

BỘ Y TẾ

CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM

Độc lập - Tự do - Hạnh phúc

Số: /QĐ-BYT

Hà Nội, ngày tháng năm 2026

QUYẾT ĐỊNH

**Về việc ban hành tài liệu chuyên môn
“Hướng dẫn quy trình kỹ thuật về Tiết niệu - Tập 2.2”**

BỘ TRƯỞNG BỘ Y TẾ

Căn cứ Luật Khám bệnh, chữa bệnh năm 2023;

Căn cứ Nghị định số 42/2025/NĐ-CP ngày 27/02/2025 của Chính phủ quy định chức năng, nhiệm vụ, quyền hạn và cơ cấu tổ chức của Bộ Y tế;

Căn cứ Thông tư số 23/2024/TT-BYT ngày 18/10/2024 của Bộ trưởng Bộ Y tế ban hành danh mục kỹ thuật trong khám bệnh, chữa bệnh;

Căn cứ Biên bản họp ngày 21/5/2024 và 01/8/2025 của Hội đồng chuyên môn nghiệm thu quy trình kỹ thuật chương Tiết niệu – hệ ngoại và dự thảo quy trình kỹ thuật về Tiết niệu – hệ ngoại đã được Chủ tịch Hội đồng nghiệm thu thông qua;

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

QUYẾT ĐỊNH:

Điều 1. Ban hành kèm theo Quyết định này tài liệu chuyên môn “Hướng dẫn quy trình kỹ thuật về Tiết niệu - Tập 2.2”, gồm 24 quy trình kỹ thuật.

Điều 2. Tài liệu chuyên môn “Hướng dẫn quy trình kỹ thuật về Tiết niệu - Tập 2.2” được áp dụng tại các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh từ ngày 01/07/2026.

Điều 3. Các ông, bà: Chánh Văn phòng Bộ, Cục trưởng Cục Quản lý Khám, chữa bệnh, Cục trưởng, Vụ trưởng các Cục, Vụ thuộc Bộ Y tế; Giám đốc các bệnh viện trực thuộc Bộ Y tế; Giám đốc Sở Y tế các tỉnh, thành phố trực thuộc trung ương; Thủ trưởng Y tế các ngành và các cơ quan, đơn vị liên quan chịu trách nhiệm thi hành Quyết định này./.

Nơi nhận:

- Như Điều 3;
- Bộ trưởng (để báo cáo);
- Các Thứ trưởng;
- BHXHVN - Bộ Tài chính;
- Cổng thông tin điện tử Bộ Y tế;
- Website Cục QLKCB;
- Tổng hội Y học Việt Nam và các hội y khoa;
- Lưu: VT, KCB.

**KT. BỘ TRƯỞNG
THỨ TRƯỞNG**

Trần Văn Thuấn



HƯỚNG DẪN QUY TRÌNH KỸ THUẬT VỀ TIẾT NIỆU - TẬP 2.2

*(Ban hành kèm theo Quyết định số /QĐ-BYT
ngày tháng năm 2026 của Bộ trưởng Bộ Y tế)*

Hà Nội, 2026

DANH SÁCH BIÊN SOẠN VÀ THẨM ĐỊNH

Chỉ đạo biên soạn, thẩm định	
GS.TS. Trần Văn Thuấn	Thư trưởng Bộ Y tế
TS. Hà Anh Đức	Cục trưởng Cục Quản lý Khám, chữa bệnh (QLKCB)
Chủ biên	
PGS.TS. Đỗ Trường Thành	Trưởng khoa Phẫu thuật Tiết niệu, Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức
TS. Vương Ánh Dương	Phó Cục trưởng Cục QLKCB
Tham gia biên soạn, thẩm định	
PGS.TS. Đỗ Trường Thành	Trưởng khoa Phẫu thuật Tiết niệu, Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức
TS. Vương Ánh Dương	Phó Cục trưởng Cục QLKCB
TS. Nguyễn Minh Tuấn	Trưởng khoa Phẫu thuật Tiết niệu, Bệnh viện Bạch Mai
PGS.TS. Hoàng Long	Phó Trưởng khoa Phẫu thuật Tiết niệu, Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức
BSC.KII. Nguyễn Minh Nghiêm	Phó Giám đốc Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ
PGS.TS. Lê Đình Khánh	Phó Giám đốc bệnh viện Trường Đại học Y học Huế, Chủ tịch Hội tiết niệu Thận học Việt Nam, Ủy viên Ban chấp hành Hội tiết niệu Châu Á
GS.TS. Nguyễn Văn Kính	Phó Chủ tịch thường trực Tổng hội Y học Việt Nam
PGS.TS. Nguyễn Tuấn Vinh	Chủ tịch hội Tiết niệu - Thận học TP HCM
PGS.TS. Trần Đức	Giám đốc Trung tâm Tiết niệu và Nam khoa, Bệnh viện Trung ương Quân đội 108
TS. Trần Ngọc Khánh	Trưởng khoa Ngoại tổng hợp, Bệnh viện Đa khoa Trung ương Huế
TS. Nguyễn Đình Liên	Trưởng khoa Trưởng khoa Thận tiết niệu - Nam học Bệnh viện E
TS. Đỗ Mạnh Hùng	Trưởng Phòng Kế hoạch tổng hợp, Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức
BS CKII. Hoàng Khắc Chuẩn	Phó trưởng khoa Ngoại Tiết niệu, Bệnh viện Chợ Rẫy
TS. Đỗ Ngọc Sơn	Phó Trưởng khoa Phẫu thuật tiết niệu, Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức
TS. Nguyễn Đức Minh	Phó Trưởng khoa Phẫu Thuật tiết niệu, Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

ThS. Trương Lê Vân Ngọc	Trưởng Phòng nghiệp vụ và bảo vệ sức khỏe cán bộ, Cục QLKCB
BSCKII. Cao Đức Phương	Phó trưởng phòng Điều dưỡng – Dinh dưỡng và Kiểm soát nhiễm khuẩn, Cục Quản lý Khám, chữa bệnh
ThS. Phạm Minh Hùng	Chuyên viên vụ Bảo hiểm y tế
Thư ký	
BSCKII. Cao Đức Phương	Phó trưởng phòng Điều dưỡng – Dinh dưỡng và Kiểm soát nhiễm khuẩn, Cục QLKCB
ThS. Phan Ngọc Sơn	Phó trưởng phòng Quản lý chất lượng và chuyên giao kỹ thuật, Cục Quản lý Khám, chữa bệnh
ThS. Phạm Xuân Duy	Khoa Phẫu thuật Tiết niệu, Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức
ThS. Dương Văn Tiến	Khoa Phẫu thuật Tiết niệu, Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức
ThS. Lê Thị Kim Nhung	Trưởng phòng Phòng Quản lý chất lượng, Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức
CN. Mạc Thị Thúy Nga	Chuyên viên chính Phòng Quản lý chất lượng, Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức
CN. Nguyễn Ánh Tuyết	Chuyên viên Phòng Quản lý chất lượng, Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức
CN. Hà Thị Thu Hằng	Chuyên viên Phòng Nghiệp vụ, Cục QLKCB
ThS. Đỗ Thị Huyền Trang	Cục QLKCB

LỜI NÓI ĐẦU

Hướng dẫn quy trình kỹ thuật ngoại khoa chuyên khoa phẫu thuật Tiết niệu đã được Bộ trưởng Bộ Y tế ký, ban hành tại Quyết định số 5731/QĐ-BYT ngày 21/12/2017, Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật này làm căn cứ để các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh, người hành nghề khám bệnh, chữa bệnh và nhân viên y tế triển khai áp dụng và thực hiện các kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh về phẫu thuật Tiết niệu.

Trong những năm gần đây, với sự phát triển về khoa học kỹ thuật trên thế giới và năng lực người thực hiện kỹ thuật, nhằm cập nhật, bổ sung những tiến bộ mới và tiếp tục chuẩn hóa quy trình thực hiện kỹ thuật trong khám bệnh, chữa bệnh tiết niệu, Bộ Y tế đã giao một số bệnh viện làm đầu mối xây dựng Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật Tiết niệu – ngoại khoa gồm Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức, Bệnh viện Bạch Mai, Bệnh viện Chợ Rẫy, Bệnh viện đa khoa Trung ương Huế và Bệnh viện Đại học Y dược Huế, Bệnh viện đa khoa Trung ương Cần Thơ,..., trong đó Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức (khoa Phẫu thuật Tiết niệu) được giao làm đầu mối tổng hợp chung. Các Bệnh viện được giao đã huy động và phân công các giáo sư, phó giáo sư, tiến sĩ, Bác sĩ chuyên khoa tiết niệu biên soạn Hướng dẫn quy trình kỹ thuật; tổ chức họp hội đồng khoa học trong bệnh viện để nghiệm thu; thực hiện biên tập, hoàn thiện theo ý kiến của Hội đồng chuyên môn nghiệm thu do Bộ Y tế thành lập và chịu trách nhiệm về chuyên môn kỹ thuật quy định trong Hướng dẫn quy trình kỹ thuật. Hướng dẫn quy trình kỹ thuật đều được các thành viên biên soạn rà soát theo hướng dẫn hiện có, tham khảo các tài liệu trong nước, nước ngoài để cập nhật.

Bộ Y tế đã thành lập Hội đồng chuyên môn nghiệm thu Hướng dẫn quy trình kỹ thuật về Thận – Tiết niệu với sự tham gia của một số Vụ, Cục chức năng của Bộ Y tế, các thành viên chuyên môn là các phó giáo sư, tiến sĩ, Bác sĩ chuyên khoa hàng đầu về thận tiết niệu. Các thành viên chuyên môn đã làm việc với tinh thần trách nhiệm, đóng góp về thời gian, trí tuệ, kinh nghiệm để góp ý, nghiệm thu Hướng dẫn quy trình kỹ thuật. “Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật về Tiết niệu - Tập 2.2” được xây dựng cho các kỹ thuật có trong Phụ lục số 02 và không có trong Phụ lục số 01 (của Thông tư số 23/2024/TT-BYT ngày 18 tháng 10 năm 2024 của Bộ trưởng Bộ Y tế ban hành danh mục kỹ thuật trong khám bệnh, chữa bệnh), đã được Hội đồng chuyên môn nghiệm thu và được Bộ Y tế ban hành với với **tổng số 24 quy trình kỹ thuật và được áp dụng tại các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh từ ngày 01 tháng 7 năm 2026.**

Bộ Y tế xin trân trọng cảm ơn sự đóng góp tích cực và hiệu quả của các chuyên gia về Thận – Tiết niệu đặc biệt là tập thể lãnh đạo và nhóm thư ký biên soạn và nghiệm thu của Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức (khoa Phẫu thuật Tiết niệu).

Trong quá trình biên tập khó tránh được những sai sót, chúng tôi rất mong nhận được sự đóng góp ý kiến từ quý độc giả đồng nghiệp để Tài liệu chuyên môn ngày một hoàn thiện hơn. Mọi ý kiến góp ý xin gửi về Cục Quản lý Khám, chữa bệnh - Bộ Y tế, 138A phố Giảng Võ, phường Giảng Võ, Hà Nội.

Xin trân trọng cảm ơn!

GS.TS. Trần Văn Thuận
THỦ TRƯỞNG BỘ Y TẾ

NGUYÊN TẮC XÂY DỰNG, BAN HÀNH VÀ ÁP DỤNG HƯỚNG DẪN QUY TRÌNH KỸ THUẬT TRONG KHÁM BỆNH, CHỮA BỆNH

1. Nguyên tắc xây dựng và ban hành Hướng dẫn quy trình kỹ thuật trong khám bệnh, chữa bệnh:

- a) Hướng dẫn quy trình kỹ thuật được xây dựng và ban hành theo từng chương, chuyên ngành bảo đảm đầy đủ các nội dung cơ bản về chỉ định, chống chỉ định, thận trọng, chuẩn bị đến các các bước thực hiện kỹ thuật theo trình tự thực hiện từ khi bắt đầu đến khi kết thúc thực hiện kỹ thuật;
- b) Thời gian thực hiện kỹ thuật, nhân lực, thuốc, thiết bị y tế... (danh mục và số lượng) được quy định trong Hướng dẫn quy trình kỹ thuật căn cứ trên yêu cầu chuyên môn, tính phổ biến, thường quy thực hiện tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh. Trong thực tế triển khai, thời gian thực hiện kỹ thuật, nhân lực, thuốc, thiết bị y tế... (danh mục và số lượng) có thể thay đổi dựa trên cá thể người bệnh, tình trạng bệnh, diễn biến lâm sàng... và điều kiện thực tế hạ tầng, thiết bị, nhân lực của mỗi cơ sở khám bệnh, chữa bệnh;
- c) Ngoài địa điểm thực hiện kỹ thuật như phòng phẫu thuật (phòng mổ), phòng thực hiện kỹ thuật (phòng thủ thuật), phòng bệnh... được quy định trong Hướng dẫn quy trình kỹ thuật, kỹ thuật có thể được thực hiện ở các địa điểm khác theo nguyên tắc:
 - Kỹ thuật được quy định thực hiện ở phòng bệnh thì kỹ thuật đó được phép thực hiện tại phòng thực hiện kỹ thuật, phòng phẫu thuật;
 - Kỹ thuật được quy định thực hiện ở phòng thực hiện kỹ thuật thì kỹ thuật đó được phép thực hiện tại phòng phẫu thuật; không được phép thực hiện tại phòng bệnh trừ trường hợp cấp cứu theo quy định pháp luật về khám bệnh, chữa bệnh;
 - Các kỹ thuật chỉ được phép thực hiện tại các địa điểm khác trong trường hợp cấp cứu theo quy định pháp luật về khám bệnh, chữa bệnh.

2. Nguyên tắc áp dụng Hướng dẫn quy trình kỹ thuật trong khám bệnh, chữa bệnh:

- a) Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh được phép áp dụng toàn bộ Hướng dẫn quy trình kỹ thuật trong khám bệnh, chữa bệnh do Bộ trưởng Bộ Y tế ban hành và phải có văn bản do người đứng đầu cơ sở khám bệnh, chữa bệnh phê duyệt việc triển khai áp dụng toàn bộ Hướng dẫn quy trình kỹ thuật do Bộ trưởng Bộ Y tế ban hành.

Trường hợp cơ sở khám bệnh, chữa bệnh xây dựng và ban hành Hướng dẫn quy trình kỹ thuật áp dụng tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh thì việc xây dựng, ban hành Hướng dẫn quy trình kỹ thuật phải tuân thủ theo nguyên tắc quy định tại khoản 1 Điều này, căn cứ trên Hướng dẫn quy trình kỹ thuật tương ứng do Bộ trưởng Bộ Y tế ban hành và là căn cứ để cơ sở khám bệnh, chữa bệnh triển khai, áp dụng. Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh xây dựng và ban hành Hướng dẫn quy trình kỹ thuật áp dụng tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh chịu hoàn toàn trách nhiệm về việc xây dựng, ban hành và áp dụng.

- b) Tài liệu chuyên môn Hướng dẫn quy trình kỹ thuật ban hành kèm theo Quyết định này được áp dụng cho các kỹ thuật quy định tại Phụ lục số 02 Thông tư số 23/2024/TT-BYT

ban hành Danh mục kỹ thuật trong khám bệnh, chữa bệnh và không có trong Phụ lục số 01 Thông tư số 23/2024/TT-BYT. Tài liệu chuyên môn này được áp dụng tại các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh từ ngày 01 tháng 7 năm 2026.

- c) Người thực hiện các kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh là người hành nghề có phạm vi hành nghề phù hợp với kỹ thuật thực hiện theo quy định của Luật Khám bệnh, chữa bệnh mà không bị giới hạn bởi các chức danh nghề nghiệp được liệt kê trong từng quy trình kỹ thuật. Đồng thời người hành nghề với các chức danh nghề nghiệp được quy định trong từng quy trình kỹ thuật chỉ được thực hiện kỹ thuật khi có phạm vi hành nghề phù hợp theo quy định của Luật Khám bệnh, chữa bệnh.
- đ) Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh chỉ được thực hiện kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh sau khi được cấp có thẩm quyền phê duyệt, cho phép và sử dụng thuốc, thiết bị y tế được cấp phép theo quy định hiện hành.
- d) Trong quá trình triển khai áp dụng Hướng dẫn quy trình kỹ thuật, nếu có các bất cập hoặc nhu cầu cần sửa đổi, bổ sung, cập nhật..., các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh chủ động cập nhật và ban hành Hướng dẫn quy trình kỹ thuật áp dụng tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh, đồng thời báo cáo, đề xuất Bộ Y tế (Cục Quản lý Khám, chữa bệnh) để xem xét ban hành áp dụng trong cả nước.

MỤC LỤC

DANH SÁCH BIÊN SOẠN VÀ THẨM ĐỊNH

LỜI NÓI ĐẦU

NGUYÊN TẮC XÂY DỰNG, BAN HÀNH VÀ ÁP DỤNG

HƯỚNG DẪN QUY TRÌNH KỸ THUẬT TRONG KHÁM BỆNH, CHỮA BỆNH

MỤC LỤC

PHỤ LỤC

1. PHẪU THUẬT LẤY MÁU TỤ, DỊCH QUANH THẬN	1
2. PHẪU THUẬT CẮT CHỎM NANG THẬN SAU PHÚC MẠC	5
3. PHẪU THUẬT CẮT BÁN PHẦN THẬN VỚI NIỆU QUẢN	9
4. PHẪU THUẬT TÁN SỎI THẬN	13
5. PHẪU THUẬT TÁN SỎI NIỆU QUẢN	18
6. NỘI SOI NIỆU QUẢN NGƯỢC DÒNG BẰNG ỐNG SOI MỀM TÁN SỎI NIỆU QUẢN BẰNG LASER	22
7. PHẪU THUẬT TẠO HÌNH NIỆU QUẢN SAU TĨNH MẠCH CHỦ	26
8. PHẪU THUẬT NỘI SOI ĐẶT STENT NIỆU QUẢN NGƯỢC DÒNG	30
9. PHẪU THUẬT CẮT ĐOẠN NIỆU QUẢN CÓ U, TẠO HÌNH LẠI NIỆU QUẢN ..	33
10. PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT ĐÓT POLYP NIỆU QUẢN BẰNG LASER	37
11. PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT ĐÓT U BỀ THẬN BẰNG LASER	41
12. PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT ĐÓT U NIỆU QUẢN BẰNG LASER	45
13. PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT XO HẸP CỔ BÀNG QUANG	49
14. PHẪU THUẬT CẮT BÁN PHẦN BÀNG QUANG - TRỒNG LẠI NIỆU QUẢN BẰNG QUANG	53
15. NỘI SOI BÓC U PHÌ ĐẠI TUYẾN TIỀN LIỆT	58
16. PHẪU THUẬT NỘI SOI DẪN LƯU ÁP XE TUYẾN TIỀN LIỆT	64
17. PHẪU THUẬT NỘI SOI BÓC HƠI TIỀN LIỆT TUYẾN BẰNG LASER	68
18. PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT TOÀN BỘ TUYẾN TIỀN LIỆT TIẾT CẦN	72
19. PHẪU THUẬT NỘI SOI DẪN LƯU VIÊM TẤY KHUNG CHẬU	77
20. NỘI SOI ĐẶT STENT NIỆU ĐẠO TRONG HẸP NIỆU ĐẠO	81
21. NỘI SOI ĐÓT BÚI GIẢN TĨNH MẠCH NIỆU ĐẠO	84
22. ĐẶT ỐNG THÔNG LỘC MÀNG BỤNG QUA DA	87

23. PHẪU THUẬT RÚT ỐNG THÔNG LỘC MÀNG BỤNG	91
24. PHẪU THUẬT NỘI SOI RÚT ỐNG THÔNG LỘC MÀNG BỤNG.....	94

PHỤ LỤC
DANH MỤC KỸ THUẬT

STT trong QTKT (cột 1)	STT kỹ thuật trong Chương (cột 2)	Tên kỹ thuật được quy định tại Phụ lục 2 Thông tư số 23/2023/TT-BYT (cột 3)	Mã liên kết (cột 4)
1	26	Phẫu thuật lấy máu tụ, dịch quanh thận	
2	32	Phẫu thuật cắt chỏm nang thận sau phúc mạc	
3	34	Phẫu thuật cắt bán phần thận với niệu quản	
4	42	Phẫu thuật tán sỏi thận	
5	43	Phẫu thuật tán sỏi niệu quản	
6	60	Nội soi niệu quản ngược dòng bằng ống soi mềm tán sỏi niệu quản bằng laser	
7	85	Phẫu thuật tạo hình niệu quản sau tĩnh mạch chủ	
8	92	Phẫu thuật nội soi đặt stent niệu quản ngược dòng	
9	93	Phẫu thuật cắt đoạn niệu quản có u, tạo hình lại niệu quản	
10	100	Phẫu thuật nội soi cắt đốt polip niệu quản bằng laser	
11	103	Phẫu thuật nội soi cắt đốt u bề thận bằng laser	
12	104	Phẫu thuật nội soi cắt đốt u niệu quản bằng laser	
13	122	Phẫu thuật nội soi cắt xơ hẹp cổ bàng quang	
14	124	Phẫu thuật cắt bán phần bàng quang - trồng lại niệu quản bàng quang	
15	144	Nội soi bóc u phì đại tuyến tiền liệt	
16	147	Phẫu thuật nội soi dẫn lưu áp xe tuyến tiền liệt	

STT trong QTKT (cột 1)	STT kỹ thuật trong Chương (cột 2)	Tên kỹ thuật được quy định tại Phụ lục 2 Thông tư số 23/2023/TT-BYT (cột 3)	Mã liên kết (cột 4)
17	148	Phẫu thuật nội soi bóc hơi tuyến tiền liệt bằng laser	
18	149	Phẫu thuật nội soi cắt toàn bộ tuyến tiền liệt tiết căn	
19	157	Phẫu thuật nội soi dẫn lưu viêm tấy khung chậu	
20	165	Nội soi đặt Stent niệu đạo trong hẹp niệu đạo	
21	167	Nội soi đốt búi giãn tĩnh mạch niệu đạo	
22	217	Đặt ống thông lọc màng bụng qua da	
23	220	Phẫu thuật rút ống thông lọc màng bụng	
24	221	Phẫu thuật nội soi rút ống thông lọc màng bụng	

1. PHẪU THUẬT LẤY MÁU TỤ, DỊCH QUANH THẬN

1. ĐẠI CƯƠNG

- Dịch quanh thận xuất hiện do nhiều nguyên nhân, với số lượng ít thường ít ảnh hưởng đến cấu trúc, chức năng của thận, nhưng nếu dịch quanh thận nhiều và tồn tại trong thời gian dài sẽ có nguy cơ gây chèn ép cấu trúc thận, lâu dần sẽ ảnh hưởng đến chức năng thận và gây xơ hóa cầu thận.

- Phẫu thuật lấy máu tụ, dịch quanh thận là phẫu thuật có thể để phá vỡ bao tụ dịch mũ quanh thận làm thoát dịch mũ dịch máu quanh thận do áp xe thận, do chấn thương thận hoặc rò thận, có thể sử dụng hướng dẫn của siêu âm để định hướng vị trí với mục đích lấy hết dịch quanh thận ra ngoài, giải phóng chèn ép thận nhằm phục hồi cấu trúc và chức năng của thận.

2. CHỈ ĐỊNH

- Có dịch quanh thận do áp xe thận hoặc rò thận, hoặc chấn thương thận > 3 cm.
- Có dấu hiệu chèn ép thận trên siêu âm.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Ung thư thận.
- Đang trong giai đoạn viêm tấy nhiễm trùng nặng, lan tỏa chưa điều trị.
- Bệnh lý nền nặng như đái tháo đường, suy tim, suy hô hấp, rối loạn đông máu...

4. THẬN TRỌNG

- Nhiễm khuẩn tiết niệu nặng chưa điều trị.
- Người cao tuổi có bệnh nền phối hợp.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện:

- 01 bác sĩ (phẫu thuật viên chính).
- 01-02 bác sĩ (phẫu thuật viên phụ).
- 02 điều dưỡng (dụng cụ và chạy ngoài).

5.2. Thuốc, hóa chất:

- Dung dịch sát khuẩn.
- Cồn 70°
- Nước muối sinh lý: NaCl 0,9%.

5.3. Thiết bị y tế:

- Toan mổ, áo mổ, găng vô khuẩn.
- Tấm trải, opsite.
- Dao thường.
- Gạc con.
- Kéo cắt sườn.
- Clamp mạch máu.
- Hem-o-lok và kim cặp Hem-o-lok.
- Chỉ tự tiêu, chỉ khâu da.
- Dẫn lưu.
- Sonde Folley 16Fr, túi đựng nước tiểu.

5.4. Người bệnh:

- Hồ sơ người bệnh, xét nghiệm cơ bản, phim X-quang phổi, phim X-quang hệ tiết niệu, phim niệu đồ tĩnh mạch, phim cắt lớp vi tính.
- Xét nghiệm vi khuẩn, kháng sinh đồ để điều trị hết nhiễm khuẩn.
- Người bệnh và gia đình được giải thích rõ trước mổ về tình trạng bệnh và tình trạng chung, về những khả năng phẫu thuật sẽ thực hiện, về những tai biến, biến chứng, di chứng có thể gặp do bệnh, do phẫu thuật, do gây mê, tê, giảm đau, do cơ địa của người bệnh.
- Nâng cao thể trạng, cân bằng những rối loạn do hậu quả của bệnh hoặc do cơ địa, bệnh mạn tính, tuổi.
- Điều trị ổn định các bệnh nội khoa như cao huyết áp, đái đường,... trước khi can thiệp phẫu thuật (trừ trường hợp mổ cấp cứu). Truyền máu nếu người bệnh có thiếu máu nhiều.
- Nhịn ăn, thụt tháo, vệ sinh vùng phẫu thuật và toàn thân.
- Có dùng kháng sinh dự phòng trước mổ.

5.5. Hồ sơ bệnh án:

- Đảm bảo đủ, đúng các phần hành chính, chuyên môn theo quy định.
- Đúng người bệnh (tên, tuổi, giới, và các giấy tờ theo quy định).
- Cam kết của người bệnh hoặc người giám hộ hợp pháp.
- Đúng chỉ định và đúng loại thủ thuật dự kiến.
- Các thông số về dấu hiệu sinh tồn, lâm sàng cơ bản.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: Dự kiến 45-60 phút.

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng phẫu thuật.

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh:

- Kiểm tra hồ sơ bệnh án, định danh đúng người bệnh, chỉ định kỹ thuật.
- Tuân thủ và thực hiện Bảng kiểm an toàn phẫu thuật theo quy định.

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

Phương pháp vô cảm: Gây mê nội khí quản hoặc gây tê tủy sống.

Tư thế người bệnh:

Người bệnh: tư thế nằm nghiêng 90^0 bên đối diện, chân dưới co, chân trên duỗi, có kê gối độn dưới thắt lưng bên đối diện.

Kỹ thuật:

6.1. Bước 1: Rửa da đường sườn lưng cùng bên. Vào khoang sau phúc mạc bóc lộ thận niệu quản.

6.2. Bước 2: Kiểm tra thấy quanh thận có ổ dịch, ổ áp xe có vỏ rõ, thâm nhiễm xung quanh nhiều.

6.3. Bước 3: Cần xác định chính xác ổ áp xe, ổ dịch, phá ổ dịch bằng dao điện hoặc bằng pank đầu tù, kiểm tra dịch trong ổ áp xe, có thể lấy dịch gửi vi sinh, nếu nghi ngờ có thể gửi tổ chức giải phẫu bệnh loại trừ ung thư.

- Bơm rửa nhiều ổ dịch bằng nước muối sinh lý, có pha dung dịch cồn iodine sát khuẩn
- Kiểm tra lại thận và niệu quản, đánh giá tổn thương đường bài xuất để xử trí cùng thì, tránh gây rò nước tiểu về sau.

6.4. Bước 4: Cầm máu.

- Đặt 01-02 dẫn lưu to vào ổ tụ dịch, và cạnh thận để dẫn lưu dịch máu, mủ còn lại ra ngoài.
- Cố định lại dẫn lưu ra ngoài thành bụng.
- Đóng bụng theo các lớp giải phẫu.
- Kết thúc quy trình: Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật (các dấu hiệu sinh tồn, dẫn lưu...). Bàn giao người bệnh cho nhóm chăm sóc tiếp theo và hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án.

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

7.1. Theo dõi

- Theo dõi toàn thân, đánh giá tình trạng nhiễm trùng sau mổ.
- Theo dõi ống dẫn lưu: tình trạng tốt là dẫn lưu ra ít dịch, không có nước tiểu.
- Theo dõi lượng nước tiểu 24h.
- Điều trị dự phòng nhiễm khuẩn bằng kháng sinh, hoặc theo kháng sinh đồ.

- Rút ống thông niệu quản sau 3-4 tuần.

7.2. Các biến chứng sau mổ có thể xảy ra

- Tổn thương nhu mô thận: Khâu cầm máu có thể cần cặp clamp mạch thận, hoặc đốt điện cầm máu, đặt vật liệu cầm máu như thể chấn thương thận độ I, độ II.
- Tổn thương ruột: Cần đánh giá và mời phẫu thuật viên tiêu hóa vào phối hợp.
- Chảy máu, tổn thương mạch chậu: khâu cầm máu bằng chỉ mạch máu, mời chuyên khoa mạch máu phối hợp.
- Nhiễm khuẩn tiết niệu, nhiễm khuẩn vùng mổ, rò nước tiểu: điều trị chống nhiễm khuẩn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Men S, Akhan O, Köroğlu M. Percutaneous drainage *Eur J Radiol.* 2002 Sep;43(3):204-18. doi: 10.1016/s0720-048x(02)00156-0. PMID: 12204403.
2. Joseph A. Smith Jr., Stuart S. Howards, Glenn M. Preminger. 3rd ed. “*Hinman’s Atlas of Urologic Surgery* (3rd Ed.)” (2012).
3. Wein, Alan J.; Kavoussi, Louis R.; Partin, Alan W.; and Peters, Craig A., “*Campbell-Walsh Urology: 4-Volume Set (11th Ed.)*” (2016).
4. Türk C, Petřík A, Sarica K, Seitz C, Skolarikos A, Straub M, Knoll T. EAU Guidelines on Interventional Treatment for Urolithiasis. *Eur Urol.* 2016 Mar;69(3):475-82. doi: 10.1016/j.eururo.2015.07.041.

2. PHẪU THUẬT CẮT CHỖM NANG THẬN SAU PHÚC MẠC

1. ĐẠI CƯƠNG

Nang thận đơn thuần không có triệu chứng lâm sàng hoặc không có biến chứng thì không cần điều trị. Khi nang thận có kích thước lớn hơn 5cm thì nên can thiệp để ngăn ngừa các biến chứng như chảy máu, vỡ, hiệu ứng khối đè ép chủ mô thận, dần dần gây ảnh hưởng đến chức năng thận. Những nang nhỏ hơn nhưng gây biến chứng nhiễm trùng nang, xuất huyết trong nang gây đau mà điều trị nội khoa không đỡ, tái phát nhiều lần nên xem xét chỉ định can thiệp điều trị.

2. CHỈ ĐỊNH

- Nang thận lớn trên 5cm.
- Nang gây chèn ép đài bể thận, gây triệu chứng lâm sàng.
- Nang áp xe hóa, Bosniak I, II, III.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Rối loạn đông máu nặng.
- Có các bệnh lý tim phổi nặng.
- U ác tính hóa.

4. THẬN TRỌNG

- Nhiễm khuẩn tiết niệu nặng chưa điều trị.
- Người cao tuổi có bệnh nền phối hợp.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện:

- 01 bác sĩ (phẫu thuật viên chính).
- 01-02 bác sĩ (phẫu thuật viên phụ).
- 02 điều dưỡng (dụng cụ và chạy ngoài).

5.2. Thuốc, hóa chất:

- Dung dịch sát khuẩn.
- Cồn 70°
- Nước muối sinh lý: NaCl 0,9%.

5.3. Thiết bị y tế:

- Toan mổ, áo mổ, găng vô khuẩn.
- Tấm trải, opsite.
- Dao thường.
- Gạc con.
- Dao hàn mạch.
- Chỉ tự tiêu, chỉ khâu da.
- Hem-o-lok và kìm cặp.
- Vật liệu cầm máu.
- Dẫn lưu.
- Sonde Foley, túi đựng nước tiểu.

5.4. Người bệnh:

- Người bệnh và gia đình được giải thích rõ trước mổ về tình trạng bệnh và tình trạng chung, về những khả năng phẫu thuật sẽ thực hiện, về những tai biến, biến chứng, di chứng có thể gặp do bệnh, do phẫu thuật, do gây mê, tê, giảm đau, do cơ địa của người bệnh.
- Nâng cao thể trạng, cân bằng những rối loạn do hậu quả của bệnh hoặc do cơ địa, bệnh mạn tính, tuổi.
- Điều trị ổn định các bệnh nội khoa như cao huyết áp, đái đường,... trước khi can thiệp phẫu thuật. Truyền máu nếu người bệnh có thiếu máu nhiều.

5.5. Hồ sơ bệnh án:

- Đảm bảo đủ, đúng các phần hành chính, chuyên môn theo quy định.
- Đúng người bệnh (tên, tuổi, giới, và các giấy tờ theo quy định).
- Cam kết của người bệnh hoặc người giám hộ hợp pháp.
- Đúng chỉ định và đúng loại thủ thuật dự kiến.
- Các thông số về dấu hiệu sinh tồn, lâm sàng cơ bản.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: Dự kiến 45-60 phút.

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng phẫu thuật.

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh:

- Kiểm tra hồ sơ bệnh án, định danh đúng người bệnh, đúng chỉ định kỹ thuật.
- Tuân thủ và thực hiện Bảng kiểm an toàn phẫu thuật theo quy định.

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

Phương pháp vô cảm: Gây mê nội khí quản.

Tư thế người bệnh: Tư thế người bệnh phụ thuộc vào phẫu thuật bên phải hay trái. Thông thường, người bệnh nằm nghiêng sang bên đối diện 90 độ.

Kỹ thuật:

6.1. Bước 1: Tạo khoang sau phúc mạc.

- Rạch da đường sườn lưng, có hoặc không có cắt sườn XII.
- Vào khoang sau phúc mạc, mở cân Gerota, bộc lộ thận niệu quản.

6.2. Bước 2: Tiếp cận nang thận.

- Phẫu tích nang thận.
- Bộc lộ bề thận niệu quản, kiểm tra mối tương quan giữa nang thận và bề thận niệu quản loại trừ trường hợp nang cạnh bề, hoặc đài thận giãn thành nang.
- Cắt chỏm nang bằng dao siêu âm hoặc dao điện đơn cực, cắt nang đến ranh giới nhu mô lành, có thể để lại 1 phần nhỏ thành nang tránh cắt vào nhu mô thận gây chảy máu khó cầm, tuy nhiên, cũng không được cắt quá ít, làm hai mép có thể dính vào nhau gây tái phát nang thận.
- Kiểm tra kỹ lại lòng nang xem có biệt lập hay có thông thương với bề thận hay đài thận.

6.3. Bước 3:

- Cầm máu, lau sạch vùng mổ;
- Đặt dẫn lưu ổ bụng nếu cần.
- Lấy bệnh phẩm gửi giải phẫu bệnh.
- Đóng bụng theo các lớp giải phẫu.

6.4. Kết thúc quy trình: Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật (các dấu hiệu sinh tồn, dẫn lưu...). Bàn giao người bệnh cho nhóm chăm sóc tiếp theo và hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi :

- Huyết động, tình trạng toàn thân, đau sau mổ, tình trạng ổ bụng, số lượng nước tiểu và màu sắc nước tiểu, tình trạng lưu thông tiêu hóa.
- Kháng sinh: phối hợp giữa các nhóm cephalosporin và quilonon tùy trường hợp từ 5 đến 7 ngày.
- Bồi phụ máu, nước điện giải theo xét nghiệm công thức máu, sinh hóa máu.
- Theo dõi chảy máu qua số lượng máu qua dẫn lưu, lượng nước tiểu, tình trạng bụng, huyết động.

- Theo dõi dẫn lưu ổ mổ: màu sắc, số lượng dịch. Rút dẫn lưu theo 2-4 ngày sau mổ. Phát hiện rò bạch huyết sau mổ.

7.2. Các biến chứng sau mổ có thể xảy ra

- Chảy máu sau mổ: Lâm sàng người bệnh thiếu máu nhiều, dẫn lưu hố mổ ra nhiều máu. Nguyên tắc xử trí: Bồi phụ khối lượng tuần hoàn, máu. Kiểm tra lại vị trí chảy máu, có thể can thiệp nút mạch cầm máu hoặc mổ lại kiểm tra cầm máu.

- Tụ dịch hoặc áp xe tồn dư: Lâm sàng người bệnh nhiễm trùng toàn thân, vùng mổ nề đỏ nhiều, hoặc chảy dịch mủ qua vết mổ. Nguyên tắc xử trí: Điều trị kháng sinh mạnh, theo kháng sinh đồ. Nếu khối dịch nhỏ < 5cm có thể dẫn lưu dưới siêu âm, nếu ổ to thì mổ lại làm sạch và dẫn lưu.

- Rò nước tiểu: Lâm sàng người bệnh chảy nước tiểu qua dẫn lưu hố thận hoặc qua vết mổ. Nguyên tắc xử trí: đánh giá vị trí rò, lưu sonde tiểu và dẫn lưu lâu 1-2 tuần điều trị nội khoa, nếu tắc hoặc gấp sonde niệu quản thì đặt lại, nếu không hết xem xét phẫu thuật lại xử lý rò.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Li WM, Shen JT, Li CC, Ke HL, Wei YC, Wu WJ, et al. Oncologic outcomes following three different approaches to the distal ureter and bladder cuff in nephroureterectomy for primary upper urinary tract urothelial carcinoma. *Eur Urol.* 2010;57:963–969.
2. Cosentino M, Palou J, Gaya JM, Breda A, Rodriguez-Faba O, Villavicencio-Mavrich H. Upper urinary tract urothelial cell carcinoma: location as a predictive factor for concomitant bladder carcinoma. *World J Urol.* 2013;31:141–145.
3. Siegel RL, Miller KD, Jemal A. Cancer statistics, 2016. *CA Cancer J Clin.* 2016;66:7–30.
4. Hướng dẫn quy trình kỹ thuật ngoại khoa chuyên khoa phẫu thuật tiết niệu, Bộ Y Tế, 2017.
5. Joseph A. Smith Jr., Stuart S. Howards, Glenn M. Preminger, Roger R. Dmochowski, Hinman's Atlas of Urologic Surgery Revised Reprint, 4 th Edition, Elsevier, 2019.
6. Alan W. Partin, Roger R. Dmochowski, Louis R. Kavoussi, Craig A. Peters, Alan J. Wein, Campbell – Walsh – Wein Urology, 12 th edition, Elsevier, 2020.

3. PHẪU THUẬT CẮT BÁN PHẦN THẬN VỚI NIỆU QUẢN

1. ĐẠI CƯƠNG

- Ung thư thận là bệnh ung thư bắt nguồn từ thận. Ở người lớn, loại ung thư thận phổ biến nhất là ung thư biểu mô tế bào thận. Các loại ung thư thận khác ít gặp hơn có thể xảy ra. Ung thư tế bào chuyển tiếp có ảnh hưởng đến niệu quản, cũng có thể bắt đầu trong thận. Trẻ em có nhiều khả năng phát triển loại ung thư thận được gọi là Wilms ung thư. Tỷ lệ mắc ung thư thận có vẻ ngày càng tăng, hình ảnh chụp cắt lớp vi tính (CT) đang được sử dụng thường xuyên hơn, có thể dẫn đến việc phát hiện ung thư thận nhiều hơn nữa.

- Phẫu thuật cắt bán phần thận là phẫu thuật mổ mở cắt phần thận chứa u, bảo tồn phần thận và niệu quản lành giúp bảo tồn phần chức năng thận, trong những trường hợp u thận ở giai đoạn sớm.

2. CHỈ ĐỊNH

Chỉ định cắt thận bán phần trong khối u thận kích thước không quá lớn (thường u T1, kích thước $\leq 7\text{cm}$), giai đoạn u sớm khu trú trong thận chưa có di căn hạch và di căn xa, chỉ định cân nhắc trong các trường hợp:

- Khối u cả hai thận.
- Thận bên đối diện là thận bệnh lý.
- U thận trên thận duy nhất.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Bệnh lý toàn thân nặng không chịu đựng được cuộc mổ.
- Rối loạn đông máu.
- Suy thận cấp.

4. THẬN TRỌNG

Người cao tuổi có bệnh nền phối hợp.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện:

- 01 bác sĩ (phẫu thuật viên chính).
- 01-02 bác sĩ (phẫu thuật viên phụ).
- 02 điều dưỡng (dụng cụ và chạy ngoài).

5.2. Thuốc, hóa chất:

- Dung dịch sát khuẩn.

- Cồn 70°
- Nước muối sinh lý: NaCl 0,9%.

5.3. Thiết bị y tế:

- Toan mổ, áo mổ, găng vô khuẩn.
- Tấm trải, opsite.
- Dao thường.
- Gạc con.
- Kéo cắt suture.
- Clamp mạch máu.
- Chỉ tự tiêu, chỉ khâu da.
- Guide wire, sonde JJ niệu quản.
- Dẫn lưu.
- Sonde Foley, túi đựng nước tiểu.

5.4. Người bệnh:

- Người bệnh và gia đình được giải thích rõ trước mổ về tình trạng bệnh và tình trạng chung, về những khả năng phẫu thuật sẽ thực hiện, về những tai biến, biến chứng, di chứng có thể gặp do bệnh, do phẫu thuật, do gây mê, tê, giảm đau, do cơ địa của người bệnh.
- Nâng cao thể trạng, cân bằng những rối loạn do hậu quả của bệnh hoặc do cơ địa, bệnh mạn tính, tuổi.
- Điều trị ổn định các bệnh nội khoa như cao huyết áp, đái đường,... trước khi can thiệp phẫu thuật. Truyền máu nếu người bệnh có thiếu máu nhiều.

5.5. Hồ sơ bệnh án:

- Đảm bảo đủ, đúng các phần hành chính, chuyên môn theo quy định.
- Đúng người bệnh (tên, tuổi, giới, và các giấy tờ theo quy định).
- Cam kết của người bệnh hoặc người giám hộ hợp pháp.
- Đúng chỉ định và đúng loại thủ thuật dự kiến.
- Các thông số về dấu hiệu sinh tồn, lâm sàng cơ bản.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: Dự kiến 90-120 phút.

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng phẫu thuật.

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh:

- Kiểm tra hồ sơ bệnh án, định danh đúng người bệnh, chỉ định kỹ thuật.
- Tuân thủ và thực hiện Bảng kiểm an toàn phẫu thuật theo quy định.

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

Phương pháp vô cảm: Gây mê nội khí quản hoặc gây tê tủy sống.

Tư thế người bệnh: Người bệnh: tư thế nằm nghiêng 90⁰ bên đối diện, chân dưới co, chân trên duỗi, có kê gối độn dưới thắt lưng bên đối diện.

Kỹ thuật:

6.1. Bước 1:

- Mở đường sườn thắt lưng, có cắt xương sườn XII.
- Vào khoang sau phúc mạc, giải phóng thận niệu quản. Mở cân Gerota, vào bọc lộ thận niệu quản theo bờ cơ thắt lưng. Bộc lộ riêng niệu quản, đến bể thận.
- Gỡ thận đến sát cuống thận, để chuẩn bị clamp cuống thận.

6.2. Bước 2:

- Phẫu tích cuống thận, bộc lộ rõ động mạch-tĩnh mạch thân. Nếu lựa chọn kỹ thuật clamp nhánh chọn lọc thì bộc lộ sâu ĐM và các nhánh phụ.
- + Phẫu tích tổ chức mỡ quanh thận bộc lộ khối u thận, đánh giá ranh giới, tính chất của khối u.
- + Đánh giá tình trạng xâm lấn tại chỗ, xâm lấn tuyến thượng thận, hạch rốn thận và hạch sau phúc mạc.
- Clamp động mạch (ghi giờ bắt đầu clamp), có thể clamp động mạch chính hoặc clamp động mạch chọn lọc.

6.3. Bước 3:

- Tiến hành cắt u thận, đánh giá sự xâm lấn của u có vào đường bài xuất hay không, sinh thiết u và diện cắt u.
- Khâu lại diện cắt u thận, có thể khâu lại đường bài xuất trước nếu có rách vào đường bài xuất, hoặc khâu các mũi khâu vắt toàn thể.
- Thả clamp (chú ý thời gian clamp động mạch không quá 60 phút, tốt nhất là dưới 30 phút) kiểm tra kĩ diện khâu thận.

6.4. Bước 4:

- Cầm máu kỹ.
- Lấy bệnh phẩm gửi giải phẫu bệnh..
- Dẫn lưu ổ mổ.

- Đóng bụng.

6.5. Kết thúc quy trình: Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật (các dấu hiệu sinh tồn, dẫn lưu...). Bàn giao người bệnh cho nhóm chăm sóc tiếp theo và hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi:

- Người bệnh được theo dõi sát về: mạch, huyết áp, áp lực tĩnh mạch trung ương, nồng độ O₂ và CO₂.
- Lượng máu mất: tính số ml máu mất qua hút, thấm gạc, lượng máu cần truyền.
- Thời gian mổ: tính theo phút, từ khi rạch da đến khi khâu da.
- Phát hiện sớm biến chứng chảy máu trong mổ từ nhu mô hay tổn thương mạch máu.

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

- Chảy máu sau mổ: Lâm sàng người bệnh thiếu máu nhiều, dẫn lưu hố mổ ra nhiều máu. Nguyên tắc xử trí: Bồi phụ khối lượng tuần hoàn, máu. Kiểm tra lại vị trí chảy máu, có thể can thiệp nút mạch cầm máu hoặc mổ lại kiểm tra cầm máu.
- Tụ dịch hoặc áp xe tồn dư: Lâm sàng người bệnh nhiễm trùng toàn thân, vùng mổ nề đỏ nhiều, hoặc chảy dịch mủ qua vết mổ. Nguyên tắc xử trí: Điều trị kháng sinh mạnh, theo kháng sinh đồ. Nếu khối dịch nhỏ < 5cm có thể dẫn lưu dưới siêu âm, nếu ồ to thì mổ lại làm sạch và dẫn lưu.
- Rò nước tiểu: Lâm sàng người bệnh chảy nước tiểu qua dẫn lưu hố thận hoặc qua vết mổ. Nguyên tắc xử trí: đánh giá vị trí rò, lưu sonde tiểu và dẫn lưu lâu 1-2 tuần điều trị nội khoa, nếu không hiệu quả có thể đặt JJ niệu quản và theo dõi.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Trần Quán Anh(2007). Những triệu chứng học hệ tiết niệu - sinh dục, Bệnh học tiết niệu, Nhà xuất bản Y học 47 - 97.
2. Joseph A. Smith Jr., Stuart S. Howards, Glenn M. Preminger. 3rd ed. "Hinman's Atlas of Urologic Surgery (3rd Ed.)" (2012).
3. Nguyễn Huy Hoàng (2013). *Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi sau phúc mạc cắt thận triệt căn điều trị ung thư biểu mô tế bào thận tại bệnh viện hữu nghị việt đức*, Luận văn thạc sĩ y học, Đại học Y Hà Nội.
4. Wein, Alan J.; Kavoussi, Louis R.; Partin, Alan W.; and Peters, Craig A., "Campbell-Walsh Urology: 4-Volume Set (11th Ed.)" (2016).

4. PHẪU THUẬT TÁN SỎI THẬN

1. ĐẠI CƯƠNG

- Bệnh sỏi thận là một tình trạng phổ biến. Theo khảo sát gần đây nhất, tỷ lệ mắc sỏi thận tự báo cáo chung trong giai đoạn 2007 - 2010 là 8,8%, với tỷ lệ mắc cao hơn ở nam giới (10,6%) so với nữ giới (7,1%).
- Hiện nay, phẫu thuật mở lấy sỏi thận đã dần được thay thế bằng các phương pháp khác ít xâm hại hơn như tán sỏi ngoài cơ thể, nội soi ống mềm tán sỏi thận và tán sỏi thận qua da. Phẫu thuật tán sỏi thận qua da (PCNL) sẽ thiết lập một đường hầm từ da vị trí vùng thắt lưng vào thận. Ống kính nội soi thận được đưa vào đài bể thận qua đường hầm và sử dụng các nguồn năng lượng như laser, siêu âm, xung hơi để tán vỡ sỏi và bơm hút mảnh sỏi ra ngoài.
- Phẫu thuật tán sỏi thận qua da đã có nhiều cải tiến về phương tiện định vị chọc dò đài bể thận và thu nhỏ kích thước đường hầm qua da cũng như những phương tiện tán và lấy sỏi mang lại nhiều lợi ích, ít tai biến trong và phẫu thuật.

2. CHỈ ĐỊNH

Sỏi thận >1,5 cm.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Người bệnh có bệnh lý nội khoa nặng: Rối loạn đông, chảy máu; xuất huyết toàn thân; bệnh mạch vành; suy tim nặng; chức năng phổi không tốt chống chỉ định gây mê NKQ; bị tiểu đường và huyết áp cao hoặc không thể chịu đựng phẫu thuật.
- Nhiễm khuẩn tiết niệu.
- Thận mất chức năng.

4. THẬN TRỌNG

Người cao tuổi có bệnh nền phối hợp.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện:

- 01 bác sĩ (phẫu thuật viên chính).
- 01-02 bác sĩ (phẫu thuật viên phụ).
- 02 điều dưỡng (dụng cụ và chạy ngoài).

5.2. Thuốc, hóa chất:

- Dung dịch sát khuẩn.
- Cồn 70°

- Nước muối sinh lý: NaCl 0,9%

5.3. Thiết bị y tế:

- Toan mổ, áo mổ, găng vô khuẩn.
- Dao mổ.
- Gạc con.
- Chỉ khâu da.
- Sonde Foley, túi đựng nước tiểu.
- Dàn máy nội soi tiết niệu: Màn hình, camera, nguồn sáng...
- Máy siêu âm ổ bụng đen trắng với đầu dò ổ bụng.
- Máy tán sỏi bằng xung hơi hoặc bằng laser.
- Máy bơm nước tốc độ 100 - 600 vòng/phút, áp lực nước 0 - 80Kpa.
- Ống kính nội soi niệu quản bán cứng 7,5/8,9Fr.
- Ống kính nội soi thận bán cứng 9,5Fr.
- Pince lấy sỏi, rọ gấp sỏi.
- Bộ dụng cụ nong đường hầm qua da bằng nhựa bán cứng 6-18Fr và Amplatz 18Fr.
- Dây dẫn đường (guide wire).
- Ống thông (catheter) niệu quản.
- Ống thông JJ 6 - 7Fr.
- Túi dán của tán sỏi.

5.4. Người bệnh:

- Người bệnh và gia đình được giải thích rõ trước mổ về tình trạng bệnh và tình trạng chung, về những khả năng phẫu thuật sẽ thực hiện, về những tai biến, biến chứng, di chứng có thể gặp do bệnh, do phẫu thuật, do gây mê, tê, giảm đau, do cơ địa của người bệnh.
- Nâng cao thể trạng, cân bằng những rối loạn do hậu quả của bệnh hoặc do cơ địa, bệnh mạn tính, tuổi.
- Điều trị ổn định các bệnh nội khoa như cao huyết áp, đái đường... trước khi can thiệp phẫu thuật. Truyền máu nếu người bệnh có thiếu máu nhiều.

5.5. Hồ sơ bệnh án:

- Đảm bảo đủ, đúng các phân hành chính, chuyên môn theo quy định.
- Đúng người bệnh (tên, tuổi, giới, và các giấy tờ theo quy định).

- Cam kết của người bệnh hoặc người giám hộ hợp pháp.
- Đúng chỉ định và đúng loại thủ thuật dự kiến.
- Các thông số về dấu hiệu sinh tồn, lâm sàng cơ bản.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: Dự kiến 60-90 phút.

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng phẫu thuật.

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh:

- Kiểm tra hồ sơ bệnh án, định danh đúng người bệnh, chỉ định kỹ thuật.
- Tuân thủ và thực hiện Bảng kiểm an toàn phẫu thuật theo quy định.

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

Phương pháp vô cảm: Gây mê toàn thân nội khí quản hoặc gây tê tủy sống.

Tư thế người bệnh:

- Thì 1: Tư thế sản khoa.
- Thì 2: Tư thế nằm nghiêng hoặc nằm sấp.

Kỹ thuật:

6.1. Bước 1: Đặt ống thông (catheter) niệu quản:

- Soi bàng quang bằng ống soi niệu quản.
- Luồn dây dẫn đường qua lỗ niệu quản bên có sỏi, đưa ống soi niệu quản nông rộng và kiểm tra niệu quản đến bể thận.
- Đưa dây dẫn lách qua phần sỏi ở bể thận vào đài thận, rút ống soi niệu quản, đặt ống thông niệu quản lên đến đài bể thận theo dây dẫn, đặt ống thông niệu đạo và cố định tạm thời 2 ống thông trên với nhau.

6.2. Bước 2: Chọc dò đài bể thận qua da:

- Dùng siêu âm định vị hoặc C-Arm kiểm tra vị trí, hình thể đài bể thận có sỏi, xác định đài thận chọc dò.
- Rạch da, cân vị trí chọc dò. Tiến hành chọc dò đài thận bằng kim 18G dưới hướng dẫn siêu âm khi vào đài thận sẽ ra nước tiểu.
- Trong trường hợp chọc dò ra nước tiểu đục thì ngừng tán sỏi qua da, đặt dẫn lưu thận, điều trị kháng sinh chống nhiễm khuẩn và xét chỉ định tán sỏi qua da sau.

6.3. Bước 3: Tán sỏi thận qua da:

- Rút lõi kim chọc dò, đặt dây dẫn đường đầu cong vào đài bể thận. Nong đường hầm theo dây dẫn thông qua các loại nong có sheet tương ứng 6 - 18Fr.

- Đặt Amplatz (ống tạo đường hầm qua da) cỡ 18Fr vào đài bể thận.
- Dùng ống kính soi niệu quản đưa qua Amplatz xác định vị trí, số lượng sỏi trong đài bể thận.
- Tán sỏi thận bằng xung hơi thành mảnh nhỏ kết hợp bơm nước bằng máy với áp lực 25 - 30 Kpa. Bơm rửa lấy mảnh sỏi hoặc dùng pince gắp sỏi.
- Trong quá trình mổ, có thể dùng siêu âm hoặc C-Arm kiểm tra vị trí dụng cụ tán sỏi, hình thái thận và sỏi được tán, phát hiện mảnh sỏi tán di chuyển nhằm hạn chế sót sỏi. Đồng thời phát hiện sớm các biến chứng tụ dịch quanh thận, tràn dịch ổ bụng hoặc tràn dịch màng phổi.
- Thời gian tán sỏi tối đa trong khoảng 2 giờ. Nếu sỏi to, phức tạp hoặc chảy máu nhiều không nên cố tiếp tục phẫu thuật. Có thể đặt dẫn lưu thận qua da và xét chỉ định tán sỏi qua da lần 2.

6.4. Bước 4: Đặt ống thông JJ niệu quản và dẫn lưu đài bể thận qua da:

- Đặt ống thông JJ niệu quản xuôi dòng, rút ống thông niệu quản đặt ngược dòng ở thì 1. Rút ống soi niệu quản và đặt ống dẫn lưu thận Foley qua Amplatz.
- Chuyển người bệnh về tư thế ban đầu, kiểm tra ống thông niệu đạo. Có thể đặt ống thông JJ niệu quản ngược dòng nếu không đặt được xuôi dòng.

6.5. Kết thúc quy trình: Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật (các dấu hiệu sinh tồn, dẫn lưu...). Bàn giao người bệnh cho nhóm chăm sóc tiếp theo và hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi:

- Người bệnh được theo dõi chặt chẽ về: Mạch, huyết áp động mạch và áp lực tĩnh mạch trung ương. Nồng độ O_2 và CO_2 máu đánh giá bằng SpO_2 và $P_{et}CO_2$.
- Số lượng, màu sắc nước tiểu, dẫn lưu thận.

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

- Chảy máu: Theo dõi chảy máu sau mổ qua số lượng, màu sắc nước tiểu của ống thông niệu đạo và dẫn lưu thận, có thể gặp vài giờ đến vài ngày hoặc sau khi rút ống dẫn lưu thận. tình trạng bụng đau và chướng, khám có cảm ứng phúc mạc, tình trạng huyết động thay đổi. Thông thường chảy máu thuyên giảm một vài ngày sau khi điều trị nội khoa kết hợp. Nếu chảy máu nhiều cần chỉ định chụp và nút mạch.
- Tràn dịch màng phổi hoặc tràn dịch ổ bụng do thoát dịch khi phẫu thuật kéo dài và bơm nước áp lực cao sẽ đi kèm với hội chứng pha loãng máu (hạ Natri máu) và tan máu (giảm hồng cầu, hematocrit). Nguyên tắc xử trí: Đảm bảo về hô hấp, khối lượng huyết động, dẫn lưu dịch, bù điện giải, bù khối lượng tuần hoàn.

- Tổn thương tạng trong ổ bụng do chọc dò: Gan, lách gây chảy máu trong ổ bụng và đại tràng gây viêm phúc mạc hoặc rò dịch sau phúc mạc. Nguyên tắc xử trí: Kháng sinh mạnh, dinh dưỡng, phẫu thuật sớm xử trí theo tổn thương.
- Nhiễm khuẩn và sốc nhiễm khuẩn do phẫu thuật thận mủ, đường hầm nhỏ và áp lực nước quá cao làm tăng nguy cơ nhiễm khuẩn. Nguyên tắc xử trí: Kháng sinh phổ rộng, bù dịch, điện giải. Điều trị kháng sinh theo kháng sinh đồ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Joseph A. Smith Jr., Stuart S. Howards, Glenn M. Preminger. 3rd ed. “Hinman’s Atlas of Urologic Surgery (3rd Ed.)” (2012).
2. Wein, Alan J.; Kavoussi, Louis R.; Partin, Alan W.; and Peters, Craig A., “Campbell-Walsh Urology: 4-Volume Set (11th Ed.)” (2016).
3. Pearle, M. S., Goldfarb, D. S., Assimos, D. G., Curhan, G., Denu-Ciocca, C. J., Matlaga, B. R., ... & White, J. R. (2019). Medical Management of Kidney Stones (2019). *Retrieved from*, 690.
4. Kallidonis P, Tsaturyan A, Lattarulo M, Liatsikos E. Minimally invasive percutaneous nephrolithotomy (PCNL): Techniques and outcomes. *Turk J Urol*. 2020 Nov;46(Supp. 1):S58-S63. Doi: 10.5152/tud.2020.20161. Epub 2020 Jun 5.
5. Geraghty RM, Davis NF, Tzelvels L, Lombardo R, Yuan C, Thomas K, Petrik A, Neisius A, Türk C, Gambaro G, Skolarikos A, Somani BK. Best Practice in Interventional Management of Urolithiasis: An Update from the European Association of Urology Guidelines Panel for Urolithiasis 2022. *Eur Urol Focus*. 2023 Jan;9(1):199-208.

5. PHẪU THUẬT TÁN SỎI NIỆU QUẢN

1. ĐẠI CƯƠNG

- Sỏi tiết niệu là bệnh thường gặp trên thế giới, ở Việt Nam sỏi tiết niệu là bệnh khá phổ biến, chiếm tỷ lệ 45-50% trong số người bệnh tiết niệu ở Việt Nam thường gặp ở độ tuổi từ 30-60 tuổi và ở cả hai giới. Trong số những người bệnh có sỏi tiết niệu, sỏi thận chiếm vị trí hàng đầu chiếm 70-75%. Sỏi thận cũng rất đa dạng về hình thái, kích thước, vị trí, số lượng và thành phần hóa học của sỏi.
- Niệu quản chia làm 3 đoạn, trên, giữa và dưới. Với những sỏi niệu quản đoạn 1/3 trên thường chỉ định nội soi sau phúc mạc lấy sỏi, còn sỏi niệu quản đoạn 1/3 giữa và 1/3 dưới thường chỉ định nội soi ngược dòng tán sỏi.
- Tán sỏi niệu quản là phương pháp qua nội soi niệu quản ngược dòng bằng ống soi bán cứng lên niệu quản tán sỏi niệu quản thành các mảnh nhỏ có thể ra được theo đường tự nhiên bằng năng lượng laser.

2. CHỈ ĐỊNH

Sỏi niệu quản đoạn 1/3 giữa và 1/3 dưới.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Người bệnh có nhiễm khuẩn tiết niệu điều trị chưa ổn định.
- Người bệnh đang điều trị rối loạn đông máu hoặc đang dùng thuốc chống đông.
- Người bệnh có dị tật tiết niệu không đặt được máy.
- Thận mất chức năng.

4. THẬN TRỌNG

Người cao tuổi có bệnh nền phối hợp.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện:

- 01 bác sĩ (phẫu thuật viên chính).
- 01- 02 bác sĩ (phẫu thuật viên phụ).
- 02 điều dưỡng (dụng cụ và chạy ngoài).

5.2. Thuốc, hóa chất:

- Dung dịch sát khuẩn.
- Cồn 70°
- Nước muối sinh lý: NaCl 0,9%

5.3. Thiết bị y tế

- Toan mổ, áo mổ, găng vô khuẩn.
- Dao mổ.
- Gạc con.
- Sonde Folley 16Fr, túi đựng nước tiểu.
- Đèn máy nội soi tiết niệu: Màn hình, camera, nguồn sáng ...
- Máy tán sỏi bằng xung hơi.
- Ống kính nội soi niệu quản bán cứng 7,5/8,9Fr.
- Pince lấy sỏi, rọ gấp sỏi.
- Ống thông JJ 6 - 7Fr.

5.4. Người bệnh:

- Người bệnh và gia đình được giải thích rõ trước mổ về tình trạng bệnh và tình trạng chung, về những khả năng phẫu thuật sẽ thực hiện, về những tai biến, biến chứng, di chứng có thể gặp do bệnh, do phẫu thuật, do gây mê, tê, giảm đau, do cơ địa của người bệnh.
- Nâng cao thể trạng, cân bằng những rối loạn do hậu quả của bệnh hoặc do cơ địa, bệnh mạn tính, tuổi.
- Điều trị ổn định các bệnh nội khoa như cao huyết áp, đái đường... trước khi can thiệp phẫu thuật. Truyền máu nếu người bệnh có thiếu máu nhiều.

5.5. Hồ sơ bệnh án:

- Đảm bảo đủ, đúng các phần hành chính, chuyên môn theo quy định.
- Đúng người bệnh (tên, tuổi, giới, và các giấy tờ theo quy định).
- Cam kết của người bệnh hoặc người giám hộ hợp pháp.
- Đúng chỉ định và đúng loại thủ thuật dự kiến.
- Các thông số về dấu hiệu sinh tồn, lâm sàng cơ bản.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: Dự kiến 45-60 phút.

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng phẫu thuật.

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh:

- Kiểm tra hồ sơ bệnh án, định danh đúng người bệnh, chỉ định kỹ thuật.
- Tuân thủ và thực hiện Bảng kiểm an toàn phẫu thuật theo quy định.

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

Phương pháp vô cảm: Gây mê toàn thân nội khí quản hoặc gây tê tủy sống.

Tư thế người bệnh: Tư thế sản khoa

Kỹ thuật:

6.1. Bước 1: Đặt máy soi vào quan sát toàn bộ bàng quang, tuyến tiền liệt và niệu đạo. Đánh giá lỗ niệu quản 2 bên.

6.2. Bước 2:

- Luồn guide wire vào niệu quản.
- Đưa máy soi vào nông và soi lên niệu quản theo guide wire đến vị trí sỏi.
- Luồn guide wire qua sỏi, nếu sỏi dễ di chuyển, cần sử dụng rọ Dormia giữ sỏi trong quá trình tán sỏi.
- Dùng năng lượng laser tán vụn sỏi niệu quản thành nhiều mảnh nhỏ.
- Dùng rọ gắp sỏi ra ngoài, bơm rửa vụn sỏi từ niệu quản xuống bàng quang.
- Đặt JJ niệu quản.

6.3. Bước 3:

- Rút máy.
- Đặt sonde tiểu.

6.4. Kết thúc quy trình: Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật (các dấu hiệu sinh tồn, dẫn lưu...). Bàn giao người bệnh cho nhóm chăm sóc tiếp theo và hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi:

- Người bệnh được theo dõi chặt chẽ về: Mạch, huyết áp động mạch và áp lực tĩnh mạch trung ương. Nồng độ O_2 và CO_2 máu đánh giá bằng SpO_2 và $P_{et}CO_2$.
- Số lượng, màu sắc nước tiểu, dẫn lưu thận.

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

- Chảy máu: Theo dõi chảy máu sau mổ qua số lượng, màu sắc nước tiểu của ống thông niệu đạo và dẫn lưu thận, có thể gặp vài giờ đến vài ngày hoặc sau khi rút ống dẫn lưu thận. tình trạng bụng đau và chướng, khám có cảm ứng phúc mạc, tình trạng huyết động thay đổi. Thông thường chảy máu thuyên giảm một vài ngày sau khi điều trị nội khoa kết hợp. Nếu chảy máu nhiều cần chỉ định chụp cắt lớp có thuốc.

- Nhiễm khuẩn và sốc nhiễm khuẩn do phẫu thuật thận mủ, đường hầm nhỏ và áp lực nước quá cao làm tăng nguy cơ nhiễm khuẩn. Nguyên tắc xử trí: Kháng sinh phổ rộng, bù dịch, điện giải. Điều trị kháng sinh theo kháng sinh đồ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Trần Quán Anh (2007). Những triệu chứng học hệ tiết niệu - sinh dục, Bệnh học tiết niệu, Nhà xuất bản Y học 47 - 97.
2. Joseph A. Smith Jr., Stuart S. Howards, Glenn M. Preminger. 3rd ed. "Hinman's Atlas of Urologic Surgery (3rd Ed.)" (2012).
3. Wein, Alan J.; Kavoussi, Louis R.; Partin, Alan W.; and Peters, Craig A., "Campbell-Walsh Urology: 4-Volume Set (11th Ed.)" (2016).
4. Nguyễn Ngọc Sơn (2022). *Đánh giá kết quả tán sỏi thận bằng nội soi ống mềm tại bệnh viện Bạch Mai và bệnh viện Hữu nghị Việt Đức*, Luận văn bác sĩ chuyên khoa II, Đại học Y Hà Nội.

6. NỘI SOI NIỆU QUẢN NGƯỢC DÒNG BẰNG ỐNG SOI MỀM TÁN SỎI NIỆU QUẢN BẰNG LASER

1. ĐẠI CƯƠNG

- Sỏi tiết niệu là bệnh thường gặp trên thế giới, ở Việt Nam sỏi tiết niệu là bệnh khá phổ biến, chiếm tỷ lệ 45-50% trong số người bệnh tiết niệu ở Việt Nam thường gặp ở độ tuổi từ 30-60 tuổi và ở cả hai giới. Trong số những người bệnh có sỏi tiết niệu, sỏi thận chiếm vị trí hàng đầu chiếm 70-75%. Sỏi thận cũng rất đa dạng về hình thái, kích thước, vị trí, số lượng và thành phần hóa học của sỏi.
- Đối với niệu quản chia làm 3 đoạn, trên giữa và dưới. Với những sỏi niệu quản đoạn 1/3 trên thường chỉ định nội soi sau phúc mạc lấy sỏi, còn sỏi niệu quản đoạn 1/3 giữa và 1/3 dưới thường chỉ định nội soi ngược dòng tán sỏi.
- Với sỏi vị trí 1/3 trên thường phẫu thuật nội soi sau phúc mạc lấy sỏi, tuy nhiên, hiện nay các phương tiện kỹ thuật phát triển, những sỏi niệu quản đoạn trên kèm sỏi nhỏ trên thận sẽ được can thiệp phẫu thuật ít hoặc không xâm lấn mang lại hiệu quả rất tốt, tỉ lệ thành công rất cao.
- Tán sỏi ống mềm là phương pháp qua nội soi niệu quản ngược dòng bằng ống soi mềm lên niệu quản tán sỏi niệu quản đoạn 1/3 trên thành các mảnh nhỏ có thể ra được theo đường tự nhiên bằng năng lượng laser.

2. CHỈ ĐỊNH

Sỏi niệu quản đoạn 1/3 trên có thể kèm theo sỏi nhỏ trên thận.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Người bệnh có nhiễm khuẩn tiết niệu điều trị chưa ổn định.
- Người bệnh đang điều trị rối loạn đông máu hoặc đang dùng thuốc chống đông.
- Người bệnh có dị tật tiết niệu không đặt được máy.
- Thận mất chức năng.

4. THẬN TRỌNG

Người cao tuổi có bệnh nền phối hợp.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện:

- 01 bác sĩ (phẫu thuật viên chính).
- 01-02 bác sĩ (phẫu thuật viên phụ).

- 02 điều dưỡng (dụng cụ và chạy ngoài).

5.2. Thuốc, hóa chất:

- Dung dịch sát khuẩn.
- Cồn 70°
- Nước muối sinh lý: NaCl 0,9%.

5.3. Thiết bị y tế:

- Máy soi niệu quản ống cứng và ống mềm.
- Hệ thống nguồn sáng, camera, màn hình.
- Máy và sợi phát laser.
- Dây dẫn đường.
- Ống thông niệu quản, ống thông JJ.
- Rọ, pince gấp sỏi.
- Dung dịch rửa khi tán sỏi: nước muối sinh lý.

5.4. Người bệnh:

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

5.5. Hồ sơ bệnh án:

- Đảm bảo đủ, đúng các phần hành chính, chuyên môn theo quy định.
- Đúng người bệnh (tên, tuổi, giới, và các giấy tờ theo quy định).
- Cam kết của người bệnh hoặc người giám hộ hợp pháp.
- Đúng chỉ định và đúng loại thủ thuật dự kiến.
- Các thông số về dấu hiệu sinh tồn, lâm sàng cơ bản.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: Dự kiến 60-90 phút.

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng phẫu thuật.

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh:

- Kiểm tra hồ sơ bệnh án, định danh đúng người bệnh, chỉ định kỹ thuật.
- Tuân thủ và thực hiện Bảng kiểm an toàn phẫu thuật theo quy định.

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

Phương pháp vô cảm: tê tủy sống hoặc mê nội khí quản.

Tư thế người bệnh: Tư thế sản khoa, đầu cao chân thấp.

Kỹ thuật:

6.1. Bước 1: Đặt máy soi vào quan sát toàn bộ bàng quang, tuyến tiền liệt và niệu đạo. Đánh giá lỗ niệu quản 2 bên.

6.2. Bước 2

- Luồn guide wire vào niệu quản
- Đưa máy soi vào nong và soi lên niệu quản theo guide wire đến vị trí sỏi.
- Soi lên đánh giá niệu quản, độ dài cũng như khẩu kính của niệu quản để chọn size Sheat đặt vào niệu quản.
- Rút máy, giữ lại guide wire.
- Đặt Sheat theo guide wire lên vào niệu quản đến bề thận tiếp cận sỏi.
- Nếu Sheat vào khó khăn thì cần đánh giá lại bằng cách đưa ống soi mềm lên đánh giá, có thể đặt loại Sheat nhỏ hơn hoặc đưa trực tiếp ống lên mà không cần đưa guide lên thêm.

6.3. Bước 3: Xử lý viên sỏi:

- Cần đánh giá tính chất và vị trí viên sỏi. Luồn sợi laser vào kênh làm việc của ống soi và tán sỏi. Cần tán viên sỏi thành các mảnh nhỏ dưới 3mm.
- Nếu sỏi to trên 3mm, dùng rọ hoặc pince giữ sỏi, tán vụn và kéo ra ngoài.
- Bơm đuổi vụn sỏi tối đa ra ngoài qua kênh máy ra ngoài.
- Soi kiểm tra lại toàn bộ đài bể thận trước khi rút ống soi, nếu có sỏi thận thì tán sỏi thận.

6.4. Bước 4

- Đặt lại guide wire lên bề thận, rút máy và Sheat, đặt JJ niệu quản
- Đặt sonde niệu đạo.
- Lưu ý có những vị trí sỏi sâu trong các đài đặc biệt là đài dưới khó tiếp cận, không nên có do nguy cơ rách cổ đài chảy máu hạn chế trường hợp phẫu thuật. Có thể thay đổi tư thế thận giúp sỏi di chuyển đến vị trí dễ tiếp cận hơn.

6.5. Kết thúc quy trình: Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật (các dấu hiệu sinh tồn, dẫn lưu...). Bàn giao người bệnh cho nhóm chăm sóc tiếp theo và hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi:

- Theo dõi toàn trạng, cơn đau sau mổ, tình trạng nhiễm trùng.
- Theo dõi tình trạng bụng sau mổ.
- Nước tiểu: số lượng và màu sắc nước tiểu.
- Rút ống thông niệu quản sau 3-4 tuần.

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

- Chảy máu: Theo dõi chảy máu sau mổ qua số lượng, màu sắc nước tiểu của ống thông niệu đạo và dẫn lưu thận, có thể gặp vài giờ đến vài ngày hoặc sau khi rút ống dẫn lưu thận. tình trạng bụng đau và chướng, khám có cảm ứng phúc mạc, tình trạng huyết động thay đổi. Thông thường chảy máu thuyên giảm một vài ngày sau khi điều trị nội khoa kết hợp. Nếu chảy máu nhiều cần chỉ định chụp cắt lớp có thuốc.
- Nhiễm khuẩn và sốc nhiễm khuẩn do phẫu thuật thận mủ, đường hầm nhỏ và áp lực nước quá cao làm tăng nguy cơ nhiễm khuẩn. Nguyên tắc xử trí: Kháng sinh phổ rộng, bù dịch, điện giải. Điều trị kháng sinh theo kháng sinh đồ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Joseph A. Smith Jr., Stuart S. Howards, Glenn M. Preminger. 3rd ed. "Hinman's Atlas of Urologic Surgery (3rd Ed.)" (2012).
2. Trần Quán Anh(2007). Những triệu chứng học hệ tiết niệu - sinh dục, Bệnh học tiết niệu, Nhà xuất bản Y học 47 - 97.
3. Wein, Alan J.; Kavoussi, Louis R.; Partin, Alan W.; and Peters, Craig A., "Campbell-Walsh Urology: 4-Volume Set (11th Ed.)" (2016).
4. Nguyễn Ngọc Sơn (2022). *Đánh giá kết quả tán sỏi thận bằng nội soi ống mềm tại bệnh viện Bạch Mai và bệnh viện Hữu nghị Việt Đức*, Luận văn bác sĩ chuyên khoa II, Đại học Y Hà Nội.

7. PHẪU THUẬT TẠO HÌNH NIỆU QUẢN SAU TĨNH MẠCH CHỦ

1. ĐẠI CƯƠNG

- Niệu quản sau tĩnh mạch chủ là một bất thường bẩm sinh gây hẹp niệu quản do tĩnh mạch chủ đè ép vào niệu quản phải.
- Phẫu thuật tạo hình niệu quản sau tĩnh mạch chủ là phẫu thuật cắt nối niệu quản, đưa niệu quản về đúng vị trí giải phẫu bình thường - trước tĩnh mạch chủ.

2. CHỈ ĐỊNH

Hẹp niệu quản do niệu quản nằm sau tĩnh mạch chủ.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

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

4. THẬN TRỌNG

Người cao tuổi có bệnh nền phối hợp.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện:

- 01 bác sĩ (phẫu thuật viên chính).
- 01-02 bác sĩ (phẫu thuật viên phụ).
- 02 điều dưỡng (dụng cụ và chạy ngoài).

5.2. Thuốc, hóa chất:

- Dung dịch sát khuẩn.
- Cồn 70°
- Nước muối sinh lý: NaCl 0,9%.

5.3. Thiết bị y tế:

- Toan mổ, áo mổ, găng vô khuẩn.
- Tấm trải, opsite.
- Dao thường.
- Gạc con.
- Chỉ tự tiêu, chỉ khâu da.

- Dây dẫn hướng, sonde JJ niệu quản.
- Dẫn lưu.
- Sonde Folley 16Fr, túi đựng nước tiểu.

5.4. Người bệnh:

- Người bệnh và gia đình được giải thích rõ trước mổ về tình trạng bệnh và tình trạng chung, về những khả năng phẫu thuật sẽ thực hiện, về những tai biến, biến chứng, di chứng có thể gặp do bệnh, do phẫu thuật, do gây mê, tê, giảm đau, do cơ địa của người bệnh.
- Nâng cao thể trạng, cân bằng những rối loạn do hậu quả của bệnh hoặc do cơ địa, bệnh mạn tính, tuổi.
- Điều trị ổn định các bệnh nội khoa như cao huyết áp, đái đường,... trước khi can thiệp phẫu thuật. Truyền máu nếu người bệnh có thiếu máu nhiều.

5.5. Hồ sơ bệnh án:

- Đảm bảo đủ, đúng các phần hành chính, chuyên môn theo quy định.
- Đúng người bệnh (tên, tuổi, giới, và các giấy tờ theo quy định).
- Cam kết của người bệnh hoặc người giám hộ hợp pháp.
- Đúng chỉ định và đúng loại thủ thuật dự kiến.
- Các thông số về dấu hiệu sinh tồn, lâm sàng cơ bản.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: Dự kiến 90-120 phút.

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng phẫu thuật.

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh:

- Kiểm tra hồ sơ bệnh án, định danh đúng người bệnh, chỉ định kỹ thuật.
- Tuân thủ và thực hiện Bảng kiểm an toàn phẫu thuật theo quy định.

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

Phương pháp vô cảm: Gây mê nội khí quản/Gây tê tùy sống.

Tư thế người bệnh: Người bệnh nằm ngửa, đặt sonde tiểu trong mổ.

Kỹ thuật:

6.1. Bước 1: Đường rạch da là đường trắng bên bên phải.

6.2. Bước 2: Bộc lộ khoang sau phúc mạc phải.

- Bộc lộ niệu quản: bóc tách sau phúc mạc, niệu quản có màu trắng ngà giãn to tới vị trí bị tĩnh mạch chủ đè ép, bộc lộ niệu quản dài tối đa.

6.3. Bước 3: Cắt niệu quản vị trí giãn, đưa niệu quản ra trước tĩnh mạch chủ.

- Đặt JJ niệu quản.
- Khâu phục hồi niệu quản.

6.4. Bước 4:

- Đặt dẫn lưu sau phúc mạc.
- Đóng bụng theo giải phẫu.

6.5. Kết thúc quy trình: Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật (các dấu hiệu sinh tồn, dẫn lưu...). Bàn giao người bệnh cho nhóm chăm sóc tiếp theo và hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi:

- Người bệnh được theo dõi sát về: mạch, huyết áp, áp lực tĩnh mạch trung ương, nồng độ O₂ và CO₂.
- Lượng máu mất: tính số ml máu mất qua hút, thấm gạc, lượng máu cần truyền.
- Phát hiện sớm biến chứng chảy máu trong ổ tử nhu mô hay tổn thương mạch máu.

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

- Chảy máu sau mổ: Lâm sàng người bệnh thiếu máu nhiều, dẫn lưu hố mổ ra nhiều máu. Nguyên tắc xử trí: Bồi phụ khối lượng tuần hoàn, máu. Kiểm tra lại vị trí chảy máu, có thể can thiệp nút mạch cầm máu hoặc mổ lại kiểm tra cầm máu.
- Tụ dịch hoặc áp xe tồn dư: Lâm sàng người bệnh nhiễm trùng toàn thân, vùng mổ nề đỏ nhiều, hoặc chảy dịch mủ qua vết mổ. Nguyên tắc xử trí: Điều trị kháng sinh mạnh, theo kháng sinh đồ. Nếu khối dịch nhỏ < 5cm có thể dẫn lưu dưới siêu âm, nếu ồ to thì mổ lại làm sạch và dẫn lưu.
- Rò nước tiểu: Lâm sàng người bệnh chảy nước tiểu qua dẫn lưu hố thận hoặc qua vết mổ. Nguyên tắc xử trí: đánh giá vị trí rò, lưu sonde tiểu và dẫn lưu lâu 1-2 tuần điều trị nội khoa, nếu tắc hoặc gập sonde niệu quản thì đặt lại, nếu không hết xem xét phẫu thuật lại xử lý rò.
- Nước tiểu: Số lượng và màu sắc nước tiểu qua sonde tiểu, chú ý khi sonde tiểu không ra hoặc ra lượng nước tiểu ít cần loại trừ tắc sonde tiểu trước khi nghĩ đến các nguyên nhân khác.
- Sau mổ cần hướng dẫn người bệnh vận động sớm, tránh các biến chứng do nằm lâu như tắc đờm dãi, loét tì đè.
- Vết mổ cần được thay băng, nặn vết mổ trong những ngày đầu, tránh ứ đọng dịch gây nhiễm trùng vết mổ. Khi vết mổ nhiễm trùng cần cắt chỉ cách vết mổ sớm để thay băng thoát dịch vết mổ tốt hơn, tạo điều kiện lên tổ chức hạt.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Trần Quán Anh (2007). Những triệu chứng học hệ tiết niệu – sinh dục, Bệnh học tiết niệu, Nhà xuất bản Y học 47 – 97.
2. Nguyễn Ngọc Ánh. “BIẾN ĐỔI GIẢI PHẪU NIỆU QUẢN SAU TĨNH MẠCH CHỦ DƯỚI VÀ HỆ QUẢ.” *Tạp chí Y học Việt Nam* 534.1B (2024).
3. Phạm Ngọc Thạch. “7. PHẪU THUẬT NỘI SOI XUYÊN PHÚC MẠCH ĐIỀU TRỊ THẬN Ú NƯỚC DO NIỆU QUẢN SAU TĨNH MẠCH CHỦ Ở TRẺ EM.” *Tạp chí Y học Cộng đồng* 66.CĐ6-Bệnh viện Sản nhi Nghệ An (2025).

8. PHẪU THUẬT NỘI SOI ĐẶT STENT NIỆU QUẢN NGƯỢC DÒNG

1. ĐẠI CƯƠNG

- Hẹp niệu quản 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. Hẹp niệu quản sau can thiệp từ tán sỏi niệu quản đến mổ lấy sỏi niệu quản cũ đều cần can thiệp phẫu thuật tránh tình trạng thận tổn thương không phục hồi dẫn đến hỏng thận.

- Phẫu thuật nội soi đặt stent niệu quản ngược dòng là một trong những phẫu thuật điều trị hẹp niệu quản.

2. CHỈ ĐỊNH

Các bệnh lý gây hẹp niệu quản không hoàn toàn.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Người bệnh có bệnh lý nội khoa nặng: Rối loạn đông, chảy máu; xuất huyết toàn thân; bệnh mạch vành; suy tim nặng; chức năng phổi không tốt chống chỉ định gây mê NKQ; bị tiểu đường và huyết áp cao hoặc không thể chịu đựng phẫu thuật.

- Người bệnh đang bị nhiễm khuẩn tiết niệu.

- Thận mất chức năng.

4. THẬN TRỌNG

Người cao tuổi có bệnh nền phối hợp.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện:

- 01 bác sĩ (phẫu thuật viên chính).
- 01- 02 bác sĩ (phẫu thuật viên phụ).
- 02 điều dưỡng (dụng cụ và chạy ngoài).

5.2. Thuốc, hóa chất:

- Kháng sinh sau mổ, nhóm kháng sinh phổ rộng; thuốc giảm đau.

5.3. Thiết bị y tế:

- Máy soi niệu quản ống bán cứng.
- Hệ thống nguồn sáng, camera, màn hình.
- Máy và sợi phát laser.
- Dây dẫn đường.
- Ống thông niệu quản, ống thông JJ.

- Rọ, pince gấp sỏi.
- Dung dịch rửa khi tán sỏi: nước muối sinh lý.
- Stent niệu quản.

5.4. Người bệnh:

- Người bệnh và gia đình được giải thích rõ trước mổ về tình trạng bệnh và tình trạng chung, về những khả năng phẫu thuật sẽ thực hiện, về những tai biến, biến chứng, di chứng có thể gặp do bệnh, do phẫu thuật, do gây mê, tê, giảm đau, do cơ địa của người bệnh.
- Nâng cao thể trạng, cân bằng những rối loạn do hậu quả của bệnh hoặc do cơ địa, bệnh mạn tính, tuổi.
- Điều trị ổn định các bệnh nội khoa như cao huyết áp, đái đường,... trước khi can thiệp phẫu thuật. Truyền máu nếu người bệnh có thiếu máu nhiều.

5.5. Hồ sơ bệnh án:

- Đảm bảo đủ, đúng các phần hành chính, chuyên môn theo quy định.
- Đúng người bệnh (tên, tuổi, giới, và các giấy tờ theo quy định).
- Cam kết của người bệnh hoặc người giám hộ hợp pháp.
- Đúng chỉ định và đúng loại thủ thuật dự kiến.
- Các thông số về dấu hiệu sinh tồn, lâm sàng cơ bản.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: Dự kiến 45 - 60 phút.

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng phẫu thuật.

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh:

- Kiểm tra hồ sơ bệnh án, định danh đúng người bệnh, chỉ định kỹ thuật.
- Tuân thủ và thực hiện Bảng kiểm an toàn phẫu thuật theo quy định.

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

Phương pháp vô cảm: Gây mê nội khí quản hoặc gây tê tủy sống.

Tư thế người bệnh: Tư thế sản khoa, đầu cao chân thấp.

Kỹ thuật:

6.1. Bước 1: Đặt máy soi niệu quản bán cứng vào quan sát toàn bộ bàng quang, tuyến tiền liệt và niệu đạo. Đánh giá lỗ niệu quản 2 bên.

6.2. Bước 2: Luồn guide wire vào niệu quản bên hẹp và soi thăm dò niệu quản.

6.3. Bước 3: Đưa máy soi vào lỗ niệu quản bên hẹp, tiếp cận vị trí hẹp

6.4. Bước 4: Luồn guide wire qua vị trí hẹp thăm dò. Nếu guide wire cứng không qua được, có thể sử dụng loại guide wire mềm tiếp cận, có thể dùng đến 2-3 guide wire nong niệu quản. Đánh giá vị trí, độ dài đoạn hẹp, nong niệu quản. Nếu có hệ thống C-arm có thể bơm thuốc cản quang chụp kiểm tra bề thận niệu quản qua máy soi niệu quản.

6.5. Bước 5: Rút máy để lại guidewire trong niệu quản.

6.6. Bước 6: Đưa stent đến vị trí hẹp theo guidewire. Kiểm tra vị trí stent so với vị trí hẹp (dưới C-arm nếu có, hoặc thông qua ước lượng vị trí so với ống soi niệu quản). Bụng stent đúng vị trí hẹp.

6.7. Bước 7: Đưa máy soi qua stent đánh giá lưu thông.

6.8. Bước 8: Rút máy và đặt sonde tiểu.

6.9. Kết thúc quy trình: Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật (các dấu hiệu sinh tồn, dẫn lưu...). Bàn giao người bệnh cho nhóm chăm sóc tiếp theo và hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi

- Theo dõi toàn trạng, cơn đau sau mổ, tình trạng nhiễm trùng.
- Theo dõi tình trạng bụng sau mổ.
- Nước tiểu: số lượng và màu sắc nước tiểu.
- Nếu người bệnh ổn định, sonde tiểu thường được rút vào ngày thứ 2 sau mổ, còn khi người bệnh có biểu hiện nhiễm trùng cần lưu lâu hơn và điều trị kháng sinh mạnh.

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

- Nhiễm khuẩn tiết niệu, nhiễm khuẩn vùng mổ: điều trị chống nhiễm khuẩn.
- Chảy máu: biến chứng này ít gặp tùy tình trạng mà chỉ định điều trị nội khoa, nút mạch cầm máu hoặc chỉ định phẫu thuật xử lý.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hướng dẫn quy trình kỹ thuật ngoại khoa chuyên khoa phẫu thuật tiết niệu, Bộ Y tế, 2017.
2. Joseph A. Smith Jr., Stuart S. Howards , Glenn M. Preminger, Roger R. Dmochowski, Hinman's Atlas of Urologic Surgery Revised Reprint, 4th Edition, Elsevier, 2019.
3. Alan W. Partin, Roger R. Dmochowski, Louis R. Kavoussi, Craig A. Peters, Alan J. Wein, Campbell – Walsh - Wein Urology, 12th edition, Elsevier, 2020.
4. Geavlete P, Georgescu D, Muțescu R, Stanescu F, Cozma C, Geavlete B. Ureteral stent complications - experience on 50,000 procedures, J Med Life, 2021.
5. Pérez-Fentes D., Aranda-Pérez J., de la Cruz J.E., Soria F., Indications, Complications and Side Effects of Ureteral Stents, Urinary Stents, Springer Cham, 2022.

9. PHẪU THUẬT CẮT ĐOẠN NIỆU QUẢN CÓ U, TẠO HÌNH LẠI NIỆU QUẢN

1. ĐẠI CƯƠNG

- U niệu quản là những khối u thường là u cần loại trừ nguyên nhân ác tính của đường bài xuất, phát triển từ tế bào niêm mạc các đài thận, bể thận và niệu quản. Người bệnh mắc u niệu quản có triệu chứng mơ hồ, không đặc hiệu, xuất hiện bất thường, nên được phát hiện và chẩn đoán muộn. Tiên lượng sống thêm 5 năm phụ thuộc vào giai đoạn chẩn đoán khi bắt đầu điều trị: 70% cho những trường hợp ung thư còn khu trú, 20% cho những trường hợp xâm lấn tại chỗ, 10% cho các trường hợp có khối ung thư di căn.

- Phẫu thuật cắt đoạn niệu quản có u, tạo hình lại niệu quản là phẫu thuật cắt đoạn niệu quản có các loại u như u đường bài xuất, u xâm lấn từ các tạng lân cận, sau đó khâu nối lại niệu quản.

2. CHỈ ĐỊNH

- U niệu quản khu trú.
- U xâm lấn niệu quản.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Thận mất chức năng.
- Bệnh nội khoa nặng đang tiến triển (tim mạch, phổi, nhiễm khuẩn,...) cản trở phẫu thuật.

4. THẬN TRỌNG

Người cao tuổi có bệnh nền phối hợp.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện:

- 01 bác sĩ (phẫu thuật viên chính).
- 01-02 bác sĩ (phẫu thuật viên phụ).
- 02 điều dưỡng (dụng cụ và chạy ngoài).

5.2. Thuốc, hóa chất:

- Kháng sinh sau mổ, nhóm kháng sinh phổ rộng; thuốc giảm đau.

5.3. Thiết bị y tế:

- Toan mổ, áo mổ, găng vô khuẩn.
- Tấm trải, opsit.
- Dao thường.
- Gạc con.
- Kéo cắt suture.

- Clamp mạch máu.
- Minizi lấy sỏi.
- Chỉ tự tiêu, chỉ khâu da.
- Guide wire, sonde JJ niệu quản.
- Dẫn lưu.
- Sonde Foley, túi đựng nước tiểu.

5.4. Người bệnh:

- Người bệnh và gia đình được giải thích rõ trước mổ về tình trạng bệnh và tình trạng chung, về những khả năng phẫu thuật sẽ thực hiện, về những tai biến, biến chứng, di chứng có thể gặp do bệnh, do phẫu thuật, do gây mê, tê, giảm đau, do cơ địa của người bệnh.
- Nâng cao thể trạng, cân bằng những rối loạn do hậu quả của bệnh hoặc do cơ địa, bệnh mạn tính, tuổi.
- Điều trị ổn định các bệnh nội khoa như cao huyết áp, đái đường,... trước khi can thiệp phẫu thuật. Truyền máu nếu người bệnh có thiếu máu nhiều.

5.5. Hồ sơ bệnh án:

- Đảm bảo đủ, đúng các phần hành chính, chuyên môn theo quy định.
- Đúng người bệnh (tên, tuổi, giới, và các giấy tờ theo quy định).
- Cam kết của người bệnh hoặc người giám hộ hợp pháp.
- Đúng chỉ định và đúng loại thủ thuật dự kiến.
- Các thông số về dấu hiệu sinh tồn, lâm sàng cơ bản.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: Dự kiến 90 - 120 phút.

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng phẫu thuật

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh:

- Kiểm tra hồ sơ bệnh án, định danh đúng người bệnh, chỉ định kỹ thuật.
- Tuân thủ và thực hiện Bảng kiểm an toàn phẫu thuật theo quy định.

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

Phương pháp vô cảm: Gây mê nội khí quản hoặc gây tê tủy sống.

Tư thế người bệnh:

- Người bệnh nằm ngửa với u niệu quản đoạn thấp.
- Người bệnh nằm nghiêng 90 độ có gối độn lưng với u niệu quản đoạn cao.

Kỹ thuật:

6.1. Bước 1: Rửa da đường sườn lưng hoặc đường trắng bên.

6.2. Bước 2:

- Bộc lộ khoang sau phúc mạc.
- Bộc lộ thận, bể thận - niệu quản (đối với u niệu quản 1/3 trên), bộc lộ niệu quản: bóc tách sau phúc mạc, niệu quản có màu trắng ngà.

6.3. Bước 3: Cắt đoạn niệu quản có u gửi giải phẫu bệnh.

6.4. Bước 4: Xẻ đầu dưới niệu quản dạng chữ V, đặt JJ bể thận niệu quản, khâu nối phục niệu quản trên sonde JJ.

6.5. Bước 5:

- Đặt dẫn lưu sau phúc mạc.
- Đóng bụng theo giải phẫu.

Kết thúc quy trình: Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật (các dấu hiệu sinh tồn, dẫn lưu...). Bàn giao người bệnh cho nhóm chăm sóc tiếp theo và hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi

- Theo dõi toàn thân, đánh giá tình trạng nhiễm trùng, chảy máu sau mổ.
- Theo dõi ống dẫn lưu.
- Theo dõi lượng nước tiểu 24h.
- Điều trị dự phòng nhiễm khuẩn bằng kháng sinh, hoặc theo kháng sinh đồ.
- Rút dẫn lưu ổ bụng sau 3-4 ngày sau mổ, rút ống JJ sau 1 tháng.

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

- Nhiễm khuẩn tiết niệu, nhiễm khuẩn vùng mổ: điều trị chống nhiễm khuẩn.
- Chảy máu: tùy tình trạng mà chỉ định điều trị nội khoa, nút mạch cầm máu hoặc chỉ định phẫu thuật xử lý.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Laparoscopic radical nephroureterectomy. Savage SJ, Gill IS. J Endourol. 2000 Dec;14(10):859-64. doi: 10.1089/end.2000.14.859.PMID: 11206620
2. Laparoscopic radical nephroureterectomy: dilemma of the distal ureter. Steinberg JR, Matin SF. Curr Opin Urol. 2004 Mar;14(2):61-5. doi: 10.1097/00042307-200403000-00003.PMID: 15075832
3. [Radical laparoscopic nephroureterectomy]. Fariña Pérez LA. Actas Urol Esp. 2006 May;30(5):506-9. doi: 10.1016/s0210-4806(06)73488-x.PMID: 16884102

4. Laparoscopic radical nephroureterectomy for transitional cell carcinoma: where are we in 2007? Busby JE, Matin SF. *Curr Opin Urol.* 2007 Mar;17(2):83-7. doi: 10.1097/MOU.0b013e32802b7081. PMID: 17285015
5. Laparoscopic radical nephroureterectomy in the oblique supine lithotomy integrative position for rare renal malignant perivascular epithelioid cell tumor with renal vein cancerous thrombosis: A case report and literature review. Lin C, Liang S, Wang Y, Liang A, Qin W, Huang J, Meng H, Liu H, Chen M, Meng L. *Medicine (Baltimore).* 2022 Sep 23;101(38):e30653. doi: 10.1097/MD.00000000000030653.

10. PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT ĐÓT POLYP NIỆU QUẢN BẰNG LASER

1. ĐẠI CƯƠNG

- Phẫu thuật nội soi cắt đốt niệu quản bằng laser là phẫu thuật nội soi niệu quản ngược dòng, cắt đốt polyp niệu quản sử dụng năng lượng laser.
- Nội soi niệu quản ngược dòng là phương pháp qua nội soi niệu quản ngược dòng bằng ống soi bán cứng lên niệu quản cắt trong niệu quản bằng laser để cắt polyp niệu quản và lấy ra được theo đường tự nhiên bằng năng lượng laser.

2. CHỈ ĐỊNH

- Polyp lành tính niệu quản.
- Một số trường hợp tổn thương polyp niệu quản chưa rõ tính chất trên chẩn đoán hình ảnh cần sinh thiết xác định.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Người bệnh có nhiễm khuẩn tiết niệu điều trị chưa ổn định.
- Người bệnh đang điều trị rối loạn đông máu hoặc đang dùng thuốc chống đông.
- Người bệnh có dị tật tiết niệu không đặt được máy.
- Thận mất chức năng.

4. THẬN TRỌNG

Người cao tuổi có bệnh nền phối hợp.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện:

- 01 bác sĩ (phẫu thuật viên chính).
- 01-02 bác sĩ (phẫu thuật viên phụ).
- 02 điều dưỡng (dụng cụ và chạy ngoài).

5.2. Thuốc, hóa chất:

- Dung dịch sát khuẩn.
- Cồn 70°
- Nước muối sinh lý: NaCl 0,9%.

5.3. Thiết bị y tế:

- Toan mô, áo mô, găng vô khuẩn.
- Dao thường lưỡi nhỏ cỡ 13.

- Gạc con.
- Chỉ khâu da 3.0.
- Sonde Foley, túi đựng nước tiểu.
- Dàn máy nội soi tiết niệu: Màn hình, camera, nguồn sáng ...
- Máy tán sỏi bằng laser.
- Ống kính nội soi niệu quản bán cứng 7,5/8,9Fr.
- Pince lấy sỏi, rọ gấp sỏi.
- Ống thông JJ 6 - 7Fr.

5.4. Người bệnh:

- Người bệnh và gia đình được giải thích rõ trước mổ về tình trạng bệnh và tình trạng chung, về những khả năng phẫu thuật sẽ thực hiện, về những tai biến, biến chứng, di chứng có thể gặp do bệnh, do phẫu thuật, do gây mê, tê, giảm đau, do cơ địa của người bệnh.
- Nâng cao thể trạng, cân bằng những rối loạn do hậu quả của bệnh hoặc do cơ địa, bệnh mạn tính, tuổi.
- Điều trị ổn định các bệnh nội khoa như cao huyết áp, đái đường,... trước khi can thiệp phẫu thuật. Truyền máu nếu người bệnh có thiếu máu nhiều.

5.5. Hồ sơ bệnh án:

- Đảm bảo đủ, đúng các phần hành chính, chuyên môn theo quy định.
- Đúng người bệnh (tên, tuổi, giới, và các giấy tờ theo quy định).
- Cam kết của người bệnh hoặc người giám hộ hợp pháp.
- Đúng chỉ định và đúng loại thủ thuật dự kiến.
- Các thông số về dấu hiệu sinh tồn, lâm sàng cơ bản.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: Dự kiến 45-60 phút.

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng phẫu thuật

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh:

- Kiểm tra hồ sơ bệnh án, định danh đúng người bệnh, chỉ định kỹ thuật.
- Tuân thủ và thực hiện Bảng kiểm an toàn phẫu thuật theo quy định.

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

Phương pháp vô cảm: Gây mê toàn thân nội khí quản hoặc gây tê tủy sống.

Tư thế người bệnh: Tư thế sản khoa

Kỹ thuật:**6.1. Bước 1:**

Đặt máy soi vào quan sát toàn bộ bàng quang, tuyến tiền liệt và niệu đạo. Đánh giá lỗ niệu quản 2 bên.

6.2. Bước 2:

- Luồn guide wire vào niệu quản.
- Đưa máy soi vào nông và soi lên niệu quản theo guide wire đến vị trí sỏi.
- Luồn guide wire qua đoạn niệu quản chứa polyp.
- Dùng năng lượng laser cắt chân polyp, nếu có sỏi phía trên cần tán vụn sỏi thành nhiều mảnh.
- Dùng pince hoặc rọ gấp bệnh phẩm ra ngoài, gửi giải phẫu bệnh, bơm rửa vụn sỏi từ niệu quản xuống bàng quang.
- Đặt JJ niệu quản.

6.3. Bước 3:

Đặt sonde tiêu.

6.4. Kết thúc quy trình: Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật (các dấu hiệu sinh tồn, dẫn lưu...). Bàn giao người bệnh cho nhóm chăm sóc tiếp theo và hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**7.1. Theo dõi:**

- Người bệnh được theo dõi chặt chẽ về: Mạch, huyết áp động mạch và áp lực tĩnh mạch trung ương. Nồng độ O_2 và CO_2 máu đánh giá bằng SpO_2 và $P_{et}CO_2$.
- Số lượng, màu sắc nước tiểu, dẫn lưu thận.

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

- Chảy máu: Theo dõi chảy máu sau mổ qua số lượng, màu sắc nước tiểu của ống thông niệu đạo và dẫn lưu thận, có thể gặp vài giờ đến vài ngày hoặc sau khi rút ống dẫn lưu thận. tình trạng bụng đau và chướng, khám có cảm ứng phúc mạc, tình trạng huyết động thay đổi. Thông thường chảy máu thuyên giảm một vài ngày sau khi điều trị nội khoa kết hợp. Nếu chảy máu nhiều cần chỉ định chụp cắt lớp có thuốc.
- Nhiễm khuẩn và sốc nhiễm khuẩn do phẫu thuật thận mủ, đường hầm nhỏ và áp lực nước quá cao làm tăng nguy cơ nhiễm khuẩn. Nguyên tắc xử trí: Kháng sinh phổ rộng, bù dịch, điện giải. Điều trị kháng sinh theo kháng sinh đồ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Trần Quán Anh(2007). Những triệu chứng học hệ tiết niệu – sinh dục, Bệnh học tiết niệu, Nhà xuất bản Y học 47 – 97.
2. Joseph A. Smith Jr., Stuart S. Howards, Glenn M. Preminger. 3rd ed. “Hinman’s Atlas of Urologic Surgery (3rd Ed.)” (2012).
3. Wein, Alan J.; Kavoussi, Louis R.; Partin, Alan W.; and Peters, Craig A., “Campbell-Walsh Urology: 4-Volume Set (11th Ed.)” (2016).
4. Nguyễn Ngọc Sơn (2022). *Đánh giá kết quả tán sỏi thận bằng nội soi ống mềm tại bệnh viện Bạch Mai và bệnh viện Hữu nghị Việt Đức*, Luận văn bác sĩ chuyên khoa II, Đại học Y Hà Nội.

11. PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT ĐÓT U BỂ THẬN BẰNG LASER

1. ĐẠI CƯƠNG

- U bể thận là những khối u thường là u cần loại trừ nguyên nhân ác tính của đường bài xuất, phát triển từ tế bào niêm mạc các đài thận, bể thận và niệu quản. Người bệnh mắc ung thư đường bài xuất tiết niệu trên có triệu chứng mơ hồ, không đặc hiệu, xuất hiện bất thường, nên được phát hiện và chẩn đoán muộn. Tiên lượng sống thêm 5 năm phụ thuộc vào giai đoạn chẩn đoán khi bắt đầu điều trị: 70% cho những trường hợp ung thư còn khu trú, 20% cho những trường hợp xâm lấn tại chỗ, 10% cho các trường hợp có khối ung thư di căn.

- Phẫu thuật nội soi cắt đốt u bể thận bằng laser là phẫu thuật nội soi niệu quản bể thận ngược dòng, cắt đốt u bể thận sử dụng năng lượng laser loại bỏ khối u và gửi giải phẫu bệnh để đưa ra phương án điều trị triệt để.

2. CHỈ ĐỊNH

- Các trường hợp u lành tính bể thận.
- Một số trường hợp tổn thương u bể thận chưa rõ tính chất trên chẩn đoán hình ảnh cần sinh thiết xác định.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Chống chỉ định với các bệnh đang tiến triển như suy gan, bệnh tim mạch, tiểu đường, rối loạn đông máu.
- Thận mất chức năng.
- Nhiễm khuẩn tiết niệu chưa điều trị ổn định.

4. THẬN TRỌNG

Người cao tuổi có bệnh nền phối hợp.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện:

- 01 bác sĩ (phẫu thuật viên chính).
- 01-02 bác sĩ (phẫu thuật viên phụ).
- 02 điều dưỡng (dụng cụ và chạy ngoài).

5.2. Thuốc, hóa chất:

- Dung dịch sát khuẩn.
- Cồn 70°
- Nước muối sinh lý: NaCl 0,9%.

5.3. Thiết bị y tế:

- Toan mổ, áo mổ, găng vô khuẩn.
- Dao thường lưỡi nhỏ cỡ 13.
- Gạc con.
- Chỉ khâu da.
- Sonde Foley, túi đựng nước tiểu.
- Dàn máy nội soi tiết niệu: Màn hình, camera, nguồn sáng ...
- Máy siêu âm ổ bụng đen trắng với đầu dò ổ bụng.
- Máy tán sỏi bằng laser.
- Ống kính nội soi niệu quản bán cứng 7,5/8,9Fr.
- Pince lấy sỏi, rọ gấp sỏi.
- Ống thông JJ 6 - 7Fr.

5.4. Người bệnh:

- Người bệnh và gia đình được giải thích rõ trước mổ về tình trạng bệnh và tình trạng chung, về những khả năng phẫu thuật sẽ thực hiện, về những tai biến, biến chứng, di chứng có thể gặp do bệnh, do phẫu thuật, do gây mê, tê, giảm đau, do cơ địa của người bệnh.
- Nâng cao thể trạng, cân bằng những rối loạn do hậu quả của bệnh hoặc do cơ địa, bệnh mạn tính, tuổi.
- Điều trị ổn định các bệnh nội khoa như cao huyết áp, đái đường,... trước khi can thiệp phẫu thuật. Truyền máu nếu người bệnh có thiếu máu nhiều.

5.5. Hồ sơ bệnh án:

- Đảm bảo đủ, đúng các phần hành chính, chuyên môn theo quy định.
- Đúng người bệnh (tên, tuổi, giới, và các giấy tờ theo quy định).
- Cam kết của người bệnh hoặc người giám hộ hợp pháp.
- Đúng chỉ định và đúng loại thủ thuật dự kiến.
- Các thông số về dấu hiệu sinh tồn, lâm sàng cơ bản.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: Dự kiến 45-60 phút.

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng phẫu thuật.

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh:

- Kiểm tra hồ sơ bệnh án, định danh đúng người bệnh, chỉ định kỹ thuật.
- Tuân thủ và thực hiện Bảng kiểm an toàn phẫu thuật theo quy định.

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

Phương pháp vô cảm: Gây mê toàn thân nội khí quản hoặc gây tê tủy sống.

Tư thế người bệnh: Tư thế sản khoa.

Kỹ thuật:

6.1. Bước 1: Đặt máy soi vào bàng quang, quan sát lỗ niệu quản hai bên, đánh giá niêm mạc bàng quang.

6.2. Bước 2:

- Đưa guide wire lên niệu quản bên can thiệp, có thể sử dụng C-arm để xác định vị trí guide wire.
- Đưa máy soi niệu quản theo guide wire lên niệu quản bên can thiệp, soi lên tới bể thận.

6.3. Bước 3:

- Đánh giá vị trí, tính chất u bể thận.
- Đưa dây laser qua kênh thao tác của máy nội soi niệu quản và cắt đốt u bể thận bằng laser, chú ý không cắt quá sâu tránh thủng bể thận.
- Trong một số trường hợp u bể thận khó tiếp cận bằng ống nội soi niệu quản bán cứng, có thể sử dụng ống nội soi mềm.
- Dùng pince hoặc dormia (rọ) lấy polyp gửi giải phẫu bệnh.

6.4. Bước 4:

- Đặt sonde JJ niệu quản.
- Rút máy soi niệu quản.
- Đặt sonde tiểu.

6.5. Kết thúc quy trình: Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật (các dấu hiệu sinh tồn, dẫn lưu...). Bàn giao người bệnh cho nhóm chăm sóc tiếp theo và hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**7.1. Theo dõi:**

- Theo dõi toàn thân, đánh giá tình trạng nhiễm trùng, chảy máu sau mổ.
- Theo dõi ống dẫn lưu.
- Theo dõi lượng nước tiểu 24h.
- Rút sonde tiểu sau 24-48h
- Điều trị dự phòng nhiễm khuẩn bằng kháng sinh, hoặc theo kháng sinh đồ.

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

- Nhiễm khuẩn tiết niệu, nhiễm khuẩn vùng mổ: điều trị chống nhiễm khuẩn.
- Chảy máu: tùy tình trạng mà chỉ định điều trị nội khoa, nút mạch cầm máu hoặc chỉ định phẫu thuật xử lý.
- Rò nước tiểu do thương tổn niệu quản: đặt lại sonde tiểu, chụp lại kiểm tra vị trí sonde JJ. Xét phẫu thuật lại nếu điều trị bảo tồn không kết quả.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Laparoscopic radical nephroureterectomy. Savage SJ, Gill IS. *J Endourol.* 2000 Dec;14(10):859-64. Doi: 10.1089/end.2000.14.859.PMID: 11206620
2. Laparoscopic radical nephroureterectomy: dilemma of the distal ureter. Steinberg JR, Matin SF. *Curr Opin Urol.* 2004 Mar;14(2):61-5. Doi: 10.1097/00042307-200403000-00003.PMID: 15075832
3. [Radical laparoscopic nephroureterectomy]. Fariña Pérez LA. *Actas Urol Esp.* 2006 May;30(5):506-9. Doi: 10.1016/s0210-4806(06)73488-x.PMID: 16884102
4. Laparoscopic radical nephroureterectomy for transitional cell carcinoma: where are we in 2007? Busby JE, Matin SF. *Curr Opin Urol.* 2007 Mar;17(2):83-7. Doi: 10.1097/MOU.0b013e32802b7081.PMID: 17285015
5. Laparoscopic radical nephroureterectomy in the oblique supine lithotomy integrative position for rare renal malignant perivascular epithelioid cell tumor with renal vein cancerous thrombosis: A case report and literature review. Lin C, Liang S, Wang Y, Liang A, Qin W, Huang J, Meng H, Liu H, Chen M, Meng L. *Medicine (Baltimore).* 2022 Sep 23;101(38):e30653. Doi: 10.1097/MD.00000000000030653.

12. PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT ĐÓT U NIỆU QUẢN BẰNG LASER

1. ĐẠI CƯƠNG

- U niệu quản là những khối u thường là u cần loại trừ nguyên nhân ác tính của đường bài xuất, phát triển từ tế bào niêm mạc các đài thận, bể thận và niệu quản. Người bệnh mắc u niệu quản có triệu chứng mơ hồ, không đặc hiệu, xuất hiện bất thường, nên được phát hiện và chẩn đoán muộn. Tiên lượng sống thêm 5 năm phụ thuộc vào giai đoạn chẩn đoán khi bắt đầu điều trị: 70% cho những trường hợp ung thư còn khu trú, 20% cho những trường hợp xâm lấn tại chỗ, 10% cho các trường hợp có khối ung thư di căn.

- Phẫu thuật nội soi cắt đốt u niệu quản bằng laser là phẫu thuật nội soi niệu quản ngược dòng, cắt đốt u niệu quản sử dụng năng lượng laser loại bỏ khối u.

2. CHỈ ĐỊNH

- Các trường hợp u lành tính niệu quản.

- Một số trường hợp tổn thương polyp niệu quản chưa rõ tính chất trong chẩn đoán hình ảnh cần sinh thiết xác định.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

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

- Thận mất chức năng.

- Nhiễm khuẩn tiết niệu chưa điều trị ổn định.

4. THẬN TRỌNG

- Người cao tuổi có bệnh nền phối hợp.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện:

- 01 bác sĩ (phẫu thuật viên chính).

- 01-02 bác sĩ (phẫu thuật viên phụ).

- 02 điều dưỡng (dụng cụ và chạy ngoài).

5.2. Thuốc, hóa chất:

- Dung dịch sát khuẩn.

- Cồn 70°

- Nước muối sinh lý: NaCl 0,9%.

5.3. Thiết bị y tế:

- Toan mổ, áo mổ, găng vô khuẩn.
- Dao thường lưỡi nhỏ cỡ 13.
- Gạc con.
- Chỉ khâu da.
- Sonde Foley, túi đựng nước tiểu.
- Đèn máy nội soi tiết niệu: Màn hình, camera, nguồn sáng ...
- Máy tán sỏi bằng laser.
- Ống kính nội soi niệu quản bán cứng 7,5/8,9Fr.
- Pince lấy sỏi, rọ gấp sỏi.
- Ống thông JJ 6 - 7Fr.

5.4. Người bệnh:

- Người bệnh và gia đình được giải thích rõ trước mổ về tình trạng bệnh và tình trạng chung, về những khả năng phẫu thuật sẽ thực hiện, về những tai biến, biến chứng, di chứng có thể gặp do bệnh, do phẫu thuật, do gây mê, tê, giảm đau, do cơ địa của người bệnh.
- Nâng cao thể trạng, cân bằng những rối loạn do hậu quả của bệnh hoặc do cơ địa, bệnh mạn tính, tuổi.
- Điều trị ổn định các bệnh nội khoa như cao huyết áp, đái đường,... trước khi can thiệp phẫu thuật. Truyền máu nếu người bệnh có thiếu máu nhiều.

5.5. Hồ sơ bệnh án:

- Đảm bảo đủ, đúng các phần hành chính, chuyên môn theo quy định.
- Đúng người bệnh (tên, tuổi, giới, và các giấy tờ theo quy định).
- Cam kết của người bệnh hoặc người giám hộ hợp pháp.
- Đúng chỉ định và đúng loại thủ thuật dự kiến.
- Các thông số về dấu hiệu sinh tồn, lâm sàng cơ bản.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: Dự kiến 45-60 phút.

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng phẫu thuật

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh:

- Kiểm tra hồ sơ bệnh án, định danh đúng người bệnh, chỉ định kỹ thuật.
- Tuân thủ và thực hiện Bảng kiểm an toàn phẫu thuật theo quy định.

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

Phương pháp vô cảm: Gây mê toàn thân nội khí quản hoặc gây tê tủy sống.

Tư thế người bệnh: Tư thế sản khoa.

Kỹ thuật:

6.1. Bước 1: Đặt máy soi vào bàng quang, quan sát lỗ niệu quản hai bên, đánh giá niêm mạc bàng quang.

6.2. Bước 2:

- Đưa guide wire lên niệu quản bên can thiệp, có thể sử dụng C-arm để xác định vị trí guide wire.
- Đưa máy soi niệu quản theo guide wire lên niệu quản bên can thiệp, soi lên tới bể thận.

6.3. Bước 3:

- Đánh giá vị trí, tính chất u bể thận.
- Đưa dây laser qua kênh thao tác của máy nội soi niệu quản và cắt đốt u niệu quản bằng laser, chú ý không cắt quá sâu tránh thủng bể thận.
- Trong một số trường hợp u bể thận khó tiếp cận bằng ống nội soi niệu quản bán cứng.
- Dùng pince hoặc dormia (rọ) lấy polyp gửi giải phẫu bệnh.

6.4. Bước 4:

- Đặt sonde JJ niệu quản.
- Rút máy soi niệu quản
- Đặt sonde tiểu.

6.5. Kết thúc quy trình: Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật (các dấu hiệu sinh tồn, dẫn lưu...). Bàn giao người bệnh cho nhóm chăm sóc tiếp theo và hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi:

- Theo dõi toàn thân, đánh giá tình trạng nhiễm trùng, chảy máu sau mổ.
- Theo dõi ống dẫn lưu.
- Theo dõi lượng nước tiểu 24h.
- Rút sonde tiểu sau 24-48h.
- Điều trị dự phòng nhiễm khuẩn bằng kháng sinh, hoặc theo kháng sinh đồ.

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

- Nhiễm khuẩn tiết niệu, nhiễm khuẩn vùng mổ: điều trị chống nhiễm khuẩn.
- Chảy máu: tùy tình trạng mà chỉ định điều trị nội khoa, nút mạch cầm máu hoặc chỉ định phẫu thuật xử lý.
- Rò nước tiểu do thương tổn niệu quản: đặt lại sonde tiểu, chụp lại kiểm tra vị trí sonde JJ. Xem xét phẫu thuật lại nếu điều trị bảo tồn không kết quả.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Laparoscopic radical nephroureterectomy. Savage SJ, Gill IS. J Endourol. 2000 Dec;14(10):859-64. doi: 10.1089/end.2000.14.859.PMID: 11206620
2. Laparoscopic radical nephroureterectomy: dilemma of the distal ureter. Steinberg JR, Matin SF. Curr Opin Urol. 2004 Mar;14(2):61-5. doi: 10.1097/00042307-200403000-00003.PMID: 15075832
3. [Radical laparoscopic nephroureterectomy]. Fariña Pérez LA. Actas Urol Esp. 2006 May;30(5):506-9. doi: 10.1016/s0210-4806(06)73488-x.PMID: 16884102
4. Laparoscopic radical nephroureterectomy for transitional cell carcinoma: where are we in 2007? Busby JE, Matin SF. Curr Opin Urol. 2007 Mar;17(2):83-7. doi: 10.1097/MOU.0b013e32802b7081.PMID: 17285015
5. Laparoscopic radical nephroureterectomy in the oblique supine lithotomy integrative position for rare renal malignant perivascular epithelioid cell tumor with renal vein cancerous thrombosis: A case report and literature review. Lin C, Liang S, Wang Y, Liang A, Qin W, Huang J, Meng H, Liu H, Chen M, Meng L. Medicine (Baltimore). 2022 Sep 23;101(38):e30653. doi: 10.1097/MD.00000000000030653.

13. PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT XƠ HẸP CỔ BÀNG QUANG

1. ĐẠI CƯƠNG

- Đi tiểu là một tác động theo ý muốn có sự kết hợp hài hòa giữa sự co bóp mạnh của bàng quang và sự giãn nở thật rộng của cổ bàng quang, đó là cơ vòng trong và cơ vòng ngoài (cơ vòng niệu đạo).
- Xơ hẹp cổ bàng quang là hiện tượng cơ vòng cổ bàng quang bị xơ hóa do bẩm sinh hay do viêm mạn tính hoặc sau can thiệp phẫu thuật tuyến tiền liệt làm cho quá trình tiểu tiện bị rối loạn; Biểu hiện có thể gây bí tiểu hoặc đái không hết bãi.
- Cắt mở cổ bàng quang là một phẫu thuật thực hiện nội soi qua đường niệu đạo nhằm mở rộng cổ bàng quang.

2. CHỈ ĐỊNH

- Các trường hợp xơ hẹp cổ bàng quang gây rối loạn tiểu tiện như đái khó, đái đêm, đái không hết bãi hay bí đái ảnh hưởng tới sinh hoạt của người bệnh thì có chỉ định can thiệp nội soi cắt xơ hẹp cổ bàng quang.
- Các trường hợp co thắt cổ bàng quang cơ năng.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Người bệnh già yếu, mắc các bệnh nội khoa nặng không có khả năng gây mê hoặc gây tê tủy sống.
- Có hẹp niệu đạo kèm theo.
- Có nhiễm khuẩn niệu chưa điều trị ổn định.
- Có các bệnh lý toàn thân không thể phẫu thuật được: bệnh tim mạch, huyết áp, đái tháo đường...
- Trường hợp rối loạn tiểu tiện lâu ngày đã ảnh hưởng nhiều tới chức năng thận: suy thận.

4. THẬN TRỌNG

Người cao tuổi có bệnh nền phối hợp.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện:

- 01 bác sĩ (phẫu thuật viên chính).
- 01-02 bác sĩ (phẫu thuật viên phụ).
- 02 điều dưỡng (dụng cụ và chạy ngoài).

5.2. Thuốc, hóa chất:

- Dung dịch sát khuẩn.
- Cồn 70°
- Nước muối sinh lý: NaCl 0,9%.

5.3. Thiết bị y tế:

- Phương tiện, dụng cụ và vật tư tiêu hao tương tự như thủ thuật cắt UPĐ và cắt UBQ nội soi:
- Bộ máy cắt nội soi qua đường niệu đạo.
- Bộ nong niệu đạo.
- Bộ dây dẫn nước rửa bàng quang trong quá trình mổ.
- Dây cáp quang dẫn nguồn sáng.
- Dao điện.
- Ăng cắt nội soi; ăng xẻ rãnh cổ bàng quang; ăng quả cầu đốt cầm máu nội soi.
- Bộ dàn máy mổ nội soi qua đường niệu đạo.
- Sonde niệu đạo 3 chạc.
- Nòng sắt sonde niệu đạo để dùng khi đặt sonde khó.
- Xylanh đặc thù bơm rửa lấy bệnh phẩm.
- Dầu paraffin để nong đặt máy và đặt sonde tiểu.
- Xylanh 10-20 ml.
- Túi nước tiểu, optickin, gạc, betadin, panh sát khuẩn

5.4. Người bệnh:

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

5.5. Hồ sơ bệnh án:

- Đảm bảo đủ, đúng các phần hành chính, chuyên môn theo quy định.

- Đúng người bệnh (tên, tuổi, giới, và các giấy tờ theo quy định).
- Cam kết của người bệnh hoặc người giám hộ hợp pháp.
- Đúng chỉ định và đúng loại thủ thuật dự kiến.
- Các thông số về dấu hiệu sinh tồn, lâm sàng cơ bản.

5.6. Dự kiến thời gian phẫu thuật: Từ 45 - 90 phút.

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng phẫu thuật.

5.8. Kiểm tra hồ sơ: Kiểm tra hồ sơ bệnh án đầy đủ theo hồ sơ quy định chung về tiết niệu. Xét nghiệm tối thiểu: công thức máu, máu chảy, máu đông, nhóm máu, tốc độ máu lắng; các xét nghiệm chẩn đoán và đánh giá chức năng thận.

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

Đối với thủ thuật đơn thuần

Phương pháp vô cảm: Gây mê nội khí quản hoặc tê tủy sống tùy thuộc vào tình trạng người bệnh, kinh nghiệm của bác sĩ gây mê hồi sức.

Tư thế người bệnh: Sản khoa.

Kỹ thuật:

6.1. Bước 1: Sát khuẩn vùng mổ, trái toan.

Chuẩn bị máy nội soi, các dụng cụ mổ nội soi.

6.2. Bước 2: Nong kiểm tra niệu đạo.

6.3. Bước 3: Đặt máy theo đường niệu đạo vào bàng quang, lắp đường nước rửa trong mổ.

6.4. Bước 4: Soi đánh giá tình trạng bàng quang, 2 lỗ niệu quản, có u hay sỏi bàng quang không, đánh giá vùng cổ bàng quang và TLT.

TLT thường không to, cổ bàng quang xơ hẹp dùng máy cắt nội soi cắt xơ cổ bàng quang.

Có thể xẻ rãnh cổ bàng quang vị trí 6 giờ cho rộng cổ bàng quang

Hoặc mở rộng cổ bàng quang ở vị trí 11h và 1h trong trường hợp co thắt cổ bàng quang cơ năng.

6.5. Bước 5: Cầm máu kỹ, bơm rửa lấy mảnh gửi giải phẫu bệnh.

6.6. Bước 6: Đặt sonde 3 chạc rửa bàng quang liên tục.

6.7. Kết thúc quy trình: Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật (các dấu hiệu sinh tồn, dẫn lưu...). Bàn giao người bệnh cho nhóm chăm sóc tiếp theo và hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi:

- Trong mổ luôn theo dõi sát mạch huyết áp. Mổ quá lâu hay chảy máu có thể gây hội chứng nội soi (ngộ độc nước).
- Sau mổ chú ý theo dõi nước rửa bàng quang ra túi nước tiểu phát hiện sớm chảy máu, tắc sonde tiểu. Cần luôn giữ dòng nước rửa vào và ra bàng quang liên tục ko ngừng rãnh máu chảy vón cục trong bàng quang gây tắc sonde.
- Theo dõi toàn thân tình trạng nhiễm trùng và sử dụng kháng sinh phù hợp nếu có sốt.

7.2. Các biến chứng sau mổ có thể xảy ra

- Trong mổ có thể có thủng bàng quang (hiếm gặp) ta nên chuyển mổ mở kiểm soát.
- Cổ bàng quang xơ hẹp khít không đặt được máy có thể phối hợp mổ bàng quang tay trong tay ngoài để đặt máy cắt nội soi.
- Chảy máu sau mổ gây máu cục bàng quang, tắc sonde tiểu ta có thể bơm rửa lấy máu cục và cho rửa liên tục với tốc độ cao hơn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hướng dẫn quy trình kỹ thuật ngoại khoa chuyên khoa phẫu thuật tiết niệu, Bộ Y tế, 2017.
2. Hamdy, F. C. & Eardley, I. (eds.) (2017) *Oxford textbook of urological surgery*. First edition. Oxford, United Kingdom: Oxford University Press.
3. Samir S. Taneja & Ojas Shah. (2018) *Complications of Urologic surgery*. 5th Edition, Elsevier.
4. Joseph A. Smith Jr., Stuart S. Howards , Glenn M. Preminger, Roger R. Dmochowski. (2019) *Hinman's Atlas of Urologic Surgery Revised Reprint*, 4th Edition, Elsevier.

Transurethral endoscopic dissection of the bladder neck and prostate, A G Martov, M L Gorilovskiĭ, A A Kamalov, B L Gushchin 1995 Jul-Aug;(4):29-31.

14. PHẪU THUẬT CẮT BÁN PHẦN BÀNG QUANG - TRỒNG LẠI NIỆU QUẢN BÀNG QUANG

1. ĐẠI CƯƠNG

- Cắt bán phần bàng quang điều trị u bàng quang có một số ưu điểm như: Bảo tồn được chức năng cương ở nam giới, duy trì được sức chứa của bàng quang và lấy được toàn bộ chiều dày của thành bàng quang để làm tiêu bản giải phẫu bệnh.
- Trong trường hợp u vùng tam giác bàng quang sát lỗ niệu quản thì phải cắt cả đoạn niệu quản tương ứng, sau đó cắm lại niệu quản vào bàng quang.
- Cắt bàng quang bán phần bao gồm cả nạo vét hạch chậu.
- Trồng lại niệu quản vào bàng quang khi u xâm lấn vào lỗ niệu quản hoặc u xâm lấn vùng Trigon.
- Đây là phương pháp điều trị không triệt để đòi hỏi phải điều trị hóa chất bổ trợ khi ung thư xâm lấn.

2. CHỈ ĐỊNH

U bàng quang tế bào chuyển xâm lấn cơ khi người bệnh có tuổi có nhiều bệnh phối hợp trong các tình huống sau:

- Trường hợp khối u bàng quang nguyên phát sát lỗ niệu quản, khối nằm ở vị trí có thể cắt được toàn bộ khối u với một mép lành khoảng 3mm: u đáy bàng quang, thành phải, thành trái.
- Trường hợp u bàng quang nông (bề mặt) sát lỗ niệu quản nhưng không thể tiến hành cắt u qua đường nội soi niệu đạo do người bệnh bị gù, vẹo, cứng khớp háng hay hẹp niệu đạo. Ngoài ra trường hợp khối u bàng quang nằm trong túi thừa vì nguy cơ thủng bàng quang khi cắt nội soi.
- Chỉ định cắt bán phần bàng quang và trồng lại niệu quản liên quan đến các bệnh lý ác tính như: Ung thư các cơ quan lân cận xâm lấn bàng quang.
- Các chỉ định cắt bàng quang bán phần không do bệnh ác tính như: các bệnh rò bàng quang đại tràng, rò bàng quang âm đạo, lạc nội mạc tử cung khu trú trong bàng quang sát lỗ niệu quản.
- U niệu quản 1/3 dưới.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Trường hợp u bàng quang có nhiều khối, hoặc u nằm ở vùng Trigone, đây là vùng là mà không có khả năng cắt rộng rãi hết khối u đến vùng lành.
- Sau khi cắt bàng quang còn lại quá nhỏ để đóng kín bàng quang.
- Chống chỉ định với các bệnh đang tiến triển như suy gan, bệnh tim mạch, tiểu đường, rối loạn đông máu.

4. THẬN TRỌNG

Người cao tuổi có bệnh nền phối hợp.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện:

- 01 bác sĩ (phẫu thuật viên chính).
- 01-02 bác sĩ (phẫu thuật viên phụ).
- 02 điều dưỡng (dụng cụ và chạy ngoài).

5.2. Thuốc, hóa chất

- Kháng sinh dự phòng trước mổ.
- Dung dịch sát khuẩn.
- Cồn 70°
- Nước muối sinh lý: NaCl 0,9%.

5.3. Thiết bị y tế

- Bàn để dụng cụ (loại to).
- Toan mổ.
- Áo mổ.
- Găng vô khuẩn.
- Chuẩn bị bộ đặt ống thông niệu đạo: sonde tiểu và túi nước tiểu, miếng dán optickin vô khuẩn.
- Dao thường lưỡi 21.
- Gạc con.
- Gạc to.
- Bộ đồ mổ mở tiêu chuẩn.
- Dao điện.
- Bipolar.
- Sợi chỉ đóng cân cơ, sợi chỉ khâu da.
- Chỉ khâu cầm máu.
- Sonde dẫn lưu.
- Guide wire, sonde JJ niệu quản.

5.4. Người bệnh

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

- Nâng cao thể trạng, cân bằng những rối loạn do hậu quả của bệnh hoặc do cơ địa, bệnh mạn tính, tuổi.
- Điều trị ổn định các bệnh nội khoa như cao huyết áp, đái đường,... trước khi can thiệp phẫu thuật (trừ trường hợp mổ cấp cứu). Truyền máu nếu người bệnh có thiếu máu nhiều.

5.5. Hồ sơ bệnh án.

- Đảm bảo đủ, đúng các phần hành chính, chuyên môn theo quy định.
- Đúng người bệnh (tên, tuổi, giới, và các giấy tờ theo quy định).
- Cam kết của người bệnh hoặc người giám hộ hợp pháp.
- Đúng chỉ định và đúng loại thủ thuật dự kiến.
- Các thông số về dấu hiệu sinh tồn, lâm sàng cơ bản.

5.6. Thời gian phẫu thuật: Dự kiến 90-120 phút.

5.7. Địa điểm thực hiện: Phòng phẫu thuật.

5.8. Kiểm tra hồ sơ

- Kiểm tra hồ sơ bệnh án, định danh đúng người bệnh, chỉ định kỹ thuật.
- Tuân thủ và thực hiện Bảng kiểm an toàn phẫu thuật theo quy định.

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

Phương pháp vô cảm: Gây mê nội khí quản.

Tư thế người bệnh: Người bệnh nằm ngửa.

Kỹ thuật:

6.1. Bước 1: Đường rạch da là đường trắng giữa dưới rốn kéo dài ngang rốn.

6.2. Bước 2: Bộc lộ bàng quang:

- Có hai phương pháp bộc lộ bàng quang: trong phúc mạc và ngoài phúc mạc.
- Bộc lộ mặt trước bàng quang và vén phúc mạc phủ mặt trước bàng quang. Giải phóng toàn bộ phần phúc mạc dính vào vùng đáy bàng quang.
- Giải phóng mặt bên và mặt sau của bàng quang. Nếu cần thiết thì phải bộc lộ và cắt bỏ cả bó mạch bàng quang trên. Để nguyên lớp mỡ xung quanh bàng quang trên vị trí của u.
- Giải phóng niệu quản tổn thương.

6.3. Bước 3: Cắt bàng quang và phần niệu quản tương ứng

- Mở bàng quang giữa hai mũi chỉ chờ. Kéo nhẹ bàng quang và đánh dấu một đường xung quanh khối u, cách mép khối u khoảng 2-3 cm.
- Cắt cả khối toàn bộ khối u, mỡ quanh bàng quang và phần niệu quản tương ứng thậm chí cả phúc mạc bao phủ lên vùng khối u nếu cần thiết.
- Gửi mảnh tổ chức lành đi làm sinh thiết tức thì, nếu có tế bào u thì tiếp tục cắt rộng hơn chút nữa cho đến khi nào không còn tìm thấy u nữa thì thôi.

6.4. Bước 4: Đóng bàng quang trong khi cắm lại niệu quản vào bàng quang qua vết mở bàng quang

- Khâu chỗ mở bàng quang.
- Cắm lại niệu quản có tạo đoạn chống trào ngược trên ống JJ.
- Cố gắng tránh không đặt dẫn lưu bàng quang mà thay vào đó là đặt sonde niệu đạo. Chỉ đặt sonde bàng quang khi không đặt được sonde niệu đạo.
- Lau rửa bàng quang bằng huyết thanh mặn và đóng bàng quang bằng các mũi khâu vết chỉ catgut số 3/0 và khâu tăng cường bằng các mũi chỉ rời.

6.5. Bước 5: Nạo vét hạch chậu

- Nạo vét hạn chế: lấy toàn bộ bạch hố bịt hai bên.
- Vùng nạo vét chuẩn được giới hạn.
- Phía ngoài: dây thần kinh đùi bì.
- Phía sau: dây thần kinh bịt.
- Phía dưới: cung đùi.
- Phía trên: chạc 3 chủ chậu.
- Nạo vét mở rộng: Hạch chậu và hạch dọc động mạch chủ lên đến chỗ nguyên ủy của động mạch mạc treo tràng dưới.

6.6. Bước 6: Kết thúc

Khâu lại phúc mạc, lau rửa vết mổ, đặt dẫn lưu và đóng bụng.

6.7. Kết thúc quy trình: Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật (các dấu hiệu sinh tồn, dẫn lưu...). Bàn giao người bệnh cho nhóm chăm sóc tiếp theo và hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi:

- Theo dõi toàn thân, đánh giá tình trạng nhiễm trùng, chảy máu sau mổ.
- Theo dõi ống dẫn lưu.
- Theo dõi lượng nước tiểu 24h.
- Theo dõi số lượng, tính chất nước tiểu, có thể bơm rửa bàng quang hàng ngày tránh dịch nhầy ruột gây tắc sonde.
- Theo dõi sonde dạ dày, sự phục hồi nhu động ruột.
- Điều trị dự phòng nhiễm khuẩn bằng kháng sinh, hoặc theo kháng sinh đồ.
- Rút dẫn lưu ổ bụng sau 2-4 ngày sau mổ tùy theo tình trạng dịch dẫn lưu và toàn trạng.

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

- Nhiễm khuẩn tiết niệu, nhiễm khuẩn vùng mổ: điều trị chống nhiễm khuẩn.

- Chảy máu: tùy tình trạng mà chỉ định điều trị nội khoa, nút mạch cầm máu hoặc chỉ định phẫu thuật xử lý.
- Rò nước tiểu: lưu dẫn lưu ổ bụng, bơm rửa sonde tiểu, dẫn lưu bàng quang tránh tắc bởi dịch nhầy ruột. Mở lại đóng rò nếu cần.
- Bơm rửa bàng quang tạo hình trong 2 tuần đầu để tránh tắc dịch ruột, ngày bơm 2 lần, mỗi lần bơm không quá nhiều tránh trường hợp rò, bục miệng nối.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Văn Cường (2018). Đánh giá kết quả điều trị hỗ trợ sau phẫu thuật nội soi điều trị UTBQ nông tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức. Luận văn bác sĩ Chuyên khoa cấp 2. Đại học Y Hà Nội.
2. Phạm Văn Thuyên (2017). Đánh giá kết quả phẫu thuật cắt bàng quang bán phần điều trị UTBQ tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức giai đoạn 2010 - 2017. Luận văn Bác sĩ Chuyên khoa cấp 2. Đại học Y Hà Nội.
3. Nguyễn Vũ Minh Thiện (2020). Kết quả phẫu thuật cắt toàn bộ bàng quang đưa niệu quản ra da điều trị UTBQ tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức. Luận văn thạc sĩ y học. Đại học Y Hà Nội.
4. Phạm Văn Yên (2017). Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng mô bệnh học của UTBQ giai đoạn muộn và kết quả sớm của phẫu thuật cắt bàng quang toàn bộ tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức. Luận văn bác sĩ Chuyên khoa cấp 2. Đại học Y Hà Nội.
5. Matthew D. Galsky (2013). Gemcitabine, Cisplatin, and Sunitinib for Metastatic Urothelial Carcinoma and as Preoperative Therapy for Muscle- Invasive Bladder Cancer; 11(2):

15. NỘI SOI BÓC U PHÌ ĐẠI TUYẾN TIỀN LIỆT

1. ĐẠI CƯƠNG

- Bóc nhân tuyến tiền liệt lành tính bằng laser holmium (HoLEP) qua nội soi là lựa chọn hàng đầu trong phẫu thuật bóc tuyến tiền liệt lành tính nhờ ưu điểm ít chảy máu, nhanh hồi phục, giảm hội chứng thường gặp sau phẫu thuật như hẹp niệu đạo gây tiểu khó, xuất tinh ngược dòng. Đặc biệt hiệu quả cho những u phì đại lành tính lớn trên 100g.
- Hiện nay phẫu thuật này được coi là tiêu chuẩn vàng trong điều trị ngoại khoa tuyến tiền liệt và dần thay thế phẫu thuật nội soi cắt u bằng điện đơn cực vì tính hiệu quả và ít biến chứng hơn.

2. CHỈ ĐỊNH

U phì đại tuyến tiền liệt lành tính với mọi kích thước, đặc biệt các lớn trên 100g có triệu chứng cản trở dòng tiểu từ bàng quang ra ngoài.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Người bệnh bệnh lý tim phổi nặng, không đủ điều kiện phẫu thuật.
- Hẹp niệu đạo (không đặt được máy nội soi).
- Rối loạn đông máu, chưa điều trị.

4. THẬN TRỌNG

Người cao tuổi có bệnh nền phối hợp.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện:

- 01 bác sĩ (phẫu thuật viên chính).
- 01-02 bác sĩ (phẫu thuật viên phụ).
- 02 điều dưỡng (dụng cụ và chạy ngoài).

5.2. Thuốc, hóa chất

- Dung dịch sát khuẩn.
- Cồn 70°
- Nước muối sinh lý: NaCl 0,9%.

5.3. Thiết bị y tế:

Dụng cụ nội soi đường niệu dưới:

- Tháp video và camera.
- Bộ máy laser Holmium (phải có công suất tối đa 80-100 watt).
- Sợi laser holmium 550 μ .
- Vỏ máy soi cắt bỏ dòng chảy liên tục 24 đến 26 F với vỏ bên trong được sửa đổi (chứa

cầu ổn định sợi quang laser).

- Ống soi bàng quang 30 độ.
- Máy hút chân không.
- Máy xay u.
- Nước muối sinh lý hoặc dung dịch Sorbitol 3%.
- Sonde foley 3 chạc.

5.4. Người bệnh:

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

5.5. Hồ sơ bệnh án:

- Đảm bảo đủ, đúng các phần hành chính, chuyên môn theo quy định.
- Đúng người bệnh (tên, tuổi, giới, và các giấy tờ theo quy định).
- Cam kết của người bệnh hoặc người giám hộ hợp pháp.
- Đúng chỉ định và đúng loại thủ thuật dự kiến.
- Các thông số về dấu hiệu sinh tồn, lâm sàng cơ bản.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: Dự kiến từ 90- 150 phút.

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng phẫu thuật.

5.8. Kiểm tra hồ sơ:

- Kiểm tra hồ sơ bệnh án, định danh đúng người bệnh, chỉ định kỹ thuật.
- Tuân thủ và thực hiện Bảng kiểm an toàn phẫu thuật theo quy định.

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

Phương pháp vô cảm: Gây tê tủy sống.

Tư thế người bệnh: Sản khoa.

Kỹ thuật:

6.1. Bước 1: Hiệu chỉnh niệu đạo

- Người bệnh được đặt ở tư thế sản khoa, với đùi dạng ra tối đa để cho phép thao tác thích hợp với ống soi cắt đoạn trong quá trình bóc tách đỉnh của thùy bên. Sau khi hoàn tất việc chuẩn bị vô trùng và quần khăn, niệu đạo của người bệnh được hiệu chỉnh bằng que nong lên đến 28 F. Chỉ nên hiệu chỉnh niệu đạo trước và cần cẩn thận để tránh làm tổn thương thùy tuyến tiền liệt, có thể dẫn đến chảy máu. Niệu đạo phải có khả năng chấp nhận hiệu chuẩn lên đến 28 F một cách dễ dàng; nếu không, nên cân nhắc phẫu thuật cắt niệu đạo để mở rộng niệu đạo xa. Điều này giảm thiểu khả năng hẹp niệu đạo do thao tác với ống soi cắt đoạn sau đó.

6.2. Bước 2: Đưa ống soi quan sát

- Một ống soi cắt đoạn dòng chảy liên tục 26F được đưa vào niệu đạo. Vỏ bên trong, với ống thông ổn định sợi laser 7F, sau đó được khóa vào ống soi cắt đoạn. Do HoLEP sử dụng công suất cao (lên tới 100 W), hệ thống video là bắt buộc để bảo vệ quang học cho bác sĩ phẫu thuật. Camera được đặt trên ống kính và tay cầm được nối lỏng để có thể xoay ống soi cắt đoạn dễ dàng trong khi giữ máy ảnh ở vị trí cố định.

- Cuối cùng, sợi laser 550 μ được đặt vào. Khoảng 3 đến 4 inch lớp bọc từ phần xa của sợi nên được loại bỏ. Sẽ rất hữu ích khi luồn phần sợi thừa qua các kẹp chống muỗi gắn vào tấm màn, để giữ nó không lọt vào không gian làm việc của bác sĩ phẫu thuật. Sau đó, sợi có thể được đưa vào ống thông ổn định 7F. Sau đó, dung dịch bơm rửa bằng nước muối thông thường được chạy qua ống TUR vào ống soi cắt đoạn. Van xả phải được nối với một đoạn ống để cho phép thoát nước vào bể treo nội soi bằng quang và để mở, nhằm ngăn ngừa bàng quang căng quá mức.

6.3. Bước 3: Xác định các mốc giải phẫu

Với ống soi cắt đoạn trong bàng quang, các lỗ niệu quản nên được xác định nếu có thể, mặc dù thùy giữa cực lớn có thể cản trở điều này. Sau đó, ống soi cắt đoạn được kéo trở lại hố tuyến tiền liệt và đánh giá mức độ phì đại thùy. Cuối cùng, vị trí của ụ núi và cơ vòng ngoài được xác nhận. Bước đầu tiên của quá trình cắt bỏ phụ thuộc vào mức độ phì đại thùy giữa. Nếu thùy giữa to ra, tốt nhất nên cắt bỏ cấu trúc này trước để có thêm không gian cho việc bóc tách thùy bên. Nếu thùy giữa không to ra nhiều, người ta có thể bắt đầu tạo nhân cho thùy bên ngay từ đầu. Tia laser phải được đặt ở năng lượng 2 J và tần số 50 Hz.

6.4. Bước 4: Bóc nhân của thùy giữa

Trong trường hợp phì đại ba thùy, bác sĩ phẫu thuật sẽ có thể hình dung được hai rãnh ở vị trí khoảng 5 và 7 giờ, được hình thành bởi các điểm nối của thùy bên và thùy giữa. Bắt đầu từ mức cổ bàng quang ở vị trí 7 giờ, một rãnh được hình thành bằng cách cắt bằng tia laser dọc theo rãnh, đến một điểm ngay bên cạnh và gần với ụ núi. Rãnh này được đào sâu đến ngang mức của bao phẫu thuật. Khi rãnh được phát triển, nó cũng cần được làm thấp hơn và mở rộng hơn để có thể tách thùy bên phải và thùy giữa. Quá trình sau đó được lặp lại để tạo rãnh ở vị trí 5 giờ.

6.5. Bước 5: Tách thùy phải khỏi sàn bao

- Nếu thùy giữa không bị phì đại đáng kể, một rãnh đường giữa có thể được tạo ra ở vị trí 6 giờ, bắt đầu từ cổ bàng quang và kết thúc ngay gần phần đầu bàng quang. Một lần nữa, rãnh phải được xác định ban đầu bằng đầu sợi laser, sau đó mở rộng và đào sâu xuống

ngang mức của bao phẫu thuật. Việc bóc tách thù phải sau đó có thể được thực hiện bằng cách tiến hành bên cạnh ụ núi theo kiểu cắt ngang. Khi mặt phẳng ban đầu được phát triển dưới thù phải, bác sĩ phẫu thuật tiếp tục theo hướng gần nhất, giải phóng thù bên khỏi sàn bao bằng cách di chuyển sợi laser theo chuyển động ngang, từ bên này sang bên kia trong khi sử dụng mỏ của ống soi cắt đoạn để đẩy thù lên trên. Điều quan trọng là tránh xoay ống soi cắt đoạn quá sớm, vì điều này sẽ làm cho đầu sợi quang vòng cung vào u tuyến sớm và có thể gây mất hình ảnh mặt phẳng.

6.6. Bước 6: Phẫu tích đỉnh và bên phải (từ sàn)

Mặt phẳng giữa sàn bao và thù phải phải phát triển gần về phía bàng quang. Tại một thời điểm nào đó, bác sĩ phẫu thuật sẽ nhận thấy rằng đòn bẩy dưới thù bên bị suy giảm do các phần bám bên của thù, khiến cho việc tiến triển về phía gần trở nên khó khăn hơn. Sau đó, phẫu tích sẽ tiến hành tách các phần đỉnh kèm bên gần đỉnh của thù bên phải.

6.7. Bước 7: Tạo rãnh trước

Sự chú ý được chuyển sang khu vực 12 giờ của hố tuyến tiền liệt, nơi có đường viền phía trước (rãnh đường giữa giữa các thù bên). Ống soi cắt đoạn được quay 180^0 để cho phép sợi laser được định vị chính xác. Cài đặt laser phải được điều chỉnh trở lại 2 J và 50 Hz. Bắt đầu từ cổ bàng quang và tiến xa hơn, một rãnh được cắt dọc theo mép trước. Rãnh này phải kéo dài từ mức cổ bàng quang đến mức ụ núi. Bác sĩ phẫu thuật thỉnh thoảng nên xác nhận lại vị trí của ụ núi bằng cách nhìn xuống sàn để đảm bảo rằng rãnh không bị kéo dài quá xa. Sau khi rãnh được tạo ra, nó lại được mở rộng và đào sâu hơn đến ngang mức của bao phẫu thuật dọc theo toàn bộ phạm vi của nó.

6.8. Bước 8: Tách thù phải khỏi vỏ bao

Đầu của sợi laser phải nghiêng về phía mặt phẳng giữa u tuyến và vỏ. Ban đầu, sợi phải được định hướng dọc theo mặt phẳng gần và xa theo kiểu tuần tự để bắt đầu phân chia các phần bám phía trước của thù phải. Sẽ rất hữu ích nếu việc bóc tách bắt đầu từ cổ bàng quang, nơi việc xác định bao xơ dễ dàng hơn nhiều. Phần bám giữa phần trước của thù và bao được gỡ xuống một cách tuần tự cho đến khi đạt đến mức độ bên của thù.

6.9. Bước 9: Bóc tách và giải phóng phần bên của thù phải

Điều quan trọng ở giai đoạn này là xác định phạm vi của các phần bám bên còn lại gần đỉnh của thù. Quá trình này có thể khó khăn, vì các mặt cắt giữa u tuyến và vỏ từ các vector trước và sau có thể không liên kết ở cùng một mức độ theo chiều ngang. Sẽ rất hữu ích khi có được phối cảnh bằng cách hướng dẫn ống soi cắt đoạn trước tiên dọc theo mặt phẳng trước và sau đó là mặt phẳng sau, để hình dung đầy đủ phạm vi bên của mỗi mặt. Sau khi điểm nối giữa các mặt phẳng được xác định, thường là bằng một dải hoặc cầu nối niêm mạc nó sẽ được cắt bằng tia laser để nối các mặt phẳng. Cài đặt laser là 2 J và 40 Hz trong quá trình phân chia dải niêm mạc. Sau đó, bác sĩ phẫu thuật có thể tiếp tục phẫu tích ở phần gần, ở tần số 2 J và 50 Hz, để giải phóng phần bên của thù.

6.10. Bước 10: Hoàn thành việc tạo nhân thù phải

Tại thời điểm này, thù phải sẽ chỉ được giữ bằng các phần đỉnh kèm ở mức cổ bàng quang. Các phần đỉnh kèm phía trước ở cổ bàng quang lẽ ra đã được phân chia. Bằng cách đi theo

mặt phẳng này xa hơn, mọi sự gắn bó còn lại trong khu vực này đều có thể được giải phóng. Cuối cùng, người ta nên tiến hành dưới thủy và hoàn thành việc phân chia phần đỉnh kèm ở sàn bao và cổ bàng quang phía sau. Sau đó, thủy có thể được đẩy vào bàng quang bằng cách dùng mỏ của ống soi cắt đoạn nâng lên trên. Cần cẩn thận để tránh làm tổn thương cổ bàng quang trong quá trình này, điều này có thể xảy ra nếu mỏ ống soi cắt đoạn vô tình bị đẩy ra phía sau.

6.11. Bước 11: Tạo nhân cho thủy trái

Phía bên trái của rãnh 5 giờ (hoặc rãnh 6 giờ trong trường hợp thủy giữa không cần lấy nhân) bị xói mòn, bắt đầu từ mức cổ bàng quang và tiến triển về phía xa. Điều này bắt đầu tách phần sau của thủy bên khỏi sàn bao. Mặt phẳng giữa thủy trái và sàn của bao phẫu thuật được xác định rõ hơn bằng cách cắt ngang từ u núi theo chiều ngang. Mỏ của ống soi cắt đoạn sau đó có thể được sử dụng để tạo đòn bẩy dưới thủy bên trong khi tiếp tục phân chia các phần đỉnh kèm phía sau. Phần tích đỉnh thủy trái, phần trước của thủy, nối các mặt phẳng bên và phân chia các phần bám còn lại ở cổ bàng quang được thực hiện như mô tả trước đây.

6.12. Bước 12: Kiểm tra hồ tuyến tiền liệt

Khi tất cả các thủy đã được mổ xẻ tự do và đẩy vào bàng quang, nên thay đổi cài đặt laser thành 2,5 J và 40 Hz (đối với các ống chảy máu lớn) hoặc 1,5 J và 30 Hz (đối với các ống chảy máu nhỏ hơn và gần đỉnh) để đạt được sự đông máu tối ưu. Bề mặt của ổ vỏ tuyến tiền liệt sau đó được kiểm tra cẩn thận. Bất kỳ chỗ chảy máu bao xơ nào cũng phải được đông tụ bằng cách làm lệch tiêu điểm của tia laser trước tiên (định vị đầu sợi cách bề mặt 2-3 mm) và sau đó kích hoạt nó cho đến khi đạt được cầm máu. Hồ khô là điều cần thiết trước khi bắt đầu cắt bỏ để tối ưu hóa hình ảnh và giảm thiểu nguy cơ chấn thương bàng quang. Nếu bất kỳ phần còn lại nào của u tuyến còn sót lại dọc theo bề mặt của viên nang, chúng có thể dễ dàng bị bay hơi hoặc tách nhân bằng tia laser.

6.13. Bước 13: Xay u xơ và hút ra ngoài

- Lớp vỏ bên trong của ống soi cùng với sợi laser và ống thông ổn định được loại bỏ. Sau đó, ống soi thận cứng sẽ được đưa vào vỏ bọc bên ngoài của ống soi cắt đoạn. Một máy bơm chân không được kết nối với tay cầm của máy biến thế để cung cấp lực hút qua các cánh quạt và việc kích hoạt thiết bị được điều khiển thông qua bàn đạp chân. Ống dẫn nước muối sinh lý bình thường phải được nối với cả hai cổng vào (vỏ ống soi cắt đoạn bên ngoài, ống soi thận cứng) để đảm bảo bàng quang vẫn căng trong quá trình cắt nhỏ. Điều này rất quan trọng vì bàng quang bị xẹp có thể dẫn đến tổn thương đáng kể cho thành bàng quang.

- Cuối cùng người bệnh được đặt sonde tiểu 3 chạc và rửa liên tục.

6.14. Kết thúc quy trình: Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật (các dấu hiệu sinh tồn, dẫn lưu...). Bàn giao người bệnh cho nhóm chăm sóc tiếp theo và hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi:

- Các dấu hiệu sinh tồn sau mổ (Mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở...).

- Sonde tiểu.
- Rút sonde tiểu sau 4 ngày.

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

- Chảy máu: cần cầm máu kỹ bằng con lặn cầm máu kỹ diện bóc.
- Tổn thương niệu đạo trong quá trình nong máy cần lưu ý là nên nong niệu đạo trước, đoạn niệu đạo sau cần soi máy vào kiểm tra và nong.
- Thủng bàng quang khi xay bệnh phẩm: Lưu sonde tiểu lâu hoặc phải mổ khâu chỗ thủng bàng quang.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Kim SH, Yang HK, Lee HE, Paick JS, Oh SJ. HoLEP does not affect the overall sexual function of BPH patients: a prospective study. *Asian J. Androl.* 2014; 16: 873–7.
2. Kim M, Song SH, Ku JH, Kim HJ, Paick JS. Pilot study of the clinical efficacy of ejaculatory hood sparing technique for ejaculation preservation in holmium laser enucleation of the prostate. *Int. J. Impot. Res.* 2015; 27: 20–4
3. Marien T, Kadihasanoglu M, Miller NL. Holmium laser enucleation of the prostate: patient selection and perspectives. *Res. Rep. Urol.* 2016; 8: 181–92.
4. Ilter Alkan 1, Hakan Ozveri 2, Yigit Akin 3, Tumay Ipekci 4, Yusuf Alican (2016), Holmium laser enucleation of the prostate: surgical, functional, and quality-of-life outcomes upon extended follow-up, *Int Braz J Urol.* 2016; 42: 293-301.
5. Young Ju Lee¹, Shin Ah Oh¹, Sung Han Kim², Seung-June Oh (2017), Patient satisfaction after holmium laser enucleation of the prostate (HoLEP): A prospective cohort study, [https:// doi.org/10.1371/ journal.pone. 0182230](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0182230).
6. Katsumi Shigemura and Masato Fujisawa, 2018, Current status of holmium laser enucleation of the prostate, *International Journal of Urology* (2018) 25, 206—211.
7. Seung-June Oh, Current surgical techniques of enucleation in holmium laser enucleation of the prostate, *Investig Clin Urol* 2019;60:333-342.
8. Serdar Yalçın et al, Holmium laser enucleation of the prostate for the treatment of size-independent BPH: A single-center experience of 600 cases, *Turk J Urol* 2020 10.5152/tud.2020.19235.
9. Agostino TUCCIO et al (2020), En-bloc endoscopic enucleation of the prostate: a systematic review of the literature, *Minerva Urologica e Nefrologica* 2020 June;72(3):292-312

16. PHẪU THUẬT NỘI SOI DẪN LƯU ÁP XE TUYẾN TIỀN LIỆT

1. ĐẠI CƯƠNG

Phương pháp phẫu thuật nội soi dẫn lưu áp xe tiền liệt tuyến là phương pháp cắt một phần tiền liệt tuyến có áp xe để dẫn lưu ổ mủ từ khối áp xe vào niệu đạo bằng máy cắt nội soi qua đường niệu đạo.

2. CHỈ ĐỊNH

- Áp xe tiền liệt tuyến có triệu chứng bí đái.
- Áp xe tiền liệt tuyến kích thước lớn hơn 2cm hoặc từ 1-2cm mà điều trị nội không đỡ.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Hẹp niệu đạo (không đặt được máy nội soi).
- Rối loạn đông máu.
- Bệnh nội khoa nặng hoặc đang tiến triển (tim mạch, hô hấp...).

4. THẬN TRỌNG

- Người cao tuổi có bệnh nền phối hợp.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện:

- 01 bác sĩ (phẫu thuật viên chính).
- 01-02 bác sĩ (phẫu thuật viên phụ).
- 02 điều dưỡng (dụng cụ và chạy ngoài).

5.2. Thuốc, hóa chất:

- Dung dịch sát khuẩn.
- Cồn 70°
- Nước muối sinh lý: NaCl 0,9%.
- Sorbitol 3%

5.3. Thiết bị y tế:

- Chuẩn bị dụng cụ phẫu thuật:
- + Bàn để dụng cụ (loại nhỏ).
- + Toàn mổ.

- + Áo mổ.
- Vật tư tiêu hao:
- + Găng vô khuẩn.
- + Sonde niệu đạo Foley 20-24Fr và túi nước tiểu.
- + Gạc con.
- + Túi camera vô khuẩn.
- + Bộ dây truyền huyết thanh.
- + Chạc 3 và dây nối dài với bộ dịch truyền.
- + Túi đựng nước tiểu.
- + Dung dịch Betadin sát trùng.
- + Kim tiêm, bơm tiêm 10ml.
- + Bộ dụng cụ và thuốc chống choáng, chống sốc phản vệ.
- + Dụng cụ nội soi đường niệu dưới.
- + Màn hình video.
- + Vở máy soi cắt bỏ dòng chảy liên tục 26 đến 28 Fr.
- + Dao điện đơn cực hoặc lưỡng cực.
- + Ống soi bàng quang 30 độ.
- + Ăng cắt, Ăng đốt cầm máu.

5.4. Người bệnh:

- Làm bilan đầy đủ trước mổ đánh giá: chức năng gan, thận, mức độ thiếu máu, đông máu, các bệnh lý toàn thân.
- Được siêu âm hệ tiết niệu, X-quang tim phổi, điện tim, hoặc có thể chụp CLVT hoặc MRI hệ tiết niệu khi cần thiết.
- Giải thích rõ ràng cho người bệnh và gia đình về chỉ định, phương pháp thực hiện, hiệu quả, ưu điểm của phẫu thuật cũng như các nguy cơ phẫu thuật có thể gặp như: chảy máu, nhiễm trùng, biến chứng gây mê hồi sức, thất bại của phương pháp.
- Nâng cao thể trạng người bệnh trước mổ trong trường hợp già yếu, suy kiệt.
- Điều trị ổn định các bệnh nội khoa như cao huyết áp, đái đường ... trước khi can thiệp phẫu thuật. Truyền máu nếu người bệnh có thiếu máu nhiều.
- Chuẩn bị thường quy, kiểm tra xét nghiệm công thức máu, đông máu, sinh hóa máu và nước tiểu, chức năng thận, điện tim, chụp X-quang phổi.

- Đối với người bệnh cơ thể yếu, thiếu máu cần phải điều trị ổn định trước khi phẫu thuật.
- Điều trị tích cực nhiễm khuẩn đường tiết niệu nếu có. Khi xét nghiệm nước tiểu có bạch cầu dương tính cần dự phòng kháng sinh trước phẫu thuật.
- Đây là trường hợp cấp cứu có trì hoãn nên có thể cân nhắc điều trị các bệnh toàn thân trước mổ.

5.5. Hồ sơ bệnh án.

- Đảm bảo đủ, đúng các phần hành chính, chuyên môn theo quy định.
- Đúng người bệnh (tên, tuổi, giới, và các giấy tờ theo quy định).
- Cam kết của người bệnh hoặc người giám hộ hợp pháp.
- Đúng chỉ định và đúng loại thủ thuật dự kiến.
- Các thông số về dấu hiệu sinh tồn, lâm sàng cơ bản.

5.6. Thời gian phẫu thuật: Dự kiến từ 45-60 phút.

5.7. Địa điểm thực hiện: Phòng phẫu thuật.

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh:

- Kiểm tra hồ sơ bệnh án định danh đúng người bệnh, chỉ định kỹ thuật.
- Tuân thủ và thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật theo quy định.

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

Phương pháp vô cảm: Mê tủy sống hoặc mê nội khí quản.

Tư thế người bệnh: Tư thế sản khoa.

Kỹ thuật:

6.1. Bước 1: Nong niệu đạo, đặt máy soi vào bàng quang.

6.2. Bước 2: Quan sát bàng quang, tiền liệt tuyến và các mốc giải phẫu: cổ bàng quang, các thùy tiền liệt tuyến, ụ núi, ổ áp xe tiền liệt tuyến.

6.3. Bước 3: Cắt mở các ổ áp xe vào niệu đạo, chú ý không được cắt qua ụ núi.

6.4. Bước 4: Kiểm tra và cầm máu diện cắt tiền liệt tuyến.

6.5. Bước 5: Bơm rửa bệnh phẩm và rửa các ổ áp xe ra ngoài gửi giải phẫu bệnh.

6.6. Bước 6: Đặt sonde foley 3 chạc rửa bàng quang liên tục.

6.7. Kết thúc quy trình: Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật (các dấu hiệu sinh tồn, dẫn lưu...). Bàn giao người bệnh cho nhóm chăm sóc tiếp theo và hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án.

7. THEO DÕI VÀ NGUYÊN TẮC XỬ LÝ TAI BIẾN, BIẾN CHỨNG

7.1. Theo dõi:

- Các dấu hiệu sinh tồn sau mổ (Mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở...).
- Sonde tiểu rửa bàng quang liên tục trong 3 ngày và được rút sau 3 ngày.

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

- Chảy máu: Cần cầm máu kỹ sau cắt. Ít khi chảy máu quá nhiều vì chỉ mở nhỏ ổ áp xe vào niệu đạo.
- Hội chứng nội soi: Không nên cắt u quá lâu, chú ý áp lực nước đối với mô cắt u bằng dao điện đơn cực và sử dụng dung dịch sorbitol.
- Tồn thương trực tràng: Cắt mở chỏm ổ áp xe vào niệu đạo, không nên cắt quá sâu vào vị trí từ 5h-7h tránh cắt vào trực tràng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Chou YH, Tiu CM, Liu JY, Chen JD, Chiou HJ, Chiou SY, Wang JH, Yu C. Prostatic abscess: transrectal color Doppler ultrasonic diagnosis and minimally invasive therapeutic management. *Ultrasound Med Biol*. 2004 Jun;30(6):719-24.
2. Lee DS, Choe HS, Kim HY, Kim SW, Bae SR, Yoon BI, Lee SJ. Acute bacterial prostatitis and abscess formation. *BMC Urol*. 2016 Jul 07;16(1):38. [[PMC free article](#)] [[PubMed](#)]
3. Abdelmoteleb H, Rashed F, Hawary A. Management of prostate abscess in the absence of guidelines. *Int Braz J Urol*. 2017 Sep-Oct;43(5):835-840. [[PMC free article](#)] [[PubMed](#)]
4. Shigemura K, Fujisawa M. Editorial Comment to Diagnosis and treatment of patients with prostatic abscess in the post-antibiotic era. *Int J Urol*. 2018 Feb;25(2):110-111. [[PubMed](#)]
5. Hoe V, Yao HH, Huang JG, Guerrieri M. Abscess formation following hydrogel spacer for prostate cancer radiotherapy: a rare complication. *BMJ Case Rep*. 2019 Oct 05;12(10).
6. Joseph A. Smith Jr., Stuart S. Howards , Glenn M. Preminger, Roger R.Dmochowski, Hinman's Atlas of Urologic Surgery Revised Reprint, 4 th Edition, Elsevier, 2019.

17. PHẪU THUẬT NỘI SOI BỐC HƠI TIỀN LIỆT TUYẾN BẰNG LASER

1. ĐẠI CƯƠNG

Phương pháp nội soi bốc hơi u phì đại lành tính tuyến tiền liệt bằng laser là phương pháp dùng năng lượng laser làm bốc hơi u phì đại tiền liệt tuyến (UPĐTLT) nội soi qua đường niệu đạo.

2. CHỈ ĐỊNH

- UPĐTLT 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 UPĐTLT.
- UPĐTLT 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 háng (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. THẬN TRỌNG

Người cao tuổi có bệnh nền phối hợp.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện:

- 01 bác sĩ (phẫu thuật viên chính).
- 01-02 bác sĩ (phẫu thuật viên phụ).
- 02 điều dưỡng (dụng cụ và chạy ngoài).

5.2. Thuốc, hóa chất:

- Dung dịch sát khuẩn.
- Cồn 70°
- Nước muối sinh lý: NaCl 0,9%.

- Sorbitol 3%.

5.3. Thiết bị y tế:

- Dụng cụ nội soi đường niệu dưới.
- Màn hình video và máy ảnh.
- Bộ dụng cụ nội soi đường niệu đạo .
- Năng lượng laser bốc hơi.
- Sợi laser.
- Ống soi bàng quang 30 độ.
- Nước muối sinh lý hoặc dung dịch Sorbitol 3%.
- Sonde foley 3 chạc.

5.4. Người bệnh:

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

5.5. Hồ sơ bệnh án:

- Đảm bảo đủ, đúng các phần hành chính, chuyên môn theo quy định.
- Đúng người bệnh (tên, tuổi, giới, và các giấy tờ theo quy định).
- Cam kết của người bệnh hoặc người giám hộ hợp pháp.
- Đúng chỉ định và đúng loại thủ thuật dự kiến.
- Các thông số về dấu hiệu sinh tồn, lâm sàng cơ bản.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: Dự kiến 60-75 phút.

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng phẫu thuật.

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

- Kiểm tra hồ sơ bệnh án định danh đúng người bệnh, chỉ định kỹ thuật.

- Tuân thủ và thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật theo quy định.

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

Phương pháp vô cảm: Gây tê tùy sống.

Tư thế người bệnh: Sản khoa.

Kỹ thuật:

6.1. Bước 1: Hiệu chỉnh niệu đạo

Người bệnh được đặt ở tư thế sản khoa, với đùi dạng ra tối đa để cho phép thao tác thích hợp với ống soi cắt đoạn trong quá trình bóc tách đỉnh của thùy bên. Sau khi hoàn tất việc chuẩn bị vô trùng và quần khăn, niệu đạo của người bệnh được hiệu chỉnh bằng que nong lên đến 28 F. Chỉ nên hiệu chỉnh niệu đạo trước và cần cẩn thận để tránh làm tổn thương thùy tuyến tiền liệt, có thể dẫn đến chảy máu. Niệu đạo phải có khả năng chấp nhận hiệu chuẩn lên đến 26 F một cách dễ dàng; nếu không, nên cân nhắc phẫu thuật với ống Mono với 1 đường nước duy nhất

6.2. Bước 2: Đưa ống soi quan sát

- Một ống soi cắt đoạn dòng chảy liên tục 26-28 F được đưa vào niệu đạo. Vỏ bên trong, với ống thông ổn định sợi laser 7 F, sau đó được khóa vào ống soi cắt đoạn. Máy ảnh được đặt trên ống kính và tay cầm được nối lỏng để có thể xoay ống soi cắt đoạn dễ dàng trong khi giữ máy ảnh ở vị trí cố định.

- Cuối cùng, laser bốc hơi được đặt vào. Sau đó, dung dịch bơm rửa bằng nước muối thông thường được chạy qua ống TUR vào ống soi cắt đoạn. Van xả phải được nối với một đoạn ống để cho phép thoát nước vào bể treo nội soi bằng quang và để mở, nhằm ngăn ngừa bàng quang căng quá mức.

6.3. Bước 3: Xác định các mốc giải phẫu

- Với ống soi cắt đoạn trong bàng quang, các lỗ niệu đạo nên được xác định nếu có thể, mặc dù thùy giữa cực lớn có thể cản trở điều này. Sau đó, ống soi cắt đoạn được kéo trở lại hố tuyến tiền liệt và đánh giá mức độ phì đại thùy. Cuối cùng, vị trí của ụ núi và cơ vòng ngoài được xác nhận.

- Mốc trên là mặt phẳng ngang dưới cổ bàng quang 1cm.

- Mốc dưới là mặt phẳng ngang trên ụ núi 1cm.

6.4. Bước 4: Bóc hơi nhân xơ

- Chiều sâu của kim cắm được xác định bằng bán kính chiều ngang tuyến tiền liệt trừ đi 6mm.

- Tiến hành cắm kim trên từng thùy, khởi động máy phát mỗi lần cắm kim ban đầu với công suất 3W, tăng dần trong 4-5 phút. Trong quá trình dùng dịch rửa bằng dung dịch NaCl 0,9%. Quy trình cắm kim và phát dòng điện lặp lại đến mốc dưới của từng thùy.

6.5. Bước 5: Đặt sonde 3 chạc rửa bàng quang liên tục.

6.6. Kết thúc quy trình: Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật (các dấu hiệu sinh tồn, dẫn lưu...). Bàn giao người bệnh cho nhóm chăm sóc tiếp theo và hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi:

- Các dấu hiệu sinh tồn sau mổ (Mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở...).
- Sonde tiểu rửa bàng quang liên tục trong 4 ngày và được rút sau 4 ngày.

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

- Chảy máu: Cần cầm máu kỹ sau cắt. Trong trường hợp chảy máu quá nhiều cần mổ mở cầm máu.
- Tổn thương trực tràng: Cắt u đến sát vỏ cần chú ý không được cắt quá sâu có thể tổn thương và trực tràng, nếu có tổn thương trực tràng cần làm HMNT.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Ngô Gia Hy (1984). Niệu học IV, NXB Y học.
2. Barry MJ, Roehrborn CG. Clinical evidence: Benign prostatic hyperplasia. BMJ. 2001;323:1041–6. [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar]
3. De la Rossette JJ, Alivizatos G, Madersbacher S, Perachino M, Thomas D, et al. Guidelines on benign prostatic hyperplasia. Eur Urol. 2001;40:256–63. [PubMed] [Google Scholar]
4. Verhamme KM, Dieleman JP, Bleumink GS, van der Lei J, Sturkenboom MC, Artibani W, et al. Incidence and prevalence of lower urinary tract symptoms suggestive of benign prostatic hyperplasia in primary care – The triumph project. Eur Urol. 2002;42:323–8. [PubMed] [Google Scholar]
5. Trần Đức Hòe (2003). Những kỹ thuật ngoại khoa trong tiết niệu, NXB khoa học kỹ thuật.
6. Philip M. Hanno, Alan J-Wein, Mc Graw- Hill. Clinical manual of Urology, International Edition, Medical Series.
7. AUA Practice Guidelines Committee. AUA guideline on management of benign prostatic hyperplasia (2003). Chapter 1: Diagnosis and treatment recommendations. J Urol. 2003;170:530–47. [PubMed] [Google Scholar]
8. Hướng dẫn xử trí tăng sinh lành tính tuyến tiền liệt, Hội Tiết niệu thận học Việt Nam, 2013.

18. PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT TUYẾN TIỀN LIỆT TIẾT CẦN

1. ĐẠI CƯƠNG

- Ung thư tuyến tiền liệt (UTTTL) là vấn đề sức khỏe quan trọng trên phạm vi toàn cầu vì tỷ lệ mắc bệnh và tử suất cao, chất lượng sống của người bệnh bị sút giảm và gánh nặng chi phí điều trị chăm sóc. Đây là bệnh lý ác tính thường gặp ở nam giới cao tuổi với tỉ lệ mắc cao nhất và tử vong trong khoảng 70 tuổi nhưng do diễn tiến chậm và liên tục với nhiều mức độ ác tính khác nhau nên bệnh có tầm ảnh hưởng đến khoảng tuổi rộng hơn.

- Phẫu thuật nội soi cắt tuyến tiền liệt tiết cần là phẫu thuật xâm lấn tối thiểu để điều trị ung thư tuyến tiền liệt ở giai đoạn sớm chưa xâm lấn, vừa mang lại hiệu quả điều trị giống như mổ mở vừa mang lại các lợi thế của phẫu thuật nội soi. Phẫu thuật có thể thực hiện trong hoặc ngoài phúc mạc.

2. CHỈ ĐỊNH

- Ung thư tuyến tiền liệt Gleson 6-7 điểm.
- T1,2N0M0 có thể T3aN0M0.
- Người bệnh < 70 tuổi, kỳ vọng sống trên 10 năm.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Chống chỉ định với các bệnh đang tiến triển như suy gan, bệnh tim mạch, tiểu đường, rối loạn đông máu.
- Gleson 8-9-10 điểm là chống chỉ định tương đối.T3b, T4, Tx N1,2, M1.

4. THẬN TRỌNG

Người cao tuổi có bệnh nền phối hợp.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện:

- 01 bác sĩ (phẫu thuật viên chính).
- 02 bác sĩ (phẫu thuật viên phụ).
- 02 điều dưỡng (dụng cụ và chạy ngoài).

5.2. Thuốc, hóa chất:

- Dung dịch sát khuẩn.
- Cồn 70°
- Nước muối sinh lý: NaCl 0,9%.

5.3. Thiết bị

- Dàn mổ nội soi.
- Bộ dụng cụ mổ nội soi.
- Bàn đỡ dụng cụ (loại to).
- Toan mổ. Áo mổ.
- Găng vô khuẩn.
- Chuẩn bị một số dụng cụ phẫu thuật bao gồm:
 - Dao thường lưỡi nhỏ cỡ 13.
 - Gạc con.
 - Gạc to.
 - Dao điện mổ mở.
 - Máy hút và canuyn hút nội soi
 - Dao hàn mạch nội soi.
 - Dao điện lưỡng cực nội soi..
 - Chỉ tiêu chậm 2/0 hoặc 3/0.
 - Chỉ khâu cân cơ: chỉ tiêu chậm số 1/0.
 - Chỉ mạch máu 3/0 hoặc 4/0.
 - Chỉ xương cá V-log.
 - Tay cầm kẹp hem-o-lok.
 - Hem-o-lok: 1 phong.
 - Chỉ khâu da.
 - Dẫn lưu cỡ nhỏ.
 - Ống dẫn lưu.
 - Túi nước tiểu, sonde foley 3 chạc.

5.4. Người bệnh:

- Người bệnh và gia đình được giải thích rõ trước mổ về tình trạng bệnh và tình trạng chung, về những khả năng phẫu thuật sẽ thực hiện, về những tai biến, biến chứng, di chứng có thể gặp do bệnh, do phẫu thuật, do gây mê, tê, giảm đau, do cơ địa của người bệnh.
- Nâng cao thể trạng, cân bằng những rối loạn do hậu quả của bệnh hoặc do cơ địa, bệnh mạn tính, tuổi.

- Điều trị ổn định các bệnh nội khoa như cao huyết áp, đái đường,... trước khi can thiệp phẫu thuật (trừ trường hợp mổ cấp cứu). Truyền máu nếu người bệnh có thiếu máu nhiều.
- Nhịn ăn, nhịn uống, vệ sinh vùng phẫu thuật và toàn thân.
- Có thể dùng kháng sinh dự phòng trước mổ hoặc không.
- Hồ sơ người bệnh, xét nghiệm cơ bản, phim X-quang phổi, phim X-quang hệ tiết niệu, phim niệu đồ tĩnh mạch, phim cắt lớp vi tính.
- Xét nghiệm vi khuẩn, kháng sinh đồ để điều trị nhiễm khuẩn.

5.5. Hồ sơ bệnh án:

- Đảm bảo đủ, đúng các phần hành chính, chuyên môn theo quy định.
- Đúng người bệnh (tên, tuổi, giới, và các giấy tờ theo quy định).
- Cam kết của người bệnh hoặc người giám hộ hợp pháp.
- Đúng chỉ định và đúng loại thủ thuật dự kiến.
- Các thông số về dấu hiệu sinh tồn, lâm sàng cơ bản.

5.6. Dự kiến thời gian phẫu thuật: Dự kiến từ 120-150 phút.

5.7. Địa điểm thực hiện: Phòng phẫu thuật.

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh:

- Kiểm tra hồ sơ bệnh án, định danh, đúng người bệnh, đúng chỉ định kỹ thuật.
- Tuân thủ và thực hiện bang kiểm an toàn phẫu thuật theo quy định.

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

Phương pháp vô cảm: Gây mê nội khí quản.

Tư thế người bệnh: Người bệnh nằm ngửa, đầu thấp chân cao.

Kỹ thuật

6.1. Bước 1: Trocar 10mm camera ở vị trí trắng giữa ngay dưới rốn, 1 trocar 5mm ở đường trắng giữa là trung điểm của rốn và khớp mu, 2 trocar còn lại ở vị trí trung điểm đường nối rốn và gai chậu trước trên, bơm hơi ổ bụng áp lực 12mmHg.

6.2. Bước 2:

- Bóc tách khoang Retzius với đường tiếp cận ngoài phúc mạc, cắt dây chằng rốn giữa và 2 dây chằng rốn bên, bộc lộ mặt trước bàng quang vào khoang Retzius với tiếp cận trong PM.
- Bộc lộ động mạch và tĩnh mạch chậu trong, chậu chung, nạo vét hạch chậu bịt 2 bên.

6.3. Bước 3:

- Phẫu tích bộc lộ mặt trước bàng quang, mặt trước tuyến tiền liệt cho tới tận chỗ nối niệu đạo sau và đỉnh tuyến, bộc lộ dây chằng mu-bàng quang, mu-tuyến tiền liệt.
- Khâu cầm máu tĩnh mạch mu sâu dương vật ngay sau dây chằng mu-tuyến tiền liệt.

6.4. Bước 4:

- Bộc lộ chỗ nối cổ bàng quang và tuyến tiền liệt, cắt cổ bàng quang, cố gắng sao cho giữ được càng nhiều cổ bàng quang càng tốt, chú ý tránh tổn thương lỗ niệu quản 2 bên.
- Tách cổ bàng quang ra khỏi tuyến tiền liệt, phẫu tích ra mặt sau bàng quang và tuyến tiền liệt tới túi tinh 2 bên, tiếp tục phẫu tích ra mặt sau túi tinh tới cân Delonville.
- Mở lá sau của cân Delonville vào khoang mỡ giữa tuyến tiền liệt và trực tràng, phẫu tích dọc theo khoang này ở bình diện sau tới đỉnh tuyến tiền liệt và niệu đạo sau.
- Cắt 2 cánh bên của tuyến tiền liệt, cố gắng bảo tồn bó mạch thần kinh cương đi song song ở 2 bên.

6.5. Bước 5:

- Cắt tuyến tiền liệt khỏi niệu đạo, cố gắng bảo tồn cơ thắt vằn niệu đạo.
- Nối niệu đạo sau và cổ bàng quang bằng các mũi khâu vắt hoặc rời trên sonde Foley.
- Có thể dẫn lưu bàng quang hoặc không, cầm máu kỹ diện bóc tách.

6.6. Bước 6: Đặt dẫn lưu sau phúc mạc, đóng bụng theo giải phẫu.

6.7. Kết thúc quy trình: Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật (các dấu hiệu sinh tồn, dẫn lưu...). Bàn giao người bệnh cho nhóm chăm sóc tiếp theo và hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi:

- Theo dõi toàn thân: Mạch, huyết áp, nhiệt độ.
- Đánh giá tình trạng nhiễm trùng, chảy máu sau mổ.
- Theo dõi ống dẫn lưu.
- Theo dõi lượng nước tiểu 24h.
- Điều trị dự phòng nhiễm khuẩn bằng kháng sinh, hoặc theo kháng sinh đồ.
- Rút dẫn lưu ổ bụng sau 3-4 ngày sau mổ, rút sonde niệu đạo 10 ngày - 2 tuần sau mổ.

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

- Nhiễm khuẩn tiết niệu, nhiễm khuẩn vùng mổ: Điều trị chống nhiễm khuẩn, thay băng rửa vết thương hàng ngày.

- Biên chứng chảy máu: truyền máu nếu mất máu trong mổ nhiều, chảy máu sau mổ tùy mức độ có thể điều trị nội khoa hoặc phải mổ lại để cầm máu.
- Rò nước tiểu qua miệng nối: theo dõi, kiểm tra xem có tắc sonde niệu đạo không.
- Rò bạch huyết: hiếm gặp, nuôi dưỡng tĩnh mạch, nhịn ăn.
- Tắc ruột sớm sau mổ: ít gặp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Laparoscopic radical prostatectomy. Krongrad A. Curr Urol Rep. 2000 May;1(1):36-40. doi: 10.1007/s11934-000-0033-1. PMID: 12084339
2. Laparoscopic radical prostatectomy. Bickert D, Frickel D. AORN J. 2002 Apr;75(4):762-6, 768-74, 777-80 passim; quiz 785-90. doi: 10.1016/s0001-2092(06)61633-5. PMID: 11963672
3. Laparoscopic radical prostatectomy. Touijer AK, Guillonneau B. Urol Oncol. 2004 Mar-Apr;22(2):133-8. doi: 10.1016/j.urolonc.2004.01.005. PMID: 15082012
4. Comparison of retropubic, laparoscopic and robotic radical prostatectomy: who is the winner? Basiri A, de la Rosette JJ, Tabatabaei S, Woo HH, Laguna MP, Shemshaki H. World J Urol. 2018 Apr;36(4):609-621. doi: 10.1007/s00345-018-2174-1. Epub 2018 Jan 23. PMID: 29362896
5. Incontinence after laparoscopic radical prostatectomy: a reverse systematic review. Azal W Neto, Capibaribe DM, Dal Col LSB, Andrade DL, Moretti TBC, Reis LO. Int Braz J Urol. 2022 May-Jun;48(3):389-396. doi: 10.1590/S1677-5538.IBJU.2021.0632. PMID: 35168312

19. PHẪU THUẬT NỘI SOI DẪN LƯU VIÊM TẮY KHUNG CHẬU

1. ĐẠI CƯƠNG

Rò nước tiểu gây viêm tấy khung chậu thường do nguyên nhân rò từ bàng quang do bỏ sót tổn thương vỡ bàng quang ngoài phúc mạc do vỡ xương chậu, thường có chỉ định xử trí cấp cứu.

2. CHỈ ĐỊNH

Khi chẩn đoán xác định viêm tấy tổ chức khung chậu do vỡ bàng quang ngoài phúc mạc.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Vì tình trạng cần xử trí cấp cứu nên với các trường hợp nguy cơ cao như bệnh lý toàn thân nặng, rối loạn đông máu..., cần giải thích kỹ cho người bệnh và gia đình.

4. THẬN TRỌNG

Người cao tuổi có bệnh nền phối hợp.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện:

- 01 bác sĩ (phẫu thuật viên chính).
- 01-02 bác sĩ (phẫu thuật viên phụ).
- 02 điều dưỡng (dụng cụ và chạy ngoài).

5.2. Thuốc, hóa chất:

- Dung dịch sát khuẩn.
- Cồn 70°
- Nước muối sinh lý: NaCl 0,9%.

5.3. Thiết bị y tế:

- Bàn để dụng cụ (loại lớn).
- Toan mổ.
- Áo mổ.
- Bộ phẫu thuật tiết niệu cơ bản
- Găng vô khuẩn
- Gạc con.
- Dao mổ lạnh
- Chỉ khâu tự tiêu.
- Chỉ đóng da.

- Dẫn lưu và dây nối.
- Sonde niệu đạo foley 3 chạc và túi nước tiểu.
- Xylanh 50ml.
- Kim tiêm, bơm tiêm 10ml.

5.4. Người bệnh:

- Làm bilan đầy đủ trước mổ đánh giá: chức năng gan, thận, mức độ thiếu máu, đông máu, các bệnh lý toàn thân.
- Được siêu âm hệ tiết niệu, X-quang tim phổi, điện tim, hoặc có thể chụp CLVT hoặc MRI hệ tiết niệu khi cần thiết.
- Giải thích rõ ràng cho người bệnh và gia đình về chỉ định, phương pháp thực hiện, hiệu quả, ưu điểm của phẫu thuật cũng như các nguy cơ phẫu thuật có thể gặp như: chảy máu, nhiễm trùng, biến chứng gây mê hồi sức, thất bại của phương pháp.
- Là tình trạng cấp cứu nên giải thích rõ về các nguy cơ biến chứng toàn thân rất cao sau phẫu thuật.
- Truyền máu nếu người bệnh có thiếu máu nhiều.
- Chuẩn bị thường quy, kiểm tra xét nghiệm công thức máu, đông máu, sinh hóa máu và nước tiểu, chức năng thận, điện tim, chụp X-quang phổi.

5.5. Hồ sơ bệnh án.

- Đảm bảo đủ, đúng các phần hành chính, chuyên môn theo quy định.
- Đúng người bệnh (tên, tuổi, giới, và các giấy tờ theo quy định).
- Cam kết của người bệnh hoặc người giám hộ hợp pháp.
- Đúng chỉ định và đúng loại thủ thuật dự kiến.
- Các thông số về dấu hiệu sinh tồn, lâm sàng cơ bản.

5.6. Thời gian phẫu thuật: Dự kiến từ 60-120 phút.

5.7. Địa điểm thực hiện: Phòng phẫu thuật.

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

- 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.

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

Phương pháp vô cảm: Gây tê tủy sống hoặc gây mê nội khí quản.

Tư thế người bệnh: Người bệnh nằm ngửa hoặc tư thế sản khoa.

Kỹ thuật:

6.1. Bước 1: Siêu âm xác định ổ tụ dịch trong tiểu khung.

6.2. Bước 2: Chọc dò vào ổ dịch dưới hướng dẫn của siêu âm, lấy dịch xét nghiệm vi khuẩn, sinh hóa.

6.3. Bước 3: Rạch mở cân cơ theo kim vào ổ dịch.

6.4. Bước 4: Đặt trocar 10mm vào ổ dịch, bơm hơi, nội soi đánh giá bơm rửa làm sạch ổ dịch.

6.5. Bước 5: Bộc lộ, đánh giá thương tổn bàng quang: Số lượng chỗ vỡ, vị trí, kích thước chỗ vỡ, bờ đường vỡ. Đánh giá cổ bàng quang xem có tổn thương không.

6.6. Bước 6: Khâu thủng bàng quang ngoài phúc mạc (nếu có)

6.7. Bước 7: Dẫn lưu bàng quang tạm thời trên xương mu, kết hợp với đặt sonde niệu đạo. Làm sạch, dẫn lưu ổ dịch.

6.8. Bước 8: Rạch dẫn lưu tổ chức dưới da vùng bìu nếu cần.

6.9. Kết thúc quy trình: Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật (các dấu hiệu sinh tồn, dẫn lưu...) bàn giao người bệnh cho nhóm chăm sóc tiếp theo và hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi:

- Theo dõi toàn trạng, cơn đau sau mổ, tình trạng nhiễm trùng.
- Theo dõi tình trạng bụng sau mổ.
- Theo dõi tình trạng vết mổ
- Nước tiểu: số lượng và màu sắc nước tiểu.
- Dẫn lưu khoang retzius: màu sắc, số lượng

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

- Thông thường tỷ lệ tai biến thấp, có thể gặp:
- Sonde tiểu có máu: Truyền rửa tránh máu cục bàng quang.
- Chảy máu qua dẫn lưu: Thường từ chỗ vỡ xương chậu. Đánh giá thương tổn trong mổ, cần thiết có thể chèn mèche khoang Retzius. Có thể lựa chọn nút mạch chậu trong để cầm máu.
- Rò nước tiểu qua dẫn lưu Retzius: Kết hợp đặt sonde niệu đạo đường dưới và theo dõi.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Rising EH. Prevesical abscess. Ann Surg. 1908; 48: 224-36
2. Sexton DJ, Heskestad L, Lambeth WR, McCallum R, Levin LS, Corey R. Postoperative pubic osteomyelitis misdiagnosed as osteitis pubis: report of four cases and review. Clin Infect Dis 1993; 17: 695–700.

3. Lorenzo, Gustavo Ph.D.; Meseguer, María A. M.D.; del Rio, Pedro M.D.; Sánchez, Juan Ph.D.; de Rafael, Luis M.D. Prevesical abscess secondary to pubis symphysis septic arthritis, *The Pediatric Infectious Disease Journal* 2000; 19(9): 896-898
4. Hướng dẫn quy trình kỹ thuật ngoại khoa chuyên khoa phẫu thuật tiết niệu, Bộ Y Tế, 2017.
5. Samir S. Taneja & Ojas Shah, *Complications of Urologic surgery*, 5 th Edition, Elsevier, 2018.
6. Pimentel torres J, Morais N, Cordeiro A, Lima E. Abscess originating from osteomyelitis as a cause of lower urinary tract symptoms (LUTS) and acute urinary retention. *BMJ Case Rep.* 2018
7. Joseph A. Smith Jr., Stuart S. Howards, Glenn M. Preminger, Roger R.Dmochowski, *Hinman's Atlas of Urologic Surgery Revised Reprint*, 4 th Edition, Elsevier, 2019.

20. NỘI SOI ĐẶT STENT NIỆU ĐẠO TRONG HẸP NIỆU ĐẠO

1. ĐẠI CƯƠNG

Điều trị hẹp niệu đạo tái phát không thể điều trị dứt điểm bằng thuốc mà phải thực hiện các biện pháp can thiệp khác bên ngoài. Trên thế giới, đặt stent điều trị hẹp niệu đạo là phương pháp tiếp cận ít sang chấn, cho hiệu quả cao.

2. CHỈ ĐỊNH

- Tái phát sau phẫu thuật hẹp niệu đạo.
- Hẹp niệu đạo nhưng thể trạng không cho phép thực hiện phẫu thuật tạo hình niệu đạo.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Người bệnh hẹp niệu đạo có nhiễm khuẩn tiết niệu nặng, cấy nước tiểu có vi khuẩn.
- Người bệnh hẹp niệu đạo trên nhiều đoạn.
- Chống chỉ định với các bệnh đang tiến triển như suy gan, bệnh tim mạch, tiểu đường, rối loạn đông máu.

4. THẬN TRỌNG

Người cao tuổi có bệnh nền phối hợp.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện:

- 01 bác sĩ (phẫu thuật viên chính).
- 01-02 bác sĩ (phẫu thuật viên phụ).
- 02 điều dưỡng (dụng cụ và chạy ngoài).

5.2. Thuốc, hóa chất:

- Dung dịch sát khuẩn.
- Cồn 70°
- Nước muối sinh lý: NaCl 0,9%.
- Sorbitol 3%.

5.3. Thiết bị y tế:

- Bộ dụng cụ nội soi tiết niệu đường dưới.
- Dàn máy nội soi tiết niệu.
- Ống kính soi bể thận niệu quản.
- Dây dẫn đường.
- Máy laser.

- Stent niệu đạo.

5.4. Người bệnh:

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

5.5. Hồ sơ bệnh án:

- Đảm bảo đủ, đúng các phần hành chính, chuyên môn theo quy định.
- Đúng người bệnh (tên, tuổi, giới, và các giấy tờ theo quy định).
- Cam kết của người bệnh hoặc người giám hộ hợp pháp.
- Đúng chỉ định và đúng loại thủ thuật dự kiến.
- Các thông số về dấu hiệu sinh tồn, lâm sàng cơ bản.

5.6. Dự kiến thời gian phẫu thuật: Dự kiến từ 45- 60 phút.

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng phẫu thuật.

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh:

- Kiểm tra hồ sơ bệnh án, định danh đúng người bệnh, chỉ định kỹ thuật.
- Tuân thủ và thực hiện Bảng kiểm an toàn phẫu thuật theo quy định.

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

Phương pháp vô cảm: Gây tê tùy sống.

Tư thế người bệnh: Người bệnh nằm ở tư thế sản khoa.

Kỹ thuật:

6.1. Bước 1: Dùng bộ nong niệu đạo nong rộng niệu đạo.

6.2. Bước 2: Đặt ống kính soi niệu đạo, đưa laser xẻ hẹp nếu quá hẹp và có nhiều tổ chức cản trở.

6.3. Bước 3:

- Đo khoảng cách đoạn hẹp để chọn stent phù hợp.
- Đưa ống kính và dây dẫn đường lên qua vị trí hẹp, rút ống kính.

6.4. Bước 4:

- Theo đường dây dẫn đường, đưa bộ dụng cụ stent vào trong.
- Đưa ống kính vào quan sát vị trí stent.
- Khi stent vượt quá đoạn hẹp 1-2cm, tiến hành mở khoá, giữ que đẩy rút phần vỏ và ống kính cho stent nở từ từ.
- Rút que đẩy, dùng ống kính kiểm tra và điều chỉnh stent chính xác hơn.

6.5. Kết thúc quy trình: Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật (các dấu hiệu sinh tồn, dẫn lưu...). Bàn giao người bệnh cho nhóm chăm sóc tiếp theo và hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi:

- Theo dõi toàn thân, đánh giá tình trạng nhiễm trùng, chảy máu sau mổ.
- Theo dõi ống dẫn lưu.
- Theo dõi lượng nước tiểu 24h.
- Rút sonde tiểu sau 24 đến 48h.
- Điều trị dự phòng nhiễm khuẩn bằng kháng sinh, hoặc theo kháng sinh đồ.

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

- Nhiễm khuẩn tiết niệu: Điều trị chống nhiễm khuẩn, cấy nước tiểu nếu cần.
- Chảy máu: Tùy tình trạng mà chỉ định điều trị nội khoa đặt sonde tiểu bơm rửa bàng quang, nút mạch cầm máu hoặc chỉ định phẫu thuật xử lý.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hướng dẫn quy trình kỹ thuật ngoại khoa chuyên khoa phẫu thuật tiết niệu, Bộ Y Tế, 2017.
2. Joseph A. Smith Jr., Stuart S. Howards , Glenn M. Preminger, Roger R. Dmochowski, Hinman's Atlas of Urologic Surgery Revised Reprint, 4th Edition, Elsevier, 2019.
3. Alan W. Partin, Roger R. Dmochowski, Louis R. Kavoussi, Craig A. Peters, Alan J. Wein, Campbell – Walsh – Wein Urology, 12th edition, Elsevier, 2020.
4. Geavlete P, Georgescu D, Muțescu R, Stanescu F, Cozma C, Geavlete B. Ureteral stent complications – experience on 50,000 procedures, J Med Life, 2021.
5. Pérez-Fentes D., Aranda-Pérez J., de la Cruz J.E., Soria F., Indications, Complications and Side Effects of Ureteral Stents, Urinary Stents, Springer Cham, 2022.

21. NỘI SOI ĐỐT BÚI GIÃN TĨNH MẠCH NIỆU ĐẠO

1. ĐẠI CƯƠNG

Giãn tĩnh mạch niệu đạo là một trong những nguyên nhân gây chảy máu niệu đạo, có thể gặp ở cả nam và nữ. Chẩn đoán bệnh dựa vào triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng. Chảy máu niệu đạo đỏ tươi khi quan hệ tình dục là triệu chứng thường gặp, siêu âm đường trực tràng có thể thấy tăng sinh mạch niệu đạo và nội soi niệu đạo ngược dòng để chẩn đoán xác định. Chảy máu do giãn tĩnh mạch niệu đạo là một nguyên nhân tương đối hiếm gặp và là vấn đề còn ít được nghiên cứu trên thế giới.

2. CHỈ ĐỊNH

Chảy máu niệu đạo do giãn vỡ tĩnh mạch niệu đạo.

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 nặng chưa ổn định.
- Suy thận nặng cần ổn định nội khoa trước.

4. THẬN TRỌNG

Người cao tuổi có bệnh nền phối hợp.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện:

- 01 bác sĩ (phẫu thuật viên chính).
- 01-02 bác sĩ (phẫu thuật viên phụ).
- 02 điều dưỡng (dụng cụ và chạy ngoài).

5.2. Thuốc, hóa chất:

- Dung dịch sát khuẩn.
- Cồn 70°
- Nước muối sinh lý: NaCl 0,9%.
- Sorbitol 3%.

5.3. Thiết bị y tế:

- Đèn camera, nguồn sáng, máy soi bàng quang, dụng cụ cắt túi thừa nội soi.
- Bộ phẫu thuật nội soi niệu quản: ống soi bàng quang, bộ tay cắt đốt nội soi đơn cực hoặc lưỡng cực.
- Ăng cắt nội soi; Ăng xẻ rãnh cổ bàng quang; ăng quả cầu đốt cầm máu nội soi.
- Sonde tiểu 3 chạc các cỡ.

- Máy dao điện đơn cực hoặc lưỡng cực.

5.4. Người bệnh

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

5.5. Hồ sơ bệnh án:

- Đảm bảo đủ, đúng các phần hành chính, chuyên môn theo quy định.
- Đúng người bệnh (tên, tuổi, giới, và các giấy tờ theo quy định).
- Cam kết của người bệnh hoặc người giám hộ hợp pháp.
- Đúng chỉ định và đúng loại thủ thuật dự kiến.
- Các thông số về dấu hiệu sinh tồn, lâm sàng cơ bản.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: Dự kiến 30-60 phút.

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng phẫu thuật.

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh:

- Kiểm tra hồ sơ bệnh án, định danh đúng người bệnh, chỉ định kỹ thuật.
- Tuân thủ và thực hiện Bảng kiểm an toàn phẫu thuật theo quy định.

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

Phương pháp vô cảm: Gây mê tĩnh mạch hoặc gây tê tủy sống.

Tư thế người bệnh: Tư thế sản khoa, dạng và kê cao 2 chân.

Kỹ thuật:

6.1. Bước 1: Sát trùng cơ quan sinh dục ngoài.

6.2. Bước 2: Đưa máy cắt đốt nội soi vào niệu đạo (trong trường hợp niệu đạo nhỏ thì dùng máy soi niệu quản).

6.3. Bước 3: 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.

6.4. Bước 4: Tiến hành đốt búi giãn tĩnh mạch niệu đạo bằng điện đơn cực, lưỡng cực hoặc laser

6.5. Bước 5: Đặt thông niệu đạo lưu.

6.6. Kết thúc quy trình: Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật (các dấu hiệu sinh tồn, dẫn lưu...). Bàn giao người bệnh cho nhóm chăm sóc tiếp theo và hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi:

- Hậu phẫu rút thông niệu đạo sau 01 ngày, theo dõi tình trạng tiểu máu và nhiễm khuẩn niệu.
- Sử dụng thuốc kháng sinh, giảm đau, cầm máu tùy theo triệu chứng của người bệnh.

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

- Tiểu máu: Sử dụng thuốc cầm máu, kháng sinh đủ liều đến khi không còn chảy máu.
- Nhiễm khuẩn tiết niệu: Sử dụng kháng sinh phổ rộng, nếu không khỏi cần cấy nước tiểu điều trị theo kháng sinh đồ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hướng dẫn quy trình kỹ thuật ngoại khoa chuyên khoa phẫu thuật tiết niệu, Bộ Y Tế, 2017.
2. Hamdy, F. C. & Eardley, I. (eds.) (2017) *Oxford textbook of urological surgery*. First edition. Oxford, United Kingdom: Oxford University Press.
3. Samir S. Taneja & Ojas Shah. (2018) *Complications of Urologic surgery*. 5th Edition, Elsevier.
4. Joseph A. Smith Jr., Stuart S. Howards , Glenn M. Preminger, Roger R. Dmochowski. (2019) *Hinman's Atlas of Urologic Surgery Revised Reprint*, 4th Edition, Elsevier.
5. Alan W. Partin, Roger R. Dmochowski, Louis R. Kavoussi, Craig A. Peters, Alan J. Wein. (2020) *Campbell – Walsh – Wein Urology*. 12th edition, Elsevier.
6. Jay T. Bishoff, Louis R. Kavoussi. (2022) *Atlas of Laparoscopic and Robotic urologic surgery*. 4th edition, Elsevier.
7. Pérez-Fentes D., Aranda-Pérez J., de la Cruz J.E., Soria F. (2022) *Urinary Stents*, Springer Cham.

22. ĐẶT ống THÔNG LỌC MÀNG BỤNG QUA DA

1. ĐẠI CƯƠNG

- Lọc màng bụng là phương pháp đặt một catheter và đưa dịch lọc qua catheter này vào khoang màng bụng, lúc này màng bụng như một máy thận nhân tạo cho phép một số chất qua lại, trao đổi dẫn tới đào thải các chất độc hại cho cơ thể vào dịch lọc mà sau một thời gian sẽ được rút ra khỏi khoang màng bụng bằng chính catheter đưa vào.
- Phương pháp đặt catheter qua da vào ổ bụng: bao gồm một trocar và một dây dẫn được đưa vào ổ bụng dẫn mà không có sự quan sát được rõ ràng.
- Năm 1968 Tenckhoff và Schechter đã lần đầu mô tả chi tiết phương pháp đặt màng qua da.

2. CHỈ ĐỊNH

- Suy thận cấp tính: người bệnh có tình trạng thiếu niệu hoặc vô niệu, kali máu tăng cao $> 6 \text{ mmol/l}$
- Bệnh thận mạn giai đoạn cuối: $\text{MLCT} < 15 \text{ ml/phút/1,73 m}^2$
- Chỉ định khác.
 - + Ngộ độc cấp tính, đặc biệt là Barbiturate.
 - + Người bệnh chờ ghép thận.
 - + Người bệnh già yếu, có bệnh tim mạch, đái tháo đường.
 - + Trẻ nhỏ điều trị tại nhà.
 - + Người bệnh mất hết các đường mạch máu để chạy thận nhân tạo.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Viêm phúc mạc tiên phát hoặc thứ phát gây dính và màng bụng mất khả năng siêu lọc.
- Thoát vị không hồi phục sau phẫu thuật.
- Dị ứng với catheter.
- Suy tim hoặc suy hô hấp nặng.
- Rối loạn đông máu nặng.

4. THẬN TRỌNG

- Người cao tuổi có bệnh nền phối hợp.
- Phụ nữ có thai.
- Bệnh thận đa nang, thận giãn quá to.

- Tình trạng tinh thần không tỉnh táo, rối loạn tâm thần, thị lực kém.
- Các bệnh lý trong ổ bụng như: viêm tụy cấp, dịch cổ trướng do xơ gan lách to, khối u vùng tiểu khung, viêm đại tràng, viêm ruột.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện:

- 01 bác sĩ (phẫu thuật viên chính).
- 01-02 bác sĩ (phẫu thuật viên phụ).
- 02 điều dưỡng (dụng cụ và chạy ngoài).

5.2. Thuốc, hóa chất:

- Dung dịch sát khuẩn.
- Cồn 70°
- Nước muối sinh lý: NaCl 0,9%.
- Sorbitol 3%.

5.3. Thiết bị y tế:

- Bộ catheter ổ bụng.
- Chỉ tiêu chậm và chỉ khâu da.
- 01 dùi cong để tạo đường hầm và đường ra của catheter.
- Một túi dịch lọc glucose 1,5% để thử dịch vào ra sau mổ.

5.4. Người bệnh:

- Người bệnh và gia đình được giải thích rõ trước mổ về tình trạng bệnh và tình trạng chung, về những khả năng phẫu thuật sẽ thực hiện, về những tai biến, biến chứng, di chứng có thể gặp do bệnh, do phẫu thuật, do gây mê, tê, giảm đau, do cơ địa của người bệnh.
- Nâng cao thể trạng, cân bằng những rối loạn do hậu quả của bệnh hoặc do cơ địa, bệnh mạn tính, tuổi.
- Điều trị ổn định các bệnh nội khoa như cao huyết áp, đái đường,... trước khi can thiệp phẫu thuật. Truyền máu nếu người bệnh có thiếu máu nhiều.

5.5. Hồ sơ bệnh án:

- Đảm bảo đủ, đúng các phần hành chính, chuyên môn theo quy định.
- Đúng người bệnh (tên, tuổi, giới, và các giấy tờ theo quy định).
- Cam kết của người bệnh hoặc người giám hộ hợp pháp.
- Đúng chỉ định và đúng loại thủ thuật dự kiến.

- Các thông số về dấu hiệu sinh tồn, lâm sàng cơ bản.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: Dự kiến 45-60 phút.

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng phẫu thuật.

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh:

- Kiểm tra hồ sơ bệnh án, định danh đúng người bệnh, chỉ định kỹ thuật.
- Tuân thủ và thực hiện Bảng kiểm an toàn phẫu thuật theo quy định.

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

Phương pháp vô cảm: Gây mê tĩnh mạch hoặc gây tê tại chỗ.

Tư thế người bệnh: nằm ngửa, đầu thấp.

Kỹ thuật:

6.1. Bước 1: Xác định đường ra của catheter.

6.2. Bước 2: Rạch da dài khoảng 10 mm ngang rốn song song bên trái với đường trắng giữa cách đường này khoảng 2 đến 3 cm nếu muốn đưa đường ra của catheter sang bên trái.

- Rạch tổ chức dưới da.
- Rạch cân cơ thẳng to và tách cơ thẳng to theo chiều đường rạch da.
- Mở cân sau của cơ thẳng to.
- Mở nhỏ phúc mạc. Cân sau của cơ thẳng to và phúc mạc dính chặt với nhau nên khi mở cân sau của cơ thẳng to thì cũng là mở phúc mạc. Lúc này cần chú ý tránh để tổn thương tạng phía dưới khi mở phúc mạc.

6.3. Bước 3: Đưa catheter hướng xuống Douglas nhờ nòng dẫn. Khi chạm đáy tiểu khung thì có thể hỏi người bệnh xem có buồn tiểu hoặc đại tiện để xác định xem đầu catheter có chạm vào bàng quang trực tràng không.

6.4. Bước 4: Rút nòng dẫn đồng thời đẩy catheter vào đến khi nút 1 nằm tới chỗ rạch nhỏ phúc mạc.

6.5. Bước 5: Cố định nút 1 vào phúc mạc và cân sau của cơ thẳng to.

6.6. Bước 6: Tạo đường hầm bằng dùi cong.

6.7. Bước 7: Kết nối với hệ thống túi đôi thử dịch vào ra.

6.8. Bước 8: Khâu lại vết mổ theo các lớp.

6.9. Bước 9: Băng vết mổ và băng cố định catheter.

6.10. Kết thúc quy trình: Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật (các dấu hiệu sinh tồn, dẫn lưu...). Bàn giao người bệnh cho nhóm chăm sóc tiếp theo và hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi:

- Khám lâm sàng theo dõi sau mổ: huyết áp, thể tích nước tiểu, thể tích dịch dư, đánh giá xem có tắc catheter, màu sắc dịch vào ra, đường ra của catheter, vết mổ, tình trạng rò dịch, tình trạng thoát vị, tình trạng viêm phúc mạc.
- Xét nghiệm công thức máu, sinh hóa máu: urê, creatinin, phospho, protein, albumin, xét nghiệm dịch lọc màng bụng, cấy dịch lọc khi có nghi ngờ viêm phúc mạc.

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

- Người bệnh được nhập viện điều trị nội trú nếu có biến chứng: nhiễm trùng như viêm phúc mạc, nhiễm trùng đường ra và đường hầm của catheter, tắc catheter cần phải mổ lại, rò dịch, thoát vị cần phải can thiệp.
- Chuyển người bệnh sang điều trị bằng thận nhân tạo hoặc ghép thận khi có chỉ định hoặc khi người bệnh có nguyện vọng.
- Người bệnh được điều trị nội khoa phối hợp với các phác đồ điều trị các bất thường phát hiện trên lâm sàng và xét nghiệm.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Henderson S et al (2009). Safety and efficacy of percutaneous insertion of peritoneal dialysis catheters under sedation and local anaesthetic, *Nephrol Dial Transplant*, 24, 3499-3504.
2. Perakis KE et al (2009). Long-term complication rates and survival of peritoneal dialysis catheters: the role of percutaneous versus surgical placement, *Semin Dial*, 22, 569-575.
3. Ahmed Kamel Abdel-Aal et al (2011). Technique of peritoneal catheter placement under fluoroscopic guidance, *Radiology Research and Practice*, ArticleID 141707, 4.
4. John H. Crabtree (2014). *SAGES guidelines for laparoscopic peritoneal dialysis access surgery*, *Surg Endosc*, 28, 3013-3015
5. Hướng dẫn quy trình kỹ thuật ngoại khoa chuyên khoa phẫu thuật tiết niệu, Bộ Y Tế, 2017.

23. PHẪU THUẬT RÚT ỐNG THÔNG LỘC MÀNG BỤNG

1. ĐẠI CƯƠNG

Rút catheter đường hầm để lọc máu được chỉ định khi người bệnh không cần lọc máu tiếp do chức năng thận đã hồi phục, ví dụ như trong suy thận cấp hoặc người bệnh đã làm được đường vào mạch máu tốt hơn như AVF. Rút catheter kịp thời khi chỉ định đã hết sẽ hạn chế nguy cơ nhiễm trùng đường hầm và chân catheter...

2. CHỈ ĐỊNH

- Khi người bệnh không còn cần sử dụng đến catheter cho việc lọc máu.
- Nhiễm trùng ổ bụng, đường hầm catheter, lộ cuff không đáp ứng điều trị nội khoa.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Không có chống chỉ định.

4. THẬN TRỌNG

Người cao tuổi có bệnh nền phối hợp.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện:

- 01 bác sĩ (phẫu thuật viên chính).
- 01-02 bác sĩ (phẫu thuật viên phụ).
- 02 điều dưỡng (dụng cụ và chạy ngoài).

5.2. Thuốc, hóa chất:

- Kháng sinh phổ rộng.
- Dung dịch sát khuẩn.
- Cồn 70°
- Nước muối sinh lý: NaCl 0,9%.

5.3. Thiết bị y tế:

- Bộ dụng cụ phẫu thuật.
- Chỉ tự tiêu, chỉ khâu da.

5.4. Người bệnh:

- Người bệnh và gia đình được giải thích rõ trước mổ về tình trạng bệnh và tình trạng chung, về những khả năng phẫu thuật sẽ thực hiện, về những tai biến, biến chứng, di chứng có thể gặp do bệnh, do phẫu thuật, do gây mê, tê, giảm đau, do cơ địa của người bệnh.
- Nâng cao thể trạng, cân bằng những rối loạn do hậu quả của bệnh hoặc do cơ địa, bệnh mạn tính, tuổi.

- Điều trị ổn định các bệnh nội khoa như cao huyết áp, đái đường,... trước khi can thiệp phẫu thuật. Truyền máu nếu người bệnh có thiếu máu nhiều.

5.5. Hồ sơ bệnh án:

- Đảm bảo đủ, đúng các phần hành chính, chuyên môn theo quy định.
- Đúng người bệnh (tên, tuổi, giới, và các giấy tờ theo quy định).
- Cam kết của người bệnh hoặc người giám hộ hợp pháp.
- Đúng chỉ định và đúng loại thủ thuật dự kiến.
- Các thông số về dấu hiệu sinh tồn, lâm sàng cơ bản.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: Dự kiến 45-60 phút.

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng phẫu thuật.

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh:

- Kiểm tra hồ sơ bệnh án, định danh đúng người bệnh, chỉ định kỹ thuật.
- Tuân thủ và thực hiện Bảng kiểm an toàn phẫu thuật theo quy định.

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

Phương pháp vô cảm: Gây mê nội khí quản, gây tê tủy sống hoặc gây tê tại chỗ.

Tư thế người bệnh: Tư thế nằm ngửa.

Kỹ thuật:

6.1. Bước 1: Vị trí rạch da: Catheter có 2 cuff cần có 2 vết rạch da.

6.2. Bước 2: Đối với cuff sâu trước phúc mạc: rạch vùng cuff, bóc tách cuff khỏi tổ chức xung quanh. Khâu lại bằng mũi túi hoặc mũi rời.

6.3. Bước 3: Đối với cuff nông dưới da: rạch da 1,5 cm, bóc tách cuff.

6.4. Bước 4: Rút catheter.

6.5. Bước 5: Khâu lại vị trí rạch da, băng vùng đường hầm và chân catheter

6.6. Kết thúc quy trình: Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật (các dấu hiệu sinh tồn, dẫn lưu...). Bàn giao người bệnh cho nhóm chăm sóc tiếp theo và hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi

Băng ép vết mổ, thay băng hàng ngày.

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

- Chảy máu: chảy máu ít: băng ép cầm máu, chảy máu nhiều: khâu cầm máu tại chỗ.
- Nhiễm trùng vết mổ: thay băng, cắt chỉ khâu da, kháng sinh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nodaira Y, Ikeda N, Kobayashi K, Watanabe Y, Inoue T, Gen S, Kanno Y, Nakamoto H, Suzuki H. Risk factors and cause of removal of peritoneal dialysis catheter in patients on continuous ambulatory peritoneal dialysis. *Adv Perit Dial*. 2008;24:65-8. PMID: 18986004
2. Bộ Y Tế. Cẩm nang lọc màng bụng. Nhà xuất bản Y học (2015)
3. Maxted AP, Davies B, Colliver D, Williams A, Lunn A. Peritoneal Dialysis Catheter Removal Post-Transplant - A Rare Case of Delayed Bowel Perforation. *Perit Dial Int*. 2017 Nov-Dec;37(6):650-651. doi: 10.3747/pdi.2016.00226. PMID: 29123002
4. Grief M, Mamo E, Scroggins G, Kurchin A. The 'Pull' Technique for Removal of Peritoneal Dialysis Catheters: A Call for Re-Evaluation of Practice Standards. *Perit Dial Int*. 2017 Mar-Apr;37(2):225-229. doi: 10.3747/pdi.2016.00152. PMID: 28360368.
5. Terada K, Sumi Y, Aratani S, Hiramasa A, Sakai Y. Peritoneal Catheter Removal for Peritoneal Dialysis-Related Peritonitis Caused by Gram-Negative, Rod-Like *Pseudomonas aeruginosa* Infection During Antibiotic Therapy for *Enterococcus faecalis*. *J Nippon Med Sch*. 2020 Dec 14;87(5):304-308. doi: 10.1272/jnms.JNMS.2020_87-511. Epub 2020 May 30. PMID: 32475900.

24. PHẪU THUẬT NỘI SOI RÚT ỐNG THÔNG LỌC MÀNG BỤNG

1. ĐẠI CƯƠNG

Rút catheter đường hầm để lọc máu được chỉ định khi người bệnh không cần lọc máu tiếp do chức năng thận đã hồi phục, ví dụ như trong suy thận cấp hoặc người bệnh đã làm được đường vào mạch máu tốt hơn như AVF. Rút catheter kịp thời khi chỉ định đã hết sẽ hạn chế nguy cơ nhiễm trùng đường hầm và chân catheter...

2. CHỈ ĐỊNH

- Khi người bệnh không còn cần sử dụng đến catheter cho việc lọc máu.
- Nhiễm trùng ổ bụng, đường hầm catheter, lộ cuff không đáp ứng điều trị nội khoa.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Không có chống chỉ định.

4. THẬN TRỌNG

- Người cao tuổi có bệnh nền phối hợp.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện:

- 01 bác sĩ (phẫu thuật viên chính).
- 01-02 bác sĩ (phẫu thuật viên phụ).
- 02 điều dưỡng (dụng cụ và chạy ngoài).

5.2. Thuốc, hóa chất:

- Kháng sinh phổ rộng.
- Dung dịch sát khuẩn.
- Cồn 70°
- Nước muối sinh lý: NaCl 0,9%.

5.3. Thiết bị y tế:

- Bộ dụng cụ phẫu thuật mổ mở.
- Dàn máy nội soi, dụng cụ nội soi ổ bụng.

5.4. Người bệnh:

- Người bệnh và gia đình được giải thích rõ trước mổ về tình trạng bệnh và tình trạng chung, về những khả năng phẫu thuật sẽ thực hiện, về những tai biến, biến chứng, di chứng có thể gặp do bệnh, do phẫu thuật, do gây mê, tê, giảm đau, do cơ địa của người bệnh.
- Nâng cao thể trạng, cân bằng những rối loạn do hậu quả của bệnh hoặc do cơ địa, bệnh mạn tính, tuổi.

- Điều trị ổn định các bệnh nội khoa như cao huyết áp, đái đường,... trước khi can thiệp phẫu thuật. Truyền máu nếu người bệnh có thiếu máu nhiều.

5.5. Hồ sơ bệnh án:

- Đảm bảo đủ, đúng các phần hành chính, chuyên môn theo quy định.
- Đúng người bệnh (tên, tuổi, giới, và các giấy tờ theo quy định).
- Cam kết của người bệnh hoặc người giám hộ hợp pháp.
- Đúng chỉ định và đúng loại thủ thuật dự kiến.
- Các thông số về dấu hiệu sinh tồn, lâm sàng cơ bản.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: Dự kiến 45-60 phút.

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng phẫu thuật.

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh:

- Kiểm tra hồ sơ bệnh án, định danh đúng người bệnh, chỉ định kỹ thuật.
- Tuân thủ và thực hiện Bảng kiểm an toàn phẫu thuật theo quy định.

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

Phương pháp vô cảm: Gây mê nội khí quản, gây tê tủy sống.

Tư thế người bệnh: Tư thế nằm ngửa.

Kỹ thuật:

6.1. Bước 1: Vị trí rạch da: catheter có 2 cuff cần có 2 vết rạch da.

6.2. Bước 2: Đặt trocar vào ổ bụng (02-03 trocar).

6.3. Bước 3: Soi vào ổ bụng kiểm tra: tính chất dịch ổ bụng, các tạng trong ổ bụng, vị trí của mạc treo đại tràng và vị trí cố định cuff.

6.4. Bước 4: Đối với cuff sâu trước phúc mạc: rạch vùng cuff, bóc tách cuff khỏi tổ chức xung quanh. Khâu lại bằng mũi túi hoặc mũi rời.

6.5. Bước 5: Đối với cuff nông dưới da: rạch da 1,5 cm, bóc tách cuff.

6.6. Bước 6: Rút catheter.

6.7. Bước 7: Khâu lại vị trí rạch da, các lỗ trocar, băng vùng đường hầm và chân catheter

6.8. Kết thúc quy trình: Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật (Các dấu hiệu sinh tồn, dẫn lưu...). Bàn giao người bệnh cho nhóm chăm sóc tiếp theo và hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi

- Băng ép vết mổ, thay băng hàng ngày.

7.2. Các biến chứng sau mổ có thể xảy ra

- Chảy máu: chảy máu ít: băng ép cầm máu, chảy máu nhiều: khâu cầm máu tại chỗ.
- Nhiễm trùng vết mổ: thay băng, cắt chỉ khâu da, kháng sinh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nodaira Y, Ikeda N, Kobayashi K, Watanabe Y, Inoue T, Gen S, Kanno Y, Nakamoto H, Suzuki H. Risk factors and cause of removal of peritoneal dialysis catheter in patients on continuous ambulatory peritoneal dialysis. *Adv Perit Dial.* 2008;24:65-8. PMID: 18986004
2. Bộ Y Tế. Cẩm nang lọc màng bụng. Nhà xuất bản Y học (2015)
3. Maxted AP, Davies B, Colliver D, Williams A, Lunn A. Peritoneal Dialysis Catheter Removal Post-Transplant - A Rare Case of Delayed Bowel Perforation. *Perit Dial Int.* 2017 Nov-Dec;37(6):650-651. doi: 10.3747/pdi.2016.00226. PMID: 29123002
4. Grief M, Mamo E, Scroggins G, Kurchin A. The 'Pull' Technique for Removal of Peritoneal Dialysis Catheters: A Call for Re-Evaluation of Practice Standards. *Perit Dial Int.* 2017 Mar-Apr;37(2):225-229. doi: 10.3747/pdi.2016.00152. PMID: 28360368.
5. Terada K, Sumi Y, Aratani S, Hiramasa A, Sakai Y. Peritoneal Catheter Removal for Peritoneal Dialysis-Related Peritonitis Caused by Gram-Negative, Rod-Like *Pseudomonas aeruginosa* Infection During Antibiotic Therapy for *Enterococcus faecalis*. *J Nippon Med Sch.* 2020 Dec 14;87(5):304-308. doi: 10.1272/jnms.JNMS.2020_87-511. Epub 2020 May 30. PMID: 32475900.