

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

DỰ THẢO



QUY TRÌNH KỸ THUẬT
KHOA NGOẠI

NĂM 2024

MỤC LỤC

1. MỤC LỤC.....	2
2. PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT RUỘT THỪA	3
3. PHẪU THUẬT NỘI SOI ĐIỀU TRỊ ÁP XE RUỘT THỪA.....	8
4. PHẪU THUẬT NỘI SOI KHÂU THÙNG DẠ DÀY.....	12
5. PHẪU THUẬT CẮT TÚI MẬT NỘI SOI	16
6. PHẪU THUẬT TRĨ THEO PHƯƠNG PHÁP MILLIGAN-MORGAN	20
7. PHẪU THUẬT LONGO ĐIỀU TRỊ TRĨ.....	24
8. PHẪU THUẬT ÁP XE CẠNH HẬU MÔN	29
9. PHẪU THUẬT PHỤC HỒI THÀNH BỆN THEO LICHTENSTEIN	33
10. PHẪU THUẬT RÒ HẬU MÔN.....	35
11. PHẪU THUẬT RÒ HẬU MÔN HÌNH MÓNG NGỰA.....	39
12. ĐIỀU TRỊ NÚT KẼ HẬU MÔN	41
13. KHÂU NỐI CƠ THẮT HẬU MÔN.....	44
14. NGUYÊN TẮC CHUNG PHẪU THUẬT VÙNG HẬU MÔN - TRỰC TRÀNG 47	
15. CHÍCH RẠCH Ổ ÁP XE.....	50

PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT RUỘT THỪA

1. ĐẠI CƯƠNG

Phẫu thuật nội soi cắt ruột thừa là kỹ thuật mổ nội soi cắt bỏ ruột thừa bệnh lý hoặc cắt ruột thừa để áp dụng các kỹ thuật khác.

Phẫu thuật cắt ruột thừa nội soi được thực hiện đầu tiên bởi Kurt Semm vào năm 1983. Với những ưu điểm của phẫu thuật thâm nhập tối thiểu, phương pháp này đã được áp dụng rộng rãi và trở nên phổ biến. Từ đó, được xem là tiêu chuẩn vàng trong điều trị viêm ruột thừa cấp và các bệnh lý khác như u nhầy ruột thừa, ung thư ruột thừa.

Bệnh lý ruột thừa là viêm ruột thừa cấp tính, mạn tính, ung thư ruột thừa, carcinoma ruột thừa, các kỹ thuật liên quan có thể là lấy ruột thừa để tạo hình thay thế niệu quản, tạo hình đại tràng...

2. CHỈ ĐỊNH

- Viêm ruột thừa cấp tính
- Viêm ruột thừa mạn tính
- Ung thư ruột thừa
- U nhầy ruột thừa
- Các trường hợp viêm phúc mạc do ruột thừa vỡ

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Bệnh nhân có các chống chỉ định phẫu thuật nội soi

4. CHUẨN BỊ

4.1. Người thực hiện

Người thực hiện BS ngoại tiêu hóa hay ngoại chung được đào tạo chuyên sâu hoặc có chứng chỉ nội soi

4.2. Phương tiện

- Đèn chiếu sáng tốt, ánh sáng lạnh.
- Bộ dụng cụ phẫu thuật mở (trường hợp chuyển đổi phương pháp mổ)
- Bộ dụng cụ phẫu thuật nội soi: Màn hình, hệ thống camera, nguồn sáng, hệ thống bơm khí CO₂, hệ thống máy hút. Bộ Trocar, dụng cụ phẫu thuật nội soi, hệ thống dao điện đơn cực, lưỡng cực
- Các loại chỉ khâu: Nylon 3/0, Vicryl 2/0
- Bàn phẫu thuật: thường đặt được người bệnh tư thế nằm ngửa, bàn có thể xoay được các tư thế.
- Bàn để dụng cụ: nên có 2 bàn (bàn để dụng cụ chung và bàn để dụng cụ cần thiết trong khi mổ đặt trước mặt Người thực hiện 50cmX30cm).

4.3. Người bệnh

- Giải thích cho người bệnh và gia đình biết rõ tình trạng bệnh tại chỗ và tình trạng chung của người bệnh, về khả năng phẫu thuật sẽ thực hiện, về các tai biến, biến chứng, di chứng có thể gặp do bệnh, do phẫu thuật, do gây mê tê giảm đau, do cơ địa của người bệnh.
- Giải đáp những khúc mắc của người bệnh về bệnh tật, về phẫu thuật,...trong phạm vi cho phép.
- Vệ sinh vùng phẫu thuật

- Xét nghiệm cơ bản, chụp X quang phổi
- Điện tâm đồ đối với người bệnh từ 40 tuổi trở lên
- Giải thích với người bệnh và gia đình về: tình trạng bệnh, tình trạng toàn thân, phương pháp phẫu thuật, các tai biến, biến chứng có thể gặp do bệnh lý, phẫu thuật, gây mê và cơ địa người bệnh. Giải đáp những thắc mắc của người bệnh và gia đình về bệnh lý, phẫu thuật trong phạm vi cho phép.
- Nhịn ăn uống ít nhất 6 giờ trước phẫu thuật.
- Cho người bệnh đi tiểu hay đặt sonde tiểu trước phẫu thuật.

4.4. Hồ sơ bệnh án

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

- Hoàn thiện đầy đủ các bước khám lâm sàng, cận lâm sàng cần thiết để có chẩn đoán xác định bệnh (tùy thuộc các phương tiện, cơ sở y tế). Đánh giá tình trạng toàn thân như tuổi, cơ địa, những bệnh mãn tính nặng phối hợp có ảnh hưởng tới cuộc phẫu thuật, trong thời kỳ hậu phẫu. Đánh giá khả năng phẫu thuật để chuẩn bị cho cuộc mổ diễn ra an toàn và hiệu quả nhất. Đối với các thủ thuật đơn giản hơn (ví dụ lấy máu cục do trĩ tắc mạch, người bệnh có thể thực hiện thủ thuật và ra về ngay trong ngày. Hay người bệnh phải mổ cấp cứu như áp xe cạnh hậu môn) thì các bước chuẩn bị có thể rút gọn đơn giản hơn, phù hợp với từng trường hợp cụ thể.

5. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

5.1. Tư thế bệnh nhân

Người bệnh nằm ngửa.

5.2. Phương pháp vô cảm

Gây mê nội khí quản

5.3. Thực hiện kỹ thuật

- Vị trí người thực hiện phẫu thuật: Phẫu thuật viên chính đứng ở bên phải người bệnh, người phụ cầm camera đứng bên phải của phẫu thuật viên chính, dụng cụ viên đứng ngang gối bệnh trái người bệnh. Màn hình đề bên trái và ngang vai người bệnh, bàn dụng cụ để ngang gối người bệnh.

- Kỹ thuật:

Bước 1: Đặt các trocar, một trocar ở vùng cạnh rốn để sử dụng camera nội soi và hai trocar để sử dụng các dụng cụ thao tác.

Bước 2: Kiểm tra đánh giá tình trạng ổ phúc mạc, các tạng. Bộc lộ và đánh giá tình trạng của ruột thừa.

Bước 3: Phẫu tích mạc treo ruột thừa đến sát góc. Cầm máu mạc treo ruột thừa bằng dao điện nội soi, các nguồn năng lượng khác hoặc bằng stapler.

Bước 4: Buộc chỉ góc ruột thừa và cắt ruột thừa. Hoặc sử dụng stapler để khâu và cắt ruột thừa.

Bước 5: Hút dịch ổ phúc mạc. Trường hợp viêm phúc mạc, nhiều dịch ổ phúc mạc, bơm dung dịch nước muối đẳng trương súc rửa ổ phúc mạc. Trường hợp nhiễm ổ phúc mạc nhiều, phẫu thuật viên đánh giá không rửa sạch ổ phúc mạc

bằng phẫu thuật nội soi, tiến hành chuyển sang phẫu thuật mở.

Bước 6: Lấy bệnh phẩm ra ngoài qua vị trí vết mổ. Đặt dẫn lưu ở trường hợp viêm phúc mạc nhiều dịch bẩn. Đóng các vị trí trocar.

6. THEO DÕI

Điều trị thuốc kháng sinh và giảm đau ở thời gian hậu phẫu.

- Bệnh nhân hậu phẫu có thể sử dụng đơn trị liệu Paracetamol truyền hoặc uống, hoặc giảm đau đa mô thức tùy tình trạng đau.

- Kháng sinh dùng tùy thuộc vào tình trạng bụng được đánh giá bởi phẫu thuật viên. Có thể dùng nhóm Penicillin+ ức chế beta-lactamase, hoặc Cepalosporin thế hệ 3 hoặc phối hợp đa nhóm phối hợp. Với trường hợp viêm ruột thừa chưa từng được phẫu thuật sớm và ksdp trước mổ, tỷ lệ nhiễm trùng vết mổ <5%. Trong các trường hợp nặng, phân tầng bệnh nhân để lựa chọn kháng sinh phù hợp.

Hướng dẫn người bệnh vận động sớm sau khi hồi tỉnh.

Cho người bệnh ăn sớm nếu có biểu hiện nhu động ruột phục hồi

Theo dõi các biến chứng sau phẫu thuật: viêm phúc mạc do bục gốc ruột thừa, rò manh tràng, thương tổn tạng rỗng; chảy máu trong ổ phúc mạc; áp xe tồn lưu; nhiễm trùng, chảy máu vết mổ; tràn khí dưới da.

7. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

Chảy máu ổ phúc mạc: có thể xuất phát từ động mạch mạc treo ruột thừa, thương tổn mạch máu mạc treo hồi manh tràng, bó mạch chậu ngoài bên phải; hoặc chảy máu từ thành bụng ở vị trí đặt trocar. Trường hợp này nếu điều trị nội khoa thất bại, cần chỉ định phẫu thuật để cầm máu.

Viêm phúc mạc toàn thể: do bục gốc ruột thừa, thương tổn manh tràng, ruột non. Cần phẫu thuật lại để xử trí thương tổn.

Thương tổn niệu quản phải: Niệu quản bị rách, thì khâu vết rách và kèm dẫn lưu vị trí mổ. Nếu niệu quản đứt hẳn thì có thể nối ngay kiểu tận tận kèm dẫn lưu. Không có điều kiện nối ngay, thì phải đưa đầu trên của niệu quản ra ngoài thành bụng. Sau một thời gian sẽ tiến hành nối lại niệu quản.

Áp xe tồn lưu: được điều trị như các khối áp xe trong ổ phúc mạc.

8. TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Quy trình phẫu thuật nội soi cắt ruột thừa.
2. Bộ trưởng Bộ Y tế Việt Nam (2014). Tài liệu Hướng dẫn quy trình kỹ thuật chuyên ngành phẫu thuật tiêu hoá. Quyết định ban hành số 1904/QĐ-BYT ngày 30/05/2014

BẢNG KIỂM GIÁM SÁT QUY TRÌNH PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT RUỘT THỪA

STT	NỘI DUNG GIÁM SÁT	ĐẠT	KHÔNG ĐẠT	GHI CHÚ
1	Chẩn đoán trước mổ: LS : + Bệnh sử đau bụng di chuyển hố chậu (P), chán ăn, buồn nôn, nôn. Phản ứng dội (+) CLS :			

STT	NỘI DUNG GIÁM SÁT	ĐẠT	KHÔNG ĐẠT	GHI CHÚ
	+ xét nghiệm tiền phẫu + siêu âm: Ruột thừa $d > 7\text{mm}$, ấn đau không xẹp, thâm nhiễm mỡ xung quanh			
2	Đánh giá tình trạng bệnh nhân trước mổ – Sinh hiệu, BMI – Chống chỉ định gây tê tủy sống – Chống chỉ định mổ nội soi			
3	Chuẩn bị trước mổ – Cam kết mổ – Dụng cụ: đèn chiếu sáng tốt; bộ dụng cụ phẫu thuật nội soi, và bộ mổ mở, các loại chỉ khâu; thuốc bôi trơn.			
4	Hội chẩn duyệt mổ Hội chẩn duyệt mổ ký đầy đủ và thông tin chính xác.			
5	Kỹ thuật Bước 1: Đặt các trocar, một trocar ở vùng cạnh rốn để sử dụng camera nội soi và hai trocar để sử dụng các dụng cụ thao tác. Bước 2: Kiểm tra đánh giá tình trạng ổ phúc mạc, các tạng. Bộc lộ và đánh giá tình trạng của ruột thừa. Bước 3: Phẫu tích mạc treo ruột thừa đến sát góc. Cầm máu mạc treo ruột thừa bằng dao điện nội soi, các nguồn năng lượng khác hoặc bằng stapler. Bước 4: Buộc chỉ góc ruột thừa và cắt ruột thừa. Hoặc sử dụng stapler để khâu và cắt ruột thừa. Bước 5: Hút dịch ổ phúc mạc. Trường hợp viêm phúc mạc, nhiều dịch ổ phúc mạc, bơm dung dịch nước muối đẳng trương súc rửa ổ phúc mạc. Trường hợp nhiễm ổ phúc mạc nhiều, phẫu thuật viên đánh giá không rửa sạch ổ phúc mạc bằng phẫu thuật nội soi, tiến hành chuyển sang phẫu thuật mở. Bước 6: Lấy bệnh phẩm ra ngoài qua vị trí vết mổ. Đặt dẫn lưu ổ trường hợp viêm phúc mạc nhiều dịch ổ phúc mạc. Đóng các vị trí trocar.			
TỔNG KẾT		ĐẠT	KHÔNG ĐẠT	

PHẪU THUẬT NỘI SOI ĐIỀU TRỊ ÁP XE RUỘT THỪA

1. ĐẠI CƯƠNG

Áp xe ruột thừa là trường hợp viêm ruột thừa cấp tính vỡ mủ, sau đó được các cơ quan lân cận bao bọc lại hình thành ổ áp xe. Áp xe ruột thừa thường được chỉ định chọc hút hay dẫn lưu, tuy nhiên ở trường hợp cần giải quyết cùng lúc ổ áp xe và cắt ruột thừa viêm thì có thể điều trị bằng phẫu thuật nội soi

2. CHỈ ĐỊNH

Áp xe ruột thừa trong ổ phúc mạc

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Đám quánh ruột thừa

Tiền sử nhiều lần mổ bụng

Bệnh nhân chống chỉ định phẫu thuật nội soi

4. I CHUẨN BỊ

4.1. Người thực hiện

Người thực hiện **BS ngoại tiêu hóa** hay ngoại chung được đào tạo chuyên sâu hoặc có chứng chỉ nội soi

4.2. Phương tiện

- Đèn chiếu sáng tốt, ánh sáng lạnh.
- Bộ dụng cụ phẫu thuật mở (trường hợp chuyển đổi phương pháp mổ)
- Bộ dụng cụ phẫu thuật nội soi: Màn hình, hệ thống camera, nguồn sáng, hệ thống bơm khí CO₂, hệ thống máy hút. Bộ Trocar, dụng cụ phẫu thuật nội soi, hệ thống dao điện đơn cực, lưỡng cực
- Các loại chỉ khâu: Nylon 3/0, Vicryl 2/0
- Bàn phẫu thuật: thường đặt được người bệnh tư thế nằm ngửa, bàn có thể xoay được các tư thế.
- Bàn để dụng cụ: nên có 2 bàn (bàn để dụng cụ chung và bàn để dụng cụ cần thiết trong khi mổ đặt trước mặt Người thực hiện 50cmX30cm).

4.3. Người bệnh

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

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

- Vệ sinh vùng phẫu thuật
- Xét nghiệm cơ bản, chụp X quang phổi
- Điện tâm đồ đối với người bệnh từ 40 tuổi trở lên
- Giải thích với người bệnh và gia đình về: tình trạng bệnh, tình trạng toàn thân,

phương pháp phẫu thuật, các tai biến, biến chứng có thể gặp do bệnh lý. phẫu thuật, gây mê và cơ địa người bệnh. Giải đáp những thắc mắc của người bệnh và gia đình về bệnh lý, phẫu thuật trong phạm vi cho phép.

- Nhịn ăn uống ít nhất 6 giờ trước phẫu thuật.
- Cho người bệnh đi tiểu hay đặt sonde tiểu trước phẫu thuật.

4.4. Hồ sơ bệnh án

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

- Hoàn thiện đầy đủ các bước khám lâm sàng, cận lâm sàng cần thiết để có chẩn đoán xác định bệnh (tùy thuộc các phương tiện, cơ sở y tế). Đánh giá tình trạng toàn thân như tuổi, cơ địa, những bệnh mãn tính nặng phối hợp có ảnh hưởng tới cuộc phẫu thuật, trong thời kỳ hậu phẫu. Đánh giá khả năng phẫu thuật để chuẩn bị cho cuộc mổ diễn ra an toàn và hiệu quả nhất. Đối với các thủ thuật đơn giản hơn (ví dụ lấy máu cục do trĩ tắc mạch, người bệnh có thể thực hiện thủ thuật và ra về ngay trong ngày. Hay người bệnh phải mổ cấp cứu như áp xe cạnh hậu môn) thì các bước chuẩn bị có thể rút gọn đơn giản hơn, phù hợp với từng trường hợp cụ thể.

5. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

5.1. Tư thế bệnh nhân

Người bệnh nằm ngửa.

5.2. Phương pháp vô cảm

Gây mê nội khí quản

5.3. Thực hiện kỹ thuật

- Vị trí người thực hiện phẫu thuật: Phẫu thuật viên chính đứng ở bên phải người bệnh, người phụ cầm camera đứng bên phải của phẫu thuật viên chính, dụng cụ viên đứng ngang gối bệnh trái người bệnh. Màn hình để bên trái và ngang vai người bệnh, bàn dụng cụ để ngang gối người bệnh.

- Kỹ thuật:

Bước 1: Đặt các trocar, một trocar ở vùng cạnh rốn để bơm khí CO₂ và sử dụng camera nội soi, hai trocar để sử dụng các dụng cụ thao tác.

Bước 2: Kiểm tra đánh giá tình trạng ổ phúc mạc, các tạng. Bộc lộ và đánh giá tình trạng của ổ áp xe ruột thừa.

Bước 3: Phẫu tích ổ áp xe, nếu thấy dịch mủ chảy ra tiến hành hút sạch, tránh tràn ra ổ phúc mạc. Chú ý không làm thương tổn các tạng bao bọc ổ áp xe. Có dịch mủ, tiến hành hút lấy mẫu dịch để làm xét nghiệm vi khuẩn và kháng sinh đồ.

Bước 4: Tìm ruột thừa viêm và cắt ruột thừa theo kỹ thuật phẫu thuật nội soi
Hút rửa và làm sạch ổ áp xe.

Bước 5: Đặt dẫn lưu tại vị trí ổ áp xe, túi cùng douglas. Lấy bệnh phẩm ra ngoài qua vị trí trocar. Đóng các vị trí trocar.

6. THEO DÕI

Truyền dịch, điều trị thuốc kháng sinh và giảm đau ở thời gian hậu phẫu.

- Truyền dịch, bồi đủ tuần hoàn trong ngày đầu, dung dịch NaCl 0.9% hoặc RingerLactate, có thể uống sau 24h

- Kháng sinh: chọn phổ kháng khuẩn trên gram (-) và kỵ khí.

+Có thể chọn nhóm Penicillin+ức chế betalactamase hoặc Cephalosporin nhóm 2-3 kết hợp Metronidazol

+Trong các trường hợp nặng, phân tầng bệnh nhân để lựa chọn kháng sinh phù hợp.

- Giảm đau có thể dùng paracetamol truyền hoặc đa mô thức tùy mức độ đau
Hướng dẫn người bệnh vận động sớm sau khi hồi tỉnh.

Cho người bệnh ăn sớm nếu có biểu hiện nhu động ruột phục hồi, triệu chứng đau và tình trạng nhiễm trùng giảm.

Rút dẫn lưu khi không còn ra dịch, tình trạng bụng và nhiễm trùng ổn định.

7. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

7.1. Tai biến của bơm hơi ổ bụng:

- Kích thích nhịp tim
- Tràn khí các khoang: trước màng bụng, dưới da, khoang màng phổi
- Tắc mạch phổi do hơi

7.2. Tai biến do chọc Trocar

- Tổn thương các tạng trong ổ bụng: chuyển hở
- Tổn thương các mạch máu trong ổ bụng
- Chảy máu thành bụng
- Nhiễm khuẩn các lỗ đặt trocar

7.3. Tai biến trong mổ

- Thủng, rách ruột non khi phẫu tích vào ổ áp xe
- Chảy máu không kiểm soát được do tình trạng viêm dính ổ áp xe

4. Tai biến sau mổ:

- Tụ máu trong ổ bụng, thành bụng.
- Áp xe thành bụng, trong ổ bụng: dẫn lưu
- Thoát vị qua lỗ trocar
- Tắc ruột sau mổ
- Rò manh tràng
- Viêm mủm ruột thừa còn sót

8. TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Quy trình phẫu thuật nội soi điều trị áp xe ruột thừa

Bộ trưởng Bộ Y tế Việt Nam (2014). Tài liệu Hướng dẫn quy trình kỹ thuật chuyên ngành phẫu thuật tiêu hoá. Quyết định ban hành số 1904/QĐ-BYT ngày 30/05/2014.

**BẢNG KIỂM GIÁM SÁT QUY TRÌNH PHẪU THUẬT NỘI SOI
ĐIỀU TRỊ ÁP XE RUỘT THỪA**

STT	NỘI DUNG GIÁM SÁT	ĐẠT	KHÔNG ĐẠT	GHI CHÚ
1	<p>Chẩn đoán trước mổ:</p> <p>LS : + Bệnh sử đau bụng hố chậu (P), chán ăn, buồn nôn, nôn. Phản ứng dội (+)</p> <p>CLS : + xét nghiệm tiền phẫu + siêu âm bụng: khối áp xe ruột thừa</p>			
2	<p>Đánh giá tình trạng bệnh nhân trước mổ</p> <p>– Sinh hiệu, BMI</p> <p>– Chống chỉ định gây tê tùy sống</p> <p>– Chống chỉ định mổ nội soi</p>			
3	<p>Chuẩn bị trước mổ</p> <p>– Cam kết mổ</p> <p>– Dụng cụ: đèn chiếu sáng tốt; bộ dụng cụ phẫu thuật nội soi, và bộ mổ mở, các loại chỉ khâu; thuốc bôi trơn.</p>			
4	<p>Hội chẩn duyệt mổ</p> <p>Hội chẩn duyệt mổ ký đầy đủ và thông tin chính xác.</p>			
5	<p>Kỹ thuật</p> <p>Bước 1: Đặt các trocar, một trocar ở vùng cạnh rốn để bơm khí CO₂ và sử dụng camera nội soi, hai trocar để sử dụng các dụng cụ thao tác.</p> <p>Bước 2: Kiểm tra đánh giá tình trạng ổ phúc mạc, các tạng. Bộc lộ và đánh giá tình trạng của ổ áp xe ruột thừa.</p> <p>Bước 3: Phẫu tích ổ áp xe, nếu thấy dịch mủ chảy ra tiến hành hút sạch, tránh tràn ra ổ phúc mạc. Chú ý không làm thương tổn các tạng bao bọc ổ áp xe. Có dịch mủ, tiến hành hút lấy mẫu dịch để làm xét nghiệm vi khuẩn và kháng sinh đồ.</p> <p>Bước 4: Tìm ruột thừa viêm và cắt ruột thừa theo kỹ thuật phẫu thuật nội soi Hút rửa và làm sạch ổ áp xe.</p> <p>Bước 5: Đặt dẫn lưu tại vị trí ổ áp xe, túi cùng douglas. Lấy bệnh phẩm ra ngoài qua vị trí trocar. Đóng các vị trí trocar.</p>			
TỔNG KẾT		ĐẠT	KHÔNG ĐẠT	

PHẪU THUẬT NỘI SOI KHÂU THÙNG DẠ DÀY

1. ĐẠI CƯƠNG

Thủng ổ loét dạ dày là một biến chứng nặng thường gặp của bệnh lý loét dạ dày đôi khi của ung thư dạ dày. Thuật ngữ thủng dạ dày thường dùng không bao gồm các vết thương làm thủng hay chấn thương làm vỡ rách dạ dày. Thủng dạ dày là cấp cứu ngoại khoa, cần phải can thiệp phẫu thuật cấp cứu, vì chỉ có mổ sớm mới cứu sống người bệnh.

2. CHỈ ĐỊNH

- Tất cả người bệnh được chẩn đoán thủng dạ dày
- Phân loại tình trạng sức khỏe theo ASA ≤ 3
- Thời gian từ khi thủng tới khi vào viện ≤ 24 giờ.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Với người bệnh chống chỉ định phẫu thuật nội soi (PTNS).
- Với bệnh lý thủng ổ loét dạ dày:
 - + Có xuất huyết tiêu hóa đi kèm.
 - + Có tiền sử hoặc triệu chứng hẹp môn vị đi kèm.
 - + Thủng do ung thư.

4. CHUẨN BỊ

4.1. Người thực hiện kỹ thuật:

Bác sĩ chuyên khoa ngoại tiêu hóa và gây mê hồi sức có kinh nghiệm.

4.2. Phương tiện:

Hệ thống phẫu thuật nội soi đồng bộ

4.3. Người bệnh:

- Tiến hành các xét nghiệm cấp cứu cần thiết.
- Kháng sinh trước mổ: cephalosporin thế hệ 3 tiêm tĩnh mạch.
- Đặt ống thông dạ dày.
- Truyền dịch để bù nước và điện giải
- Vệ sinh vùng mổ.
- Đặt ống thông tiểu
- Giải thích cho người bệnh và người nhà người bệnh về các bước điều trị và các tai biến có thể xảy ra trong mổ.

4.4. Hồ sơ bệnh án:

Hoàn thành các thủ tục hành chính theo quy định: bệnh án chi tiết, biên bản hội chẩn, biên bản khám trước khi gây mê, giấy cam đoan đồng ý phẫu thuật.

5. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

5.1. Kiểm tra hồ sơ: Đầy đủ theo quy định Bộ Y tế.

5.2. Kiểm tra người bệnh: Đúng người (tên, tuổi,...), đúng bệnh.

5.3. Thực hiện kỹ thuật:

5.3.1. Gây mê: Nội khí quản.

5.3.2. Tư thế:

Người bệnh nằm tư thế đầu cao, chân thấp một góc 15-30°, phẫu thuật viên chính đứng phía bên trái người bệnh, người cầm camera đứng bên trái phẫu thuật viên chính, dụng cụ viên đứng bên phải người bệnh.

5.3.3. Kỹ thuật:

Thì 1: Đặt optic 10 mm và bơm hơi vào ổ phúc mạc.

Dùng Allis kẹp dọc rốn nâng rốn lên; Rạch da ngang dưới rốn theo chiều từ trên xuống dưới Dùng phẫu tích mở mạc rốn, cân rốn để vào ổ phúc mạc. Sau khi đặt trocar, bơm hơi ổ phúc mạc với áp lực từ 8 -12 mmHg.

Thì 2: Kiểm tra, đánh giá tình trạng lỗ thủng và ổ phúc mạc. Tiếp tục đặt 2 trocar 5mm vào 2 bên hông phải và trái

Tiến hành lấy dịch ổ phúc mạc làm kháng sinh đồ. Đánh giá tình trạng của dạ dày và môn vị bao gồm tình trạng giãn của dạ dày, tình trạng co kéo và dính của môn vị. Đánh giá tình trạng lỗ thủng bao gồm vị trí, đường kính, độ xơ chai và mức độ ảnh hưởng đến các cơ quan xung quanh, sinh thiết để đánh giá xem có biểu hiện ác tính không.

Thì 3: Khâu lỗ thủng.

Phương pháp khâu thủng: dùng chỉ liên kim loại tiêu chậm Vicryl 2.0 dài khoảng 18-20 cm. Dùng dụng cụ kéo dạ dày xuống để bộc lộ lỗ thủng. Nếu lỗ thủng < 1 cm, khâu một mũi chữ X toàn thể, hướng khâu đi theo trục của ống tiêu hoá. Nếu lỗ thủng > 1cm thường phải khâu 2-3 mũi rời, khâu theo chiều của ống tiêu hoá để khi thắt chỉ đường khâu nằm ngang không gây hẹp môn vị. Sau khi khâu có thể phủ mạc nối lớn lên đường khâu và dùng chỉ cố định vào đường khâu trong trường hợp ổ loét xơ chai

Thì 4: Rửa ổ bụng.

Hút sơ bộ dịch trong ổ phúc mạc. Sau đó tiến hành rửa ổ phúc mạc theo từng vùng từ góc ¼ trên phải đến ¼ trên trái, dưới trái, dưới phải và túi cùng Douglas. Khi rửa đảm bảo sạch toàn bộ các chất bẩn và giả mạc trong bụng. Kết hợp với thay đổi tư thế người bệnh để rửa sạch các khoang. Dịch rửa được lựa chọn là nước muối sinh lý đẳng trương. Có thể đặt dẫn lưu dưới gan hay dẫn lưu túi cùng Douglas bằng ống thông dạ dày.

Thì 5: Đóng các lỗ trocar.

THEO DÕI

Ống thông dạ dày được giữ cho đến khi người bệnh có nhu động ruột, thời gian đặt ống thông dạ dày ít nhất là 48 giờ; Bù nước và điện giải; Nuôi dưỡng đường tĩnh mạch cho đến khi người bệnh ăn trở lại được. Cho ăn trở lại sau khi rút ống thông dạ dày.

Dẫn lưu ổ bụng nếu có sẽ được rút khi không còn chảy dịch, thường từ 24- 48 giờ;

Kháng sinh dùng theo chế độ kháng sinh điều trị, được dùng tới 5 ngày hoặc đến khi hết sốt.

Dùng các thuốc kháng tiết như thuốc ức chế bơm proton hoặc thuốc ức chế thụ thể H₂ được bắt đầu ngay sau mổ như Zantac 50 mg, 3 lần mỗi ngày hoặc Omeprazole 40mg, 1 lần mỗi ngày.

Sử dụng phác đồ diệt trừ HP như OCA (omeprazole, clarithromycin, amoxycillin), OAM (omeprazole, amoxycillin, metronidazole)

Người bệnh dậy vận động sau mổ 24 giờ;

6. XỬ TRÍ TAI BIẾN

- Chảy máu: phải mổ lại cầm máu.
- Bục hay dò chỗ khâu: khâu lại chỗ bục hoặc dẫn lưu.
- Áp xe tồn dư: có thể mổ lại hoặc điều trị kháng sinh kèm chọc hút.

7. TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Quy trình phẫu thuật nội soi điều trị thủng dạ dày- TS. Hồ Hữu Thiện, ThS. Trần Nghiêm Trung-

Bộ trưởng Bộ Y tế Việt Nam (2014). Tài liệu Hướng dẫn quy trình kỹ thuật chuyên ngành phẫu thuật tiêu hoá. Quyết định ban hành số 1904/QĐ-BYT ngày 30/05/2014.

BẢNG KIỂM GIÁM SÁT QUY TRÌNH PHẪU THUẬT NỘI SOI KHÂU THÙNG DẠ DÀY

STT	NỘI DUNG GIÁM SÁT	ĐẠT	KHÔNG ĐẠT	GHI CHÚ
1	Chẩn đoán trước mổ: LS : + Đau bụng đột ngột và dữ dội Co cứng thành bụng CLS : + xét nghiệm tiền phẫu + X-quang bụng không sửa soạn: Liềm hơi dưới hoành			
2	Đánh giá tình trạng bệnh nhân trước mổ _ Sinh hiệu, BMI _ Chống chỉ định với các bệnh lý thủng ổ loét dạ dày _ Chống chỉ định mổ nội soi			
3	Chuẩn bị trước mổ _ Cam kết mổ			

STT	NỘI DUNG GIÁM SÁT	ĐẠT	KHÔNG ĐẠT	GHI CHÚ
	Dụng cụ: đèn chiếu sáng tốt; bộ dụng cụ phẫu thuật nội soi, và bộ mổ mở, các loại chỉ khâu.			
4	Hội chẩn duyệt mổ Hội chẩn duyệt mổ ký đầy đủ và thông tin chính xác.			
5	<p>Kỹ thuật</p> <p><i>Thì 1:</i> Vào trocar ổ bụng ở vị trí rốn</p> <p><i>Thì 2:</i></p> <p>Tiến hành lấy dịch ổ phúc mạc làm kháng sinh đồ.</p> <p>Đánh giá tình trạng của dạ dày và môn vị.</p> <p>Đánh giá tình trạng lỗ thủng bao gồm vị trí, đường kính, độ xơ chai và mức độ ảnh hưởng đến các cơ quan xung quanh, sinh thiết để đánh giá xem có biểu hiện ác tính không.</p> <p><i>Thì 3:</i> Khâu lỗ thủng.</p> <p><i>Phương pháp khâu thủng:</i></p> <p>Nếu lỗ thủng < 1 cm, khâu một mũi chữ X toàn thể, hướng khâu đi theo trục của ống tiêu hoá.</p> <p>Nếu lỗ thủng > 1cm thường phải khâu 2-3 mũi rời, khâu theo chiều của ống tiêu hoá.</p> <p><i>Thì 4:</i> Rửa ổ bụng.</p> <p>Hút sơ bộ dịch trong ổ phúc mạc. Sau đó tiến hành rửa ổ phúc mạc. Có thể đặt dẫn lưu dưới gan hay dẫn lưu túi cùng Douglas bằng ống thông dạ dày.</p> <p><i>Thì 5:</i> Đóng các lỗ trocar</p>			
TỔNG KẾT		ĐẠT	KHÔNG ĐẠT	

PHẪU THUẬT CẮT TÚI MẬT NỘI SOI

1. ĐẠI CƯƠNG

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

2. CHỈ ĐỊNH

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

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

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

4. CHUẨN BỊ

4.1. Người thực hiện:

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

4.2. Phương tiện:

- Bàn mổ có thể dạng chân, quay các chiều.
- Giàn máy mổ nội soi: nguồn sáng, máy bơm khí, khí CO₂, màn hình, dao điện (đơn cực và lưỡng cực).
- Bộ dụng cụ mổ nội soi: 04 trocar (02 trocar 10mm; 02 trocar 5mm); panh có răng - không răng; móc đốt điện; kìm cặp clip; kìm cặp kim; kéo; ống kính 900 hoặc 450.

4.3. Người bệnh:

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

4.4. Hồ sơ bệnh án:

Hoàn thành các thủ tục hành chính theo quy định: bệnh án chi tiết, biên bản hội chẩn, biên bản khám trước khi gây mê, giấy cam đoan đồng ý phẫu thuật.

5. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

5.1. Kiểm tra hồ sơ: Tên tuổi người bệnh, chẩn đoán, chỉ định, chống chỉ định

5.2. Kiểm tra người bệnh: Đúng người (tên, tuổi,...), đúng bệnh.

5.3. Thực hiện kỹ thuật:

5.3.1. Tư thế:

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

5.3.2. Vô cảm:

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

5.3.3. Kỹ thuật:

- Mở bụng theo Kỹ thuật mini-open ở dưới rốn để đặt trocar 10mm. Bơm hơi ổ bụng, duy trì áp lực trong ổ bụng 10 - 12 mmHg.
- Đưa camera quan sát, lựa chọn vị trí đặt các trocar tiếp theo: trocar 10mm dưới mũi ức; trocar 5mm ở bờ ngoài cơ thẳng to ngang bên phải rốn; trocar 5mm ở dưới bờ sườn phải đường nách giữa.
- Chính bàn tư thế đầu cao, nghiêng trái tối đa.
- Dùng panh có răng đưa qua lỗ trocar dưới sườn cầm vào đáy túi mật đẩy lên trên và sang phải tối đa để bộc lộ vùng cổ túi mật và cuống gan.
- Dùng panh không răng đưa qua lỗ trocar bờ ngoài cơ thẳng cầm vào phễu túi mật, quan sát xem có bất thường ống mật chủ (có giãn không), ống cổ túi mật (có giãn không).
- Dùng móc dao điện phẫu tích vào tam giác Calot ở mặt sau và mặt trước, bộc lộ được động mạch túi mật, ống cổ túi mật.
- Cặp clip vào động mạch túi mật và ống cổ túi mật, phải nhìn rõ ống gan chung khi cặp, dùng kéo cắt động mạch túi mật và ống cổ túi mật. Dùng móc điện giải phóng giường túi mật tỉ mỉ, cầm máu giường túi mật.
- Cho túi mật vào túi nylon, lau sạch ổ bụng, cầm máu kỹ. Trường hợp viêm nhiễm, dịch mật đục bẩn có thủng túi mật nên đặt dẫn lưu dưới gan và đưa vào ở lỗ trocar dưới sườn phải
- Lấy túi mật qua lỗ trocar rốn, đóng các lỗ trocar bằng chỉ tiêu.

6. THEO DÕI

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

7. XỬ TRÍ TAI BIẾN

- Chảy máu trong ổ bụng: do tuột clip động mạch túi mật hoặc từ giường túi mật, nội soi kiểm tra hoặc mổ mở để cầm máu.

- Viêm phúc mạc: do tuột clip ống cổ túi mật hoặc thương tổn đường mật chính, mổ bụng kiểm tra và xử trí theo thương tổn.

- Áp xe tồn dư: thường gặp ở vị trí ổ túi mật, điều trị kháng sinh kết hợp chọc hút dưới siêu âm.

8. TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Quy trình phẫu thuật nội soi cắt túi mật

Bộ trưởng Bộ Y tế Việt Nam (2014). Tài liệu Hướng dẫn quy trình kỹ thuật chuyên ngành phẫu thuật tiêu hoá. Quyết định ban hành số 1904/QĐ-BYT ngày 30/05/2014.

BẢNG KIỂM GIÁM SÁT QUY TRÌNH PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT TÚI MẬT

STT	NỘI DUNG GIÁM SÁT	ĐẠT	KHÔNG ĐẠT	GHI CHÚ
1	Chỉ định mổ cắt túi mật -Sỏi túi mật có triệu chứng hoặc kích thước lớn. -Viêm túi mật -Polyp túi mật có triệu chứng, đa polyp hoặc polyp có kích thước > 1cm.			
2	Đánh giá tình trạng bệnh nhân trước mổ - Sinh hiệu, BMI - Chống chỉ định với phẫu thuật ổ bụng - Chống chỉ định mổ nội soi			
3	Chuẩn bị trước mổ - Cam kết mổ - Dụng cụ: đèn chiếu sáng tốt; bộ dụng cụ phẫu thuật nội soi, và bộ mổ mở, các loại chỉ khâu.			
4	Hội chẩn duyệt mổ Hội chẩn duyệt mổ ký đầy đủ và thông tin chính xác.			
5	Kỹ thuật: - Vào trocar tại các vị trí trên ổ bụng - Bộc lộ vùng cổ túi mật và cuống gan. - Quan sát xem có bất thường ống mật chủ (có giãn không), ống cổ túi mật (có giãn không). - Phẫu tích vào tam giác Calot ở mặt sau và mặt trước, bộc lộ được động mạch túi mật, ống cổ túi mật. - Cặp clip vào động mạch túi mật và ống cổ túi mật, phải nhìn rõ ống gan chung khi cặp,	•		

	<p>dùng kéo cắt động mạch túi mật và ống cổ túi mật. Dùng móc điện giải phóng giường túi mật tử mĩ, cầm máu giường túi mật.</p> <p>- Cho túi mật vào túi nylon, lau sạch ổ bụng, cầm máu kỹ. Trường hợp viêm nhiễm, dịch mật đục bầm có thủng túi mật nên đặt dẫn lưu dưới gan và đưa vào ổ lỗ trocar dưới sườn phải</p> <p>- Lấy túi mật qua lỗ trocar rốn, đóng các lỗ trocar bằng chỉ tiêu.</p>			
TỔNG KẾT	ĐẠT	KHÔNG ĐẠT		

PHẪU THUẬT TRĨ THEO PHƯƠNG PHÁP MILLIGAN-MORGAN

1. ĐẠI CƯƠNG

Là phương pháp phẫu thuật sử dụng máy cắt nối tự động niêm mạc trực tràng, nhằm treo các búi trĩ vào lại ống hậu môn, đảm bảo chức năng sinh lý của các búi trĩ.

Phẫu thuật được đề nghị và thực hiện bởi phẫu thuật viên người Italia, Antonio Longo năm 1983. Với nội dung cơ bản là: cắt một vòng niêm mạc, dưới niêm mạc trực tràng trên đường lược nhằm kéo búi trĩ và niêm mạc trực tràng sa trở về vị trí cũ đồng thời loại bỏ nguồn máu đi từ niêm mạc tới cho các búi trĩ

2. CHỈ ĐỊNH

- Trĩ độ 3, độ 4 lẫn độ 2 và sa niêm mạc trực tràng

- Trĩ hỗn hợp có tạo vòng

- **CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Không có chống chỉ định tuyệt đối

- Chống chỉ định phẫu thuật chung cho các bệnh lý nội khoa khác liên quan gây mê- hồi sức, bệnh lý đông cầm máu, đái tháo đường chưa kiểm soát, lao, HIV...

3. I CHUẨN BỊ

3.1. Người thực hiện

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

3.2. Phương tiện

- Đèn chiếu sáng tốt, ánh sáng lạnh.
- Bộ dụng cụ phẫu thuật hậu môn: có ống soi hậu môn, van hậu môn, que thăm dò, dao điện, máy hút, panh, kéo, kẹp phẫu tích,...
- Các loại chỉ khâu, thuốc bôi trơn (vaselin), oxy già, xanh metylen,...
- Bàn phẫu thuật: thường đặt được người bệnh tư thế phụ khoa, bàn có thể xoay được các tư thế.
- Bàn để dụng cụ: nên có 2 bàn (bàn để dụng cụ chung và bàn để dụng cụ cần thiết trong khi mổ đặt trước mặt Người thực hiện 50cmX30cm).

3.3. Người bệnh

- Giải thích cho người bệnh và gia đình biết rõ tình trạng bệnh tại chỗ và tình trạng chung của người bệnh, về khả năng phẫu thuật sẽ thực hiện, về các tai biến, biến chứng, di chứng có thể gặp do bệnh, do phẫu thuật, do gây mê tê giảm đau, do cơ địa của người bệnh.
- Giải đáp những khúc mắc của người bệnh về bệnh tật, về phẫu thuật,...trong phạm vi cho phép.
- Tối hôm trước ngày phẫu thuật:
 - Thụt tháo sạch phân, có thể thụt thuốc tẩy như Fleet,...Không cần tẩy sạch như phẫu thuật đại trực tràng.
 - Dùng thuốc an thần như seduxen 5mg X 1 viên, uống lúc 20 giờ.
 - Cạo lông quanh hậu môn: nên thực hiện trên bàn phẫu thuật sau khi gây tê vùng hoặc gây mê.

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

3.4. Hồ sơ bệnh án

- Hoàn thành các thủ tục hành chính theo qui định. Người bệnh và gia đình ghi hồ sơ như đã nêu ở mục 3 trên đây (ghi rõ đã được giải thích rõ ràng và hiểu về những điều bác sỹ giải thích nêu trên).
- Hoàn thiện đầy đủ các bước khám lâm sàng, cận lâm sàng cần thiết để có chẩn đoán xác định bệnh (tùy thuộc các phương tiện, cơ sở y tế). Đánh giá tình trạng toàn thân như tuổi, cơ địa, những bệnh mãn tính nặng phối hợp có ảnh hưởng tới cuộc phẫu thuật, trong thời kỳ hậu phẫu. Đánh giá khả năng phẫu thuật để chuẩn bị cho cuộc mổ diễn ra an toàn và hiệu quả nhất. Đối với các thủ thuật đơn giản hơn (ví dụ lấy máu cục do trĩ tắc mạch, người bệnh có thể thực hiện thủ thuật và ra về ngay trong ngày. Hay người bệnh phải mổ cấp cứu như áp xe cạnh hậu môn) thì các bước chuẩn bị có thể rút gọn đơn giản hơn, phù hợp với từng trường hợp cụ thể.

4. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

4.1. Tư thế bệnh nhân

Người bệnh nằm ngửa ở tư thế phụ khoa hay nằm sấp đặt gối dưới bụng để bộc lộ rõ vùng hậu môn – trực tràng.

4.2. Phương pháp vô cảm

Thường là gây tê tuỷ sống, có thể thay đổi phương pháp khác tùy theo đánh giá của bác sĩ gây mê- hồi sức

4.3. Thực hiện kỹ thuật

- Nong hậu môn, bộc lộ búi trĩ
- Dùng banh cặp búi trĩ chính 3h-8h-11h
- Phẫu thuật cắt các búi trĩ chính từ da đến niêm mạc hậu môn trực tràng khỏi lớp cơ tròn trong tới gốc búi trĩ, khâu thắt gốc búi trĩ bằng vicryl 2.0, cắt búi trĩ
- Lấy các búi trĩ phụ dưới các cầu niêm mạc
- Sửa các cầu da niêm mạc cho cân đối, đều đặn
- Kiểm tra : cầm máu tốt, ống hậu môn không hẹp

5. THEO DÕI

1.Theo dõi tình trạng toàn thân và tại vùng phẫu thuật:

- Mạch, huyết áp, nhịp thở, nhiệt độ, tri giác
- Theo dõi tại vết mổ: chảy máu, chảy dịch, đau.
- Khi phẫu thuật bằng gây tê tuỷ sống, người bệnh thường bí đái trong ngày đầu, có thể phải đặt sonde bàng quang.

2. Dùng thuốc giảm đau, kháng sinh nếu cần; thuốc nhuận tràng, thuốc an thần buổi tối Thường truyền dịch 500ml – 1000ml sau mổ, dung dịch truyền Nacl 0.9% hoặc Ringerlactate.

Thông thường duy trì kháng sinh 5-7 ngày, có thể đơn trị liệu hoặc đa trị liệu phối hợp giữa Cephalosporin thế hệ 3 và Metronidazole.

Giảm đau có thể dùng Paracetamol truyền hoặc uống tùy mức độ đau, cân nhắc thêm giảm đau đa mô thức nếu cần.

3. Cho người bệnh ăn nhẹ, tập vận động sớm.

4. Chăm sóc vết mổ: thay băng hàng ngày, khi có hiện tượng bất thường như chảy máu, thấm dịch nhiều phải kiểm tra vết mổ. Ngâm hậu môn trong nước ấm trong một số phẫu thuật theo chỉ định của bác sỹ phẫu thuật.

Sân sóc tại chỗ: thường đặt viên đạn trĩ vào hậu môn 1 viên/ngày. Ngâm rửa hậu môn vào chậu nước ấm pha thuốc tím hoặc dung dịch sát trùng nhẹ 2 - 3 lần/ngày.

6. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

6.1. Chảy máu:

Thường do vết thương để mở, nên người bệnh đại tiện có dính ít máu.

Nếu mức độ chảy máu nhiều, không tự cầm cần kiểm tra lại vết mổ để cầm máu bằng đốt điện hay khâu.

6.2. Đau nhiều:

Dùng thuốc giảm đau kết hợp ngâm hậu môn nước ấm.

6.3. Bí đại:

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

6.4. Hẹp hậu môn:

Sau mổ cần đặt thuốc hàng ngày, đưa sâu ngón tay vào trong lòng trực tràng, tránh các mép cầu da niêm mạc dính sớm gây hẹp hậu môn.

Trong khi mổ, cần phẫu tích tỉ mỉ, đúng lớp, tránh gây chảy máu nhiều phải khâu cầm máu và đốt điện nhiều làm hoại tử cầu da niêm mạc. Đây là nguyên nhân gây hẹp hậu môn.

6.5. Mất tự chủ hậu môn thường tồn tại trong vòng 30 ngày sau mổ:

Nguyên nhân do lớp niêm mạc hậu môn bị cắt bỏ, chưa tái tạo và phục hồi chức năng nhận cảm thành phần phân chứa trong lòng trực tràng.

Do phẫu thuật ảnh hưởng tới hoạt động của hệ thống cơ thắt hậu môn.

Do người bệnh sợ đi ngoài làm ứ đọng phân trong lòng trực tràng, gây kích thích đại tiện (người bệnh chỉ rặn được một ít phân, cảm giác đi không hết phân và đi ngoài nhiều lần trong ngày).

Vì vậy cần động viên người bệnh đi ngoài sớm, dùng nhuận tràng. Trong trường hợp cần thiết phải thụt tháo, lấy phân ứ đọng trong trực tràng.

7. TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Quy trình phẫu thuật cắt trĩ bằng phương pháp Milligan Morgan.

Bộ trưởng Bộ Y tế Việt Nam (2014). Tài liệu Hướng dẫn quy trình kỹ thuật chuyên ngành phẫu thuật tiêu hoá. Quyết định ban hành số 1904/QĐ-BYT ngày 30/05/2014.

2. Nguyên tắc chung điều trị phẫu thuật vùng hậu môn- trực tràng

Bộ trưởng Bộ Y tế Việt Nam (2014). Tài liệu Hướng dẫn quy trình kỹ thuật chuyên ngành phẫu thuật tiêu hoá. Quyết định ban hành số 1904/QĐ-BYT ngày 30/05/2014.

**BẢNG KIỂM GIÁM SÁT QUY TRÌNH PHẪU THUẬT
CẮT TRĨ MILLIGAN-MORGAN**

STT	NỘI DUNG GIÁM SÁT	ĐẠT	KHÔNG ĐẠT	GHI CHÚ
1	<p>Chẩn đoán trước mổ:</p> <p>LS : + bệnh sử đi cầu ra máu, khối sa hậu môn, không dấu hiệu tiền u như: sụt cân, ăn uống kém, sốt,... Đánh giá phân độ trĩ</p> <p>+ dùng banh hậu môn kiểm tra đánh giá búi trĩ</p> <p>CLS : + xét nghiệm tiền phẫu</p> <p>+ nội soi trực tràng (nội soi đại trực tràng với bệnh nhân ≥ 60)</p>			
2	<p>Đánh giá tình trạng bệnh nhân trước mổ</p> <p>_ Sinh hiệu, BMI</p> <p>_ Chống chỉ định gây tê tủy sống</p> <p>_ Chống chỉ định mổ: viêm nhiễm hậu môn</p>			
3	<p>Chuẩn bị trước mổ</p> <p>_ Cam kết mổ</p> <p>_ Dụng cụ: đèn chiếu sáng tốt; bộ dụng cụ phẫu thuật hậu môn: dao điện, van hậu môn, máy hút, kéo,... ; các loại chỉ khâu; thuốc bôi trơn.</p>			
4	<p>Hội chẩn duyệt mổ</p> <p>Hội chẩn duyệt mổ ký đầy đủ và thông tin chính xác.</p>			
5	<p>Kỹ thuật</p> <p>_ Nong hậu môn, bộc lộ búi trĩ</p> <p>_ Dùng banh cặp búi trĩ chính 3h-8h-11h</p> <p>_ Phẫu thuật cắt các búi trĩ chính từ da đến niêm mạc hậu môn trực tràng khỏi lớp cơ tròn trong tới gốc búi trĩ, khâu thắt gốc búi trĩ bằng vicryl 2.0, cắt búi trĩ</p> <p>_ Lấy các búi trĩ phụ dưới các cầu niêm mạc</p> <p>_ Sửa các cầu da niêm mạc cho cân đối, đều đặn</p> <p>_ Kiểm tra : cảm máu tốt, ống hậu môn không hẹp</p>			
TỔNG KẾT		ĐẠT	KHÔNG ĐẠT	

PHẪU THUẬT LONGO ĐIỀU TRỊ TRĨ

1. ĐẠI CƯƠNG

Là phương pháp phẫu thuật sử dụng máy cắt nối tự động niêm mạc trực tràng, nhằm treo các búi trĩ vào lại ống hậu môn, đảm bảo chức năng sinh lý của các búi trĩ.

Phẫu thuật được đề nghị và thực hiện bởi phẫu thuật viên người Italia, Antonio Longo năm 1983. Với nội dung cơ bản là: cắt một vòng niêm mạc, dưới niêm mạc trực tràng trên đường lược nhằm kéo búi trĩ và niêm mạc trực tràng sa trở về vị trí cũ đồng thời loại bỏ nguồn máu đi từ niêm mạc tới cho các búi trĩ

2. CHỈ ĐỊNH

- Trĩ độ 3, độ 4 lẫn độ 2 và sa niêm mạc trực tràng
- Trĩ hỗn hợp có tạo vòng

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Không có chống chỉ định tuyệt đối
- Chống chỉ định phẫu thuật chung cho các bệnh lý nội khoa khác liên quan gây mê- hồi sức, bệnh lý đông cầm máu, đái tháo đường chưa kiểm soát, lao, HIV...

4. I CHUẨN BỊ

4.1. Người thực hiện

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

4.2. Phương tiện

- Đèn chiếu sáng tốt, ánh sáng lạnh.
- Bộ dụng cụ phẫu thuật hậu môn: có ống soi hậu môn, van hậu môn, que thăm dò, dao điện, máy hút, panh, kéo, kẹp phẫu tích,...máy cắt nối tự động (PPH3, EEA33,...)
- Các loại chỉ khâu: silk 1/0, prolene 2/0..., thuốc bôi trơn (vaselin), oxy già, xanh metylen,...
- Bàn phẫu thuật: thường đặt được người bệnh tư thế phụ khoa, bàn có thể xoay được các tư thế.
- Bàn để dụng cụ: nên có 2 bàn (bàn để dụng cụ chung và bàn để dụng cụ cần thiết trong khi mổ đặt trước mặt Người thực hiện 50cmX30cm).

4.3. Người bệnh

- Giải thích cho người bệnh và gia đình biết rõ tình trạng bệnh tại chỗ và tình trạng chung của người bệnh, về khả năng phẫu thuật sẽ thực hiện, về các tai biến, biến chứng, di chứng có thể gặp do bệnh, do phẫu thuật, do gây mê tê giảm đau, do cơ địa của người bệnh.
- Giải đáp những khúc mắc của người bệnh về bệnh tật, về phẫu thuật,...trong phạm vi cho phép.
- Tối hôm trước ngày phẫu thuật:

- Thụt tháo sạch phân, có thể thụt thuốc tẩy như Fleet,...Không cần tẩy sạch như phẫu thuật đại trực tràng.
- Dùng thuốc an thần như seduxen 5mg X 1 viên, uống lúc 20 giờ.
- Cạo lông quanh hậu môn: nên thực hiện trên bàn phẫu thuật sau khi gây tê vùng hoặc gây mê.
- Ngày phẫu thuật: nhịn ăn, uống, đi tiểu trước khi lên bàn mổ.

4.4. Hồ sơ bệnh án

- Hoàn thành các thủ tục hành chính theo qui định. Người bệnh và gia đình ghi hồ sơ như đã nêu ở mục 3 trên đây (ghi rõ đã được giải thích rõ ràng và hiểu về những điều bác sỹ giải thích nêu trên).
- Hoàn thiện đầy đủ các bước khám lâm sàng, cận lâm sàng cần thiết để có chẩn đoán xác định bệnh (tùy thuộc các phương tiện, cơ sở y tế). Đánh giá tình trạng toàn thân như tuổi, cơ địa, những bệnh mãn tính nặng phối hợp có ảnh hưởng tới cuộc phẫu thuật, trong thời kỳ hậu phẫu. Đánh giá khả năng phẫu thuật để chuẩn bị cho cuộc mổ diễn ra an toàn và hiệu quả nhất. Đối với các thủ thuật đơn giản hơn (ví dụ lấy máu cục do trĩ tắc mạch, người bệnh có thể thực hiện thủ thuật và ra về ngay trong ngày. Hay người bệnh phải mổ cấp cứu như áp xe cạnh hậu môn) thì các bước chuẩn bị có thể rút gọn đơn giản hơn, phù hợp với từng trường hợp cụ thể.

5. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

5.1. Tư thế bệnh nhân

Người bệnh nằm ngửa ở tư thế phụ khoa hay nằm sấp đặt gối dưới bụng để bộc lộ rõ vùng hậu môn – trực tràng.

5.2. Phương pháp vô cảm

Thường là gây tê tuỷ sống, có thể thay đổi phương pháp khác tùy theo đánh giá của bác sỹ gây mê- hồi sức

5.3. Thực hiện kỹ thuật

- Bước 1: Nong hậu môn, đánh giá tình trạng bệnh trĩ.
- Bước 2: Đặt van hậu môn.
- Bước 3: Khâu vòng niêm mạc, chỉ prolene 2.0, trên đường lược 2,5cm, bắt đầu từ vị trí 3h. Độ sâu mũi khâu tới lớp dưới niêm mạc trực tràng.
- Bước 4: Đặt đầu máy trên vòng khâu, xiết vòng chỉ khâu và buộc nút chỉ. Dùng que chuyên dụng móc 2 đầu sợi chỉ và thắt nút.
- Bước 5: Đóng máy từ từ tới vạch đánh dấu. Kiểm tra vách âm đạo không nằm trong đường cắt (Người bệnh nữ). Giữ khoảng 1 phút để ép mô sẽ cắt.
- Bước 6: Bấm máy, giữ khoảng 2 phút.
- Bước 7: Tháo máy, thường mở 2 vòng xoay, quay máy 90 độ sang phải và trái để mô cắt rời ra hoàn toàn.
- Bước 8: Kiểm tra vòng cắt trên máy và miệng nõ Nếu còn chảy máu khâu mũi chữ X vicryl 3.0. Không đốt điện để cầm máu tránh gây bỏng hoại tử thứ phát về sau. Có thể phối hợp cắt da thừa, u nhú, lấy máu cục khi trĩ tắc mạch.

6. THEO DÕI

- 1.Theo dõi tình trạng toàn thân và tại vùng phẫu thuật:

- Mạch, huyết áp, nhịp thở, nhiệt độ, tri giác
 - Theo dõi tại vết mổ: chảy máu, chảy dịch, đau.
 - Khi phẫu thuật bằng gây tê tủy sống, người bệnh thường bí đái trong ngày đầu, có thể phải đặt sonde bàng quang.
2. Dùng thuốc giảm đau, kháng sinh nếu cần; thuốc nhuận tràng, thuốc an thần buổi tối Thường truyền dịch 500ml – 1000ml sau mổ.
- Thông thường duy trì kháng sinh 5-7 ngày, có thể đơn trị liệu hoặc đa trị liệu phối hợp giữa Cephalosporin thế hệ 3 và Metronidazole.
- Giảm đau có thể dùng Paracetamol truyền hoặc uống tùy mức độ đau, cân nhắc thêm giảm đau đa mô thức nếu cần. Ở bệnh nhân mổ Longo thường ít đau
3. Cho người bệnh ăn nhẹ, tập vận động sớm.
4. Chăm sóc vết mổ: thay băng hàng ngày, khi có hiện tượng bất thường như chảy máu, thấm dịch nhiều phải kiểm tra vết mổ. Ngâm hậu môn trong nước ấm trong một số phẫu thuật theo chỉ định của bác sỹ phẫu thuật.
- Sân sóc tại chỗ: thường đặt viên đạn trĩ vào hậu môn 1 viên/ngày. Ngâm rửa hậu môn vào chậu nước ấm pha thuốc tím hoặc dung dịch sát trùng nhẹ 2 - 3 lần/ngày.

7. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Chảy máu thường đại tiện lần đầu dính ít máu. Nếu mức độ chảy máu ít thì băng ép cầm máu, nếu mức độ chảy máu nhiều không tự cầm, cần kiểm tra lại vết mổ để cầm máu.
- Đau: Dùng thuốc giảm đau loại Paracetamol truyền hoặc uống.
- Bí đái: Thường gặp sau gây tê tủy sống, hoặc do người bệnh đau nhiều cũng gây khó tiểu tiện. Nếu cần thiết phải đặt sonde bàng quang.
- Mất tự chủ hậu môn: Ít gặp.

8. TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Quy trình phẫu thuật cắt trĩ bằng phương pháp phẫu thuật Longo.
Bộ trưởng Bộ Y tế Việt Nam (2014). Tài liệu Hướng dẫn quy trình kỹ thuật chuyên ngành phẫu thuật tiêu hoá. Quyết định ban hành số 1904/QĐ-BYT ngày 30/05/2014.
- Nguyên tắc chung điều trị phẫu thuật vùng hậu môn- trực tràng
Bộ trưởng Bộ Y tế Việt Nam (2014). Tài liệu Hướng dẫn quy trình kỹ thuật chuyên ngành phẫu thuật tiêu hoá. Quyết định ban hành số 1904/QĐ-BYT ngày 30/05/2014.

BẢNG KIỂM GIÁM SÁT QUY TRÌNH PHẪU THUẬT LONGO ĐIỀU TRỊ TRĨ

STT	NỘI DUNG GIÁM SÁT	ĐẠT	KHÔNG ĐẠT	GHI CHÚ
1	Chẩn đoán trước mổ: LS : + bệnh sử đi cầu ra máu, khối sa hậu môn, không dấu hiệu tiền u như: sụt cân, ăn uống kém, sốt,... Đánh giá phân độ trĩ + dùng banh hậu môn kiểm tra đánh giá búi trĩ			

STT	NỘI DUNG GIÁM SÁT	ĐẠT	KHÔNG ĐẠT	GHI CHÚ
	CLS : + xét nghiệm tiền phẫu + nội soi trực tràng (nội soi đại trực tràng với bệnh nhân ≥ 60)			
2	Đánh giá tình trạng bệnh nhân trước mổ – Sinh hiệu, BMI – Chống chỉ định gây tê tủy sống – Chống chỉ định mổ: viêm nhiễm hậu môn			
3	Chuẩn bị trước mổ – Cam kết mổ – Dụng cụ: đèn chiếu sáng tốt; bộ dụng cụ phẫu thuật hậu môn: dao điện, van hậu môn, máy hút, kéo,... ; các loại chỉ khâu; thuốc bôi trơn.			
4	Hội chẩn duyệt mổ Hội chẩn duyệt mổ ký đầy đủ và thông tin chính xác.			
5	Kỹ thuật - Bước 1: Nong hậu môn, đánh giá tình trạng bệnh trĩ. - Bước 2: Đặt van hậu môn. - Bước 3: Khâu vòng niêm mạc, chỉ prolene 2.0, trên đường lược 2,5cm, bắt đầu từ vị trí 3h. Độ sâu mũi khâu tới lớp dưới niêm mạc trực tràng. - Bước 4: Đặt đầu máy trên vòng khâu, xiết vòng chỉ khâu và buộc nút chỉ. Dùng que chuyên dụng móc 2 đầu sợi chỉ và thắt nút. - Bước 5: Đóng máy từ từ tới vạch đánh dấu. Kiểm tra vách âm đạo không nằm trong đường cắt (Người bệnh nữ). Giữ khoảng 1 phút để ép mô sẽ cắt. - Bước 6: Bấm máy, giữ khoảng 2 phút. - Bước 7: Tháo máy, thường mở 2 vòng xoay, quay máy 90 độ sang phải và trái để mô cắt rời ra hoàn toàn. - Bước 8: Kiểm tra vòng cắt trên máy và miệng nõ Nếu còn chảy máu khâu mũi chữ X vicryl 3.0. Không đốt điện để cầm máu tránh gây bỏng hoại tử thứ phát về sau. Có thể phối hợp cắt da thừa, u nhú, lấy máu cục khi trĩ tắc mạch.			
TỔNG KẾT		ĐẠT	KHÔNG ĐẠT	

PHẪU THUẬT ÁP XE CẠNH HẬU MÔN

1. ĐẠI CƯƠNG

Áp xe cạnh hậu môn là cấp cứu thường gặp của vùng hậu môn trực tràng. Nguồn gốc của nhiễm khuẩn bắt nguồn từ viêm các tuyến Hermann và Desfosses. Từ đây nhiễm trùng lan tỏa tới các khoang quanh hậu môn trực tràng, tạo ra các thể áp xe khác nhau. Nếu không được chẩn đoán điều trị kịp thời, áp xe sẽ lan rộng phá hủy hệ thống cơ thắt, hoặc tự vỡ ra ngoài tạo nên các đường rò, gọi là bệnh rò hậu môn (sẽ có bài riêng). Áp xe hậu môn cần được phẫu thuật dẫn lưu sớm. Kháng sinh không có tác dụng điều trị khỏi bệnh.

2. CHỈ ĐỊNH

Áp xe cạnh hậu môn được chỉ định phẫu thuật cấp cứu hoặc cấp cứu có trì hoãn.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Chống chỉ định phẫu thuật chung cho các bệnh lý nội khoa khác liên quan gây mê- hồi sức, bệnh lý đông cầm máu, đái tháo đường chưa kiểm soát, lao, HIV...

4. I CHUẨN BỊ

4.1. Người thực hiện

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

4.2. Phương tiện

- Đèn chiếu sáng tốt, ánh sáng lạnh.
- Bộ dụng cụ phẫu thuật hậu môn, máy cắt nối tự động, dao điện, máy hút
- Các loại chỉ khâu, oxy già, xanh metylen, povidin, Dakin
- Bàn phẫu thuật: thường đặt được người bệnh tư thế phụ khoa, bàn có thể xoay được các tư thế.
- Bàn để dụng cụ: nên có 2 bàn (bàn để dụng cụ chung và bàn để dụng cụ cần thiết trong khi mổ đặt trước mặt Người thực hiện 50cmX30cm).

4.3. Người bệnh

- Giải thích cho người bệnh và gia đình biết rõ tình trạng bệnh tại chỗ và tình trạng chung của người bệnh, về khả năng phẫu thuật sẽ thực hiện, về các tai biến, biến chứng, di chứng có thể gặp do bệnh, do phẫu thuật, do gây mê tê giảm đau, do cơ địa của người bệnh.
- Giải đáp những khúc mắc của người bệnh về bệnh tật, về phẫu thuật,...trong phạm vi cho phép.
- Tối hôm trước ngày phẫu thuật:
 - Thụt tháo sạch phân, có thể thụt thuốc tẩy như Fleet,...Không cần tẩy sạch như phẫu thuật đại trực tràng.
 - Dùng thuốc an thần như seduxen 5mg X 1 viên, uống lúc 20 giờ.
 - Cạo lông quanh hậu môn: nên thực hiện trên bàn phẫu thuật sau khi gây tê vùng hoặc gây mê.
- Ngày phẫu thuật: nhịn ăn, uống, đi tiểu trước khi lên bàn mổ.

4.4. Hồ sơ bệnh án

- Hoàn thành các thủ tục hành chính theo qui định. Người bệnh và gia đình ghi hồ sơ như đã nêu ở mục 3 trên đây (ghi rõ đã được giải thích rõ ràng và hiểu về những điều bác sỹ giải thích nêu trên).
- Hoàn thiện đầy đủ các bước khám lâm sàng, cận lâm sàng cần thiết để có chẩn đoán xác định bệnh (tùy thuộc các phương tiện, cơ sở y tế). Đánh giá tình trạng toàn thân như tuổi, cơ địa, những bệnh mãn tính nặng phối hợp có ảnh hưởng tới cuộc phẫu thuật, trong thời kỳ hậu phẫu. Đánh giá khả năng phẫu thuật để chuẩn bị cho cuộc mổ diễn ra an toàn và hiệu quả nhất. Đối với các thủ thuật đơn giản hơn (ví dụ lấy máu cục do trĩ tắc mạch, người bệnh có thể thực hiện thủ thuật và ra về ngay trong ngày. Hay người bệnh phải mổ cấp cứu như áp xe cạnh hậu môn) thì các bước chuẩn bị có thể rút gọn đơn giản hơn, phù hợp với từng trường hợp cụ thể.

5. CÁC BƯỚC TIỀN HÀNH

5.1. Tư thế bệnh nhân

Người bệnh nằm ngửa ở tư thế phụ khoa hay nằm sấp đặt gối dưới bụng để bộc lộ rõ vùng hậu môn – trực tràng.

5.2. Phương pháp vô cảm

Thường là gây tê tuỷ sống, có thể thay đổi phương pháp khác tùy theo đánh giá của bác sỹ gây mê- hồi sức

5.3. Thực hiện kỹ thuật

Nguyên tắc kỹ thuật:

- Bảo tồn tối đa cấu trúc giải phẫu và chức năng sinh lý của hệ thống cơ thắt hậu môn để bảo đảm chức năng tự chủ của ống hậu môn.
- Không tạo ra các sẹo làm biến dạng vùng tầng sinh môn, ống hậu môn trực tràng gây đau và ảnh hưởng tới chức năng đại tiện.

Tiến hành:

- Đường rạch tùy vị trí áp xe, đủ rộng, phá vỡ các vách ngăn nếu có; có thể rạch hình chữ thập hay cắt bỏ một phần da phủ áp xe để tránh liền vết mổ ở phần nông, phía ngoài (còn đọng dịch mủ ở lớp sâu). Lấy sạch tổ chức viêm hoại tử, tránh thương tổn thần kinh, mạch máu. Bơm rửa huyết thanh, oxy già, betadine. Mở ngỏ áp xe, mở cơ tròn nếu tìm được lỗ trong, đường rò thấp cho phép mở cơ không ảnh hưởng tới chức năng tự chủ hậu môn. Lấy mủ cấy vi khuẩn và làm kháng sinh đồ.

Một số tình huống cụ thể:

- Áp xe liên cơ thắt: mở cơ tròn trong dẫn lưu trực tiếp ổ áp xe vào lòng trực tràng. Đường rạch nên kéo dài ra ngoài da để có tác dụng dẫn lưu tốt, tránh ứ đọng mủ ở chỗ sâu, phần thấp.
- Áp xe hình móng ngựa: rạch 2 đường nhỏ 2 bên hậu môn dẫn lưu áp xe ra da, nên đặt ống dẫn lưu nhỏ để bơm rửa sau mổ cho ổ áp xe nhanh sạch, chóng lấp đầy vết thương.
- Đối với các ổ áp xe lan rộng, đường rò góc ngách phức tạp, chỉ nên rạch mở áp xe. Khi tình trạng tại chỗ ổn định sẽ đánh giá đầy đủ để mổ thì tiếp theo.
- Trong trường hợp áp xe lan rộng, nhiễm trùng hoại tử, toàn trạng người bệnh nặng, nhiều bệnh phối hợp có thể phải phối hợp rạch dẫn lưu tại chỗ, làm hậu môn nhân tạo đại tràng và điều trị tích cực.

- Giải quyết lỗ trong: trong trường hợp có định hướng của siêu âm và tìm thấy lỗ trong, đường rò không xuyên cao, không phức tạp, có thể giải quyết 1 thì.

6. THEO DÕI

1. Theo dõi tình trạng toàn thân và tại vùng phẫu thuật:

- Mạch, huyết áp, nhịp thở, nhiệt độ, tri giác
- Theo dõi tại vết mổ: chảy máu, chảy dịch, đau.
- Khi phẫu thuật bằng gây tê tủy sống, người bệnh thường bí đái trong ngày đầu, có thể phải đặt sonde bàng quang.

2. Dùng thuốc giảm đau, kháng sinh nếu cần; thuốc nhuận tràng, thuốc an thần buổi tối Thường truyền dịch 500ml – 1000ml sau mổ.

Thông thường duy trì kháng sinh 10-14 ngày, phối hợp giữa Cephalosporin thế hệ 3 và Metronidazole. Có thể dùng nhóm Peniciline + ức chế betalactamase thay thế C3.

Ở những bệnh nhân nặng, phân tầng bệnh nhân theo nguy cơ để chọn lựa kháng sinh hợp lý.

Giảm đau có thể dùng Paracetamol truyền hoặc uống đơn trị liệu hoặc giảm đau đa mô thức tùy mức độ đau của bệnh nhân.

3. Cho người bệnh ăn nhẹ, tập vận động sớm, có thể tự vệ sinh cá nhân trong ngày đầu sau phẫu thuật.

4. Chăm sóc vết mổ: thay băng hàng ngày bằng các dung dịch sát khuẩn như: betadine, nước dakin..., khi có hiện tượng bất thường như chảy máu, thấm dịch nhiều phải kiểm tra vết mổ.

7. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Đau sau mổ: thông thường sau khi mở ổ áp xe tình trạng người bệnh sẽ tốt hơn: hết sốt, đỡ đau, cảm giác thoải mái hơn. Dùng thuốc giảm đau loại paracetamol, ngâm hậu môn nước ấm cũng là biện pháp giảm đau tốt.
- Chảy máu: tùy mức độ, có thể băng ép hoặc đốt điện, khâu cầm máu
- Trường hợp nhiễm trùng nặng, toàn trạng người bệnh kém, suy kiệt cần điều trị tích cực: ngâm rửa sạch tại chỗ, kháng sinh toàn thân mạnh, nâng cao thể trạng, chữa các bệnh phối hợp.

8. TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Quy trình phẫu thuật áp xe cạnh hậu môn

Bộ trưởng Bộ Y tế Việt Nam (2014). Tài liệu Hướng dẫn quy trình kỹ thuật chuyên ngành phẫu thuật tiêu hoá. Quyết định ban hành số 1904/QĐ-BYT ngày 30/05/2014.

**BẢNG KIỂM GIÁM SÁT QUY TRÌNH
PHẪU THUẬT ÁP XE CẠNH HẬU MÔN**

STT	NỘI DUNG GIÁM SÁT	ĐẠT	KHÔNG ĐẠT	GHI CHÚ
1	Chẩn đoán trước mổ: LS : + khối sưng, nóng đỏ đau vùng hậu môn. CLS : + xét nghiệm tiền phẫu + siêu âm: khối áp xe vùng hậu môn			
2	Đánh giá tình trạng bệnh nhân trước mổ _ Sinh hiệu, BMI _ Chống chỉ định gây tê tùy sống _ Chống chỉ định mổ			
3	Chuẩn bị trước mổ _ Cam kết mổ _ Dụng cụ: đèn chiếu sáng tốt; bộ dụng cụ phẫu thuật hậu môn,; các loại chỉ khâu; dung dịch sát khuẩn			
4	Hội chẩn duyệt mổ Hội chẩn duyệt mổ ký đầy đủ và thông tin chính xác.			
5	Kỹ thuật -Đường rạch tùy vị trí áp xe, đủ rộng, phá vỡ các vách ngăn nếu có; -Lấy sạch tổ chức viêm hoại tử, tránh thương tổn thần kinh, mạch máu. -Bơm rửa oxy già, betadine, dakin. -Lấy mũ cấy vi khuẩn và làm kháng sinh đồ			
TỔNG KẾT		ĐẠT	KHÔNG ĐẠT	

PHẪU THUẬT PHỤC HỒI THÀNH BỆNH THEO LICHTENSTEIN

1. ĐẠI CƯƠNG

Thoát vị bẹn là bệnh lý khá phổ biến trên thế giới, bệnh xảy ra ở mọi lứa tuổi và gặp ở nam nhiều hơn nữ. Trên lâm sàng có 2 loại thoát vị bẹn là thoát vị gián tiếp và trực tiếp. Sử dụng mảnh ghép là phương pháp điều trị chuẩn hiện nay được áp dụng trên toàn thế giới

2. CHỈ ĐỊNH

- Tất cả những trường hợp thoát vị bẹn có và không có triệu chứng.
- Thoát vị bẹn nghẹt và kẹt

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH: không có chống chỉ định tuyệt đối

- Rối loạn đông máu.
- Bệnh lý tim mạch hô hấp chưa kiểm soát tốt.

4. ICHUẨN BỊ

4.1. Người thực hiện: Bác sĩ đã được đào tạo về phẫu thuật điều trị thoát vị bẹn

4.2. Phương tiện:

- Dụng cụ phẫu thuật cơ bản.
- Mảnh ghép: có nhiều loại với các thành phần cấu tạo khác nhau. Kích thước mảnh ghép thường là 5x10 cm hoặc 6x11cm.

4.3. Người bệnh:

- Các xét nghiệm cơ bản phục vụ cuộc mổ.
- Lưu ý kiểm soát tốt các bệnh mạn tính làm tăng áp lực ổ bụng: ho kéo dài, táo bón, xơ gan, bàng quang, búi trĩ tiền liệt tuyến.
- Siêu âm ổ bụng xác định thoát vị bẹn 1 hay 2 bên, tạng thoát vị bên trong

5. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Tiêm kháng sinh dự phòng trước rạch da 30 phút.
- BN đi tiểu trước khi vào phòng mổ.
- Tư thế nằm ngửa, tê tuỷ sống. Chỉ mê nội khí quản trong trường hợp BN chống chỉ định tê tuỷ sống hoặc trường hợp thoát vị biến chứng nghẹt
- Kỹ thuật mổ
 - Rạch da theo đường song song với nếp bẹn hoặc đường phân giác tạo bởi bờ ngoài cơ thẳng bụng và dây chằng bẹn.
 - Xẻ qua cân Scalpa, bộc lộ cân cơ chéo bụng ngoài
 - Xẻ cân cơ chéo bụng ngoài bộc lộ thừng tinh.
 - Di động thừng tinh ra khỏi dây chằng bẹn. Bộc lộ rõ cấu trúc: dây chằng bẹn, cơ ngang bụng, mạc ngang, bó mạch thượng vị dưới, củ mu.
 - Bóc tách bộc lộ túi thoát vị, tách túi thoát vị ra khỏi ống dẫn tinh và bó mạch sinh dục.
 - Mở túi thoát vị, đẩy tạng thoát vị vào ổ bụng qua lỗ bẹn sâu.
 - Khâu khếp lại lỗ bẹn sâu bằng Vicryl 3.0
 - Cắt giảm túi thoát vị.
 - Trường hợp sàn bẹn yếu có thể khâu tạo hình lại sàn bẹn

- Đặt mảnh ghép che phủ vùng bẹn, khâu cố định mảnh ghép theo kiểu Lichtenstein
- Đóng cân cơ chéo bụng ngoài và cân Scalpa
- Khâu da
- Băng vết mổ

THEO DÕI

- Cho ăn sau 6-8h.
- Ngồi dậy, đi lại sau 6-8h.
- Ra viện sau 24-48h.

6. XỬ TRÍ TAI BIẾN

- Chảy máu vùng mổ hay tụ máu dưới da quanh vùng mổ: do cầm máu không kỹ, xử trí: băng ép cầm máu, nếu không kiểm soát được thì mổ lại cầm máu.
- Phập phều vùng mổ: có thể do tụ dịch sau mổ, xử trí: mặc quần lót chặt, băng ép vùng phập phều.
- Viêm phúc mạc do tổn thương ống tiêu hoá: xảy ra ở những trường hợp thoát vị nghẹt xử trí muộn, tạng tiêu hoá bị hoại tử tụt vào trong ổ bụng nhưng không phát hiện ra được; trong quá trình bóc tách túi thoát vị hoặc đẩy túi thoát vị vào ổ bụng. Xử trí: mổ bụng thám sát, cắt đoạn ruột, lấy bỏ mảnh ghép và phục hồi thành bẹn bằng phương pháp sử dụng mô tự thân.

7. TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Quy trình phẫu thuật áp xe cạnh hậu môn

Bộ trưởng Bộ Y tế Việt Nam (2014). Tài liệu Hướng dẫn quy trình kỹ thuật chuyên ngành phẫu thuật tiêu hoá. Quyết định ban hành số 1904/QĐ-BYT ngày 30/05/2014.

BẢNG KIỂM GIÁM SÁT QUY TRÌNH PHẪU THUẬT THOÁT VỊ BẸN THEO LICHTENSTEIN

STT	NỘI DUNG GIÁM SÁT	ĐẠT	KHÔNG ĐẠT	GHI CHÚ
1	Chẩn đoán trước mổ: <ul style="list-style-type: none"> • Lâm sàng • Cận lâm sàng 			
2	Chuẩn bị trước mổ: <ul style="list-style-type: none"> • Xét nghiệm thường quy • Kháng sinh dự phòng • Hội chẩn phối hợp 			
3	Duyệt mổ			
4	Giải thích mổ Ký cam kết mổ Dụng cụ			
5	Đường rạch da Bộc lộ cân cơ chéo bụng ngoài Di động thừng tinh ra khỏi dây chằng bẹn Bộc lộ túi thoát vị Bảo tồn bó mạch sinh dục và ống dẫn tinh Khâu khếp cổ túi thoát vị Đặt mảnh ghép theo kỹ thuật Lichtenstein			

	Khâu cân cơ chéo ngoài và khâu da			
TỔNG KẾT		ĐẠT	KHÔNG ĐẠT	

PHẪU THUẬT RÒ HẬU MÔN

1. ĐẠI CƯƠNG

Rò hậu môn là bệnh thường gặp của vùng hậu môn trực tràng. Nguồn gốc của nhiễm khuẩn bắt nguồn từ viêm các tuyến Hermann và Desfosses. Từ đây nhiễm trùng lan tỏa tới các khoang quanh hậu môn trực tràng. Tạo ra các thể áp xe khác nhau. Nếu không được chẩn đoán điều trị kịp thời, áp xe sẽ lan rộng phá hủy hệ thống cơ thắt, hoặc tự vỡ ra ngoài tạo nên các đường rò. Bài này không đề cập các loại rò do các nguyên nhân khác như bệnh Crohn, ung thư thể chế nhày, bệnh Verneuil, hay rò ruột từ trên cao...

2. CHỈ ĐỊNH

Rò hậu môn là bệnh lý ngoại khoa, cần được chỉ định phẫu thuật. Kháng sinh không có tác dụng điều trị khỏi bệnh.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Chống chỉ định chung của can thiệp ngoại khoa.

4. I CHUẨN BỊ

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

Nếu tại cơ sở y tế có các phương tiện chẩn đoán, hai phương tiện chẩn đoán hình ảnh (siêu âm đầu dò trực tràng và cộng hưởng từ) có tác dụng tốt trong chẩn đoán ổ áp xe, đường rò, lỗ trong và liên quan với hệ thống cơ thắt hậu môn.

5. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

5.1. Tư thế

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

5.2. Vô cảm

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

5.3. Kỹ thuật

Nguyên tắc kỹ thuật:

- Bảo tồn tối đa cấu trúc giải phẫu và chức năng sinh lý của hệ thống cơ thắt hậu môn để bảo đảm chức năng tự chủ của ống hậu môn.
- Không tạo ra các sẹo làm biến dạng vùng tầng sinh môn, ống hậu môn trực tràng gây đau và ảnh hưởng tới chức năng đại tiện.
- Tìm thấy và giải quyết được lỗ trong (lỗ nguyên phát).

Cụ thể:

5.3.1. Đánh giá thương tổn:

- Nong hậu môn.
- Thăm trực tràng đánh giá sơ bộ khối áp xe, đường rò, tương quan giữa đường rò và cơ thắt hậu môn.
- Bơm hơi hoặc oxy già từ lỗ ngoài, quan sát đường lược, tìm khí đi vào lỗ trong, có thể bơm xanh methylen.
- Nếu xác định được lỗ trong, phẫu tích lấy đường rò từ lỗ ngoài

- Cầm máu, để ngỏ đường mở rò.
- Băng vết mổ mỡ với dung dịch betadine.
- Lấy mũ cấy vi khuẩn và làm kháng sinh đồ.
- Gửi bệnh phẩm xét nghiệm giải phẫu bệnh.

5.3.2. Một số loại rò phức tạp:

- Rò liên cơ thắt: mở cơ tròn trong dẫn lưu trực tiếp vào lòng trực tràng. Đường rạch nên kéo dài ra ngoài da để có tác dụng dẫn lưu tốt, tránh ứ đọng mũ chỗ sâu, phần thấp.

- Rò hình móng ngựa: đây là loại rò phức tạp, phẫu thuật thường phải làm nhiều thì để tránh đường rạch quá rộng tạo ra sẹo xấu, gây đau, hẹp hậu môn nếu việc thay băng săn sóc vết thương không tốt.

- Rò kép: đây là loại rò có 2 lỗ nguyên phát tạo 2 đường rò độc lập. Vì vậy khi giải quyết bệnh sẽ phải cắt vòng cơ thắt ở 2 nơi nguy cơ làm yếu cơ thắt gây đại tiện không tự chủ. Do vậy về nguyên tắc chỉ được mở cơ tròn 2 nơi khi cả 2 đường rò đều ở nông, xuyên cơ thắt phần thấp. Nếu một trong 2 đường rò xuyên cơ thắt cao thì phải phẫu thuật nhiều thì.

- Rò hình chữ Y: đây là thể rò có 1 lỗ trong, 2 lỗ ngoài nối với nhau tạo hình chữ Y hay chữ C. Cần có siêu âm đầu dò trực tràng đánh giá trước tránh nhầm với thể rò kép nêu trên.

- Rò xuyên cơ thắt cao hay rò trên cơ thắt: cần phẫu thuật nhiều thì để bảo toàn cơ thắt.

5.3.3. Giải quyết lỗ trong: giải quyết lỗ trong là một trong những nguyên tắc để điều trị bệnh rò hậu môn. Trong trường hợp có định hướng của siêu âm và tìm thấy lỗ trong, đường rò không xuyên cao, không phức tạp, có thể giải quyết 1 thì. Thường dùng phẫu thuật mở ngỏ. Một số phương pháp khác có thể áp dụng: lấy đường rò sau đó đóng kín lỗ trong bằng cách khâu trực tiếp, hạ niêm mạc trực tràng hoặc bơm keo sinh học vào đường rò. Các biện pháp này chỉ nên áp dụng cho đường rò chủ yếu tổ chức viêm xơ, không có áp xe hay hoại tử lan rộng.

6. THEO DÕI

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

- Ngâm hậu môn 2 - 3 lần/ ngày, dùng nước ấm, có thể pha loãng với dung dịch betadine.
- Thay băng 2 lần/ngày với các dung dịch sát khuẩn sao cho vết thương liền từ sâu ra nông, tránh khép miệng sớm vết thương.

7. XỬ TRÍ TAI BIẾN

Đau sau mổ: thông thường người bệnh đau ít. Dùng thuốc giảm đau paracetamol, ngâm hậu môn nước ấm cũng là biện pháp giảm đau tốt.

Chảy máu: tùy mức độ, có thể băng ép hoặc đốt điện, khâu cầm máu

Trường hợp nhiễm trùng nặng, toàn trạng người bệnh kém, suy kiệt cần điều trị tích cực: ngâm rửa sạch tại chỗ, kháng sinh toàn thân mạnh, nâng cao thể trạng, chữa các bệnh phối hợp.

8. TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Quy trình phẫu thuật rò hậu môn.

Bộ trưởng Bộ Y tế Việt Nam (2014). Tài liệu Hướng dẫn quy trình kỹ thuật chuyên ngành phẫu thuật tiêu hoá. Quyết định ban hành số 1904/QĐ-BYT ngày 30/05/2014

BẢNG KIỂM PHẪU THUẬT RÒ HẬU MÔN

STT	NỘI DUNG GIÁM SÁT	ĐẠT	KHÔNG ĐẠT	GHI CHÚ
1	<p>Chẩn đoán trước mổ:</p> <p>+LS: Tuỳ diễn tiến và hình thái bệnh mà có những thương tổn đặc hiệu khác nhau. Phân loại lỗ rò hậu môn</p> <p>+CLS: Siêu âm. đầu dò trực tràng đánh giá lỗ rò hậu môn</p> <p>Nội soi trực tràng bằng ống mềm/ cứng để chẩn đoán.</p>			
2	<p>Đánh giá tình trạng bệnh nhân trước mổ</p> <p>– Sinh hiệu, BMI</p> <p>– Chống chỉ định gây tê tủy sống</p> <p>– Chống chỉ định chung của can thiệp ngoại khoa.</p>			
3	<p>Chuẩn bị trước mổ</p> <p>– Cam kết mổ</p> <p>– Dụng cụ: đèn chiếu sáng tốt; bộ dụng cụ phẫu thuật nội soi, và bộ mổ mở, các loại chỉ khâu; thuốc bôi trơn.</p>			
4	<p>Hội chẩn duyệt mổ</p> <p>Hội chẩn duyệt mổ ký đầy đủ và thông tin chính xác.</p>			
5	<p>Kỹ thuật</p> <p>-Nong hậu môn.</p> <p>-Thăm trực tràng đánh giá sơ bộ khối áp xe, đường rò, tương quan giữa đường rò và cơ thắt hậu môn.</p> <p>-Bơm hơi hoặc oxy già từ lỗ ngoài, quan sát đường lược, tìm khí đi vào lỗ trong, có thể bơm xanh methylen.</p> <p>-Nếu xác định được lỗ trong, phẫu tích lấy đường rò từ lỗ ngoài</p> <p>-Cầm máu, để ngỏ đường mổ rò.</p> <p>-Băng vết mổ mỡ với dung dịch betadine.</p> <p>-Lấy mẫu cấy vi khuẩn và làm kháng sinh đồ.</p> <p>-Gửi bệnh phẩm xét nghiệm giải phẫu bệnh.</p>			

TỔNG KẾT	ĐẠT	KHÔNG ĐẠT	
----------	-----	--------------	--

PHẪU THUẬT RÒ HẬU MÔN HÌNH MÓNG NGỰA

1. ĐẠI CƯƠNG

Rò hậu môn là bệnh thường gặp của vùng hậu môn trực tràng. Nguồn gốc của nhiễm khuẩn bắt nguồn từ viêm các tuyến Hermann và Desfosses. Từ đây nhiễm trùng lan tỏa tới các khoang quanh hậu môn trực tràng, tạo ra các thể áp xe khác nhau.

Rò hậu môn hình móng ngựa là một thể rò phức tạp. Thường lỗ nguyên phát nằm ở vị trí 6h (tư thế phụ khoa). Áp xe lan sang bên vào khoang hố ngồi trực tràng, sau đó vỡ ra da, tạo thành một thể rò đặc biệt, thương tổn hình móng ngựa.

2. CHỈ ĐỊNH

Rò hậu môn được chỉ định phẫu thuật. Kháng sinh không có tác dụng điều trị khỏi bệnh.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Không có chống chỉ định

4. I CHUẨN BỊ

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

5. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

5.1. Tư thế:

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

5.2. Vô cảm:

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

5.3. Kỹ thuật:

Nguyên tắc kỹ thuật:

Xem bài phẫu thuật rò hậu môn.

Cụ thể:

Để đảm bảo nguyên tắc phẫu thuật nêu trên (không làm thương tổn cơ thắt, không để lại sẹo quá rộng hay sẹo làm biến dạng, hẹp ống hậu môn), thường phẫu thuật được chia làm 3 thì, các thì kế tiếp nhau sau một thời gian nhất định (thường 3 - 4 tuần):

a/ Thì 1:

- Đặt chỉ hoặc dây cao su nối giữa 2 lỗ rò ở hai bên mông.
- Đặt chỉ hoặc dây cao su nối giữa lỗ trong với 1 trong 2 lỗ rò ngoài

b/ Thì 2:

- Rạch da nối giữa 2 lỗ ngoài
- Đặt lại sợi chỉ nối giữa lỗ trong và lỗ ngoài mới nằm ở vị trí 6h trên đường rạch nối giữa 2 lỗ ngoài nêu trên.

c/ Thì 3:

Mở ngõ đường rò: nối giữa lỗ trong với lỗ ngoài vị trí 6h, cắt mở cơ tròn bán phần.

Hiện nay, với phương tiện siêu âm đầu dò trực tràng cho thấy rõ hình thái, mức độ phức tạp của thương tổn, đường rò cao hay thấp, mà kỹ thuật có thể thay đổi: đối với thể áp xe móng ngựa có thể chỉ phẫu thuật một thì, giải quyết lỗ trong ngay. Để đường

mở ra da không quá rộng, có thể làm như sau: mở ngỏ áp xe, nạo sạch tổ chức hoại tử, đặt 2 dẫn lưu nhỏ hai bên để bơm rửa sạch ổ áp xe sau mổ.

6. THEO DÕI

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

- Ngâm hậu môn 2 - 3 lần/ ngày, dùng nước ấm, có thể pha loãng với dung dịch betadine. Thay băng 2lần/ngày với các dung dịch sát khuẩn sao cho vết thương liền từ sâu ra nông, tránh khép miệng sớm vết thương.
- Nếu đặt dẫn lưu, thì hàng ngày bơm rửa với dung dịch nước muối và betadine. Dẫn lưu thường rút sau 1 tuần bơm rửa. Người bệnh ra viện sẽ tiếp tục tự săn sóc như nêu ở phần trên.

7. XỬ TRÍ TAI BIẾN

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

8. TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Quy trình phẫu thuật rò hậu môn hình móng ngựa.

Bộ trưởng Bộ Y tế Việt Nam (2014). Tài liệu Hướng dẫn quy trình kỹ thuật chuyên ngành phẫu thuật tiêu hoá. Quyết định ban hành số 1904/QĐ-BYT ngày 30/05/2014

ĐIỀU TRỊ NÚT KẼ HẬU MÔN

1. ĐẠI CƯƠNG

Nút kẽ hậu môn là ổ loét ở niêm mạc hậu môn, thường nằm ở đường giữa phía sau (6 giờ - tư thế sản khoa), có khi ở phía trước (12h) hoặc cả trước sau (2 loét). Nút hậu môn thường kèm theo tăng trương lực cơ tròn trong. Giả thuyết cho rằng đây là nguyên nhân gây ra bệnh. Do vậy, việc điều trị chủ yếu nhằm triệt tiêu sự co cứng của cơ tròn trong. Một số phương pháp được áp dụng : dùng thuốc, nong hậu môn, cắt mở cơ tròn trong. Ổ loét có thể được lấy đi cùng với phẫu thuật hoặc tự hết khi trương lực cơ tròn trong trở về bình thường.

2. CHỈ ĐỊNH

1. Nút kẽ hậu môn mới (cấp tính):

Điều trị nội khoa kết hợp chế độ vệ sinh ăn uống.

Thuốc bôi tại chỗ như nitroglycerin hoặc thuốc tiêm Roltox (Botulin A) Phong bế ổ loét bằng xylocain, lidocain,...kết hợp nong hậu môn.

2. Nút kẽ hậu môn mãn:

1. Nếu chưa bị bội nhiễm: cắt mở cơ tròn trong phía bên hoặc phía sau kèm lấy bỏ ổ loét và tạo hình hậu môn.
2. Nhiễm khuẩn vết loét: cắt bỏ ổ loét kèm mở cơ tròn trong tại vị trí ổ loét (điều trị như một áp xe, rò hậu môn, xuyên cơ thất thấp).

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

2. Tồn thương ác tính
3. Rách, nứt niêm mạc hậu môn nhiều vị trí do niêm mạc mỏng.

4. I CHUẨN BỊ

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

1. Để tránh đau cho người bệnh, không soi hậu môn, thắt tháo trước phẫu thuật trong trường hợp cơ hậu môn co thắt.

- Cần chẩn đoán phân biệt với ung thư thể loét ở hậu môn, bệnh lây nhiễm (quan hệ tình dục qua đường hậu môn).

5. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

5.1. Tư thế người bệnh

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

5.2. Vô cảm

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

5.3. Các kỹ thuật

5.3.1. Phong bế ổ nút kẽ: tiêm thuốc tê xylocain 0,5 - 1% ở dưới và quanh ổ loét, có thể tiêm thêm vài giọt quinin urê vào ổ loét.

- Nong hậu môn: nong nhẹ nhàng, từ từ bằng bộ dụng cụ từ số nhỏ đến số to hoặc nong bằng ngón tay, bóng hơi

- Cắt mở cơ tròn trong phía bên:

Kỹ thuật của Parks: rạch da ở vị trí 3h, dài 1cm, dùng lưỡi dao mảnh, đầu nhọn cắt cơ tròn trong khoảng 10mm (không quá đường lược), sâu 5mm. Khâu niêm mạc Vicryl 5.0.

Kỹ thuật kín của Notara dùng ngón tay trở đặt trong lỗ hậu môn làm mốc, bằng lưỡi dao nhỏ (phẫu thuật mắt), đâm vào rãnh liên cơ tròn ở mép hậu môn vị trí 3h, quay lưỡi dao, cắt cơ tròn từ ngoài vào trong.

Cắt cơ tròn phía sau kèm tạo hình hậu môn (Arnous):

Dùng dao rạch một đường hình tam giác ở phía sau, đáy phía ngoài Phẫu tích vật da niêm mạc từ ngoài vào trong lấy đi ổ loét, mảnh da thừa lên tới niêm mạc trực tràng, để lộ ra cơ tròn trong.

Mở cơ tròn trong bằng một vết cắt dài khoảng 10mm, sâu 3 - 5mm.

Hạ niêm mạc trực tràng khâu nối với da rìa hậu môn, khâu mũi rời, chỉ tiêu chậm. Thường dùng loại vicryl 4.0 hoặc 5.0.

6. THEO DÕI

(xem bài nguyên tắc chung phẫu thuật vùng hậu môn – trực tràng và cắt trĩ phương pháp Ferguson)

- Thường cho kháng sinh, thuốc giảm đau 3 ngày – 5 ngày loại metronidazol, paracetamol. Ngày đầu dùng đường tiêm, từ ngày thứ 2 dùng đường uống. Uống thêm thuốc nhuận tràng, tránh táo bón động phân trong trực tràng gây kích thích đại tiện, gây đau kéo dài Bắt đầu ăn trở lại sau mổ 12 giờ.

- Săn sóc tại chỗ: giữ sạch vết mổ (sau đại tiện rửa sạch hậu môn, thấm khô). Thường không cần đặt viên đạn trĩ vào hậu môn. Không ngâm rửa hậu môn tránh bội đường khâu da niêm mạc.

7. XỬ TRÍ BIẾN CHỨNG

- Chảy máu: ít gặp, do vết thương đã được khâu chủ động, Thường đại tiện có dính ít máu. Nếu mức độ chảy máu nhiều (do khâu cầm máu không tốt), không tự cầm, cần kiểm tra lại vết mổ để cầm máu bằng đốt điện hay khâu.
- Đau: dùng thuốc giảm đau loại paracetamol.
- Bí đại: thường gặp sau gây tê tủy sống, hoặc do người bệnh đau nhiều cũng gây khó tiểu tiện. Nếu cần thiết phải đặt sonde bàng quang.
- Mất hoặc giảm tự chủ đại tiện: thường mức độ nhẹ và tự khỏi hoặc tập phục hồi chức năng sẽ cải thiện.

8. TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Quy trình phẫu thuật điều trị nứt kẽ hậu môn.

Bộ trưởng Bộ Y tế Việt Nam (2014). Tài liệu Hướng dẫn quy trình kỹ thuật chuyên ngành phẫu thuật tiêu hoá. Quyết định ban hành số 1904/QĐ-BYT ngày 30/05/2014

BẢNG KIỂM PHẪU THUẬT NÚT KẼ HẬU MÔN

STT	NỘI DUNG GIÁM SÁT	ĐẠT	KHÔNG ĐẠT	GHI CHÚ
1	<p>Chẩn đoán trước mổ:</p> <p>+LS: Đau vùng hậu môn khi đại tiện. Tăng trương lực cơ vùng hậu môn</p> <p>Tuỳ diễn tiến bệnh mà có những thương tổn đặc hiệu khác nhau</p> <p>+CLS: Nội soi trực tràng bằng ống mềm/ cứng để chẩn đoán xác định</p>			

STT	NỘI DUNG GIÁM SÁT	ĐẠT	KHÔNG ĐẠT	GHI CHÚ
2	Đánh giá tình trạng bệnh nhân trước mổ – Sinh hiệu, BMI – Chống chỉ định gây tê tủy sống – Chống chỉ định: +Tổn thương ác tính +Rách, nứt niêm mạc hậu môn nhiều vị trí do niêm mạc mỏng.			
3	Chuẩn bị trước mổ – Cam kết mổ – Dụng cụ: đèn chiếu sáng tốt; bộ dụng cụ phẫu thuật nội soi, và bộ mổ mở, các loại chỉ khâu; thuốc bôi trơn.			
4	Hội chẩn duyệt mổ Hội chẩn duyệt mổ ký đầy đủ và thông tin chính xác.			
5	Kỹ thuật Bước 1: Phong bế ổ nút kẽ Bước 2: Nong hậu môn Bước 3: Cắt mở cơ tròn trong phía bên -Kỹ thuật Parks -Kỹ thuật kín Notara			
TỔNG KẾT		ĐẠT	KHÔNG ĐẠT	

KHÂU NỐI CƠ THẮT HẬU MÔN

1. ĐẠI CƯƠNG

Đứt cơ thắt hậu môn có thể gây ra mất tự chủ hậu môn. Đây là hậu quả của các phẫu thuật can thiệp vào hệ thống cơ thắt như là phẫu thuật điều trị rò hậu môn và chấn thương (do đẻ đường dưới, do vết thương). Phẫu thuật bao gồm khâu nối cơ thắt, tái tạo lại vùng hậu môn, tăng sinh môn.

2. CHỈ ĐỊNH

- Mất tự chủ hậu môn do đứt cơ thắt sau phẫu thuật, chấn thương hay do vết thương. Khi các vết thương ở hậu môn – tăng sinh môn đã ổn định, ít nhất 4 tháng sau chấn thương hay phẫu thuật lần cuối
- Người bệnh tỉnh táo, minh mẫn, thần kinh chi phối hệ thống cơ thắt còn nguyên vẹn và hoạt động tốt.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Thương tổn cơ tròn quá rộng, trên một nửa chu vi hậu môn
- Vết thương chưa lành hẳn (< 4 tháng)
- Mất tự chủ hậu môn do nguyên nhân thần kinh. Người bệnh già yếu, cơ thắt nhão, kém trương lực.

Nhiễm trùng vùng hậu môn, tăng sinh môn.

4. I CHUẨN BỊ

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

Lưu ý: cần chuẩn bị đại tràng sạch.

5. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

5.1. Tư thế: phụ khoa

5.2. Vô cảm: gây mê toàn thân hay gây tê vùng. Thường gây tê tủy sống.

5.3. 3. Kỹ thuật: (Đối với kỹ thuật tạo hình cơ thắt của Musset có bài riêng)

5.3.1. Đường rạch vòng theo nếp hậu môn hay ở mép hậu môn hoặc đường rạch hình nan hoa.

5.3.2. Lấy sẹo ở da và niêm mạc.

5.3.3. Phẫu tích các khối cơ tròn khỏi tổ chức xơ dính.

5.3.4. Khâu cơ tròn hậu môn: nối trực tiếp bằng các mũi chữ U, chỉ chậm tiêu như Vicryl 2.0 hay số 0. Kiểm tra ống hậu môn không hẹp.

5.3.5. Khâu niêm mạc hậu môn. Khâu từ trong ra ngoài, thường dùng chỉ chậm tiêu như vicryl 4.0. Có thể khâu vát hoặc khâu mũi rò

5.3.6. Khâu lớp dưới da và da.

6. THEO DÕI

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

- Thường cho kháng sinh 7 ngày loại metronidazol. Nuôi dưỡng tĩnh mạch 4 - 5 ngày. Dùng giảm đau loại paracetamol. Cho thuốc làm táo phân 3 ngày. Ví dụ loại Immodium 2 - 4 viên/ngày. Bắt đầu ăn trở lại sau mổ 4 - 5 ngày. Khi đó lại cho thuốc nhuận tràng.

- Săn sóc tại chỗ: giữ sạch vết mổ (sau đại tiện rửa sạch hậu môn, thấm khô). Không ngâm rửa hậu môn tránh bội nhiễm đường khâu.
- Nên đặt sonde bàng quang 3 ngày để thuận tiện cho việc giữ vệ sinh vùng mổ.
- Sau mổ 4 tuần hướng dẫn người bệnh tập cơ thắt bằng các động tác đơn giản như nín thắt cơ tròn trong động tác đại tiện.

7. XỬ TRÍ BIẾN CHỨNG

- Chảy máu: ít gặp, do vết thương đã được khâu chủ động.
- Đau: dùng thuốc giảm đau loại paracetamol.
- Nhiễm trùng vết mổ: đây là lý do chính làm cho phẫu thuật thất bại. Nên phải giữ vệ sinh sạch sẽ tối đa. Nếu vết mổ nhiễm trùng, thay băng hàng ngày 2- 3 lần. Trong trường hợp các đường khâu nổi nhiễm trùng bội nhiễm, sẽ mổ lại sau khi vết thương đã ổn định. Ít nhất trên 4 – 6 tháng.

8. TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Quy trình phẫu thuật khâu nối cơ thắt hậu môn
Bộ trưởng Bộ Y tế Việt Nam (2014). Tài liệu Hướng dẫn quy trình kỹ thuật chuyên ngành phẫu thuật tiêu hóa. Quyết định ban hành số 1904/QĐ-BYT ngày 30/05/2014

BẢNG KIỂM PHẪU THUẬT KHÂU NỖI CƠ THẮT HẬU MÔN

STT	NỘI DUNG GIÁM SÁT	ĐẠT	KHÔNG ĐẠT	GHI CHÚ
1	<p>Chỉ định</p> <ul style="list-style-type: none"> Mất tự chủ hậu môn do đứt cơ thắt sau phẫu thuật, chấn thương Vết thương ở hậu môn – tầng sinh môn đã ổn định, ít nhất 4 tháng sau chấn thương hay phẫu thuật lần cuối 			
2	<p>Đánh giá tình trạng bệnh nhân trước mổ</p> <ul style="list-style-type: none"> Sinh hiệu, BMI Chống chỉ định: <ul style="list-style-type: none"> Thương tổn cơ tròn quá rộng, trên một nửa chu vi hậu môn Vết thương chưa lành hẳn (< 4 tháng) Mất tự chủ hậu môn do nguyên nhân thần kinh. Người bệnh già yếu, cơ thắt nhão, kém trương lực. <p>Nhiễm trùng vùng hậu môn, tầng sinh môn.</p>			
3	<p>Chuẩn bị trước mổ</p> <ul style="list-style-type: none"> Cam kết mổ Dụng cụ: đèn chiếu sáng tốt; bộ dụng cụ phẫu thuật nội soi, và bộ mổ mở, các loại chỉ khâu. 			
4	<p>Hội chẩn duyệt mổ</p> <p>Hội chẩn duyệt mổ ký đầy đủ và thông tin chính xác.</p>			
5	<p>Kỹ thuật:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Đường rạch vòng theo nếp hậu môn hay ở mép hậu môn hoặc đường rạch hình nan hoa. -Lấy sẹo ở da và niêm mạc. -Phẫu tích các khối cơ tròn khỏi tổ chức xơ dính. -Khâu cơ tròn hậu môn: nối trực tiếp bằng các mũi chữ U, chỉ chậm tiêu như Vicryl 2.0 hay số 0. Kiểm tra ống hậu môn không hẹp. -Khâu niêm mạc hậu môn. Khâu từ trong ra ngoài, thường dùng chỉ chậm tiêu như vicryl. Có thể khâu vắt hoặc khâu mũi rời -Khâu lớp dưới da và da. 	•		
TỔNG KẾT		ĐẠT	KHÔNG ĐẠT	

NGUYÊN TẮC CHUNG

PHẪU THUẬT VÙNG HẬU MÔN - TRỰC TRÀNG

1. ĐẠI CƯƠNG

- Khi thực hiện một thủ thuật hoặc một phẫu thuật vùng hậu môn – trực tràng với mục đích chữa bệnh cần biết một đặc điểm và tuân thủ các nguyên tắc:
- Bảo tồn tối đa cấu trúc giải phẫu và chức năng sinh lý của hệ thống cơ thắt hậu môn để bảo đảm chức năng tự chủ của ống hậu môn.
- Không tạo ra các sẹo làm biến dạng vùng tầng sinh môn, ống hậu môn trực tràng gây đau và ảnh hưởng tới chức năng đại tiện.
- Đây là một vùng rất nhạy cảm với đau, nóng lạnh, áp lực; có nhiều phản xạ có thể gây bí đái, ngừng tim,...
- Trong quá trình liền vết thương, người bệnh vẫn ăn uống, đại tiện, phân vẫn thường xuyên đi qua ống hậu môn: cần giữ vệ sinh sạch sẽ và dùng thuốc giảm đau thích hợp.
- Có rất nhiều bệnh lý liên quan tới vùng hậu môn trực tràng. Các bệnh thường phải điều trị phối hợp nội ngoại khoa, do nhiều thầy thuốc thực hiện. Nên việc lựa chọn một phương pháp điều trị cần phù hợp với bệnh, giai đoạn bệnh, người bệnh, khả năng chuyên khoa và dùng các biện pháp có hiệu quả, an toàn nhất cho người bệnh.

2. CHUẨN BỊ

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

2.2. Phương tiện

- 2.2.1. Đèn chiếu sáng tốt, ánh sáng lạnh.
- Bộ dụng cụ phẫu thuật hậu môn: có ống soi hậu môn, van hậu môn, que thăm dò, dao điện, máy hút, panh, kéo, kẹp phẫu tích,...
- 2.2.2. Các loại chỉ khâu, thuốc bôi trơn (vaselin), oxy già, xanh metylen,...
- 2.2.3. Bàn phẫu thuật: thường đặt được người bệnh tư thế phụ khoa, bàn có thể xoay được các tư thế.
- 2.2.4. Bàn để dụng cụ: nên có 2 bàn (bàn để dụng cụ chung và bàn để dụng cụ cần thiết trong khi mổ đặt trước mặt Người thực hiện 50cmX30cm).

2.3. Người bệnh

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

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

2.3.1. Tối hôm trước ngày phẫu thuật:

Thụt tháo sạch phân, có thể thụt thuốc tẩy như Fleet,...Không cần tẩy sạch như phẫu thuật đại trực tràng.

Dùng thuốc an thần như seduxen 5mg X 1 viên, uống lúc 20 giờ.

Cạo lông quanh hậu môn: nên thực hiện trên bàn phẫu thuật sau khi gây tê vùng hoặc gây mê.

2.3.2. Ngày phẫu thuật: nhịn ăn, uống, đi tiểu trước khi lên bàn mổ.

2.4. Hồ sơ bệnh án

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

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

- Đối với các thủ thuật đơn giản hơn (ví dụ lấy máu cục do trĩ tắc mạch, người bệnh có thể thực hiện thủ thuật và ra về ngay trong ngày. Hay người bệnh phải mổ cấp cứu như áp xe cạnh hậu môn) thì các bước chuẩn bị có thể rút gọn đơn giản hơn, phù hợp với từng trường hợp cụ thể.

3. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

3.1. Tư thế: người bệnh nằm ngửa ở tư thế phụ khoa hay nằm sấp đặt gối dưới bụng để bộc lộ rõ vùng hậu môn – trực tràng.

3.2. Vô cảm: tùy theo loại thủ thuật, phẫu thuật có thể lựa chọn các hình thức gây tê tại chỗ, châm tê, gây tê vùng, gây mê nội khí quản hay tĩnh mạch.

3.3. Kỹ thuật

Các thủ phẫu thuật thay đổi thay đổi theo từng phẫu thuật. Trước khi phẫu thuật cần xác định lại chẩn đoán khi người bệnh đã được giảm đau tối đa.

Các thủ thuật hay phẫu thuật được thực hiện chữa bệnh phải tuân thủ các nguyên tắc: Bảo tồn tối đa cấu trúc giải phẫu và chức năng sinh lý của hệ thống cơ thắt hậu môn để bảo đảm chức năng tự chủ của ống hậu môn. Không làm biến dạng hình thái vùng hậu môn, tầng sinh môn như tạo ra các sẹo hẹp, biến dạng ống hậu môn trực tràng gây đau và ảnh hưởng tới chức năng đại tiện.

4. I THEO DÕI

- Theo dõi tình trạng toàn thân và tại vùng phẫu thuật:

- Mạch, huyết áp, nhịp thở, nhiệt độ, tri giác

- Theo dõi tại vết mổ: chảy máu, chảy dịch, đau.

- Khi phẫu thuật bằng gây tê tùy sống, người bệnh thường bí đái trong ngày đầu,

có thể phải đặt sonde bàng quang.

- Dùng thuốc giảm đau, kháng sinh nếu cần; thuốc nhuận tràng, thuốc an thần buổi tối Thường truyền dịch 500ml – 1000ml sau mổ.

Cho người bệnh ăn nhẹ, tập vận động sớm. Săn sóc vết mổ: thay băng hàng ngày, khi có hiện tượng bất thường như chảy máu, thấm dịch nhiều phải kiểm tra vết mổ. Ngâm hậu môn trong nước ấm trong một số phẫu thuật theo chỉ định của bác sỹ phẫu thuật.

5. XỬ TRÍ TAI BIẾN

- 1. Bí đại: thông đại, chú ý vô khuẩn.
- 2. Chảy máu: thay băng kiểm tra. Nếu cần thiết phải cầm máu.
- 3. Đau tại vết mổ: dùng thuốc giảm đau toàn thân hoặc tại chỗ. Hạn chế đặt gạc trong lòng ống hậu môn.
- 4. Phòng hẹp hậu môn, nhất là sau mổ cắt trĩ, phải bảo tồn lớp niêm mạc hậu môn đủ và được nuôi dưỡng tốt.

CHÍCH RẠCH Ổ ÁP XE

1. ĐẠI CƯƠNG

Là một nhiễm trùng cấp tính, do các vi khuẩn gây mủ tạo thành một ổ mủ khu trú, có vỏ bọc. Vỏ ổ áp xe là một tổ chức xơ lỏng lẻo, dễ vỡ.

Áp xe có thể gặp bất kỳ ở đâu, ở nông (da và mô mềm, cơ, xương...) cũng có thể ở sâu (áp xe gan, áp xe ruột thừa...) ở đây chúng tôi chỉ nói đến những trường hợp áp xe ở nông, thuộc chuyên ngành chấn thương chỉnh hình.

Vi khuẩn gây lên ổ áp xe có thể từ các nhiễm trùng ngoài da vào, cũng có thể từ đường máu tới như những viêm xương tủy xương.

Vi khuẩn hay gặp là tụ cầu vàng, liên cầu khuẩn, E.coli, phế cầu, lậu cầu, nấm...

Có loại áp xe nóng là do tạp khuẩn, có loại áp xe lạnh do lao.

2. CHỈ ĐỊNH

Chỉ được chích rạch các ổ áp xe nóng, đã hóa mủ

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Các ổ áp xe lạnh: Do lao
- Ổ áp xe chưa hóa mủ: Nếu chích rạch làm phá vỡ hàng rào bảo vệ dễ dẫn đến nhiễm khuẩn huyết.

4. I CHUẨN BỊ

4.1. Người bệnh

Giải thích, trấn an tâm lý cho người bệnh, chuẩn bị vùng mổ, chuẩn bị hồ sơ bệnh án.

4.2. Người thực hiện

Phẫu thuật viên, người phụ.

4.3. Dụng cụ, trang thiết bị

Bộ dụng cụ mổ xương thông thường

5. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Vô cảm người bệnh bằng tê tại chỗ, tê vùng hay gây mê tùy vị trí và tính chất ổ áp xe.
- Sát khuẩn vùng mổ
- Rạch da trực tiếp vào khối áp xe, chỗ mủ nông nhất, tránh xa bó mạch, và là chỗ thấp nhất để dẫn lưu mủ, đảm bảo thẩm mỹ cho người bệnh (trùng với các nếp tự nhiên là tốt nhất)
- Lấy mủ soi tươi tìm vi khuẩn và làm kháng sinh đồ.
- Dùng kéo phanh rộng ổ áp xe hút hết mủ
- Bơm rửa sạch
- Dùng tay phá vỡ hết các góc ngách ổ áp xe, dùng thìa nạo để nạo hết tổ chức hoại tử, viêm nhiễm.
- Rửa nhiều lần bằng ôxy già, Betadine, nước muối sinh lý
- Cầm máu, dẫn lưu rộng rãi ổ áp xe

- Để hở da hoàn toàn, băng vết mổ.
- Dùng kháng sinh toàn thân, giảm đau, bồi phụ nước, điện giải

6. ĐIỀU TRỊ SAU PHẪU THUẬT

- Theo dõi mạch, huyết áp, nhiệt độ, nhịp thở, tri giác, da niêm mạc, màu sắc chi thể, cấp máu cho chi thể, vận động cảm giác chi thể, để phát hiện ra những biến chứng sau mổ.
- Hướng dẫn vận động, tập phục hồi chức năng sau mổ
- Kháng sinh đường tiêm 5-7 ngày

7. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Chảy máu: Băng ép cầm máu, nếu không được mở vết mổ để cầm máu
- Nhiễm trùng: Thay kháng sinh, điều trị theo kháng sinh đồ, bù dịch điện giải, nạo viêm lại