

SỞ Y TẾ THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH
BỆNH VIỆN LÊ VĂN VIỆT



QUY TRÌNH KỸ THUẬT
KHOA
NGOẠI TIẾT NIỆU

NĂM 2024

MỤC LỤC

1. MỤC LỤC.....	2
2. PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT CHỖM NANG THẬN QUA PHÚC MẠC ..	3
3. NỘI SOI TÁN SỎI LASER NIỆU QUẢN.....	6
4. NỘI SOI TÁN SỎI BÀNG QUANG.....	10
5. CẮT U PHÌ ĐẠI TIỀN LIỆT TUYẾN QUA NỘI SOI.....	12
6. LẤY SỎI THẬN SAN HỒ	15
7. ĐẶT ỐNG SODE NIỆU QUẢN (SONDE JJ) QUA NỘI SOI.....	18
8. DẪN LƯU NƯỚC TIỂU BÀNG QUANG	22
9. CẮT BỎ TINH HOÀN	25
10. PHẪU THUẬT TẠO HÌNH KHÚC NỐI BỂ THẬN - NIỆU QUẢN.....	28
11. DẪN LƯU ÁP XE KHOANG RETZIUS	31

PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT CHỖM NANG THẬN QUA PHÚC MẠC

1. ĐẠI CƯƠNG

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

Phân loại nang thận theo Bosniak: 4 loại

Loại I: Thành nang mỏng, đơn giản.

Loại II: Thành nang vôi hóa nhẹ. Vách giữa mống không tăng đậm.

Loại III: Thành nang vôi hóa dày, không đều nhiều ngăn.

Loại IV: Thành dày, vôi hóa nhiều, thành phần đặc bên trong có phần tăng đậm.

2. CHỈ ĐỊNH

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

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

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Nang thận loại IV theo Bosniak.
- Rối loạn đông máu, bệnh nội khoa nặng đang tiến triển.

4. CHUẨN BỊ:

4.1. Người thực hiện

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

4.2. Thuốc:

- Kháng sinh dự phòng trước và sau mổ.

4.3. Trang thiết bị:

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

4.4. Người bệnh:

- Giải thích rõ về bệnh và phương pháp điều trị
- Làm đầy đủ các xét nghiệm trước mổ
- Khám tiền mê bởi bác sĩ gây mê

4.5. Hồ sơ bệnh án

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

4.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: 1-1.5 giờ

4.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: khoa phẫu thuật gây mê hồi sức

4.8. Kiểm tra hồ sơ

a. Kiểm tra người bệnh: Đánh giá tính chính xác của người bệnh: Đối chiếu trực tiếp người bệnh với hồ sơ bệnh án đầy đủ các mục

Đo các thông số sinh tồn để chuẩn bị vô cảm Giải thích, động viên người bệnh không quá lo lắng

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật.

c. Đặt tư thế BN: bệnh nằm nghiêng về phía đối diện bên cần làm thủ thuật.

d. Phương pháp vô cảm: mê nội khí quản

5. TIẾN HÀNH QTKT

Nang thận Trái

Tư thế người bệnh và vị trí kẹp mô:

+ Người bệnh đặt ở tư thế nghiêng 45-60°. Chân dưới sát mặt bàn, cẳng chân và đùi gập góc 90°, chân trên duỗi thẳng. Phía thân sát mặt bàn ngang mức xương sườn XII được kê một gối kê cao khoảng 10-12 cm. Phía vai, hông được giữ tư thế nghiêng luôn ổn định.

+ Phẫu thuật viên và người cầm Camera đứng phía bụng người bệnh, đối diện với màn hình. Người phụ dụng cụ đứng dưới chân người bệnh.

+Vị trí đặt Trocart:

Đặt ba Trocart dọc theo bờ sườn trái, có thể đặt thêm 1 Trocart hỗ trợ khi cần thiết. Tuy nhiên vị trí đặt Trocart và số Trocart có thể thay đổi tùy theo thói quen của phẫu thuật viên.

Bơm hơi ổ phúc mạc: thực hiện kỹ thuật bơm hơi mở (Hasson), áp lực 10-12 mmHg, tốc độ bơm lúc đầu là 2 - 3 l/phút.

Phẫu tích bóc lộ thận kèm nang:

+ Mở phúc mạc thành sau theo dọc đại tràng xuống và đại tràng xuống được di động vào giữa.

+ Dây chằng lách thận và dây chằng lách đại tràng được cắt bỏ. Chỗ bám của lách ở trên và bên được cắt để di động lách dễ dàng. Trong nhiều trường hợp, lách có thể rơi tự do vào ổ bụng mà không cần phải mở rộng phẫu tích phía trên lách.

+ Bộc lộ thận Trái kèm nang

+ Dùng kéo nội soi cắt chỏm nang thận, đốt cầm máu kỹ viên nang, lấy nang cắt bỏ gửi giải phẫu bệnh; Nên lấy dịch nang làm cytology.

+ Đặt một dẫn lưu gần chỏm nang ra ngoài qua lỗ Trocart, khâu lại các lỗ trocart

Nang thận Phải

Tư thế người bệnh: tương tự như bên trái.

Vị trí đặt trocart: Đặt ba Trocart dọc theo bờ sườn phải

Bơm hơi ổ phúc mạc: thực hiện kỹ thuật bơm hơi mở (Hasson), áp lực 10-12 mmHg, tốc độ bơm lúc đầu là 2 - 3 l/phút.

Phẫu tích bóc lộ thận kèm nang:

+ Cắt dây chằng tam giác phải để dễ dàng nâng gan bóc lộ cực trên thận, mở phúc mạc thành bụng sau dọc theo đại tràng lên, hạ đại tràng góc gan, nâng gan lên bóc lộ thận phải kèm nang.

- + Dùng kéo nội soi cắt chỏm nang thận, đốt cầm máu kỹ viền nang, lấy nang cắt bỏ gửi giải phẫu bệnh; Nên lấy dịch nang làm cytology.
- + Đặt một dẫn lưu gần chỏm nang ra ngoài qua lỗ Trocart, khâu lại các lỗ trocart

6. Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

6. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

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

Các biến chứng sớm sau mổ: tràn khí dưới da; chảy máu; nhiễm trùng vết mổ thành bụng; tắc ruột sau mổ.

7. BẢNG KIỂM

STT	Các bước tiến hành	Thực hiện			Ghi chú
		Có/Chính xác		Không	
		Có	Không		
1	Kiểm tra hồ sơ : -Thông tin người bệnh -Tình trạng lâm sàng -Chỉ định				
2	Kiểm tra người bệnh: -Dấu hiệu lâm sàng				
3	Đặt và cố định điện cực theo chỉ định				
4	Vị trí trocar				
5	Tăng cường độ dòng điện từ từ cho tới mức cần thiết.				
6	Hết giờ tắt máy.				
7	Kiểm tra dẫn lưu				

NỘI SOI TÁN SỎI LASER NIỆU QUẢN

1. ĐẠI CƯƠNG

Tán sỏi niệu quản qua nội soi bằng laser là phương pháp dùng nguồn năng lượng laser nhờ nội soi ngược dòng từ bàng quang lên niệu quản trực tiếp phá huỷ viên sỏi trong lòng niệu quản. Đây là phương pháp điều trị ít xâm lấn hơn so với các phương pháp phẫu thuật kinh điển, mang lại hiệu quả cao trong điều trị, người bệnh phục hồi sức khỏe nhanh, thường ra viện sau 2 - 4 ngày.

2. CHỈ ĐỊNH

- Sỏi niệu quản kích thước 0,6 - 2,5 cm.
- Sỏi niệu quản nhỏ < 0,6 cm nhưng điều trị nội khoa không cải thiện, sỏi ở trên vị trí hẹp niệu quản hoặc trên chỗ sa lồi niệu quản.
- Sỏi bể thận hoặc niệu quản 1/3 trên đã tán sỏi ngoài cơ thể thất bại.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Rối loạn đông máu.
- Nhiễm khuẩn đường tiết niệu đang trong giai đoạn cấp chưa được điều trị.
- Người bệnh có bệnh lý nội khoa nặng như bệnh lý tim mạch (tăng huyết áp, suy tim nặng), hô hấp, nội tiết...có nguy cơ khi gây tê hoặc gây mê.
- Người bệnh bị bệnh xương khớp không nằm được tư thế sản khoa.
- Hẹp niệu đạo không đặt được ống soi.
- Sỏi niệu quản kèm theo các bệnh lý dị dạng hệ tiết niệu được phát hiện trước như: nang niệu quản, thận và niệu quản lạc chỗ... hoặc kèm theo ung thư niệu quản.
- Hẹp niệu quản đoạn dài dưới vị trí sỏi.

4. CHUẨN BỊ:

4.1. Người thực hiện

- 01 bác sĩ chuyên khoa (bác sĩ chính).
- 01 bác sĩ phụ.
- 01 bác sĩ gây mê.
- 01 kỹ thuật viên gây mê.
- 01 điều dưỡng phụ dụng cụ.
- 01 điều dưỡng chăm sóc và theo dõi người bệnh

4.2. Thuốc:

- Kháng sinh dự phòng trước và sau mổ.

4.3. Trang thiết bị:

- Máy nội soi niệu quản với ống soi niệu quản, nguồn sáng, camera, dây dẫn (guidewire).

- Máy tán sỏi với nguồn tán laser, rọ lấy sỏi, kìm kẹp sỏi, bóng nong niệu quản.
- Sonde JJ (double J) hoặc sonde plastic kích thước 6 - 8 Fr x 01 bộ số lượng.

4.4. Người bệnh:

- Khám bệnh và làm các xét nghiệm cơ bản:
- Xét nghiệm máu: công thức máu, nhóm máu, chức năng đông máu, sinh hóa máu, HBsAg, anti HIV, anti HCV.
- Tổng phân tích nước tiểu.
- Siêu âm bụng tổng quát.
- Chụp X quang: hệ tiết niệu không chuẩn bị, UIV, tim phổi.
- Nếu người bệnh trên 50 tuổi: làm điện tâm đồ; nếu trên 60 tuổi: siêu âm tim.
- Giải thích cho người bệnh về thủ thuật, mục đích và tai biến có thể xảy ra, viết giấy cam đoan.
- Động viên người bệnh yên tâm điều trị.
- Nhịn ăn uống trước khi tán sỏi 6 giờ và thực tháo sạch

4.5. Hồ sơ bệnh án

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

4.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: 0.5 giờ

4.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: khoa phẫu thuật gây mê hồi sức

4.8. Kiểm tra hồ sơ

- Kiểm tra người bệnh: Đánh giá tính chính xác của người bệnh: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật...
- Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật.
- Đặt tư thế BN: tư thế sản khoa

5. TIẾN HÀNH QTKT

- Người bệnh được gây tê tủy sống hoặc gây mê nội khí quản.
- Sát khuẩn bộ phận sinh dục và trải vải mổ vô trùng.
- Đặt ống soi niệu quản vào bàng quang.
- Xác định lỗ niệu quản bên có sỏi.
- Đặt dây dẫn (guidewire) vào niệu quản.
- Đặt ống soi vào niệu quản đi dần lên theo dây dẫn, khi ống soi đã vào niệu quản thì rút dần dây dẫn ra. Nếu có hẹp niệu quản có thể dùng các loại bóng để nong rộng niệu quản.
- Xác định vị trí sỏi, đưa đầu tán laser tiếp xúc trực tiếp với viên sỏi và tán sỏi đến khi sỏi vỡ hết và niệu quản thông. Nếu có polyp niệu quản có thể kết hợp vừa đốt polyp vừa tán sỏi. Trong khi tán sỏi người phụ cần chú ý bơm nước đủ áp lực để phẫu trường

trong, dễ quan sát và tán sỏi thuận lợi.

- Có thể dùng dụng cụ (rọ lấy sỏi) lấy hết mảnh sỏi vụn, sau đó bơm rửa sạch niệu quản.

- Sau khi tán sỏi kết thúc, đặt lại dây dẫn (guidewire) để dẫn đường cho sonde niệu quản.

- Rút dần ống soi ra ngoài, đặt sonde niệu quản theo dây dẫn vào bên niệu quản vừa tán sỏi, có thể đặt bằng sonde plastic hoặc sonde double J kích thước 6 - 8 Fr.

- Rút guidewire và ống soi ra ngoài, đặt sonde bàng quang qua đường niệu đạo và kết thúc thủ thuật.

6.Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật.

- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.

- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

6. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

- *Tổn thương niệu quản*

Nếu tổn thương nhỏ, tổn thương niêm mạc niệu quản: Chỉ cần đặt sonde niệu quản tốt là đủ và thời gian lưu sonde cần lâu hơn.

Thủng niệu quản: xử trí tùy theo mức độ tổn thương.

- *Chảy máu*

Thông thường sau nội soi niệu quản có thể có chảy máu nhưng không đáng kể, chỉ cần đặt sonde niệu quản và điều trị nội khoa là đủ.

- *Nhiễm khuẩn đường tiết niệu ngược dòng*

Cấy nước tiểu và điều trị kháng sinh tùy theo mức độ nhiễm khuẩn.

- *Biến chứng xa*

Hẹp niệu quản, có thể phải tạo hình niệu quản.

7. CHĂM SÓC SAU TÁN SỎI

- Sau tán sỏi người bệnh thường có biểu hiện đau hông lưng, mạn sườn bên tán sỏi, đi tiểu buốt, tiểu dắt, nước tiểu hồng.

- Khi người bệnh được chuyển về buồng bệnh sau 6 tiếng thì cho ăn nhẹ và bắt đầu vận động dần.

- Ngày hôm sau cho vận động và ăn uống bình thường. Chú ý cho người bệnh uống nhiều nước đảm bảo 2 - 3 lít/ngày.

- Theo dõi nước tiểu về màu sắc, tính chất và số lượng.

- Đảm bảo cân bằng nước và điện giải.

- Theo dõi nhiệt độ để phát hiện nhiễm khuẩn đường tiết niệu.

- Nếu không có nhiễm khuẩn đường tiết niệu thì ngày hôm sau rút sonde bàng quang và cho người bệnh ra viện.

- Nếu có nhiễm khuẩn đường tiết niệu thì điều trị kháng sinh đến khi hết viêm.

- Trước khi người bệnh ra viện cho kiểm tra lại bằng chụp hệ tiết niệu không chuẩn

bị và siêu âm hệ tiết niệu; nếu:

- Còn mảnh sỏi > 5mm ở trên thận hoặc niệu quản 1/3 trên thì tiếp tục tán sỏi bằng phương pháp tán sỏi ngoài cơ thể, nếu ở niệu quản đoạn thấp thì tán sỏi nội soi lần 2.

- Còn mảnh sỏi < 5mm: điều trị nội khoa.

- Khi người bệnh ra viện hẹn thời gian khám lại để kiểm tra sỏi còn hay hết và rút sonde niệu quản.

- Thời gian lưu sonde niệu quản tùy theo từng trường hợp cụ thể, có thể từ 1 - 4 tuần.

- Hẹn người bệnh khám lại định kỳ 6 tháng/lần để phát hiện sỏi tái phát hoặc biến chứng xa là hẹp niệu quản.

8. BẢNG KIỂM

ĐANG KIỂM

STT	Các bước tiến hành	Thực hiện			Ghi chú
		Có/Chính xác		Không	
		Có	Không		
1	Kiểm tra hồ sơ : -Thông tin người bệnh -Tình trạng lâm sàng -Chỉ định				
2	Kiểm tra người bệnh: -Dấu hiệu lâm sàng				
3	Sát khuẩn trước và trong khi thực hiện				
4	Đặt các thông số kỹ thuật theo chỉ định				
5	Tăng cường độ laser từ từ cho tới mức cần thiết.				
6	Hết giờ tắt máy.				
7	Tháo máy, thăm hỏi người bệnh.				

NỘI SOI TÁN SỎI BÀNG QUANG

1. ĐẠI CƯƠNG

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

2. CHỈ ĐỊNH

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

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

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

4. CHUẨN BỊ:

4.1. Người thực hiện

- a. Nhân lực trực tiếp: bác sĩ tiết niệu.
- b. Nhân lực hỗ trợ: bác sĩ phụ mổ

4.2. Thuốc:

- Kháng sinh dự phòng trước và sau mổ.

4.3. Trang thiết bị:

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

4.4. Người bệnh:

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng...
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.

4.5. Hồ sơ bệnh án:

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

4.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: 0.5-1 giờ

4.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: khoa phẫu thuật gây mê hồi sức

4.8. Kiểm tra hồ sơ

- a. Kiểm tra người bệnh: Đánh giá tính chính xác của người bệnh: đúng người bệnh,

đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật...

- b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật.
- c. Đặt tư thế BN: tư thế sản khoa

5. TIẾN HÀNH QTKT

- Tê tuỷ sống hoặc mê toàn thân
- Sát trùng cơ quan sinh dục ngoài
- Đưa máy soi vào bàng quang qua ngã niệu đạo
- Kiểm tra các bệnh lý đi kèm của: niệu đạo, tuyến tiền liệt, cổ bàng quang, niêm mạc bàng quang và 2 miệng niệu quản.
- Xác định số lượng và kích thước sỏi
- Tán sỏi bằng năng lượng siêu âm hoặc laser
- Lấy sạch các mảnh sỏi vụn, đặt thông niệu đạo lưu

6. Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

6. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

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

7. BẢNG KIỂM

ĐĂNG KIỆM

STT	Các bước tiến hành	Thực hiện			Ghi chú
		Có/Chính xác		Không	
		Có	Không		
1	Kiểm tra hồ sơ : -Thông tin người bệnh -Tình trạng lâm sàng -Chỉ định				
2	Kiểm tra người bệnh: -Dấu hiệu lâm sàng				
3	Đặt dụng cụ tán sỏi				
4	Đặt các thông số kỹ thuật theo chỉ định				
5	Tăng cường độ laser từ từ cho tới mức cần thiết.				
6	Hết giờ tắt máy.				
7	Tháo máy kiểm tra da, thăm hỏi người bệnh.				

CẮT U PHÌ ĐẠI TIỀN LIỆT TUYẾN QUA NỘI SOI

1. ĐẠI CƯƠNG

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

2. CHỈ ĐỊNH

1. UPDTLT có biến chứng

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

2. UPDTLT làm ảnh hưởng tới sức khỏe, giấc ngủ hoặc cản trở nghề nghiệp (tương đối)

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

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

4. CHUẨN BỊ:

4.1. Người thực hiện

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

4.2. Thuốc:

- Thuốc kháng sinh dự phòng trước và sau mổ

4.3. Trang thiết bị:

- Dụng cụ phẫu thuật nội soi tiết niệu đường dưới.

4.4. Người bệnh:

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng...
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.

4.5. Hồ sơ bệnh án

Hồ sơ: tên tuổi người bệnh, chẩn đoán, chỉ định, chống chỉ định. đúng người bệnh

4.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật

0.5 -1 giờ

4.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật

Khoa phẫu thuật gây mê hồi sức

4.8. Kiểm tra hồ sơ

- Kiểm tra người bệnh: Đánh giá tính chính xác của người bệnh: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật...
- Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật.
- Đặt tư thế BN.

5. TIẾN HÀNH QTKT

- Kiểm tra hồ sơ: biên bản hội chẩn, cam kết phẫu thuật, biên bản duyệt mổ, biên bản khám tiền phẫu và tiền mê.
- Kiểm tra người bệnh: đúng người bệnh, đúng bên thương tổn đã đánh dấu
- Kỹ thuật
 - Đặt máy vào bàng quang (nên nóng niệu đạo trước khi đặt), kiểm tra dụng cụ nội soi
 - Soi kiểm tra bàng quang, sỏi bàng quang, hình thái tuyến tiền liệt, ụ núi
 - Cắt đốt TLT từ trung tâm ra ngoại vi
 - Người bệnh già yếu nên cắt vừa đủ để tiểu thông tốt
 - Đặt sonde 3 nhánh, truyền nước rửa 2-3 ngày

6. Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

6. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

- Sinh hiệu sau khi mổ
- Tình trạng sonde tiểu ra máu không
- Ăn cháo khi bệnh nhân có trung tiện

7. BẢNG KIỂM

STT	Các bước tiến hành	Thực hiện			Ghi chú
		Có/Chính xác		Không	
		Có	Không		
1	Kiểm tra hồ sơ : -Thông tin người bệnh -Tình trạng lâm sàng -Chỉ định				
2	Kiểm tra người bệnh: -Dấu hiệu lâm sàng				
3	Đặt dụng cụ soi bàng quang				
4	Đặt các thông số kỹ thuật theo chỉ định				
5	Tăng cường độ cho tới mức cần thiết.				
6	Hết giờ tắt máy.				
7	Thăm hỏi người bệnh.				

LẤY SỎI THẬN SAN HÔ

1. ĐẠI CƯƠNG

Sỏi thận là bệnh lý phổ biến trong bệnh lý tiết niệu đặc biệt là ở nước ta do nằm trong khu vực vành đai của sỏi. Phẫu thuật mở rộng bể thận lấy sỏi là một trong những phẫu thuật kinh điển và được áp dụng phổ biến

2. CHỈ ĐỊNH

Sỏi lớn không thể lấy qua mở bể thận đơn thuần

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

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

4. CHUẨN BỊ:

4.1. Người thực hiện

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

4.2. Thuốc:

- Kháng sinh dự phòng

4.3. Trang thiết bị:

- Bộ dụng cụ phẫu thuật lấy sỏi thường quy
- Ngoài ra cần thêm: Clamp mạch máu cuống thận: clamp nửa cong 2 chiếc

4.4. Người bệnh:

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng...
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật
- Làm bilan trước mổ đánh giá: chức năng thận, tình trạng nhu mô thận có sỏi, mức độ thiếu máu, các bệnh lý toàn thân.
- Thụt tháo, test kháng sinh trước mổ
- Giải thích cho người bệnh và người nhà cách thức mổ, những nguy cơ, biến chứng có thể xảy ra.

4.5. Thời gian thực hiện kỹ thuật: 1 -2 giờ

4.6. Địa điểm thực hiện kỹ thuật

Khoa phẫu thuật gây mê hồi sức

4.7. Kiểm tra hồ sơ

- a. Kiểm tra người bệnh: Đánh giá tính chính xác của người bệnh: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật...
- b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật.
- c. Đặt tư thế BN.

5. TIẾN HÀNH QTKT

1. **Tư thế:** nghiêng 90 độ về bên tổn thương, có đệm gối dưới lưng

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

3. **Kỹ thuật:**

- Rạch da sườn thất lưng 12-15cm, có thể cắt xương sườn 12 hoặc không
- Bộc lộ vào khoang ngoài phúc mạc
- Tìm và lách niệu quản
- Giải phóng và hạ thận
- Bộc lộ bề thận tối đa
- Bộc lộ cuống thận, rõ động mạch và tĩnh mạch thận
- Clamp động mạch thận
- Mở bề thận và mở nhu mô về phía sỏi đủ rộng để có thể lấy được toàn bộ sỏi

- Lấy hết sỏi, tránh sót sỏi
- Bơm rửa thận
- Đặt sonde JJ niệu quản bằng quang
- Khâu cầm máu nhu mô thận
- Khâu kín bề thận và nhu mô tránh dò nước tiểu
- Cầm máu kỹ
- Đặt dẫn lưu hố thận
- Đóng bụng...

6.x. Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

6. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

1. **Theo dõi:**

- Dấu hiệu chảy máu do mở nhu mô
- Rò nước tiểu

2. **Xử trí tai biến:**

- Chảy máu: nếu ít điều trị nội khoa, nếu nội khoa không kết quả có thể can thiệp nút mạch hoặc phẫu thuật lại cầm máu.
- Rò nước tiểu: lưu dẫn lưu và JJ lâu ngày thông thường sẽ tự hết. Nếu không hết mổ lại đóng rò.

7. BẢNG KIỂM

STT	Các bước tiến hành	Thực hiện			Ghi chú
		Có/Chính xác		Không	
		Có	Không		
1	Kiểm tra hồ sơ : -Thông tin người bệnh -Tình trạng lâm sàng -Chỉ định				
2	Kiểm tra người bệnh: -Dấu hiệu lâm sàng				
3	Sát khuẩn vết mổ				
4	Đặt các thông số kỹ thuật theo chỉ định				
5	Tăng cường độ dòng điện từ từ cho tới mức cần thiết.				
6	Hết giờ tắt máy.				
7	Tháo điện cực kiểm tra da, thăm hỏi người bệnh.				

ĐẶT ống SODE NIỆU QUẢN (SONDE JJ) QUA NỘI SOI

1. ĐẠI CƯƠNG

- Sonde niệu quản là một dây catheter được đặt bên trong niệu quản để dẫn nước tiểu từ thận xuống bàng quang có thể đặt qua da hoặc qua nội soi bàng quang.
- Sonde JJ là loại stent niệu quản thường được dùng nhiều nhất, một đầu ống sonde trong bể thận, một đầu ống sonde trong bàng quang, thân sonde nằm trọn trong niệu quản giúp nước tiểu xuống bàng quang dễ dàng.

2. CHỈ ĐỊNH

Trong các trường hợp tắc nghẽn niệu quản do nhiều nguyên nhân:

- Sỏi nhỏ niệu quản gây cơn đau quặn thận điều trị nội khoa không có kết quả.
- Hẹp niệu quản sau tạo hình niệu quản.
- Hẹp niệu quản do u từ ngoài chèn ép vào: u sau phúc mạc...
- Hẹp khúc niệu niệu quản – bể thận gây cơn đau quặn thận.
- Vô niệu do sỏi niệu quản có khả năng đặt được sonde JJ.
- K tiền liệt tuyến gây chít hẹp miệng niệu quản...
- Sau những can thiệp ở thận – niệu quản:
- Sau mổ tạo hình niệu quản
- Sau nội soi niệu quản: tán sỏi nội soi ...
- Các thủ thuật cần có sonde niệu quản như:
- Chụp bể thận ngược dòng.
- Thu thập nước tiểu để phân tích tế bào học, nuôi cấy.
- Thực hiện sinh thiết bằng bàn chải.

Các chỉ định khác:

- Dự phòng tổn thương do xạ trị
- Nhiễm trùng nặng nề hệ niệu sau bế tắc.
- Giải phóng tắc niệu quản do gấp góc khi đi qua các bó mạch hay niệu quản hình y trong thận đôi.
- Rò niệu quản sau phẫu thuật.
- Dự phòng sỏi di chuyển trước khi tán sỏi ngoài cơ thể.
- Chèn ép niệu quản ở phụ nữ có thai.
- Trong ghép thận: Suy thận sau thận chưa hoặc không thể phẫu thuật

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Viêm bàng quang, tổn thương bàng quang do xạ trị.
- Tắc nghẽn đường ra của bàng quang và tiểu không kiểm soát là chống chỉ định tương đối nếu không được điều trị.
- Bàng quang co thắt.
- Thận mủ và tiểu máu đại thể nên trì hoãn.
- Thận ứ nước độ III là chống chỉ định tương đối (nên làm trong môi trường có thể mổ cấp cứu và có kháng sinh dự phòng trước đó)

4. CHUẨN BỊ:

4.1. Người thực hiện

- Nhân lực trực tiếp: bác sĩ chuyên khoa tiết niệu
- Nhân lực hỗ trợ: 1 điều dưỡng

4.2. Thuốc:

- Kháng sinh dự phòng

4.3. Trang thiết bị:

- Bộ dụng cụ soi bàng quang hoặc máy soi niệu quản.
- Guide wire có đầu mềm.
- Sonde JJ.

4.4. Người bệnh:

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng...
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.

4.5. Hồ sơ bệnh án

4.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: 0.5 giờ

4.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật

Khoa phẫu thuật gây mê hồi sức

4.8. Kiểm tra hồ sơ

- Kiểm tra người bệnh: Đánh giá tính chính xác của người bệnh: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật...
- Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật.
- Đặt tư thế BN.

5. TIẾN HÀNH QTKT

Chuẩn bị bệnh nhân:

Bệnh nhân nằm tư thế sản khoa, sát trùng vùng bộ phận sinh dục, trải sẵn có lỗ, bơm vào niệu đạo Xylocain gel 2%: 10ml đi với nam, 2ml đi với nữ, để khoảng 10 phút.

Bệnh nhân có thể được dùng thêm thuốc giảm đau toàn thân như: paracetamol 1g....

Các bước tiến hành

- Đặt máy soi bàng quang qua niệu đạo: khảo sát bàng quang và các lỗ niệu quản, khảo sát tình trạng phun nước tiểu của lỗ niệu quản.
- Đưa sonde JJ có guide wire dẫn đường vào kênh thủ thuật, dùng cần nâng để hướng dẫn catheter vào ngay miệng niệu quản, cho guide wire đi trước khi vào miệng niệu quản để tránh xây sát lỗ niệu quản và đi lạc đường.
- Luồn guide wire vượt qua chỗ tắc đưa vào bể thận, giữ cố định guide wire, trượt catheter theo guide wire, cạnh đầu dưới sonde JJ là cổ bàng quang, rút guide trả lại độ cong cho sonde JJ.
- Kiểm tra lại 2 đầu ống sonde đúng vị trí trước khi ngừng thủ thuật

6.Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

6. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

Theo dõi: tùy theo tình trạng bệnh lý và chỉ định đặt sonde và thời gian đặt ng dài hay ngắn: đi với các thủ thuật trên niệu quản như: tán sỏi ngoài cơ thể, tán sỏi trong cơ thể, cơn đau quản thận điều trị nội khoa không kết quả thời gian thường ngắn: 2-4 tuần, đi với các trường hợp bệnh lý mạn tính, điều trị thủng hay rò niệu quản, dự phòng xạ trị khối u ác tính vùng chậu thời gian đặt sonde kéo dài hơn sau 3 tháng

Biến chứng

- Các triệu chứng thường gặp sau đặt sonde có thể gặp: cảm giác cộm, tiểu gấp, tiểu nhiều lần, tiểu máu, dị ứng với ống sonde.
- Nhiễm trùng do không đảm bảo vô khuẩn trong quá trình làm thủ thuật.
- Thủng niệu quản.
- Gập góc hay gãy ống sonde.
- Bám cặn sỏi vào ống sonde gây tắc

7. BẢNG KIỂM

BẢNG KIỂM					
STT	Các bước tiến hành	Thực hiện			Ghi chú
		Có/Chính xác		Không	
		Có	Không		
1	Kiểm tra hồ sơ : -Thông tin người bệnh -Tình trạng lâm sàng -Chỉ định				
2	Kiểm tra người bệnh:				

	-Dấu hiệu lâm sàng				
3	Đặt dụng cụ soi				
4	Đặt các thông số kỹ thuật theo chỉ định				
5	Sát khuẩn vùng mổ				
6	Hết giờ tắt máy.				
7	Kiểm tra nước tiểu				

DẪN LƯU NƯỚC TIỂU BÀNG QUANG

1. ĐẠI CƯƠNG

Bàng quang (BQ) là nơi chứa nước tiểu để tổng ra ngoài qua đường niệu đạo. Trường hợp bàng quang căng mà không tự tiểu được, không đặt được thông tiểu được sẽ cần phải dẫn lưu nước tiểu bàng quang ra ngoài. Bàng quang (BQ) là nơi chứa nước tiểu để tổng ra ngoài qua đường niệu đạo. Trường hợp bàng quang căng mà không tự tiểu được, không đặt được thông tiểu được sẽ cần phải dẫn lưu nước tiểu bàng quang ra ngoài.

2. CHỈ ĐỊNH

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

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

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

4. CHUẨN BỊ:

4.1. Người thực hiện

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

4.2. Thuốc:

- Kháng sinh.

4.3. Trang thiết bị:

- Bộ dụng cụ phẫu thuật có van tự động nhỏ.
- Sonde petzer để DLBQ
- Sonde dẫn lưu khoang Retzius,
- Chỉ tiêu chậm 3.0 hay 2.0 để khâu bàng quang, chỉ tiêu chậm 1.0 đóng cân cơ, chỉ không tiêu khâu da .

4.4. Người bệnh:

- Làm bilan trước mổ đánh giá: các bệnh lý toàn thân, chức năng thận, tình trạng thiếu máu, tình trạng rối loạn đông máu.
- Vệ sinh bộ phận sinh dục, cạo lông mu, sát khuẩn vùng bụng dưới rốn.
- Nhịn ăn uống trước mổ 6 giờ, tốt nhất nên nhịn hậu môn trước mổ.
- Giải thích cho người bệnh và gia đình về chỉ định, cách thức tiến hành, các nguy cơ có thể xảy ra của phẫu thuật....
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.

4.5. Hồ sơ bệnh án

4.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: 1 giờ

4.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật:

Khoa phẫu thuật gây mê hồi sức

4.8. Kiểm tra hồ sơ

- a. Kiểm tra người bệnh: Đánh giá tính chính xác của người bệnh: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật...
- b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật.
- c. Đặt tư thế BN.

5. TIẾN HÀNH QTKT

1. Tư thế: nằm ngửa

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

3. Kỹ thuật:

- Sát khuẩn bụng vùng mổ từ mũi ức tới khớp mu và 1/3 trên đùi
- Trải toan vô khuẩn
- Rạch da đường giữa trên xương mu khoảng 5-10 cm
- Qua da, cân cơ bộc lộ mặt trước BQ
- Khâu treo thành trước bàng quang, mở bàng quang khoảng 2-3cm.
- Kiểm tra cổ bàng quang, tuyến tiền liệt và 2 lỗ niệu quản.
- Lấy sỏi bàng quang, bơm rửa máu cục nếu có.
- Đặt dẫn lưu bàng quang bằng sonde Petzer hoặc sonde Foley, chú ý vị trí đặt dẫn lưu thường đặt vùng vòm bàng quang, đầu sonde dẫn lưu không đặt quá sâu sát cổ bàng quang gây cảm giác kích thích cho người bệnh.
- Khâu lại chỗ mở bàng quang chỉ tiêu chặm
- Kiểm tra lưu thông dẫn lưu, độ kín của đường khâu bàng quang
- Kiểm tra cầm máu kỹ, dẫn lưu khoang Retzius bằng sonde nhựa
- Khâu treo bàng quang vào thành bụng bằng các mũi chỉ tiêu
- Đóng cân cơ và da.

6. Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

6. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

6.1. Xử trí tai biến

- Tai biến của gây tê gây mê: xử lý tùy từng trường hợp và mức độ cụ thể
- Trong mổ có thể rách phúc mạc hay thủng ruột khi bộc lộ BQ: nếu rách phúc mạc đơn thuần thì khâu đóng phúc mạc, nếu thương tổn ruột thì khâu ruột bằng chỉ tiêu chặm, trường hợp khó thì mời bác sĩ chuyên khoa tiêu hóa phối hợp.
- Chảy nước tiểu qua vết mổ, dẫn lưu Retzius: kiểm tra tránh gập tắc dẫn lưu bàng quang, thay băng tránh nhiễm trùng vết mổ.
- Chảy máu tắc sonde: bơm rửa qua dẫn lưu bàng quang lấy hết máu cục, cho rửa bàng quang liên tục nếu còn chảy máu, dùng kháng sinh toàn thân.

7. BẢNG KIỂM

STT	Các bước tiến hành	Thực hiện			Ghi chú
		Có/Chính xác		Không	
		Có	Không		
1	Kiểm tra hồ sơ : -Thông tin người bệnh -Tình trạng lâm sàng -Chỉ định				
2	Kiểm tra người bệnh: -Dấu hiệu lâm sàng				
3	Đặt và cố định điện cực theo chỉ định				
4	Đặt các thông số kỹ thuật theo chỉ định				
5	Tăng cường độ dòng điện từ từ cho tới mức cần thiết.				
6	Hết giờ tắt máy.				
7	Tháo điện cực kiểm tra da, thăm hỏi người bệnh.				

CẮT BỎ TINH HOÀN

1. ĐẠI CƯƠNG

Cắt bỏ tinh hoàn là phẫu thuật cắt bỏ một khối gồm cả tinh hoàn, mào tinh hoàn, thường tinh để lấy bỏ triệt để thương tổn tại chỗ của tinh hoàn, nhất là trong bệnh ung thư tinh hoàn.

2. CHỈ ĐỊNH

- Ung thư tinh hoàn.
- Tinh hoàn hoại tử do lao, do áp xe, do xoắn.
- Ung thư tuyến tiền liệt khi có chỉ định cắt tinh hoàn, có thể áp dụng cắt tinh hoàn hoặc lấy mô tinh hoàn đơn thuần cả hai bên

3. CHUẨN BỊ:

3.1. Người thực hiện

- Nhân lực trực tiếp: 1 phẫu thuật viên chính, 1 bác sĩ phụ mổ
- Nhân lực hỗ trợ: 1 điều dưỡng

3.2. Thuốc:

- Kháng sinh dự phòng.

3.3. Trang thiết bị:

- Bộ dụng cụ trung phẫu..

3.4. Người bệnh:

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng...
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.

3.5. Hồ sơ bệnh án

- Khám kỹ và mô tả thương tổn bệnh lý và xếp loại TNM trong trường hợp bị bệnh ung thư

3.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật (Ước tính, đơn vị là giờ)

- 0.5 -1 giờ

3.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật

Khoa phẫu thuật gây mê hồi sức

3.8. Kiểm tra hồ sơ

- Kiểm tra người bệnh: Đánh giá tính chính xác của người bệnh: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật...
- Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật.
- Đặt tư thế BN: nằm ngửa

4. TIẾN HÀNH QTKT

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

2. Kỹ thuật:

Đường rạch:

Nếu khối u nhỏ, có thể rạch ngang trên nếp da gấp dưới ổ bụng dưới.

Nếu khối u lớn, khó khăn hơn khi bộc lộ thì rạch trên nếp bẹn từ gốc bìu chéo lên trên một góc 45° với đường giữa, đường rạch dài 4-5 khoát ngón tay.

Nếu da bìu bị xâm lấn, có lỗ rò hay viêm dính, loét thì có thể rạch da lấy cả khối thương tổn.

Rạch cân cơ chéo lớn thường tinh tới tận lỗ bẹn nông. Các thớ cơ dính vào từng tinh được cắt đứt hoặc buộc cắt rời khỏi từng tinh nhưng không làm thương tổn dây thần kinh chậu bẹn chạy dọc theo từng tinh.

Bóc tách từng tinh ở phía sau, cặp từng tinh và bộc lộ cả khối tinh hoàn lên trên qua vết mổ, bằng cách đẩy nhẹ tinh hoàn lên, bóc tách cầm máu và cắt dây chằng phía dưới, giữ tinh hoàn vào da.

Đỡ khối tinh hoàn đã được đưa ra trên một gạc to bằng sạch mổ, sau đó mở tinh hoàn đánh giá thương tổn (nếu có nghi ngờ).

Kéo dài đường rạch lên trên, phẫu tích nhẹ nhàng từng tinh. Buộc động mạch hạ vị và đẩy túi cùng phúc mạc lên cao vào trong. Cặp từng tinh và buộc hai nút buộc bằng chỉ không tiêu phía trên nếp từng tinh, sau đó cắt từng tinh.

Buộc động mạch tinh và tĩnh mạch tinh ở cao. Kiểm tra lại ống bẹn và cầm máu kỹ ống bẹn và ổ tinh hoàn.

Làm lại ống bẹn bằng cách khâu dây chằng kết hợp với cung đùi và đóng gân cơ chéo lớn.

Đặt ống dẫn lưu phía thấp của bìu trong 48-72 giờ.

Đóng lại da và tổ chức dưới da.

Chú ý: Nếu có hạch ở giai đoạn ung thư tiến triển, phải kết hợp nạo vét hạch...

6. Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

5. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

- Chảy máu do cầm máu không kỹ, gây tụ máu: băng ép và theo dõi tiếp nếu máu chảy nhiều phải cầm máu lại.
- Phù vết mổ: băng kép kết hợp điều trị kháng sinh và chống phù nề.

6. BẢNG KIỂM

STT	Các bước tiến hành	Thực hiện			Ghi chú
		Có/Chính xác		Không	
		Có	Không		
1	Kiểm tra hồ sơ : -Thông tin người bệnh -Tình trạng lâm sàng -Chỉ định				
2	Kiểm tra người bệnh:				

	-Dấu hiệu lâm sàng				
3	Đặt và cố định điện cực theo chỉ định				
4	Đặt các thông số kỹ thuật theo chỉ định				
5	Tăng cường độ dòng điện từ từ cho tới mức cần thiết.				
6	Hết giờ tắt máy.				
7	Tháo điện cực kiểm tra da, thăm hỏi người bệnh.				

PHẪU THUẬT TẠO HÌNH KHÚC NỐI BỂ THẬN - NIỆU QUẢN

1. ĐẠI CƯƠNG

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

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

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

2. CHỈ ĐỊNH

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

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

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

4. CHUẨN BỊ:

4.1. Người thực hiện

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

4.2. Thuốc:

- Kháng sinh

4.3. Trang thiết bị:

- Phòng mổ và bàn mổ niệu khoa thông thường.
- Bộ dụng cụ mổ mở tiết niệu không thường.
- Sonde JJ số 6 Fr hoặc 7 Fr, guidewire, chỉ vicryl 4/0, 5/0.
- 2 sợi vicryl số 1 khâu cân cơ, 1-2 sợi nylon 3/0 khâu da.

4.4. Người bệnh:

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng...
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.

4.5. Hồ sơ bệnh án

4.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật (Ước tính, đơn vị là giờ): 1- 2 giờ

4.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật

Khoa phẫu thuật gây mê hồi sức

4.8. Kiểm tra hồ sơ

- Kiểm tra người bệnh: Đánh giá tính chính xác của người bệnh: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật...
- Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật.
- Đặt tư thế BN.

5. TIẾN HÀNH QTKT

Tư thế: Người bệnh nghiêng 90^0 về phía đối diện, kê đệm dưới sườn.

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

Kỹ thuật:

Rạch da theo đường sườn - thắt lưng vào khoang sau phúc mạc

Lấy cơ thắt lưng chậu làm mốc bóc tách bộc lộ niệu quản, phẫu tích theo niệu quản lên đến bể thận.

Phẫu tích hai mặt trước sau của bể thận, khúc nối, cực dưới thận xem có động mạch bất thường (nếu có).

Cắt đoạn BT-NQ hẹp và 1 phần bể thận giãn.

Tạo hình bể thận niệu quản, đặt ống thông niệu quản bằng sonde double J, khâu BT-NQ bằng chỉ vicryl 4/0, 5/0.

Quan sát tổng thể phẫu trường, cầm máu, đặt dẫn lưu, đóng bụng...

6 Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

6. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

Trong phẫu thuật

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

Sau phẫu thuật

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

7. BẢNG KIỂM

STT	Các bước tiến hành	Thực hiện		Ghi chú
		Có/Chính xác	Không	

		Có	Không		
1	Kiểm tra hồ sơ : -Thông tin người bệnh -Tình trạng lâm sàng -Chỉ định				
2	Kiểm tra người bệnh: -Dấu hiệu lâm sàng				
3	Đặt và cố định điện cực theo chỉ định				
4	Đặt các thông số kỹ thuật theo chỉ định				
5	Tăng cường độ dòng điện từ từ cho tới mức cần thiết.				
6	Hết giờ tắt máy.				
7	Tháo điện cực kiểm vết mổ				

DẪN LƯU ÁP XE KHOANG RETZIUS

1. ĐẠI CƯƠNG

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

2. CHỈ ĐỊNH

- Khối áp xe khoang retzius sau mổ vùng bàng quang
- Khối áp xe khoang Retzius trong hội chứng Fournier, trong chấn thương bàng quang gây tụ máu nước tiểu áp xe hoá.
- Áp xe khoang Retzius do túi thừa bàng quang vỡ, ung thư bàng quang vỡ cần xử lý nguyên nhân và dẫn lưu rộng rãi khoang Retzius.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

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

4. CHUẨN BỊ:

Lưu ý: Nguồn lực (nhân lực, thuốc, vật tư, trang thiết bị trực tiếp) để thực hiện phương pháp vô cảm sẽ được quy định trong quy trình kỹ thuật thực hiện phương pháp vô cảm. Về chuẩn bị thuốc, vật tư, trang thiết bị: khi cần thiết có thể lập Phụ lục về Danh mục chuẩn bị để thực hiện QTKT

4.2. Người thực hiện

a. Nhân lực trực tiếp

- 1 bác sỹ phẫu thuật chuyên khoa tiết niệu
- 2 bác sỹ phụ mổ

b. Nhân lực hỗ trợ (nếu có)

- 1 chạy ngoài
- 1 bác sỹ gây mê và 1 phụ mê

4.3. Thuốc:

- Kháng sinh

4.4. Vật tư, trang thiết bị:

- Bàn mổ có thể điều khiển các tư thế khi cần thiết
- Dao điện đơn cực,
- Máy hút
- Dao mổ, kìm kẹp kim đủ các loại từ kìm cặp chỉ nhỏ đến chỉ to, 1 kìm kẹp kim

mạch máu, 10 pince cong, 2 pharabeuf, 2 hartman, 1 bộ van tự động, 1 van sâu, 1 van nông, 1 van maleat, 2 kéo phẫu tích gồm 1 to, 1 nhỏ, 2 kéo cắt chỉ gồm 1 dài, 1 ngắn.

- Các loại chỉ: tùy từng bệnh lý mà phẫu thuật cần số lượng chỉ khác nhau trung bình cần 2 sợi chỉ tiêu chậm 2/0, 2 sợi chỉ đơn sợi không tiêu 3/0, 2 sợi chỉ to tiêu chậm 1/0.

- 1 hoặc 2 ống dẫn lưu silicon
- 1 sonde Foley hoặc Petzer để dẫn lưu bàng quang khi cần thiết.
- 1 túi nước tiểu nếu có dẫn lưu bàng quang
- Nhiều dung dịch sát khuẩn betadine, cồn, oxy già, nhiều nước muối sinh lý ấm để rửa và làm sạch khoang Retzius.

4.5. Người bệnh:

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng...
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.

4.6. Hồ sơ bệnh án

4.7. Thời gian thực hiện kỹ thuật (Ước tính, đơn vị là giờ): 1 – 1.5 giờ

4.8. Địa điểm thực hiện kỹ thuật

Khoa phẫu thuật gây mê hồi sức

4.9. Kiểm tra hồ sơ

- a. Kiểm tra người bệnh: Đánh giá tính chính xác của người bệnh: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật...
- b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật.
- c. Đặt tư thế BN.

5. TIẾN HÀNH QTKT

1. Tư thế: nằm ngửa

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

3. Kỹ thuật:

- Sát khuẩn bụng vùng mông từ mũi ức tới khớp mu và 1/3 trên đùi
- Trải toan, rạch da đường giữa trên xương mu khoảng 5-10 cm hoặc rộng hơn tùy theo thương tổn.
- Qua da, cân cơ bộc lộ mặt trước bàng quang vào khoang Retzius
- Lấy máu, mổ gửi vi sinh.
- Hút sạch mủ ổ áp xe, lau rửa làm sạch thật kỹ
- Nếu thành bàng quang viêm mủn nát, người bệnh đái khó hay ổ áp xe ăn vào bàng quang có thể dẫn lưu bàng quang.
- Nếu áp xe do viêm thủng bàng quang hay do túi thừa bàng quang vỡ cần cắt túi thừa, khâu lại chỗ vỡ và dẫn lưu bàng quang.
- Bơm rửa sạch bàng quang, dẫn lưu bàng quang bằng sonde Petzer

- Dẫn lưu khoang Retzius bằng sonde silicon to 1 hoặc 2 chiếc
- Đóng cân cơ mũi rời
- Khâu da

6. Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

6. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

1. Theo dõi sau mổ:

- Tình trạng toàn thân: Mạch nhiệt độ huyết áp
- Nước tiểu qua dẫn lưu bàng quang (tránh gập tắc sonde) nếu có
- Dịch chảy ra dẫn lưu khoang Retzius
- Tình trạng vết mổ

2. Xử trí tai biến:

- Chống nhiễm khuẩn bằng kháng sinh toàn thân
- Thay băng tránh nhiễm trùng vết mổ.
- Rò nước tiểu qua dẫn lưu ổ áp xe khi thành bàng quang mủn nát.
Chăm sóc tránh tắc dẫn lưu bàng quang.

Chảy máu vào bàng quang: nếu cần phải bơm rửa bàng quang

7. BẢNG KIỂM

STT	Các bước tiến hành	Thực hiện			Ghi chú
		Có/Chính xác		Không	
		Có	Không		
1	Kiểm tra hồ sơ : -Thông tin người bệnh -Tình trạng lâm sàng -Chỉ định				
2	Kiểm tra người bệnh: -Dấu hiệu lâm sàng				
3	Đặt và cố định điện cực theo chỉ định				
4	Đặt các thông số kỹ thuật theo chỉ định				
5	Tăng cường độ dòng điện từ từ cho tới mức cần thiết.				
6	Hết giờ tắt máy.				
7	Tháo điện cực kiểm tra da, thăm hỏi người bệnh.				