

BỘ Y TẾ

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

Số: 196/QĐ-BYT

Hà Nội, ngày 16 tháng 01 năm 2014

QUYẾT ĐỊNH

Về việc ban hành tài liệu “Hướng dẫn quy trình kỹ thuật chuyên ngành Ngoại khoa- chuyên khoa Phẫu thuật tiết niệu”

BỘ TRƯỞNG BỘ Y TẾ

Căn cứ Luật khám bệnh, chữa bệnh năm 2009;

Căn cứ Nghị định số 63/2012/NĐ-CP ngày 31/8/2012 của Chính Phủ quy định chức năng, nhiệm vụ, quyền hạn và cơ cấu tổ chức của Bộ Y tế;

Xét Biên bản họp của Hội đồng nghiệm thu Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành Ngoại khoa của Bộ Y tế;

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

QUYẾT ĐỊNH:

Điều 1. Ban hành kèm theo Quyết định này tài liệu “Hướng dẫn quy trình kỹ thuật chuyên ngành Ngoại khoa- chuyên khoa Phẫu thuật tiết niệu”, gồm 13 quy trình kỹ thuật.

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

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

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

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

Nơi nhận:

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

KT. BỘ TRƯỞNG

THỨ TRƯỞNG

Đã ký

Nguyễn Thị Xuyên

QUY TRÌNH KỸ THUẬT BỆNH VIỆN

CHUYÊN NGÀNH : NGOẠI KHOA

CHUYÊN KHOA PHẪU THUẬT TIẾT NIỆU

HÀ NỘI - 2013

DANH MỤC

1. Phẫu thuật điều trị ung thư dương vật giai đoạn sớm.....	Trang 01
2. Cắt bỏ bán phần dương vật do ung thư	03
3. Cắt toàn bộ dương vật	06
4. Phẫu thuật cắt toàn bộ dương vật, cắt bỏ cơ quan sinh dục ngoài và nạo vét hạch (Phẫu thuật Young H.H)	09
5. Phẫu thuật cắt bàng quang bán phần	12
6. Phẫu thuật túi thừa niệu quản	16
7. Phẫu thuật điều trị u nguyên bào nuôi	18
8. Phẫu thuật nang thừng tinh	21
9. Cắt toàn bộ bàng quang	24
10. Phẫu thuật tạo hình bàng quang	27
11. Phẫu thuật cắt bỏ tuyến tiền liệt kèm túi tinh	30
12. Phẫu thuật nội soi cắt thận	35
13. Phẫu thuật nội soi cắt bán phần thận	41

1. PHẪU THUẬT ĐIỀU TRỊ UNG THƯ DƯƠNG VẬT GIAI ĐOẠN SỚM

I. ĐẠI CƯƠNG

Ung thư dương vật là loại thương tổn khá phổ biến trong đó ung thư do tế bào vẩy chiếm đa số (95%) các trường hợp.

Khối u thường gặp nhiều ở quy đầu, sau là bao quy đầu, rãnh quy đầu... dần dần u phát triển theo hai khuynh hướng:

- Lan theo bề mặt: Tạo ra khối u hình súp lơ (thể sùi) mềm, mủn, dễ chảy máu khi va chạm và tiết dịch rất hôi.

- Xâm lấn theo chiều sâu thành ổ loét, bờ cao dễ chảy máu, nham nhở, dịch hôi, xâm lấn sâu, tiến triển nhanh, qua cân Buck xâm lấn vào thể hang, thể xốp, đôi khi hoại tử làm cụt một phần hoặc toàn bộ dương vật.

Niệu đạo nói chung ít bị tổn thương, nếu có thường ở giai đoạn muộn với biểu hiện đái khó hoặc lỗ rò nước tiểu ở thân dương vật.

Phẫu thuật điều trị ung thư dương vật giai đoạn sớm là phương pháp cắt đốt tại chỗ có thương tổn ung thư, nhằm bảo tồn dương vật, đảm bảo độ dài tương đối, tính thẩm mỹ cũng như chức năng của dương vật, tăng chất lượng cuộc sống của người bệnh.

II. CHỈ ĐỊNH

- Khối u thương tổn nhỏ chưa xâm lấn: Tis, Ta, T1.

- Khối u nhỏ <1cm, không xâm lấn, có độ biệt hoá cao. Nếu cần thiết làm sinh thiết tức thì ở diện cắt.

III. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Bác sỹ phẫu thuật u bướu, chuyên khoa tiết niệu. Trường hợp người bệnh có bệnh kết hợp, sức khỏe yếu, có nhiều nguy cơ cần phối hợp với bác sỹ chuyên khoa gây mê hồi sức.

2. Phương tiện

- + Bộ trung hoặc đại phẫu.
- + Hoặc hệ thống cắt đốt laser.
- + Có thể dùng phương pháp quang động học.

3. Người bệnh

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

- Làm các xét nghiệm cơ bản cho phẫu thuật + HIV.
- Sinh thiết chẩn đoán.

III. TIẾN HÀNH KỸ THUẬT

- Gây tê gốc dương vật hoặc gây tê tuỷ sống.
- Cắt xa bờ mép thương tổn 0,5 cm và sâu dưới mức thương tổn 0,25cm
- Cầm máu.
- Có thể điều trị bổ sung tăng cường hiệu quả nên điều trị bổ trợ tia X (50Gy) hoặc bôi kem 5FU sau phẫu thuật.

V. THEO DÕI

- Theo dõi vết mổ. Chống nhiễm khuẩn tại chỗ vết thương
- Theo dõi tiến triển tái phát hoặc chuyển giai đoạn T2...

2. CẮT BỎ BÁN PHẦN DƯƠNG VẬT DO UNG THƯ

I. ĐẠI CƯƠNG

Ung thư dương vật là loại thương tổn khá phổ biến ở dương vật trong đó ung thư do tế bào vảy chiếm đa số (95%) các trường hợp.

Khối u thường gặp nhiều ở quy đầu, sau là bao quy đầu, rãnh quy đầu... dần dần u phát triển theo hai khuynh hướng:

- Lan theo bề mặt: Tạo ra khối u hình súp lơ (thể sùi) mềm, mủn, dễ chảy máu khi va chạm và tiết dịch rất hôi.

- Xâm lấn theo chiều sâu thành ổ loét, bờ cao dễ chảy máu, nham nhở, dịch hôi, xâm lấn sâu, tiến triển nhanh, qua cân Buck xâm lấn vào thể hang, thể xóp, đôi khi hoại tử làm cụt một phần hoặc toàn bộ dương vật.

Niệu đạo nói chung ít bị tổn thương, nếu có thường ở giai đoạn muộn với biểu hiện đái khó hoặc lỗ rò nước tiểu ở thân dương vật.

Điều trị ung thư dương vật, phẫu thuật là chủ yếu.

Cắt bán phần dương vật hoặc cắt cụt dương vật là phẫu thuật cắt bỏ khối ung thư dương vật và một phần dương vật còn lành

II. CHỈ ĐỊNH

Ung thư dương vật giai đoạn T2, khi tổ chức ung thư đã xâm lấn qua lớp thượng bì và có thể xâm lấn vào thể xóp hay thể hang nhưng chưa vào niệu đạo. Chẩn đoán được xác định qua sinh thiết, khám lâm sàng xác định đã có hạch bẹn chưa và chụp cắt lớp vùng bẹn. Nếu có hạch bẹn nông phải kết hợp nạo vét hạch (Bài Phẫu thuật nạo vét hạch)

III. CHUẨN BỊ

2. Người thực hiện

Bác sỹ chuyên khoa Tiết niệu hoặc chuyên khoa U bướu kết hợp với bác sỹ Gây mê hồi sức.

2. Người bệnh

- Người bệnh được khám toàn diện tim mạch, lồng ngực, phát hiện di căn hạch vùng và dự kiến các nguy cơ.

- Tổn thương được ngâm rửa, làm sạch bằng dung dịch Dakin 10% hoặc dung dịch Bétadine 2-3 lần/ ngày trong 3-5 ngày để làm sạch và giảm tình trạng viêm nhiễm phối hợp với kháng sinh dự phòng Cephalecin 500mg x 4viên/ngày trong 3 – 5 ngày.

- Dụng cụ: bộ dụng cụ trung phẫu.

IV. KỸ THUẬT

1. Phương pháp vô cảm

Gây tê gốc dương vật hoặc gây tê tuỷ sống (cắt cụt đơn thuần); Gây tê tuỷ sống hoặc gây mê toàn thân (có nạo vét hạch).

2. Các bước tiến hành

+ Người bệnh nằm ngửa, chân duỗi thẳng hơi dạng, sát khuẩn và cô lập khối u (đầu dương vật) bằng găng mổ hay bao dương vật (condom) che phủ đến khoảng 2 cm cách xa mép khối u.

+ Kéo đầu dương vật về phía trước, rạch một đường vòng ở da thân dương vật cách mép khối u 2cm, rạch sâu tới cân Buck, cầm máu.

+ Bóc tách thể xóp một đoạn khoảng 2cm, dùng kẹp răng chuột kẹp ôm lớp thể xóp, cắt ngang thể xóp thấp hơn mức da co 1cm.

+ Kẹp cắt thể hang cùng mức da co, khâu cầm máu thể hang .

+ Rạch dọc niệu đạo ở mặt lưng một đoạn 1cm.

+ Khâu khép vỏ bao vật hang với mép cắt niệu đạo tạo lỗ niệu đạo (Hình).

+ Khâu loe niêm mạc niệu đạo ra da mồm cụt dương vật theo bình diện trên bằng chỉ không tiêu.

+ Đặt dẫn lưu bàng quang qua niệu đạo bằng ống thông Foley trong 3-5 ngày.

V. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ BIẾN CHỨNG

- Đề phòng nhiễm khuẩn, sử dụng kháng sinh và thay băng vô khuẩn những ngày hậu phẫu. Đề phòng chảy máu vết mổ.
- Nếu hẹp miệng sáo (đầu niệu đạo) có thể nong nhẹ miệng sáo.
- Theo dõi sự tiến triển của vết mổ và tiến triển của bệnh.

3. CẮT TOÀN BỘ DƯƠNG VẬT DO UNG THƯ

I. ĐẠI CƯƠNG

Ung thư dương vật là loại thương tổn khá phổ biến ở dương vật trong đó ung thư do tế bào vảy chiếm đa số (95%) các trường hợp.

Khối u thường gặp nhiều ở quy đầu, sau là bao quy đầu, rãnh quy đầu... dần dần u phát triển theo hai khuynh hướng:

- Lan theo bề mặt: Tạo ra khối u hình súp lơ (thể sùi) mềm, mủn, dễ chảy máu khi va chạm và tiết dịch rất hôi.

- Xâm lấn theo chiều sâu thành ổ loét, bờ cao dễ chảy máu, nham nhở, dịch hôi, xâm lấn sâu, tiến triển nhanh, qua cân Buck xâm lấn vào thể hang, thể xóp, đôi khi hoại tử làm cụt một phần hoặc toàn bộ dương vật.

Niệu đạo nói chung ít bị tổn thương, nếu có thường ở giai đoạn muộn với biểu hiện đái khó hoặc lỗ rò nước tiểu ở thân dương vật.

Điều trị ung thư dương vật, phẫu thuật là chủ yếu.

Phẫu thuật “Cắt toàn bộ dương vật” trong điều trị ung thư là phẫu thuật triệt để, hạn chế tái phát được nhiều tác giả sử dụng có hiệu quả đối với các trường hợp ung thư xâm lấn thể cương (vật hang), thể xóp, niệu đạo.

II. CHỈ ĐỊNH

Ung thư dương vật giai đoạn tiến triển T3, đã có di căn hạch nên cần phối hợp với phẫu thuật nạo vét hạch (Bài Phẫu thuật nạo vét hạch).

III. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Bác sỹ chuyên khoa Tiết niệu, chuyên khoa U bướu kết hợp bác sỹ chuyên khoa Gây mê hồi sức.

2. Người bệnh

Giải thích kỹ tâm lý và các tình huống, nguy cơ cho người bệnh, người bệnh được làm đầy đủ các xét nghiệm cho cuộc phẫu thuật, vệ sinh vùng phẫu

thuật bằng dung dịch chống nhiễm khuẩn (dung dịch Dakin, Bétadine...) phối hợp với điều trị kháng sinh 3-5 ngày trước phẫu thuật.

3. Phương tiện

Bộ dụng cụ trung, đại phẫu.

IV. TIẾN HÀNH KỸ THUẬT

1. Phương pháp vô cảm

Gây tê tuỷ sống hoặc gây mê toàn thân.

2. Các bước tiến hành

+ Tư thế người bệnh: Như tư thế người bệnh ở tư thế cắt cụt dương vật.

+ Bóc khối ung thư bằng găng mổ hay bao cao su (condom) để tránh tổ chức và dịch bắn của khối u vào phẫu trường.

+ Rạch da vùng trên xương mu và bìu sát gốc dương vật theo hình thoi. Ở phía mu rạch sâu đến lớp cơ Buck, khâu buộc các mạch máu và bạch mạch ở vùng này. Sau đó lật dương vật lên trên áp sát thành bụng. Dùng kẹp răng chuốt kẹp ôm lấy thể xốp và bóc tách thể xốp một đoạn khoảng 2cm. Kẹp cắt thể xốp ở giữa đoạn vừa bóc tách (dự liệu đoạn niệu đạo sẽ đưa ra bìu, đủ dài để tránh co kéo tụt lỗ đái vào bìu sau phẫu thuật). Kẹp và cắt thể hang ở khớp mu. Khâu cầm máu thể hang bằng những mũi khâu chữ U. Bóc tách một đoạn đường hầm từ chỗ rạch da vùng bìu sát gốc dương vật đến giữa bìu và hậu môn. Rạch da cân tạo một lỗ đủ rộng (khoảng 1cm) để đưa niệu đạo ra ngoài bìu.

Để tránh lỗ niệu đạo bị co kéo vào trong bìu, nên để thừa một đoạn niệu đạo ra ngoài cách lỗ bìu vừa tạo khoảng 1cm. Sau đó rạch niệu đạo ở mặt sau lưng và khâu loe niêm mạc niệu đạo ra mép da xung quanh bằng chỉ không tiêu 4/0.

+ Đặt dẫn lưu bàng quang qua niệu đạo bằng ống thông Foley 5-7 ngày

V. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ BIẾN CHỨNG

- Chống nhiễm khuẩn: Điều trị kháng sinh sau mổ và chăm sóc vết mổ vô khuẩn.

- Nước tiểu rò rỉ hay chảy xuống bìu làm người bệnh khó chịu và bẩn. Để đề phòng cần lưu ý trong phẫu thuật đưa niệu đạo ra ngoài lỗ bìu khoảng 1cm trước khi khâu với mép da bìu, tránh lỗ niệu đạo tụt vào trong.

- Phù bạch mạch ở bìu do cầm thắt bạch mạch không kỹ, bạch mạch thoát ra làm phù vùng bìu.

- Hẹp lỗ đái, có thể nong nhẹ lỗ đái (niệu đạo).

4. PHẪU THUẬT CẮT TOÀN BỘ DƯƠNG VẬT, CẮT BỎ CƠ QUAN SINH DỤC NGOÀI VÀ NẠO VẾT HẠCH (PHẪU THUẬT YOUNG H.H.)

I. ĐẠI CƯƠNG

Ung thư dương vật là loại thương tổn khá phổ biến ở dương vật trong đó ung thư do tế bào vẩy chiếm đa số (95%) các trường hợp.

Khối u thường gặp nhiều ở quy đầu, sau là bao quy đầu, rãnh quy đầu... dần dần u phát triển theo hai khuynh hướng:

- Lan theo bề mặt: Tạo ra khối u hình súp lơ (thể sùi) mềm, mủn, dễ chảy máu khi va chạm và tiết dịch rất hôi.

- Xâm lấn theo chiều sâu thành ổ loét, bờ cao dễ chảy máu, nham nhở, dịch hôi, xâm lấn sâu, tiến triển nhanh, qua cân Buck xâm lấn vào thê hang, thê xóp, đôi khi hoại tử làm cụt một phần hoặc toàn bộ dương vật.

Niệu đạo nói chung ít bị tổn thương, nếu có thường ở giai đoạn muộn với biểu hiện đái khó hoặc lỗ rò nước tiểu ở thân dương vật.

Điều trị ung thư dương vật, phẫu thuật là chủ yếu.

Annadal (1873) đã thực hiện cắt bỏ cơ quan sinh dục ngoài (gồm dương vật và hai tinh hoàn) cho người bệnh có thương tổn đã xâm lấn da bìu. Đến năm 1907, Young H.H nhận thấy những trường hợp ung thư đã lan tới gốc dương vật hoặc tổ chức kế cận, thường có di căn hạch, tác giả đề xuất phương pháp cắt bỏ cơ quan sinh dục ngoài và vét hạch bẹn hai bên thành một khối (phẫu thuật Young H.H.) đã làm giảm tỷ lệ tái phát và tăng thời gian sống thêm cho người bệnh ở giai đoạn muộn.

II. CHỈ ĐỊNH

Khối ung thư ở giai đoạn T4, ung thư xâm lấn tổ chức xung quanh có di căn hạch vùng.

III. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Bác sỹ phẫu thuật viên chuyên ngành Tiết niệu hoặc chuyên ngành U bướu phối hợp với bác sỹ Gây mê hồi sức.

2. Người bệnh

Được khám xét cẩn thận làm các xét nghiệm đầy đủ, được chẩn đoán đầy đủ qua sinh thiết, chụp cắt lớp, chụp lồng ngực, điện tâm đồ,... vì phẫu thuật phức tạp, có thể kéo dài và người bệnh ngoài phát hiện ung thư tại chỗ còn có thể có di căn các cơ quan khác.

Được làm vệ sinh kỹ bộ phận sinh dục, vùng chậu và thương tổn bằng thuốc sát khuẩn (Dakin, Bétadin) 3 - 5 ngày trước phẫu thuật.

3. Dụng cụ: Bộ đại phẫu.

IV. TIẾN HÀNH KỸ THUẬT

1. Phương pháp vô cảm

Gây mê nội khí quản.

2. Các bước tiến hành

+ Người bệnh nằm ngửa, chân hơi dạng. Sát khuẩn phẫu trường rộng rãi cả vùng chậu, bẹn, đùi và bộ phận sinh dục.

+ Sau khi tách biệt khối u bằng găng mổ. Rạch da một đường ngang qua bờ trên gốc dương vật sang hai bên song song với cung đùi đến tận sát gai chậu trước trên mỗi bên.

+ Một đường rạch khác hình chữ V bắt đầu từ một điểm trên đường rạch ngang ứng với lỗ bẹn nông, đi xuống theo bờ trong của đùi đến chỗ cách lỗ hậu môn 3-5cm rồi đi chéo lên gặp đường rạch ngang đối xứng với bên kia.

+ Các vạt da trên mu và hai bên bẹn được bóc tách và lật ra xung quanh để lộ rõ phẫu trường. Để hạn chế tình trạng hoại tử vạt da, không nên bóc tách vạt da quá mỏng, không đốt điện cầm máu các mạch máu ở gốc vạt da, mà chủ yếu là kẹp buộc chỉ.

+ Tiến hành nạo vét hạch bẹn nông, sâu mỗi bên thành một khối cho đến lỗ bẹn nông, rồi bóc lộ thừng tinh, kẹp thắt thừng tinh. Cẩn thận hai phía nơi thừng tinh thoát ra ngoài lỗ bẹn nông.

+ Phẫu tích vào trong, cắt dây chằng treo dương vật ở sát khớp mu. Cắt các rễ thể hang, hạ dần dương vật xuống khỏi ngành ngồi mu.

+ Khi đến niệu đạo hành, dừng lại, bóc tách niệu đạo một đoạn đủ dài khoảng 2 cm và cắt ngang niệu đạo thấp hơn mức cắt rễ thể hang 2 cm.

+ Cuối cùng cắt các cân của bìu và hai tinh hoàn.

Như vậy, khối cắt bỏ gồm: Hạch bẹn nông, hạch bẹn sâu, tổ chức mỡ, dương vật và hai tinh hoàn.

+ Khâu cầm máu toàn bộ bề mặt vùng da vừa cắt bỏ.

+ Đưa niệu đạo ra chỗ thấp nhất của vết mổ ở tầng sinh môn, xẻ dọc niệu đạo ở mặt lưng 1 cm và khâu loe niêm mạc niệu đạo ra da xung quanh.

+ Đặt dẫn lưu bàng quang qua niệu đạo 5 - 7 ngày. Dẫn lưu hai bên bẹn.

+ Khâu phục hồi lại da vùng bẹn mu.

V. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ BIẾN CHỨNG

- Điều trị kháng sinh liều cao (theo kháng sinh đồ, nếu có).

- Chăm sóc vết mổ chống nhiễm khuẩn.

+ Nếu vết mổ sưng phù do bạch huyết: cắt nới chỉ thoát bạch mạch.

+ Nếu chảy máu: dùng thuốc cầm máu, băng ép hoặc xử lý cầm máu.

+ Nếu da bị hoại tử: cắt nới chỉ hoặc cắt chỉ thoát dịch hoại tử, chăm sóc vết mổ. Nếu thiếu da sẽ tiến hành ghép da sau này.

- Hẹp niệu đạo: nong niệu đạo.

- Theo dõi định kỳ 3-6 tháng/lần phát hiện tái phát và tình trạng toàn thân của người bệnh và sự tiến triển của bệnh.

5. PHẪU THUẬT CẮT BÀNG QUANG BÁN PHẦN

I. ĐẠI CƯƠNG

Cắt bán phần bàng quang có một số ưu điểm như: Bảo tồn được chức năng cương ở nam giới, duy trì được sức chứa của bàng quang và lấy được toàn bộ chiều dày của thành bàng quang để làm tiêu bản giải phẫu bệnh

II. CHỈ ĐỊNH

1. Trường hợp khối u bàng quang nguyên phát, một khối nằm ở vị trí có thể cắt được toàn bộ khối u với một mép lành khoảng 3mm.
2. Trường hợp u bàng quang nhưng không thể tiến hành cắt u qua đường nội soi niệu đạo do người bệnh bị gù, vẹo, cứng khớp háng hay hẹp niệu đạo. Ngoài ra trường hợp khối u bàng quang nằm trong túi thừa vì nguy cơ thủng bàng quang khi cắt nội soi.
3. Chỉ định cắt bán phần bàng quang liên quan đến các bệnh lý ác tính như: sarcoma tiết niệu sinh dục ở người lớn và trẻ em, carcinoma dây rốn liên quan đến đáy bàng quang và u các cơ quan lân cận xâm lấn bàng quang.
4. Các chỉ định cắt bàng quang bán phần không do bệnh ác tính như: các bệnh rò bàng quang đại tràng, rò bàng quang âm đạo, lạc nội mạc tử cung khu trú trong bàng quang.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Trường hợp u bàng quang có nhiều khối, hoặc u nằm ở vùng trigone, đây là vùng là mà không có khả năng cắt rộng rãi hết khối u đến vùng lành

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

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

2. Phương tiện

01 bộ dụng cụ phẫu thuật tiết niệu, gạc lớn, gạc nhỏ, chỉ liên kim, hoặc chỉ cát gút, chỉ lin.

3. Người bệnh

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

4. Hồ sơ bệnh án

Hồ sơ bệnh án được chuẩn bị đầy đủ bao gồm các xét nghiệm chẩn đoán bệnh và các xét nghiệm cơ bản phục vụ cho cuộc mổ, có bản cam kết chấp nhận phẫu thuật của người bệnh và chữ kí giải thích của phẫu thuật viên.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Bước 1: Tư thế người bệnh

Người bệnh được nằm ở tư thế ngửa đầu thấp. Sát trùng, phủ toan chuẩn bị trường mổ. Có thể đặt sonde niệu đạo và bơm rửa bàng quang một vài lần để lấy đi hết những tế bào ung thư rơi rụng trong lòng bàng quang. Sau khi bơm rửa nối sonde niệu đạo với túi nước tiểu vô trùng.

2. Bước 2: Bộc lộ bàng quang:

Có hai phương pháp bộc lộ bàng quang: trong phúc mạc và ngoài phúc mạc.

2.1. Đối với phương pháp bộc lộ bàng quang trong phúc mạc

Rạch da đường trắng dưới rốn kéo dài từ bờ trên xương mu tới sát rốn. Mở phúc mạc theo đường giữa.

Rạch phúc mạc phủ bó mạch chậu và các hạch chậu, lấy hạch chậu một bên làm xét nghiệm giải phẫu bệnh

Tìm và thắt động mạch bàng quang trên

Tiếp tục phẫu tích để bộc lộ bàng quang càng nhiều càng tốt sao cho mép cắt cách khối u ít nhất khoảng 2 - 3 cm, giải phóng phúc mạc bám vào bàng quang. Rồi sau đó rạch phúc mạc chen giữa bàng quang và trực tràng ở phía sau

2.2. Đối với phương pháp ngoài phúc mạc

Bộc lộ mặt trước bàng quang và vén phúc mạc phủ mặt trước bàng quang.

Giải phóng toàn bộ phần phúc mạc dính vào vùng đáy bàng quang.

Giải phóng mặt bên và mặt sau của bàng quang. Nếu cần thiết thì phải bóc lộ và cắt bỏ cả bó mạch bàng quang trên. Để nguyên lớp mỡ xung quanh bàng quang trên vị trí của u.

3. Bước 3: Mở bàng quang

Mở bàng quang giữa hai mũi chỉ chờ. Kéo nhẹ bàng quang và đánh dấu một đường xung quang khối u, cách mép khối u khoảng 2-3 cm.

Cắt cả khối toàn bộ khối u, mỡ quanh bàng quang và thậm chí cả phúc mạc bao phủ lên vùng khối u nếu cần thiết.

Gửi mảnh tổ chức lành đi làm sinh thiết tức thì, nếu có tế bào u thì tiếp tục cắt rộng hơn chút nữa cho đến khi nào không còn tìm thấy u nữa thì thôi.

4. Bước 4: Đóng bàng quang

Cố gắng tránh không đặt dẫn lưu bàng quang mà thay vào đó là đặt sonde niệu đạo. Chỉ đặt sonde bàng quang khi không đặt được sonde niệu đạo.

Lau rửa bàng quang bằng huyết thanh mặn và đóng bàng quang bằng các mũi khâu vắt chỉ catgut số 3/0 và khâu tăng cường bằng các mũi chỉ chromic catgut mũi rời. Khâu lại phúc mạc, lau rửa vết mổ, đặt dẫn lưu và đóng bụng.

VI. THEO DÕI

Trong và ngay sau mổ có thể gặp các biến chứng như sau:

- Chảy máu trong mổ: theo dõi bằng cách đánh giá lượng máu mất qua phẫu thuật
- Chảy máu sau mổ đánh giá bằng theo dõi nước tiểu qua sonde niệu đạo
- Sau mổ có thể có nhiễm trùng: theo dõi bằng cách đo nhiệt độ ngày 2 lần.
- Ngoài ra có thể có thoát nước tiểu ra ngoài

VII. XỬ TRÍ TAI BIẾN (nếu có)

6. PHẪU THUẬT TÚI THỪA NIỆU ĐẠO

I. ĐẠI CƯƠNG

Là một túi hay khối phòng với kích thước khác nhau cạnh niệu đạo. Do khối phòng thông với niệu đạo nên nó luôn được làm đầy bởi nước tiểu trong quá trình tiểu tiện.

II. CHỈ ĐỊNH

Không phải tất cả túi thừa niệu đạo đều có chỉ định cắt bỏ. Những trường hợp không có triệu chứng, phát hiện tình cờ khi khám sức khỏe có thể không cần cắt nếu người bệnh không muốn.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Những trường hợp có chống chỉ định phẫu thuật

IV. CHUẨN BỊ

1. Người bệnh được giảm đau bằng các phương pháp giảm đau vùng (tê tủy sống) hay gây mê
2. Cán bộ thực hiện: Phẫu thuật viên chuyên khoa tiết niệu (01 phẫu thuật viên, 02 trợ thủ viên)
3. Phương tiện: 01 bộ dụng cụ phẫu thuật tiết niệu, gạc lớn, gạc nhỏ, chỉ liên kim, hoặc chỉ cát gút, chỉ lạnh.
4. Người bệnh: Người bệnh được chuẩn bị theo qui trình chuẩn bị người bệnh trước mổ.
5. Hồ sơ bệnh án: Hồ sơ bệnh án được chuẩn bị đầy đủ bao gồm các xét nghiệm chẩn đoán bệnh và các xét nghiệm cơ bản phục vụ cho cuộc mổ, có bản cam kết chấp nhận phẫu thuật của người bệnh và chữ kí giải thích của phẫu thuật viên.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Kiểm tra khám người bệnh trước mổ, kiểm tra hồ sơ bệnh án
- Tê tủy sống, người bệnh tư thế sản khoa
- Đặt sonde niệu đạo

- Bộc lộ túi thừa, cổ túi thừa

- Cắt bỏ túi thừa, loại bỏ toàn bộ niêm mạc của túi thừa tránh tái phát nhưng không lấn gây mất niệu đạo sẽ gây khiếm khuyết và phải tạo hình lại niệu đạo

- Khâu phục hồi lại niệu đạo bằng chỉ tiêu chậm. Khâu nhiều lớp tránh lỗ rò hậu phẫu gây rò niệu đạo - âm đạo.

VI. THEO DÕI SAU MỔ

- Vết mổ, rò niệu đạo - âm đạo không? Hẹp niệu đạo sau mổ gây đái khó

- Xử lý tai biến: Mổ tạo hình lại niệu đạo nếu hẹp niệu đạo sau mổ; đóng rò niệu đạo – âm đạo.

7. PHẪU THUẬT ĐIỀU TRỊ U NGUYÊN BÀO NUÔI

I. ĐẠI CƯƠNG

U nguyên bào thận hay còn gọi là u Wilms là ung thư thận nguyên phát hay gặp ở trẻ em (1/8000 trẻ) chiếm 5% các ung thư của trẻ em. Tuổi thường gặp là 3,5 tuổi. Tỷ lệ trẻ em nam – nữ mắc bệnh ngang nhau và 1-2% ung thư có tính chất gia đình. Trong 30 năm gần đây, nhờ kết hợp hóa chất và quang tuyến với điều trị ngoại khoa, hơn 90% người bệnh bị u Wilms đã được cứu sống.

II- CHỈ ĐỊNH

1. Điều trị phẫu thuật

- Đối với người bệnh có u Wilms 1 bên và có khả năng cắt bỏ được.
- Đối với người bệnh ung thư cả 2 thận cần có chiến thuật thích hợp với từng người bệnh.
- Các người bệnh có ung thư thuận lợi về mặt mô học (u rất biệt hóa) nên điều trị hóa chất trước và điều trị bảo tồn bằng cắt bỏ phần thận bị ung thư.
- Các người bệnh có ung thư không thuận lợi về mặt mô học (ít biệt hóa, u tế bào sáng) nên cắt bỏ phần thận bị ung thư và tiếp tục điều trị bằng hóa chất hay quang tuyến.

2. Điều trị quang tuyến

- Người bệnh bị ung thư loại ít biệt hóa và giai đoạn muộn

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- U Wilms rất nhạy với quang tuyến nhưng phương pháp điều trị này gây độc hại với tim, gan, phổi, ảnh hưởng đến sự phát triển của trẻ nhỏ. Vì vậy không dùng quang tuyến để điều trị trước phẫu thuật, các ung thư giai đoạn 1, 2 có mô học biệt hóa.

- Điều trị hóa chất: các hóa chất hay được dùng là actinomycin D, vincristin, doxorubicin, cyclophosphamid, etoposid, cisplatin.

- Phác đồ điều trị dựa trên giai đoạn xâm lấn, độ biệt hóa cục bộ hay lan tỏa.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người bệnh nằm ngửa, gây mê nội khí quản...
2. Cán bộ thực hiện: Phẫu thuật viên là bác sỹ chuyên khoa 2, chuyên khoa Tiết niệu (01 phẫu thuật viên, 02 trợ thủ viên)
3. Phương tiện: 01 bộ dụng cụ phẫu thuật tiết niệu, gạc lớn, gạc nhỏ, chỉ liên kim, hoặc chỉ cát gút, chỉ lin.
4. Người bệnh: Người bệnh được chuẩn bị theo qui trình chuẩn bị người bệnh trước mổ.
5. Hồ sơ bệnh án: Hồ sơ bệnh án được chuẩn bị đầy đủ bao gồm các xét nghiệm chẩn đoán bệnh và các xét nghiệm cơ bản phục vụ cho cuộc mổ, có bản cam kết chấp nhận phẫu thuật của người bệnh và chữ kí giải thích của phẫu thuật viên.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Mổ u thận bên trái

Rạch theo rãnh đại tràng xuống, lấy bỏ các hạch phía trước và trái của động mạch chủ, buộc và cắt động mạch thận, tĩnh mạch thận trái, lấy bỏ khối u thận và các hạch ở rốn thận cạnh động mạch thành một khối. Các hạch phía cột trụ trái cơ hoành, sau động mạch, phía ngoài động mạch chậu gốc trái được lấy sau cùng

2. Mổ u thận bên phải

Mở theo rãnh đại tràng phải, sau khi thắt và cắt động mạch cùng tĩnh mạch thận, u thận được cắt cả khối kèm các hạch trước và bên cạnh tĩnh mạch chủ dưới. Các hạch nằm sau tĩnh mạch và các hạch bên ngoài động mạch chậu gốc được lấy sau cùng.

3. Các loại và giới hạn nạo vét hạch trong u thận

Có 3 cách nạo vét hạch: Nạo vét hạch vùng rốn thận (luôn thực hiện trong mọi cuộc mổ cắt bỏ u thận); Nạo vét hạch trong vùng thận; Nạo vét hạch rộng rãi.

4. Mổ lấy huyết khối tĩnh mạch chủ dưới

Khi có huyết khối tĩnh mạch chủ dưới phải lấy huyết khối khi lấy bỏ khối u. Kiểm soát tĩnh mạch chủ dưới ở trên và dưới huyết khối, kèm tĩnh mạch thận bên đối diện, cho phép mở dọc tĩnh mạch chủ dưới lấy bỏ huyết khối.

Khi có huyết khối tĩnh mạch do u ở vị trí trên cơ hoành, mở ngực bên phải để bộc lộ tĩnh mạch chủ dưới đoạn sát trên cơ hoành, đặt sẵn kẹp nhưng chưa kẹp, tiếp theo phẫu tích tĩnh mạch thận bên đối diện và tĩnh mạch chủ dưới đoạn dưới thận để luồn dây treo, dễ dàng kiểm soát mạch cầm máu khi lấy huyết khối. Tiếp tục cắt u thận, lấy hạch và lấy tổ chức mỡ quanh thận.

8. PHẪU THUẬT NANG THỪNG TINH

I. ĐẠI CƯƠNG

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

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

II. CHỈ ĐỊNH

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

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Không có chống chỉ định

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

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

2. Phương tiện

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

3. Người bệnh

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

4. Hồ sơ bệnh án

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

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Bước 1: Tư thế người bệnh

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

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

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

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

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

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

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

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

4. Bước 4: Thắt và cắt nang thừng tinh

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

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

5. Bước 5: Đóng vết mổ

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

VI. THEO DÕI

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

VII. XỬ TRÍ TẠI BIẾN

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

9. CẮT TOÀN BỘ BÀNG QUANG TRONG ĐIỀU TRỊ TRIỆT CĂN UNG THƯ BÀNG QUANG

I. ĐẠI CƯƠNG

Cắt toàn bộ bàng quang là một phẫu thuật điều trị triệt căn ung thư bàng quang. Phẫu thuật này bao gồm cắt toàn bộ bàng quang, tuyến tiền liệt, hai túi tinh và nạo vét hạch ở nam giới. Cắt toàn bộ bàng quang, nạo vét hạch chậu ở nữ. Phẫu thuật này thường kèm với các phẫu thuật chuyển dòng nước tiểu hoặc tạo hình bàng quang.

II. CHỈ ĐỊNH

- Ung thư bàng quang giai đoạn II, III.
- Một số trường hợp ung thư giai đoạn I, nhưng nhiều khối lan tỏa, tái phát nhanh, độ ác tính cao cũng có chỉ định cắt toàn bộ bàng quang.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Ung thư bàng quang giai đoạn IV, u xâm lấn vào khung chậu, các mạch máu lớn.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- Hai bác sĩ phẫu thuật: một phẫu thuật viên chính và hai phụ
- Hai điều dưỡng: 1 điều dưỡng đưa dụng cụ, một phục phụ bên ngoài.

2. Phương tiện

Một bộ dụng cụ đại phẫu. Kéo mổ, kẹp phẫu tích, kìm cặp kim dài. Panh dài cặp mạch máu 10 chiếc. Chỉ liên kim prolene, vicryl số 0, 2.0, 3.0, 4.0. Chuẩn bị sẵn một bộ dụng cụ phẫu thuật cơ bản, một bộ dụng cụ phẫu thuật sinh dục - tiết niệu dài, một bộ dụng cụ phẫu thuật sinh dục - tiết niệu siêu - dài, một bộ dụng cụ phẫu thuật tiết niệu - sinh dục nhỏ; Các dụng cụ đặc biệt cho phẫu thuật dạ dày - ruột;

3. Người bệnh

- Phải giành ưu tiên cho việc đánh giá tình trạng phổi của người bệnh:
- Phải truyền máu nếu có tình trạng thiếu máu và albumin
- Trước phẫu thuật, hãy chọn hai vị trí có thể thay thế lẫn nhau để tạo lỗ miệng niệu quản mở ra ngoài da cho người bệnh ở tư thế ngồi và tư thế đứng, rồi đánh dấu các vị trí này, bằng cách dùng mũi kim để gạch thành vết xước trên da của người bệnh ở các vị trí đó

- Cho người bệnh đi tắt nịt ở chân hoặc đi ủng khí ép vào tối hôm trước phẫu thuật, giữ nguyên tắt hoặc ủng cho tới khi người bệnh có thể hoàn toàn di chuyển được.

- Chuẩn bị cho ruột về mặt cơ học

4. Hồ sơ bệnh án: đầy đủ các xét nghiệm cơ bản trong giới hạn bình thường; Giấy cam đoan phẫu thuật.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Khám lại người bệnh
- Kiểm tra hồ sơ.
- Thực hiện kỹ thuật

1. Tư thế:

- Người bệnh nằm ngửa.
- Chuẩn bị: Chuẩn bị vùng bụng và đáy chậu

2. Đường rạch da : Rạch da phần dưới bụng trên đường giữa đi từ xương mu đến 4 cm ở trên và bên trái của rốn. Rạch mạc trước của cơ thẳng bụng, và bằng dụng cụ tù đầu tách các cơ thẳng bụng rời xa nhau trên đường giữa.

3. Rạch mạc ngang bụng: bằng dụng cụ tù đầu mở vào khoang Retzius. Rạch phúc mạc theo đường rạch thành bụng ở phía nửa trên, nhưng ở phần dưới thì sau khi đã cắt ống niệu - rốn mới cắt phúc mạc theo hình chữ V.

4. Giải phóng niệu quản phải cùng với lớp vỏ xơ (vỏ hoặc áo liên kết) của nó, kẹp niệu quản này bằng một cờ-lăm vuông góc, đặt một mũi khâu chờ ở phía trên chỗ kẹp, và cắt niệu quản ở phía dưới chỗ đặt mũi khâu chờ. Sinh thiết niệu

quản: nếu người bệnh có nguy cơ bị ung thư tại chỗ (CIS) thì trích thử một mẫu sinh thiết ở đoạn cuối niệu quản và gửi đi xét nghiệm giải phẫu bệnh bằng cắt lạnh mẫu sinh thiết tức thì.

5. Cắt cuống mạch bên của bàng quang

6. Cắt cuống mạch sau của bàng quang

7. Cắt niệu đạo và sinh thiết tức thì móm cắt niệu quản hai bên

8. Cắt các thành phần kết nối còn lại ở hai bên, vốn thuộc về mạc nội - chậu bé, giữ lại hai cánh bên của tuyến tiền liệt. Lấy bệnh phẩm ra ngoài.

9. Nạo vét hạch chậu bịt 2 bên, sinh thiết tức thì và chờ kết quả để quyết định phương pháp tạo hình bàng quang.

10. Đặt lại ruột một cách cẩn thận, và kéo mạc nối lớn xuống phía dưới để che phủ các chỗ khâu nối. Thường cần phải dẫn lưu bàng hút liên tục để bảo vệ đường thoát mới cho nước tiểu.

11. Đóng thành bụng một cách thích hợp.

VI. THEO DÕI

Sau mổ theo dõi biến chứng chảy máu, nhiễm khuẩn.

VI. XỬ TRÍ TAI BIẾN

Nếu chảy máu cấp tính : người bệnh sốc, mạch nhanh huyết áp tụt, dẫn lưu chảy máu nhiều, cần mở lại ngay để cầm máu. Nếu mất máu mức độ nhẹ cần truyền máu và theo dõi sát người bệnh.

10. PHẪU THUẬT TẠO HÌNH BÀNG QUANG

I. ĐẠI CƯƠNG

Sau khi cắt toàn bộ bàng quang do ung thư, do lao, hoặc xơ hóa bàng quang, cần đặt ra vấn đề thay thế bàng quang.

Hiện nay, ruột là vật liệu tốt nhất dùng để thay thế bàng quang. Bàng quang ruột cần phải có một dung tích vừa phải (500ml), có áp lực thấp để tránh trào ngược bàng quang niệu quản và gây đá ri cho người bệnh. Do vậy ruột sử dụng tạo hình bàng quang phải phá bỏ hình ống.

II. CHỈ ĐỊNH

- Cho những người bệnh sau cắt toàn bộ bàng quang do ung thư bàng quang giai đoạn II, IIIa. Người bệnh thể trạng tốt, tiên lượng sống trên 5 năm.

- Sau cắt bàng quang xơ hóa do lao, viêm hoặc bàng quang thần kinh.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Ung thư bàng quang giai đoạn IIIb, IV.

- Người bệnh thể trạng kém, các bệnh toàn thân như tim mạch, tâm phế mãn...

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- 03 bác sĩ: 01 phẫu thuật viên chính và 02 phụ

- 02 điều dưỡng: 1 điều dưỡng đưa dụng cụ, 01 phục phụ bên ngoài.

2. Phương tiện

Chuẩn bị sẵn một bộ dụng cụ phẫu thuật cơ bản, một bộ dụng cụ phẫu thuật sinh dục-tiết niệu dài, một bộ dụng cụ phẫu thuật sinh dục-tiết niệu siêu dài, một bộ dụng cụ phẫu thuật tiết niệu – sinh dục nhỏ; Các dụng cụ đặc biệt cho phẫu thuật dạ dày-ruột;

3. Người bệnh

- Phải giành ưu tiên cho việc đánh giá tình trạng phổi của người bệnh

- Phải truyền máu nếu có tình trạng thiếu máu và albumin
- Trước phẫu thuật, hãy chọn hai vị trí có thể thay thế lẫn nhau để tạo lỗ miệng niệu quản mở ra ngoài da cho người bệnh ở tư thế ngồi và tư thế đứng, rồi đánh dấu các vị trí này, bằng cách dùng mũi kim để gạch thành vết xước trên da của người bệnh ở các vị trí đó
- Cho người bệnh đi tắt nịt ở chân hoặc đi ủng khí ép vào tối hôm trước phẫu thuật, giữ nguyên tắt hoặc ủng cho tới khi người bệnh có thể hoàn toàn di chuyển được.
- Chuẩn bị cho ruột về mặt cơ học

4. Hồ sơ bệnh án

Đầy đủ các xét nghiệm cơ bản trong giới hạn bình thường. Giấy cam đoan phẫu thuật.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Khám lại người bệnh
 - Kiểm tra hồ sơ.
 - Thực hiện kỹ thuật
1. Đường rạch: đường rạch trên đường giữa bụng và tiến hành tiếp như trong phẫu thuật cắt bỏ bàng quang triệt để.
 2. Cắt ngang một phần (không cắt tất cả chiều ngang) đoạn niệu đạo màng, và đặt 8 (tám) mũi chỉ khâu vào đoạn này chuẩn bị để nối với hồi tràng. Lấy mẫu sinh thiết niệu đạo để làm xét nghiệm sinh thiết tức thì. Chỉ tiến hành phẫu thuật tạo hình bàng quang bằng hồi tràng nếu đã kiểm soát được chảy máu và toàn bộ chiều dài của đoạn niệu đạo màng vẫn còn nguyên vẹn.
 3. Chọn một khúc ruột ở đoạn cuối hồi tràng dài 60-65 cm, đưa đoạn giữa của khúc ruột này lại gần niệu đạo, nhưng không được kéo căng. Nếu không thể làm được như vậy thì dùng phương pháp thay thế khác cho bàng quang. Sau khi đã chắc chắn rằng mạc treo tiểu tràng đủ dài để cho khúc hồi tràng nối trên lại gần

được niệu đạo thì cắt hồi tràng ở hai đầu của khúc ruột đã chọn và nối lại hai đầu của hồi tràng để phục hồi đường tiêu hóa ở đây.

4. Mở toàn bộ khúc hồi tràng đã cắt, tách riêng ra như trên dọc theo bờ đối diện với bờ mạc treo. Nối khúc hồi tràng với niệu đạo bằng cách sử dụng 8 mũi chỉ khâu đã đặt sẵn từ trước ở niệu đạo đã được cắt.

5. Kỹ thuật nối niệu quản – tiểu tràng của Camey – Le Duc:

6. Đóng bàng quang mới tạo bằng một đường khâu vắt với chỉ tổng hợp tự tiêu 2-0 (2-0 SAS). Khâu cố định các đầu của túi bàng quang mới tạo-hình vào thành của chậu bé.

7. Đóng vết mổ, đưa các ống dẫn lưu ra ngoài qua thành bụng.

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

Hậu phẫu cần tạo bài niệu tốt để hòa loãng các chất nhày và tránh cho các ống niệu quản khỏi bị tắc. Bơm rửa bàng quang mới được tạo, cứ trong 3 giờ thì bơm rửa 1 lần, mỗi lần 300ml dung dịch nước muối, để lấy đi hết chất nhày.

Duy trì dinh dưỡng kéo dài ngoài đường tiêu hóa cho người bệnh ngay cả khi đã có trung tiện.

11. PHẪU THUẬT CẮT TUYẾN TIỀN LIỆT TRIỆT CĂN DO UNG THƯ

I. ĐẠI CƯƠNG

Phẫu thuật cắt tuyến tiền liệt (TTL) triệt căn bao gồm cắt toàn bộ tuyến tiền liệt đi kèm hai túi tinh từ dưới cơ thắt tròn cổ bàng quang đến trên cơ thắt vân niệu đạo được thực hiện bằng đường ngoài phúc mạc sau xương mu. Phẫu thuật lập lại lưu thông tiết niệu được thực hiện ngay cùng thì bằng miệng nối bàng quang - niệu đạo sau.

II. CHỈ ĐỊNH

1. Ung thư tuyến tiền liệt ở nam dưới 60 tuổi giai đoạn u còn nằm trong tuyến (T1, T2)
2. Chỉ định tốt nhất là với ung thư tuyến tiền liệt có PSA dưới 10ng/ml, dưới 50% mảnh cắt sinh thiết dương tính và điểm Gleason dưới 8.
3. Chỉ định áp dụng đối với ung thư tuyến tiền liệt giai đoạn T3N0M0 nhưng không bảo tồn mạch thần kinh cương.
4. Chỉ định sau điều trị tia xạ có thể đi kèm làm hậu môn nhân tạo tạm thời.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

1. Thể trạng người bệnh quá yếu cần hồi sức tích cực trước phẫu thuật.
2. Người bệnh già yếu trên 65 tuổi hoặc có các bệnh phối hợp.
3. Ung thư giai đoạn tiến triển hoặc đã di căn xa.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Phẫu thuật viên tiết niệu và gây mê hồi sức có kinh nghiệm.

2. Phương tiện

Bộ đại phẫu tiết niệu, dao điện đơn cực, dao siêu âm (nếu có).

3. Người bệnh

- Được làm đầy đủ các xét nghiệm cơ bản và đánh giá chức năng thận.
- Định lượng PSA và sinh thiết TTL dưới siêu âm qua trực tràng.

- Nhất thiết phải: Làm siêu âm, chụp cắt lớp vi tính hoặc cộng hưởng từ hệ tiết niệu xác định mức độ xâm lấn của ung thư TTL và đánh giá chức năng thận hai bên.

- Chuẩn bị mổ theo quy định.

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

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Tư thế người bệnh

Nằm ngửa, ống thông niệu đạo được đặt trước mổ.

2. Vô cảm

Người bệnh được gây mê nội khí quản hoặc gây tê tủy sống, tê ngoài màng cứng

3. Kỹ thuật

3.1. Rạch da đường trắng giữa dưới rốn: phẫu tích vào khoang ngoài phúc mạc.

3.2. Bộc lộ thành trước bên bàng quang và tuyến tiền liệt thăm dò đánh giá tổn thương và nạo vét hạch hạ vị và chậu bịt 2 bên, thử giải phẫu bệnh tức thì. Cần nhắc hết sức thận trọng trước khi quyết định cắt toàn bộ TTL nếu thấy tổn thương đã xâm lấn vào trực tràng, bàng quang, xương mu và tiểu khung.

3.3. Cắt toàn bộ tuyến tiền liệt và túi tinh

- **Phẫu tích xuống phần thấp của tuyến tiền liệt:** 2 bên cho tới mặt trên của cân đáy chậu giữa để thấy rõ 2 dây chằng mu - TTL. Mở cân đáy chậu giữa ở 2 bên từ sau ra trước dọc theo mặt bên của TTL và dọc bờ bên của 2 dây chằng mu TTL. Giải phóng bờ trong cơ nâng hậu môn bộc lộ mặt bên của tổ chức bọc xung quanh TTL. Cắt ngang đầu tận trước của dây chằng mu TTL nơi bám vào xương mu.

- **Thì cầm máu mặt trước:** Phẫu tích tách đám rối tĩnh mạch Santorini nằm ngay dưới dây chằng mu TTL khỏi mặt trước của cơ thắt vằn niệu đạo nằm

phía sau. Khâu hoặc buộc đám rối Santorini. Sau khi cắt rời sẽ bộc lộ được bờ trước bên của niệu đạo sau mà phía sau nó là đám rối thần kinh cương.

- **Giải phóng đỉnh TTL và cắt rời niệu đạo sau:** Phẫu tích mặt sau đỉnh TTL để thấy rõ ranh giới với niệu đạo, luôn lắc nâng niệu đạo sau lên, cắt mở nửa trước của niệu đạo ngay trên cơ thắt vên, nhấc sonde niệu đạo ra, cặp pince phía TTL và cắt rời sonde sẽ thấy nửa sau của niệu đạo sát TTL, kéo sonde lên trên và cắt rời nửa sau của niệu đạo. Khâu 3 mũi chỉ chờ Vicryl 4.0 lấy toàn bộ bề dày thành sau của niệu đạo.

- **Phẫu tích mặt sau và hai mặt bên TTL:** Cắt ngang thớ cơ trực tràng - niệu đạo để vào lớp bóc tách trước trực tràng. Kéo sonde niệu đạo và đỉnh TTL lên trên, bóc tách theo bình diện trước sau theo lớp trước trực tràng cho hết mặt sau TTL bao gồm cả cân Denonvillier. Phẫu tích hai bờ bên TTL từ dưới lên trên, bảo tồn tổ chức mạch thần kinh cương 2 bên cho tới góc sau bên của TTL sẽ gặp cuống mạch bàng quang TTL gồm 1 - 2 mạch mỗi bên, cặp pince và cắt sát TTL, khâu hoặc buộc cầm máu. Cắt rời bờ bên của cơ trực tràng niệu đạo và cân Denonvillier cho tới khi thấy 2 túi tinh ở sau cổ bàng quang.

- **Cắt rời phần trên của TTL:** Cắt rời nửa trước của cổ bàng quang ở phía trên ranh giới với TTL và cặp cắt tổ chức xơ mỡ mạch 2 bên cổ bàng quang, cắt rời nửa sau của cổ bàng quang khỏi TTL, thắt cắt ống dẫn tinh 2 bên, nhấc TTL ra trước và xuống dưới, giải phóng bờ ngoài và phần đỉnh túi tinh, cắt bỏ nốt phần dính còn lại của cân Denonvillier.

- **Thiết lập lại lưu thông nước tiểu bằng miệng nối bàng quang - niệu đạo:** Chuẩn bị miệng nối phía niệu đạo với 3 mũi chỉ chờ đã khâu sẵn. Giải phóng bàng quang để di chuyển xuống thấp đến miệng nối với niệu đạo. Khâu thu hẹp bớt miệng nối bàng quang ở mặt sau bằng chỉ Vicryl 4.0, thực hiện miệng nối bàng quang - niệu đạo bằng 6 mũi rời Vicryl 4.0 gồm 3 mũi nửa sau và 3 mũi nửa trước trên sonde Foley 20 - 22Fr, bơm bóng kéo căng sonde và

kiểm tra miệng nói không căng, không chảy máu. Đặt dẫn lưu trước bàng quang, đóng bụng, lưu sonde niệu đạo 21 ngày mới rút.

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

1. Theo dõi người bệnh

a. Theo dõi trong mổ: Người bệnh được theo dõi chặt chẽ về: Tri giác, mạch, huyết áp động mạch và áp lực tĩnh mạch trung ương. Lượng máu mất: Tính bằng ml qua hút và thấm gạc. Lượng máu cần truyền. Thời gian mổ từ khi rạch da đến khi đóng bụng.

b. Theo dõi sau mổ:

- Về huyết động, tình trạng toàn thân, đau sau mổ, tình trạng ổ bụng, số lượng và màu sắc nước tiểu và số lượng dịch qua dẫn lưu trước bàng quang.

- Thường không gặp chảy máu sau mổ nên ít phải rửa bàng quang liên tục.

- Bồi phụ nước và điện giải theo kết quả xét nghiệm sinh hoá máu.

- Kháng sinh: Phối hợp nhóm Cephalosporin và Metronidazol từ 3 đến 5 ngày.

- Người bệnh được khám lại sau 1 tháng về lâm sàng và làm siêu âm kiểm tra. Phục hồi đi tiểu chủ động thường nhanh sau vài tuần. Phục hồi khả năng cương dương có thể phải nhiều tháng sau và phụ thuộc vào độ tuổi khi mổ và mức độ phát triển của khối u.

2. Tai biến và xử trí

2.1. Trong phẫu thuật

- Chảy máu từ đám rối tĩnh mạch Santorini, tĩnh mạch chậu: khâu cầm máu.

- Tổn thương trực tràng, đại tràng sigma khi phẫu tích, đốt điện phải xử trí theo tổn thương: khâu trực tràng, đại tràng, làm hậu môn nhân tạo hoặc mời tuyến trên chi viện.

- Tổn thương lỗ niệu quản 1 hoặc 2 bên: Kiểm tra lưu thông lên thận, đặt sonde JJ niệu quản hoặc tạo hình lại lỗ niệu quản.

2.2. Sau phẫu thuật

- Chảy máu sau mổ qua sonde niệu đạo hoặc qua dẫn lưu trước bàng quang: Bơm rửa bàng quang lấy máu cục, rửa bàng quang liên tục, nếu không giảm phải mổ lại cầm máu.

- Rò nước tiểu qua dẫn lưu trước bàng quang: Theo dõi, kiểm tra, thay sonde niệu đạo tắc, gập, tụt. Nếu không giảm sẽ chỉ định phẫu thuật lại kiểm tra miệng nối bàng quang – niệu đạo.

- Ú nước thận 1 hoặc 2 bên do tổn thương hoặc khâu hẹp lỗ niệu quản: Chỉ định mổ lại.

- Tụ dịch hoặc áp xe tồn dư trước bàng quang: Xác định chính xác vị trí, kích thước ổ tụ dịch hoặc áp xe bằng siêu âm hoặc chụp cắt lớp vi tính.

+ Khối tụ dịch, áp xe nhỏ < 5cm, ở nông có thể chọc hút dưới hướng dẫn siêu âm.

+ Khối tụ dịch, áp xe lớn ở sâu phải tách vết mổ dẫn lưu hoặc mổ làm sạch ổ áp xe.

- Theo dõi xa sau mổ có thể gặp đái không tự chủ hoặc rối loạn cương: Điều trị nội khoa và tập vật lý trị liệu. Nếu người bệnh có biểu hiện đái khó do xơ hẹp miệng nối bàng quang – niệu đạo: khám kiểm tra và nong niệu đạo định kỳ.

12. PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT THẬN

I. ĐẠI CƯƠNG

Phẫu thuật nội soi cắt thận bao gồm cắt toàn bộ thận đi kèm bể thận, một phần niệu quản đoạn trên hoặc toàn bộ niệu quản được thực hiện bằng đường qua phúc mạc và sau phúc mạc. Thận được lấy ra toàn vẹn qua đường mở nhỏ sườn thắt lưng trong trường hợp lấy thận để ghép hoặc bệnh phẩm được cắt nhỏ và lấy qua lỗ tro-ca.

II. CHỈ ĐỊNH

1. Các bệnh lý thận lành tính và thận đã mất chức năng (chụp đồng vị phóng xạ chức năng thận <10%) hoặc chẩn đoán hình ảnh cho kết quả thận ứ nước độ IV).
 - 1.1. Thận ứ nước mất chức năng do sỏi niệu quản, sỏi bể thận niệu quản.
 - 1.2. Thận ứ nước mất chức năng do bệnh lý bẩm sinh: Hội chứng hẹp khúc nối bể thận - niệu quản, phình to niệu quản hay trào ngược bàng quang - niệu quản.
 - 1.3. Thận ứ nước mất chức năng do hẹp niệu quản sau mổ.
 - 1.4. Tăng huyết áp do mạch thận: Hẹp, teo động mạch thận, teo thận.
 - 1.5. Bệnh thận đa nang mất chức năng hoặc có triệu chứng.
2. U tế bào sáng của thận (RCC: T1 - T3a), u tế bào chuyển tiếp đường bài xuất (TCC)
3. Cắt thận nội soi trên người cho sống để ghép thận.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

1. Thận ứ nước độ IV trên người bệnh suy thận và có bệnh thận bên đối diện.
2. Thận to ứ mủ do bệnh đường tiết niệu mắc phải hay bẩm sinh.
3. Chống chỉ định gây mê NKQ: Bệnh mạch vành, suy tim, tâm phế mạn.
4. Chống chỉ định của phẫu thuật nội soi sau phúc mạc:
 - 4.1. Tiền sử can thiệp cũ vào khoang sau phúc mạc cùng bên (qua mổ mở hay nội soi): Mổ lấy sỏi thận, sỏi BT - NQ, tạo hình khúc nối bể thận - niệu quản...
 - 4.2. Nhiễm khuẩn tại chỗ thành bụng. Nhiễm khuẩn tiết niệu chưa được điều trị.

5. Người bệnh có tiền sử mổ qua phúc mạc cũ là chống chỉ định tương đối của cắt thận nội soi qua phúc mạc, khi đó sẽ đi đường sau phúc mạc.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Phẫu thuật viên tiết niệu và gây mê hồi sức có kinh nghiệm.

2. Phương tiện

Hệ thống mổ nội soi Karl - Storz: Ống kính nội soi loại thẳng 0⁰ và nghiêng 30⁰, Camera Tricam, đốt điện đơn cực và lưỡng cực.

Dao siêu âm.

Các loại dụng cụ khác: Trô-ca 5mm, 10mm, ống giảm 5mm, kẹp có máu, không máu, kéo nội soi, kìm kẹp clip, dụng cụ vén, dụng cụ ghim cắt tự động (stapling device, Endovascular - GIA), Clip Titanium 5, 10mm. Hemolock.

3. Người bệnh

- Được làm đầy đủ các xét nghiệm cơ bản và đánh giá sự bù trừ chức năng thận.

- Nhất thiết phải: Làm siêu âm, chụp niệu đồ tĩnh mạch, chụp cắt lớp vi tính hệ tiết niệu để xác định nguyên nhân bệnh lý và đánh giá chức năng thận hai bên.

- Chụp niệu quản - bể thận ngược dòng khi cần thiết để xác định nguyên nhân.

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

- Siêu âm Doppler mạch thận, chụp động mạch thận xác định tăng huyết áp do teo, hẹp động mạch thận.

- Chuẩn bị mổ theo quy định.

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

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Tư thế người bệnh

Nghiêng 75^0 đối với mổ nội soi qua phúc mạc và nghiêng 90^0 đối với mổ nội soi sau phúc mạc, kê đệm ở dưới sườn thất lưng bên đối diện.

2. Vô cảm

BN được gây mê NKQ, sonde niệu đạo được đặt trước mổ.

3. Kỹ thuật

3.1. Vị trí đặt troc-a

- **Đường qua phúc mạc:** Đối với bên phải dùng 4 troc-a, bên trái dùng 3 trocar. Mở nhỏ phúc mạc và đặt trocar đầu tiên 10mm ở vị trí cạnh rốn, đây là vị trí camera với ống kính 30^0 . Các trocar còn lại gồm có 2 trocar 10mm ở vị trí trên mào chậu và dưới bờ sườn, 1 trocar 5mm ở đường giữa rốn và mũi ức.

- **Đường sau phúc mạc:** Trocar 1: 10mm được đặt theo phương pháp mở ở vị trí trên mào chậu trên đường nách giữa để dùng camera với ống kính 30^0 . Trocar 2: 10mm ở đầu dưới xương sườn XII. Trocar 3: 5mm trên đường nách trước sao cho 3 trocar hợp thành tam giác. Có thể thêm trocar thứ 4 (5mm) trên đường nách trước, dưới bờ sườn.

3.2. Tạo khoang sau phúc mạc

Rạch da 1 cm vị trí trocar 1, dùng Pince tách cân cơ vào khoang SPM, đưa bóng tự tạo bằng ngón tay găng vào và bơm 400 - 600ml không khí để nong rộng. Đặt các trocar tiếp theo dùng dụng cụ phẫu tích rộng phẫu trường.

3.3. Cắt thận

- **Nội soi qua phúc mạc:**

Trường hợp cắt thận phải : Mở phúc mạc thành sau dọc mạc Toldt phải và hạ góc đại tràng phải, đẩy đại tràng và tá tràng vào giữa, vén gan lên cao, phẫu tích niệu quản khỏi mạch sinh dục cho tới cực dưới thận và rốn thận, bộc lộ mặt trước tĩnh mạch chủ dưới và tĩnh mạch thận, động mạch thận nằm sau tĩnh mạch được tách riêng rẽ.

Trường hợp cắt thận trái: Sau khi mở dọc mạc Toldt trái và cắt dây chằng lách - đại tràng, đẩy lách và đại tràng trái vào trong, giải phóng cực dưới thận, niệu quản và bộc lộ động mạch tĩnh mạch thận. Động mạch được buộc bằng chỉ Vicryl 2.0, cặp clip hemolock và cắt rời trước, sau đó tĩnh mạch cũng được buộc bằng chỉ Vicryl 2.0, cặp clip hemolock và cắt rời. Đồng thời cặp cắt tĩnh mạch thượng thận trái và tĩnh mạch sinh dục trái đổ vào tĩnh mạch thận. Thận được giải phóng tiếp ở cực trên, cực dưới và mặt sau. Niệu quản được giải phóng, cặp clip và cắt xuống thấp. Áp lực ổ bụng được giảm xuống dưới 5mmHg để kiểm tra chảy máu vùng phẫu tích và mổ cắt cuống thận. Bệnh phẩm được cắt nhỏ trong túi nội soi và lấy ra qua chỗ mở rộng lỗ trocar 10mm trên mào chậu, sau đó đặt một dẫn lưu tại vùng mổ.

- **Nội soi sau phúc mạc:** Mở cân Gerota lấy mốc là bờ trước cơ thắt lưng chậu bóc tách đẩy phúc mạc ra trước đi vào lớp mỡ quanh thận. Phẫu tích qua cực dưới thận để bộc lộ niệu quản lên đến rốn thận, bộc lộ cực dưới thận, mặt sau và mặt trước sau đó bộc lộ cực trên thận. Đẩy thận ra trước và bộc lộ cuống thận hoặc đi theo tĩnh mạch sinh dục bên trái để tìm tĩnh mạch thận. Phẫu tích lớp mỡ mặt trước và sau cuống thận. Nếu đi mặt sau sẽ bộc lộ được động mạch thận đầu tiên, nếu phẫu tích mặt trước sẽ bộc lộ được tĩnh mạch thận đầu tiên. Cô lập động mạch thận trước bằng kẹp Clip, Hemolock hoặc dùng chỉ buộc qua nội soi. Với mỗi động mạch thận, sử dụng 3 clip Titanium để kẹp: 2 clip ở phía đầu trung tâm, 1 ở đầu ngoại vi, dùng kéo thẳng để cắt mạch. Tĩnh mạch thận có thể buộc tăng cường bằng chỉ Vicryl (2/0 hay 3/0) khi cặp clip để thu nhỏ đường kính, cặp 2 - 3 clip và cắt rời bằng kéo. Bộc lộ các động - tĩnh mạch thận phụ đi vào rốn thận và các động - tĩnh mạch cực thận đi vào các cực thận và tuyến thượng thận. Giải phóng dính quanh thận và niệu quản, cặp cắt niệu quản xuống thấp bằng clip hoặc chỉ buộc. Cắt toàn bộ thận. Cầm máu các nhánh mạch xuất phát từ khối cơ thắt lưng và các mạch trong lớp mỡ quanh thận bằng đốt điện hay clip 5mm. Giảm áp lực bơm hơi xuống 5 - 10mmHg, phát hiện kỹ các điểm chảy máu ở vị trí hay gặp như: tĩnh mạch sinh dục, cuống thận, tuyến thượng thận, mổ cắt niệu quản. Bệnh phẩm được cho vào trong túi nilon, cắt nhỏ rời

lấy qua chỗ đặt trocar đầu tiên. Đặt một dẫn lưu khoang sau phúc mạc. Các trocar 10mm được đóng 2 lớp. Các vị trí trocar 5mm chỉ đóng da.

- **Đối với cắt thận để ghép:** Cuồng mạch thận có thể được cặp cắt bằng EndoGIA, Hemolock sau đó được lấy toàn vẹn ra ngoài qua đường mở nhỏ thành bụng nối giữa 2 trocar 1 và 2 hoặc sau khi phẫu tích qua nội soi sẽ mở thành bụng trước, cặp cuồng thận bằng Clamp mạch máu sau đó cắt rời và lấy toàn vẹn ra ngoài.

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

1. Theo dõi người bệnh

1.1. Theo dõi trong mổ

Người bệnh được theo dõi chặt chẽ về: Mạch, huyết áp động mạch và áp lực tĩnh mạch trung ương. Nồng độ O₂ và CO₂ máu: Đánh giá qua SpO₂ và P_{et}CO₂ qua bảng GMHS. Lượng máu mất: Tính bằng ml qua hút và thấm gạc. Lượng máu cần truyền. Thời gian mổ: Tính bằng phút từ khi rạch da đến khi đóng trocar.

1.2. Theo dõi sau mổ

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

- Bồi phụ nước và điện giải theo kết quả xét nghiệm sinh hoá máu.

- Kháng sinh: Phối hợp nhóm Cephalosporin và Metronidazol từ 3 đến 5 ngày.

- Người bệnh được khám lại sau 1 tháng về lâm sàng và làm siêu âm bụng kiểm tra.

2. Tai biến và xử trí

2.1. Trong phẫu thuật

- Rách phúc mạc (cắt thận nội soi sau phúc mạc) do chọc trocar hoặc khi phẫu tích: Đặt thêm trocar để đẩy phúc mạc hoặc khâu lại phúc mạc rách. Khi

rách rộng không khâu được sẽ mở rộng ra và chuyển thành nội soi qua phúc mạc.

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

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

- Tổn thương tạng khác: Tá tràng, đại tràng, ruột non do chọc Trocar hoặc khi phẫu tích, đốt điện phải chuyển mổ mở XỬ TRÍ theo tổn thương hoặc mời tuyến trên chi viện.

- Chuyển mổ mở do khó khăn về kỹ thuật, viêm dính quanh thận, bất thường cuống mạch, tổn thương lan rộng không thể tiếp tục phẫu thuật qua nội soi được.

2.2. Sau phẫu thuật

- Chảy máu trong ổ bụng (trong, sau phúc mạc): Phải phẫu thuật lại ngay.

- Tụ dịch hoặc áp xe tồn dư trong ổ bụng (trong, sau phúc mạc): Xác định chính xác vị trí, kích thước ổ tụ dịch hoặc áp xe bằng siêu âm hoặc chụp cắt lớp vi tính

+ Khối tụ dịch, áp xe nhỏ < 5cm. ở nông có thể chọc hút dưới hướng dẫn siêu âm.

+ Khối tụ dịch, áp xe lớn ở sâu phải chích dẫn lưu hoặc phẫu thuật làm sạch ổ áp xe.

13. PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT BÁN PHẦN THẬN

I. ĐẠI CƯƠNG

Phẫu thuật nội soi cắt bán phần thận bao gồm cắt một phần nhu mô cực trên hay cực dưới thận hoặc cắt một phần thận hình trêm ở 1/3 giữa thận được thực hiện bằng đường qua phúc mạc và sau phúc mạc. Bệnh phẩm được cắt nhỏ và lấy qua lỗ trocar.

II. CHỈ ĐỊNH

1. Các bệnh lý u thận lành tính, u xơ cơ mỡ mạch khu trú ở một phần thận
2. Sỏi đài bể thận, sỏi bán san hô (S4).
3. Ú nước mắt chức năng thận - niệu quản phụ.
4. Bệnh thận đa nang khu trú ở 1 phần thận có triệu chứng.
5. Các bệnh lý thận ác tính: U tế bào sáng của thận (RCC: T1 - T2).
6. Tổn thương khu trú của thận do lao, sau chấn thương.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

1. Chống chỉ định gây mê NKQ: Bệnh mạch vành, suy tim, tâm phế mạn.
2. Chống chỉ định của phẫu thuật nội soi sau phúc mạc:
 - 2.1. Tiền sử can thiệp cũ vào khoang sau phúc mạc cùng bên (qua mổ mở hay nội soi): Mổ lấy sỏi thận, bể thận, sỏi niệu quản 1/3 trên, tạo hình bể thận - niệu quản...
 - 2.2. Nhiễm khuẩn tại chỗ thành bụng. Nhiễm khuẩn tiết niệu chưa được điều trị.
3. Người bệnh có tiền sử mổ qua phúc mạc cũ là chống chỉ định tương đối của cắt thận bán phần nội soi qua phúc mạc, khi đó sẽ đi đường sau phúc mạc.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Phẫu thuật viên tiết niệu và gây mê hồi sức có kinh nghiệm.

2. Phương tiện

Hệ thống mổ nội soi Karl - Storz: Ống kính nội soi loại thẳng 0⁰ và nghiêng 30⁰, Camera Tricam, đốt điện đơn cực và lưỡng cực.

Dao siêu âm.

Các dụng cụ khác: Trocar 5mm, 10mm, ống giảm 5mm, kẹp có máu, không máu, kéo nội soi, kìm kẹp clip, dụng cụ vén, dụng cụ ghim cắt tự động (stapling device, Endovascular - GIA), Clip Titanium 5, 10mm, Clamp mạch máu nội soi: Satinski, cổ cò, Bull - dog ...

3. Người bệnh

- Được làm đầy đủ các xét nghiệm cơ bản và đánh giá sự bù trừ chức năng thận.

- Nhất thiết phải: Làm siêu âm, chụp niệu đồ tĩnh mạch, chụp cắt lớp vi tính, cộng hưởng từ hệ tiết niệu xác định nguyên nhân bệnh và đánh giá chức năng thận hai bên.

- Chuẩn bị mổ theo quy định.

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

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Tư thế người bệnh

Nghiêng 75⁰ đối với mổ nội soi qua phúc mạc và nghiêng 90⁰ đối với mổ nội soi sau phúc mạc, kê đệm ở dưới sườn thất lưng bên đối diện.

2. Vô cảm: Người bệnh được gây mê NKQ, sonde niệu đạo được đặt trước mổ.

3. Kỹ thuật

3.1. Vị trí đặt trocar

- **Đường qua phúc mạc:** Đối với bên phải dùng 4 trocar, bên trái dùng 3 trocar. Mở nhỏ phúc mạc và đặt trocar đầu tiên 10mm ở vị trí cạnh rốn, đây là vị trí camera với ống kính 30 độ. Các trocar còn lại gồm có 2 trocar 10mm ở vị trí trên mào chậu và dưới bờ sườn, 1 trocar 5mm ở đường giữa rốn và mũi ức.

- **Đường sau phúc mạc:** Trocar 1: 10mm được đặt theo phương pháp mở ở vị trí trên mào chậu trên đường nách giữa để dùng camera với ống kính 30⁰. Trocar 2: 10mm ở đầu dưới xương sườn XII. Trocar 3: 5mm trên đường nách

trước sao cho 3 trocar hợp thành tam giác. Có thể thêm trocar thứ 4 (5mm) trên đường nách trước, dưới bờ sườn

3.2. Tạo khoang sau phúc mạc. Rạch da 1 cm vị trí trocar 1, dùng Pince tách cân cơ vào khoang SPM, đưa bóng tự tạo bằng ngón tay găng vào và bơm 400 - 600ml không khí để nong rộng. Đặt các trocar tiếp theo, dùng dụng cụ phẫu tích rộng phẫu trường.

3.3. Cắt thận bán phần

- *Nội soi qua phúc mạc:* Mở phúc mạc thành sau dọc mạc Toldt phải và hạ góc đại tràng phải, đẩy đại tràng và tá tràng vào giữa, vén gan lên cao, phẫu tích niệu quản khỏi mạch sinh dục cho tới cực dưới thận và rốn thận, bộc lộ mặt trước tĩnh mạch chủ dưới và tĩnh mạch thận, động mạch thận nằm sau tĩnh mạch được tách riêng rẽ. Sau khi mở dọc mạc Toldt trái và cắt dây chằng lách - đại tràng, đẩy lách và đại tràng trái vào trong, giải phóng cực dưới thận, niệu quản và bộc lộ động mạch tĩnh mạch thận. Giải phóng tiếp cực trên, cực dưới và mặt sau thận. Bộc lộ vùng tổn thương nhu mô cần cắt bỏ. Đặt clamp cuống thận (cặp chung hoặc động mạch, tĩnh mạch riêng) tạm thời mỗi 15 phút nếu thì này kéo dài trên 15 phút. Cắt bỏ nhu mô cực thận theo chu vi ngang trên tổn thương, kết hợp lấy sỏi thận hoặc cắt bỏ nhu mô hình trêm khi tổn thương ở phần giữa thận bằng dao điện, dao siêu âm hoặc kéo. Khâu diện cắt nhu mô bằng chỉ Vicryl 2.0, 3.0 mũi rời chữ U. Bỏ Clamp cuống mạch thận, kiểm tra và cầm máu điện cắt. Áp lực ổ bụng được giảm xuống dưới 5mmHg để kiểm tra chảy máu vùng phẫu tích và nhu mô diện cắt thận còn lại. Bệnh phẩm được cắt nhỏ trong túi nội soi và lấy ra qua chỗ mở rộng lỗ trocar 10mm trên mào chậu, sau đó đặt 1 dẫn lưu tại vùng mổ đưa qua lỗ trocar này.

- *Nội soi sau phúc mạc:* Mở cân Gerota lấy mốc là bờ trước cơ thắt lưng chậu bóc tách đẩy phúc mạc ra trước đi vào lớp mỡ quanh thận. Phẫu tích qua cực dưới thận để bộc lộ niệu quản lên đến rốn thận, bộc lộ mặt sau, mặt trước và cực trên thận. Làm căng cuống thận bằng cách đẩy thận về phía bụng để bộc lộ cuống thận hoặc đi theo tĩnh mạch sinh dục bên trái để tìm tĩnh mạch thận. Phẫu

tích lớp mỡ mặt trước và sau cuống thận. Nếu đi mặt sau sẽ bộc lộ được động mạch thận đầu tiên, nếu phẫu tích mặt trước sẽ bộc lộ được tĩnh mạch thận đầu tiên. Kẹp cuống thận cách quăng mỗi 15 phút nếu thì này kéo dài trên 15 phút. Tiến hành cắt thận bán phần và kiểm tra chảy máu như đường qua phúc mạc. Bệnh phẩm thận được cho vào trong túi nilon, cắt nhỏ rồi lấy qua chỗ đặt trocar đầu tiên. Đặt 1 dẫn lưu khoang sau phúc mạc. Vị trí lấy thận và các trocar 10mm được đóng 2 lớp. Các vị trí trocar 5mm chỉ đóng da.

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

1. Theo dõi người bệnh

1.1. Theo dõi trong mổ

Người bệnh được theo dõi chặt chẽ về: Mạch, huyết áp động mạch và áp lực tĩnh mạch trung ương. Nồng độ O₂ và CO₂ máu: Đánh giá qua SpO₂ và P_{et}CO₂ qua bảng GMHS. Lượng máu mất: Tính bằng ml qua hút và thấm gạc. Lượng máu cần truyền. Thời gian mổ: Tính bằng phút từ khi rạch da đến khi đóng trocar.

1.2. Theo dõi sau mổ

- Huyết động, tình trạng toàn thân, đau sau mổ, tình trạng ổ bụng, số lượng nước tiểu, lập lại lưu thông tiêu hoá, tràn khí dưới da và số lượng dịch qua dẫn lưu.

- Bồi phụ nước và điện giải theo kết quả xét nghiệm sinh hoá máu.

- Kháng sinh: Phối hợp nhóm Cephalosporin và Metronidazol từ 3 đến 5 ngày.

- Người bệnh được khám lại sau 1 tháng về lâm sàng và làm siêu âm bụng kiểm tra.

2. Tai biến và xử trí

2.1. Trong phẫu thuật

- Rách phúc mạc (đường nội soi sau phúc mạc) do chọc Trocar hoặc khi phẫu tích: Đặt thêm Trocar để đẩy phúc mạc hoặc khâu lại phúc mạc rách. Khi

rách rộng không khâu được sẽ mở rộng ra và chuyển thành nội soi qua phúc mạc.

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

- Chảy máu do tổn thương tĩnh mạch chủ dưới, động mạch tĩnh mạch thận, tĩnh mạch sinh dục do phẫu tích: Không XỬ TRÍ được qua nội soi sẽ phải chuyển mổ mở khâu cầm máu.

- Tổn thương tạng khác: Tá tràng, đại tràng, ruột non do chọc Trocar hoặc khi phẫu tích, đốt điện phải chuyển mổ mở XỬ TRÍ theo tổn thương hoặc mời tuyến trên chi viện.

- Tổn thương u lan rộng không cắt bán phần thận được sẽ chuyển sang cắt toàn bộ thận

- Chuyển mổ mở do khó khăn về kỹ thuật, viêm dính quanh thận, bất thường cuống mạch, chảy máu diện cắt nhu mô thận không thể tiếp tục phẫu thuật qua nội soi được.

2.2. Sau phẫu thuật

- Chảy máu trong ổ bụng (trong, sau phúc mạc): Phải phẫu thuật lại ngay.

- Rò nước tiểu từ diện cắt nhu mô thận: Đặt sonde JJ niệu quản hoặc phẫu thuật lại.

- Tụ dịch hoặc áp xe tồn dư trong ổ bụng (trong, sau phúc mạc): Xác định chính xác vị trí, kích thước ổ tụ dịch hoặc áp xe bằng siêu âm hoặc chụp cắt lớp vi tính

+ Khối tụ dịch, áp xe nhỏ < 5cm, ở nông có thể chọc hút dưới hướng dẫn siêu âm.

+ Khối tụ dịch, áp xe lớn ở sâu phải chích dẫn lưu hoặc phẫu thuật làm sạch ổ áp xe.