằm ngửa, kê gối đệm dưới lưng ngang đốt sống lưng 12 (D12).

2. Vô cảm: gây mê toàn thân có giãn cơ

3. Kỹ thuật:

- Bước 1: Mở bụng đường trắng giữa trên dưới rốn, tìm và bộc lộ tạng có khối u.
- Bước 2: Khâu cầm máu quanh vị trí dự định sinh thiết. Dùng dao nhọn khoét phần u bên trong chỗ khâu cầm máu (khoảng 1 cm), sâu vào như mô tạng có khối u. Gửi mẫu sinh thiết làm giải phẫu bệnh tức thì. Nếu kết quả chưa thấy tổ chức u thì làm lại sinh thiết sâu hơn vào khối u hoặc sinh thiết vị trí khác.
- Bước 3: Khâu cầm máu vị trí đã sinh thiết, đóng bụng.

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

- Chảy máu: thường trong 48h đầu hoặc những ngày tiếp theo. Chảy máu đỏ tươi, số lượng nhiều qua dẫn lưu, toàn trạng thay đổi (nhợt, lo âu, mạch nhanh, huyết áp hạ) cần mổ lại kiểm tra, cầm máu.
- Theo dõi áp xe tồn dư, nhiễm trùng vết mổ để có chỉ định can thiệp kịp thời.
- Theo dõi tình trạng chung: viêm phổi...
- Truyền dịch: tính đủ năng lượng, lượng dịch vào cho từng người bệnh cụ thể.

- Kháng sinh: sử dụng kháng sinh dự phòng hoặc sử dụng kháng sinh điều trị khi có chỉ định, tùy thuộc hoàn cảnh cụ thể.

19. MỞ BỤNG THĂM DÒ

I. ĐẠI CƯƠNG:

Phẫu thuật thăm dò ổ bụng được sử dụng trong chấn thương bụng, vết thương bụng để phát hiện các tổn thương vỡ tạng rỗng khi không chẩn đoán loại trừ được chắc chắn trước mổ. Phẫu thuật thăm dò cũng được sử dụng trong các trường hợp ung thư các tạng trong ổ bụng để đánh giá giai đoạn u khi không chắc chắn được khả năng cắt bỏ trước mổ. Hiện nay phẫu thuật thăm dò ổ bụng thường được tiến hành qua nội soi ổ bụng.

II. CHỈ ĐỊNH:

- Chấn thương bụng, vết thương bụng: nghi ngờ có tổn thương tạng rỗng không loại trừ được chắc chắn trước mổ.
- Đa chấn thương có sốc: nghi ngờ chảy máu trong ổ bụng hoặc nghi ngờ vỡ tạng rỗng
- Ung thư các tạng trong ổ bụng: thăm dò khả năng cắt u (không chắc chắn cắt được u trước mổ).

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH:

Khi chẩn đoán trước mổ đã chắc chắn.

IV. CHUẨN BỊ:

1. Người thực hiện:

- 01 Phẫu thuật viên chuyên khoa tiêu hóa hoặc ngoại chung
- 02 phẫu thuật viên phụ
- 01 bác sỹ gây mê
- Kíp dụng cụ viên, chạy ngoài, phụ mê: 03 điều dưỡng

2. Người bệnh:

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

3. Phương tiện: Bộ dụng cụ đại phẫu, chỉ khâu, máy cắt nối...

4. Dự kiến thời gian phẫu thuật: 60 phút

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH:

1. Tư thế: Người bệnh nằm ngửa, kê gối đệm dưới lưng ngang đốt sống lưng 12 (D12).

2. Vô cảm: gây mê toàn thân có giãn cơ

‘3. Kỹ thuật:

- Bước 1: Mở bụng đường trắng giữa trên dưới rốn, đánh giá tổn thương các tạng một cách có hệ thống theo thứ tự:
 - +Nửa bụng bên phải: đánh giá toàn bộ đại tràng phải và mạc treo tương ứng, tá tràng, hang môn vị, vùng sau phúc mạc phải, gan, cuống gan, túi mật, thăm dò cơ hoành phải.
 - +Tầng trên mạc treo đại tràng ngang: đánh giá mặt trước dạ dày, vùng sau mạc nối nhỏ, đại tràng ngang và mạc treo tương ứng. lỗ thực quản cơ hoành.
 - +Nửa bụng bên trái: đánh giá đại tràng trái và mạc treo tương ứng. lách, vùng sau phúc mạc bên trái.

+Vùng tiểu khung: đánh giá trực tràng trong phúc mạc, bàng quang, tử cung phần phụ, mạch chậu 2 bên

+Vùng giữa bụng (tầng dưới mạc treo đại tràng ngang): kiểm tra toàn bộ ruột non và mạc treo tương ứng từ góc Treitz đến góc hồi manh tràng, động mạch và tĩnh mạch chủ bụng

- Bước 2: Xử trí tổn thương tùy trường hợp, lau rửa bụng, dẫn lưu, đóng bụng

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

- Chảy máu: thường trong 48h đầu hoặc những ngày tiếp theo. Chảy máu đỏ tươi, số lượng nhiều qua dẫn lưu, toàn trạng thay đổi (nhợt, lo âu, mạch nhanh, huyết áp hạ) cần mổ lại kiểm tra, cầm máu.

- Theo dõi áp xe tồn dư, theo dõi tình trạng bụng miệng nói, nhiễm trùng vết mổ để có chỉ định can thiệp kịp thời.

- Theo dõi tình trạng chung: viêm phổi...

- Truyền dịch: tính đủ năng lượng, lượng dịch vào cho từng người bệnh cụ thể.

- Kháng sinh: sử dụng kháng sinh dự phòng hoặc sử dụng kháng sinh điều trị khi có chỉ định, tùy thuộc hoàn cảnh cụ thể.

20. MỞ THÔNG DẠ DÀY

I. ĐẠI CƯƠNG:

Mở thông dạ dày là phẫu thuật tạo ra lỗ thông trực tiếp từ ngoài vào trong lòng dạ dày để nuôi dưỡng người bệnh hoặc để hút làm giảm áp lực trong lòng dạ dày.

Về kỹ thuật đây không phải là phẫu thuật phức tạp nhưng không được coi là một phẫu thuật nhỏ vì thường được làm trên những người bệnh có thể trạng toàn thân rất kém, suy kiệt như ung thư giai đoạn cuối hoặc được làm trong những phẫu thuật lớn ổ bụng như cắt khối tá tụy, viêm tụy cấp hoại tử...

Kỹ thuật mở thông dạ dày cần được làm một cách hoàn hảo để tránh dò dịch gây nhiễm trùng, viêm loét thành bụng xung quanh và có thể thay ống thông khi cần thiết.

II. CHỈ ĐỊNH:

1. Mở thông dạ dày để nuôi dưỡng người bệnh:

Mở thông dạ dày tạm thời được dùng trong những trường hợp sau:

- + Tồn thương thực quản do bỏng, hẹp thực quản mà dạ dày không bị tổn thương.
- + Trong các phẫu thuật lớn ổ bụng mà dự kiến phải nuôi dưỡng người bệnh qua đường tiêu hóa tích cực và lâu dài: cắt khối tá tụy, viêm tụy cấp hoại tử, cắt toàn bộ dạ dày...

- Mở thông dạ dày vĩnh viễn:

+ Trường hợp ung thư thực quản không còn chỉ định mổ vì nhiều lý do tại chỗ như u lan rộng ra trung thất, dò khí thực quản hoặc toàn thân như người bệnh quá già yếu có bệnh lý tuần hoàn và hô hấp...

+ Trường hợp ung thư vùng họng hầu

2. Mở thông dạ dày để giảm áp:

Trong trường hợp cần phải hút dạ dày lâu dài mở thông dạ dày giúp tránh được những nguy cơ do đặt sonde mũi dạ dày lâu dài có thể gây ra như viêm loét tại chỗ, nhiễm trùng đường hô hấp...

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH:

Mở thông dạ dày là kỹ thuật không quá phức tạp có thể thực hiện được dưới gây mê toàn thân hoặc tại chỗ nên không có chống chỉ định.

IV. CHUẨN BỊ MÔ:

- Người mổ: là Người thực hiện chuyên khoa tiêu hóa.
- Phương tiện mổ: bộ đồ mổ trung phẫu thuật
- Trước mổ cần làm các xét nghiệm cơ bản và các thăm dò để đánh giá tình trạng hô hấp và tim mạch của người bệnh nhằm lựa chọn phương pháp vô cảm thích hợp.
- Người bệnh cần được nhịn ăn 6 giờ trước phẫu thuật.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH:

1. Tư thế: người bệnh nằm ngửa, kê gối ở đáy ngực, Người thực hiện đứng bên phải người bệnh, người phụ và dụng cụ viên đứng bên đối diện.

2. Phương pháp vô cảm:

- Gây mê toàn thân là phương pháp được ưu tiên lựa chọn người giúp Người thực hiện có thể mở bụng, thăm dò và thực hiện kỹ thuật được thuận lợi. Chống chỉ định gây mê toàn thân khi có dò khí phế quản với thực quản, ung thư vùng họng hầu không thể đặt nội khí quản được, suy hô hấp nặng...

- Gây tê tại chỗ chỉ nên được sử dụng khi có chống chỉ định gây mê toàn thân hoặc khi gây mê toàn thân có nhiều nguy cơ.

3. Đường mổ:

Đường trắng giữa trên rốn, cách mũi ức 2 cm, chiều dài đường mổ phụ thuộc vào mức độ dày của thành bụng. Không nên sử dụng đường mổ trắng bên hoặc dưới sườn vì vết mổ sẽ gần với lỗ dưới ra của ống thông dạ dày dẫn đến nguy cơ nhiễm trùng thành bụng cao.

4. Thăm dò:

Đặt van tự động để ban vết mổ, đặt một van để nâng gan lên trên. Kéo nhẹ dạ dày xuống dưới, thăm dò để phát hiện tổn thương ở dạ dày, nhất là vùng tâm phình vị hoặc cơ hoành (nếu có) trong trường hợp ung thư thực quản.

5. Kỹ thuật:

Có nhiều phương pháp mở thông dạ dày. Dưới đây là kỹ thuật mở thông dạ dày kiểu Witzel và Fontan kỹ thuật được sử dụng phổ biến nhất.

5.1. Mở thông dạ dày kiểu Witzel:

- Sau khi thăm dò ổ bụng, người phụ kéo dạ dày xuống dưới để bộc lộ phình vị dạ dày.
- Dùng 2 cặp Allis cặp tạo nếp thành trước phình vị, nên chọn nơi có nghèo mạch máu nhất, có thể thay cặp Allis bằng 2 mũi chỉ khâu treo thành ruột lên
- Rạch thanh mạc cơ ở giữa 2 cặp Allis hoặc 2 mũi chỉ khâu, đường rạch dài 1-1,5 cm.
- Cầm máu kỹ lớp dưới niêm mạc và niêm mạc bằng dao điện hoặc các mũi chỉ khâu sau đó mở 1 lỗ nhỏ ở chỗ đã cầm máu.
- Hút sạch dịch trong dạ dày
- Luồn ống thông Pezzer số 23 hoặc Foley số 22 vào dạ dày.
- Khâu kín lỗ mở dạ dày bằng các mũi chỉ rời hoặc 1 đường khâu túi quanh ống thông.
- Khâu tạo 1 đường hầm dài 8 - 10 cm để vùi ống thông vào thành dạ dày. Vị trí đi ra của ống thông tương ứng với vị trí đưa ống ra ngoài ổ bụng.
- Đục 1 lỗ nhỏ ở thành bụng tương ứng với vị trí ra của ống thông ở dạ dày để luôn ống ra ngoài ổ bụng. Không bao giờ được đưa ống trực tiếp qua vết mổ vì nguy cơ nhiễm trùng vết mổ rất cao.
- Khâu dính dạ dày quanh ống thông vào thành bụng bằng 3-4 mũi chỉ không tiêu.
- Khâu cố định ống thông vào da
- Lau sạch ổ bụng, kiểm tra sau đó đóng vết mổ như thường quy.

5.2. Kỹ thuật mổ thông dạ dày kiểu Fontan:

- Kéo mặt trước dạ dày càng cao càng tốt bằng 1 cặp Allis hoặc Babcock.
- Khâu 1 mũi thanh mạc cơ xung quanh cặp Allis bằng chỉ tiêu chậm 0.0
- Rạch thanh mạc cơ ở giữa đường khâu túi
- Cầm máu lớp dưới niêm mạc sau đó mở 1 lỗ nhỏ qua niêm mạc bằng dao điện hoặc bằng panh, lỗ mở niêm mạc có kích thước tương ứng với ống thông
- Luồn ống thông vào trong lòng dạ dày
- Khâu vòng 2 túi vùi quanh ống thông
- Đưa ống thông ra ngoài ổ bụng qua 1 đường rạch ở thành bụng tương ứng với vị trí ống thông trên dạ dày
- Khâu cố định thanh mạc cơ dạ dày quanh ống thông với phúc mạc thành bụng.

VII. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN:

1. Theo dõi sau mổ:

- Trong 48 giờ đầu sau mổ ống thông được nối với chai dẫn lưu để dịch dạ dày tự chảy ra nhằm làm giảm áp lực trong dạ dày bảo vệ cho vết mổ ở dạ dày.
- Từ ngày thứ 2 sau mổ bắt đầu truyền thức ăn qua ống thông để nuôi dưỡng người bệnh lúc đầu là dung dịch đường Glucose sau đó là sữa và cháo, súp đã được xay nhỏ, khối lượng thức ăn tăng dần theo nhu cầu và tùy theo sự đáp ứng của người bệnh.
- Cho kháng sinh dự phòng trước khi tiền mê và 24 giờ đầu sau mổ.

2. Tai biến và xử trí tai biến:

- Chảy máu sau mổ: thường xảy ra khi cầm máu không tốt chỗ mổ niêm mạc dạ dày các triệu chứng là sonde dạ dày ra máu đỏ hoặc nôn máu, ỉa phân đen. Nếu chảy ít có thể điều trị bằng rửa dạ dày bằng nước lạnh và thuốc giảm tiết axit dạ dày, nếu chảy máu nhiều phải mổ lại để cầm máu.
- Nhiễm trùng vết mổ: thay băng làm sạch và dùng kháng sinh điều trị.
- Dò dịch dạ dày qua chân ống thông: tạm thời ngừng cho ăn qua ống thông và mổ cho dịch dạ dày chảy qua ống xuống chai dẫn lưu đồng thời làm sạch tại chỗ tránh loét da.
- Nếu dò nhiều: rút bỏ ống thông hoặc thay bằng ống to hơn.

21. NẪN, BÓ BỘT GÃY MONTEGGIA

I. ĐẠI CƯƠNG:

Đây là loại gãy xương đặc biệt, có kèm theo trật khớp được Monteggia mô tả vào năm 1814, là gãy thân xương trụ gấp góc di lệch và trật chỏm quay.

II. CHỈ ĐỊNH:

- Trẻ em dưới 15 tuổi.
- Người bệnh không muốn mổ.
- Các trường hợp gãy kín nhưng Người bệnh nặng, đa chấn thương cần can thiệp trước các cơ quan khác như võ gan, sọ não, phổi ...vv.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH:

- Gãy hở từ độ 2 trở lên.
- Các trường hợp có hội chứng khoang, loét da, tổn thương mạch máu và thần kinh.
- Những trường hợp sưng nề nhiều, nhiều nốt phỏng do người bệnh đến muộn hoặc đắp lá.

IV. CHUẨN BỊ:

1. Người thực hiện: 04 người

- Bác sỹ: 01
- Kỹ thuật viên: 03

2. Người bệnh:

- Sau tai nạn sinh hoạt, tai nạn lao động.....
- Có chẩn đoán gãy Monteggia và có chỉ định điều trị bảo tồn.
- Được giải thích kỹ mục đích của thủ thuật, quá trình tiến hành làm thủ thuật.
- Được vệ sinh sạch sẽ, cởi bỏ áo tay bên bó bột.
- Với người bệnh gây mê cần nhịn ăn uống 6 giờ.

3. Phương tiện:

- Thuốc gây mê tĩnh mạch hoặc gây tê tại chỗ
- Máy C- ARM
- Bàn nắn.
- Băng, băng côn, gạc, bơm kim tiêm 10,20 ml.
- Bột thạch cao: 3- 4 cuộn khổ 20cm (bột liền), 4-6 cuộn khổ 20cm (bột tự cán).
- Băng lót : 2-3 cuộn khổ 20cm.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH:

1. Tư thế:

Người bệnh nằm ngửa trên bàn chỉnh hình để được gây mê hoặc gây tê tại chỗ

2. Vô cảm:

- Gây mê tĩnh mạch
- Gây tê tại ổ gãy

3. Kỹ thuật:

- Sau gây mê, gây tê cho người bệnh nằm ngửa vai dạng, cố định phần thấp xương cánh tay vào bàn chỉnh hình.
- Kỹ thuật viên 1. Nắm ngón cái người bệnh kéo theo trục xương quay, tay kia kéo thêm ở cổ tay người bệnh, xoay sấp từ từ cẳng tay người bệnh gấp dần đến sấp tối đa.
- Kỹ thuật viên 2. Ấn chỏm quay ở khuỷu xuống, thường thấy cảm giác (sật một tiếng nhẹ) là chỏm quay đã vào khớp. Từ từ gấp khuỷu đến tối đa xong quay ngửa cẳng tay. Đưa về vuông góc và bó bột Cánh cẳng bàn tay dạch rọc.
- Kỹ thuật viên 3. Kiểm tra trên C- ARM.

4. Thời gian thực hiện thủ thuật: 60- 80 phút.

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN:

- Kiểm tra lại mạch và thần kinh ngay sau bó
- XQ kiểm tra.
- Khám lại sau 24 giờ kiểm tra xem có chèn ép không
- Nếu có dấu hiệu chèn ép cho nới bột ngay

22. NẪN, BÓ BỘT GÃY XƯƠNG ĐÒN

I. ĐẠI CƯƠNG:

- Xương đòn là xương nằm ngang ở trước trên lồng ngực ngay dưới da. Có dạng chữ S.
- Xương đòn là xương duy nhất đảm bảo độ rộng của vai.
- Gãy xương đòn thường gặp ở 1/3 ngoài phía dưới là mạch máu, thần kinh dưới đòn.

II. CHỈ ĐỊNH:

Tất cả các trường hợp gãy kín xương đòn mà không kèm theo tổn thương mạch máu và thần kinh.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH:

- Gãy hở xương đòn.
- Gãy xương đòn kèm theo tràn khí, tràn máu màng phổi.
- Gãy xương đòn có tổn thương động mạch dưới đòn.
- Gãy xương đòn di lệch chông mà lâm sàng biến dạng gồ ghề, xấu.
- Khớp giả xương đòn.

IV. CHUẨN BỊ:

1. Người thực hiện: 03 người

- Bác sỹ: 01
- Kỹ thuật viên: 02

2. Người bệnh:

- Sau tai nạn sinh hoạt, tai nạn lao động.....
- Có chẩn đoán gãy xương đòn và có chỉ định điều trị bảo tồn.
- Được giải thích kỹ mục đích của thủ thuật, quá trình tiến hành làm thủ thuật.
- Được vệ sinh sạch sẽ, cởi bỏ áo
- Với người bệnh gây mê cần nhịn ăn uống 6 giờ.

3. Phương tiện:

- Thuốc gây mê tĩnh mạch hoặc gây tê tại chỗ
- Bàn nắn.
- Bột thạch cao: 4- 6 cuộn khổ 20cm (bột liền). 6- 8 cuộn khổ 20cm (bột tự cán).
- Băng lót: 2-3 cuộn khổ 20 cuộn.

4. Thời gian thực hiện thủ thuật: 30- 40 phút.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH:

1. Tư thế:

Người bệnh nằm ngửa trên bàn chỉnh hình để được gây mê hoặc gây tê tại chỗ.

2. Vô cảm:

- Gây mê tĩnh mạch
- Gây tê tại ổ gãy

3. Kỹ thuật:

- Với người bệnh gây mê nắn trên bàn chỉnh hình.
- Với người bệnh gây tê
- + Sau gây tê cho người bệnh ngồi trên ghế tròn lưng ngay ngắn, hai vai ngang, hai tay chống mông xườn ưỡn ngực mắt nhìn thẳng đầu ngay ngắn.
- + Kỹ thuật viên 1. Đứng sau người bệnh, đầu gối tỳ vào giữa hai bả vai người bệnh, bàn chân đặt trên ghế, hai tay cầm chắc vào vùng vai kéo nắn từ từ dạng ra sau tối đa.
- + Kỹ thuật viên 2. Bó bột số 8 hoặc bột Desault.

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN:

- Kiểm tra lại mạch và thần kinh ngay sau bó

- Khám lại sau 24 giờ kiểm tra xem có chèn ép không
- Nếu có dấu hiệu chèn ép cho nói bột ngay
- Kiểm tra mạch. Thần kinh, hoặc khó thở phải theo dõi 15 phút 1 lần hoặc chuyển mô cấp cứu ngay

23. NẪN, BÓ BỘT GÃY POUTEAU-COLLES

I. ĐẠI CƯƠNG:

Gãy Pouteau- Colles là gãy vùng xương xóp ngang đầu dưới xương quay, đường gãy cách khe khớp cổ tay 3cm, ngoại khớp có di lệch điển hình đầu dưới xương quay di lệch ra ngoài và lệch ra sau. Ở mặt sau thường vỡ ra một mảnh xương nhỏ thứ ba.

II. CHỈ ĐỊNH:

- Đối với tất cả các trường hợp gãy kín đầu dưới xương quay mới.
- Các trường hợp gãy đến muôn sau 6 tuần nhưng thể trạng yếu như đái tháo đường, cao huyết áp, thể trạng già yếu.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH:

- Gãy hở từ độ 2 trở lên.
- Gãy xương kèm theo tổn thương mạch máu, thần kinh, hội chứng khoang bàn tay.
- Những trường hợp sưng nề nhiều, nhiều nốt phỏng do Người bệnh đến muộn hoặc đắp lá.

IV. CHUẨN BỊ:

1. Người thực hiện: 04 người

- Bác sỹ: 01
- Kỹ thuật viên: 03

2. Người bệnh:

- Sau tai nạn sinh hoạt, tai nạn lao động.....
- Có chẩn đoán gãy Pouteau- Colles và có chỉ định điều trị bảo tồn.
- Được giải thích kỹ mục đích của thủ thuật, quá trình tiến hành làm thủ thuật.
- Được vệ sinh sạch sẽ, cởi bỏ áo tay bên bó bột.
- Với người bệnh gây mê cần nhịn ăn uống 6 giờ.

3. Phương tiện:

- Thuốc gây mê tĩnh mạch hoặc gây tê tại chỗ
- Máy C- ARM
- Bàn nắn.
- Bột thạch cao: 2- 3 cuộn khổ 20cm (bột liền). 3- 5 cuộn khổ 20cm (bột tự cán).
- Băng lót . 1-2 cuộn khổ 20cm.

4. Thời gian thực hiện thủ thuật: 50- 60 phút.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH:

1. Tư thế: Người bệnh nằm ngửa trên bàn chỉnh hình để được gây mê hoặc gây tê tại chỗ

2. Vô cảm:

- Gây mê tĩnh mạch
- Gây tê tại ổ gãy

3. Kỹ thuật:

- Sau gây mê, gây tê cho người bệnh nằm ngửa cố định khuỷu tay vuông góc với cánh tay bằng đai vải tạo lực đối kháng.
- Kỹ thuật viên 1. Tay phải nắm ngón cái, tay trái nắm ngón 2,3,4 của người bệnh kéo dọc theo trục của chi 5- 7 phút.
- Kỹ thuật viên 2. Đứng đối diện với KTV1 dùng lực hai ngón tay cái đối lực ngược chiều với các ngón tay phía dưới vuốt mạnh dọc từ trên ổ gãy xuống, gấp cổ tay tối đa để nắn đầu dưới xương quay ra trước sau đó nắn di lệch bên nghiêng trụ sau đó giữ nhẹ cổ tay duỗi chờ lại.

- Kỹ thuật viên 3. Kiểm tra trên C- ARM và bó bột Cẳng bàn tay.

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN:

- Kiểm tra lại mạch và thần kinh ngay sau bó
- XQ kiểm tra.
- Khám lại sau 24 giờ kiểm tra xem có chèn ép không
- Nếu có dấu hiệu chèn ép cho nới bột ngay

24. NẴN, BÓ BỘT GÃY DUPUYTREN

I. ĐẠI CƯƠNG:

- Gãy Dupuytren là gãy xương vùng cổ chân bao gồm:

- + Gãy mắt cá trong
- + Gãy 1/3 dưới xương mác
- + Trật khớp cổ chân

- Gãy Dupuytren có thể gây đứt hệ thống dây chằng vùng cổ chân gây nên sự mất vững vùng cổ chân vì vậy cần phải nắn sớm.

II. CHỈ ĐỊNH:

Đối với tất cả các trường hợp gãy kín Dupuytren mới.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH:

- Gãy Dupuytren có vết thương thấu khớp
- Gãy xương kèm theo tổn thương mạch máu, thần kinh.
- Những trường hợp sưng nề nhiều, nhiều nốt phỏng do người bệnh đến muộn hoặc đắp lá.

IV. CHUẨN BỊ:

1. Người thực hiện: 04 người

- Bác sỹ: 01
- Kỹ thuật viên: 03

2. Người bệnh:

- Sau tai nạn sinh hoạt, tai nạn lao động.....
- Có chẩn đoán gãy Dupuytren và có chỉ định điều trị bảo tồn.
- Được giải thích kỹ mục đích của thủ thuật, quá trình tiến hành làm thủ thuật.
- Được vệ sinh sạch sẽ, bộc lộ vùng cẳng chân bên bó bột.
- Với người bệnh gây mê cần nhịn ăn uống 6 giờ.

3. Phương tiện:

- Thuốc gây mê tĩnh mạch hoặc gây tê tại chỗ
- Máy C- ARM
- Bơm, kim tiêm, bông băng, cồn, gạc
- Bàn nắn.
- Bột thạch cao: 4- 6 cuộn khổ 20cm (bột liền), 6- 8 cuộn khổ 20cm (bột tự cán).
- Băng lót: 2-3 cuộn khổ 20cm.

4. Thời gian thực hiện thủ thuật: 60- 80 phút.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH:

1. **Tư thế:** Người bệnh nằm ngửa trên bàn chỉnh hình để được gây mê hoặc gây tê tại chỗ.

2. Vô cảm:

- Gây mê tĩnh mạch
- Gây tê tại ổ gãy

3. Kỹ thuật:

- Sau gây mê, gây tê cho người bệnh nằm ngửa kê đệm gối dưới đùi. Cố định gối của người bệnh vào bàn chỉnh hình.
- Kỹ thuật viên 1. Tay trái nắm bàn chân, tay phải đỡ dưới gót chân của người bệnh kéo thẳng trục 5-7 phút.
- Kỹ thuật viên 2. Đứng vuông góc với KTV1 nắn đầu dưới xương chày ra ngoài. Đẩy mắt cá trong lên trên. Đưa bàn chân vào trong.

- Kỹ thuật viên 3. Kiểm tra trên C- ARM và bó bột Cẳng bàn chân.

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN:

- Kiểm tra lại cảm giác và màu sắc của các ngón chân.
- XQ kiểm tra.
- Khám lại sau 24 giờ kiểm tra xem có chèn ép không
- Nếu có dấu hiệu chèn ép cho nới bột ngay.

25. NÓI RUỘT NON - ĐẠI TRÀNG

I. ĐẠI CƯƠNG:

Nói thông ruột non, đại tràng là phẫu thuật tạo miệng nói lưu thông đường tiêu hóa trực tiếp giữa ruột non với đại tràng.

II. CHỈ ĐỊNH:

1. Tắc ruột do các nguyên nhân:

1.1. U đại tràng không có khả năng cắt bỏ do:

- U to, xâm lấn hoặc đã di căn tới các tạng khác gây tắc ruột hoàn toàn.

U đại tràng có khả năng cắt được. Nhưng tình trạng toàn thân của người bệnh, điều kiện cơ sở phẫu thuật, Người thực hiện không chuyên khoa không cho phép thực hiện phẫu thuật cắt đại tràng.

1.2. Lao hồi - manh tràng, tổn thương lao gây tắc ruột hoàn toàn.

1.3. Dính ruột, tình trạng người bệnh nặng không cho phép cắt ruột.

2. Sau khi cắt đại tràng do u, do lao, do dính nhiều, do hoại tử tắc mạch,...

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH:

Không nên làm miệng nói khi điều kiện tại chỗ và toàn thân không cho phép: tình trạng người bệnh suy kiệt, nhiễm khuẩn nặng ổ bụng (viêm phúc mạc, áp xe tồn dư) ... không đảm bảo an toàn miệng nói, dễ gây bực, rò miệng nói.

IV. CHUẨN BỊ:

1. Người thực hiện:

Người thực hiện ngoại chung hoặc Người thực hiện chuyên khoa tiêu hóa.

2. Phương tiện:

3. Người bệnh:

- Làm đủ các xét nghiệm chẩn đoán, chẩn đoán khả năng phẫu thuật,...

- Bồi phụ dinh dưỡng, nước - điện giải

- Đặt ống hút dạ dày nếu có dấu hiệu tắc ruột.

- Dùng kháng sinh dự phòng nếu cần thiết.

- Thụt tháo sạch đại tràng, trong phẫu thuật theo kế hoạch.

- Giải thích cho người bệnh và gia đình biết rõ bệnh và tình trạng toàn thân, về khả năng phẫu thuật sẽ thực hiện, về các tai biến, biến chứng, di chứng có thể gặp do bệnh, do phẫu thuật, do gây mê, do cơ địa của người bệnh.

Giải đáp những khúc mắc của người bệnh về bệnh tật, về phẫu thuật, ... trong phạm vi cho phép.

4. Hồ sơ bệnh án:

Hoàn thành các thủ tục hành chính theo quy định. Người bệnh và gia đình ghi hồ sơ nêu ở mục 3 trên đây ghi rõ đã được giải thích rõ ràng và hiểu về những điều bác sỹ giải thích nêu trên).

- Hoàn thiện đầy đủ các bước khám lâm sàng, cận lâm sàng cần thiết để có chẩn đoán xác định bệnh (tùy thuộc các phương tiện, cơ sở y tế, nhưng cần phải có một hoặc đầy đủ các tiêu chuẩn chẩn đoán xác định như phim chụp đại tràng có cản quang hoặc nội soi đại tràng hoặc chụp cắt lớp vi tính), đánh giá các hậu quả của bệnh như tình trạng tắc ruột, viêm phúc mạc, di căn các tạng do ung thư, ...

Đánh giá tình trạng toàn thân như tuổi, cơ địa, những bệnh mãn tính nặng phối hợp có ảnh hưởng tới cuộc phẫu thuật, trong thời kỳ hậu phẫu. Đánh giá khả năng phẫu thuật để chuẩn bị cho cuộc mổ diễn ra an toàn và hiệu quả nhất.

V. CÁC BƯỚC TIỀN HÀNH:

1. Vô cảm: gây mê tĩnh mạch hoặc nội khí quản.

2. Kỹ thuật:

2.1. Đường rạch;

Đường rạch giữa trên dưới rốn. Có thể mổ nội soi hoặc nội soi hỗ trợ nếu điều kiện người bệnh, cơ sở y tế cho phép và Người thực hiện có thể thực hiện được.

2.2. Thăm dò xác định tổn thương:

- Đánh giá thương tổn: thương tổn chính, tình trạng các tạng khác trong ổ bụng.

- Xác định vị trí nối tắt: chọn vị trí ruột nối phù hợp (mạch nuôi tốt, hồng, mềm mại, không để quá nhiều đoạn ruột bị loại trừ,..). Trong trường hợp cắt đại tràng, tiến hành miệng nối sau khi đã cắt khối u và các thương tổn liên quan.

- Làm miệng nối:

Thông thường nối hồi - đại tràng ngang nếu tổn thương nằm ở vùng hồi manh tràng, đại tràng lên, đại tràng góc gan, đại tràng ngang.

Có thể nối hồi tràng - đại tràng sigma hay trực tràng nếu tổn thương ở thấp hơn,... tùy thuộc tình huống cụ thể.

- Kỹ thuật khâu nối: thực hiện miệng nối có thể bằng nối tay hay nối máy; dùng kỹ thuật nối một lớp hoặc hai lớp, nối tận - bên hay bên - bên là tùy thuộc vào điều kiện sẵn có và do Người thực hiện quyết định.

c. Lau sạch ổ bụng, đóng thành bụng. Có thể đặt dẫn lưu hay không tùy thuộc tình trạng thực tế cuộc mổ.

VI. THEO DÕI:

1. Thời kỳ hậu phẫu:

- Trong 24 giờ đầu:

Theo dõi tình trạng toàn thân, tri giác, đo mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở. Truyền dịch, dùng kháng sinh, thuốc giảm đau,... theo chỉ định ghi trong bệnh án.

- Những ngày sau:

Truyền dịch, dùng kháng sinh,...theo y lệnh trong hồ sơ.

Theo dõi lưu thông ruột, khi có trung tiện cho ăn nhẹ cháo, sữa.

Theo dõi tình trạng ổ bụng, vết mổ, toàn thân, cho người bệnh vận động sớm. Phát hiện và xử trí các biến chứng do bệnh, do phẫu thuật, do cơ địa,...

2. Sau thời kỳ hậu phẫu:

Người bệnh thường diễn biến thuận lợi: ăn uống được, lưu thông ruột tốt. Tuy nhiên trong giai đoạn này có thể có các biến chứng do bệnh ung thư tiếp tục tiến triển gây đau, ăn uống kém, sút cân hay khối u vỡ, chảy máu, di căn xa,...

Đối với các người bệnh mắc bệnh lao, viêm không đặc hiệu khác cần chuyển tới cơ sở điều trị chuyên khoa phù hợp.

VII. XỬ TRÍ TAI BIẾN:

- Lưu thông miệng nối không tốt: hẹp, bán tắc,...

- Biến chứng chảy máu: tại miệng nối hay trong ổ bụng

- Bục miệng nối: gây viêm phúc mạc hay rò tiêu hóa.

- Áp xe tồn dư trong ổ bụng

Tùy theo các biến chứng có thể gặp và tình trạng cụ thể mà phải theo dõi điều trị bảo tồn hay phẫu thuật lại. Phẫu thuật xử trí các biến chứng sẽ thực hiện phụ thuộc tình huống cụ thể tại chỗ và toàn thân, cũng như điều kiện tại cơ sở y tế.

26. NÓI VỊ TRÀNG

I. ĐẠI CƯƠNG:

Nói vị tràng phải theo 3 nguyên tắc: 1. ở vị trí thấp nhất, 2. thuận chiều như động, 3. miệng nói đủ rộng. Hiện nay nói vị tràng áp dụng nhiều trong bệnh lý ung thư, cho nên việc chọn vị trí thấp nhất phải dựa vào vị trí tổn thương, không giống như trong tổn thương loét hành tá tràng.

II. CHỈ ĐỊNH:

Hẹp môn vị do loét hành tá tràng xơ chai, đóng mồm tá tràng nguy cơ cao. Chèn ép tá tràng do các khối u vùng tá tràng đầu tụy không có khả năng cắt bỏ. Những trường hợp khối u phần thấp dạ dày gây hẹp đường xuống, xâm lấn tổ chức xung quanh không còn khả năng cắt bỏ hay do người bệnh có thể trạng kém, bệnh lý kèm theo không cho phép kéo dài thời gian mổ, có thể nói vị tràng cho người bệnh ăn uống được.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH:

Chống chỉ định đối với phẫu thuật nói chung
Có chỗ hẹp, tắc nghẽn ở ruột non và đại tràng

IV. CHUẨN BỊ:

1. Người thực hiện:

- Phẫu thuật viên chính chuyên khoa tiêu hóa hoặc ngoại chung
- 02 phẫu thuật viên phụ
- 01 bác sỹ gây mê
- Kíp dụng cụ viên, chạy ngoài, phụ mê: 03 điều dưỡng

2. Người bệnh:

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

3. Phương tiện: Bộ dụng cụ đại phẫu, chỉ khâu, máy cắt nối...

4. Dự kiến thời gian phẫu thuật: 60 phút

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH:

1. Tư thế: người bệnh nằm ngửa

2. Vô cảm: gây mê nội khí quản. trường hợp chống chỉ định gây mê nội khí quản có thể gây tê ngoài màng cứng và gây tê tại chỗ

3. Kỹ thuật:

- Bước 1: đường mở bụng: mở bụng đường trắng giữa trên rốn.
- Bước 2: đánh giá tổn thương tại chỗ và tình trạng toàn thân để xác định chỉ định.
- Bước 3: giải phóng dạ dày tìm vị trí nối.
- . Giải phóng mạc nối lớn chỗ bám sát mạc treo đại tràng ngang

. Tìm vị trí nối vị tràng, tuân thủ nguyên tắc thấp nhất (ngay trên bờ chỗ hẹp khoảng 2-3 cm, cách bờ cong lớn 1,5-2 cm), đúng chiều như động (quai nối chữ Phi), đủ rộng (khoảng 8-10 cm), miệng nối phải đi bằng con đường ngắn nhất.

- Bước 4: làm miệng nối vị tràng qua mạc treo đại tràng ngang (trong trường hợp mạc treo bị co rút hoặc khối u xâm lấn có làm miệng nối trước đại tràng ngang hoặc nối Roux-en-Y), có thể 1 lớp hoặc 2 lớp.

- Bước 5: cố định mạc treo và cầm máu. Cố định mạc treo đại tràng ngang vào dạ dày, miệng nối ở dưới mạc treo trong trường hợp nối qua mạc treo đại tràng ngang.

- Bước 6: kiểm tra và đóng bụng.

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

- Chảy máu: thường trong 48h đầu hoặc những ngày tiếp theo. Chảy máu đỏ tươi, số lượng nhiều qua dẫn lưu, toàn trạng thay đổi (nhợt, lo âu, mạch nhanh, huyết áp tụt) cần mổ kiểm tra lại, cầm máu.

- Theo dõi áp xe tồn dư, tình trạng bục miệng nối, nhiễm trùng vết mổ để có chỉ định can thiệp kịp thời.

- Theo dõi tình trạng chung: mạch, huyết áp, viêm phổi

. Truyền dịch: tính đủ năng lượng, lượng dịch vào cho từng người bệnh cụ thể.

. Kháng sinh: sử dụng kháng sinh dự phòng hoặc sử dụng kháng sinh điều trị khi có chỉ định, tùy thuộc hoàn cảnh thể.

. Cho người bệnh ăn lại khi có trung tiện.

27. PHẪU THUẬT KHÂU THÙNG CƠ HOÀNH DO VẾT THƯƠNG

I. ĐẠI CƯƠNG:

Thùng cơ hoành là tổn thương mất toàn vẹn của cơ hoành do vết thương ngực - bụng. Đường vào của vết thương có thể từ ngực hoặc bụng. Tác nhân gây vết thương thường là hỏa khí hoặc bạch khí.

+ Qua chỗ rách cơ hoành, các tạng trong ổ bụng có thể chui lên lồng ngực ngay sau tai nạn hoặc sau một thời gian, gây nên thoát vị cơ hoành, nếu tổn thương ở bên phải thường không có thoát vị do có gan phải che chắn.

+ Vì thùng cơ hoành do vết thương ngực bụng nên nó thường kèm theo nhiều tổn thương khác ở ổ bụng và lồng ngực.

II. CHỈ ĐỊNH:

Cơ hoành bị thùng do vết thương thấu bụng, sau tai biến của phẫu thuật khác

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH:

Không có chống chỉ định

IV. CHUẨN BỊ:

1. **Người thực hiện quy trình kỹ thuật:** phẫu thuật viên ngoại chung /tiêu hóa tim mạch - lồng ngực, và bác sĩ gây mê hồi sức.

2. **Người bệnh:**

- Các xét nghiệm cơ bản: công thức máu, sinh hóa, chụp phổi.

- Đặt đường truyền tĩnh mạch, sonde dạ dày, sonde bàng quang.

3. **Phương tiện:**

- Dụng cụ phẫu thuật cơ bản: pince, kéo, cặp kim, ống hút, rửa...

- Bàn mổ phải đáp ứng được việc thay đổi tư thế đầu cao hay thấp, nghiêng phải hay trái tùy theo yêu cầu khi mổ.

- Bộ mổ mở tiêu hóa, lồng ngực.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH:

1. **Tư thế:** Người bệnh nằm ngửa, có thể kê gối độn dưới lưng ngang mũi ức.

2. **Vô cảm:** Gây mê toàn thân, đặt nội khí quản.

3. **Vị trí kẹp mổ:** Phẫu thuật viên đứng bên đối diện với bên cơ hoành tổn thương, người phụ đứng khác bên với phẫu thuật viên. Dụng cụ viên đứng cùng phía phẫu thuật viên.

4. **Đường mổ:**

- Mở bụng đường trắng trên rốn, khi cần thiết có thể kéo dài xuống dưới rốn hoặc mở thêm đường ngang sang bên phải trong trường hợp phải xử lý chấn thương gan phải kèm theo.

5. **Kiểm tra ổ bụng:**

- Dịch ổ bụng: Quan sát đánh giá số lượng, màu sắc, tính chất của dịch ổ bụng, xác định dịch máu, dịch tiêu hóa hay dịch mật, mủ, nước tiểu...số lượng dịch, khi dịch máu nhiều có nghĩa là thương tổn lớn, cần nhanh chóng xác định mức độ thương tổn tương xứng và không nên kéo dài việc thăm dò nhất là khi huyết động không ổn định.

- Tầng trên mạc treo đại tràng ngang: Cần đánh giá gan, lách, hậu cung mạc nối, thân, đuôi tụy.

- Tầng dưới mạc treo đại tràng ngang: Kiểm tra đại tràng ngang, đoạn đầu của ruột non, quan sát dọc 2 rãnh đại tràng, hút dịch đánh giá được đại tràng lên và đại tràng xuống, xích ma. Kiểm tra ruột non và mạc treo từ góc hồi manh tràng trở lên. Đánh giá bàng quang, máu tụ sau phúc mạc, tử cung, phần phụ (ở nữ).

6. **Xử trí tổn thương cơ hoành:**

- Với tạng thoát vị: Đưa trở lại ổ bụng, thái độ xử trí tùy thuộc sức sống của mô tạng thoát vị.
- Kiểm tra khoang màng phổi, phổi cùng bên qua chỗ vỡ cơ hoành, xử lý tổn thương nhu mô phổi nếu có, rửa màng phổi nếu có dịch mủ, dịch tiêu hóa, giả mạc, máu cục.
- Đặt dẫn lưu màng phổi cùng bên tổn thương vị trí khoang liên sườn V, đường nách giữa, xử lý vết thương thành ngực nếu có.
- Bộc lộ mép vết thương cơ hoành, cắt lọc.
- Khâu cơ hoành 1 lớp khâu vắt hoặc mũi rời chỉ không tiêu, số 0.
- Đặt dẫn lưu tùy vị trí cơ hoành và các tạng tổn thương.

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

1. Theo dõi:

- Như mọi trường hợp phẫu thuật đường tiêu hóa, lồng ngực nói chung
- Sau phẫu thuật điều trị kháng sinh 5 - 7 ngày
- Theo dõi dịch, khí qua dẫn lưu màng phổi; dẫn lưu ổ bụng

2. Tai biến và xử trí:

2.1. Trước và trong phẫu thuật: shock nhiễm trùng, suy hô hấp, chèn ép tim do chẩn đoán muộn: hạn chế thay đổi tư thế người bệnh, nhanh chóng giải phóng khoang màng phổi, khi cần phải đặt dẫn lưu màng phổi trước, phối hợp với bác sĩ gây mê vừa mổ vừa hồi sức.

2.2. Sau phẫu thuật:

- Dò khí, chảy máu màng phổi: thái độ xử trí tùy thuộc số lượng máu, khí ra dẫn lưu.
- Dò tiêu hóa: số lượng ít: theo dõi điều trị nội.
- Dò số lượng nhiều, áp xe trong ổ bụng, viêm phúc mạc: mổ đánh giá lại tổn thương tạng, thái độ xử trí phụ thuộc tính chất, mức độ tổn thương

28. PHẪU THUẬT KHÂU TREO VÀ TRIỆT MẠCH TRĨ (THD)

I. ĐẠI CƯƠNG:

Khâu treo triệt mạch trĩ dựa trên nguyên tắc làm giảm lưu lượng máu đến búi trĩ để thu nhỏ thể tích khối trĩ và treo búi trĩ lên ống hậu môn bằng các mũi khâu tay khâu xếp nếp niêm mạc trên đường lược 2-3 cm. Phương pháp phẫu thuật khâu treo kém hiệu quả đối với trĩ hỗn hợp có thành phần trĩ ngoại phình giãn quá lớn so với thành phần trĩ nội. THD (Transanal Hemorrhoidal Dearterilization) là phương pháp phẫu thuật khâu thắt động mạch trĩ và khâu treo búi trĩ dưới hướng dẫn của đầu dò siêu âm Doppler. Phương pháp này đã được áp dụng lần đầu tiên năm 1995 do bác sỹ Morinaga người Nhật. THD là phương pháp phẫu thuật tiên tiến, không đau, hiệu quả, đơn giản, ít tai biến, hậu phẫu đơn giản, thời gian nằm viện ngắn và chi phí thấp. Đến nay THD đã được áp dụng rộng rãi và đã được áp dụng tại Việt Nam.

II. CHỈ ĐỊNH:

- Trĩ nội độ 3, độ 4, trĩ vòng.
- Trĩ đã được điều trị bằng các phương pháp khác thất bại còn sa và chảy máu.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH:

- Trĩ hỗn hợp mà thành phần trĩ ngoại to dẫn nở, trĩ huyết khối tắc mạch, trĩ ngoại phình to.
- Hậu môn viêm nhiễm.
- Hẹp hậu môn, không đặt được ống nong hậu môn.
- Bệnh rối loạn về đông máu, bệnh toàn thân ở giai đoạn cấp, suy giảm miễn dịch HIV dương tính; chỉ điều trị trĩ khi các bệnh phối hợp đã ổn định.

IV. CHUẨN BỊ:

1. Người thực hiện: phẫu thuật viên tiêu hóa hay ngoại chung được đào tạo chuyên sâu hoặc có chứng chỉ về phẫu thuật vùng hậu môn trực tràng - tầng sinh môn.

2. Phương tiện:

Máy THD: Máy triệt mạch trĩ với đầu dò siêu âm Doppler mạch.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH:

1. Tư thế: (xem bài nguyên tắc chung phẫu thuật vùng hậu môn - trực tràng)

2. Vô cảm: (xem bài nguyên tắc chung phẫu thuật vùng hậu môn - trực tràng)

3. Kỹ thuật:

3.1. Nong hậu môn, bộc lộ các búi trĩ. Đặt 9 panh tại 3 vị trí: 3h, 8h, 11h; theo hàng: ở mép hậu môn, trên đường lược và gốc búi trĩ tạo nên tam giác trình bày.

3.2. Khâu treo triệt mạch từng búi trĩ: Thường bắt đầu ở búi 3h.

Đặt van Hill - Ferguson (van bán nguyệt che phần còn lại của ống hậu môn trực tràng để bộc rõ búi trĩ sẽ khâu triệt mạch).

Nếu sử dụng máy THD, dùng đầu dò Doppler giúp xác định vị trí bó mạch trước khi khâu và kiểm tra tính chất triệt mạch sau khi khâu treo.

Nguyên tắc chung là khâu chữ X hoặc chữ I chỉ lấy lớp niêm mạc và lớp dưới niêm, nhằm triệt mạch máu đến cung cấp cho các đám rối trĩ và điều trị được phần niêm mạc bị sa trượt ra ngoài. Mũi khâu cách đường lược 1,5 - 2 cm, sâu đến lớp dưới niêm mạc và có thể lấy một phần cơ thắt trong, sau đó khâu tăng cường vào các khoảng giữa của các mũi chính, thường khoảng 8 mũi. Mũi khâu cuối trên đường lược 5 mm (vùng không đau). Sau khi kết thúc các mũi khâu vòng, phần thừa của niêm mạc trực tràng và ống hậu môn phía trên được khâu cột vào nếp khâu phía dưới để giúp kéo các búi trĩ vào sâu trong ống hậu môn hơn.

3.3. Thực hiện tương tự với các búi trĩ ở các vị trí còn lại (8h và 11 giờ).

Sau khi khâu treo triệt mạch 3 búi trĩ chính, kiểm tra lại các vị trí khâu, cầm máu bằng đốt điện hoặc khâu nếu cần. Nếu sử dụng máy THD có đầu dò Doppler, dùng đầu dò xác định vị trí bó mạch trước khi khâu và kiểm tra tính chất triệt mạch sau khi khâu treo.

3.4. Có thể cắt sửa da thừa hậu môn tối thiểu.

3.5. Kiểm tra lại vết mổ: Cầm máu tốt, ống hậu môn không bị hẹp (đút lọt dễ dàng ngón trỏ). Có thể đặt một miếng băng có tác dụng cầm máu như loại surgicel hay spongel ép nhẹ lên vết mổ. Băng mỡ với betadine.

VI. THEO DÕI:

(xem bài nguyên tắc chung phẫu thuật vùng hậu môn - trực tràng)

- Thường cho kháng sinh, thuốc giảm đau 3 - 5 ngày loại metronidazol, paracetamol.

Ngày đầu dùng đường tiêm, từ ngày thứ 2 dùng đường uống. Uống thêm thuốc nhuận tràng, tránh táo bón đống phân trong trực tràng gây kích thích đại tiện, gây đau kéo dài.

Thuốc trị trĩ: Daflon 0,5g.

- Chế độ ăn: Bắt đầu ăn trở lại sau mổ 6 giờ. Ngày đầu: ăn lỏng dễ tiêu. Những ngày sau ăn chế độ ăn nhuận tràng.

- Săn sóc tại chỗ: Thường đặt viên đạn trĩ vào hậu môn 1 viên/ngày. Hàng ngày ngâm rửa hậu môn vào chậu nước ấm pha thuốc tím hoặc dung dịch sát trùng nhẹ 2 – 3 lần/ngày. Không nhét gạc hậu môn và không cần chăm sóc vết mổ hàng ngày. Có thể ra viện vào ngày hôm sau mổ.

VII. XỬ TRÍ BIẾN CHỨNG:

Phẫu thuật khâu treo triệt mạch trĩ đơn giản, ít mất máu, ít đau, ít biến chứng sau mổ.

- Chảy máu: Có thể biểu hiện dạng tụ máu vùng khâu treo. Nếu mức độ chảy máu nhiều, không tự cầm cần kiểm tra lại vết mổ để cầm máu bằng đốt điện hay khâu.

- Đau nhiều: Dùng thuốc giảm đau kết hợp ngâm hậu môn nước ấm.

- Bí đái: Thường gặp sau gây tê tủy sống, hoặc do người bệnh đau nhiều cũng gây khó tiểu tiện. Nếu cần thiết phải đặt ống thông bàng quang

29. PHẪU THUẬT KHÂU VỠ CƠ HOÀNH

I. ĐẠI CƯƠNG:

Vỡ cơ hoành là tổn thương mất toàn vẹn của cơ hoành, gặp trong chấn thương bụng kín, thường là một chấn thương mạnh làm áp lực ổ bụng tăng cao đột ngột, vòm hoành bị căng lên và vỡ. Thường thấy vỡ cơ hoành bên trái, cơ hoành bên phải ít bị vỡ do được gan che chở. Chấn thương ngực kín cũng có thể gây vỡ cơ hoành nhưng ít gặp hơn.

+ Qua chỗ rách cơ hoành, các tạng trong ổ bụng có thể chui lên lồng ngực ngay sau chấn thương hoặc sau chấn thương một thời gian, gây nên thoát vị cơ hoành do chấn thương.

+ Vì rách cơ hoành thường xảy ra do một chấn thương mạnh nên nó thường kèm theo nhiều tổn thương khác ở ổ bụng và lồng ngực, làm cho việc chẩn đoán và điều trị gặp nhiều khó khăn.

II. CHỈ ĐỊNH:

Cơ hoành bị thủng, rách, vỡ do chấn thương, vết thương thấu bụng, sau tai biến của phẫu thuật khác.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH:

Không có chống chỉ định

IV. CHUẨN BỊ:

1. **Người thực hiện quy trình kỹ thuật:** phẫu thuật viên ngoại chung / tiêu hóa/ tim mạch – lồng ngực, và bác sĩ gây mê hồi sức.

2. Phương tiện:

- Dụng cụ phẫu thuật cơ bản: pince, kéo, cặp kim, ống hút, rửa...
- Bàn mổ phải đáp ứng được việc thay đổi tư thế đầu cao hay thấp, nghiêng phải hay trái tùy theo yêu cầu khi mổ.
- Bộ mổ mở tiêu hóa, lồng ngực.

3. Người bệnh:

- Các xét nghiệm cơ bản: công thức máu, sinh hóa, chụp phổi.
- Đặt đường truyền tĩnh mạch, sonde dạ dày, sonde bàng quang.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH:

1. **Tư thế:** Người bệnh nằm ngửa, có thể kê gối độn dưới lưng ngang mũi ức.

2. **Vô cảm:** Gây mê toàn thân, đặt nội khí quản.

3. **Vị trí kẹp mổ:** Phẫu thuật viên đứng bên đối diện với bên cơ hoành tổn thương, người phụ đứng khác bên với phẫu thuật viên. Dụng cụ viên đứng cùng phía phẫu thuật viên.

4. **Đường mổ:** Mở bụng đường trắng trên rốn, khi cần thiết có thể kéo dài xuống dưới rốn hoặc mở thêm đường ngang sang bên phải trong trường hợp phải xử lý chấn thương gan phải kèm theo.

5. Kiểm tra ổ bụng:

- Dịch ổ bụng: Quan sát đánh giá số lượng, màu sắc, tính chất của dịch ổ bụng, xác định dịch máu, dịch tiêu hóa hay dịch mật, mủ, nước tiểu... số lượng dịch, khi dịch máu nhiều có nghĩa là thương tổn lớn, cần nhanh chóng xác định mức độ thương tổn tương xứng và không nên kéo dài việc thăm dò nhất là khi huyết động không ổn định.

- Tầng trên mạc treo đại tràng ngang: Cần đánh giá gan, lách, hậu cung mạc nối, thân, đuôi tụy.

- Tầng dưới mạc treo đại tràng ngang: Kiểm tra đại tràng ngang, đoạn đầu của ruột non, quan sát dọc 2 rãnh đại tràng, hút dịch đánh giá được đại tràng lên và đại tràng xuống, xích ma. Kiểm tra ruột non và mạc treo từ góc hồi manh tràng trở lên. Đánh giá bàng quang, máu tụ sau phúc mạc, tử cung, phần phụ (ở nữ).

6. Xử trí tổn thương cơ hoành:

- Với tạng thoát vị: Đưa trở lại ổ bụng, thái độ xử trí tùy thuộc sức sống của mô tạng thoát vị
- Kiểm tra khoang màng phổi, phổi cùng bên qua chỗ vỡ cơ hoành, xử lý tổn thương nhu mô phổi nếu có, rửa màng phổi nếu có dịch mủ, dịch tiêu hóa, giả mạc, máu cục
- Đặt dẫn lưu màng phổi cùng bên tổn thương vị trí khoang liên sườn V, đường nách giữa.
- Bộc lộ mép vết thương cơ hoành, cắt lọc.
- Khâu cơ hoành 1 lớp khâu vắt hoặc mũi rời chỉ không tiêu, số 0
- Đặt dẫn lưu tùy vị trí cơ hoành và các tạng tổn thương

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN:

1. Theo dõi:

- Như mọi trường hợp phẫu thuật đường tiêu hóa, lồng ngực nói chung
- Sau phẫu thuật điều trị kháng sinh 5 – 7 ngày
- Theo dõi dịch, khí qua dẫn lưu màng phổi; dẫn lưu ổ bụng

2. Tai biến và xử trí:

- Trước và trong phẫu thuật: shock nhiễm trùng, suy hô hấp, chèn ép tim do chẩn đoán muộn: hạn chế thay đổi tư thế người bệnh, nhanh chóng giải phóng khoang màng phổi, khi cần phải đặt dẫn lưu màng phổi trước, phối hợp với bác sĩ gây mê vừa mổ vừa hồi sức.
- Sau phẫu thuật:
 - + Rò khí, chảy máu màng phổi: thái độ xử trí tùy thuộc số lượng máu, khí ra dẫn lưu.
 - + Rò tiêu hóa: số lượng ít: theo dõi điều trị nội
 - + Rò số lượng nhiều, áp xe trong ổ bụng, viêm phúc mạc: mổ đánh giá lại tổn thương tạng, thái độ xử trí phụ thuộc tính chất, mức độ tổn thương.

30. PHẪU THUẬT LẤY TOÀN BỘ TRĨ VÒNG

I. ĐẠI CƯƠNG:

- Trĩ vòng là trĩ chiếm hết vòng hậu môn.
- Có nhiều phương pháp phẫu thuật cắt toàn bộ trĩ vòng chủ yếu là phẫu thuật Whitehead, phẫu thuật Toupet, phẫu thuật Longo. Ngoài ra có thể áp dụng phương pháp phẫu thuật Milligan- Morgan, phẫu thuật Ferguson hoặc triệt mạch treo trĩ.

II. CHỈ ĐỊNH:

Trĩ vòng độ 3, độ 4.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH:

Trĩ vòng đang có viêm nhiễm ống hậu môn.

IV. CHUẨN BỊ:

1. Người thực hiện: phẫu thuật viên tiêu hóa hay ngoại chung được đào tạo chuyên sâu hoặc có chứng chỉ về phẫu thuật vùng hậu môn trực tràng - tầng sinh môn.

2. Phương tiện:

- Đèn chiếu sáng tốt, ánh sáng lạnh.
- Bộ dụng cụ phẫu thuật hậu môn: có ống soi hậu môn, van hậu môn, que thăm dò, dao điện, máy hút, panh, kéo, kẹp phẫu tích,...
- Các loại chỉ khâu, thuốc bôi trơn (vaselin), oxy già, xanh metylen,...
- Bàn phẫu thuật: thường đặt được người bệnh tư thế phụ khoa, bàn có thể xoay được các tư thế.
- Bàn để dụng cụ: nên có 2 bàn (bàn để dụng cụ chung và bàn để dụng cụ cần thiết trong khi mổ đặt trước mặt phẫu thuật viên 50cm x 30cm).

3. Người bệnh:

Giải thích cho người bệnh và gia đình biết rõ tình trạng bệnh tại chỗ và tình trạng chung của người bệnh, về khả năng phẫu thuật sẽ thực hiện, về các tai biến, biến chứng, di chứng có thể gặp do bệnh, do phẫu thuật, do gây mê tê giảm đau, do cơ địa của người bệnh.

Giải đáp những khúc mắc của người bệnh về bệnh tật, về phẫu thuật, ... trong phạm vi cho phép.

+ Tối hôm trước ngày phẫu thuật: Thụt tháo sạch phân, có thể thụt thuốc tẩy như Fleet, ... Không cần tẩy sạch như phẫu thuật đại trực tràng. Dùng thuốc an thần như seduxen 5mg x 1 viên, uống lúc 20 giờ. Cạo lông quanh hậu môn: nên thực hiện trên bàn phẫu thuật sau khi gây tê vùng hoặc gây mê.

+ Ngày phẫu thuật: nhịn ăn, uống, đi tiêu trước khi lên bàn mổ.

4. Hồ sơ bệnh án:

Hoàn thành các thủ tục hành chính theo qui định. Người bệnh và gia đình ghi hồ sơ như đã nêu ở mục 3 trên đây (ghi rõ đã được giải thích rõ ràng và hiểu về những điều bác sỹ giải thích nêu trên).

Hoàn thiện đầy đủ các bước khám lâm sàng, cận lâm sàng cần thiết để có chẩn đoán xác định bệnh (tùy thuộc các phương tiện, cơ sở y tế). Đánh giá tình trạng toàn thân như tuổi, cơ địa, những bệnh mãn tính nặng phối hợp có ảnh hưởng tới cuộc phẫu thuật, trong thời kỳ hậu phẫu. Đánh giá khả năng phẫu thuật để chuẩn bị cho cuộc mổ diễn ra an toàn và hiệu quả nhất.

Đối với các thủ thuật đơn giản hơn (ví dụ lấy máu cục do trĩ tắc mạch, người bệnh có thể thực hiện thủ thuật và ra về ngay trong ngày. Hay người bệnh phải mổ cấp cứu như áp xe

chánh hậu môn) thì các bước chuẩn bị có thể rút gọn đơn giản hơn, phù hợp với từng trường hợp cụ thể.

V. CÁC BƯỚC TIỀN HÀNH:

1. Tư thế: (Xem bài nguyên tắc chung phẫu thuật vùng hậu môn – trực tràng).

2. Vô cảm: (Xem bài nguyên tắc chung phẫu thuật vùng hậu môn – trực tràng).

3. Kỹ thuật:

3.1. Phẫu thuật Whitehead (Anh- 1882):

Lấy toàn bộ búi trĩ và niêm mạc ống hậu môn bằng 4 đường rạch dọc theo trục hậu môn. Sau đó khâu nối niêm mạc trực tràng với da rìa hậu môn.

Hiện nay ít sử dụng vì có nhiều biến chứng: đại tiện không tự chủ, sẹo chít hẹp hậu môn, sa niêm mạc trực tràng...Để hạn chế các biến chứng này cần cắt hết trĩ, khâu nối niêm mạc trực tràng với da rìa hậu môn cao hơn để đường khâu nằm trong ống hậu môn, không gây lộ niêm mạc trực tràng.

3.2. Phẫu thuật Toupet (Pháp – 1965):

Về nguyên tắc giống phẫu thuật Whitehead nhưng khác ở điểm là phẫu tích bắt đầu từ đường lược để bảo tồn niêm mạc ống hậu môn.

3.3. Phẫu thuật Longo (Ý – 1983): Xem bài phẫu thuật Longo.

3.4. Một số phương pháp khác có thể áp dụng:

- Triệt mạch trĩ: thường áp dụng cho trĩ vòng nhỏ.
- Phẫu thuật Milligan-Morgan hoặc phẫu thuật Ferguson (xem bài phẫu thuật MilliganMorgan và Ferguson): Lưu ý, nếu cầu da – niêm mạc dài thì cần cắt ngắn cầu da niêm mạc và khâu nối lại.

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN:

1. Theo dõi:

- Thường cho kháng sinh toàn thân 5 ngày, dùng giảm đau loại Paracetamol và morphin nếu cần thiết. Ngày đầu dùng đường tiêm, từ ngày thứ 2 dùng đường uống. Uống thêm thuốc nhuận tràng, tránh táo bón đọng phân trong trực tràng gây kích thích đại tiện, gây đau kéo dài. Bắt đầu ăn trở lại sau mổ 12 giờ. Trong một số trường hợp đặc biệt, để tránh nguy cơ nhiễm trùng, có thể cho Người bệnh nhịn ăn, nuôi dưỡng tĩnh mạch, gây táo bón bằng Imodium trong 2-5 ngày.

- Săn sóc tại chỗ: giữ sạch vết mổ (sau đại tiện rửa sạch hậu môn, thấm khô). Có thể đặt viên đạn trĩ vào hậu môn. Thay băng vết mổ hàng ngày.

2. Xử trí tai biến:

- Đau: Dùng thuốc giảm đau loại Paracetamol.

- Chảy máu: Ít gặp, thường đại tiện lần đầu dính ít máu. Nếu mức độ chảy máu nhiều không tự cầm, cần kiểm tra lại vết mổ để cầm máu.

- Bí đái: Thường gặp sau gây tê tủy sống, hoặc do người bệnh đau nhiều cũng gây khó tiểu tiện. Nếu cần thiết phải đặt sonde bàng quang.

- Mất tự chủ hậu môn: Ít gặp.

- Nhiễm trùng, tụ dịch vết mổ: Thay băng, nặn dịch vết mổ.

- Hẹp ống hậu môn: Ít gặp

31. TÁI TẠO MIỆNG SÁO DO HẸP

I. ĐẠI CƯƠNG:

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

II. CHỈ ĐỊNH:

Hẹp miệng sáo mà nong niệu đạo không kết quả.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH:

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

IV. CHUẨN BỊ:

1. Người thực hiện:

- Kíp phẫu thuật: bác sĩ chuyên khoa tiết niệu, nam học hoặc bác sĩ ngoại khoa được đào tạo và 2 người phụ mổ.
- Kíp gây mê: 01 bác sĩ gây mê, 01 người phụ mê, 02 dụng cụ viên.

2. Người bệnh:

- Hồ sơ bệnh án: xét nghiệm cơ bản, Xquang phổi, Xquang niệu đạo xuôi dòng - ngược dòng để đánh giá mức độ và vị trí hẹp, siêu âm hệ tiết niệu đánh giá mức độ ảnh hưởng trên hệ tiết niệu.
- Người bệnh và gia đình được giải thích rõ trước mổ về tình trạng bệnh và tình trạng chung, về những khả năng phẫu thuật sẽ thực hiện, về những tai biến, biến chứng, di chứng có thể gặp do bệnh, do phẫu thuật, do gây mê, tê, giảm đau, do cơ địa của người bệnh.
- Nâng cao thể trạng, cân bằng những rối loạn do hậu quả của bệnh hoặc do cơ địa, bệnh mãn tính, tuổi.
- Điều trị ổn định các bệnh nội khoa như cao huyết áp, đái tháo đường... trước khi can thiệp phẫu thuật.
- Nhịn ăn, thực tháo, vệ sinh vùng phẫu thuật và toàn thân.
- Có thể dùng kháng sinh dự phòng trước mổ.

3. Phương tiện:

- Dụng cụ: 01 bộ dụng cụ phẫu thuật cơ bản.
- Chỉ khâu tiêu chậm như monosyl, vycryl 4.0 hoặc 5.0, sonde tiểu số 14Fr hoặc 16 Fr, túi nước tiểu.

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

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH:

1. Tư thế: Người bệnh nằm ngửa.

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

3. Kỹ thuật:

- Bước 1: Nong kiểm tra miệng sáo, đánh giá chính xác vị trí và mức độ hẹp.
- Bước 2: Rạch mở rộng miệng sáo vị trí 6 giờ khi dương vật dựng thẳng đến đoạn niệu đạo lành.
- Bước 3: Nong thử kiểm tra niệu đạo còn lại, chắc chắn đặt được sonde tiểu 14 Fr trở lên.
- Bước 4: Khâu tạo hình da với niêm mạc niệu đạo bằng chỉ tiêu chậm monosyl 4/0 hoặc vycryl 4.0, đảm bảo niêm mạc niệu đạo lộn ra ngoài.
- Bước 5: Đặt sonde tiểu và băng vết mổ.

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

1. Theo dõi:

- Theo dõi toàn trạng: mạch, nhiệt độ, huyết áp.
- Đánh giá mức độ chảy máu qua băng vết mổ.
- Kháng sinh: Quilonon hoặc và phối hợp với cephalosporin.

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

- Chảy máu: Băng ép lại vết mổ. Nếu chảy máu nhiều thì khâu cầm máu.
- Nhiễm khuẩn: Điều trị kháng sinh và thay băng hàng ngày.
- Hẹp tái phát: Nong niệu đạo, nếu hẹp nhiều thì mổ lạ

32. PHẪU THUẬT XỬ LÝ VẾT THƯƠNG DA ĐẦU PHỨC TẠP

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 lột da đầu

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH:

Người bệnh vết thương nhỏ, có bệnh lý về đông máu

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

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 sỹ gây mê và phẫu thuật viên

2. **Vô cảm:** Mê nội khí quản

3. Kỹ thuật:

- 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, betadine và nước muối sinh lý 9‰

+ Cắt lọc tổ chức hoại tử mủn 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.

33. RẠCH HOẠI TỬ BÔNG GIẢI THOÁT CHÈN ÉP

I. KHÁI NIỆM:

- Bông sâu kín chu vi chi thể hoặc bông sâu vùng cổ, ngực, bụng do phản ứng viêm nề bên trong rất mạnh nhưng tổ chức hoại tử (đặc biệt hoại tử khô) lại kém hoặc không thể giãn ra được do đó hậu quả gây chèn ép chu vi chi thể cản trở máu nuôi ngoại vi hoặc phù nề chèn ép vùng cổ, ngực, bụng gây khó thở.

- Rạch hoại tử để giúp thoát bớt dịch viêm, giúp tổ chức hoại tử tách giãn rộng ra từ đó giải phóng được tình trạng phù nề chèn ép.

II. CHỈ ĐỊNH:

1. Hoại tử kín chu vi chi thể gây chèn ép thiếu máu đầu chi thể.

2. Hoại tử vùng cổ, ngực, lưng, bụng gây cản trở hô hấp.

3. Khi có hội chứng khoang ngăn ở chi, đặc biệt ở cẳng chân do bông sâu tới dưới lớp cân.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH:

1. Bông nông.

2. Bông sâu không chèn ép gây thiếu dưỡng đầu chi, gây khó thở.

IV. CHUẨN BỊ:

1. Người thực hiện:

Tối thiểu 1 bác sĩ ngoại khoa, 2 điều dưỡng (1 vô trùng, 1 hữu trùng)

Kíp vô cảm (nếu có): 1 bác sỹ gây mê, 1 kỹ thuật viên phụ mê.

2. Phương tiện:

Bộ tiêu phẫu, dao mổ thường hoặc dao mổ điện, bông băng gạc vô trùng... đảm bảo cuộc thay băng, thuốc kháng khuẩn tại chỗ, dụng cụ cầm máu...

3. Người bệnh:

Giải thích cho người bệnh hiểu rõ Kỹ thuật, viết đơn cam kết. Làm xét nghiệm sàng lọc, xét nghiệm đông máu

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH:

1. Vô cảm:

Tiến hành dưới giảm đau toàn thân. Nếu có điều kiện: gây mê bằng ketamin.

2. Kỹ thuật:

- Rửa vết bông theo quy trình thay băng

- Sát khuẩn vùng bông bằng dung dịch PVP 10%.

- Rạch hoại tử (bằng dao mổ thường hoặc dao đốt điện) càng sớm càng tốt. Rạch đám da hoại tử theo chiều dài của chi qua lớp da, tới lớp mỡ và cân. Nếu không thấy máu chảy tại vùng rạch thì tiếp tục rạch qua lớp cân tới lớp cơ lạnh (cơ đỏ tươi, róm máu và cơ co).

- Dùng nĩa hoặc kim tách nhẹ miệng vết rạch 1- 2 cm để thoát dịch phù.

- Cầm máu

- Sát khuẩn lại vết rạch bằng dung dịch PVP 10%.

- Đắp thuốc mỡ silver sulfadiazin 1% hoặc mỡ Maduxin...

- Đắp gạc khô vô khuẩn, băng ép nhẹ.

3. Vị trí các đường rạch:

- Nguyên tắc: Không tiến hành rạch trên đường đi của mạch máu, rạch đến khi chảy máu, kết hợp với chẩn đoán độ sâu của bông.

- Bông sâu vùng cổ gây chèn ép khó thở: rạch 2-3 đường dọc; nếu phải mở khí quản kèm theo thì không khâu đường rạch da.

- Bông sâu vùng ngực: rạch các đường dọc và ngang kiểu ô bàn cờ.

- Bồng sâu ở chi: rạch nhiều đường song song dọc theo chi. Đường rạch qua khớp nên đi theo hình chữ chi hoặc Z.
- Bồng sâu ở cẳng tay: rạch dọc theo chi, rạch hình chữ Z.
- Bồng sâu ở cẳng chân: các đường rạch dọc bên, gần các bờ xương chày, rạch thêm đường dọc phía sau cẳng chân
- Bồng sâu ở ngón tay, ngón chân: rạch 2 đường theo 2 bên ngón.
- Bồng bàn tay, mu bàn chân: rạch dọc theo các kẽ ngón tới cổ tay, cổ chân.
- Nguy cơ hoại thư sinh hơi: mở rộng cân, kiểm tra tổn thương khối cơ, dịch tiết xám, mùi hôi, cơ nát mủn...

Rửa vùng rạch mở bằng dung dịch oxy già.

Tiêm penicillin và huyết thanh chống hoại thư 10.000-300.000 đơn vị, vùng cơ lành lân cận.

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN:

1. Theo dõi tình trạng chung:

- Mạch, nhiệt độ, huyết áp, hô hấp, nước tiểu...
- Đau nhiều sau rạch hoại tử: cho tiếp giảm đau toàn thân.

2. Tại chỗ:

- Chảy máu đường rạch: băng ép tăng cường; kê cao chi.

Nếu không đỡ: mở vết rạch kiểm tra, cầm máu bằng các biện pháp như khâu, thắt buộc mạch máu, đốt điện...

- Tình trạng giải phóng chèn ép: Kiểm tra hiện tượng thiếu máu nuôi dưỡng đầu chi. Nếu đường rạch vẫn chưa hiệu quả: kiểm tra lại, tách rộng đường rạch, rạch thêm 1 số đường song song với đường rạch cũ để giải thoát chèn ép.

Kiểm tra tình trạng chèn ép gây khó thở: sau rạch tình trạng khó thở do chèn ép vẫn chưa cải thiện: rạch bổ xung.

34. SỬ DỤNG CÁC SẢN PHẨM DẠNG DUNG DỊCH TỪ NUÔI CÂY TẾ BÀO ĐỂ ĐIỀU TRỊ VẾT THƯƠNG, VẾT BỎNG

I. KHÁI NIỆM:

- Tắm (màng) tế bào nuôi cấy là một trong những sản phẩm quan trọng và thông dụng của quá trình nuôi cấy tế bào. Tuy nhiên quá trình nuôi cấy tế bào còn tạo ra nhiều sản phẩm trung gian khác dưới dạng dung dịch. Các sản phẩm này cũng được sử dụng hiệu quả trong điều trị vết thương, vết bỏng.

- Sử dụng các sản phẩm từ nuôi cấy tế bào, dạng dung dịch để điều trị vết thương, vết bỏng với mục đích làm liền vết thương hoặc hỗ trợ, kích thích quá trình liền vết thương thông qua việc kích thích hình thành tổ chức hạt và biểu mô hoá.

II. CHỈ ĐỊNH:

- Các loại vết thương, vết bỏng chậm liền đã sạch hết hoại tử, đã không chế được hiện tượng viêm nhiễm nhằm kích thích hình thành tổ chức hạt.

- Các vết thương ngay sau ghép da mắt lưới, sau ghép da tem thư hay ghép da kiểu mảnh siêu nhỏ nhằm kích thích biểu mô hoá từ các khe mắt lưới, từ mảnh tem thư hay mảnh da siêu nhỏ của da ghép.

- Các loại vết thương mãn tính như: Loét tỳ đè, loét do tiểu đường, các vết loét do viêm tắc động tĩnh mạch chi, vết loét do phóng xạ....

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH:

- Vết thương còn hoại tử.

- Vết thương do ung thư, và các biểu hiện tăng sinh của các dòng tế bào.

- Vết thương còn đang viêm nhiễm, dị ứng, sốt cao, nhiễm trùng, nhiễm độc.

- Vết thương tiết quá nhiều dịch.

IV. CHUẨN BỊ:

1. Chuẩn bị các sản phẩm:

- Chuẩn bị các sản phẩm dạng dung dịch từ nuôi cấy tế bào theo yêu cầu của điều trị về số lượng, chất lượng và thời gian ghép

- Phối hợp chặt chẽ giữa Bác sĩ điều trị với LaBo nuôi cấy tế bào

2. Chuẩn bị người bệnh:

- Kiểm tra toàn trạng người bệnh, chỉ sử dụng sản phẩm dạng dung dịch từ nuôi cấy tế bào khi hết nhiễm trùng nhiễm độc nặng và hết sốt cao

- Theo dõi nhiệt độ, mạch, huyết áp trước ghép 1-2 ngày

- Tắm toàn thân người bệnh 1-2 lần trước ghép dung dịch nuôi cấy. Đối với vết thương sử dụng nước muối sinh lý vô trùng.

- Thay quần áo, chăn, ga, gối, đệm bằng loại đã hấp sấy.

- Có thể sử dụng kháng sinh 1 đợt bắt đầu trước ghép tắm tế bào nuôi cấy 1 ngày.

3. Chuẩn bị dụng cụ:

- Hộp vận chuyển dạng sản phẩm dung dịch nuôi cấy: 01

- Bộ dụng cụ thay băng: Nĩa có máu, không máu; kéo thẳng, kéo cong, xăng ga vô trùng; khay quả đậu.

- Đầy đủ các thuốc men và trang thiết bị cấp cứu khác như thủ thuật thay băng sau ghép da.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH:

1. Kiểm tra hồ sơ:

2. Kiểm tra người bệnh:

3. Thực hiện kỹ thuật:

- Thay băng chuẩn bị nền ghép theo quy trình.
- Loại bỏ hết hoại tử, giả mạc, máu mủ, dịch tiết. Rửa sạch vết thương 2-3 lần bằng nước muối sinh lý vô trùng Thấm khô bằng gạc vô trùng
- Đắp gạc có thấm chế phẩm tế bào trực tiếp lên vết thương.
- Đắp lên trên 1 lớp gạc vaselin
- Đắp tiếp 4 lớp gạc vô trùng lên trên, băng lại
- Băng ép lên vết thương với áp lực 28- 30 mmHg
- Thay băng sau 1-2 ngày qui trình thay băng giống như thay băng sau ghép da tự thân.

VI. CHĂM SÓC, THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN:

1. Toàn thân:

- Theo dõi trạng thái toàn thân, mạch, nhiệt độ, huyết áp...sau thay băng chặt chẽ, kịp thời phát hiện trạng thái sốc, đe dọa sốc để xử lý.
- Người bệnh choáng, ngất trong và sau thay băng: Tạm dừng thay băng, đặt nằm chỗ thoáng, mát, cho thở oxy, thuốc trợ tim. Khi người bệnh tỉnh, trở lại trạng ổn định cho phép mới thay băng tiếp.
- Theo dõi tác dụng phụ của thuốc giảm đau toàn thân hoặc theo dõi chung sau gây mê để xử trí kịp thời như tình trạng ngừng thở ngừng tim, nôn...
- Tình trạng đau đớn sau thay băng như kêu đau, rét run hoặc sốt cao: tiếp tục dùng giảm đau, ủ ấm, hạ sốt...

2. Tại chỗ:

- Tụt băng gạc để lộ vết thương: tiến hành băng bó bổ xung.
- Tình trạng băng quá chặt gây phù nề, chèn ép vùng bông: nới bớt băng.
- Chảy máu: Thay băng lại vùng chảy máu, đắp nước muối ấm, băng ép hoặc khâu cầm máu nếu cần, lấy sạch máu cục, đắp lại gạc thuốc, gạc vaseline và gạc khô, băng ép.
- Dị ứng: mẫn ngứa, nổi sẩn đỏ vùng da lành: ít gạc, nhẹ chỉ cần lấy bỏ các gạc tẩm dung dịch nuôi cấy, nếu cần dùng các thuốc kháng histamin. Thậm chí: ngừng sử dụng.
- Nhiễm trùng: rửa sạch vết bông bằng dung dịch PVP 3%, rửa lại bằng dung dịch NaCl 0,9%, đắp bổ xung tẩm tế bào khác.

35. THAY BĂNG ĐIỀU TRỊ VẾT BÔNG TỪ 20% - 39% DIỆN TÍCH CƠ THỂ Ở NGƯỜI LỚN

I. KHÁI NIỆM:

1. Mục đích của công tác thay băng:

- Làm sạch vết bông, loại bỏ dịch, mũ ú đọng, cắt lọc hoại tử hoặc chuẩn bị nền ghép da, ... để hỗ trợ cho vết bông nhanh liền.
- Sử dụng các thuốc điều trị tại chỗ: chống nhiễm khuẩn, kích thích hình thành mô hạt và tạo điều kiện tốt cho việc biểu mô hóa liền vết bông.
- Bổ sung chẩn đoán diện tích, độ sâu và theo dõi diễn biến tại vết bông.

2. Yêu cầu công tác thay băng:

- Đảm bảo vô khuẩn, chống lây chéo, nhẹ nhàng tỷ mỉ.
- Chống đau đớn, không gây chảy máu hoặc làm bong mảnh da ghép.
- Công tác thay băng nên tiến hành khi trạng thái toàn thân tạm ổn định. Với người bệnh bông nặng, tiến hành thay băng khi đã kiểm soát được tình trạng hô hấp, tuần hoàn.

3. Người bệnh bông 20%- 39% diện tích cơ thể thường diễn biến toàn thân nặng. Công tác thay băng ở nhóm này đòi hỏi phải bảo đảm số lượng nhân viên (tối thiểu 4 người), đồng thời bảo đảm giảm đau toàn thân, sẵn sàng hồi sức tổng hợp.

II. CHỈ ĐỊNH:

1. Thay băng vết thương bông mới để xử trí kỳ đầu.
2. Thay băng điều trị người bệnh bông thường kỳ, tùy theo tình trạng vết thương mà quyết định áp dụng liệu pháp thay băng:
 - Vết thương ô nhiễm nặng (nhiều dịch, mũ,...): Thay băng ngày 2 lần hoặc hàng ngày.
 - Vết bông ít ô nhiễm (sạch, ít tiết dịch): thay băng cách ngày.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH:

Đang có các dấu hiệu đe dọa chức năng sống như suy hô hấp, trụy tim mạch, shock.. (cần ưu tiên hồi sức tổng hợp, khi kiểm soát cơ bản được chức năng sống tiến hành thay băng).

IV. CHUẨN BỊ:

1. Người thực hiện:

- Kíp thay băng tối thiểu 4 người: 1 bác sĩ điều trị, 3 điều dưỡng chuyên khoa bông hay chấn thương (1 hữu trùng giúp ngoài, 2 vô trùng), được đào tạo.
- Kíp gây mê (nếu cần): Bác sỹ gây mê và kỹ thuật viên gây mê.

2. Phương tiện:

2.1. Dụng cụ

Mỗi người bệnh cần thay băng theo khẩu phần riêng, bao gồm cơ bản:

- Khay quả đậu, bông, băng, gạc, vải vô khuẩn.
- Nĩa có máu và không máu, kéo cong, kéo thẳng, găng tay. Nên có sẵn những dụng cụ cầm máu như pince, kim cầm kim...
- Xô đựng đồ bẩn.

2.2. Thuốc thay băng bông

- Các dung dịch sát khuẩn dùng để rửa vết bông: Dung dịch Natriclorid 0,9%; dung dịch becberin 1%; dung dịch PVP iodine 10%, ngoài ra có thể dùng dung dịch acid boric 2-4%; nitrat bạc 0,5%,...

- Các thuốc bông dùng tại chỗ:

Thuốc có tác dụng kháng khuẩn: Các thuốc có chứa silver sulfadiazin (SSD) 1%, thuốc chứa bạc như nitrat bạc hoặc chứa bạc kích thước nano, thuốc acid boric; thuốc kháng

sinh dùm ngoài... Các thuốc nam có tác dụng kháng khuẩn như mỡ Maduxin; mỡ Eupoline; cream berberin,... Thuốc tăng cường quá trình tái tạo, biểu mô hóa như Biafine; cream Dampomade; mật ong, cream rau má, nghệ (cream nghệ...); thuốc chứa các yếu tố tăng trưởng (các GF: growth factor), thuốc tạo môi trường ẩm như Vaseline; thuốc chứa corticoid, chứa các yếu tố cần thiết cho liền vết thương như oxyd kẽm...

- Các thuốc tạo màng che phủ vết bỏng mới như B76 (theo quy trình riêng).
- Các thuốc hoặc vật liệu giúp cầm máu tại chỗ như spongel, dung dịch adrenalin...
- Các vật liệu thay thế da tạm thời: da đồng loại; da dị loại (trung bì da lợn; da ếch...); các tấm tế bào nuôi cấy (tấm nguyên bào sợi...); màng collagen; các vật liệu sinh học và tổng hợp khác... Các băng vết thương có thuốc: vật liệu nano, các băng vết thương vật liệu hydrocolloid...

Việc sử dụng các thuốc và vật liệu do bác sỹ chỉ định theo tính chất vết thương.

3. Người bệnh:

- Giải thích động viên người bệnh
- Dẫn người bệnh nhịn ăn trước 6 giờ nếu phải gây mê.
- Thử phản ứng thuốc (nếu cần)
- Kiểm tra mạch, nhiệt độ, huyết áp, tình trạng hô hấp...

4. Địa điểm thay băng:

- Buồng thay băng hoặc buồng bệnh (buồng bệnh nặng hoặc buồng bệnh hồi sức cấp cứu) có đủ các trang bị hồi sức: máy thở; nguồn cung cấp oxy; máy hút; monitor theo dõi người bệnh; các dụng cụ và thuốc cấp cứu cần thiết khác.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH:

1. Vô cảm: Sử dụng thuốc giảm đau toàn thân hoặc gây mê (theo quy trình riêng).

2. Kỹ thuật:

- Bảo đảm quy định vô khuẩn trong thay băng: Nhân viên kíp thay băng rửa tay vô trùng; mặc quần áo mũ, khẩu trang vô trùng; đi găng vô trùng. Dụng cụ thay băng vô khuẩn, mỗi người bệnh phải dùng riêng để tránh lây chéo.

- Bác sỹ điều trị: trực tiếp và chỉ đạo công tác thay băng để đánh giá vết thương, chỉ định các thuốc hay vật liệu thay thế da dùng tại chỗ vết bỏng và xử trí vết thương bỏng cùng với kíp thay băng.

Bác sỹ và 3 điều dưỡng vô trùng sẽ thực hiện các kỹ thuật vô trùng còn 1 điều dưỡng hữu trùng sẽ giúp ngoài, chủ động theo dõi tình trạng người bệnh trong quá trình thay băng.

- Bước 1: Tháo bỏ băng cũ và các lớp gạc phía ngoài

Điều dưỡng hữu trùng đưa người bệnh nằm trên bàn thay băng (hoặc giường bệnh);

Dùng nia kéo cắt bỏ băng cũ, tháo bỏ các lớp gạc phía ngoài, để lại lớp gạc trong cùng.

Dùng dung dịch nước muối sinh lý vô trùng làm ẩm lớp gạc trong cùng.

- Bước 2: Bóc bỏ lớp gạc trong cùng và làm sạch vết bỏng

Điều dưỡng vô trùng bóc bỏ lớp gạc trong cùng (gỡ miếng gạc song song với mặt da), chú ý nhẹ nhàng để không gây chảy máu và đau đớn cho người bệnh.

Dùng gạc mềm hoặc bông cầu vô trùng tẩm dung dịch nước muối rửa (hoặc các dung dịch sát khuẩn có chỉ định) để rửa vết bỏng; lấy bỏ giả mạc, dị vật; cắt lọc các hoại tử đang rụng hoặc còn sót lại sau phẫu thuật (nếu có).

Xử trí vòm nốt phỏng: nếu vòm nốt phỏng còn nguyên vẹn, chưa bị nhiễm khuẩn: trích rạch, cắt thủng nốt phỏng, tháo bỏ dịch nốt phỏng, cố gắng giữ lại vòm nốt phỏng, sau đó băng ép lại. Nếu nốt phỏng đã nhiễm khuẩn: cắt bỏ, tháo dịch nốt phỏng.

Trong khi thay băng, nếu chảy máu: đắp gạc tẩm nước muối ấm hoặc tẩm dung dịch adrenalin 1/200.000, hoặc bằng các biện pháp như đốt điện, thắt buộc mạch máu...

Rửa lại vết bỏng bằng dung dịch sát khuẩn. Thấm khô.

- Bước 3: Sử dụng thuốc tại chỗ vết bỏng

Căn cứ vào diễn biến, tình trạng vết thương mà người bác sỹ sẽ quyết định sử dụng thuốc điều trị tại chỗ tổn thương bỏng. Điều dưỡng vô trùng chuẩn bị các thuốc hoặc vật liệu thay thế da dùng tại chỗ. Sau khi đã làm sạch vết bỏng, sử dụng thuốc tại chỗ vết bỏng theo một trong các cách sau:

+ Bôi thuốc trực tiếp lên vết bỏng một lớp đủ dày, kín hết vùng tổn thương bỏng, sau đó đắp một lớp gạc vô trùng bên ngoài. Nên đắp tiếp một lớp gạc tẩm vaseline bên ngoài lớp gạc trong cùng. Sau đó đắp vài lớp gạc vô trùng theo kiểu lợp ngói (độ dày của gạc tùy thuộc tình trạng dịch xuất tiết, mũ vết thương, thường từ 4-6 lớp gạc).

+ Tẩm thuốc vào một lớp gạc rồi đắp lên vết bỏng sao cho mép các tấm gạc chồng một phần lên nhau; đắp một lớp gạc tẩm vaseline chồng lên lớp gạc thuốc; đắp vài lớp gạc vô trùng theo kiểu lợp ngói (độ dày của gạc tùy thuộc tình trạng dịch xuất tiết, mũ vết thương, thường từ 4-6 lớp gạc).

+ Các vật liệu thay thế da tạm thời được lấy khỏi túi đựng vô khuẩn, tạo các khía hay các lỗ thủng để thoát dịch và khí, ngâm trong dung dịch nước muối vô khuẩn trước khi sử dụng. Đắp các tấm vật liệu thay thế da tạm thời lên nền vết bỏng sao cho chúng bám sát vào vết bỏng, không để dịch hay khí ứ đọng phía dưới. Đắp một lớp gạc tẩm dung dịch kháng sinh hay dung dịch betadine 3% lên các tấm vật liệu thay thế da; đắp tiếp một lớp gạc tẩm vaseline bên ngoài lớp gạc thuốc và vài lớp (2-4-6 lớp) gạc khô ngoài cùng theo kiểu lợp ngói.

- Bước 4: Băng vết bỏng, đưa người bệnh về giường và theo dõi sau thay băng Điều dưỡng giúp ngoài băng lại vết bỏng bằng băng cuộn hoặc băng lưới, không băng quá chặt làm ảnh hưởng đến lưu thông tuần hoàn của người bệnh. Đưa người bệnh về giường, kiểm tra lại các chỉ số hô hấp, mạch, nhiệt độ, huyết áp của người bệnh và bàn giao cho điều dưỡng buồng bệnh.

Lưu ý:

- Trong các thì thay băng vô trùng cần tiến hành theo nguyên tắc: thay băng vùng bỏng ở đầu mặt cổ trước, tiếp đến chi thể và thân, sau cùng là vùng tầng sinh môn. Thay băng vùng bỏng không hoặc ít bị nhiễm khuẩn trước vùng nhiễm khuẩn hoặc nhiễm khuẩn nặng sau.

- Tùy theo tính chất vết bỏng mà sau khi thay băng vết bỏng đó có thể được băng kín hay để bán hở (chỉ để một lớp gạc thuốc trong cùng sau đó làm khô vết bỏng cho đến khi vết bỏng tự liền).

IV. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TẠI BIẾN:

1. Toàn thân:

- Theo dõi trạng thái toàn thân, mạch, nhiệt độ, huyết áp...sau thay băng chặt chẽ, kịp thời phát hiện trạng thái sốc, đe dọa sốc để xử lý.

- Người bệnh choáng, ngất trong và sau thay băng: Tạm dừng thay băng, đặt nằm chỗ thoáng, mát, cho thở oxy, thuốc trợ tim. Khi người bệnh tỉnh, trở lại trạng ổn định cho phép mới thay băng tiếp.

- Theo dõi tác dụng phụ của thuốc giảm đau toàn thân hoặc theo dõi chung sau gây mê để xử trí kịp thời như tình trạng ngừng thở ngừng tim, nôn...

- Tình trạng đau đớn sau thay băng như kêu đau, rét run hoặc sốt cao: tiếp tục dùng giảm đau, ủ ấm, hạ sốt...

2. Tại chỗ:

- Tụt băng gạc để lộ vết thương: tiến hành băng bó bổ xung.

- Tình trạng băng quá chặt gây phù nề, chèn ép vùng bông: hay gặp khi thay băng trong 3 ngày đầu (vết bông vẫn tiếp tục phù nề) hoặc sau phẫu thuật ghép da: nới băng, thậm chí kiểm tra rạch hoại tử giải phóng chèn ép khi có chỉ định.

- Chảy máu: Thay băng lại vùng chảy máu, đắp nước muối ấm, băng ép hoặc khâu cầm máu nếu cần, lấy sạch máu cục, đắp lại gạc thuốc, gạc vaseline và gạc khô, băng ép..

36. CẮT BỎ HOẠI TỬ TOÀN LỚP BÔNG SÂU TỪ 3% - 5% DIỆN TÍCH CƠ THỂ Ở NGƯỜI LỚN

I. KHÁI NIỆM:

Cắt bỏ hoại tử theo phương pháp toàn lớp (hay phương pháp toàn bộ) là phương pháp loại bỏ toàn bộ hoại tử tới phần mô lành của cơ thể.

Cắt bỏ hoại tử toàn lớp 3- 5% là phẫu thuật lớn, đòi hỏi phẫu thuật viên có kinh nghiệm, gây mê hồi sức đảm bảo. Đồng thời, phẫu thuật cũng có nguy cơ như mất máu (có thể gây sốc mất máu), nguy cơ nhiễm khuẩn. Do đó sau phẫu thuật đòi hỏi theo dõi chặt chẽ, nên có vật liệu che phủ ngay sau cắt.

II. CHỈ ĐỊNH:

1. Bông độ IV, độ V hoặc các độ bông trên xen kẽ (phân loại 5 độ bông).
2. Toàn trạng thoát sốc ổn định, cho phép phẫu thuật, các xét nghiệm trong giới hạn cho phép phẫu thuật.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH:

1. Bông nông.
2. Sốc bông nặng hoặc toàn trạng không cho phép phẫu thuật.
3. Cơ sở điều trị không có đủ trang thiết bị phẫu thuật, gây mê hồi sức và kỹ thuật chuyên khoa.

IV. CHUẨN BỊ:

1. Người thực hiện:

- Kíp phẫu thuật viên chuyên khoa bông (2-3 bác sỹ).
- Kíp gây mê của phòng phẫu thuật (1 bác sỹ gây mê, 1 kỹ thuật viên phụ mê, 2 điều dưỡng).

2. Phương tiện:

- Bộ dụng cụ cho cuộc mổ đại phẫu hoặc trung phẫu bông.
- Dao mổ thường, dao chuyên dụng có định mức: Lagrot, Humby, Week...
- Dự trữ máu phù hợp để truyền trong và sau phẫu thuật.

3. Người bệnh:

- Tư vấn và giải thích để người bệnh, gia đình hiểu và cộng tác với chuyên môn.
- Chuẩn bị hồ sơ, bệnh án theo quy định.
- Thay băng, kiểm tra tổn thương và vệ sinh vùng phẫu thuật.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH:

1. Chuẩn bị: tương tự cuộc phẫu thuật vô khuẩn loại II thông thường.

2. Vô cảm: gây mê hoặc tê khu vực phẫu thuật (theo quy trình riêng).

3. Kỹ thuật:

* **Thì 1:** Thay băng, bộc lộ tổn thương theo quy định

- Chọn tư thế người bệnh phù hợp với vùng phẫu thuật.
- Sát khuẩn vùng tổn thương bằng dung dịch PVP 10%, rửa lại bằng nước muối sinh lý. Thấm khô.
- Sát khuẩn vùng da lành xung quanh bằng cồn 700
- Trải vải vô trùng bộc lộ vùng phẫu thuật.

* **Thì 2:** cắt hoại tử toàn lớp

- Dùng dao mổ thường hoặc dao mổ điện hoặc dao có định mức chiều sâu như lagrot cắt toàn bộ hoại tử tới phần lành.

- Cắt hết hoại tử: độ IV cắt tới mỡ lành hoặc cân nông, độ V cắt tới cơ lành (chảy máu và co cơ), xương lành (róm máu), gân lành (trong bóng)....Kiểm tra lại nền tổn thương đã cắt hết hoại tử chưa.

- Diện tích một lần phẫu thuật 3- 5% diện tích cơ thể.

- Cầm máu bằng đắp gạc tẩm adrenalin 1/200.000 hoặc đốt điện hay kẹp, thắt, buộc, khâu cầm máu kiểu chữ X (nếu tổn thương ở chi thể, có thể garô trên vùng phẫu thuật để hạn chế mất máu khi cắt hoại tử).

- Rửa lại vết mổ bằng dung dịch PVP 3%, rửa lại bằng natri clorid 0,9%, thấm khô.

* **Thì 3:** che phủ nền tổn thương. Có thể áp dụng các biện pháp sau

- Ghép da mỏng tự thân hay da dày tự thân ngay sau cắt hoại tử (tùy theo tính chất của vùng tổn thương, tính chất nền ghép...): theo quy trình riêng.

- Che phủ tạm thời bằng các vật liệu thay thế da (da đồng loại, trung bì da lợn, các màng sinh học...): theo quy trình riêng.

- Bôi các thuốc kháng khuẩn tại chỗ, thay băng hàng ngày khi có mô hạt thì ghép da

4. Chăm sóc thay băng sau phẫu thuật:

- Thay băng hàng ngày sau phẫu thuật

- Nếu còn hoại tử sót lại có thể cắt lọc tiếp, làm sạch vết bông.

- Khi có mô hạt đủ tiêu chuẩn ghép da thì tiến hành ghép da.

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ BIẾN CHỨNG:

1. Toàn thân:

- Theo dõi các biến chứng của gây mê: suy hô hấp, tụt huyết áp, nôn...xử trí bằng truyền dịch, nâng huyết áp, thở oxy, để đầu thấp nghiêng 1 bên, lau sạch đờm dãi...

- Theo dõi tình trạng sốc do mất nhiều máu trong mổ: truyền máu kịp thời trong và sau mổ.

- Đau nhiều sau phẫu thuật: cho thuốc giảm đau sau mổ 1- 2 ngày.

2. Tại chỗ:

- Tình trạng chảy máu tại vùng mổ (máu thấm băng...): kê cao chân, băng ép bổ sung. Nếu không được: tiến hành mở băng, xác định điểm chảy máu và khâu, đốt cầm máu bổ sung.

- Băng ép quá chặt: nới bớt băng.

- Nhiễm khuẩn tại chỗ hoặc toàn thân nặng lên: sau cắt cần che phủ bằng vật liệu sinh học. Thay băng vô khuẩn, đắp thuốc kháng khuẩn tại chỗ và kháng sinh toàn thân theo kháng sinh đồ.

37. CẮT BỎ HOẠI TỬ TIẾP TUYẾN BÔNG SÂU TỪ 3% - 5% DIỆN TÍCH CƠ THỂ Ở TRẺ EM

I. KHÁI NIỆM:

Cắt bỏ hoại tử theo phương pháp tiếp tuyến (hay phương pháp tiêm cận) là phương pháp loại bỏ hoại tử từng lớp đến tiếp giáp với phần mô lành của cơ thể.

Cắt bỏ hoại tử từ 3- 5% ở trẻ em đòi hỏi phẫu thuật viên có kinh nghiệm, gây mê hồi sức đảm bảo. Đồng thời, phẫu thuật vẫn có nguy cơ như mất máu (có thể gây sốc mất máu). Do đó sau phẫu thuật đòi hỏi theo dõi chặt chẽ, nên có vật liệu che phủ ngay sau cắt, điều trị toàn thân tích cực (nâng đỡ cơ thể, kháng sinh...).

II. CHỈ ĐỊNH:

1. Bông sâu độ IV (theo cách phân loại bông thành 5 độ bông)
2. Toàn trạng thoát sốc ổn định, các xét nghiệm trong giới hạn cho phép phẫu thuật.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH;

1. Bông nông.
2. Sốc bông nặng hoặc toàn trạng không cho phép phẫu thuật.
3. Cơ sở điều trị không có đủ trang thiết bị phẫu thuật, gây mê hồi sức và kỹ thuật chuyên khoa.

IV. CHUẨN BỊ:

1. Người thực hiện;

- Kíp phẫu thuật viên chuyên khoa bông (2-3 bác sỹ).
- Kíp gây mê của phòng phẫu thuật (1 bác sỹ gây mê, 1 kỹ thuật viên phụ mê, 2 điều dưỡng).

2. Phương tiện:

- Bộ dụng cụ cho cuộc mổ trung phẫu bông.
- Dao chuyên dụng có định mức: Lagrot, Humby, Week...
- Dự trữ máu phù hợp để truyền trong và sau phẫu thuật.

3. Người bệnh:

- Tư vấn và giải thích để người bệnh, gia đình hiểu và cộng tác với chuyên môn.
- Chuẩn bị hồ sơ, bệnh án theo quy định.
- Thay băng, kiểm tra tổn thương và vệ sinh vùng phẫu thuật.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH:

1. Chuẩn bị: tương tự cuộc phẫu thuật loại II vô khuẩn thông thường.

2. Vô cảm: gây mê.

3. Kỹ thuật:

Thì 1: xử trí vết thương trước khi cắt hoại tử:

- Thay băng, bộc lộ tổn thương theo quy định.
- Chọn tư thế người bệnh phù hợp với vùng phẫu thuật.
- Sát khuẩn vùng tổn thương bằng dung dịch PVP 10%, rửa lại bằng nước muối sinh lý. Thấm khô. Kiểm tra lại tổn thương.
 - Sát trùng vùng da lành xung quanh bằng cồn 700.
 - Trải vải vô trùng bộc lộ vùng phẫu thuật.

Thì 2: cắt hoại tử kiểu tiếp tuyến từ 3-5%:

- Dùng dao chuyên dụng (Lagrot, Humby, Week...) đặt mức chiều sâu phù hợp với lớp cắt. Cắt hoại tử từng lớp tới khi tiếp giáp với phần lành (xuất hiện các điểm chảy máu) thì dừng lại.

- Cầm máu bằng đắp gạc tẩm adrenalin 1/200.000 hoặc đốt điện, hoặc khâu cầm máu kiểu chữ X (nếu cần).
- Rửa lại nền vết thương sau cắt hoại tử bằng dung dịch PVP 3%.
- Diện tích một lần phẫu thuật 3-5% diện tích cơ thể.

Thì 3: Che phủ nền tổn thương sau cắt:

- Đắp thuốc kháng khuẩn như Silver Sulfadiazin 1%, Manfenid..., băng kín.
- Hoặc che phủ bằng vật liệu thay thế da tạm thời lên nền tổn thương như da đồng loại, dị loại, màng sinh học... Băng gạc khô 5-7 lớp.

4. Chăm sóc thay băng sau phẫu thuật:

- Thay băng hàng ngày sau phẫu thuật
- Nếu còn hoại tử sót lại có thể cắt lọc tiếp, làm sạch vết bông.
- Khi có mô hạt đủ tiêu chuẩn ghép da thì tiến hành ghép da.

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ BIẾN CHỨNG:

1. Toàn thân:

- Theo dõi các biến chứng của gây mê: suy hô hấp, tụt huyết áp, nôn...xử trí bằng truyền dịch, nâng huyết áp, thở oxy, để đầu thấp nghiêng 1 bên, lau sạch đờm dãi...
- Theo dõi tình trạng sốc do mất nhiều máu trong mổ: truyền máu kịp thời trong và sau mổ.
- Đau nhiều sau phẫu thuật: cho thuốc giảm đau sau mổ 1- 2 ngày.

2. Tại chỗ:

- Tình trạng chảy máu tại vùng mổ (máu thấm băng...): kê cao chân, băng đốt cầm máu bổ sung.
- Băng ép quá chặt: nới bớt băng.
- Nhiễm khuẩn tại chỗ hoặc toàn thân nặng lên: sau cắt cần che phủ bằng vật liệu sinh học. Thay băng vô khuẩn, đắp thuốc kháng khuẩn tại chỗ và kháng sinh toàn thân theo kháng sinh đồ.

38. CẮT BỎ HOẠI TỬ TIẾP TUYẾN BÔNG SÂU DƯỚI 3% DIỆN TÍCH CƠ THỂ Ở TRẺ EM

I. KHÁI NIỆM:

Cắt bỏ hoại tử theo phương pháp tiếp tuyến (hay phương pháp tiêm cận) là phương pháp loại bỏ hoại tử từng lớp đến tiếp giáp với phần mô lành của cơ thể.

Cắt bỏ hoại tử dưới 3% ở trẻ em vẫn đòi hỏi gây mê hồi sức đảm bảo. Đồng thời, phẫu thuật vẫn có nguy cơ như mất máu (có thể gây sốc mất máu). Do đó sau phẫu thuật đòi hỏi theo dõi chặt chẽ, nên có vật liệu che phủ ngay sau cắt, điều trị toàn thân tích cực (nâng đỡ cơ thể, kháng sinh...).

II. CHỈ ĐỊNH:

1. Bông sâu độ IV (theo cách phân loại bông thành 5 độ bông)
2. Toàn trạng thoát sốc ổn định, các xét nghiệm trong giới hạn cho phép phẫu thuật.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH:

1. Bông nông.
2. Sốc bông nặng hoặc toàn trạng không cho phép phẫu thuật.
3. Cơ sở điều trị không có đủ trang thiết bị phẫu thuật, hồi sức và kỹ thuật chuyên khoa.

IV. CHUẨN BỊ:

1. Người thực hiện:

- Kíp phẫu thuật viên chuyên khoa bông (2-3 bác sỹ).
- Kíp gây mê của phòng phẫu thuật (1 bác sỹ gây mê, 1 kỹ thuật viên phụ mê, 2 điều dưỡng).

2. Phương tiện:

- Bộ dụng cụ cho cuộc mổ trung phẫu bông.
- Dao chuyên dụng có định mức: Lagrot, Humby, Week...
- Dự trữ máu phù hợp để truyền trong và sau phẫu thuật.

3. Người bệnh:

- Tư vấn và giải thích để người bệnh, gia đình hiểu và cộng tác với chuyên môn.
- Chuẩn bị hồ sơ, bệnh án theo quy định.
- Thay băng, kiểm tra tổn thương và vệ sinh vùng phẫu thuật.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH:

1. Chuẩn bị: tương tự cuộc phẫu thuật loại III vô khuẩn thông thường.
2. Vô cảm: gây mê.
3. Kỹ thuật:

Thì 1: xử trí vết thương trước khi cắt hoại tử:

- Thay băng, bộc lộ tổn thương theo quy định.

Chọn tư thế người bệnh phù hợp với vùng phẫu thuật.

- Sát khuẩn vùng tổn thương bằng dung dịch PVP 10%, rửa lại bằng nước muối sinh lý. Thấm khô. Kiểm tra lại tổn thương.

- Sát trùng vùng da lành xung quanh bằng cồn 70 độ.

- Trải vải vô trùng bộc lộ vùng phẫu thuật.

Thì 2: cắt hoại tử kiểu tiếp tuyến dưới 3%

- Dùng dao chuyên dụng (Lagrot, Humby, Week...) đặt mức chiều sâu phù hợp với lớp cắt. Cắt hoại tử từng lớp tới khi tiếp giáp với phần lành (xuất hiện các điểm chảy máu) thì dừng lại.

- Cầm máu bằng đắp gạc tẩm adrenalin 1/200.000 hoặc đốt điện, hoặc khâu cầm máu kiểu chữ X (nếu cần).

- Rửa lại nền vết thương sau cắt hoại tử bằng dung dịch PVP 3%.
- Diện tích một lần phẫu thuật dưới 3% diện tích cơ thể.

Thì 3: Che phủ nền tổn thương sau cắt:

- Đắp thuốc kháng khuẩn như Silver Sulfadiazin 1%, Manfenid..., băng kín.
- Hoặc che phủ bằng vật liệu thay thế da tạm thời lên nền tổn thương như da đồng loại, dị loại, màng sinh học... Băng gạc khô 5-7 lớp.

4. Chăm sóc thay băng sau phẫu thuật:

- Thay băng hàng ngày sau phẫu thuật.
- Nếu còn hoại tử sót lại có thể cắt lọc tiếp, làm sạch vết bỏng.
- Khi có mô hạt đủ tiêu chuẩn ghép da thì tiến hành ghép da.

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ BIẾN CHỨNG:

1. Toàn thân:

- Theo dõi các biến chứng của gây mê: suy hô hấp, tụt huyết áp, nôn... xử trí bằng truyền dịch, nâng huyết áp, thở oxy, để đầu thấp nghiêng 1 bên, lau sạch đờm dãi...
- Theo dõi tình trạng sốc do mất nhiều máu trong mổ: truyền máu kịp thời trong và sau mổ.
- Đau nhiều sau phẫu thuật: cho thuốc giảm đau sau mổ 1- 2 ngày.

2. Tại chỗ:

- Tình trạng chảy máu tại vùng mổ (máu thấm băng...): kê cao chân, băng ép bổ sung. Nếu không được: tiến hành mở băng, xác định điểm chảy máu và khâu, đốt cầm máu bổ sung.
- Băng ép quá chặt: nới bớt băng.
- Nhiễm khuẩn tại chỗ hoặc toàn thân nặng lên: sau cắt cần che phủ bằng vật liệu sinh học. Thay băng vô khuẩn, đắp thuốc kháng khuẩn tại chỗ và kháng sinh toàn thân theo kháng sinh đồ.

PHẦN III. RĂNG HÀM MẶT

1. ĐIỀU TRỊ SÂU NGÀ RĂNG PHỤC HỒI BẰNG GLASS IONOMER CEMENT KẾT HỢP COMPOSITE

I. ĐẠI CƯƠNG

- Là kỹ thuật phục hồi tổn thương mô cứng của răng do sâu bằng Glass Ionomer Cement (GIC) kết hợp Composite.
- Sâu ngà răng là tổn thương mất mô cứng của răng, chưa gây ra bệnh lý ở tủy răng.

II. CHỈ ĐỊNH Sâu ngà răng vĩnh viễn.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Người bệnh dị ứng với Composite và GIC
- Tổn thương sâu ngà mất nhiều mô cứng khó lưu giữ khối phục hồi.

VI. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện
 - Bác sĩ Răng Hàm Mặt
 - Trợ thủ.
2. Phương tiện
 - 2.1 Phương tiện và dụng cụ
 - Ghế máy nha khoa.
 - Tay khoan và mũi khoan các loại.
 - Bộ khám: khay, gắp, gương, thám trầm.
 - Bộ cách ly cô lập răng.
 - Bộ dụng cụ hàn Composite: đèn quang trùng hợp, các loại cây hàn, bộ mũi khoan hoàn thiện...
 - Bộ dụng cụ hàn GIC.
 - 2.2 Thuốc và vật liệu
 - Thuốc sát khuẩn.
 - Glass Ionomer Cement.
 - Composite và vật liệu kèm theo. cc
3. Ngời bệnh Người bệnh được giải thích và đồng ý điều trị điều trị.
4. Hồ sơ bệnh án Hồ sơ bệnh án theo qui định.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án
2. Kiểm tra ngời bệnh Đánh giá tình trạng toàn thân, tại chỗ và răng cần điều trị.
3. Thực hiện kỹ thuật
 - Sửa soạn xoang hàn:
 - + Dùng mũi khoan thích hợp mở rộng bờ men bộc lộ xoang sâu.
 - + Dùng mũi khoan thích hợp làm sạch mô ngà hoại tử.
 - + Làm sạch xoang hàn bằng nước muối sinh lý.
 - Hàn lớp GIC:
 - + Phủ đáy xoang hàn bằng vật liệu GIC
 - + Sửa lại các thành của xoang hàn để tạo sự lưu giữ tối đa.
 - Phục hồi xoang hàn bằng Composite:
 - + So màu răng để chọn Composite có màu sắc phù hợp
 - + Etching men và ngà răng bằng axit phosphoric 37% từ 10-20 giây.
 - + Rửa sạch xoang hàn.

- + Làm khô xoang hàn.
- + Phủ keo dán dính và chiếu đèn 10 -20 giây
- + Đặt Composite theo từng lớp dưới 2mm sao cho Composite được trùng hợp tối đa và khắc phục được co ngót trùng hợp.
- + Chiếu đèn quang trùng hợp theo từng lớp Composite với thời gian từ 20-40 giây.
- Kiểm tra khớp cắn.
- Hoàn thiện: dùng bộ hoàn thiện để làm nhẵn và tạo hình phần phục hồi.

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

1. Trong quá trình điều trị
Tổn thương hở tủy: Chụp tủy bằng vật liệu thích hợp.
2. Sau quá trình điều trị
 - Viêm tủy: Điều trị tủy.
 - Tủy hoại tử: Điều trị tủy.
 - Viêm quanh cuống: Điều trị viêm quanh cuống răng.

2. PHẪU THUẬT TẠO HÌNH XƯƠNG Ổ RĂNG

I. ĐẠI CƯƠNG Phẫu thuật tạo hình xương ổ răng là kỹ thuật sửa chữa và tạo hình lại sống hàm sau nhổ răng hoặc mất răng, giúp cho việc mang hàm giả.

II. CHỈ ĐỊNH

- Sống hàm vùng răng trước sau khi mất răng phát triển ra trước quá mức.
- Sống hàm biến dạng hình thể làm trở ngại mang hàm giả.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Người bệnh có các bệnh toàn thân không cho phép phẫu thuật.
- Người bệnh đang có ổ nhiễm trùng cấp tính trong khoang miệng.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện
 - Bác sĩ Răng hàm mặt .
 - Trợ thủ.
2. Phương tiện
 - 2.1. Dụng cụ
 - Ghế máy nha khoa
 - Bộ dụng cụ tiểu phẫu thuật trong miệng.
 - 2.2. Thuốc
 - Thuốc tê.
 - Thuốc sát khuẩn.
 - Dung dịch bơm rửa.
 - Vật liệu cầm máu.
 - Băng, gạc vô khuẩn.
3. Người bệnh Người bệnh được giải thích và đồng ý điều trị.
4. Hồ sơ bệnh án Hồ sơ bệnh án theo quy định.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án.
2. Kiểm tra người bệnh Đánh giá tình trạng toàn thân, tại chỗ và vùng xương ổ răng cần phẫu thuật.
 - a. Thực hiện kỹ thuật
 - Sát khuẩn
 - Gây tê tại chỗ
 - Rạch niêm mạc màng xương:
 - Dùng dao rạch niêm mạc màng xương dọc theo sống hàm sao cho thuận nếp niêm mạc để bộc lộ phần sống hàm cần điều chỉnh.
 - Bóc tách và bộc lộ sống hàm.
 - Sửa chữa và tạo hình sống hàm.
 - Khâu đóng niêm mạc màng xương.

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

1. Trong khi phẫu thuật Chảy máu: cầm máu.
2. Sau phẫu thuật
 - Nhiễm trùng: dùng kháng sinh và chống viêm.
 - Chảy máu: cầm máu.

3. CÂY CHUYỂN RĂNG

I. ĐẠI CƯƠNG Cây chuyển răng là kỹ thuật chuyển răng từ vị trí này sang vị trí khác trên cùng người bệnh.

II. CHỈ ĐỊNH Người bệnh có răng có chỉ định nhổ, đồng thời có một răng thừa hoặc răng khôn không có chức năng hoặc ít chức năng.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Người bệnh có các bệnh toàn thân không cho phép phẫu thuật nhổ răng.
- Người bệnh đang có ổ nhiễm trùng cấp tính trong khoang miệng.
- Răng được cấy ghép khác nhiều về kích thước và hình thể với răng có chỉ định nhổ.

VI. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- Bác sĩ Răng hàm mặt .
- Trợ thủ.

2. Phương tiện

2.1. Dụng cụ

- Ghé máy nha khoa
- Bộ dụng cụ tiểu phẫu thuật trong miệng.

2.2. Thuốc

- Thuốc tê.
- Thuốc sát khuẩn.
- Dung dịch bơm rửa.
- Vật liệu cầm máu.
- Xi măng phẫu thuật.
- Băng, gạc vô khuẩn.

3. Người bệnh Người bệnh được giải thích và đồng ý điều trị.

4. Hồ sơ bệnh án

- Hồ sơ bệnh án theo quy định.
- Có phim để xác định kích thước, hình thể, số chân răng của răng được cấy ghép và răng có chỉ định nhổ.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án

2. Kiểm tra người bệnh

3. Thực hiện kỹ thuật Nhổ răng cấy chuyển

- Gây tê tại chỗ và gây tê vùng.
- Tách bóc nếp niêm mạc
- Dùng kim và bẫy thích hợp làm lỏng răng với huyết ổ răng.
- Chưa lấy răng ra khỏi huyết ổ răng.
- Nhổ răng có chỉ định nhổ. - Gây tê tại chỗ và gây tê vùng. - Tách bóc nếp niêm mạc
- Dùng kim và bẫy thích hợp lấy răng ra khỏi ổ răng.
- Kiểm soát và sửa soạn huyết ổ răng cho phù hợp với răng cấy chuyển - Đảm bảo huyết ổ răng sẵn sàng tiếp nhận răng cấy chuyển.

3.3 Cấy răng mới nhổ vào huyết ổ răng nhận

- Nhổ răng cấy chuyển : dùng kim lấy răng cấy chuyển ra khỏi huyết ổ răng.Lưu ý không được làm sang chân thân răng và chân răng.
- Đặt răng vừa nhổ vào huyết ổ răng nhận.
- Kiểm soát và điều chỉnh để đạt mức độ phù hợp giữa răng cấy và ổ răng nhận.

- Kiểm tra khớp cắn, đảm bảo răng cấy cách mặt phẳng cắn khoảng 2mm. - Cố định răng.

- Đắp xi măng phẫu thuật.

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

1. Trong khi phẫu thuật Chảy máu: cầm máu.

2. Sau phẫu thuật

- Nhiễm trùng: dùng kháng sinh và chống viêm.

- Chảy máu: cầm máu.

- Răng lung lay: Cố định lại.

- Sang chấn khớp cắn: Điều chỉnh khớp cắn.

4. CẤY LẠI RĂNG BẬT KHỎI Ổ RĂNG

I. ĐẠI CƯƠNG

Cấy lại răng là kỹ thuật đặt lại răng đã bị bật khỏi ổ răng về vị trí ban đầu.

II. CHỈ ĐỊNH

- Răng bật khỏi ổ răng do chấn thương.
- Răng đã ra khỏi ổ răng do nhổ nhầm răng.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Mất xương ổ răng quá nhiều.
- Răng bị bật khỏi ổ răng quá 6 giờ.
- Răng bật khỏi ổ răng có tổn thương vùng chân răng.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- Bác sĩ Răng hàm mặt.
- Trợ thủ.

2. Phương tiện

2.1. Dụng cụ

- Ghế máy nha khoa.
- Bộ dụng cụ tiêu phẫu thuật trong miệng.

2.2. Thuốc

- Thuốc tê.
- Thuốc sát khuẩn.
- Dung dịch bơm rửa.
- Vật liệu cầm máu.
- Băng, gạc vô khuẩn.

3. Người bệnh Người bệnh được giải thích và đồng ý điều trị.

4. Hồ sơ bệnh án Hồ sơ bệnh án theo quy định.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án

2. Kiểm tra ngọìi bệnh

3. Thực hiện kỹ thuật

3.1 Xử trí răng đã bị bật khỏi ổ răng

- Rửa sạch răng bằng nước muối sinh lí.
- Kiểm tra và đánh giá tình trạng dây chằng quanh răng và xương răng.
- Đặt răng vào môi trường dinh dưỡng hoặc nước muối sinh lí.

3.2 Kiểm soát huyết ổ răng

- Bơm rửa và làm sạch huyết ổ răng
- Đánh giá và kiểm soát tình trạng huyết ổ răng.

3.3 Cấy răng trở lại vị trí ban đầu

- Dùng dụng cụ thích hợp lấy răng bị bật nhổ ra khỏi dung dịch nuôi dưỡng và đặt vào huyết ổ răng theo giải phẫu ban đầu.
- Kiểm tra khớp cắn, đảm bảo răng không chạm mặt phẳng cắn.
- Cố định răng.

IV. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

1. Trong phẫu thuật Chảy máu: Cầm máu.

2. Sau phẫu thuật

- Răng lung lay: Cố định lại.

- Sang chấn khớp cắn: Chỉnh sửa khớp cắn.
- Nhiễm trùng: Điều trị kháng sinh.

PHẦN IV. QUY TRÌNH KỸ THUẬT XÉT NGHIỆM

1. QUY TRÌNH PHÂN TÍCH TẾ BÀO MÁU NGOẠI VI TRÊN MÁY SYSMEX XP-100

1. Mục đích

Quy trình này hướng dẫn thực hiện xét nghiệm tổng phân tích tế bào máu ngoại vi trên máy Sysmex XP-100 nhằm thực hiện được các thao tác kỹ thuật đúng, kết quả chính xác và biện luận được kết quả xét nghiệm.

2. Phạm vi áp dụng

Quy trình này được áp dụng tại khoa XN-CDHA, Trung tâm Y tế huyện Cam Lâm

3. Trách nhiệm

- Tất cả nhân viên phòng xét nghiệm phải tuân thủ đúng theo quy trình.
- Nhân viên quản lý chất lượng xét nghiệm có trách nhiệm kiểm tra giám sát.
- Trưởng khoa có trách nhiệm quản lý chung.

4. Định nghĩa và viết tắt

a) Định nghĩa: không áp dụng

b) Viết tắt:

- WBC: White Blood Cell
- RBC: Red Blood Cell
- HGB: Hemoglobin concentration
- HCT: Hematocrit
- MCV: Mean Corpuscular Volume
- MCHC: Mean Corpuscular Hemoglobin Concentration
- RDW-CV: Red cell Distribut Width
- PDW: Platelet Distribut Width
- PLT: Platelet
- MPV: Mean Platelet Volume
- LYM : Lymphocytes
- NEUT: Neutrophil
- QC: Quality control

5. Nguyên lý

Trên nguyên tắc pha loãng đi qua bộ phận đếm theo nguyên lý điện trở kháng phân tích được các thành phần của máu.

6. Trang thiết bị và vật tư

a) Thiết bị:

Máy phân tích tế bào máu tự động 20 thông số Sysmex XP-100

b) Vật tư/vật liệu:

- Dụng cụ
- + Găng tay
- + Giá đựng tube máu
- + Bình nước thải.
- Hóa chất/sinh phẩm
- + Ceelpack
- + Stromalyse
- + Mẫu máu chuẩn (QC)
- Mẫu bệnh phẩm: Máu toàn phần chống đông bằng EDTA

7. Kiểm tra chất lượng

- Chạy mẫu QC (xem kết quả đạt mới tiến hành chạy mẫu cho bệnh nhân)
- Kiểm tra mẫu máu đạt yêu cầu về thể tích, số lượng, đối chiếu họ tên tuổi bệnh nhân với phiếu chỉ định.

8. An toàn

- Những bệnh phẩm có nguy cơ lây nhiễm nên được xả vào nơi an toàn theo quy định.
- Máu bị đổ có nguy cơ lây nhiễm nên được loại bỏ ngay bằng giấy thấm và lau vùng nhiễm bằng dung dịch khử khuẩn Chloramin B 0.5% trước khi sử dụng. Những vật dụng dùng để lau dịch đổ, bao gồm cả găng tay nên được cho vào thùng chất thải y tế nguy hại.
- Không hút pipette bằng miệng. Đeo găng tay, kính bảo vệ và khẩu trang khi thao tác với mẫu bệnh phẩm và thực hiện quy trình. Rửa tay sạch khi kết thúc.
- Nếu có hóa chất tiếp xúc với mắt hoặc da, rửa ngay bằng nước.
- Không sử dụng hóa chất đã quá hạn. Tránh cho các hóa chất bị nhiễm vi sinh vật vì điều này làm giảm thời gian sử dụng của hóa chất và tạo ra kết quả sai.
- Không để hóa chất tiếp xúc trực tiếp với ánh sáng mạnh.
- Đảm bảo nhiệt độ máy nằm trong giới hạn như hướng dẫn sử dụng.

9. Nội dung quy trình

a) Cách lấy mẫu:

Lấy 1 ml máu tĩnh mạch cho vào ống nghiệm chứa EDTA và lắc nhẹ nhiều lần.

b) Tiến hành:

- Kiểm tra nguồn điện vào máy
- Kiểm tra hóa chất
- Kiểm tra máy in, kiểm tra đường ống thải hóa chất.
- Kiểm tra kết nối máy huyết học với phần mềm. Chọn tên bệnh nhân cần phân tích trên phần mềm sau đó khớp mã code
- Bật công tắc ở bên phải của máy, máy sẽ lần lượt chạy kiểm tra và rửa tự động, sau đó máy hiển thị “Ready” ta bắt đầu phân tích mẫu.
- Lắc đều tuýp đựng mẫu nhập mã code trên ống nghiệm đã được xác định đúng với mã code trên phần mềm đưa vào vòi hút rồi ấn “Start” đợi khi nghe tiếng “Beep” ngắn màn hình hiển thị “Aspirating” khi đó lấy ống tuýp ra khỏi vòi hút, máy bắt đầu phân tích. Kết quả hiển thị trên màn hình và được kết nối với phần mềm. Chọn tên bệnh nhân có kết quả đã phân tích sau đó chọn Print để in kết quả bệnh nhân đồng thời máy báo “Ready” sẵn sàng cho phân tích mẫu tiếp theo.

10. Diễn giải kết quả và báo cáo

- RBC: Hồng cầu

+ Giá trị bình thường:

- Nam: $4.5 - 5.5 \times 10^{12}/L$
- Nữ: $4.0 - 5.0 \times 10^{12}/L$
- Trẻ em: $4.0 - 5.0 \times 10^{12}/L$
- Trẻ sơ sinh: $4.5 - 6.5 \times 10^{12}/L$

+ Tăng: Bệnh đa hồng cầu nguyên phát Vaquez ($6-10 \times 10^{12} /L$); đa hồng cầu thứ phát thiếu oxy huyết, bệnh hô hấp (xơ phổi, lao phổi, hen, nghẽn phổi do tràn khí màng phổi), bệnh tim mạch, ngộ độc CO...

+ Giảm: Thiếu máu do mất máu, thiếu sắt, rối loạn tổng hợp porphyrin, thiếu vitamin B₁₂ và folat, suy tủy...

- WBC: Bạch cầu

+ Giá trị bình thường:

- Người lớn: $5.0 - 9.0 \times 10^9/L$

- Trẻ sơ sinh: $14.0 - 20.0 \times 10^9/L$
- Trẻ em <4 tuổi: $9.0 - 12.0 \times 10^{12}/L$.
- + Tăng: Sinh lý (sau ăn, vận động, có thai), bệnh lý (nhiễm trùng, nhiễm ký sinh trùng, ung thư loét hóa, bệnh Hodgkin, bệnh Vaquez, bệnh tăng bạch cầu...)
- + Giảm: Sốt rét, thương hàn, thiếu máu do nhiễm độc As, giảm sản hoặc suy tủy xương, bệnh do virus (cúm, sởi, thủy đậu...).
- NEUT: Bạch cầu đa nhân trung tính
 - + Giá trị bình thường: 56 – 72%.
 - + Tăng trong nhiễm trùng, cơn cấp của bệnh mạn (lao, ung thư), bệnh viêm (thấp khớp cấp, viêm khớp dạng thấp), chấn thương, cơn dị ứng...
 - + Giảm trong sốt rét, thương hàn, lao, ngộ độc hóa chất, suy tủy, choáng phản vệ...
- LYM: Bạch cầu lympho
 - + Giá trị bình thường: 24 - 37%.
 - + Tăng trong bệnh bạch cầu lympho, tăng lympho nhiễm trùng cấp (bệnh Carl Smith), nhiễm virus (sởi, ho gà...), nhiễm trùng mạn (lao, thấp khớp...).
 - + Giảm trong một số nhiễm khuẩn cấp, bệnh Hodgkin, mất bạch cầu hạt, bị phóng xạ, bệnh bạch cầu khác ngoài bạch cầu lympho, bệnh collagen...
- HCT: Hematocrit
 - + Giá trị bình thường:
 - Nam: 40-46%
 - Nữ: 37 -41%.
 - + Tăng: Bệnh đa hồng cầu, hồng cầu to, bệnh có rỉ huyết tương (bong, phù cơ do chèn ép, phù phổi cấp, chấn thương dập nát...).
 - + Giảm: Chảy máu mới, thiếu máu mạn, suy tim và thận, xơ gan cổ chướng...
- MCV: Thể tích hồng cầu trung bình
 - + Giá trị bình thường:
 - Nam: 82 - 92fl
 - Nữ: 80 - 90fl.
- + Bệnh lý:
 - Thiếu máu hồng cầu bình thường: MCV bình thường
 - Thiếu máu hồng cầu to: MCV tăng (có khi tới 160fl)
 - Thiếu máu hồng cầu bé: MCV giảm (có khi còn 50fl).
- HB: Hemoglobin (huyết sắc tố)
 - Giá trị bình thường: Nam: 13-18g/dL, nữ:12-16g/dL.
- MCH: Hàm lượng hemoglobin trung bình trong một hồng cầu
 - Giá trị bình thường: 28 - 36pg (VN: 34.6pg ở nam, 35pg ở nữ).
- MCHC: Nồng độ hemoglobin trung bình trong hồng cầu
 - Bình thường: 32 - 36g/dL
- PLT: Tiểu cầu
 - + Giá trị bình thường: $150 - 400 \times 10^9/L$
 - Tăng: Sau mất máu đột ngột và quan trọng, sau cắt bỏ lách, thiếu máu nhược sắc, bệnh bạch cầu tủy mạn, bệnh Vaquez, Hodgkin, carcinoma di căn, thuyên tắc phổi.
 - Giảm: làm cho thời gian chảy máu kéo dài; giảm sản xuất tiểu cầu (do bức xạ ion hóa, hóa trị liệu, bệnh bạch cầu cấp, di căn ung thư vào tủy xương, thiếu vitamin B12 và folat, xơ gan, luput ban đỏ toàn thân, bệnh đông máu nội mạch rải rác).

11. Lưu ý

- Trong quá trình lắ mẩu phải nhẹ nhàng tránh làm vỡ hồng cầu.

- Không trộn lẫn hóa chất từ các lô khác nhau vào trong cùng một xét nghiệm.
- Máy huyết học phải được bảo dưỡng như hướng dẫn của nhà sản xuất.

12. Lưu trữ hồ sơ

- Sổ lưu kết quả xét nghiệm huyết học
- Sổ theo dõi trả kết quả cho bệnh nhân

13. Tài liệu liên quan

- Quy trình lấy máu tĩnh mạch
- Quy định an toàn sinh học phòng xét nghiệm

14. Tài liệu tham khảo

- Quyết định 4401/QĐ-BYT ngày 09 tháng 11 năm 2012 về việc ban hành Quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành Huyết học-Truyền máu-Miễn dịch-Di truyền
- Quyết định số 5530/QĐ-BYT ngày 25/12/2015 của Bộ Y tế về việc hướng dẫn xây dựng quy trình thực hành chuẩn trong quản lý chất lượng xét nghiệm.
- Quyết định 2429/QĐ-BYT, ngày 12 tháng 6 năm 2017 của Bộ trưởng Bộ Y tế về việc Ban hành Tiêu chí đánh giá mức chất lượng phòng xét nghiệm Y học.

BẢNG KIỂM

STT	CÁC BƯỚC	CÓ	KHÔNG
01	Chuẩn bị		
	Dụng cụ, hóa chất, bệnh phẩm. Phiếu xét nghiệm có đầy đủ thông tin, chỉ định của YBS lâm sàng.		
02	Tiến hành		
	Mang găng tay		
	Lấy 1-2ml máu cho vào tube chống đông EDTA, lắc nhẹ		
	Kiểm tra nguồn điện vào máy		
	Kiểm tra hóa chất		
	Kiểm tra máy in		
	Kiểm tra đường ống thải hóa chất		
	Bật công tắc máy Sysmex XP 100		
	Chọn tên bệnh nhân trên phần mềm khớp mã code		
	Máy hiện Ready nhập mã code sau đó đưa máu vào ống hút bấm Start		
	Máy hiện Aspirating lấy ống máu ra		
	Bỏ giấy vào máy in kết quả trên phần mềm		
03	Thu dọn dụng cụ		

2. QUY TRÌNH ĐỊNH LƯỢNG TROPONIN T-hs

1. Mục đích

Quy trình này nhằm hướng dẫn cho tất cả nhân viên tại PXN thực hiện kỹ thuật định lượng Troponin T-hs trên máy miễn dịch nhanh Veda-Lab một cách chính xác nhất.

2. Phạm vi áp dụng

Quy trình này được áp dụng tại PXN, khoa XN&CDHA Trung tâm Y tế huyện Cam Lâm.

3. Trách nhiệm

- Tất cả nhân viên phòng xét nghiệm phải tuân thủ đúng theo quy trình.
- Nhân viên quản lý chất lượng xét nghiệm có trách nhiệm kiểm tra giám sát.
- Trưởng khoa có trách nhiệm quản lý chung.

4. Định nghĩa, thuật ngữ và chữ viết tắt

PXN: phòng xét nghiệm

XN&CDHA: Xét nghiệm và Chẩn đoán hình ảnh

5. Nguyên lý

Troponin là một protein có tác dụng điều hòa sự co cơ, gồm ba tiểu đơn vị (subunits) có cấu trúc và chức năng khác nhau là Troponin T (TnT), Troponin I (TnI) và Troponin C (TnC). Troponin T ở cơ tim và cơ xương có những khác nhau nhỏ nhưng rõ rệt về thành phần amino acid và điều này có thể phân biệt bằng phương pháp miễn dịch. Khi cơ tim bị tổn thương, TnT đặc hiệu tim (cardiac TnT: cTnT) được giải phóng khỏi tế bào cơ tim, tăng lên trong huyết tương nên việc định lượng cTnT huyết tương có thể phát hiện tổn thương cơ tim

Hiện nay, hs-cTnT (có tài liệu viết là Troponin T hs) được định lượng bằng phương pháp miễn dịch điện hóa phát quang ECLIA (electrochemiluminescence immunoassay) với 2 kháng thể đơn dòng đặc hiệu cao (monoclonal antibodies) với cTnT người.

6. Trang thiết bị và vật tư

a) Thiết bị:

Máy miễn dịch nhanh Veda-lab

Máy ly tâm

b) Vật liệu:

- Dụng cụ:

+ Ống nghiệm trắng

+ Ống nghiệm Serum

+ Bơm tiêm 5ml

+Viết lông không phai

+ Micropipet, đầu cold

- Hóa chất, sinh phẩm:

+ Test QC

+ Test Calib

+ Test định lượng Troponin T-hs

+ Dung dịch pha loãng

- Mẫu bệnh phẩm:

+ Máu toàn phần

+ Huyết thanh hoặc huyết tương: Lấy 3 ml máu tĩnh mạch vào ống không có chất chống đông hay ống có chất chống đông là Li-/Na-heparin, Na-/K3-EDTA, hay citrate. Máu không vỡ hồng cầu. Sau khi lấy máu, đem ly tâm tách lấy huyết thanh hoặc huyết tương.

- + Bệnh phẩm ổn định: 11 ngày ở 15–25°C, 2 tháng ở 2–8°C, 3 năm ở (-15)–(-25) °C.
- + Bệnh phẩm chỉ rã đông 1 lần và phải để bệnh phẩm đạt nhiệt độ phòng trước khi phân tích. Để tránh hiện tượng bay hơi, bệnh phẩm, chất chuẩn, chất kiểm tra chất lượng nên phân tích trong vòng 2 h.

7. Kiểm tra chất lượng

- Ngày sản xuất, hạn sử dụng của QC, calib, test thử, dung dịch pha loãng.
- Huyết thanh, huyết tương không bị tán huyết.

8. An toàn:

Thực hiện an toàn khi tiếp xúc với hóa chất và bệnh phẩm.

9. Nội dung thực hiện

a) Mở máy: Ấn giữ nút nguồn sau máy 1-2 giây khi có tín hiệu “tis” thả tay ra

b) Chạy máy:

- Bước 1: chạy blank
- + chọn mẫu blank
- + Bỏ que blank vào máy
- + Chọn blank → Start
- + máy sẽ hiện kết quả đo
- Bước 2: Chạy QC
- + chọn Chạy QC trên máy
- + cho test QC vào máy
- + Chọn QC → Start
- + Máy sẽ hiện kết quả đo
- Bước 3: chạy mẫu bệnh nhân
- + Chuẩn bị mẫu: huyết thanh, huyết tương hoặc máu toàn phần của bệnh nhân.
- + Chọn test Troponin T-hs
- + Cho 25µl huyết tương, huyết thanh hoặc 50 µl máu toàn phần của bệnh nhân vào test thử sau đó cho tiếp 150µl dung dịch đệm vào test cần thử
- + Nhập tên bệnh nhân, số lot, hạn dung của test, chọn Immediate nếu ủ ở ngoài máy 20 phút
- + Cho mẫu vào khe đọc của máy
- + Bấm Start
- + Máy sẽ hiện kết quả đo

10. Diễn giải kết quả và báo cáo

- Người dưới 50 tuổi: Nồng độ hs-cTnT trong huyết tương <14 ng/L
- Người 50-75 tuổi: Nồng độ hs-cTnT trong huyết tương <16 ng/L
- Người >75 tuổi: Nồng độ hs-cTnT trong huyết tương <70.6 ng/L

11. Lưu ý

Huyết thanh hoặc huyết tương không bị tan huyết

12. Lưu trữ hồ sơ

- Ghi chép vào sổ lưu kết quả xét nghiệm theo quy định của khoa.
- Lưu trên phần mềm His-one.

13. Tài liệu liên quan

Tên tài liệu
Tờ hướng dẫn sử dụng máy Veda-lab
Hướng dẫn sử dụng test Troponin T-hs
Hướng dẫn sử dụng máy ly tâm

14. Tài liệu tham khảo

- Quyết định 4401/QĐ-BYT ngày 09 tháng 11 năm 2012 về việc ban hành Quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành Huyết học-Truyền máu-Miễn dịch-Di truyền
- Quyết định số 7034/QĐ-BYT ngày 21 tháng 11 năm 2018 về việc ban hành tài liệu hướng dẫn quy trình kỹ thuật chuyên ngành hóa sinh.
- Quyết định số 5530/QĐ-BYT ngày 25/12/2015 của Bộ Y tế về việc hướng dẫn xây dựng quy trình thực hành chuẩn trong quản lý chất lượng xét nghiệm.
- Quyết định 2429/QĐ-BYT, ngày 12 tháng 6 năm 2017 của Bộ trưởng Bộ Y tế về việc Ban hành Tiêu chí đánh giá mức chất lượng phòng xét nghiệm Y học.

BẢNG KIỂM QUY TRÌNH ĐỊNH LƯỢNG TROPONIN T hs

STT	CÁC BƯỚC	CÓ	KHÔNG
01	Chuẩn bị dụng cụ; test Troponin T hs; bệnh phẩm (huyết thanh, huyết tương hoặc máu toàn phần của bệnh nhân).		
02	Phiếu xét nghiệm có đầy đủ thông tin, chỉ định của YBS lâm sàng.		
03	Tiến hành:		
	Mang găng tay		
	Chạy test theo chỉ định của Y sỹ, Bác sỹ		
04	In kết quả		
05	Thu dọn dụng cụ.		
06	Ghi kết quả vào phiếu xét nghiệm, sổ lưu trữ.		
07	Báo kết quả cho YBS cho y lệnh.		
08	Trả kết quả theo qui định.		

3. QUY TRÌNH ĐỊNH LƯỢNG TROPONIN T

1. Mục đích

Quy trình này nhằm hướng dẫn cho tất cả nhân viên tại PXN thực hiện kỹ thuật định lượng Troponin T trên máy miễn dịch nhanh Veda-Lab một cách chính xác nhất.

2. Phạm vi áp dụng

Quy trình này được áp dụng tại PXN, khoa XN&CDHA Trung tâm Y tế huyện Cam Lâm.

3. Trách nhiệm

- Tất cả nhân viên phòng xét nghiệm phải tuân thủ đúng theo quy trình.
- Nhân viên quản lý chất lượng xét nghiệm có trách nhiệm kiểm tra giám sát.
- Trưởng khoa có trách nhiệm quản lý chung.

4. Định nghĩa, thuật ngữ và chữ viết tắt

PXN: phòng xét nghiệm

XN&CDHA: Xét nghiệm và Chẩn đoán hình ảnh

5. Nguyên lý

Troponin là đơn vị điều hòa co cơ bao gồm ba tiểu phần troponin T (TnT), troponin I (TnI) và troponin C (TnC). Trong đó TnC có cấu trúc tương tự TnC cơ vân nên chỉ TnT và TnI được xem là dấu ấn sinh học tim mạch đặc biệt trong bệnh nhồi máu cơ tim.

TnT được định lượng bằng phương pháp miễn dịch sandwich sử dụng công nghệ hóa phát quang hay điện hóa phát quang. TnT có trong mẫu thử đóng vai trò kháng nguyên được kẹp giữa hai kháng thể, kháng thể thứ nhất là kháng thể đơn dòng đặc hiệu kháng TnT đánh dấu biotin, kháng thể thứ hai là kháng thể đơn dòng đặc hiệu kháng TnT đánh dấu ruthenium (chất có khả năng phát quang) tạo thành phức hợp miễn dịch kiểu sandwich. Cường độ phát quang tỷ lệ thuận với nồng độ TnT có trong mẫu thử.

6. Trang thiết bị và vật tư

a) Thiết bị:

Máy miễn dịch nhanh Veda-lab

Máy ly tâm

b) Vật liệu:

- Dụng cụ:

+ Ống nghiệm trắng

+ Ống nghiệm Serum

+ Bơm tiêm 5ml

+Viết lông không phai

+ Micropipet, đầu cold

- Hóa chất, sinh phẩm:

+ Test QC

+ Test Calib

+ Test định lượng Troponin T

+ Dung dịch pha loãng

- Mẫu bệnh phẩm:

+ Máu toàn phần

+ Huyết thanh hoặc huyết tương: Lấy 3 ml máu tĩnh mạch vào ống không có chất chống đông hay ống có chất chống đông là Li-/Na-heparin, Na-/K3-EDTA, hay citrate. Máu không vỡ hồng cầu. Sau khi lấy máu, đem ly tâm tách lấy huyết thanh hoặc huyết tương.

+ Bệnh phẩm ổn định: 11 ngày ở 15–25°C, 2 tháng ở 2–8°C, 3 năm ở (-15)–(-25) °C.

+ Bệnh phẩm chỉ rã đông 1 lần và phải để bệnh phẩm đạt nhiệt độ phòng trước khi phân tích. Để tránh hiện tượng bay hơi, bệnh phẩm, chất chuẩn, chất kiểm tra chất lượng nên phân tích trong vòng 2 h.

7. Kiểm tra chất lượng

- Ngày sản xuất, hạn sử dụng của QC, calib, test thử, dung dịch pha loãng.
- Huyết thanh, huyết tương không bị tán huyết.

8. An toàn:

Thực hiện an toàn khi tiếp xúc với hóa chất và bệnh phẩm.

9. Nội dung thực hiện

a) Mở máy: Ấn giữ nút nguồn sau máy 1-2 giây khi có tín hiệu “tis” thả tay ra

b) Chạy máy:

- Bước 1: chạy blank

+ chọn mẫu blank

+ Bỏ que blank vào máy

+ Chọn blank → Start

+ máy sẽ hiện kết quả đo

- Bước 2: Chạy QC

+ chọn Chạy QC trên máy

+ cho test QC vào máy

+ Chọn QC → Start

+ Máy sẽ hiện kết quả đo

- Bước 3: chạy mẫu bệnh nhân

+ Chuẩn bị mẫu: huyết thanh, huyết tương hoặc máu toàn phần của bệnh nhân.

+ Chọn test Troponin T

+ Cho 25µl huyết tương, huyết thanh hoặc 50 µl máu toàn phần của bệnh nhân vào test thử sau đó cho tiếp 150µl dung dịch đệm vào test cần thử

+ Nhập tên bệnh nhân, số lot, hạn dung của test, chọn Immediate nếu ủ ở ngoài máy 20 phút

+ Cho mẫu vào khe đọc của máy

+ Bấm Start

+ Máy sẽ hiện kết quả đo

10. Diễn giải kết quả và báo cáo

Trị số bình thường: <0,01 ng/ml

11. Lưu ý

Huyết thanh hoặc huyết tương không bị tán huyết

12. Lưu trữ hồ sơ

- Ghi chép vào sổ lưu kết quả xét nghiệm theo quy định của khoa.

- Lưu trên phần mềm His-one.

13. Tài liệu liên quan

Tên tài liệu
Tờ hướng dẫn sử dụng máy Veda-lab
Hướng dẫn sử dụng test Troponin T
Hướng dẫn sử dụng máy ly tâm

14. Tài liệu tham khảo

- Quyết định 4401/QĐ-BYT ngày 09 tháng 11 năm 2012 về việc ban hành Quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành Huyết học-Truyền máu-Miễn dịch-Di truyền

- Quyết định số 7034/QĐ-BYT ngày 21 tháng 11 năm 2018 về việc ban hành tài liệu hướng dẫn quy trình kỹ thuật chuyên ngành hóa sinh.

- Quyết định số 5530/QĐ-BYT ngày 25/12/2015 của Bộ Y tế về việc hướng dẫn xây dựng quy trình thực hành chuẩn trong quản lý chất lượng xét nghiệm.
- Quyết định 2429/QĐ-BYT, ngày 12 tháng 6 năm 2017 của Bộ trưởng Bộ Y tế về việc Ban hành Tiêu chí đánh giá mức chất lượng phòng xét nghiệm Y học.

BẢNG KIỂM QUY TRÌNH ĐỊNH LƯỢNG TROPONIN T

STT	CÁC BƯỚC	CÓ	KHÔNG
01	Chuẩn bị dụng cụ; test Troponin T; bệnh phẩm (huyết thanh, huyết tương hoặc máu toàn phần của bệnh nhân).		
02	Phiếu xét nghiệm có đầy đủ thông tin, chỉ định của YBS lâm sàng.		
03	Tiến hành:		
	Mang găng tay		
	Chạy test theo chỉ định của Y sỹ, Bác sỹ		
04	In kết quả		
05	Thu dọn dụng cụ.		
06	Ghi kết quả vào phiếu xét nghiệm, sổ lưu trữ.		
07	Báo kết quả cho YBS cho y lệnh.		
08	Trả kết quả theo qui định.		

4. QUY TRÌNH ĐỊNH LƯỢNG TROPONIN I

1. Mục đích

Quy trình này nhằm hướng dẫn cho tất cả nhân viên tại PXN thực hiện kỹ thuật định lượng Troponin I trên máy miễn dịch nhanh Veda-Lab một cách chính xác nhất.

2. Phạm vi áp dụng

Quy trình này được áp dụng tại PXN, khoa XN&CDHA Trung tâm Y tế huyện Cam Lâm.

3. Trách nhiệm

- Tất cả nhân viên phòng xét nghiệm phải tuân thủ đúng theo quy trình.
- Nhân viên quản lý chất lượng xét nghiệm có trách nhiệm kiểm tra giám sát.
- Trưởng khoa có trách nhiệm quản lý chung.

4. Định nghĩa, thuật ngữ và chữ viết tắt

PXN: phòng xét nghiệm

XN&CDHA: Xét nghiệm và Chẩn đoán hình ảnh

5. Nguyên lý

Troponin I-check-1 thử nghiệm là một xét nghiệm định lượng nhanh chóng để phát hiện Troponin I trong nước tiểu huyết thanh, huyết tương hoặc máu toàn phần. Các phương pháp sử dụng một sự kết hợp độc đáo của thể đơn dòng nhuộm liên hợp và các kháng thể pha rắn đa giá để xác định. Troponin I trong mẫu thử nghiệm với một mức độ cao về tính đặc thù

Là mẫu thử chảy qua thiết bị hấp thụ, các nhãn kháng thể nhuộm liên hợp liên kết với các Troponin I tạo thành một phức hợp kháng thể kháng nguyên. Phức tạp này liên kết với các kháng thể chống Troponin I trong vùng phản ứng tích cực (T) và tạo ra một dải màu hồng.

Trong sự vắng mặt của Troponin I thì không có dải màu hồng trong vùng phản ứng tích cực (T). Hỗn hợp phản ứng tiếp tục chảy qua các thiết bị thấm qua vùng phản ứng (T) và vùng kiểm soát (C). Chưa kết hợp liên kết với các chất thử trong vùng kiểm soát (C) sản xuất ra một dải màu hồng, chứng minh rằng các chất phản ứng đang hoạt động một cách chính xác

6. Trang thiết bị và vật tư

a) Thiết bị:

Máy miễn dịch nhanh Veda-lab

Máy ly tâm

b) Vật liệu:

- Dụng cụ:

+ Ống nghiệm trắng

+ Ống nghiệm Serum

+ Bơm tiêm 5ml

+Viết lông không phai

+ Micropipet, đầu cold

- Hóa chất, sinh phẩm:

+ Test QC

+ Test Calib

+ Test định lượng Troponin I

+ Dung dịch pha loãng

- Mẫu bệnh phẩm:

+ Máu toàn phần

+ Huyết thanh hoặc huyết tương: Lấy 3 ml máu tĩnh mạch vào ống không có chất chống đông hay ống có chất chống đông là Li-/Na-heparin, Na-/K3-EDTA, hay citrate. Máu không vỡ hồng cầu. Sau khi lấy máu, đem ly tâm tách lấy huyết thanh hoặc huyết tương.

+ Bệnh phẩm ổn định: 11 ngày ở 15–25°C, 2 tháng ở 2–8°C, 3 năm ở (-15)–(-25) °C.

+ Bệnh phẩm chỉ rã đông 1 lần và phải để bệnh phẩm đạt nhiệt độ phòng trước khi phân tích. Để tránh hiện tượng bay hơi, bệnh phẩm, chất chuẩn, chất kiểm tra chất lượng nên phân tích trong vòng 2 h.

7. Kiểm tra chất lượng

- Ngày sản xuất, hạn sử dụng của QC, calib, test thử, dung dịch pha loãng.
- Huyết thanh, huyết tương không bị tán huyết.

8. An toàn:

Thực hiện an toàn khi tiếp xúc với hóa chất và bệnh phẩm.

9. Nội dung thực hiện

a) Mở máy: Ấn giữ nút nguồn sau máy 1-2 giây khi có tín hiệu “tis” thả tay ra

b) Chạy máy:

- Bước 1: chạy blank

+ chọn mẫu blank

+ Bỏ que blank vào máy

+ Chọn blank → Start

+ máy sẽ hiện kết quả đo

- Bước 2: Chạy QC

+ chọn Chạy QC trên máy

+ cho test QC vào máy

+ Chọn QC → Start

+ Máy sẽ hiện kết quả đo

- Bước 3: chạy mẫu bệnh nhân

+ Chuẩn bị mẫu: huyết thanh, huyết tương hoặc máu toàn phần của bệnh nhân.

+ Chọn test Troponin I

+ Cho 25µl huyết tương, huyết thanh hoặc 50 µl máu toàn phần của bệnh nhân vào test thử sau đó cho tiếp 150µl dung dịch đệm vào test cân thử

+ Nhập tên bệnh nhân, số lot, hạn dung của test, chọn Immediate nếu ủ ở ngoài máy 20 phút

+ Cho mẫu vào khe đọc của máy

+ Bấm Start

+ Máy sẽ hiện kết quả đo

10. Diễn giải kết quả và báo cáo

- Giá trị lâm sàng được thừa nhận là bình thường:

< 0.8 ng/mL (huyết thanh, huyết tương)

<1.0 ng/mL (máu toàn phần)

- Giá trị lâm sàng được thừa nhận là bất thường:

> 0.8 ng/mL (Huyết thanh/ huyết tương)

> 1.0 ng/mL (Máu toàn phần)

11. Lưu ý

Huyết thanh hoặc huyết tương không bị tan huyết

12. Lưu trữ hồ sơ

- Ghi chép vào sổ lưu kết quả xét nghiệm theo quy định của khoa.

- Lưu trên phần mềm His-one.

13. Tài liệu liên quan

Tên tài liệu

Tờ hướng dẫn sử dụng máy Veda-lab

Hướng dẫn sử dụng test Troponin I

Hướng dẫn sử dụng máy ly tâm

14. Tài liệu tham khảo

- Quyết định 4401/QĐ-BYT ngày 09 tháng 11 năm 2012 về việc ban hành Quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành Huyết học-Truyền máu-Miễn dịch-Di truyền
- Quyết định số 7034/QĐ-BYT ngày 21 tháng 11 năm 2018 về việc ban hành tài liệu hướng dẫn quy trình kỹ thuật chuyên ngành hóa sinh.
- Quyết định số 5530/QĐ-BYT ngày 25/12/2015 của Bộ Y tế về việc hướng dẫn xây dựng quy trình thực hành chuẩn trong quản lý chất lượng xét nghiệm.
- Quyết định 2429/QĐ-BYT, ngày 12 tháng 6 năm 2017 của Bộ trưởng Bộ Y tế về việc Ban hành Tiêu chí đánh giá mức chất lượng phòng xét nghiệm Y học.
- Troponin I- check-1 Quantitative determination of Troponin I in whole blood, serum or plasma samples Ref. 28091.

BẢNG KIỂM QUY TRÌNH ĐỊNH LƯỢNG TROPONIN I

STT	CÁC BƯỚC	CÓ	KHÔNG
01	Chuẩn bị dụng cụ; test Troponin I; bệnh phẩm (huyết thanh, huyết tương hoặc máu toàn phần của bệnh nhân).		
02	Phiếu xét nghiệm có đầy đủ thông tin, chỉ định của YBS lâm sàng.		
03	Tiến hành:		
	Mang găng tay		
	Chạy test theo chỉ định của Y sỹ, Bác sỹ		
04	In kết quả		
05	Thu dọn dụng cụ.		
06	Ghi kết quả vào phiếu xét nghiệm, số lưu trữ.		
07	Báo kết quả cho YBS cho y lệnh.		
08	Trả kết quả theo qui định.		

5. QUY TRÌNH XÉT NGHIỆM ĐỊNH LƯỢNG ALP (Alkaline phosphatase)

1. Mục đích

Quy trình này nhằm hướng dẫn cho tất cả nhân viên tại PXN đảm bảo thực hiện đúng các bước tiến hành, thời gian ủ, số lượng hóa chất theo quy định.

2. Phạm vi áp dụng

Quy trình này được áp dụng tại Phòng Xét nghiệm, Khoa XN-CDHA, Trung tâm Y tế huyện Cam Lâm.

3. Trách nhiệm

- Tất cả nhân viên phòng xét nghiệm phải tuân thủ đúng theo quy trình.
- Nhân viên quản lý chất lượng xét nghiệm có trách nhiệm kiểm tra giám sát.
- Trưởng khoa có trách nhiệm quản lý chung.

4. Định nghĩa, thuật ngữ và chữ viết tắt

KTV	Kỹ thuật viên
XN-CDHA	Xét nghiệm-Chẩn đoán hình ảnh
PXN	Phòng xét nghiệm
ATSH	An toàn sinh học

5. Nguyên lý

Alkaline phosphatase (ALP) là một enzyme hydrolase có chức năng loại bỏ các nhóm phosphat của nhiều hợp chất như nucleotide, protein, và alkaloid. Quá trình loại bỏ nhóm phosphat được gọi là khử phospho. Giống như tên gọi của nó, alkaline phosphatase hoạt động có hiệu quả nhất trong môi trường kiềm.

6. Thiết bị và vật liệu

a) Thiết bị:

- Máy sinh hóa bán tự động Minray BA 88
- Tủ an toàn sinh học cấp II
- Đồng hồ bấm giây
- Máy ly tâm

b) Vật liệu:

- Dụng cụ:
 - + Ống nghiệm trắng
 - + Micropipette 5-50ul
 - + Micropipette 100-1000ul
 - + Giá đựng ống nghiệm
 - + Đầu côn xanh, vàng
 - + Viết lông không phai
- Hóa chất:
 - + Hóa chất ALP
 - + Nước cất
 - + QC

c) Mẫu bệnh phẩm

- Huyết thanh hoặc huyết tương bệnh nhân

7. An toàn

- Áp dụng các biện pháp an toàn chung khi xử lý mẫu, xử lý tràn đổ hóa chất và thực hiện xét nghiệm theo quy trình về an toàn xét nghiệm

8. Quy trình thực hiện

a) Chuẩn bị

- Lau tủ ATSH cấp II bằng cồn 70 độ
- Khởi động tủ ATSH cấp II ít nhất 15 phút trước khi thực hiện
- Lấy hóa chất ALP ra khỏi tủ lạnh để 15-30 phút ở nhiệt độ phòng
- Sắp xếp các dụng cụ cần thiết vào tủ ATSH
- Ly tâm mẫu máu để tách huyết thanh

- Bật máy sinh hóa

b) Tiên hành:

- Chạy Blank: cho nước cất vào chạy

- Chạy QC

- Chạy mẫu: Hút 500 µl R1 hóa chất ALP + 125 µl R2 hóa chất ALP, thêm 10 µl huyết thanh bệnh nhân sau đó tiên hành đo ngay

9. Kiểm tra chất lượng

- Hóa chất, QC

- Huyết thanh bệnh nhân.

10. Diễn giải và báo cáo kết quả

- Nam: 80 – 300U/L

- Nữ : 64 - 300U/

- Trẻ em dưới 15 tuổi: < 640U/l.

- Trẻ em 15 -17 tuổi: < 480U/l.

11. Lưu ý

- Nhiệt độ phòng phải ổn định

- Phải rửa máy sinh hóa khi chạy mẫu tiếp theo

12. Lưu hồ sơ

- Ghi chép vào sổ lưu theo quy định của khoa

- Lưu kết quả và vẽ sơ đồ nội kiểm theo quy định

13. Tài liệu liên quan

Tên tài liệu	Mã tài liệu
Tờ hướng dẫn sử dụng hóa chất kèm theo trong bộ hóa chất	
Hướng dẫn sử dụng máy sinh hóa	
Sổ tay an toàn phòng xét nghiệm	
Hướng dẫn sử dụng máy ly tâm	
Hướng dẫn sử dụng tủ ATSH cấp II	

14. Tài liệu tham khảo

- Quyết định số 7034/QĐ-BYT ngày 21 tháng 11 năm 2018 về việc ban hành tài liệu hướng dẫn quy trình kỹ thuật chuyên ngành hóa sinh.

- Quyết định số 5530/QĐ-BYT ngày 25/12/2015 của Bộ Y tế về việc hướng dẫn xây dựng quy trình thực hành chuẩn trong quản lý chất lượng xét nghiệm.

- Quyết định 2429/QĐ-BYT, ngày 12 tháng 6 năm 2017 của Bộ trưởng Bộ Y tế về việc Ban hành Tiêu chí đánh giá mức chất lượng phòng xét nghiệm Y học.