

BỘ Y TẾ

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

Số: 1119/QĐ-BYT

Hà Nội, ngày 15 tháng 04 năm 2013



QUYẾT ĐỊNH

Về việc ban hành Hướng dẫn

Quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành Nội tiết

BỘ TRƯỞNG BỘ Y TẾ

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

Xét Biên bản họp ngày 23/8/2012 của Hội đồng nghiệm thu Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành Nội tiết của Bộ Y tế;

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

QUYẾT ĐỊNH:

Điều 1. Ban hành kèm theo Quyết định này 80 Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành Nội tiết.

Điều 2. Các Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành Nội tiết này áp dụng cho tất cả các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh có đủ điều kiện thực hiện theo quy định hiện hành.

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

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

Nơi nhận:

- Như Điều 4;
- Bộ trưởng (để báo cáo);
- Lưu: VT, KCB.

KT. BỘ TRƯỞNG
THỨ TRƯỞNG



Nguyễn Thị Xuyên

DANH MỤC HƯỚNG DẪN QUY TRÌNH KỸ THUẬT
KHÁM BỆNH, CHỮA BỆNH CHUYÊN NGÀNH NỘI TIẾT(Ban hành kèm theo Quyết định số 1119... ngày 05 tháng 4... năm 2013
của Bộ trưởng Bộ Y tế)

Số TT	TÊN KỸ THUẬT
I	Phẫu thuật mở các tuyến nội tiết
1	Phẫu thuật tuyến nội tiết có sinh thiết tức thì
2	Phẫu thuật tuyến nội tiết có áp tế bào tức thì
3	Dẫn lưu áp xe tuyến giáp
4	Cắt bán phần 2 thủy tuyến giáp trong bướu giáp đơn thuần
5	Cắt bán phần 1 thủy tuyến giáp trong bướu giáp nhân
6	Cắt 1 thủy tuyến giáp trong bướu giáp nhân
7	Cắt bán phần 1 thủy tuyến giáp và lấy nhân thủy còn lại trong bướu giáp nhân
8	Cắt 1 thủy tuyến giáp và lấy nhân thủy còn lại trong bướu giáp nhân
9	Cắt bán phần 2 thủy tuyến giáp trong bướu giáp đa nhân
10	Cắt toàn bộ tuyến giáp trong bướu giáp đa nhân
11	Cắt 1 thủy tuyến giáp trong bướu giáp nhân độc
12	Cắt toàn bộ tuyến giáp trong bướu giáp đa nhân độc
13	Cắt gần toàn bộ tuyến giáp trong Basedow
14	Cắt 1 thủy tuyến giáp và cắt bán phần thủy còn lại trong Basedow
15	Cắt toàn bộ tuyến giáp trong Basedow
16	Cắt 1 thủy tuyến giáp trong ung thư tuyến giáp
17	Cắt toàn bộ tuyến giáp trong ung thư tuyến giáp
18	Cắt 1 thủy tuyến giáp kèm nạo vét hạch 1 bên trong ung thư tuyến giáp
19	Cắt toàn bộ tuyến giáp kèm nạo vét hạch 1 bên trong ung thư tuyến giáp
20	Cắt toàn bộ tuyến giáp kèm nạo vét hạch 2 bên trong ung thư tuyến giáp
21	Nạo vét hạch cổ trong ung thư tuyến giáp đã phẫu thuật
22	Cắt 1 thủy tuyến giáp lấy bướu thông trong bướu giáp thông
23	Cắt 1 thủy tuyến giáp lấy bướu thông và cắt bán phần thủy còn lại trong bướu giáp thông
24	Cắt toàn bộ tuyến giáp trong bướu giáp thông
25	Cắt 1 thủy tuyến giáp trong bướu giáp khổng lồ
26	Cắt 1 thủy tuyến giáp và cắt bán phần thủy còn lại trong bướu giáp khổng lồ
27	Cắt toàn bộ tuyến giáp trong bướu giáp khổng lồ
28	Phẫu thuật cầm máu lại sau mổ tuyến giáp
29	Cắt tuyến cận giáp trong quá sản tuyến hoặc u tuyến hoặc ung thư tuyến cận giáp
30	Cắt tuyến cận giáp quá sản thứ phát sau suy thận mãn tính

II	Phẫu thuật mở các tuyến nội tiết bằng dao siêu âm
31	Cắt bán phần 2 thủy tuyến giáp trong bướu giáp đơn thuần
32	Cắt bán phần 1 thủy tuyến giáp trong bướu giáp nhân
33	Cắt 1 thủy tuyến giáp trong bướu giáp nhân
34	Cắt bán phần 1 thủy tuyến giáp và lấy nhân thủy còn lại trong bướu giáp nhân
35	Cắt 1 thủy tuyến giáp và lấy nhân thủy còn lại trong bướu giáp nhân
36	Cắt bán phần 2 thủy tuyến giáp trong bướu giáp đa nhân
37	Cắt toàn bộ tuyến giáp trong bướu giáp đa nhân
38	Cắt 1 thủy tuyến giáp trong bướu giáp nhân độc
39	Cắt toàn bộ tuyến giáp trong bướu giáp đa nhân độc
40	Cắt gần toàn bộ tuyến giáp trong Basedow
41	Cắt 1 thủy tuyến giáp và cắt bán phần thủy còn lại trong Basedow
42	Cắt toàn bộ tuyến giáp trong Basedow
43	Cắt 1 thủy tuyến giáp trong ung thư tuyến giáp
44	Cắt toàn bộ tuyến giáp trong ung thư tuyến giáp
45	Cắt 1 thủy tuyến giáp kèm nạo vét hạch 1 bên trong ung thư tuyến giáp
46	Cắt toàn bộ tuyến giáp kèm nạo vét hạch 1 bên trong ung thư tuyến giáp
47	Cắt toàn bộ tuyến giáp kèm nạo vét hạch 2 bên trong ung thư tuyến giáp
48	Nạo vét hạch cổ trong ung thư tuyến giáp đã phẫu thuật
49	Cắt 1 thủy tuyến giáp lấy bướu thông trong bướu giáp thông
50	Cắt 1 thủy tuyến giáp lấy bướu thông và cắt bán phần thủy còn lại trong bướu giáp thông
51	Cắt toàn bộ tuyến giáp trong bướu giáp thông
52	Cắt 1 thủy tuyến giáp trong bướu giáp khổng lồ
53	Cắt 1 thủy tuyến giáp và cắt bán phần thủy còn lại trong bướu giáp khổng lồ
54	Cắt toàn bộ tuyến giáp trong bướu giáp khổng lồ
55	Cắt tuyến cận giáp trong quá sản tuyến hoặc u tuyến hoặc ung thư tuyến cận giáp
56	Cắt tuyến cận giáp quá sản thứ phát sau suy thận mãn tính
III	Các kỹ thuật trên người bệnh đái tháo đường
57	Cắt đoạn xương bàn chân
58	Nạo xương viêm
59	Tháo khớp ngón chân
60	Ghép da tự thân bằng mảnh da tròn nhỏ <5mm
61	Ghép da tự thân bằng mảnh da dài mỏng
62	Ghép da tự thân bằng mảnh da mắt lưới
63	Ghép da tự thân bằng các mảnh da lớn, dày toàn lớp da
64	Thay băng
65	Cắt lọc, lấy bỏ tổ chức hoại tử cho các nhiễm trùng bàn chân vết loét khu trú ở ngón chân.
66	Cắt lọc, lấy bỏ tổ chức hoại tử cho các nhiễm trùng bàn chân vết loét rộng < ¼ bàn chân.
67	Cắt lọc, lấy bỏ tổ chức hoại tử cho các nhiễm trùng bàn chân vết loét rộng < ½ bàn chân.
68	Cắt lọc, lấy bỏ tổ chức hoại tử cho các nhiễm trùng bàn chân vết loét rộng lan tỏa cả bàn chân.
69	Cắt lọc, lấy bỏ tổ chức hoại tử cho các nhiễm trùng phần mềm
70	Chích rạch, dẫn lưu ổ áp xe
71	Tháo móng quặp
72	Gọt chai chân (gọt nốt chai)
73	Cắt móng chân, chăm sóc móng
74	Điều trị bệnh lý vồng mạc đái tháo đường bằng laser

75	Điều trị vết loét bằng máy hút áp lực âm(VAC) (giảm áp vết loét)
76	Hướng dẫn kỹ thuật tiêm Insulin
IV	Các kỹ thuật khác
77	Chọc hút dịch điều trị nang giáp
78	Chọc hút dịch điều trị nang giáp có hướng dẫn của siêu âm
79	Chọc hút tế bào tuyến giáp
80	Chọc hút u giáp có hướng dẫn của siêu âm

PHẪU THUẬT TUYẾN NỘI TIẾT CÓ SINH THIẾT TỨC THÌ

I. ĐẠI CƯƠNG

Chẩn đoán trước mổ có một vai trò rất quan trọng, nhằm giúp cho các bác sĩ quyết định có mổ hay không, xong việc chẩn đoán đó khó đạt được sự chính xác 100%, đặc biệt trong quá trình mổ bác sĩ ngoại khoa rất cần xác định lại xem khối u đang mổ là lành tính hay u ác tính từ đó đưa ra quyết định mổ tiếp hay không và trong u ác tính thì u đã di căn chưa.

Cho đến nay kỹ thuật cắt lạnh là một phương pháp đưa ra chẩn đoán mô bệnh học nhanh nhất trong thời gian khoảng 4 phút kể từ khi nhận bệnh phẩm.

II. CHỈ ĐỊNH

Tất cả các tuyến nội tiết trong mô.

III. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- + 1 bác sĩ chuyên khoa Giải phẫu bệnh.
- + 2 kỹ thuật viên chuyên khoa Giải phẫu bệnh.

2. Phương tiện

- + Bàn, dao pha bệnh phẩm
- + Máy cắt lạnh
- + Tiêu bản
- + Thuốc nhuộm H.E hoặc Giem sa

IV. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Bệnh phẩm sau khi được chuyển đến từ khoa Ngoại dùng dao pha bệnh phẩm tìm vị trí tổn thương.
- Lấy ở tổn thương bệnh phẩm càng nhiều càng tốt xong không quá dày để bệnh phẩm đông càng nhanh càng tốt.
- Cho bệnh phẩm đã cắt vào máy cắt lạnh.
- Để bệnh phẩm đông thì chỉnh máy cắt như cắt bệnh phẩm thông thường.
- Lấy và trải bệnh phẩm đã cắt lên tiêu bản
- Nhuộm H.E hoặc Giem sa
- Đọc tổn thương trên kính hiển vi. Phân loại tổn thương tế bào học và báo cho bác sĩ ngoại khoa.

PHẪU THUẬT TUYẾN NỘI TIẾT CỐ ÁP TẾ BÀO TỨC THÌ

I. ĐẠI CƯƠNG

Chẩn đoán trước mổ có một vai trò rất quan trọng, nhằm giúp cho các bác sĩ quyết định có mổ hay không, xong việc chẩn đoán đó khó đạt được sự chính xác 100%, đặc biệt trong quá trình mổ bác sĩ ngoại khoa rất cần xác định lại xem khối u đang mổ là lành tính hay u ác tính từ đó đưa ra quyết định mổ tiếp hay không và trong u ác tính thì u đã di căn chưa.

Trong trường hợp không có máy cắt lạnh thì phương pháp áp tế bào bệnh phẩm trong mổ để xác định nhanh tổn thương là một phương pháp nhanh nhất, rẻ nhất mà hiệu quả.

II. CHỈ ĐỊNH

Tất cả các tuyến nội tiết trong mổ.

III. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- + 1 bác sĩ chuyên khoa Giải phẫu bệnh.
- + 1 kỹ thuật viên chuyên khoa Giải phẫu bệnh.

2. Phương tiện

- + Tiêu bản
- + Thuốc nhuộm H.E hoặc Giem sa

IV. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Bệnh phẩm sau khi được chuyển đến từ khoa Ngoại dùng dao pha bệnh phẩm tìm vị trí tổn thương.
- Lấy ở tổn thương bệnh phẩm càng nhiều càng tốt và trải bệnh phẩm lên tiêu bản.
- Nhuộm H.E hoặc Giem sa
- Đọc tổn thương trên kính hiển vi. Phân loại tổn thương tế bào học và báo cho bác sĩ ngoại khoa.

DẪN LƯU ÁPXE TUYẾN GIÁP

I. ĐẠI CƯƠNG

- Áp xe tuyến giáp ít gặp, tỉ lệ chiếm khoảng 1-2% trong các bệnh tuyến giáp.
- Áp xe tuyến giáp có thể ở một tuyến giáp đang bình thường hoặc trên cơ sở tuyến giáp có bướu.

Chẩn đoán:

- Hội chứng nhiễm trùng
- Tại chỗ : sưng, nóng, đỏ, đau vùng tuyến giáp, khó nuốt
- Cận lâm sàng: bạch cầu trung tính tăng, lắng máu tăng. Xét nghiệm Hormon giai đoạn đầu có tình trạng cường chức năng tuyến giáp, về sau có thể suy chức năng.
- Siêu âm tuyến giáp có ổ trống âm

II. CHỈ ĐỊNH

Giai đoạn hóa mủ

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Giai đoạn đầu viêm chưa hóa mủ

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- + 1 Bác sĩ làm thủ thuật
- + 1 Bác sĩ gây mê
- + 1 Bác sĩ phụ mổ
- + 1 điều dưỡng dụng cụ

2. Phương tiện

- + Lidocain 1% gây tê tại chỗ
- + Dao mổ thường
- + Bộ dụng cụ tiểu phẫu

3. Người bệnh

Cho an thần và giải thích cho người bệnh trước khi làm thủ thuật.

4. Hồ sơ bệnh án: Làm hồ sơ bệnh án theo mẫu qui định chung của Bộ Y tế

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ

2. Kiểm tra người bệnh

3. Thực hiện kỹ thuật

3.1. Tư thế người bệnh

- Nằm ngửa
- Hai tay để xuôi theo thân mình
- Cổ ưỡn
- Độn gối dưới 2 vai

3.2.Các bước tiến hành

- Gây tê tại chỗ bằng Lidocain 1%. Sau đó lấy dao mổ rạch tại chỗ áp xe vào ổ mủ, có thể dùng pince tách rộng và hút mủ ra.
- Làm sạch ổ áp xe bằng dung dịch betadin 1% và oxy già.
- Có thể đặt dẫn lưu tại chỗ.
- Băng vết thương lại.

VI. THEO DÕI VÀ CHĂM SÓC SAU MỔ

- Chảy máu
- Khó thở
- Dùng kháng sinh
- Nâng cao thể trạng bằng Vitamin
- Thay băng và săn sóc vết mổ đến khi lành vết thương

VII. XỬ TRÍ TAI BIẾN

- Chảy máu : mở vết trích cầm máu
- Khó thở:
 - + Thở ôxy
 - + Mở khí quản

CẮT BÁN PHẦN HAI THÙY TUYẾN GIÁP TRONG BƯỚU GIÁP ĐƠN THUẦN KHÔNG CÓ NHÂN

I. ĐẠI CƯƠNG

Bệnh bướu cổ đơn thuần hay bướu cổ bình giáp là tình trạng to ra của tuyến giáp hoặc dưới dạng lan tỏa hay dưới dạng nhân nhưng không nhiễm độc giáp hoặc thiếu năng tuyến giáp, cũng như không phải hậu quả của quá trình tự miễn dịch, viêm nhiễm hay u tân sinh tuyến giáp.

Nguyên nhân chủ yếu của bướu cổ đơn thuần là do thiếu iot hoặc các nguyên nhân môi trường khác hoặc khiếm khuyết tổng hợp hormon giáp.

Tỷ lệ bướu cổ đơn thuần trên thế giới khoảng 13% chủ yếu ở phụ nữ

Đánh giá bướu cổ dựa vào thăm khám lâm sàng, xét nghiệm chức năng tuyến giáp, chẩn đoán hình ảnh và các xét nghiệm khác nếu cần thiết.

II. CHỈ ĐỊNH

- Bướu cổ lớn gây các triệu chứng chèn ép
- Giải quyết thẩm mỹ

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Viêm giáp, cường giáp
- Kèm theo các bệnh nội khoa nặng khác không có khả năng phẫu thuật.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- + 1 bác sĩ phẫu thuật
- + 1 bác sĩ gây mê
- + 2 bác sĩ phụ mổ
- + 1 kỹ thuật viên gây mê
- + 1 điều dưỡng dụng cụ
- + 1 điều dưỡng ngoài
- + 1 hộ lý

2. Phương tiện

- + Máy gây mê
- + Dao điện
- + Dụng cụ mổ

3. Người bệnh

- Chuẩn bị người bệnh trước mổ: vào viện trước, tối dùng thuốc an thần, giải thích và ký cam kết trước mổ, vẽ cổ trước khi mổ.
- Khám và giải thích về bệnh tình cho người bệnh và người nhà người bệnh
- Làm các xét nghiệm cơ bản trước mổ

4. Hồ sơ bệnh án

Hồ sơ bệnh án theo mẫu quy định chung của Bộ Y tế

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ

2. Kiểm tra người bệnh

3. Thực hiện kỹ thuật

- **Gây mê:** Gây mê toàn thân có đặt nội khí quản hoặc gây tê đám rối cổ nông nếu không chỉ định đặt nội khí quản.

- **Tư thế người bệnh:**

- + Nằm ngửa
- + Hai tay để dạng
- + Cổ ưỡn
- + Độn gối dưới 2 vai

- **Vị trí phẫu thuật viên và phụ:**

- + Phẫu thuật viên đứng cùng bên với thùy cần phẫu thuật
- + Phụ 1: Đứng đối diện với phẫu thuật viên
- + Phụ 2 đứng cùng phía với phụ 1
- + Dụng cụ viên: đứng phía sau phẫu thuật viên

- Đường rạch da:

- + Được xác định khi người bệnh ở tư thế ngồi.
- + Vị trí ở trên hõm ức 1 cm, tốt nhất là trùng với nếp da.
- + Hướng đường mô cong lên trên.

- **Các thì trong phẫu thuật:**

Thì 1. Rạch da và bóc lộ tuyến:

- Rạch da qua lớp cơ bám da cổ, ngay phía trên các tĩnh mạch cổ trước trên lớp nông của cân cổ sâu.

- Tách vạt da: theo lớp vô mạch
- + Lên trên tới sụn giáp
- + Xuống dưới tới hõm ức.

- Tách đường giữa vén sang 2 bên đi vào tuyến giáp.

- Đi vào tuyến giáp theo đường bên (không đi theo đường giữa) là đường dọc theo bờ trước của cơ ức đòn chũm. Tách theo cân bọc cơ, từ dưới lên trên dọc theo chiều dài của cơ.

- Tách cơ vai - móng:

- Tách dọc cơ ức giáp: Theo thứ dọc của cơ bằng dao điện. Ngay phía dưới cơ là thùy tuyến giáp.

- Sau khi bộc lộ tới mặt trước của tuyến dùng kẹp cầm máu loại nhỏ phẫu tích tuyến giáp khỏi các thành phần xung quanh như: Cơ ức giáp, ức móng ở mặt bên, động mạch cảnh ở mặt sau.

Thì 2. Xử lý thương tổn:

- Sử dụng dao điện để bóc tách, cầm máu hay cắt tổ chức

- Phẫu tích cực dưới

+ Dùng kẹp cầm máu cặp nhẹ vào cực dưới của thùy nơi tổ chức lành kéo nhẹ thùy tuyến lên phía trước trên.

+ Tiếp tục kéo tuyến lên trên và vào trong để bóc tách tiếp mặt sau bên cực dưới của thùy. Đây là nơi đổ vào của động mạch giáp dưới.

+ Sau đó dùng dao điện cắt bán phần cực dưới để lại khoảng một phần ba tổ chức tuyến phía cực trên.

- Tương tự làm với thùy còn lại.

Thì 3. Đóng vết mổ khâu da:

Không cần khâu lại các cơ. Tổ chức dưới da khâu lại mũi rời bằng chỉ tiêu (vicryle 3/0). Da khâu bằng chỉ luôn tự tiêu dưới da.

VI. THEO DÕI SAU MỔ

- Chảy máu

- Nói khàn

- Tê tay chân – Con tetani

- Khó thở

- Nhiễm trùng

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Chảy máu: mở vết mổ cầm máu lại

- Nói khàn: Chống phù nề - corticoid – vitamin 3B

- Tê tay chân- Con tetani: Calcioclorid tiêm tĩnh mạch

- Khó thở:

+ Thở ôxy

+ Mở khí quản

- Nhiễm trùng: Kháng sinh, chống phù nề

5. KỸ THUẬT CẮT BÁN PHẦN MỘT THÙY TUYẾN GIÁP TRONG BƯỚU GIÁP NHÂN

I. ĐẠI CƯƠNG

Bướu giáp nhân là biểu hiện lâm sàng của nhiều bệnh lý tuyến giáp khác nhau và là một rối loạn nội tiết phổ biến nhất đặc biệt ở những vùng có thu nhận iot thấp.

Tỷ lệ bướu giáp nhân sờ thấy khoảng 4% - 5% ở những vùng có thu nhận iot bình thường, trong đó một nửa là đơn nhân và một nửa là đa nhân. Tỷ lệ bướu giáp nhân lên tới 50% nếu phát hiện bằng siêu âm hay khi mổ xác.

Đa số bướu giáp nhân là lành tính, tỷ lệ ác tính chiếm khoảng 10% - 30% trong các trường hợp bướu giáp nhân.

Đánh giá bướu giáp nhân dựa vào thăm khám lâm sàng, xét nghiệm chức năng tuyến giáp, chẩn đoán hình ảnh, xét nghiệm tế bào học.

Điều trị bướu giáp nhân phụ thuộc bệnh lý, có thể điều trị nội khoa, phẫu thuật, phóng xạ.

II. CHỈ ĐỊNH

- Nhân một thùy tuyến giáp: Chức năng tuyến giáp bình thường, xạ hình tuyến giáp nhân lạnh, xét nghiệm tế bào bướu nhân lành tính, siêu âm thấy nhân nằm ở cực dưới hay cực trên của thùy.

- Đã điều trị nội khoa nhiều không đỡ, hay không có điều kiện điều trị nội khoa.

- Có dấu hiệu chèn ép: nuốt vướng, khó nuốt hay khó thở

- Giải quyết thẩm mỹ

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Viêm giáp

- Cường giáp

- Ung thư giáp

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

+ 1 bác sĩ phẫu thuật

+ 1 bác sĩ gây mê

+ 2 bác sĩ phụ mổ

+ 1 kỹ thuật viên gây mê

+ 1 điều dưỡng dụng cụ

+ 1 điều dưỡng ngoài

+ 1 hộ lý

2. Phương tiện

+ Máy gây mê

+ Dao điện

+ Dụng cụ mổ

3. Người bệnh

- Chuẩn bị người bệnh trước mổ: vào viện trước, tối dùng thuốc an thần, giải

thích và ký cam kết trước mổ, vẽ cổ trước khi mổ.

- Khám và giải thích về bệnh tình cho người bệnh và người nhà người bệnh
- Làm các xét nghiệm cơ bản trước mổ

4. Hồ sơ bệnh án: Làm hồ sơ bệnh án theo mẫu qui định chung của Bộ Y tế

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ

2. Kiểm tra người bệnh

3. Thực hiện kỹ thuật

- **Gây mê:** Gây mê toàn thân có đặt nội khí quản hoặc gây tê đám rối cổ nông nếu chống chỉ định đặt nội khí quản.

- **Tư thế người bệnh:**

- + Nằm ngửa
- + Hai tay để dạng
- + Cổ ưỡn
- + Độn gối dưới 2 vai

- **Vị trí phẫu thuật viên và phụ:**

- + Phẫu thuật viên đứng cùng bên với thùy cần phẫu thuật
- + Phụ 1: Đứng đối diện với phẫu thuật viên
- + Phụ 2 đứng cùng phía với phụ 1
- + Dụng cụ viên: đứng phía sau phẫu thuật viên

- Đường rạch da:

- + Được xác định khi người bệnh ở tư thế ngồi.
- + Vị trí ở trên hõm ức 1 cm, tốt nhất là trùng với nếp da.
- + Hướng đường mổ cong lên trên.

- **Các thì trong phẫu thuật:**

Thì 1. Rạch da và bóc lộ tuyến:

- Rạch da qua lớp cơ bám da cổ, ngay phía trên các tĩnh mạch cổ trước trên lớp nông của cân cổ sâu.

- Tách vạt da: theo lớp vô mạch

+ Lên trên tới sụn giáp

+ Xuống dưới tới hõm ức.

- Tách đường giữa vén sang 2 bên đi vào tuyến giáp.

- Đi vào tuyến giáp theo đường bên (không đi theo đường giữa) là đường dọc theo bờ trước của cơ ức đòn chũm. Tách theo cân bọc cơ, từ dưới lên trên dọc theo chiều dài của cơ.

- Tách cơ vai - móng:

- Tách dọc cơ ức giáp: Theo thớ dọc của cơ bằng dao điện. Ngay phía dưới cơ là thùy tuyến giáp.

- Sau khi bóc lộ tới mặt trước của tuyến dùng kẹp cầm máu loại nhỏ phẫu tích tuyến giáp khỏi các thành phần xung quanh như: Cơ ức giáp, ức móng ở mặt bên, động mạch cảnh ở mặt sau.

Thì 2. Xử lý thương tổn:

- Sử dụng dao điện để bóc tách, cầm máu hay cắt tổ chức

- Phẫu tích cực dưới (nếu nhân ở cực dưới)

+ Dùng kẹp cầm máu cặp nhẹ vào cực dưới của thùy nơi tổ chức lành kéo nhẹ thùy tuyến lên phía trước trên. Phải thận trọng bởi vì nếu cặp thì rất dễ làm vỡ u dẫn đến chảy máu khó cầm làm khó khăn cho quá trình bóc tách.

+ Tiếp tục kéo tuyến lên trên và vào trong để bóc tách tiếp mặt sau bên cực dưới của thùy. Đây là nơi đổ vào của động mạch giáp dưới.

+ Sau đó dùng dao điện cắt bán phần cực dưới để lại tổ chức lành cực trên. Cầm máu bằng dao điện.

- Phẫu tích cực trên (nếu nhân ở cực trên)

+ Dùng kẹp cầm máu cặp nhẹ vào mặt tuyến ở phía cực trên dùng kẹp cầm máu khác tách tuyến khỏi khí quản, đốt và cắt các mạch máu.

+ Tiếp tục phẫu tích lên phía trên tới khi quan sát thấy động mạch giáp trên. Đối với động mạch giáp trên dùng kẹp cầm máu cặp cắt và buộc mạch máu

+ Tách thành sau phía trên của thùy tuyến. Sau đó dùng dao điện cắt bán phần cực trên để lại tổ chức lành cực dưới.

- Trong quá trình bóc tách nếu thấy tuyến cận giáp trên hay thần kinh quặt ngược thì tách ra khỏi tuyến giáp nhất là bên trái

Thì 3. Đóng vết mổ khâu da:

Không cần khâu lại các cơ. Tổ chức dưới da khâu lại mũi rời bằng chỉ tiêu (vicryle 3/0). Da khâu bằng chỉ lượn tự tiêu dưới da.

VI. THEO DÕI SAU MỔ

- Chảy máu
- Nói khàn
- Tê tay chân – Con tetani
- Khó thở
- Nhiễm trùng

VII. XỬ TRÍ TAI BIẾN

- Chảy máu : mở vết mổ cầm máu lại
- Nói khàn: Chống phù nề - corticoid – vitamin 3B
- Tê tay chân – Con tetani: Calcioclorid tiêm tĩnh mạch
- Khó thở:
 - + Thở ôxy
 - + Mở khí quản
- Nhiễm trùng: Kháng sinh, chống phù nề

6. KỸ THUẬT CẮT MỘT THÙY TUYẾN GIÁP TRONG BƯỚU GIÁP NHÂN

I. ĐẠI CƯƠNG

Bướu giáp nhân là biểu hiện lâm sàng của nhiều bệnh lý tuyến giáp khác nhau và là một rối loạn nội tiết phổ biến nhất đặc biệt ở những vùng có thu nhận iot thấp.

Tỷ lệ bướu giáp nhân sờ thấy khoảng 4% - 5% ở những vùng có thu nhận iot bình thường, trong đó một nửa là đơn nhân và một nửa là đa nhân. Tỷ lệ bướu giáp nhân lên tới 50% nếu phát hiện bằng siêu âm hay khi mổ xác.

Đa số bướu giáp nhân là lành tính, tỷ lệ ác tính chiếm khoảng 10% - 30% trong các trường hợp bướu giáp nhân.

Đánh giá bướu giáp nhân dựa vào thăm khám lâm sàng, xét nghiệm chức năng tuyến giáp, chẩn đoán hình ảnh, xét nghiệm tế bào học.

Điều trị bướu giáp nhân phụ thuộc bệnh lý, có thể điều trị nội khoa, phẫu thuật, phóng xạ.

II. CHỈ ĐỊNH

- Nhân một thùy tuyến giáp, chức năng tuyến giáp bình thường, xạ hình tuyến giáp nhân lạnh, xét nghiệm tế bào bướu nhân lành tính, siêu âm thấy nhân chiếm hết thùy hay gần hết thùy.

- Đã điều trị nội khoa nhiều không đỡ, hay không có điều kiện điều trị nội khoa.

- Có dấu hiệu chèn ép: nuốt vướng, khó nuốt hay khó thở

- Giải quyết thẩm mỹ

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Viêm giáp

- Cường giáp

- Ung thư giáp

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- + 1 bác sĩ phẫu thuật
- + 1 bác sĩ gây mê
- + 2 bác sĩ phụ mổ
- + 1 kỹ thuật viên gây mê
- + 1 điều dưỡng dụng cụ
- + 1 điều dưỡng ngoài
- + 1 hộ lý

2. Phương tiện

- + Máy gây mê
- + Dao điện
- + Dụng cụ mổ

3. Người bệnh

- Chuẩn bị người bệnh trước mổ: vào viện trước, tối dùng thuốc an thần,

giải thích và ký cam kết trước mổ, vẽ cổ trước khi mổ.

- Khám và giải thích về bệnh tình cho người bệnh và người nhà người bệnh
- Làm các xét nghiệm cơ bản trước mổ

4. Hồ sơ bệnh án: Làm hồ sơ bệnh án theo mẫu qui định chung của Bộ Y tế

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ

2. Kiểm tra người bệnh

3. Thực hiện kỹ thuật

- **Gây mê:** Gây mê toàn thân có đặt nội khí quản hoặc gây tê đám rối cổ nông nếu chống chỉ định đặt nội khí quản.

- **Tư thế người bệnh:**

- + Nằm ngửa
- + Hai tay để dạng
- + Cổ uốn
- + Độn gối dưới 2 vai

- **Vị trí phẫu thuật viên và phụ:**

- + Phẫu thuật viên: Đứng cùng bên với thùy cần phẫu thuật
- + Phụ 1: Đứng đối diện với phẫu thuật viên
- + Phụ 2: Đứng cùng phía với phụ 1
- + Dụng cụ viên: đứng phía sau phẫu thuật viên

- **Đường rạch da:**

- + Được xác định khi người bệnh ở tư thế ngồi.
- + Vị trí ở trên hõm ức 1 cm, tốt nhất là trùng với nếp da.
- + Hướng đường mổ cong lên trên.

- **Các thì trong phẫu thuật:**

Thì 1- Rạch da và bóc lộ tuyến:

- Rạch da qua lớp cơ bám da cổ, ngay phía trên các tĩnh mạch cổ trước trên lớp nông của cân cổ sâu.

- Tách vạt da: theo lớp vô mạch
- + Lên trên tới sụn giáp
- + Xuống dưới tới hõm ức.

- Tách đường giữa vén sang 2 bên đi vào tuyến giáp. Trong trường hợp bướu lớn có thể cắt cơ ức giáp, ức móng

- Đi vào tuyến giáp theo đường bên (không đi theo đường giữa) là đường dọc theo bờ trước của cơ ức đòn chũm. Tách theo cân bọc cơ, từ dưới lên trên dọc theo chiều dài của cơ.

- Tách cơ vai - móng:

- Tách dọc cơ ức giáp: Theo thớ dọc của cơ bằng dao điện. Ngay phía dưới cơ là thùy tuyến giáp.

- Sau khi bóc lộ tới mặt trước của tuyến dùng kẹp cầm máu loại nhỏ phẫu tích tuyến giáp khỏi các thành phần xung quanh như: Cơ ức giáp, ức móng ở mặt bên, động mạch cảnh, tĩnh mạch cảnh ở mặt sau.

Thì 2 - Xử lý thương tổn:

- Sử dụng dao điện để bóc tách, cầm máu hay cắt tổ chức
- Phẫu tích cực dưới
 - + Dùng kẹp cầm máu cặp nhẹ vào cực dưới của thùy nơi tổ chức lành kéo nhẹ thùy tuyến lên phía trước trên. Nếu là tổ chức thì phải thận trọng bởi vì nếu cặp thì rất dễ làm vỡ u dẫn đến chảy máu khó cầm làm khó khăn cho quá trình bóc tách.
 - + Tiếp tục kéo tuyến lên trên và vào trong để bóc tách tiếp mặt sau bên cực dưới của thùy. Đây là nơi đổ vào của động mạch giáp dưới.
- Phẫu tích cực trên
 - + Dùng kẹp cầm máu cặp nhẹ vào mặt tuyến ở phía cực trên kéo lên trên ra ngoài, dùng kẹp cầm máu khác đi vào khoang vô mạch, tách tuyến khỏi khí quản, đốt và cắt các mạch máu.
 - + Tiếp tục phẫu tích lên phía trên tới khi quan sát thấy động mạch giáp trên. Đối với động mạch giáp trên dùng kẹp cầm máu cặp cắt và buộc mạch máu
 - + Tách thành sau của thùy tuyến: Tách toàn bộ phần sau ngoài của thùy sau đó xác định dây chằng Berry. Dùng dao điện cắt dây chằng Berry. Đây là thì khó nhất của cắt thùy tuyến giáp. Tiếp tục phẫu tích về phía eo tuyến để cắt bỏ eo tuyến.
 - + Tách dây thần kinh quặt ngược hay tuyến cận giáp khỏi tuyến giáp nếu thấy

Thì 3- Đóng vết mổ khâu da:

Không cần khâu lại các cơ. Tổ chức dưới da khâu lại mũi rời bằng chỉ tiêu (vicryle 3/0). Da khâu bằng chỉ luôn tự tiêu dưới da.

VI. THEO DÕI SAU MỔ

- Chảy máu
- Nói khàn
- Tê tay chân - Con tetani
- Khó thở
- Nhiễm trùng

VII. XỬ TRÍ TAI BIẾN

- Chảy máu : mở vết mổ cầm máu lại
- Nói khàn: Chống phù nề - corticoid – vitamin 3B
- Tê tay chân – Con tetani: Calciclorid tiêm tĩnh mạch
- Khó thở:
 - + Thở ôxy
 - + Mở khí quản
- Nhiễm trùng: Kháng sinh, chống phù nề

7. KỸ THUẬT CẮT BỎ PHẦN MỘT THÙY TUYẾN GIÁP VÀ LẤY NHÂN THÙY CÒN LẠI TRONG BƯỚU GIÁP NHÂN

I. ĐẠI CƯƠNG

Bướu giáp nhân là biểu hiện lâm sàng của nhiều bệnh lý tuyến giáp khác nhau và là một rối loạn nội tiết phổ biến nhất đặc biệt ở những vùng có thu nhận iot thấp.

Tỷ lệ bướu giáp nhân sờ thấy khoảng 4% - 5% ở những vùng có thu nhận iot bình thường, trong đó một nửa là đơn nhân và một nửa là đa nhân. Tỷ lệ bướu giáp nhân lên tới 50% nếu phát hiện bằng siêu âm hay khi mổ xác.

Đa số bướu giáp nhân là lành tính, tỷ lệ ác tính chiếm khoảng 10% - 30% trong các trường hợp bướu giáp nhân.

Đánh giá bướu giáp nhân dựa vào thăm khám lâm sàng, xét nghiệm chức năng tuyến giáp, chẩn đoán hình ảnh, xét nghiệm tế bào học.

Điều trị bướu giáp nhân phụ thuộc bệnh lý, có thể điều trị nội khoa, phẫu thuật, phóng xạ.

II. CHỈ ĐỊNH

- Nhân một thùy tuyến giáp, chức năng tuyến giáp bình thường, xạ hình tuyến giáp nhân lạnh, xét nghiệm tế bào bướu nhân lành tính, siêu âm thấy nhân nằm ở một cực của một thùy và nhân nhỏ dưới 1 cm ở bên thùy đối diện.

- Đã điều trị nội khoa nhiều không đỡ, hay không có điều kiện điều trị nội khoa.

- Có dấu hiệu chèn ép: nuốt vướng, khó nuốt hay khó thở

- Giải quyết thẩm mỹ

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Viêm giáp

- Cường giáp

- Ung thư giáp

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- + 1 bác sĩ phẫu thuật
- + 1 bác sĩ gây mê
- + 2 bác sĩ phụ mổ
- + 1 kỹ thuật viên gây mê
- + 1 điều dưỡng dụng cụ
- + 1 điều dưỡng ngoài
- + 1 hộ lý

2. Phương tiện

- + Máy gây mê
- + Dao điện
- + Dụng cụ mổ

3. Người bệnh

- Chuẩn bị người bệnh trước mổ: vào viện trước, tối dùng thuốc an thần, giải

thích và ký cam kết trước mổ, vẽ cổ trước khi mổ.

- Khám và giải thích về bệnh tình cho người bệnh và người nhà người bệnh
- Làm các xét nghiệm cơ bản trước mổ

4. Hồ sơ bệnh án: Làm hồ sơ bệnh án theo mẫu qui định chung của Bộ Y tế

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ

2. Kiểm tra người bệnh

3. Thực hiện kỹ thuật

- **Gây mê:** Gây mê toàn thân có đặt nội khí quản hoặc gây tê đám rối cổ nông nếu chống chỉ định đặt nội khí quản.

- **Tư thế người bệnh:**

- Nằm ngửa
- Hai tay để dạng
- Cổ ưỡn
- Độn gối dưới 2 vai

- **Vị trí phẫu thuật viên và phụ:**

- Phẫu thuật viên đứng cùng bên với thùy cần phẫu thuật

+ Phụ 1: Đứng đối diện với phẫu thuật viên

+ Phụ 2 đứng cùng phía với phụ 1

+ Dụng cụ viên: đứng phía sau phẫu thuật viên

- Đường rạch da:

+ Được xác định khi người bệnh ở tư thế ngồi.

+ Vị trí ở trên hõm ức 1 cm, tốt nhất là trùng với nếp da.

+ Hướng đường mổ cong lên trên.

- **Các thì trong phẫu thuật:**

Thì 1 – Rạch da và bóc lộ tuyến:

- Rạch da qua lớp cơ bám da cổ, ngay phía trên các tĩnh mạch cổ trước trên lớp nông của cân cổ sâu.

- Tách vạt da: theo lớp vô mạch

+ Lên trên tới sụn giáp

+ Xuống dưới tới hõm ức.

- Tách đường giữa vén sang 2 bên đi vào tuyến giáp.

- Đi vào tuyến giáp theo đường bên (không đi theo đường giữa) là đường dọc theo bờ trước của cơ ức đòn chũm. Tách theo cân bọc cơ, từ dưới lên trên dọc theo chiều dài của cơ.

- Tách cơ vai - móng:

- Tách dọc cơ ức giáp: Theo thớ dọc của cơ bằng dao điện. Ngay phía dưới cơ là thùy tuyến giáp.

- Sau khi bóc lộ tới mặt trước của tuyến dùng kẹp cầm máu loại nhỏ phẫu tích tuyến giáp khỏi các thành phần xung quanh như: Cơ ức giáp, ức móng ở mặt bên, động mạch cảnh, tĩnh mạch cảnh ở mặt sau.

Thì 2 - Xử lý thương tổn:

- Sử dụng dao điện để bóc tách, cầm máu hay cắt tổ chức

- Phẫu tích cực dưới: (Nếu nhân cực dưới)

+ Dùng kẹp cầm máu cặp nhẹ vào cực dưới của thùy nơi tổ chức lành kéo nhẹ thùy tuyến lên phía trước trên. Nếu là tổ chức thì phải thận trọng bởi vì nếu cặp thì rất dễ làm vỡ u dẫn đến chảy máu khó cầm làm khó khăn cho quá trình bóc tách.

+ Tiếp tục kéo tuyến lên trên và vào trong để bóc tách tiếp mặt sau bên cực dưới của thùy. Đây là nơi đổ vào của động mạch giáp dưới.

- Phẫu tích cực trên: (Nếu nhân ở cực trên)

+ Dùng kẹp cầm máu cặp nhẹ vào mặt tuyến ở phía cực trên lên trên ra ngoài, dùng kẹp cầm máu khác đi vào khoang vô mạch, tách tuyến khỏi khí quản, đốt và cắt các mạch máu.

+ Tiếp tục phẫu tích lên phía trên tới khi quan sát thấy động mạch giáp trên. Đối với động mạch giáp trên dùng kẹp cầm máu cặp cắt và buộc mạch máu

+ Tách thành sau của thùy tuyến: Sau đó cắt bán phần cực trên bằng dao điện

- Với thùy đối diện: Bộc lộ thùy bên có nhân, nhân nhỏ có thể dùng dao điện tách tổ chức tuyến để lấy nhân.

Thì 3 - Đóng vết mổ khâu da:

Không cần khâu lại các cơ. Tổ chức dưới da khâu lại mũi rời bằng chỉ tiêu (vicryle 3/0). Da khâu bằng chỉ luôn tự tiêu dưới da.

VI. THEO DÕI SAU MỔ

- Chảy máu
- Nói khàn
- Tê tay chân – Con tetani
- Khó thở
- Nhiễm trùng

VII. XỬ TRÍ TAI BIẾN

- Chảy máu : mở vết mổ cầm máu lại
- Nói khàn: Chống phù nề - corticoid – vitamin 3B
- Tê tay chân – Con tetani: Calcioclorid tiêm tĩnh mạch
- Khó thở:
 - + Thở ôxy
 - + Mở khí quản
- Nhiễm trùng: Kháng sinh, chống phù nề

8. KỸ THUẬT CẮT MỘT THÙY TUYẾN GIÁP VÀ LẤY NHÂN THÙY CÒN LẠI TRONG BƯỚU GIÁP NHÂN

I. ĐẠI CƯƠNG

Bướu giáp nhân là biểu hiện lâm sàng của nhiều bệnh lý tuyến giáp khác nhau và là một rối loạn nội tiết phổ biến nhất đặc biệt ở những vùng có thu nhận iot thấp.

Tỷ lệ bướu giáp nhân sờ thấy khoảng 4% - 5% ở những vùng có thu nhận iot bình thường, trong đó một nửa là đơn nhân và một nửa là đa nhân. Tỷ lệ bướu giáp nhân lên tới 50% nếu phát hiện bằng siêu âm hay khi mổ xác.

Đa số bướu giáp nhân là lành tính, tỷ lệ ác tính chiếm khoảng 10% - 30% trong các trường hợp bướu giáp nhân.

Đánh giá bướu giáp nhân dựa vào thăm khám lâm sàng, xét nghiệm chức năng tuyến giáp, chẩn đoán hình ảnh, xét nghiệm tế bào học.

Điều trị bướu giáp nhân phụ thuộc bệnh lý, có thể điều trị nội khoa, phẫu thuật, phóng xạ.

II. CHỈ ĐỊNH

- Nhân một thùy tuyến giáp, chức năng tuyến giáp bình thường, xạ hình tuyến giáp nhân lạnh, xét nghiệm tế bào bướu nhân lành tính, siêu âm thấy nhân chiếm hết hay gần hết 1 thùy và 1 nhân dưới 1 cm ở thùy bên đối diện.

- Đã điều trị nội khoa nhiều không đỡ, hay không có điều kiện điều trị nội khoa.

- Có dấu hiệu chèn ép: nuốt vướng, khó nuốt hay khó thở

- Giải quyết thẩm mỹ

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Viêm giáp

- Cường giáp

- Ung thư giáp

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- + 1 bác sĩ phẫu thuật
- + 1 bác sĩ gây mê
- + 2 bác sĩ phụ mổ
- + 1 kỹ thuật viên gây mê
- + 1 điều dưỡng dụng cụ
- + 1 điều dưỡng ngoài
- + 1 hộ lý

2. Phương tiện

- + Máy gây mê
- + Dao điện
- + Dụng cụ mổ

3. Người bệnh

- Chuẩn bị người bệnh trước mổ: vào viện trước, tối dùng thuốc an thần, giải

thích và ký cam kết trước mổ, vẽ cổ trước khi mổ.

- Khám và giải thích về bệnh tình cho người bệnh và người nhà người bệnh
- Làm các xét nghiệm cơ bản trước mổ

4. Hồ sơ bệnh án: Làm hồ sơ bệnh án theo mẫu qui định chung của Bộ Y tế

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ

2. Kiểm tra người bệnh

3. Thực hiện kỹ thuật

- **Gây mê:** Gây mê toàn thân có đặt nội khí quản hoặc gây tê đám rối cổ nông nếu chống chỉ định đặt nội khí quản.

- **Tư thế người bệnh:**

- + Nằm ngửa
- + Hai tay để dạng
- + Cổ ưỡn
- + Độn gối dưới 2 vai

- **Vị trí phẫu thuật viên và phụ:**

- + Phẫu thuật viên: Đứng cùng bên với thùy cần phẫu thuật
- + Phụ 1: Đứng đối diện với phẫu thuật viên
- + Phụ 2: Đứng cùng phía với phụ 1
- + Dụng cụ viên: đứng phía sau phẫu thuật viên

- **Đường rạch da:**

- + Được xác định khi người bệnh ở tư thế ngồi.
- + Vị trí ở trên hõm ức 1 cm, tốt nhất là trùng với nếp da.
- + Hướng đường mổ cong lên trên.

- **Các thì trong phẫu thuật:**

Thì 1 – Rạch da và bóc lộ tuyến:

- Rạch da qua lớp cơ bám da cổ, ngay phía trên các tĩnh mạch cổ trước trên lớp nông của cân cổ sâu.

- Tách vạt da: theo lớp vô mạch

+ Lên trên tới sụn giáp

+ Xuống dưới tới hõm ức.

- Tách đường giữa vén sang 2 bên đi vào tuyến giáp. Trong trường hợp bướu lớn có thể cắt cơ ức giáp, ức móng

- Đi vào tuyến giáp theo đường bên (không đi theo đường giữa) là đường dọc theo bờ trước của cơ ức đòn chũm. Tách theo cân bọc cơ, từ dưới lên trên dọc theo chiều dài của cơ.

- Tách cơ vai - móng:

- Tách dọc cơ ức giáp: Theo thớ dọc của cơ bằng dao điện. Ngay phía dưới cơ là thùy tuyến giáp.

- Sau khi bóc lộ tới mặt trước của tuyến dùng kẹp cầm máu loại nhỏ phẫu tích tuyến giáp khỏi các thành phần xung quanh như: Cơ ức giáp, ức móng ở mặt bên, động mạch cảnh, tĩnh mạch cảnh ở mặt sau.

Thì 2 - Xử lý thương tổn:

- Sử dụng dao điện để bóc tách, cầm máu hay cắt tổ chức

- Phẫu tích cực dưới
 - + Dùng kẹp cầm máu cặp nhẹ vào cực dưới của thùy nơi tổ chức lành kéo nhẹ thùy tuyến lên phía trước trên. Nếu là tổ chức thì phải thận trọng bởi vì nếu cặp thì rất dễ làm vỡ u dẫn đến chảy máu khó cầm làm khó khăn cho quá trình bóc tách.
 - + Tiếp tục kéo tuyến lên trên và vào trong để bóc tách tiếp mặt sau bên cực dưới của thùy. Đây là nơi đổ vào của động mạch giáp dưới.
- Phẫu tích cực trên
 - + Dùng kẹp cầm máu cặp nhẹ vào mặt tuyến ở phía cực trên kéo lên trên ra ngoài, dùng kẹp cầm máu khác đi vào khoang vô mạch, tách tuyến khỏi khí quản, đốt và cắt các mạch máu.
 - + Tiếp tục phẫu tích lên phía trên tới khi quan sát thấy động mạch giáp trên. Đối với động mạch giáp trên dùng kẹp cầm máu cặp cắt và buộc mạch máu
 - + Tách thành sau của thùy tuyến: Tách toàn bộ phần sau ngoài của thùy sau đó xác định dây chằng Berry.
 - Trường hợp cắt thùy tuyến: Dùng dao điện cắt dây chằng Berry. Đây là thì khó nhất của cắt thùy tuyến giáp. Tiếp tục phẫu tích về phía eo tuyến để cắt bỏ eo tuyến.
 - Trường hợp lấy nhân thùy đối diện: Bộc lộ thùy bên có nhân, dùng dao điện tách tổ chức tuyến để lấy nhân.

Thì 3 - Đóng vết mổ khâu da:

Không cần khâu lại các cơ. Tổ chức dưới da khâu lại mũi rìi bằng chỉ tiêu (vicryle 3/0). Da khâu bằng chỉ luôn tự tiêu dưới da.

VI. THEO DÕI SAU MỔ

- Chảy máu
- Nói khàn
- Tê tay chân – Cơn tetani
- Khó thở
- Nhiễm trùng

VII. XỬ TRÍ TAI BIẾN

- Chảy máu : mở vết mổ cầm máu lại
- Nói khàn: Chống phù nề - corticoid – vitamin 3B
- Tê tay chân – Cơn tetani: Calciclorid tiêm tĩnh mạch
- Khó thở:
 - + Thở ôxy
 - + Mở khí quản
- Nhiễm trùng: Kháng sinh, chống phù nề

9. KỸ THUẬT CẮT BÁN PHẦN HAI THÙY TUYẾN GIÁP TRONG BƯỚU GIÁP ĐA NHÂN

I. ĐẠI CƯƠNG

Bướu giáp nhân là biểu hiện lâm sàng của nhiều bệnh lý tuyến giáp khác nhau và là một rối loạn nội tiết phổ biến nhất đặc biệt ở những vùng có thu nhận iot thấp.

Tỷ lệ bướu giáp nhân sờ thấy khoảng 4% - 5% ở những vùng có thu nhận iot bình thường, trong đó một nửa là đơn nhân và một nửa là đa nhân. Tỷ lệ bướu giáp nhân lên tới 50% nếu phát hiện bằng siêu âm hay khi mổ xác.

Đa số bướu giáp nhân là lành tính, tỷ lệ ác tính chiếm khoảng 10% - 30% trong các trường hợp bướu giáp nhân.

Đánh giá bướu giáp nhân dựa vào thăm khám lâm sàng, xét nghiệm chức năng tuyến giáp, chẩn đoán hình ảnh, xét nghiệm tế bào học.

Điều trị bướu giáp nhân phụ thuộc bệnh lý, có thể điều trị nội khoa, phẫu thuật, phóng xạ.

II. CHỈ ĐỊNH

- Nhiều nhân ở cả 2 thùy tuyến giáp: chức năng tuyến giáp bình thường, xạ hình tuyến giáp nhân lạnh, xét nghiệm tế bào bướu nhân lành tính, siêu âm thấy nhân nằm ở các cực của cả 2 thùy tuyến giáp.

- Đã điều trị nội khoa nhiều không đỡ, hay không có điều kiện điều trị nội khoa.

- Có dấu hiệu chèn ép: nuốt vướng, khó nuốt hay khó thở

- Giải quyết thẩm mỹ

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Viêm giáp

- Cường giáp

- Ung thư giáp

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

+ 1 bác sĩ phẫu thuật

+ 1 bác sĩ gây mê

+ 2 bác sĩ phụ mổ

+ 1 kỹ thuật viên gây mê

+ 1 điều dưỡng dụng cụ

+ 1 điều dưỡng ngoài

+ 1 hộ lý

2. Phương tiện

+ Máy gây mê

+ Dao điện

+ Dụng cụ mổ

3. Người bệnh

- Chuẩn bị người bệnh trước mổ: vào viện trước, tối dùng thuốc an thần,

giải thích và ký cam kết trước mổ, vẽ cổ trước khi mổ.

- Khám và giải thích về bệnh tình cho người bệnh và người nhà người bệnh
- Làm các xét nghiệm cơ bản trước mổ

4. Hồ sơ bệnh án: Làm hồ sơ bệnh án theo mẫu qui định chung của Bộ Y tế

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ

2. Kiểm tra người bệnh

3. Thực hiện kỹ thuật

- **Gây mê:** Gây mê toàn thân có đặt nội khí quản hoặc gây tê đám rối cổ nông nếu chống chỉ định đặt nội khí quản.

- **Tư thế người bệnh:**

- + Nằm ngửa
- + Hai tay để dạng
- + Cổ ưỡn
- + Độn gối dưới 2 vai

- **Vị trí phẫu thuật viên và phụ:**

- + Phẫu thuật viên đứng cùng bên với thùy cần phẫu thuật
- + Phụ 1: Đứng đối diện với phẫu thuật viên
- + Phụ 2 đứng cùng phía với phụ 1
- + Dụng cụ viên: đứng phía sau phẫu thuật viên

- Đường rạch da:

- + Được xác định khi người bệnh ở tư thế ngồi.
- + Vị trí ở trên hõm ức 1 cm, tốt nhất là trùng với nếp da.
- + Hướng đường mổ cong lên trên.

- **Các thì trong phẫu thuật:**

Thì 1 – Rạch da và bóc lộ tuyến:

- Rạch da qua lớp cơ bám da cổ, ngay phía trên các tĩnh mạch cổ trước trên lớp nông của cân cổ sâu.

- Tách vạt da: theo lớp vô mạch

- + Lên trên tới sụn giáp
- + Xuống dưới tới hõm ức.

- Tách đường giữa vén sang 2 bên đi vào tuyến giáp. Trong trường hợp bướu lớn có thể cắt cơ ức giáp, ức móng

- Đi vào tuyến giáp theo đường bên (không đi theo đường giữa) là đường dọc theo bờ trước của cơ ức đòn chũm. Tách theo cân bọc cơ, từ dưới lên trên dọc theo chiều dài của cơ.

- Tách cơ vai - móng:

- Tách dọc cơ ức giáp: Theo thớ dọc của cơ bằng dao điện. Ngay phía dưới cơ là thùy tuyến giáp.

- Sau khi bóc lộ tới mặt trước của tuyến dùng kẹp cầm máu loại nhỏ phẫu tích tuyến giáp khỏi các thành phần xung quanh như: Cơ ức giáp, ức móng ở mặt bên, động mạch cảnh, tĩnh mạch cảnh ở mặt sau.

Thì 2 – Xử lý thương tổn:

- Sử dụng dao điện để bóc tách, cầm máu hay cắt tổ chức

- Phẫu tích cực dưới (Nếu nhân ở cực dưới)
 - + Dùng kẹp cầm máu cặp nhẹ vào cực dưới của thùy nơi tổ chức lành kéo nhẹ thùy tuyến lên phía trước trên. Nếu là tổ chức thì phải thận trọng bởi vì nếu cặp thì rất dễ làm vỡ u dẫn đến chảy máu khó cầm làm khó khăn cho quá trình bóc tách.
 - + Tiếp tục kéo tuyến lên trên và vào trong để bóc tách tiếp mặt sau bên cực dưới của thùy. Đây là nơi đổ vào của động mạch giáp dưới.
 - + Dùng dao điện cắt bán phần cực dưới tuyến giáp
 - Phẫu tích cực trên (Nếu nhân ở cực trên)
 - + Dùng kẹp cầm máu cặp nhẹ vào mặt tuyến ở phía cực trên kéo ra ngoài, lên trên, dùng kẹp cầm máu khác đi vào khoang vô mạch, tách tuyến khỏi khí quản, đốt và cắt các mạch máu.
 - + Tiếp tục phẫu tích lên phía trên tới khi quan sát thấy động mạch giáp trên. Đối với động mạch giáp trên dùng kẹp cầm máu cặp cắt và buộc mạch máu.
 - + Tách thành sau phía trên của thùy tuyến: Sau đó dùng dao điện cắt bán phần cực trên để lại tổ chức lành cực dưới.
 - + Tách dây thần kinh quặt ngược hay tuyến cận giáp nếu thấy
 - Tùy theo vị trí nhân cực trên hay cực dưới mà ta dùng dao điện cắt bán phần 2 thùy để lại cực trên hay cực dưới.
 - Đặt dẫn lưu hoặc không tùy trường hợp

Thì 3 – Đóng vết mổ khâu da:

Không cần khâu lại các cơ. Tổ chức dưới da khâu lại mũi rùi bằng chỉ tiêu (vicryle 3/0). Da khâu bằng chỉ luôn tự tiêu dưới da.

VI. THEO DÕI SAU MỔ

- Chảy máu
- Nói khàn
- Tê tay chân – Con tetani
- Khó thở
- Nhiễm trùng

VII. XỬ TRÍ TAI BIẾN

- Chảy máu : mở vết mổ cầm máu lại
- Nói khàn: Chống phù nề - corticoid – vitamin 3B
- Tê tay chân – Con tetani: Calcioclorid tiêm tĩnh mạch
- Khó thở:
 - + Thở ôxy
 - + Mở khí quản
- Nhiễm trùng: Kháng sinh, chống phù nề

10. KỸ THUẬT CẮT TOÀN BỘ TUYẾN GIÁP TRONG BƯỚU GIÁP ĐA NHÂN

I. ĐẠI CƯƠNG

Bướu giáp nhân là biểu hiện lâm sàng của nhiều bệnh lý tuyến giáp khác nhau và là một rối loạn nội tiết phổ biến nhất đặc biệt ở những vùng có thu nhận iot thấp.

Tỷ lệ bướu giáp nhân sờ thấy khoảng 4% - 5% ở những vùng có thu nhận iot bình thường, trong đó một nửa là đơn nhân và một nửa là đa nhân. Tỷ lệ bướu giáp nhân lên tới 50% nếu phát hiện bằng siêu âm hay mổ.

Đa số bướu giáp nhân là lành tính, tỷ lệ ác tính chiếm khoảng 10% - 30% trong các trường hợp bướu giáp nhân.

Đánh giá bướu giáp nhân dựa vào thăm khám lâm sàng, xét nghiệm chức năng tuyến giáp, chẩn đoán hình ảnh, xét nghiệm tế bào học.

Điều trị bướu giáp nhân phụ thuộc bệnh lý, có thể điều trị nội khoa, phẫu thuật, phóng xạ.

II. CHỈ ĐỊNH

- Nhiều nhân ở cả 2 thùy tuyến giáp: chức năng tuyến giáp bình thường, xạ hình tuyến giáp nhân lạnh, xét nghiệm tế bào bướu nhân lành tính, siêu âm thấy nhân nằm ở các cực của cả 2 thùy tuyến giáp.

- Đã điều trị nội khoa nhiều không đỡ, hay không có điều kiện điều trị nội khoa.

- Có dấu hiệu chèn ép: nuốt vướng, khó nuốt hay khó thở

- Giải quyết thẩm mỹ

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Viêm giáp

- Cường giáp

- Ung thư giáp

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

+ 1 bác sĩ phẫu thuật

+ 1 bác sĩ gây mê

+ 2 bác sĩ phụ mổ

+ 1 kỹ thuật viên gây mê

+ 1 điều dưỡng dụng cụ

+ 1 điều dưỡng ngoài

+ 1 hộ lý

2. Phương tiện

+ Máy gây mê

+ Dao điện

+ Dụng cụ mổ

3. Người bệnh

- Chuẩn bị người bệnh trước mổ: vào viện trước, tối dùng thuốc an thần, giải thích và ký cam kết trước mổ, vẽ cỏ trước khi mổ.

- Khám và giải thích về bệnh tình cho người bệnh và người nhà người bệnh

- Làm các xét nghiệm cơ bản trước mổ

4. Hồ sơ bệnh án: Làm hồ sơ bệnh án theo mẫu qui định chung của Bộ Y tế

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ

2. Kiểm tra người bệnh

3. Thực hiện kỹ thuật

- **Gây mê:** Gây mê toàn thân có đặt nội khí quản hoặc gây tê đám rối cổ nông nếu chống chỉ định đặt nội khí quản.

- **Tư thế người bệnh:**

+ Nằm ngửa

+ Hai tay để dạng

+ Cổ ưỡn

+ Độn gối dưới 2 vai

- **Vị trí phẫu thuật viên và phụ:**

+ Phẫu thuật viên: Đứng cùng bên với thùy cần phẫu thuật

+ Phụ 1: Đứng đối diện với phẫu thuật viên

+ Phụ 2: Đứng cùng phía với phụ 1

+ Dụng cụ viên: đứng phía sau phẫu thuật viên

- Đường rạch da:

+ Được xác định khi người bệnh ở tư thế ngồi.

+ Vị trí ở trên hõm ức 1 cm, tốt nhất là trùng với nếp da.

+ Hướng đường mổ cong lên trên.

- **Các thì trong phẫu thuật:**

Thì 1 – Rạch da và bóc lộ tuyến:

- Rạch da qua lớp cơ bám da cổ, ngay phía trên các tĩnh mạch cổ trước trên lớp nông của cân cổ sâu.

- Tách vạt da: theo lớp vô mạch

+ Lên trên tới sụn giáp

+ Xuống dưới tới hõm ức.

- Tách đường giữa vén sang 2 bên đi vào tuyến giáp. Trong trường hợp bướu lớn có thể cắt cơ ức giáp, ức móng

- Đi vào tuyến giáp theo đường bên (không đi theo đường giữa) là đường dọc theo bờ trước của cơ ức đòn chũm. Tách theo cân bóc cơ, từ dưới lên trên dọc theo chiều dài của cơ.

- Tách cơ vai - móng:

- Tách dọc cơ ức giáp: Theo thớ dọc của cơ bằng dao điện. Ngay phía dưới cơ là thùy tuyến giáp.

- Sau khi bóc lộ tới mặt trước của tuyến dùng kẹp cầm máu loại nhỏ phẫu tích tuyến giáp khỏi các thành phần xung quanh như: Cơ ức giáp, ức móng ở mặt bên, động mạch cảnh, tĩnh mạch cảnh ở mặt sau.

Thì 2 - Xử lý thương tổn:

- Sử dụng dao điện để bóc tách, cầm máu hay cắt tổ chức
- Phẫu tích cực dưới
 - + Dùng kẹp cầm máu cặp nhẹ vào cực dưới của thùy nơi tổ chức lành kéo nhẹ thùy tuyến lên phía trước trên. Nếu là tổ chức thì phải thận trọng bởi vì nếu cặp thì rất dễ làm vỡ u dẫn đến chảy máu khó cầm làm khó khăn cho quá trình bóc tách.
 - + Tiếp tục kéo tuyến lên trên và vào trong để bóc tách tiếp mặt sau bên cực dưới của thùy. Đây là nơi đổ vào của động mạch giáp dưới.
- Phẫu tích cực trên
 - + Dùng kẹp cầm máu cặp nhẹ vào mặt tuyến ở phía cực trên kéo lên trên, ra ngoài, dùng kẹp cầm máu khác đi vào khoang vô mạch, tách tuyến khỏi khí quản, đốt và cắt các mạch máu.
 - + Tiếp tục phẫu tích lên phía trên tới khi quan sát thấy động mạch giáp trên. Đối với động mạch giáp trên dùng kẹp cầm máu cặp cắt và buộc mạch máu
 - + Tách thành sau của thùy tuyến: Tách toàn bộ phần sau ngoài của thùy sau đó xác định dây chằng Berry. Tiếp tục phẫu tích về phía eo tuyến để cắt bỏ eo tuyến.
 - + Tách tuyến cận giáp và dây thần kinh quặt ngược
- Cắt toàn bộ thùy
- Phẫu tích và cắt thùy còn lại như đã làm với thùy đối diện.
- Đặt dẫn lưu tại chỗ

Thì 3 – Đóng vết mổ khâu da:

Không cần khâu lại các cơ. Tổ chức dưới da khâu lại mũi rìi bằng chỉ tiêu (vicryle 3/0). Da khâu bằng chỉ luôn tự tiêu dưới da.

VI. THEO DÕI SAU MỔ

- Chảy máu
- Nói khàn
- Tê tay chân - Cơn tetani
- Khó thở
- Nhiễm trùng

VII. XỬ TRÍ TAI BIẾN

- Chảy máu : mở vết mổ cầm máu lại
- Nói khàn: Chống phù nề - corticoid - vitamin 3B
- Tê tay chân - Cơn tetani: Calciclorid tiêm tĩnh mạch
- Khó thở:
 - + Thở ôxy
 - + Mở khí quản
- Nhiễm trùng: Kháng sinh, chống phù nề

11. KỸ THUẬT CẮT MỘT THÙY TUYẾN GIÁP TRONG BƯỚU GIÁP NHÂN ĐỘC

I. ĐẠI CƯƠNG

- Bướu đơn nhân độc (Solitary toxic adenoma) là nguyên nhân gây nhiễm độc giáp thay đổi khác nhau trên thế giới. Ở những vùng đủ Iot, bướu đơn nhân độc chiếm khoảng 2% các trường hợp nhiễm độc giáp. Ở những vùng thiếu Iot, bướu đơn nhân độc chiếm hơn 30% các trường hợp nhiễm độc giáp.

- Bướu đơn nhân độc có thể xảy ra ở bất kỳ tuổi nào nhưng phổ biến nhất là tuổi 30 – 60. Nữ giới bị bệnh phổ biến hơn nam giới. Tỷ số nữ/nam dao động từ 6/1 đến 15/1.

- Chẩn đoán bệnh dựa vào lâm sàng, xét nghiệm chức năng tuyến giáp, siêu âm tuyến giáp, xạ hình tuyến giáp.

- Giải quyết bướu đơn nhân độc phụ thuộc vào tuổi người bệnh, kích thước của nhân, tình trạng nhiễm độc giáp. Có thể chỉ theo dõi sự phát triển của nhân hoặc điều trị ngoại khoa, phóng xạ.

II. CHỈ ĐỊNH

- Bướu đơn nhân độc có các triệu chứng nhiễm độc giáp, xạ hình tuyến giáp thấy nhân nóng, siêu âm có thể thấy 1 hay nhiều nhân ở 1 thùy.

- Chỉ phẫu thuật khi người bệnh đã được điều trị về bình giáp.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Viêm giáp
- Cường giáp
- Ung thư giáp

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- + 1 bác sĩ phẫu thuật
- + 1 bác sĩ gây mê
- + 2 bác sĩ phụ mổ
- + 1 kỹ thuật viên gây mê
- + 1 điều dưỡng dụng cụ
- + 1 điều dưỡng ngoài
- + 1 hộ lý

2. Phương tiện

- + Máy gây mê
- + Dao điện
- + Dụng cụ mổ

3. Người bệnh

- Người bệnh đã được điều trị bình giáp bằng kháng giáp trạng
- Vào viện trước 02 tuần uống dung dịch Lugol 1%
- Làm các xét nghiệm cơ bản – siêu âm Doppler tuyến giáp
- Ngày trước mổ: khám và giải thích về bệnh tình cho người bệnh và người nhà người bệnh cho ký cam kết trước mổ. Tắt dùng thuốc an thần. Vệ cổ trước

khi mổ.

4. Hồ sơ bệnh án: Làm hồ sơ bệnh án theo mẫu qui định chung của Bộ Y tế

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ

2. Kiểm tra người bệnh

3. Thực hiện kỹ thuật

- **Gây mê:** Gây mê toàn thân có đặt nội khí quản.

- **Tư thế người bệnh:**

+ Nằm ngửa

+ Hai tay để dạng

+ Cổ uốn

+ Độn gối dưới 2 vai

- **Vị trí phẫu thuật viên và phụ:**

- Phẫu thuật viên: Đứng cùng bên với thùy cần phẫu thuật

+ Phụ 1: Đứng đối diện với phẫu thuật viên

+ Phụ 2: Đứng dưới phụ 1

+ Dụng cụ viên: đứng phía sau phẫu thuật viên

- Đường rạch da:

+ Được xác định khi người bệnh ở tư thế ngồi.

+ Vị trí ở trên hõm ức 1 cm, tốt nhất là trùng với nếp da.

+ Hướng đường mổ cong lên trên.

- **Các thì trong phẫu thuật:**

Thì 1 - Rạch da và bóc lộ tuyến:

- Rạch da qua lớp cơ bám da cổ, ngay phía trên các tĩnh mạch cổ trước trên lớp nông của cân cổ sâu.

- Tách vạt da: theo lớp vô mạch

+ Lên trên tới sụn giáp

+ Xuống dưới tới hõm ức.

- Tách đường giữa vén sang 2 bên đi vào tuyến giáp. Trong trường hợp bướu lớn có thể cắt cơ ức giáp, ức móng

- Đi vào tuyến giáp theo đường bên, bên có nhân là đường dọc theo bờ trước của cơ ức đòn chũm. Tách theo cân bọc cơ.

- Tách cơ vai - móng:

- Tách dọc cơ ức giáp: Theo thớ dọc của cơ bằng dao điện. Ngay phía dưới cơ là thùy tuyến giáp.

- Sau khi bóc lộ tới mặt trước của tuyến dùng kẹp cầm máu phẫu tích tuyến giáp khỏi các thành phần xung quanh như: Cơ ức giáp, ức móng ở mặt bên, động mạch cảnh, tĩnh mạch cảnh ở mặt sau.

Thì 2- Xử lý thương tổn:

- Sử dụng dao điện để bóc tách, cầm máu hay cắt tổ chức

- Phẫu tích cực dưới

+ Dùng kẹp cầm máu cặp nhẹ vào cực dưới của thùy kéo nhẹ thùy tuyến lên phía trước trên. Nếu là tổ chức u thì phải thận trọng bởi vì nếu cặp thì rất dễ làm vỡ u dẫn đến chảy máu khó cầm làm khó khăn cho quá trình bóc tách.

+ Tiếp tục kéo tuyến lên trên và vào trong để bóc tách tiếp mặt sau bên cực dưới của thùy. Đây là nơi đổ vào động mạch giáp dưới.

- Phẫu tích cực trên

+ Cực trên tuyến giáp liên quan mật thiết với dây thần kinh thanh quản trên và tuyến cận giáp trên nên việc phẫu tích phải hết sức nhẹ nhàng.

+ Dùng kẹp cầm máu cặp nhẹ vào mặt tuyến ở phía cực trên kéo lên trên, ra ngoài, dùng kẹp cầm máu khác đi vào khoang vô mạch, tách tuyến khỏi khí quản, đốt và cắt các mạch máu.

+ Tiếp tục phẫu tích lên phía trên tới khi quan sát thấy động mạch giáp trên. Nguyên tắc này còn tránh gây tổn thương động mạch nuôi tuyến cận giáp. Đối với động mạch giáp trên dùng kẹp cầm máu cặp cắt và buộc mạch máu.

+ Cắt toàn bộ thùy tuyến.

- Đặt dẫn lưu hoặc không tùy trường hợp

Thì 3 - Đóng vết mổ khâu da:

Không cần khâu lại các cơ. Tổ chức dưới da khâu lại mũi rời bằng chỉ tiêu (vicryle 3/0). Da khâu bằng chỉ lượn tự tiêu dưới da.

VI. THEO DÕI SAU MỔ

- Chảy máu
- Nói khàn
- Tê tay chân - Con tetani
- Khó thở
- Nhiễm trùng

VII. XỬ TRÍ TAI BIẾN

- Chảy máu : mở vết mổ cầm máu lại
- Nói khàn: Chống phù nề - corticoid – vitamin 3B
- Tê tay chân- Con tetani: Calcioclorid tiêm tĩnh mạch
- Khó thở:
 - + Thở ôxy
 - + Mở khí quản
- Nhiễm trùng: Kháng sinh, chống phù nề

12. KỸ THUẬT CẮT TOÀN BỘ TUYẾN GIÁP TRONG BƯỚU GIÁP ĐA NHÂN ĐỘC

I. ĐẠI CƯƠNG

- Bướu đa nhân độc (toxic multinodular goiter) là nguyên nhân gây nhiễm độc phổ biến ở những vùng có thu nhận iot thấp, có nơi lên tới 75%, nhưng rất ít ở những vùng thu nhận đủ iot, khoảng 5%.

- Bệnh thường phát triển từ từ, từ một hoặc một vài nang có khả năng hoạt động và phát triển hoặc các nang khác hình thành các nhân giáp, lúc đầu là bướu cổ đa nhân không độc, sau đó là bướu cổ đa nhân độc.

- Bệnh chủ yếu xảy ra ở người trưởng thành (28%), ít gặp ở trẻ em (0,5%).
Lứa tuổi phổ biến nhất từ 56 – 65 tuổi

- Chẩn đoán bệnh dựa vào lâm sàng, xét nghiệm chức năng tuyến giáp, siêu âm tuyến giáp, xạ hình tuyến giáp.

- Điều trị phẫu thuật được lựa chọn chính, tuy nhiên điều trị xạ cho những trường hợp này cũng được áp dụng.

II. CHỈ ĐỊNH

- Bướu đa nhân độc có những triệu chứng nhiễm độc giáp, xạ hình tuyến giáp nhân nóng ở cả 2 bên thùy.

- Chỉ phẫu thuật khi người bệnh đã được điều trị về bình giáp.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Viêm giáp
- Cường giáp
- Ung thư giáp

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- + 1 bác sĩ phẫu thuật
- + 1 bác sĩ gây mê
- + 2 bác sĩ phụ mổ
- + 1 kỹ thuật viên gây mê
- + 1 điều dưỡng dụng cụ
- + 1 điều dưỡng ngoài
- + 1 hộ lý

2. Phương tiện

- + Máy gây mê
- + Dao điện
- + Dụng cụ mổ

3. Người bệnh

- Người bệnh đã được điều trị bình giáp bằng kháng giáp trạng
- Vào viện trước 02 tuần uống dung dịch Lugol 1%
- Làm các xét nghiệm cơ bản – siêu âm Doppler tuyến giáp
- Ngày trước mổ: khám và giải thích về bệnh tình cho người bệnh và người nhà người bệnh cho ký cam kết trước mổ. Tối dùng thuốc an thần. Vệ cổ trước

khi mổ.

4. Hồ sơ bệnh án: Làm hồ sơ bệnh án theo mẫu qui định chung của Bộ Y tế

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ

2. Kiểm tra người bệnh

3. Thực hiện kỹ thuật

- **Gây mê:** Gây mê toàn thân có đặt nội khí quản.

- **Tư thế người bệnh:**

+ Nằm ngửa

+ Hai tay để dạng

+ Cổ uốn

+ Độn gối dưới 2 vai

- **Vị trí phẫu thuật viên và phụ:**

+ Phẫu thuật viên: Đứng cùng bên với thùy cần phẫu thuật

+ Phụ 1: Đứng đối diện với phẫu thuật viên

+ Phụ 2: Đứng dưới phụ 1

+ Dụng cụ viên: đứng phía sau phẫu thuật viên

- Đường rạch da:

+ Được xác định khi người bệnh ở tư thế ngồi.

+ Vị trí ở trên hõm ức 1 cm, tốt nhất là trùng với nếp da.

+ Hướng đường mổ cong lên trên.

- **Các thì trong phẫu thuật:**

Thì 1 – Rạch da và bóc lộ tuyến:

- Rạch da qua lớp cơ bám da cổ, ngay phía trên các tĩnh mạch cổ trước trên lớp nông của cân cổ sâu.

- Tách vạt da: theo lớp vô mạch

+ Lên trên tới sụn giáp

+ Xuống dưới tới hõm ức.

- Đi vào tuyến giáp theo đường bên (không đi theo đường giữa) là đường dọc theo bờ trước của cơ ức đòn chũm. Tách theo cân bọc cơ.

- Tách cơ vai - móng:

- Tách dọc cơ ức giáp: Theo thớ dọc của cơ bằng dao điện. Ngay phía dưới cơ là thùy tuyến giáp.

- Sau khi bóc lộ tới mặt trước của tuyến dùng kẹp cầm máu phẫu tích tuyến giáp khỏi các thành phần xung quanh như: Cơ ức giáp, ức móng ở mặt bên, động mạch cảnh, tĩnh mạch cảnh ở mặt sau.

Thì 2- Xử lý thương tổn:

- Sử dụng dao điện để bóc tách, cầm máu hay cắt tổ chức

- Phẫu tích cực dưới

+ Dùng kẹp cầm máu cặp nhẹ vào cực dưới của thùy kéo nhẹ thùy tuyến lên phía trước trên. Nếu là tổ chức u thì phải thận trọng bởi vì nếu cặp thì rất dễ làm vỡ u dẫn đến chảy máu khó cầm làm khó khăn cho quá trình bóc tách.

- Phẫu tích cực trên

+ Dùng kẹp cầm máu cặp nhẹ vào mặt tuyến ở phía cực trên kéo lên trên, ra ngoài, dùng kẹp cầm máu khác đi vào khoang vô mạch, tách tuyến khỏi khí quản, đốt và cắt các mạch máu.

+ Cực trên tuyến giáp liên quan mật thiết với dây thần kinh thanh quản trên và tuyến cận giáp trên nên việc phẫu tích phải hết sức nhẹ nhàng.

+ Tiếp tục phẫu tích lên phía trên tới khi quan sát thấy động mạch giáp trên. Nguyên tắc này còn tránh gây tổn thương động mạch nuôi tuyến cận giáp. Đối với động mạch giáp trên dùng kẹp cầm máu cặp cắt và buộc mạch máu.

+ Cắt toàn bộ thùy tuyến.

- Phẫu tích thùy còn lại như đã làm với thùy đối diện.

- Đặt dẫn lưu hay không tùy trường hợp

Thì 3 - Đóng vết mổ khâu da:

Không cần khâu lại các cơ. Tổ chức dưới da khâu lại mũi rờn bằng chỉ tiêu (vicryle 3/0). Da khâu bằng chỉ luôn tự tiêu dưới da.

VI. THEO DÕI SAU MỔ

- Chảy máu
- Nổi khan
- Tê tay chân – Con tetani
- Khó thở
- Nhiễm trùng

VII. XỬ TRÍ TAI BIẾN

- Chảy máu : mở vết mổ cầm máu lại
- Nổi khan: Chống phù nề - corticoid – vitamin 3B
- Tê tay chân – Con tetani: Calciclorid tiêm tĩnh mạch
- Khó thở:
 - + Thở ôxy
 - + Mở khí quản
- Nhiễm trùng: Kháng sinh, chống phù nề

13. KỸ THUẬT CẮT GẦN TOÀN BỘ TUYẾN GIÁP TRONG BASEDOW

I. ĐẠI CƯƠNG

- Bệnh Basedow I là bệnh cường chức năng, phì đại và cường sản tuyến giáp. Những biến đổi bệnh lý trong các cơ quan và tổ chức là do Hormon tiết quá nhiều vào trong máu. Bản chất của bệnh Basedow cho đến nay được xác định là một bệnh tự miễn dịch.

- Là bệnh phổ biến nhất gây nhiễm độc giáp.

- Chẩn đoán bệnh dựa vào lâm sàng, xét nghiệm chức năng tuyến giáp, siêu âm tuyến giáp, xạ hình tuyến giáp.

- Hiện nay có 3 phương pháp điều trị bệnh Basedow là điều trị nội khoa, điều trị xạ I^{131} và điều trị ngoại khoa. Mỗi phương pháp có những ưu nhược điểm riêng và chỉ định phù hợp.

II. CHỈ ĐỊNH

- Bệnh Basedow bướu giáp lan tỏa không dung nạp với kháng giáp trạng tổng hợp

- Bệnh Basedow có bướu lớn lan tỏa ảnh hưởng thẩm mỹ, có dấu hiệu chèn ép: nuốt vướng, khó nuốt hay khó thở

- Bệnh Basedow điều trị không ổn định, hay tái phát

- Bệnh nhân Basedow không có điều kiện điều trị nội khoa lâu dài

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Bệnh Basedow tái phát sau phẫu thuật

- Bệnh Basedow lồi mắt nặng

- Bệnh Basedow có đa nhân ở cả 2 thùy

- Bệnh Basedow suy tim nặng

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- + 1 bác sĩ phẫu thuật
- + 1 bác sĩ gây mê
- + 2 bác sĩ phụ mổ
- + 1 kỹ thuật viên gây mê
- + 1 điều dưỡng dụng cụ
- + 1 điều dưỡng ngoài
- + 1 hộ lý

2. Phương tiện

- + Máy gây mê
- + Dao điện
- + Dụng cụ mổ

3. Người bệnh

- Người bệnh được điều trị bình giáp bằng kháng giáp trạng

- Vào viện trước 02 tuần uống dung dịch Lugol 1%

- Làm các xét nghiệm cơ bản – siêu âm Doppler tuyến giáp

- Ngày trước mổ: khám và giải thích về bệnh tình cho người bệnh và người

nhà người bệnh cho ký cam kết trước mổ. Tới dùng thuốc an thần. Vệ cổ trước khi mổ.

4. Hồ sơ bệnh án: Làm hồ sơ bệnh án theo mẫu qui định chung của Bộ Y tế

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ

2. Kiểm tra người bệnh

3. Thực hiện kỹ thuật

- **Gây mê:** Gây mê toàn thân có đặt nội khí quản.

- **Tư thế người bệnh:**

+ Nằm ngửa

+ Hai tay để dạng

+ Cổ uốn

+ Độn gối dưới 2 vai

- **Vị trí phẫu thuật viên và phụ:**

+ Phẫu thuật viên: Đứng cùng bên với thùy cần phẫu thuật

+ Phụ 1: Đứng đối diện với phẫu thuật viên

+ Phụ 2: Đứng dưới phụ 1

+ Dụng cụ viên: đứng phía sau phẫu thuật viên

- Đường rạch da:

+ Được xác định khi người bệnh ở tư thế ngồi.

+ Vị trí ở trên hõm ức 1 cm, tốt nhất là trùng với nếp da.

+ Hướng đường mổ cong lên trên.

- **Các thì trong phẫu thuật:**

Thì 1- Rạch da và bóc lộ tuyến:

- Rạch da qua lớp cơ bám da cổ, ngay phía trên các tĩnh mạch cổ trước trên lớp nông của cân cổ sâu.

- Tách vạt da: theo lớp vô mạch

+ Lên trên tới sụn giáp

+ Xuống dưới tới hõm ức.

- Đi vào tuyến giáp theo đường bên (không đi theo đường giữa) là đường dọc theo bờ trước của cơ ức đòn chũm. Tách theo cân bọc cơ.

- Tách cơ vai - móng:

- Tách dọc cơ ức giáp: Theo thớ dọc của cơ bằng dao điện. Ngay phía dưới cơ là thùy tuyến giáp.

- Sau khi bóc lộ tới mặt trước của tuyến dùng kẹp cầm máu phẫu tích tuyến giáp khỏi các thành phần xung quanh như: Cơ ức giáp, ức móng ở mặt bên, động mạch cảnh, tĩnh mạch cảnh ở mặt sau.

Thì 2 – Xử lý thương tổn:

- Sử dụng dao điện để bóc tách, cầm máu hay cắt tổ chức với chế độ đốt nông, cường độ lớn.

- Phẫu tích cực dưới

+ Dùng kẹp cầm máu cặp nhẹ vào cực dưới của thùy kéo nhẹ thùy tuyến lên phía trước trên, vào trong để bóc tách cực dưới và mặt sau bên cực dưới của thùy.

- Phẫu tích cực trên:

+ Dùng kẹp cầm máu cặp nhẹ vào mặt tuyến ở phía cực trên kéo lên trên, ra ngoài, dùng kẹp cầm máu khác đi vào khoang vô mạch, tách tuyến khỏi khí quản, đốt và cắt các mạch máu.

+ Cực trên tuyến giáp liên quan mật thiết với dây thần kinh thanh quản trên và tuyến cận giáp trên nên việc phẫu tích phải hết sức nhẹ nhàng.

+ Tiếp tục phẫu tích lên phía trên tới khi quan sát thấy động mạch giáp trên. Nguyên tắc này còn tránh gây tổn thương động mạch nuôi tuyến cận giáp. Đối với động mạch giáp trên dùng kẹp cầm máu cặp cắt và buộc mạch máu.

- Sau khi đã đốt và thắt các động mạch giáp trên, giáp dưới phẫu tích tuyến cận giáp, dùng dao điện cắt trực tiếp vào phần nhu mô tuyến để lại một phần nhu mô tuyến giáp có kích thước 1cm x 1,5cm x 1,5cm. Như vậy trọng lượng tuyến để lại khoảng 2,5g – 3g. Cắt tuyến song song với bề mặt của khí quản. Từ ngoài vào trong đến khí quản thì cắt eo tuyến.

- Phẫu tích và cắt thùy còn lại như đã làm với thùy đối diện.

- Đặt dẫn lưu tại chỗ

Thì 3- Đóng vết mổ khâu da:

Không cần khâu lại các cơ. Tổ chức dưới da khâu lại mũi rìi bằng chỉ tiêu (vicryle 3/0). Da khâu bằng chỉ lượn tự tiêu dưới da.

VI. THEO DÕI SAU MỔ

- Chảy máu
- Nói khàn
- Tê tay chân – Con tetani
- Khó thở
- Nhiễm trùng

VII. XỬ TRÍ TAI BIẾN

- Chảy máu: mở vết mổ cầm máu lại
- Nói khàn: Chống phù nề - corticoid – vitamin 3B
- Tê tay chân – Con tetani: Calcioclorid tiêm tĩnh mạch
- Khó thở:
 - + Thở ôxy
 - + Mở khí quản
- Nhiễm trùng: Kháng sinh, chống phù nề

14. KỸ THUẬT CẮT MỘT THÙY TUYẾN GIÁP VÀ CẮT BÁN PHẦN THÙY CÒN LẠI TRONG BASEDOW

I. ĐẠI CƯƠNG

- Bệnh Basedow I là bệnh cường chức năng, phì đại và cường sản tuyến giáp. Những biến đổi bệnh lý trong các cơ quan và tổ chức là do Hormon tiết quá nhiều vào trong máu. Bản chất của bệnh Basedow cho đến nay được xác định là một bệnh tự miễn dịch.

- Là bệnh phổ biến nhất gây nhiễm độc giáp.

- Chẩn đoán bệnh dựa vào lâm sàng, xét nghiệm chức năng tuyến giáp, siêu âm tuyến giáp, xạ hình tuyến giáp.

- Hiện nay có 3 phương pháp điều trị bệnh Basedow là điều trị nội khoa, điều trị xạ I^{131} và điều trị ngoại khoa. Mỗi phương pháp có những ưu nhược điểm riêng và chỉ định phù hợp.

II. CHỈ ĐỊNH

Bệnh Basedow có nhân 1 thùy

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Bệnh Basedow tái phát sau phẫu thuật
- Bệnh Basedow lồi mắt nặng
- Bệnh Basedow đa nhân ở cả 2 thùy
- Bệnh Basedow có nhân ung thư
- Bệnh Basedow suy tim nặng

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- + 1 bác sĩ phẫu thuật
- + 1 bác sĩ gây mê
- + 2 bác sĩ phụ mổ
- + 1 kỹ thuật viên gây mê
- + 1 điều dưỡng dụng cụ
- + 1 điều dưỡng ngoài
- + 1 hộ lý

2. Phương tiện

- + Máy gây mê
- + Dao điện
- + Dụng cụ mổ

3. Người bệnh

- Người bệnh được điều trị bình giáp bằng kháng giáp trạng
- Vào viện trước 02 tuần uống dung dịch Lugol 1%
- Làm các xét nghiệm cơ bản – siêu âm Doppler tuyến giáp
- Ngày trước mổ: khám và giải thích về bệnh tình cho người bệnh và người nhà người bệnh cho ký cam kết trước mổ. Tối dùng thuốc an thần. Vệ cổ trước khi mổ.

4. Hồ sơ bệnh án: Làm hồ sơ bệnh án theo mẫu qui định chung của Bộ Y tế

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ

2. Kiểm tra người bệnh

3. Thực hiện kỹ thuật

- **Gây mê:** Gây mê toàn thân có đặt nội khí quản.

- **Tư thế người bệnh:**

+ Nằm ngửa

+ Hai tay để dạng

+ Cổ uốn

+ Độn gối dưới 2 vai

- **Vị trí phẫu thuật viên và phụ:**

+ Phẫu thuật viên: Đứng cùng bên với thùy cần phẫu thuật

+ Phụ 1: Đứng đối diện với phẫu thuật viên

+ Phụ 2: Đứng dưới phụ 1

+ Dụng cụ viên: đứng phía sau phẫu thuật viên

- **Đường rạch da:**

+ Được xác định khi người bệnh ở tư thế ngồi.

+ Vị trí ở trên hõm ức 1 cm, tốt nhất là trùng với nếp da.

+ Hướng đường mổ cong lên trên.

- **Các thì trong phẫu thuật:**

Thì 1 - Rạch da và bóc lộ tuyến:

- Rạch da qua lớp cơ bám da cổ, ngay phía trên các tĩnh mạch cổ trước trên lớp nông của cân cổ sâu.

- Tách vạt da: theo lớp vô mạch

+ Lên trên tới sụn giáp

+ Xuống dưới tới hõm ức.

- Đi vào tuyến giáp theo đường bên (không đi theo đường giữa) là đường dọc theo bờ trước của cơ ức đòn chũm. Tách theo cân bọc cơ.

- Tách cơ vai - móng:

- Tách dọc cơ ức giáp: Theo thớ dọc của cơ bằng dao điện. Ngay phía dưới cơ là thùy tuyến giáp.

- Sau khi bóc lộ tới mặt trước của tuyến dùng kẹp cầm máu phẫu tích tuyến giáp khỏi các thành phần xung quanh như: Cơ ức giáp, ức móng ở mặt bên, động mạch cảnh, tĩnh mạch cảnh ở mặt sau.

Thì 2 - Xử lý thương tổn:

- Sử dụng dao điện để bóc tách, cầm máu hay cắt tổ chức

- Phẫu tích cực dưới

Dùng kẹp cầm máu cặp nhẹ vào cực dưới của thùy kéo nhẹ thùy tuyến lên phía trước trên, vào trong để bóc tách cực dưới và mặt sau bên cực dưới của thùy.

- Phẫu tích cực trên

+ Dùng kẹp cầm máu cặp nhẹ vào mặt tuyến ở phía cực trên kéo lên trên, ra ngoài, dùng kẹp cầm máu khác đi vào khoang vô mạch, tách tuyến khỏi khí quản, đốt và cắt các mạch máu.

+ Cột trên tuyến giáp liên quan mật thiết với dây thần kinh thanh quản trên và tuyến cận giáp trên nên việc phẫu tích phải hết sức nhẹ nhàng.

+ Tiếp tục phẫu tích lên phía trên tới khi quan sát thấy động mạch giáp trên. Tránh gây tổn thương động mạch nuôi tuyến cận giáp. Đối với động mạch giáp trên dùng kẹp cầm máu cặp cắt và buộc mạch máu.

+ Cắt toàn bộ thùy tuyến.

- Phẫu tích và cắt bán phần thùy còn lại như cắt gần toàn bộ 2 thùy và nhu mô tuyến giáp để lại khoảng 5 g.

- Đặt dẫn lưu

Thì 3- Đóng vết mổ khâu da:

Không cần khâu lại các cơ. Tổ chức dưới da khâu lại mũi rìi bằng chỉ tiêu (vicryle 3/0). Da khâu bằng chỉ luôn tự tiêu dưới da.

VI. THEO DÕI SAU MỔ

- Chảy máu
- Nói khàn
- Tê tay chân – Cơn tetani
- Khó thở
- Nhiễm trùng

VII. XỬ TRÍ TAI BIẾN

- Chảy máu : mở vết mổ cầm máu lại
- Nói khàn: Chống phù nề - corticoid – vitamin 3B
- Tê tay chân – Cơn tetani: Calci clorid tiêm tĩnh mạch
- Khó thở:
 - + Thở ôxy
 - + Mở khí quản
- Nhiễm trùng: Kháng sinh, chống phù nề

15. KỸ THUẬT CẮT TOÀN BỘ TUYẾN GIÁP TRONG BASEDOW

I. ĐẠI CƯƠNG

- Bệnh Basedow là bệnh cường chức năng, phì đại và cường sản tuyến giáp. Những biến đổi bệnh lý trong các cơ quan và tổ chức là do Hormon tiết quá nhiều vào trong máu. Bản chất của bệnh Basedow cho đến nay được xác định là một bệnh tự miễn dịch.

- Là bệnh phổ biến nhất gây nhiễm độc giáp.

- Chẩn đoán bệnh dựa vào lâm sàng, xét nghiệm chức năng tuyến giáp, siêu âm tuyến giáp, xạ hình tuyến giáp.

- Hiện nay có 3 phương pháp điều trị bệnh Basedow là điều trị nội khoa, điều trị xạ I^{131} và điều trị ngoại khoa. Mỗi phương pháp có những ưu nhược điểm riêng và chỉ định phù hợp.

II. CHỈ ĐỊNH

- Bệnh Basedow có nhân 2 thùy

- Basedow tái phát sau phẫu thuật

- Basedow tăng men gan, giảm bạch cầu hạt

- Basedow dị ứng kháng giáp trạng tổng hợp

- Basedow lồi mắt nặng

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Basedow suy tim nặng

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

+ 1 bác sĩ phẫu thuật

+ 1 bác sĩ gây mê

+ 2 bác sĩ phụ mổ

+ 1 kỹ thuật viên gây mê

+ 1 điều dưỡng dụng cụ

+ 1 điều dưỡng ngoài

+ 1 hộ lý

2. Phương tiện

+ Máy gây mê

+ Dao điện

+ Dụng cụ mổ

3. Người bệnh

- Người bệnh được điều trị bình giáp bằng kháng giáp trạng

- Vào viện trước 02 tuần uống dung dịch Lugol 1%

- Làm các xét nghiệm cơ bản – siêu âm Doppler tuyến giáp

- Ngày trước mổ: khám và giải thích về bệnh tình cho người bệnh và người nhà người bệnh cho ký cam kết trước mổ. Tới dùng thuốc an thần. Vệ cổ trước khi mổ.

4. Hồ sơ bệnh án: Làm hồ sơ bệnh án theo mẫu qui định chung của Bộ Y tế

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ

2. Kiểm tra người bệnh

3. Thực hiện kỹ thuật

- **Gây mê:** Gây mê toàn thân có đặt nội khí quản.

- **Tư thế người bệnh:**

+ Nằm ngửa

+ Hai tay để dạng

+ Cổ ưỡn

+ Độn gối dưới 2 vai

- **Vị trí phẫu thuật viên và phụ:**

+ Phẫu thuật viên: Đứng cùng bên với thùy cần phẫu thuật

+ Phụ 1: Đứng đối diện với phẫu thuật viên

+ Phụ 2: Đứng dưới phụ 1

+ Dụng cụ viên: đứng phía sau phẫu thuật viên

- **Đường rạch da:**

+ Được xác định khi người bệnh ở tư thế ngồi.

+ Vị trí ở trên hõm ức 1 cm, tốt nhất là trùng với nếp da.

+ Hướng đường mổ cong lên trên.

- **Các thì trong phẫu thuật:**

Thì 1 – Rạch da và bóc lộ tuyến:

- Rạch da qua lớp cơ bám da cổ, ngay phía trên các tĩnh mạch cổ trước trên lớp nông của cân cổ sâu.

- Tách vạt da: theo lớp vô mạch

+ Lên trên tới sụn giáp

+ Xuống dưới tới hõm ức.

- Đi vào tuyến giáp theo đường bên (không đi theo đường giữa) là đường dọc theo bờ trước của cơ ức đòn chũm. Tách theo cân bọc cơ.

- Tách cơ vai - móng:

- Tách dọc cơ ức giáp: Theo thớ dọc của cơ bằng dao điện. Ngay phía dưới cơ là thùy tuyến giáp.

- Sau khi bóc lộ tới mặt trước của tuyến dùng kẹp cầm máu phẫu tích tuyến giáp khỏi các thành phần xung quanh như: Cơ ức giáp, ức móng ở mặt bên, động mạch cảnh, tĩnh mạch cảnh ở mặt sau.

Thì 2 – Xử lý thương tổn:

- Sử dụng dao điện để bóc tách, cầm máu hay cắt tổ chức

- Phẫu tích cực dưới

Dùng kẹp cầm máu cặp nhẹ vào cực dưới của thùy kéo nhẹ thùy tuyến lên phía trước trên, vào trong để bóc tách cực dưới và mặt sau bên dưới của thùy.

- Phẫu tích cực trên

+ Dùng kẹp cầm máu cặp nhẹ vào mặt tuyến ở phía cực trên kéo lên trên, ra ngoài, dùng kẹp cầm máu khác đi vào khoang vô mạch, tách tuyến khỏi khí quản, đốt và cắt các mạch máu.

+ Cực trên tuyến giáp liên quan mật thiết với dây thần kinh thanh quản trên và tuyến cận giáp trên nên việc phẫu tích phải hết sức nhẹ nhàng.

+ Tiếp tục phẫu tích lên phía trên tới khi quan sát thấy động mạch giáp trên. Tránh gây tổn thương động mạch nuôi tuyến cận giáp. Đối với động mạch giáp trên dùng kẹp cầm máu cặp cắt và buộc mạch máu.

+ Cắt toàn bộ thùy tuyến.

- Phẫu tích và cắt thùy còn lại như đã làm với thùy đối diện.

- Đặt dẫn lưu tại chỗ

Thì 3 – Đóng vết mổ khâu da:

Không cần khâu lại các cơ. Tổ chức dưới da khâu lại mũi rời bằng chỉ tiêu (vicryle 3/0). Da khâu bằng chỉ luôn tự tiêu dưới da.

VI. THEO DÕI SAU MỔ

- Chảy máu
- Nói khàn
- Tê tay chân – Cơn tetani
- Khó thở
- Nhiễm trùng

VII. XỬ TRÍ TAI BIẾN

- Chảy máu : mở vết mổ cầm máu lại
- Nói khàn: Chống phù nề - corticoid – vitamin 3B
- Tê tay chân – Cơn tetani: Calci clorid tiêm tĩnh mạch
- Khó thở:
 - + Thở ôxy
 - + Mở khí quản
 - Nhiễm trùng: Kháng sinh, chống phù nề

16. KỸ THUẬT CẮT 1 THÙY TUYẾN GIÁP TRONG UNG THƯ TUYẾN GIÁP

I. ĐẠI CƯƠNG

- Ung thư tuyến giáp không phải là loại ung thư phổ biến, chỉ chiếm 0,74% và 2,3 % tương ứng ở nam và nữ.
- Ung thư tuyến giáp có tiên lượng tương đối tốt, tỷ lệ tử vong do Ung thư tuyến giáp chỉ chiếm 0,17% và 0,26% tương ứng ở nam và nữ trong số các trường hợp tử vong do ung thư.
- Tùy từng thể ung thư mà có các yếu tố nguy cơ, biểu hiện lâm sàng, tiên lượng bệnh... khác nhau.
- Chẩn đoán bệnh chủ yếu dựa vào xét nghiệm chọc hút kim nhỏ và tế bào học.
- Điều trị ung thư tuyến giáp tùy theo thể bệnh và giai đoạn phát triển bệnh. Điều trị phẫu thuật, iot phóng xạ/hóa chất và phối hợp hormon giáp thường được áp dụng.

II. CHỈ ĐỊNH

Người bệnh trẻ < 45 tuổi, ung thư giáp thể nhú, kích thước khối u < 1,0 cm, chưa có di căn hạch.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Kích thước khối u > 1,0 cm
- Chẩn đoán tế bào học là những thể ung thư giáp khác

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- + 1 bác sĩ phẫu thuật
- + 1 bác sĩ gây mê
- + 2 bác sĩ phụ mổ
- + 1 kỹ thuật viên gây mê
- + 1 điều dưỡng dụng cụ
- + 1 điều dưỡng ngoài
- + 1 hộ lý

2. Phương tiện

- + Máy gây mê
- + Dao điện
- + Dụng cụ mổ

3. Người bệnh

- Làm các xét nghiệm cơ bản trước mổ
- Ngày trước mổ: khám và giải thích về bệnh tình cho người bệnh và người nhà người bệnh cho ký cam kết trước mổ. Tới dùng thuốc an thần.
- Vệ cổ trước khi mổ.

4. Hồ sơ bệnh án: Làm hồ sơ bệnh án theo mẫu qui định chung của Bộ Y tế

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ

2. Kiểm tra người bệnh

3. Thực hiện kỹ thuật

- **Gây mê:** Gây mê toàn thân có đặt nội khí quản.

- **Tư thế người bệnh:**

+ Nằm ngửa

+ Hai tay để dạng

+ Cổ ưỡn

+ Độn gối dưới 2 vai

- **Vị trí phẫu thuật viên và phụ:**

+ Phẫu thuật viên: Đứng cùng bên với thùy cần phẫu thuật

+ Phụ 1: Đứng đối diện với phẫu thuật viên

+ Phụ 2: Đứng dưới phụ 1

+ Dụng cụ viên: đứng phía sau phẫu thuật viên

- **Đường rạch da:**

+ Được xác định khi người bệnh ở tư thế ngồi.

+ Vị trí ở trên hõm ức 1 cm, tốt nhất là trùng với nếp da.

+ Hướng đường mổ cong lên trên.

- **Các thì trong phẫu thuật:**

Thì 1- Rạch da và bóc lộ tuyến:

- Rạch da qua lớp cơ bám da cổ, ngay phía trên các tĩnh mạch cổ trước trên lớp nông của cân cổ sâu.

- Tách vạt da: theo lớp vô mạch

+ Lên trên tới sụn giáp

+ Xuống dưới tới hõm ức.

- Đi vào tuyến giáp theo đường bên (không đi theo đường giữa) là đường dọc theo bờ trước của cơ ức đòn chũm.

- Tách cơ vai - móng:

- Tách dọc cơ ức – giáp: Theo thớ dọc của cơ bằng dao điện. Ngay phía dưới cơ là thùy tuyến giáp.

- Sau khi bóc lộ tới mặt trước của tuyến dùng kẹp cầm máu phẫu tích tuyến giáp khỏi các thành phần xung quanh như: Cơ ức giáp, ức móng ở mặt bên, động mạch cảnh, tĩnh mạch cảnh ở mặt sau.

Thì 2 - Xử lý thương tổn:

- Phẫu tích cực dưới : Bóc tách tuyến giáp ra khỏi các tổ chức xung quanh, phẫu tích cầm máu động mạch giáp dưới, chú ý tuyến cận giáp dưới.

- Phẫu tích cực trên: Bóc tách cực trên tuyến giáp, kẹp và buộc động mạch giáp trên, chú ý tuyến cận giáp trên và dây thanh quản trên.

- Tách toàn bộ phần sau ngoài của thùy sau đó xác định dây chằng Berry.

- Xác định dây thần kinh quặt ngược, các tuyến cận giáp

- Cắt thùy tuyến giáp trên dây thần kinh quặt ngược sau khi đã tách tuyến cận giáp.

- Tiếp tục phẫu tích về eo tuyến để cắt bỏ eo tuyến.

- Đặt dẫn lưu hay không tùy từng trường hợp

Thì 3- Đóng vết mổ khâu da:

Không cần khâu lại các cơ. Tổ chức dưới da khâu lại mũi rời bằng chỉ tiêu (vicryle 3/0). Da khâu bằng chỉ luôn tự tiêu dưới da.

VI. THEO DÕI SAU MỔ

- Chảy máu
- Nói khàn
- Tê tay chân – Con tetani
- Khó thở
- Nhiễm trùng

VII. XỬ TRÍ TAI BIẾN

- Chảy máu : mở vết mổ cầm máu lại
- Nói khàn: Chống phù nề - corticoid – vitamin 3B
- Tê tay chân – Con tetani: Calcioclorid tiêm tĩnh mạch
- Khó thở:
 - + Thở ôxy
 - + Mở khí quản
- Nhiễm trùng: Kháng sinh, chống phù nề

17. KỸ THUẬT CẮT TOÀN BỘ TUYẾN GIÁP TRONG UNG THƯ TUYẾN GIÁP

I. ĐẠI CƯƠNG

- Ung thư tuyến giáp không phải là loại ung thư phổ biến, chỉ chiếm 0,74% và 2,3 % tương ứng ở nam và nữ.
- Ung thư tuyến giáp có tiên lượng tương đối tốt, tỷ lệ tử vong do Ung thư tuyến giáp chỉ chiếm 0,17% và 0,26% tương ứng ở nam và nữ trong số các trường hợp tử vong do ung thư.
- Tùy từng thể ung thư mà có các yếu tố nguy cơ, biểu hiện lâm sàng, tiên lượng bệnh... khác nhau.
- Chẩn đoán bệnh chủ yếu dựa vào xét nghiệm chọc hút kim nhỏ và tế bào học
- Điều trị ung thư tuyến giáp tùy theo thể bệnh và giai đoạn phát triển bệnh. Điều trị phẫu thuật, iot phóng xạ/hóa chất và phối hợp hormon giáp thường được áp dụng.

II. CHỈ ĐỊNH

- Ung thư giáp thể nhú, kích thước khối u > 1,0 cm, chưa có di căn hạch.
- Ung thư giáp thể nang chưa có di căn hạch
- Các loại ung thư khác không phải loại không biệt hóa

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Ung thư tuyến giáp thể biệt hóa đã có di căn hạch hay di căn xa
- Đang có bệnh nội khoa nặng không có khả năng gây mê

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- 1 bác sĩ phẫu thuật
- 1 bác sĩ gây mê
- 2 bác sĩ phụ mổ
- 1 kỹ thuật viên gây mê
- 1 điều dưỡng dụng cụ
- 1 điều dưỡng ngoài
- 1 hộ lý

2. Phương tiện

- Máy gây mê
- Dao điện
- Dụng cụ mổ

3. Người bệnh

- Làm các xét nghiệm cơ bản trước mổ
- Ngày trước mổ: khám và giải thích về bệnh tình cho người bệnh và người nhà người bệnh cho ký cam kết trước mổ. Tới dùng thuốc an thần.
- Vẽ cổ trước khi mổ.

4. Hồ sơ bệnh án: Làm hồ sơ bệnh án theo mẫu qui định chung của Bộ Y tế

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ

2. Kiểm tra người bệnh

3. Thực hiện kỹ thuật

- **Gây mê:** Gây mê toàn thân có đặt nội khí quản.

- **Tư thế người bệnh:**

+ Nằm ngửa

+ Hai tay để dạng

+ Cổ uốn

+Độn gối dưới 2 vai

- **Vị trí phẫu thuật viên và phụ:**

+ Phẫu thuật viên: Đứng cùng bên với thùy cần phẫu thuật

+ Phụ 1: Đứng đối diện với phẫu thuật viên

+Phụ 2: Đứng dưới phụ 1

+Dụng cụ viên: đứng phía sau phẫu thuật viên

- **Đường rạch da:**

+ Được xác định khi người bệnh ở tư thế ngồi.

+ Vị trí ở trên hõm ức 1 cm, tốt nhất là trùng với nếp da.

+ Hướng đường mổ cong lên trên.

Thì 1 - Rạch da và bóc lộ tuyến:

- Rạch da qua lớp cơ bám da cổ, ngay phía trên các tĩnh mạch cổ trước trên lớp nông của cân cổ sâu.

- Tách vạt da: theo lớp vô mạch

+ Lên trên tới sụn giáp

+ Xuống dưới tới hõm ức.

- Đi vào tuyến giáp theo đường bên (không đi theo đường giữa) là đường dọc theo bờ trước của cơ ức đòn chũm. Tách theo cân bọc cơ.

- Tách cơ vai - móng:

- Tách dọc cơ ức giáp: Theo thớ dọc của cơ bằng dao điện. Ngay phía dưới cơ là thùy tuyến giáp.

- Sau khi bóc lộ tới mặt trước của tuyến dùng kẹp cầm máu phẫu tích tuyến giáp khỏi các thành phần xung quanh như: Cơ ức giáp, ức móng ở mặt bên, động mạch cảnh, tĩnh mạch cảnh ở mặt sau.

Thì 2- Xử lý thương tổn:

- Phẫu tích cực dưới

+ Dùng kẹp cầm máu cặp nhẹ vào cực dưới của thùy kéo nhẹ thùy tuyến lên phía trước trên, vào trong để bóc tách cực dưới và mặt sau bên dưới của thùy.

- Phẫu tích cực trên

+ Dùng kẹp cầm máu cặp nhẹ vào mặt tuyến ở phía cực trên kéo lên trên, ra ngoài, dùng kẹp cầm máu khác đi vào khoang vô mạch, tách tuyến khỏi khí quản, đốt và cắt các mạch máu.

+ Cực trên tuyến giáp liên quan mật thiết với dây thần kinh thanh quản trên và tuyến cận giáp trên nên việc phẫu tích phải hết sức nhẹ nhàng.

+ Tiếp tục phẫu tích lên phía trên tới khi quan sát thấy động mạch giáp trên. Nguyên tắc này còn tránh gây tổn thương động mạch nuôi tuyến cận giáp. Đối với động mạch giáp trên dùng kẹp cầm máu cặp cắt và buộc mạch máu.

+ Cắt toàn bộ thùy tuyến.

- Phẫu tích và cắt thùy còn lại như bướu giáp thông thường.

- Đặt dẫn lưu tại chỗ

Thì 3 – Đóng vết mổ khâu da:

Đặt dẫn lưu tại khoang nạo vét hạch. Không cần khâu lại các cơ. Tổ chức dưới da khâu lại mũi rời bằng chỉ tiêu (vicryle 3/0). Da khâu bằng chỉ luôn tự tiêu dưới da.

VI. THEO DÕI SAU MỔ

- Chảy máu

- Nói khàn

- Tê tay chân – Con tetani

- Khó thở

- Nhiễm trùng

VII. XỬ TRÍ TAI BIẾN

- Chảy máu : mở vết mổ cầm máu lại

- Nói khàn: Chống phù nề - corticoid – vitamin 3B

- Tê tay chân – Con tetani: Calci clorid tiêm tĩnh mạch

- Khó thở:

+ Thở ôxy

+ Mở khí quản

- Nhiễm trùng: Kháng sinh, chống phù nề

18. KỸ THUẬT CẮT MỘT THÙY TUYẾN GIÁP KÈM NAO VẾT HẠCH 1 BÊN TRONG UNG THƯ TUYẾN GIÁP

I. ĐẠI CƯƠNG

Ung thư tuyến giáp không phải là loại ung thư phổ biến, chỉ chiếm 0,74% và 2,3 % tương ứng ở nam và nữ.

Ung thư tuyến giáp có tiên lượng tương đối tốt, tỷ lệ tử vong do Ung thư tuyến giáp chỉ chiếm 0,17% và 0,26% tương ứng ở nam và nữ trong số các trường hợp tử vong do ung thư.

Tùy từng thể ung thư mà có các yếu tố nguy cơ, biểu hiện lâm sàng, tiên lượng bệnh... khác nhau.

Chẩn đoán bệnh chủ yếu dựa vào xét nghiệm chọc hút kim nhỏ và tế bào học

Điều trị ung thư tuyến giáp tùy theo thể bệnh và giai đoạn phát triển bệnh. Điều trị phẫu thuật, iot phóng xạ/hóa chất và phối hợp hormon giáp thường được áp dụng.

II. CHỈ ĐỊNH

Người bệnh trẻ < 45 tuổi, ung thư giáp thể nhú, kích thước khối u < 1,0 cm, có thể di căn hạch cùng bên.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Kích thước khối u > 1,0 cm
- Chẩn đoán tế bào học là những thể ung thư giáp khác

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- 1 bác sĩ phẫu thuật
- 1 bác sĩ gây mê
- 2 bác sĩ phụ mổ
- 1 kỹ thuật viên gây mê
- 1 điều dưỡng dụng cụ
- 1 điều dưỡng ngoài
- 1 hộ lý

2. Phương tiện

- Máy gây mê
- Dao điện
- Dụng cụ mổ

3. Người bệnh

- Làm các xét nghiệm cơ bản trước mổ
- Ngày trước mổ: khám và giải thích về bệnh tình cho người bệnh và người nhà người bệnh cho ký cam kết trước mổ. Tới dùng thuốc an thần.
- Vệ cổ trước khi mổ.

4. Hồ sơ bệnh án: Làm hồ sơ bệnh án theo mẫu qui định chung của Bộ Y tế

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ

2. Kiểm tra người bệnh

3. Thực hiện kỹ thuật

- **Gây mê:** Gây mê toàn thân có đặt nội khí quản.

- **Tư thế người bệnh:**

+ Nằm ngửa

+ Hai tay để dạng

+ Cổ ưỡn

+ Độn gối dưới 2 vai

- **Vị trí phẫu thuật viên và phụ:**

+ Phẫu thuật viên: Đứng cùng bên với thùy cần phẫu thuật

+ Phụ 1: Đứng đối diện với phẫu thuật viên

+ Phụ 2: Đứng dưới phụ 1

+ Dụng cụ viên: đứng phía sau phẫu thuật viên

- **Đường rạch da:**

+ Được xác định khi người bệnh ở tư thế ngồi.

+ Vị trí ở trên hõm ức 1 cm, tốt nhất là trùng với nếp da.

+ Hướng đường mổ cong lên trên.

- **Các thì trong phẫu thuật:**

Thì 1 – Rạch da và bóc lộ tuyến:

- Rạch da qua lớp cơ bám da cổ, ngay phía trên các tĩnh mạch cổ trước trên lớp nông của cân cổ sâu.

- Tách vạt da: theo lớp vô mạch

+ Lên trên tới sụn giáp

+ Xuống dưới tới hõm ức.

- Đi vào tuyến giáp theo đường bên (không đi theo đường giữa) là đường dọc theo bờ trước của cơ ức đòn chũm.

- Tách cơ vai - móng:

- Tách dọc cơ ức giáp: Theo thớ dọc của cơ bằng dao điện. Ngay phía dưới cơ là thùy tuyến giáp.

Thì 2 – Xử lý thương tổn:

- Phẫu tích cực dưới: Bóc tách tuyến giáp ra khỏi tổ chức xung quanh, phẫu tích cầm máu động mạch giáp dưới, chú ý tuyến cận giáp dưới.

- Phẫu tích cực trên: Bóc tách cực trên tuyến giáp, kẹp và buộc động mạch giáp trên, chú ý tuyến cận giáp trên và dây thanh quản trên.

- Tách toàn bộ phần sau ngoài của thùy sau đó xác định dây chằng Berry.

- Xác định dây thần kinh quặt ngược, các tuyến cận giáp.

- Cắt thùy tuyến giáp trên dây thần kinh quặt ngược sau khi đã tách tuyến cận giáp.

- Tiếp tục phẫu tích về eo tuyến để cắt bỏ eo tuyến.

- Sau đó cắt trọn thùy và nạo vét hạch cùng bên

Thì 3 – Nạo vét hạch:

- Khoang trung tâm: Giới hạn trong là trục khí – thực quản, giới hạn ngoài là động mạch cảnh trong, giới hạn trên là sụn giáp, giới hạn dưới là trung thất trên

+ Tách dọc theo đường đi của dây thần kinh quặt ngược

+ Lấy bỏ toàn bộ hạch gồm cả tổ chức mỡ từ trên xuống dưới bao gồm các hạch trước, cạnh bên khí quản.

- Khoang bên: Giới hạn phía ngoài động mạch cảnh trong

+ Lấy bỏ toàn bộ tổ chức mỡ và hạch bảo tồn cơ ức đòn chũm, tĩnh mạch cảnh trong, dây thần kinh X và dây tủy sống

+ Chú ý bên trái bảo tồn ống ngực

Thì 4 – Đóng vết mổ khâu da:

Đặt dẫn lưu tại khoang nạo vét hạch. Không cần khâu lại các cơ. Tổ chức dưới da khâu lại mũi rời bằng chỉ tiêu (vicryle 3/0). Da khâu bằng chỉ luôn tự tiêu dưới da.

VI. THEO DÕI SAU MỔ

- Chảy máu
- Nói khàn
- Tê tay chân – Con tetani
- Khó thở
- Nhiễm trùng

VII. XỬ TRÍ TAI BIẾN

- Chảy máu : mở vết mổ cầm máu lại
- Nói khàn: Chống phù nề - corticoid - vitamin 3B
- Tê tay chân - Con tetani: Calci clorid tiêm tĩnh mạch
- Khó thở:
 - + Thở ôxy
 - + Mở khí quản
- Nhiễm trùng: Kháng sinh, chống phù nề

19. KỸ THUẬT CẮT TOÀN BỘ TUYẾN GIÁP, NẠO VẾT HẠCH 1 BÊN TRONG UNG THƯ TUYẾN GIÁP

I. ĐẠI CƯƠNG

Ung thư tuyến giáp không phải là loại ung thư phổ biến, chỉ chiếm 0,74% và 2,3 % tương ứng ở nam và nữ.

Ung thư tuyến giáp có tiên lượng tương đối tốt, tỷ lệ tử vong do Ung thư tuyến giáp chỉ chiếm 0,17% và 0,26% tương ứng ở nam và nữ trong số các trường hợp tử vong do ung thư.

Tùy từng thể ung thư mà có các yếu tố nguy cơ, biểu hiện lâm sàng, tiên lượng bệnh...khác nhau.

Chẩn đoán bệnh chủ yếu dựa vào xét nghiệm chọc hút kim nhỏ và tế bào học

Điều trị ung thư tuyến giáp tùy theo thể bệnh và giai đoạn phát triển bệnh. Điều trị phẫu thuật, iot phóng xạ/hóa chất và phối hợp hormon giáp thường được áp dụng.

II. CHỈ ĐỊNH

Người bệnh > 45 tuổi, ung thư giáp biệt hóa (thể nhú, thể nang), u trên 1cm, có hay chưa rõ có di căn hạch 1 bên.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Ung thư tuyến giáp thể biệt hóa đã có di căn hạch 2 bên hay di căn xa
- Ung thư tuyến giáp thể không biệt hóa di căn rộng.

1. Người thực hiện

- 1 bác sĩ phẫu thuật
- 1 bác sĩ gây mê
- 2 bác sĩ phụ mổ
- 1 kỹ thuật viên gây mê
- 1 điều dưỡng dụng cụ
- 1 điều dưỡng ngoài
- 1 hộ lý

2. Phương tiện

- Máy gây mê
- Dao điện
- Dụng cụ mổ

3. Người bệnh

- Làm các xét nghiệm cơ bản trước mổ
- Ngày trước mổ: khám và giải thích về bệnh tình cho người bệnh và người nhà người bệnh cho ký cam kết trước mổ. Tới dùng thuốc an thần.
- Vẽ cổ trước khi mổ.

4. Hồ sơ bệnh án: Làm hồ sơ bệnh án theo mẫu qui định chung của Bộ Y tế

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ

2. Kiểm tra người bệnh

3. Thực hiện kỹ thuật

- **Gây mê:** Gây mê toàn thân có đặt nội khí quản.

- **Tư thế người bệnh:**

- + Nằm ngửa
- + Hai tay để dạng
- + Cổ uốn
- + Độn gối dưới 2 vai

- **Vị trí phẫu thuật viên và phụ:**

- + Phẫu thuật viên: Đứng cùng bên với thùy cần phẫu thuật
- + Phụ 1: Đứng đối diện với phẫu thuật viên
- + Phụ 2: Đứng dưới phụ 1
- + Dụng cụ viên: đứng phía sau phẫu thuật viên

- **Đường rạch da:**

- + Được xác định khi người bệnh ở tư thế ngồi.
- + Vị trí ở trên hõm ức 1 cm, tốt nhất là trùng với nếp da.
- + Hướng đường mổ cong lên trên.

- **Các thì trong phẫu thuật:**

Thì 1 – Rạch da và bóc lộ tuyến:

- Rạch da qua lớp cơ bám da cổ, ngay phía trên các tĩnh mạch cổ trước trên lớp nông của cân cổ sâu.

- Tách vạt da: theo lớp vô mạch
- + Lên trên tới sụn giáp
- + Xuống dưới tới hõm ức.

- Đi vào tuyến giáp theo đường bên (không đi theo đường giữa) là đường dọc theo bờ trước của cơ ức đòn chũm.

- Tách cơ vai - móng:
- Tách dọc cơ ức – giáp

Thì 2 – Xử lý thương tổn:

- Phẫu tích cực dưới : Bóc tách tuyến giáp ra khỏi các tổ chức xung quanh, phẫu tích cầm máu động mạch giáp dưới, chú ý tuyến cận giáp dưới.

- Phẫu tích cực trên: Bóc tách cực trên tuyến giáp, kẹp và buộc động mạch giáp trên, chú ý tuyến cận giáp trên và dây thần kinh quặt ngược trên.

- Tách toàn bộ phần sau ngoài của thùy sau đó xác định dây chằng Berry.

- Xác định dây thần kinh quặt ngược, các tuyến cận giáp

- Cắt thùy tuyến giáp trên dây thần kinh quặt ngược sau khi đã tách tuyến cận giáp.

- Tiếp tục phẫu tích về eo tuyến để cắt bỏ eo tuyến. Sau đó cắt hết thùy.

- Làm tương tự với thùy còn lại.

- Sau đó nạo vét hạch cùng bên với khối u.

Thì 3 – Nạo vét hạch:

- Khoang trung tâm: Giới hạn trong là trục khí – thực quản, giới hạn ngoài là động mạch cảnh trong, giới hạn trên là sụn giáp, giới hạn dưới là trung thất trên

- + Tách dọc theo đường đi của dây thần kinh quặt ngược

+ Lấy bỏ toàn bộ hạch gồm cả tổ chức mỡ từ trên xuống dưới bao gồm các hạch trước, cạnh bên khí quản.

- Khoang bên: Giới hạn phía ngoài động mạch cảnh trong

+ Lấy bỏ toàn bộ tổ chức mỡ và hạch bảo tồn cơ ức đòn chũm, tĩnh mạch cảnh trong, dây thần kinh X và dây tủy sống

+ Chú ý bên trái bảo tồn ống ngực

Đặt dẫn lưu tại chỗ

Thì 4 – Đóng vết mổ khâu da:

Không cần khâu lại các cơ. Tổ chức dưới da khâu lại mũi rìi bằng chỉ tiêu (vicryle 3/0). Da khâu bằng chỉ luôn tự tiêu dưới da.

VI. THEO DÕI SAU MỔ

- Chảy máu
- Nói khàn
- Tê tay chân – Cơn tetani
- Khó thở
- Nhiễm trùng

VII. XỬ TRÍ TAI BIẾN

- Chảy máu : mở vết mổ cầm máu lại
- Nói khàn: Chống phù nề - corticoid – vitamin 3B
- Tê tay chân – Cơn tetani: Calcioclorid tiêm tĩnh mạch
- Khó thở:
 - + Thở ôxy
 - + Mở khí quản
 - Nhiễm trùng: Kháng sinh, chống phù nề

20. KỸ THUẬT CẮT TOÀN BỘ TUYẾN GIÁP KÈM NẠO VẾT HẠCH 2 BÊN TRONG UNG THƯ TUYẾN GIÁP

I. ĐẠI CƯƠNG

Ung thư tuyến giáp không phải là loại ung thư phổ biến, chỉ chiếm 0,74% và 2,3 % tương ứng ở nam và nữ.

Ung thư tuyến giáp có tiên lượng tương đối tốt, tỷ lệ tử vong do Ung thư tuyến giáp chỉ chiếm 0,17% và 0,26% tương ứng ở nam và nữ trong số các trường hợp tử vong do ung thư.

Tùy từng thể ung thư mà có các yếu tố nguy cơ, biểu hiện lâm sàng, tiên lượng bệnh... khác nhau.

Chẩn đoán bệnh chủ yếu dựa vào xét nghiệm chọc hút kim nhỏ và tế bào học

Điều trị ung thư tuyến giáp tùy theo thể bệnh và giai đoạn phát triển bệnh. Điều trị phẫu thuật, iot phóng xạ/hóa chất và phối hợp hormon giáp thường được áp dụng.

II. CHỈ ĐỊNH

- Ung thư giáp thể nhú và nang ở người bệnh > 45 tuổi, kích thước khối u > 1,0 cm, có di căn hạch 2 bên.

- Ung thư giáp thể tủy

- Ung thư tuyến giáp thể không biệt hóa giai đoạn sớm

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Ung thư tuyến giáp thể không biệt hóa di căn rộng

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- 1 bác sĩ phẫu thuật
- 1 bác sĩ gây mê
- 2 bác sĩ phụ mổ
- 1 kỹ thuật viên gây mê
- 1 điều dưỡng dụng cụ
- 1 điều dưỡng ngoài
- 1 hộ lý

2. Phương tiện

- Máy gây mê
- Dao điện
- Dụng cụ mổ

3. Người bệnh

- Làm các xét nghiệm cơ bản trước mổ
- Ngày trước mổ: khám và giải thích về bệnh tình cho người bệnh và người nhà người bệnh cho ký cam kết trước mổ. Tới dùng thuốc an thần.
- Vẽ cổ trước khi mổ.

4. Hồ sơ bệnh án: Làm hồ sơ bệnh án theo mẫu qui định chung của Bộ Y tế

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ

2. Kiểm tra người bệnh

3. Thực hiện kỹ thuật

- **Gây mê:** Gây mê toàn thân có đặt nội khí quản.

- **Tư thế người bệnh:**

- + Nằm ngửa
- + Hai tay để dạng
- + Cổ uốn
- + Độn gối dưới 2 vai

- **Vị trí phẫu thuật viên và phụ:**

- + Phẫu thuật viên: Đứng cùng bên với thùy cần phẫu thuật
- + Phụ 1: Đứng đối diện với phẫu thuật viên
- + Phụ 2: Đứng dưới phụ 1
- + Dụng cụ viên: đứng phía sau phẫu thuật viên

- **Đường rạch da:**

- + Được xác định khi người bệnh ở tư thế ngồi.
- + Vị trí ở trên hõm ức 1 cm, tốt nhất là trùng với nếp da.
- + Hướng đường mổ cong lên trên.

- **Các thì trong phẫu thuật:**

Thì 1 – Rạch da và bóc lộ tuyến:

- Rạch da qua lớp cơ bám da cổ, ngay phía trên các tĩnh mạch cổ trước trên lớp nông của cân cổ sâu.

- Tách vạt da: theo lớp vô mạch

+ Lên trên tới sụn giáp

+ Xuống dưới tới hõm ức.

- Đi vào tuyến giáp theo đường bên (không đi theo đường giữa) là đường dọc theo bờ trước của cơ ức đòn chũm.

- Tách cơ vai - móng:

- Tách dọc cơ ức – giáp: Theo thớ dọc của cơ bằng dao điện. Ngay phía dưới cơ là thùy tuyến giáp.

Thì 2 – Xử lý thương tổn:

- Đánh giá mức độ xâm lấn của khối u, xử lý bên có khối ung thư trước, nếu ở cả 2 bên thì xử lý bên to trước.

- Phẫu tích cực dưới : Bóc tách tuyến giáp ra khỏi các tổ chức xung quanh, phẫu tích cầm máu động mạch giáp dưới, chú ý tuyến cận giáp dưới.

- Phẫu tích cực trên: Bóc tách cực trên tuyến giáp, kẹp và buộc động mạch giáp trên, chú ý tuyến cận giáp trên và dây thanh quản trên.

- Tách toàn bộ phần sau ngoài của thùy sau đó xác định dây chằng Berry.

- Xác định dây thần kinh quặt ngược, các tuyến cận giáp

- Cắt thùy tuyến giáp trên dây thần kinh quặt ngược sau khi đã tách tuyến cận giáp.

- Tiếp tục phẫu tích về eo tuyến để cắt bỏ eo tuyến.

Thì 3 – Nạo vét hạch:

Tách bó đờn cơ ức đờn chũm ra phía ngoài, phía trên lên đến góc hàm, phía dưới tới bờ dưới xương đờn, phía sau đến nền cổ.

- Khoang trung tâm: Giới hạn trong là trục khí – thực quản, giới hạn ngoài là động mạch cảnh trong, giới hạn trên là sụn giáp, giới hạn dưới là trung thất trên

+ Tách dọc theo đường đi của dây thần kinh quặt ngược

+ Lấy bỏ toàn bộ hạch gồm cả tổ chức mỡ từ trên xuống dưới bao gồm các hạch trước, cạnh bên khí quản.

- Khoang bên: Giới hạn phía ngoài động mạch cảnh trong

+ Lấy bỏ toàn bộ tổ chức mỡ và hạch bảo tồn cơ ức đờn chũm, tĩnh mạch cảnh trong, dây thần kinh X và dây tủy sống

+ Chú ý bên trái bảo tồn ống ngực

Bên đối diện làm tương tự.

Thì 4 – Đóng vết mổ khâu da:

Đặt dẫn lưu tại khoang nạo vét hạch, có thể 1 hoặc 2 dẫn lưu. Không cần khâu lại các cơ. Tổ chức dưới da khâu lại mũi rời bằng chỉ tiêu (vicryle 3/0). Da khâu bằng chỉ luôn tự tiêu dưới da.

VI. THEO DÕI SAU MỔ

- Chảy máu

- Nói khàn

- Tê tay chân – Con tetani

- Khó thở

- Nhiễm trùng

VII. XỬ TRÍ TAI BIẾN

- Chảy máu : mở vết mổ cầm máu lại

- Nói khàn: Chống phù nề - corticoid – vitamin 3B

- Tê tay chân – Con tetani: Calciclorid tiêm tĩnh mạch

- Khó thở:

+ Thở ôxy

+ Mở khí quản

- Nhiễm trùng: Kháng sinh, chống phù nề

21. KỸ THUẬT NẠO VẾT HẠCH CỔ TRONG UNG THU' TUYẾN GIÁP ĐÁ PHẪU THUẬT

I. CHỈ ĐỊNH

Những trường hợp cắt toàn bộ tuyến giáp mà chưa nạo vết hạch hoặc hạch di căn vùng cổ sau mổ ung thư giáp.

II. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- 1 bác sĩ phẫu thuật
- 1 bác sĩ gây mê
- 2 bác sĩ phụ mổ
- 1 kỹ thuật viên gây mê
- 1 điều dưỡng dụng cụ
- 1 điều dưỡng ngoài
- 1 hộ lý

2. Phương tiện

- Máy gây mê
- Dao điện
- Dụng cụ mổ

3. Người bệnh

- Làm các xét nghiệm cơ bản trước mổ
- Ngày trước mổ: khám và giải thích về bệnh tình cho người bệnh và người nhà người bệnh cho ký cam kết trước mổ. Tới dùng thuốc an thần.

4. Hồ sơ bệnh án: Làm hồ sơ bệnh án theo mẫu qui định chung của Bộ Y tế

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ

2. Kiểm tra người bệnh

3. Thực hiện kỹ thuật

- **Gây mê:** Gây mê toàn thân có đặt nội khí quản.
- **Tư thế người bệnh:**
 - + Nằm ngửa
 - + Hai tay để dạng
 - + Cổ uốn
 - + Độn gối dưới 2 vai
- **Vị trí phẫu thuật viên và phụ:**
 - + Phẫu thuật viên: Đứng cùng bên với thùy cần phẫu thuật
 - + Phụ 1: Đứng đối diện với phẫu thuật viên
 - + Phụ 2: Đứng dưới phụ 1
 - + Dụng cụ viên: đứng phía sau phẫu thuật viên
- **Đường rạch da:**

Rạch da theo đường sọc mỡ cũ có thể kéo dài sang hai bên từ 2-3cm

- Các thì trong phẫu thuật:

Thì 1 – Rạch da:

- Rạch da qua lớp cơ bám da cổ, ngay phía trên các tĩnh mạch cổ trước trên lớp nông của cân cổ sâu.

- Tách vạt da: theo lớp vô mạch

+ Lên trên tới sụn giáp

+ Xuống dưới tới hõm ức.

Thì 2 – Xử lý thương tổn: Nạo vét hạch

- Tách bỏ đòn cơ ức đòn chũm ra phía ngoài, lên trên đến góc hàm, phía dưới tới bờ dưới xương đòn, phía sau đến nền cổ.

- Khoang trung tâm: Giới hạn trong là trục khí – Thực quản. giới hạn ngoài là động mạch cảnh trong, giới hạn trên là sụn giáp, giới hạn dưới là trung thất trên.

+ Tách dọc theo đường đi của dây thần kinh quặt ngược

+ Lấy bỏ toàn bộ hạch gồm cả tổ chức mỡ từ trên xuống dưới bao gồm các hạch trước, cạnh bên khí quản.

- Khoang bên: Giới hạn phía ngoài động mạch cảnh trong

+ Lấy bỏ toàn bộ tổ chức mỡ và hạch bảo tồn cơ ức đòn chũm, tĩnh mạch cảnh trong, dây thần kinh X và dây tủy sống

+ Chú ý bên trái bảo tồn ống ngực

- Bên đối diện làm tương tự

Thì 3 – Đóng vết mổ khâu da:

Đặt dẫn lưu tại khoang nạo vét hạch, có thể 1 hoặc 2 dẫn lưu

Không cần khâu lại các cơ. Tổ chức dưới da khâu lại mũi rời bằng chỉ tiêu (vicryle 3/0). Da khâu bằng chỉ lượn tự tiêu dưới da.

IV. THEO DÕI SAU MỔ

- Chảy máu

- Nhiễm trùng

- Dò dưỡng chấp

- Khó thở

- Tình trạng dẫn lưu

V. XỬ TRÍ TAI BIẾN

- Chảy máu : mở vết mổ cầm máu lại

- Nhiễm trùng: Kháng sinh, chống phù nề

- Dò dưỡng chấp: Nhịn ăn, nuôi bằng đường tĩnh mạch theo dõi dẫn lưu hoặc mổ lại khâu lại đường dò.

- Khó thở:

+ Thở ôxy

+ Mở khí quản

22. KỸ THUẬT CẮT MỘT THÙY TUYẾN GIÁP LẤY BƯỚU THÔNG TRONG BƯỚU GIÁP THÔNG

I. ĐẠI CƯƠNG

Bướu giáp thông ngực tỷ lệ gặp 3- 20% trong các loại bướu giáp.

Đa số bướu giáp thông trung thất cắt được dễ dàng qua đường cổ. Tuy nhiên một số trường hợp thông sâu phải mở theo đường ngực mới lấy được.

Về chẩn đoán nếu bướu giáp xuống dưới quá xương đòn 3cm được coi là thông ngực. dựa vào:

- XQ ngực thẳng
- CT Scanner cổ-ngực
- Siêu âm tuyến giáp
- Xạ hình tuyến giáp

Về điều trị hiện nay chỉ có duy nhất là phương pháp phẫu thuật. Ở đây chúng tôi trình bày kỹ thuật mổ qua đường cổ và bướu thông 1 bên thùy.

II. CHỈ ĐỊNH

Tất cả các trường hợp được chẩn đoán bướu thông ngực 1 bên.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Cường giáp
- Đang có bệnh nội khoa khác không có khả năng gây mê

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- + 1 bác sĩ phẫu thuật
- + 1 bác sĩ gây mê
- + 2 bác sĩ phụ mổ
- + 1 kỹ thuật viên gây mê
- + 1 điều dưỡng dụng cụ
- + 1 điều dưỡng ngoài
- + 1 hộ lý

2. Phương tiện

- + Máy gây mê
- + Dao điện
- + Dụng cụ mổ

3. Người bệnh

- Chuẩn bị người bệnh trước mổ: vào viện trước, tối dùng thuốc an thần, giải thích và ký cam kết trước mổ, vẽ cổ trước khi mổ.

- Khám và giải thích về bệnh tình cho người bệnh và người nhà người bệnh
- Làm các xét nghiệm cơ bản trước mổ

4. Hồ sơ bệnh án: Làm hồ sơ bệnh án theo mẫu qui định chung của Bộ Y tế

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ

2. Kiểm tra người bệnh

3. Thực hiện kỹ thuật

- **Gây mê:** Gây mê toàn thân có đặt nội khí quản hoặc gây tê đám rối cổ nông nếu chống chỉ định đặt nội khí quản.

- **Tư thế người bệnh:**

- + Nằm ngửa
- + Hai tay để dạng
- + Cổ ưỡn
- + Độn gối dưới 2 vai

- **Vị trí phẫu thuật viên và phụ:**

- + Phẫu thuật viên đứng cùng bên với thùy cần phẫu thuật
- + Phụ 1: Đứng đối diện với phẫu thuật viên
- + Phụ 2 đứng cùng phía với phụ 1
- + Dụng cụ viên: đứng phía sau phẫu thuật viên

- **Đường rạch da:**

- + Được xác định khi người bệnh ở tư thế ngồi.
- + Vị trí ở trên hõm ức 1 cm, tốt nhất là trùng với nếp da.
- + Hướng đường mổ cong lên trên.

- **Các thì trong phẫu thuật:**

Thì 1 – Rạch da và bóc lộ tuyến:

- Rạch da qua lớp cơ bám da cổ, ngay phía trên các tĩnh mạch cổ trước trên lớp nông của cân cổ sâu.

- Tách vạt da: theo lớp vô mạch

+ Lên trên tới sụn giáp

+ Xuống dưới tới hõm ức.

- Tách đường giữa vén sang 2 bên đi vào tuyến giáp.

- Đi vào tuyến giáp theo đường bên (không đi theo đường giữa) là đường dọc theo bờ trước của cơ ức đòn chũm. Tách theo cân bọc cơ, từ dưới lên trên dọc theo chiều dài của cơ.

- Tách cơ vai - móng:

- Tách dọc cơ ức giáp: Theo thớ dọc của cơ bằng dao điện. Ngay phía dưới cơ là thùy tuyến giáp.

- Sau khi bóc lộ tới mặt trước của tuyến dùng kẹp cầm máu loại nhỏ phẫu tích tuyến giáp khỏi các thành phần xung quanh như: Cơ ức giáp, ức móng ở mặt bên, động mạch cảnh ở mặt sau.

Thì 2 – Xử lý thương tổn:

- Sử dụng dao điện để bóc tách, cầm máu hay cắt tổ chức

- Phẫu tích cực trên: Bao giờ cũng làm trước đối với bướu thông

+ Dùng kẹp cầm máu cặp nhẹ vào cực trên kéo lên trên và ra ngoài, dùng kẹp cầm máu khác đi vào khoang vô mạch tách tuyến khỏi khí quản, đốt và cắt các mạch máu.

+ Tiếp tục phẫu tích lên phía trên tới khi quan sát thấy động mạch giáp trên. Đối với động mạch giáp trên dùng kẹp cầm máu cặp cắt và buộc mạch máu.

- Phẫu tích cực dưới: Cho đầu bệnh nhân thấp xuống

+ Dùng kẹp cầm máu cặp nhẹ vào cực dưới của bướu thông kéo nhẹ thùy tuyến lên phía trên, thường là tổ chức u nên phải thận trọng bởi vì nếu cặp thì rất

dễ làm vỡ u dẫn đến chảy máu khó cầm gây khó khăn cho quá trình bóc tách. Đốt tách các mạch máu để đưa bươu dần lên phía trên, đôi khi phải dùng trợ giúp của ngón tay.

+ Khi phần thông đã bật lên trên thì lật thù tuyến ra trước vào phía giữa để bộc lộ phía sau bên của thù. Bóc tách tiếp mặt sau bên, thành sau của thù tuyến.

- Tách toàn bộ phần sau ngoài của thù sau đó xác định dây chằng Berry. Dùng dao điện cắt dây chằng Berry. Đây là thì khó nhất của cắt thù tuyến giáp. Tiếp tục phẫu tích về phía eo tuyến để cắt bỏ eo tuyến. Sau đó cắt thù tuyến lấy bươu thông.

- Đặt dẫn lưu

Thì 3 – Đóng vết mổ khâu da:

Không cần khâu lại các cơ. Tổ chức dưới da khâu lại mũi rời bằng chỉ tiêu (vicryle 3/0). Da khâu bằng chỉ luôn tự tiêu dưới da.

VI. THEO DÕI SAU MỔ

- Chảy máu
- Nói khàn
- Tê tay chân – Con tetani
- Khó thở
- Nhiễm trùng

VII. XỬ TRÍ TAI BIẾN

- Chảy máu : mở vết mổ cầm máu lại
- Nói khàn: Chống phù nề - corticoid – vitamin 3B
- Tê tay chân – Con tetani: Calcioclorid tiêm tĩnh mạch
- Khó thở:
 - + Thở ôxy
 - + Mở khí quản
- Nhiễm trùng: Kháng sinh, chống phù nề

23. KỸ THUẬT CẮT MỘT THÙY TUYẾN GIÁP LẤY BƯỚU THÔNG VÀ CẮT BÀN PHẦN THÙY CÒN LẠI TRONG BƯỚU GIÁP THÔNG

I. ĐẠI CƯƠNG

Bướu giáp thông ngực tỷ lệ gặp 3- 20% trong các loại bướu giáp.

Đa số bướu giáp thông trung thất cắt được dễ dàng qua đường cổ. Tuy nhiên một số trường hợp thông sâu phải mở theo đường ngực mới lấy được.

Về chẩn đoán nếu bướu giáp xuống dưới quá xương đòn 3cm được coi là thông ngực. dựa vào:

- XQ ngực thẳng
- CT Scanner cổ-ngực
- Siêu âm tuyến giáp
- Xạ hình tuyến giáp

Về điều trị hiện nay chỉ có duy nhất là phương pháp phẫu thuật. Ở đây chúng tôi trình bày kỹ thuật mổ qua đường cổ và bướu thông 1 bên thùy, bên thùy còn lại nhân ở 1 cực của thùy.

II. CHỈ ĐỊNH

Tất cả các trường hợp được chẩn đoán bướu thông ngực 1 bên và nhân bên thùy đối diện ở 1 cực của thùy tuyến.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Cường giáp
- Đang có bệnh nội khoa khác không có khả năng gây mê

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- + 1 bác sĩ phẫu thuật
- + 1 bác sĩ gây mê
- + 2 bác sĩ phụ mổ
- + 1 kỹ thuật viên gây mê
- + 1 điều dưỡng dụng cụ
- + 1 điều dưỡng ngoài
- + 1 hộ lý

2. Phương tiện

- + Máy gây mê
- + Dao điện
- + Dụng cụ mổ

3. Người bệnh

- Chuẩn bị người bệnh trước mổ: vào viện trước, tối dùng thuốc an thần, giải thích và ký cam kết trước mổ, vẽ cỏ trước khi mổ.
- Khám và giải thích về bệnh tình cho người bệnh và người nhà người bệnh
- Làm các xét nghiệm cơ bản trước mổ

4. Hồ sơ bệnh án: Làm hồ sơ bệnh án theo mẫu qui định chung của Bộ Y tế

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ

2. Kiểm tra người bệnh

3. Thực hiện kỹ thuật

- **Gây mê:** Gây mê toàn thân có đặt nội khí quản hoặc gây tê đám rối cổ nông nếu chống chỉ định đặt nội khí quản.

- **Tư thế người bệnh:**

- + Nằm ngửa
- + Hai tay để dạng
- + Cổ ưỡn
- + Độn gối dưới 2 vai

- **Vị trí phẫu thuật viên và phụ:**

- + Phẫu thuật viên đứng cùng bên với thùy cần phẫu thuật
- + Phụ 1: Đứng đối diện với phẫu thuật viên
- + Phụ 2 đứng cùng phía với phụ 1
- + Dụng cụ viên: đứng phía sau phẫu thuật viên

- **Đường rạch da:**

- + Được xác định khi người bệnh ở tư thế ngồi.
- + Vị trí ở trên hõm ức 1 cm, tốt nhất là trùng với nếp da.
- + Hướng đường mổ cong lên trên.

- **Các thì trong phẫu thuật:**

Thì 1 – Rạch da và bóc lộ tuyến:

- Rạch da qua lớp cơ bám da cổ, ngay phía trên các tĩnh mạch cổ trước trên lớp nông của cân cổ sâu.

- Tách vạt da: theo lớp vô mạch

+ Lên trên tới sụn giáp

+ Xuống dưới tới hõm ức.

- Tách đường giữa vén sang 2 bên đi vào tuyến giáp. Trong trường hợp bướu lớn có thể cắt cơ ức giáp, ức móng.

- Đi vào tuyến giáp theo đường bên (không đi theo đường giữa) là đường dọc theo bờ trước của cơ ức đòn chũm. Tách theo cân bọc cơ, từ dưới lên trên dọc theo chiều dài của cơ.

- Tách cơ vai - móng:

- Tách dọc cơ ức giáp: Theo thớ dọc của cơ bằng dao điện. Ngay phía dưới cơ là thùy tuyến giáp.

- Sau khi bóc lộ tới mặt trước của tuyến dùng kẹp cầm máu loại nhỏ phẫu tích tuyến giáp khỏi các thành phần xung quanh như: Cơ ức giáp, ức móng ở mặt bên, động mạch cảnh ở mặt sau.

Thì 2 – Xử lý thương tổn:

- Sử dụng dao điện để bóc tách, cầm máu hay cắt tổ chức

- Phẫu tích cực trên:

+ Dùng kẹp cầm máu cặp nhẹ vào cực trên ra trước ra ngoài, dùng kẹp cầm máu khác đi vào khoang vô mạch tách tuyến khỏi khí quản, đốt và cắt các mạch máu.

+ Tiếp tục phẫu tích lên phía trên tới khi quan sát thấy động mạch giáp trên. Đối với động mạch giáp trên dùng kẹp cầm máu cặp cắt và buộc mạch máu.

- Phẫu tích cực dưới:

+ Dùng kẹp cầm máu cặp nhẹ vào cực dưới của bướng thông kéo nhẹ thùy tuyến lên phía trên, thường là tổ chức u nên phải thận trọng bởi vì nếu cặp thì rất dễ làm vỡ u dẫn đến chảy máu khó cầm gây khó khăn cho quá trình bóc tách. Đốt tách các mạch máu để đưa bướng dần lên phía trên, đôi khi phải dùng trợ giúp của ngón tay

+ Khi phần thông đã bật lên thì lật thùy tuyến ra trước, vào phía giữa để bộc lộ phía sau bên của thùy. Bóc tách tiếp mặt sau bên, thành sau của thùy tuyến.

- Tách thành sau của thùy tuyến

- Tách toàn bộ phần sau ngoài của thùy sau đó xác định dây chằng Berry. Dùng dao điện cắt dây chằng Berry. Đây là thì khó nhất của cắt thùy tuyến giáp. Tiếp tục phẫu tích về phía eo tuyến để cắt bỏ eo tuyến. Sau đó cắt thùy tuyến lấy bướng thông.

- Phẫu tích và cắt bán phần thùy còn lại như cắt bán phần bướng nhân thông thường.

Thì 3 – Đóng vết mổ khâu da:

Không cần khâu lại các cơ. Tổ chức dưới da khâu lại mũi rìi bằng chỉ tiêu (vicryle 3/0). Da khâu bằng chỉ lượn tự tiêu dưới da.

VI. THEO DÕI SAU MỔ

- Chảy máu
- Nói khàn
- Tê tay chân – Con tetani
- Khó thở
- Nhiễm trùng

VII. XỬ TRÍ TAI BIẾN

- Chảy máu : mở vết mổ cầm máu lại
- Nói khàn: Chống phù nề - corticoid – vitamin 3B
- Tê tay chân – Con tetani: Calciclorid tiêm tĩnh mạch
- Khó thở:
 - + Thở ôxy
 - + Mở khí quản
- Nhiễm trùng: Kháng sinh, chống phù nề

24. KỸ THUẬT CẮT TOÀN BỘ TUYẾN GIÁP TRONG BƯỚU GIÁP THÔNG

I. ĐẠI CƯƠNG

Bướu giáp thông ngực tỷ lệ gặp 3- 20% trong các loại bướu giáp.

Đa số bướu giáp thông trung thất cắt được dễ dàng qua đường cổ. Tuy nhiên một số trường hợp thông sâu phải mở theo đường ngực mới lấy được.

Về chẩn đoán nếu bướu giáp xuống dưới quá xương đòn 3cm được coi là thông ngực. dựa vào:

- XQ ngực thẳng
- CT Scanner cổ-ngực
- Siêu âm tuyến giáp
- Xạ hình tuyến giáp

Về điều trị hiện nay chỉ có duy nhất là phương pháp phẫu thuật. Ở đây chúng tôi trình bày kỹ thuật mổ qua đường cổ và bướu thông 1 bên thùy, thùy còn lại đơn nhân hoặc đa nhân chiếm gần hết tổ chức thùy tuyến.

II. CHỈ ĐỊNH

Tất cả các trường hợp được chẩn đoán bướu thông ngực 1 bên và thùy còn lại đơn nhân hoặc đa nhân chiếm gần hết tổ chức thùy tuyến.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Cường giáp
- Đang có bệnh nội khoa khác không có khả năng gây mê

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- + 1 bác sĩ phẫu thuật
- + 1 bác sĩ gây mê
- + 2 bác sĩ phụ mổ
- + 1 kỹ thuật viên gây mê
- + 1 điều dưỡng dụng cụ
- + 1 điều dưỡng ngoài
- + 1 hộ lý

2. Phương tiện

- + Máy gây mê
- + Dao điện
- + Dụng cụ mổ

3. Người bệnh

- Chuẩn bị người bệnh trước mổ: vào viện trước, tối dùng thuốc an thần, giải thích và ký cam kết trước mổ, vẽ cổ trước khi mổ.
- Khám và giải thích về bệnh tình cho người bệnh và người nhà người bệnh
- Làm các xét nghiệm cơ bản trước mổ

4. Hồ sơ bệnh án: Làm hồ sơ bệnh án theo mẫu qui định chung của Bộ Y tế

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ

2. Kiểm tra người bệnh

3. Thực hiện kỹ thuật

- **Gây mê:** Gây mê toàn thân có đặt nội khí quản hoặc gây tê đám rối cổ nông nếu chống chỉ định đặt nội khí quản.

- **Tư thế người bệnh:**

- + Nằm ngửa
- + Hai tay để dạng
- + Cổ uốn
- + Độn gối dưới 2 vai

- **Vị trí phẫu thuật viên và phụ:**

- + Phẫu thuật viên đứng cùng bên với thùy cần phẫu thuật
- + Phụ 1: Đứng đối diện với phẫu thuật viên
- + Phụ 2 đứng cùng phía với phụ 1
- + Dụng cụ viên: đứng phía sau phẫu thuật viên

- **Đường rạch da:**

- + Được xác định khi người bệnh ở tư thế ngồi.
- + Vị trí ở trên hõm ức 1 cm, tốt nhất là trùng với nếp da.
- + Hướng đường mổ cong lên trên.

- **Các thì trong phẫu thuật:**

Thì 1 – Rạch da và bóc lộ tuyến:

- Rạch da qua lớp cơ bám da cổ, ngay phía trên các tĩnh mạch cổ trước trên lớp nông của cân cổ sâu.

- Tách vạt da: theo lớp vô mạch
- + Lên trên tới sụn giáp
- + Xuống dưới tới hõm ức.

- Tách đường giữa vén sang 2 bên đi vào tuyến giáp. Trong trường hợp bướu lớn có thể cắt cơ ức giáp, cơ ức móng

- Đi vào tuyến giáp theo đường bên (không đi theo đường giữa) là đường dọc theo bờ trước của cơ ức đòn chũm. Tách theo cân bọc cơ, từ dưới lên trên dọc theo chiều dài của cơ.

- Tách cơ vai - móng:

- Tách dọc cơ ức giáp: Theo thớ dọc của cơ bằng dao điện. Ngay phía dưới cơ là thùy tuyến giáp.

- Sau khi bóc lộ tới mặt trước của tuyến dùng kẹp cầm máu loại nhỏ phẫu tích tuyến giáp khỏi các thành phần xung quanh như: Cơ ức giáp, ức móng ở mặt bên, động mạch cảnh ở mặt sau.

Thì 2 – Xử lý thương tổn:

- Sử dụng dao điện để bóc tách, cầm máu hay cắt tổ chức

- Phẫu tích cực trên:

+ Dùng kẹp cầm máu cặp nhẹ vào cực trên dùng kẹp cầm máu khác tách tuyến khỏi khí quản, đốt và cắt các mạch máu.

+ Tiếp tục phẫu tích lên phía trên tới khi quan sát thấy động mạch giáp trên. Đối với động mạch giáp trên dùng kẹp cầm máu cặp cắt và buộc mạch máu.

- Phẫu tích cực dưới:

+ Dùng kẹp cầm máu cặp nhẹ vào cực dưới của bươu thông kéo nhẹ thùy tuyến lên phía trên, thường là tổ chức u nên phải thận trọng bởi vì nếu cặp thì rất dễ làm vỡ u dẫn đến chảy máu khó cầm gây khó khăn cho quá trình bóc tách. Đốt tách các mạch máu để đưa bươu dần lên phía trên, đôi khi phải dùng trợ giúp của ngón tay

+ Khi phần thông đã bật lên thì lật thùy tuyến ra trwocs, vào phía giữa để bộc lộ phía sau bên của thùy. Bóc tách tiếp mặt sau bên, thành sau của thùy tuyến.

- Tách toàn bộ phần sau ngoài của thùy sau đó xác định dây chằng Berry. Dùng dao điện cắt dây chằng Berry. Đây là thì khó nhất của cắt thùy tuyến giáp. Tiếp tục phẫu tích về phía eo tuyến để cắt bỏ eo tuyến. Sau đó cắt thùy tuyến lấy bươu thông.

- Phẫu tích và cắt thùy còn lại như cắt bươu nhân thông thường

Thì 3 – Đóng vết mổ khâu da:

Không cần khâu lại các cơ. Tổ chức dưới da khâu lại mũi rời bằng chỉ tiêu (vicryle 3/0). Da khâu bằng chỉ lượn tự tiêu dưới da.

VI. THEO DÕI SAU MỔ

- Chảy máu
- Nói khàn
- Tê tay chân – Con tetani
- Khó thở
- Nhiễm trùng

VII. XỬ TRÍ TAI BIẾN

- Chảy máu: mở vết mổ cầm máu lại
- Nói khàn: Chống phù nề - corticoid – vitamin 3B
- Tê tay chân – Con tetani: Calciclorid tiêm tĩnh mạch
- Khó thở:
 - + Thở ôxy
 - + Mở khí quản
- Nhiễm trùng: Kháng sinh, chống phù nề

25. KỸ THUẬT CẮT MỘT THÙY TUYẾN GIÁP TRONG BƯỚU GIÁP KHÔNG LỖ

I. ĐẠI CƯƠNG

Bướu giáp không lỗ hay gặp trong các loại bướu giáp.

Bướu giáp to từ độ III trở đi (phân loại theo WHO) được coi là không lỗ kèm theo biến dạng cổ.

Về chẩn đoán bướu giáp không lỗ hiện nay chủ yếu dựa vào:

- + Lâm sàng: Nhìn thấy bướu rất to ở vùng trước cổ gây biến dạng cổ
- + Siêu âm vùng cổ
- + CT Scanner

Về điều trị hiện nay chỉ có duy nhất là phương pháp phẫu thuật.

Trong bài này nói về bướu giáp không lỗ ở 1 thùy tuyến.

II. CHỈ ĐỊNH

Tất cả các trường hợp được chẩn đoán bướu giáp không lỗ 1 bên thùy.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Cường giáp
- Đang có bệnh nội khoa khác không có khả năng gây mê

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- + 1 bác sĩ phẫu thuật
- + 1 bác sĩ gây mê
- + 2 bác sĩ phụ mổ
- + 1 kỹ thuật viên gây mê
- + 1 điều dưỡng dụng cụ
- + 1 điều dưỡng ngoài
- + 1 hộ lý

2. Phương tiện

- + Máy gây mê
- + Dao điện
- + Dụng cụ mổ

3. Người bệnh

- Chuẩn bị người bệnh trước mổ: vào viện trước, tối dùng thuốc an thần, giải thích và ký cam kết trước mổ, vẽ cổ trước khi mổ.

- Khám và giải thích về bệnh tình cho người bệnh và người nhà người bệnh
- Làm các xét nghiệm cơ bản trước mổ

4. Hồ sơ bệnh án: Làm hồ sơ bệnh án theo mẫu qui định chung của Bộ Y tế

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ

2. Kiểm tra người bệnh

3. Thực hiện kỹ thuật

- **Gây mê:** Gây mê toàn thân có đặt nội khí quản,
- **Tư thế người bệnh:**
 - + Nằm ngửa

+ Hai tay để dạng

+ Cổ ưỡn

+ Độn gối dưới 2 vai

- **Vị trí phẫu thuật viên và phụ:**

+ Phẫu thuật viên đứng cùng bên với thùy cần phẫu thuật

+ Phụ 1: Đứng đối diện với phẫu thuật viên

+ Phụ 2 đứng cùng phía với phụ 1

+ Dụng cụ viên: đứng phía sau phẫu thuật viên

- **Đường rạch da:**

+ Được xác định khi người bệnh ở tư thế ngồi.

+ Vị trí ở trên hõm ức 1 cm, tốt nhất là trùng với nếp da.

+ Hướng đường mổ cong lên trên.

- **Các thì trong phẫu thuật:**

Thì 1 – Rạch da và bóc lộ tuyến:

- Rạch da qua lớp cơ bám da cổ, ngay phía trên các tĩnh mạch cổ trước trên lớp nông của cân cổ sâu.

- Tách vạt da: theo lớp vô mạch

+ Lên trên tới sụn giáp

+ Xuống dưới tới hõm ức.

- Tách đường giữa vén sang 2 bên đi vào tuyến giáp.

- Đi vào tuyến giáp theo đường bên (không đi theo đường giữa) là đường dọc theo bờ trước của cơ ức đòn chũm. Tách theo cân bọc cơ, từ dưới lên trên dọc theo chiều dài của cơ.

- Tách cơ vai - móng:

- Tách dọc cơ ức giáp: Theo thớ dọc của cơ bằng dao điện. Ngay phía dưới cơ là thùy tuyến giáp.

- Sau khi bóc lộ tới mặt trước của tuyến dùng kẹp cầm máu loại nhỏ phẫu tích tuyến giáp khỏi các thành phần xung quanh như: Cơ ức giáp, ức móng ở mặt bên, động mạch cảnh ở mặt sau.

Thì 2 – Xử lý thương tổn:

- Sử dụng dao điện để bóc tách, cầm máu hay cắt tổ chức

- Phẫu tích cực trên:

+ Dùng kẹp cầm máu cặp nhẹ vào cực trên dùng kẹp cầm máu khác tách tuyến khỏi khí quản, đốt và cắt các mạch máu.

+ Tiếp tục phẫu tích lên phía trên tới khi quan sát thấy động mạch giáp trên. Đối với động mạch giáp trên dùng kẹp cầm máu cặp cắt và buộc mạch máu.

- Phẫu tích cực dưới:

+ Dùng kẹp cầm máu cặp nhẹ vào cực dưới của bướu không lò kéo nhẹ thùy tuyến lên phía trên, thường là tổ chức u nên phải thận trọng bởi vì nếu cặp thì rất dễ làm vỡ u dẫn đến chảy máu khó cầm gây khó khăn cho quá trình bóc tách.

+ Tiếp tục kéo tuyến lên trên và vào trong để bóc tách tiếp mặt sau bên cực dưới của thùy.

- Đối với bướu không lò, đôi khi mạch máu rất lớn dao điện khó đốt cầm máu do đó cặp cắt và buộc.

- Tách thành sau của thùy tuyến
- Tách toàn bộ phần sau ngoài của thùy sau đó xác định dây chằng Berry. Dùng dao điện cắt dây chằng Berry. Đây là thì khó nhất của cắt thùy tuyến giáp. Tiếp tục phẫu tích về phía eo tuyến để cắt bỏ eo tuyến.

- Đặt dẫn lưu tại chỗ

Thì 3 – Đóng vết mổ khâu da:

Không cần khâu lại các cơ. Tổ chức dưới da khâu lại mũi rời bằng chỉ tiêu (vicryle 3/0). Da khâu bằng chỉ luôn tự tiêu dưới da.

VI. THEO DÕI SAU MỔ

- Chảy máu
- Nói khàn
- Tê tay chân – Con tetani
- Khó thở
- Nhiễm trùng

VII. XỬ TRÍ TAI BIẾN

- Chảy máu : mở vết mổ cầm máu lại
- Nói khàn: Chống phù nề - corticoid – vitamin 3B
- Tê tay chân – Con tetani: Calciclorid tiêm tĩnh mạch
- Khó thở:
- + Thở ôxy
- + Mở khí quản
- Nhiễm trùng: Kháng sinh, chống phù nề

26. KỸ THUẬT CẮT MỘT THÙY TUYẾN GIÁP VÀ CẮT BÁN PHẦN THÙY CÒN LẠI TRONG BƯỚU GIÁP KHÔNG LỖ

I. ĐẠI CƯƠNG

Bướu giáp không lỗ hay gặp trong các loại bướu giáp.

Bướu giáp to từ độ III trở đi (phân loại theo WHO) được coi là không lỗ kèm theo biến dạng cổ.

Về chẩn đoán bướu giáp không lỗ hiện nay chủ yếu dựa vào:

- + Lâm sàng: Nhìn thấy bướu rất to ở vùng trước cổ gây biến dạng cổ
- + Siêu âm vùng cổ
- + CT Scanner

Về điều trị hiện nay chỉ có duy nhất là phương pháp phẫu thuật.

Trong bài này nói về bướu giáp không lỗ ở 1 thùy tuyến và thùy còn lại có nhân.

II. CHỈ ĐỊNH

Tất cả các trường hợp được chẩn đoán bướu giáp không lỗ 1 bên thùy và thùy còn lại có nhân.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Viêm giáp, cường giáp
- Đang có bệnh nội khoa khác không có khả năng gây mê

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- + 1 bác sĩ phẫu thuật
- + 1 bác sĩ gây mê
- + 2 bác sĩ phụ mổ
- + 1 kỹ thuật viên gây mê
- + 1 điều dưỡng dụng cụ
- + 1 điều dưỡng ngoài
- + 1 hộ lý

2. Phương tiện

- + Máy gây mê
- + Dao điện
- + Dụng cụ mổ

3. Người bệnh

- Chuẩn bị người bệnh trước mổ: vào viện trước, tối dùng thuốc an thần, giải thích và ký cam kết trước mổ, vẽ cổ trước khi mổ.
- Khám và giải thích về bệnh tình cho người bệnh và người nhà người bệnh
- Làm các xét nghiệm cơ bản trước mổ

4. Hồ sơ bệnh án: Làm hồ sơ bệnh án theo mẫu qui định chung của Bộ Y tế

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ

2. Kiểm tra người bệnh

3. Thực hiện kỹ thuật:

- **Gây mê:** Gây mê toàn thân có đặt nội khí quản.

- Tư thế người bệnh:

- + Nằm ngửa
- + Hai tay để dạng
- + Cổ uốn
- + Độn gối dưới 2 vai

- Vị trí phẫu thuật viên và phụ:

- + Phẫu thuật viên đứng cùng bên với thùy cần phẫu thuật
- + Phụ 1: Đứng đối diện với phẫu thuật viên
- + Phụ 2 đứng cùng phía với phụ 1
- + Dụng cụ viên: đứng phía sau phẫu thuật viên

- Đường rạch da:

- + Được xác định khi người bệnh ở tư thế ngồi.
- + Vị trí ở trên hõm ức 1 cm, tốt nhất là trùng với nếp da.
- + Hướng đường mổ cong lên trên.

- Các thì trong phẫu thuật:

Thì 1 – Rạch da và bóc lộ tuyến:

- Rạch da qua lớp cơ bám da cổ, ngay phía trên các tĩnh mạch cổ trước trên lớp nông của cân cổ sâu.
- Tách vạt da: theo lớp vô mạch
- + Lên trên tới sụn giáp
- + Xuống dưới tới hõm ức.
- Tách đường giữa vén sang 2 bên đi vào tuyến giáp.
- Đi vào tuyến giáp theo đường bên (không đi theo đường giữa) là đường dọc theo bờ trước của cơ ức đòn chũm. Tách theo cân bọc cơ, từ dưới lên trên dọc theo chiều dài của cơ.
- Tách cơ vai - móng:
- Tách dọc cơ ức giáp: Theo thớ dọc của cơ bằng dao điện. Ngay phía dưới cơ là thùy tuyến giáp.
- Sau khi bóc lộ tới mặt trước của tuyến dùng kẹp cầm máu loại nhỏ phẫu tích tuyến giáp khỏi các thành phần xung quanh như: Cơ ức giáp, ức móng ở mặt bên, động mạch cảnh ở mặt sau.

Thì 2 – Xử lý thương tổn:

- Sử dụng dao điện để bóc tách, cầm máu hay cắt tổ chức
- Phẫu tích cực trên:
- + Dùng kẹp cầm máu cặp nhẹ vào cực trên kéo ra trước, ra ngoài. Dùng kẹp cầm máu khác đi vào khoang vô mạch tách tuyến khỏi khí quản, đốt và cắt các mạch máu.
- + Tiếp tục phẫu tích lên phía trên tới khi quan sát thấy động mạch giáp trên. Đối với động mạch giáp trên dùng kẹp cầm máu cặp cắt và buộc mạch máu.
- Phẫu tích cực dưới:
- + Dùng kẹp cầm máu cặp nhẹ vào cực dưới của bướu kéo nhẹ thùy tuyến lên phía trên, thường là tổ chức u nên phải thận trọng bởi vì nếu cặp thì rất dễ làm vỡ u dẫn đến chảy máu khó cầm gây khó khăn cho quá trình bóc tách.

+ Tiếp tục kéo tuyến lên trên và vào trong để bóc tách tiếp mặt sau bên cực dưới của thùy.

- Tách thành sau của thùy tuyến

- Tách toàn bộ phần sau ngoài của thùy sau đó xác định dây chằng Berry. Dùng dao điện cắt dây chằng Berry. Đây là thì khó nhất của cắt thùy tuyến giáp. Tiếp tục phẫu tích về phía eo tuyến để cắt bỏ eo tuyến. Sau đó cắt hết thùy.

- Nếu thùy còn lại có nhân cực trên hoặc cực dưới thì ta phẫu tích và cắt bỏ phần thùy còn lại bằng dao điện như cắt bướu giáp nhân thông thường.

Thì 3 – Đóng vết mổ khâu da:

Không cần khâu lại các cơ. Tổ chức dưới da khâu lại mũi rìi bằng chỉ tiêu (vicryle 3/0). Da khâu bằng chỉ luôn tự tiêu dưới da.

VI. THEO DÕI SAU MỔ

- Chảy máu
- Nói khàn
- Tê tay chân – Con tetani
- Khó thở
- Nhiễm trùng

VII. XỬ TRÍ TAI BIẾN

- Chảy máu : mở vết mổ cầm máu lại
- Nói khàn: Chống phù nề - corticoid – vitamin 3B
- Tê tay chân – Con tetani: Calciclorid tiêm tĩnh mạch
- Khó thở:
 - + Thở ôxy
 - + Mở khí quản
- Nhiễm trùng: Kháng sinh, chống phù nề

27. KỸ THUẬT CẮT TOÀN BỘ TUYẾN GIÁP TRONG BƯỚU GIÁP KHÔNG LỖ

I. ĐẠI CƯƠNG

Bướu giáp không lỗ hay gặp trong các loại bướu giáp.

Bướu giáp to từ độ III trở đi (phân loại theo WHO) được coi là không lỗ kèm theo biến dạng cổ.

Về chẩn đoán bướu giáp không lỗ hiện nay chủ yếu dựa vào:

- + Lâm sàng: Nhìn thấy bướu rất to ở vùng trước cổ gây biến dạng cổ
- + Siêu âm vùng cổ
- + CT Scanner

Về điều trị hiện nay chỉ có duy nhất là phương pháp phẫu thuật.

Trong bài này nói về bướu giáp không lỗ cả 2 thùy.

II. CHỈ ĐỊNH

Tất cả các trường hợp được chẩn đoán bướu giáp không lỗ 2 bên thùy

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Viêm giáp, cường giáp
- Đang có bệnh nội khoa khác không có khả năng gây mê

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- + 1 bác sĩ phẫu thuật
- + 1 bác sĩ gây mê
- + 2 bác sĩ phụ mổ
- + 1 kỹ thuật viên gây mê
- + 1 điều dưỡng dụng cụ
- + 1 điều dưỡng ngoài
- + 1 hộ lý

2. Phương tiện

- + Máy gây mê
- + Dao điện
- + Dụng cụ mổ

3. Người bệnh

- Chuẩn bị người bệnh trước mổ: vào viện trước, tối dùng thuốc an thần, giải thích và ký cam kết trước mổ, vẽ cổ trước khi mổ.

- Khám và giải thích về bệnh tình cho người bệnh và người nhà người bệnh
- Làm các xét nghiệm cơ bản trước mổ

4. Hồ sơ bệnh án: Làm hồ sơ bệnh án theo mẫu qui định chung của Bộ Y tế

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ

2. Kiểm tra người bệnh

3. Thực hiện kỹ thuật

- **Gây mê:** Gây mê toàn thân có đặt nội khí quản.
- **Tư thế người bệnh:**
 - + Nằm ngửa

- + Hai tay để dạng
- + Cổ ưỡn
- + Độn gối dưới 2 vai

- Vị trí phẫu thuật viên và phụ:

- + Phẫu thuật viên đứng cùng bên với thùy cần phẫu thuật
- + Phụ 1: Đứng đối diện với phẫu thuật viên
- + Phụ 2 đứng cùng phía với phụ 1
- + Dụng cụ viên: đứng phía sau phẫu thuật viên

- Đường rạch da:

- + Được xác định khi người bệnh ở tư thế ngồi.
- + Vị trí ở trên hõm ức 1 cm, tốt nhất là trùng với nếp da.
- + Hướng đường mổ cong lên trên.

- Các thì trong phẫu thuật:

Thì 1 – Rạch da và bóc lộ tuyến:

- Rạch da qua lớp cơ bám da cổ, ngay phía trên các tĩnh mạch cổ trước trên lớp nông của cân cổ sâu. Thường rạch da rộng vì bướu to. Có thể lấy một phần da nếu bướu quá to, nếu để sẽ thừa da sau khi cắt tuyến

- Tách vạt da: theo lớp vô mạch

+ Lên trên tới sụn giáp

+ Xuống dưới tới hõm ức.

- Tách đường giữa vén sang 2 bên đi vào tuyến giáp.

- Đi vào tuyến giáp theo đường bên (không đi theo đường giữa) là đường dọc theo bờ trước của cơ ức đòn chũm. Tách theo cân bọc cơ, từ dưới lên trên dọc theo chiều dài của cơ.

- Tách cơ vai - móng:

- Tách dọc cơ ức giáp: Theo thớ dọc của cơ bằng dao điện. Ngay phía dưới cơ là thùy tuyến giáp.

- Sau khi bóc lộ tới mặt trước của tuyến dùng kẹp cầm máu loại nhỏ phẫu tích tuyến giáp khỏi các thành phần xung quanh như: Cơ ức giáp, ức móng ở mặt bên, động mạch cảnh ở mặt sau.

Thì 2 – Xử lý thương tổn:

- Sử dụng dao điện để bóc tách, cầm máu hay cắt tổ chức (Vì tuyến rất lớn cho nên có thể buộc kẹp mạch máu vào tuyến)

- Phẫu tích cực trên:

+ Dùng kẹp cầm máu cặp nhẹ vào cực trên dùng kẹp cầm máu khác tách tuyến khỏi khí quản, đốt và cắt các mạch máu.

+ Tiếp tục phẫu tích lên phía trên tới khi quan sát thấy động mạch giáp trên. Đối với động mạch giáp trên dùng kẹp cầm máu cặp cắt và buộc mạch máu.

- Phẫu tích cực dưới:

+ Dùng kẹp cầm máu cặp nhẹ vào cực dưới của bướu kéo nhẹ thùy tuyến lên phía trên, thường là tổ chức u nên phải thận trọng bởi vì nếu cặp thì rất dễ làm vỡ u dẫn đến chảy máu khó cầm gây khó khăn cho quá trình bóc tách.

+ Tiếp tục kéo tuyến lên trên và vào trong để bóc tách tiếp mặt sau bên cực dưới của thùy.

- Đối với bươu không lồ, đôi khi mạch máu rất lớn dao điện khó đốt cầm máu do đó phải cặp cắt và buộc
- Tách thành sau của thùy tuyến
- Tách toàn bộ phần sau ngoài của thùy sau đó xác định dây chằng Berry. Dùng dao điện cắt dây chằng Berry. Đây là thì khó nhất của cắt thùy tuyến giáp. Tiếp tục phẫu tích về phía eo tuyến để cắt bỏ eo tuyến. Sau đó cắt hết thùy.
- Phẫu tích và cắt thùy còn lại như cắt thùy nêu trên.
- Đặt dẫn lưu tại chỗ

Thì 3 – Đóng vết mổ khâu da:

Không cần khâu lại các cơ. Tổ chức dưới da khâu lại mũi rờn bằng chỉ tiêu (vicryle 3/0). Da khâu bằng chỉ luôn tự tiêu dưới da.

VI. THEO DÕI SAU MỔ

- Chảy máu
- Nổi khàn
- Tê tay chân – Con tetani
- Khó thở
- Nhiễm trùng

VII. XỬ TRÍ TAI BIẾN

- Chảy máu : mở vết mổ cầm máu lại
- Nổi khàn: Chống phù nề - corticoid – vitamin 3B
- Tê tay chân – Con tetani: Calciclorid tiêm tĩnh mạch
- Khó thở:
- + Thở ôxy
- + Mở khí quản
- Nhiễm trùng: Kháng sinh, chống phù nề

28. KỸ THUẬT PHẪU THUẬT CẦM MÁU LẠI SAU MỔ TUYẾN GIÁP

I. CHỈ ĐỊNH

Chảy máu sau mổ tuyến giáp.

Biểu hiện lâm sàng: Cổ sưng to nề nhiều, người bệnh khó thở khi đã tỉnh, nếu có dẫn lưu có thể chảy nhiều máu hoặc tắc không chảy.

II. CHUẨN BỊ

Đưa ngay bệnh nhân vào phòng mổ.

1. Người thực hiện

- + 1 bác sĩ phẫu thuật
- + 1 bác sĩ gây mê
- + 2 bác sĩ phụ mổ
- + 1 kỹ thuật viên gây mê
- + 1 điều dưỡng dụng cụ
- + 1 điều dưỡng ngoài
- + 1 hộ lý

2. Phương tiện

- + Máy gây mê
- + Dao điện
- + Dụng cụ mổ

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Gây mê: Gây mê toàn thân có đặt nội khí quản hoặc tiền mê gây tê tại chỗ.

2. Tư thế người bệnh

- Nằm ngửa
- Hai tay để dạng
- Cổ ưỡn
- Độn gối dưới 2 vai

3. Vị trí phẫu thuật viên và phụ

- Phẫu thuật viên đứng cùng bên với thùy cần phẫu thuật
- Phụ 1: Đứng đối diện với phẫu thuật viên
- Phụ 2 đứng cùng phía với phụ 1
- Dụng cụ viên: đứng phía sau phẫu thuật viên
- Đường rạch da: theo hướng vết mổ cũ.

4. Các thì trong phẫu thuật

Thì 1:

Cắt chỉ và tách vết mổ. Lấy hết máu đông, rửa sạch bằng huyết thanh mặn đẳng trương

Thì 2. Xử trí thương tổn:

Bộc lộ vị trí phần thùy tuyến giáp đã cắt. Kiểm tra vị trí chảy máu sau đó cầm máu bằng dao điện hoặc buộc thắt mạch máu.

Đặt dẫn lưu tại chỗ

Thì 3. Đóng vết mổ khâu da:

Không cần khâu lại các cơ. Tổ chức dưới da khâu lại mũi rời bằng chỉ tiêu (vicryle 3/0). Da khâu bằng chỉ luôn tự tiêu dưới da.

IV. THEO DÕI SAU MỔ

- Nói khàn
- Tê tay chân – Cơn tetani
- Khó thở
- Nhiễm trùng

V. XỬ TRÍ TAI BIẾN

- Nói khàn: Chống phù nề - corticoid – vitamin 3B
- Tê tay chân – Cơn tetani: Canciclorid tiêm tĩnh mạch
- Khó thở:
 - + Thở ôxy
 - + Mở khí quản
- Nhiễm trùng: Kháng sinh, chống phù nề

29. KỸ THUẬT CẮT TUYẾN CẬN GIÁP TRONG CƯỜNG TUYẾN CẬN GIÁP NGUYÊN PHÁT DO QUÁ SẢN TUYẾN HOẶC U TUYẾN HOẶC UNG THƯ TUYẾN CẬN GIÁP

I. ĐẠI CƯƠNG

1. Định nghĩa

Hormon tuyến cận giáp có tác dụng điều hòa lượng calcium và phosphor trong cơ thể. Cường tuyến cận giáp (CTCG) là tình trạng cơ thể sản xuất ra quá nhiều hormon tuyến cận giáp. Tình trạng này xảy ra ở quá sản tuyến, u tuyến hay hiếm gặp hơn là ung thư tuyến cận giáp.

2. Triệu chứng

Đa số người bệnh CTCG không có triệu chứng đặc hiệu. Triệu chứng thường xuất hiện chậm và rất kín đáo: cảm giác yếu mệt hoặc đau nhức mơ hồ. Khi bệnh tiến triển xa, triệu chứng sẽ nặng hơn:

- + Khát nước và tiểu nhiều do tăng bài tiết calcium qua nước tiểu (hypercalciuria)
- + Sỏi thận, sỏi niệu quản có thể tái phát nhiều lần
- + Đau bụng hoặc đau thắt lưng, đau dọc theo các xương dài, đau các khớp
- + Buồn nôn, nôn hoặc chán ăn, rối loạn tiêu hóa
- + Loãng xương (osteoporosis), dẫn đến tăng nguy cơ loãng xương. Có thể gãy xương
- + Lú lẫn hoặc giảm trí nhớ
- + Yếu cơ, mệt mỏi

3. Chẩn đoán

Do bệnh CTCG thường ít có triệu chứng, đa số người bệnh không biết mình có bệnh cho đến khi phát hiện lượng calcium trong máu cao khi đi kiểm tra sức khỏe định kỳ hoặc đến khám vì một lý do khác.

Một số bệnh lý và thuốc khác có thể làm tăng lượng calcium máu, do đó chỉ được phép chẩn đoán CTCG khi có đồng thời lượng calcium và hormon PTH trong máu tăng cao.

- Siêu âm: thường là khối nằm ngoài tuyến giáp, tương ứng với vị trí của các tuyến cận giáp, sỏi tiết niệu.

- Chụp Xquang: hình ảnh viêm xương đặc hiệu xơ nang kiểu von Recklinghause. Tại thận có thể thấy nhu mô thận bị canxi hóa hay canxi hóa ở những nơi quanh khớp, thành động mạch

- Xạ hình bằng Technetium có thể xác định được vị trí của u tuyến cận giáp

4. Điều trị

Nguyên tắc: Phẫu thuật lấy bỏ u của các tuyến cận giáp

II. CHỈ ĐỊNH

Các trường hợp quá sản hoặc u hoặc ung thư tuyến cận giáp

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Các bệnh nội khoa nặng không có khả năng gây mê nội khí quản.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- + 1 bác sĩ phẫu thuật
- + 1 bác sĩ gây mê
- + 2 bác sĩ phụ mổ
- + 1 kỹ thuật viên gây mê
- + 1 điều dưỡng dụng cụ
- + 1 điều dưỡng ngoài
- + 1 hộ lý

2. Phương tiện

- + Máy gây mê
- + Dao điện
- + Dụng cụ mổ

3. Người bệnh

- Chuẩn bị người bệnh trước mổ: vào viện trước, tối dùng thuốc an thần, giải thích và ký cam kết trước mổ, vẽ cổ trước khi mổ.
- Khám và giải thích về bệnh tình cho người bệnh và người nhà người bệnh
- Làm các xét nghiệm cơ bản trước mổ

4. Hồ sơ bệnh án: Làm hồ sơ bệnh án theo mẫu qui định chung của Bộ Y tế

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ

2. Kiểm tra người bệnh

3. Thực hiện kỹ thuật

- **Gây mê:** Gây mê toàn thân có đặt nội khí quản.

- **Tư thế người bệnh:**

- + Nằm ngửa
- + Hai tay để dạng
- + Cổ ưỡn
- + Độn gối dưới 2 vai

- **Vị trí phẫu thuật viên và phụ:**

- + Phẫu thuật viên đứng cùng bên với thùy cần phẫu thuật
- + Phụ 1: Đứng đối diện với phẫu thuật viên
- + Phụ 2 đứng cùng phía với phụ 1
- + Dụng cụ viên: đứng phía sau phẫu thuật viên

- **Đường rạch da:**

- + Được xác định khi người bệnh ở tư thế ngồi.
- + Vị trí ở trên hõm ức 1 cm, tốt nhất là trùng với nếp da.
- + Hướng đường mổ cong lên trên.

- **Các thì trong phẫu thuật:**

Thì 1 – Rạch da và bóc lộ tuyến:

- Rạch da qua lớp cơ bám da cổ, ngay phía trên của tĩnh mạch cổ trước trên lớp nông của cân cổ sau.
- Tách vạt da: theo lớp vô mạch
- + Lên trên tới sụn giáp

- + Xuống dưới tới hõm ức.
- Đi vào tuyến giáp theo đường bên (không đi theo đường giữa) là đường dọc theo bờ trước của cơ ức đòn chũm.
- Tách cơ vai - móng
- Tách dọc cơ ức giáp
- Bộc lộ tuyến giáp (cả 2 thùy), nâng thùy tuyến giáp ra trước, vào trong
- Bóc tách vào vị trí các tuyến cận giáp tìm các tuyến cận giáp: có 4 tuyến cận giáp mỗi bên 2 tuyến, nhỏ như hạt gạo, màu vàng xà cừ

Thì 2 – Xử lý thương tổn:

- Kiểm tra cả 4 tuyến cận giáp để phát hiện u tuyến cận giáp
- Dùng dao điện tách u tuyến cận giáp ra và lấy bỏ
- Tiến hành xét nghiệm PTH trước, trong và sau khi cắt bỏ tuyến cận giáp
- Đưa các tổ chức về vị trí giải phẫu

Thì 3 – Đóng vết mổ khâu da:

Không cần khâu lại các cơ. Tổ chức dưới da khâu lại mũi rờn bằng chỉ tiêu (vicryle 3/0). Da khâu bằng chỉ lượn tự tiêu dưới da.

VI. THEO DÕI SAU MỔ

- Chảy máu
- Nói khàn
- Tê tay chân – Con tetani: Sau mổ tiến hành theo dõi PTH, Ure, Creatinin, Điện giải đồ hàng ngày. Lượng calci huyết thanh có thể sẽ giảm đột ngột gây ra cơn tetani cấp, vì vậy cần theo dõi và bổ sung calci kịp thời.
- Khó thở
- Nhiễm trùng

VII. XỬ TRÍ TAI BIẾN

- Chảy máu : mở vết mổ cầm máu lại
- Nói khàn: Chống phù nề - corticoid – vitamin 3B
- Tê tay chân – Con tetani: Calci clorid tiêm tĩnh mạch
- Khó thở:
- + Thở ôxy
- + Mở khí quản
- Nhiễm trùng: Kháng sinh, chống phù nề

30. KỸ THUẬT CẮT TUYẾN CẬN GIÁP TRONG QUÁ SẢN THỨ PHÁT SAU SUY THẬN MÃN TÍNH

I. ĐẠI CƯƠNG

1. Định nghĩa

Hormon này giúp điều hoà lượng calcium và phosphor trong cơ thể

Cường tuyến cận giáp (CTCG) thứ phát là tình trạng tuyến cận giáp sản xuất ra quá nhiều hormon, xảy ra chủ yếu ở suy thận mãn. Trong trường hợp suy thận mãn các vấn đề kém hấp thu và còi xương, do thiếu vitamin D trầm trọng là những nguyên nhân gây cường cận giáp thứ phát.

2. Triệu chứng

Đa số người bệnh CTCG không có triệu chứng đặc hiệu. Triệu chứng thường xuất hiện chậm và rất kín đáo: cảm giác yếu mệt hoặc đau nhức mơ hồ. Khi bệnh tiến triển xa, triệu chứng sẽ nặng hơn:

+ Khát nước và tiểu nhiều do tăng bài tiết calcium qua nước tiểu (hypercalciuria)

+ Sỏi thận, sỏi niệu quản có thể tái phát nhiều lần

+ Đau bụng hoặc đau thắt lưng, đau dọc theo các xương dài, đau các khớp

+ Buồn nôn, nôn hoặc chán ăn, rối loạn tiêu hóa

+ Loãng xương (osteoporosis), dẫn đến tăng nguy cơ loãng xương. Có thể gãy xương

+ Lú lẫn hoặc giảm trí nhớ

+ Yếu cơ, mệt mỏi

3. Chẩn đoán

Bệnh xảy ra khi đã mắc suy thận mãn

Do bệnh CTCG thường ít có triệu chứng, đa số người bệnh không biết mình có bệnh cho đến khi phát hiện lượng calcium trong máu cao khi đi kiểm tra sức khỏe định kỳ hoặc đến khám vì một lý do khác.

Một số bệnh lý và thuốc khác có thể làm tăng lượng calcium máu, do đó chỉ được phép chẩn đoán CTCG khi có đồng thời lượng calcium và hormon PTH trong máu tăng cao.

- Siêu âm: thường là khối nằm ngoài tuyến giáp, tương ứng với vị trí của các tuyến cận giáp, sỏi tiết niệu.

- Chụp Xquang: hình ảnh viêm xương đặc hiệu xơ nang kiểu von Recklinghause. Tại thận có thể thấy nhu mô thận bị canxi hóa hay canxi hóa ở những nơi quanh khớp, thành động mạch

- Xạ hình bằng Technetium có thể xác định được vị trí của u tuyến cận giáp

4. Điều trị

Nguyên tắc: Cắt 3 1/2 số tuyến cận giáp

II. CHỈ ĐỊNH

Các trường hợp quá sản tuyến cận giáp thứ phát sau suy thận

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Các bệnh nội khoa nặng không có khả năng gây mê nội khí quản.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- + 1 bác sĩ phẫu thuật
- + 1 bác sĩ gây mê
- + 2 bác sĩ phụ mổ
- + 1 kỹ thuật viên gây mê
- + 1 điều dưỡng dụng cụ
- + 1 điều dưỡng ngoài
- + 1 hộ lý

2. Phương tiện

- + Máy gây mê
- + Dao điện
- + Dụng cụ mổ

3. Người bệnh

- Chuẩn bị người bệnh trước mổ: vào viện trước, tối dùng thuốc an thần, giải thích và ký cam kết trước mổ, vẽ cổ trước khi mổ.
- Khám và giải thích về bệnh tình cho người bệnh và người nhà người bệnh
- Làm các xét nghiệm cơ bản trước mổ

4. Hồ sơ bệnh án: Làm hồ sơ bệnh án theo mẫu qui định chung của Bộ Y tế

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ

2. Kiểm tra người bệnh

3. Thực hiện kỹ thuật

- **Gây mê:** Gây mê toàn thân có đặt nội khí quản.

- Tư thế người bệnh:

- + Nằm ngửa
- + Hai tay để dạng
- + Cổ ưỡn
- + Độn gối dưới 2 vai

- Vị trí phẫu thuật viên và phụ:

- + Phẫu thuật viên đứng cùng bên với thùy cần phẫu thuật
- + Phụ 1: Đứng đối diện với phẫu thuật viên
- + Phụ 2 đứng cùng phía với phụ 1
- + Dụng cụ viên: đứng phía sau phẫu thuật viên

- Đường rạch da:

- + Được xác định khi người bệnh ở tư thế ngồi.
- + Vị trí ở trên hõm ức 1 cm, tốt nhất là trùng với nếp da.
- + Hướng đường mổ cong lên trên.

- Các thì trong phẫu thuật:

Thì 1 – Rạch da và bóc lộ tuyến:

- Rạch da qua lớp cơ bám da cổ, ngay phía trên các tĩnh mạch cổ tr- ớc trên lớp nông của cân cổ sâu.
- Tách vạt da theo lớp vô mạch
- + Lên trên tới sụn giáp

- + Xuống d- ới tới hôm ức.
- Đi vào tuyến giáp theo đ- ờng bên (không đi theo đ- ờng giữa) là đ- ờng dọc theo bờ tr- ớc của cơ ức đòn chũm.
- Tách cơ vai-móng
- Tách dọc cơ ức- giáp
- Bộc lộ tuyến giáp (cả 2 thùy), nâng thùy tuyến giáp ra trước, vào trong
- Bóc tách vào vị trí các tuyến cận giáp tìm các tuyến cận giáp : có 4 tuyến cận giáp mỗi bên 2 tuyến, bình thường nhỏ như hạt gạo, màu vàng xà cừ. Trong trường hợp suy thận mãn, các tuyến quá sản lớn hơn nhiều, thường màu nâu đen.

Thì 2 – Xử lý thương tổn:

- Kiểm tra tuyến cận giáp để phát hiện u tuyến cận giáp
- Dùng dao điện tách u tuyến cận giáp ra và lấy bỏ
- Nếu cả 4 tuyến phì đại, dùng dao điện cắt bỏ $3\frac{1}{2}$ số tuyến. Cắt 3 tuyến có kích thước lớn nhất, để lại $\frac{1}{2}$ tuyến có kích thước nhỏ nhất, tuyến còn lại mềm mại nhất, màu vàng xà cừ
- Tiến hành xét nghiệm PTH trước, trong và sau khi cắt bỏ tuyến cận giáp
- Đưa các tổ chức về vị trí giải phẫu

Thì 3 – Đóng vết mổ khâu da:

Không cần khâu lại các cơ. Tổ chức dưới da khâu lại mũi rời bằng chỉ tiêu (vicryle 3/0). Da khâu bằng chỉ luôn tự tiêu dưới da.

VI. THEO DÕI SAU MỔ

- Chảy máu
- Nói khàn
- Tê tay chân – Con tetani: Sau mổ tiến hành theo dõi PTH, Ure, Creatinin, Điện giải đồ hàng ngày. Lượng calci huyết thanh có thể sẽ giảm đột ngột gây ra cơn tetani cấp, vì vậy cần theo dõi và bổ sung calci kịp thời.
- Khó thở
- Nhiễm trùng

VII. XỬ TRÍ TAI BIẾN

- Chảy máu : mở vết mổ cầm máu lại
- Nói khàn: Chống phù nề - corticoid – vitamin 3B
- Tê tay chân – Con tetani: Calci clorid tiêm tĩnh mạch
- Khó thở:
- + Thở ôxy
- + Mở khí quản
- Nhiễm trùng: Kháng sinh, chống phù nề

31. KỸ THUẬT CẮT BÁN PHẦN HAI THUY TUYÊN GIÁP TRONG BƯỚU GIÁP ĐƠN THUẦN KHÔNG CÓ NHÂN BẰNG DAO SIÊU ÂM

I. ĐẠI CƯƠNG

Bệnh bướu cổ đơn thuần hay bướu cổ bình giáp là tình trạng to ra của tuyến giáp hoặc dưới dạng lan tỏa hay dưới dạng nhân nhưng không nhiễm độc giáp hoặc thiếu năng tuyến giáp, cũng như không phải hậu quả của quá trình tự miễn dịch, viêm nhiễm hay u tân sinh tuyến giáp.

Nguyên nhân chủ yếu của bướu cổ đơn thuần là do thiếu iot hoặc các nguyên nhân môi trường khác hoặc khiếm khuyết tổng hợp hormon giáp.

Tỷ lệ bướu cổ đơn thuần trên thế giới khoảng 13% chủ yếu ở phụ nữ

Đánh giá bướu cổ dựa vào thăm khám lâm sàng, xét nghiệm chức năng tuyến giáp, chẩn đoán hình ảnh và các xét nghiệm khác nếu cần thiết.

II. CHỈ ĐỊNH

- Bướu cổ lớn gây các triệu chứng chèn ép
- Giải quyết thẩm mỹ

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Viêm giáp, cường giáp
- Kèm theo các bệnh nội khoa nặng khác không có khả năng phẫu thuật.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- + 1 bác sĩ phẫu thuật
- + 1 bác sĩ gây mê
- + 2 bác sĩ phụ mổ
- + 1 kỹ thuật viên gây mê
- + 1 điều dưỡng dụng cụ
- + 1 điều dưỡng ngoài
- + 1 hộ lý

2. Phương tiện

- + Máy gây mê
- + Dao điện, dao siêu âm
- + Dụng cụ mổ

3. Người bệnh

- Chuẩn bị người bệnh trước mổ: vào viện trước, tối dùng thuốc an thần, giải thích và ký cam kết trước mổ, vẽ cỏ trước khi mổ.

- Khám và giải thích về bệnh tình cho người bệnh và người nhà người bệnh
- Làm các xét nghiệm cơ bản trước mổ

4. Hồ sơ bệnh án: Làm hồ sơ bệnh án theo mẫu qui định chung của Bộ Y tế

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ

2. Kiểm tra người bệnh

3. Thực hiện kỹ thuật

- **Gây mê:** Gây mê toàn thân có đặt nội khí quản hoặc gây tê đám rối cổ nông nếu chống chỉ định đặt nội khí quản.

- **Tư thế người bệnh:**

- + Nằm ngửa
- + Hai tay để dạng
- + Cổ uốn
- + Độn gối dưới 2 vai

- **Vị trí phẫu thuật viên và phụ:**

- + Phẫu thuật viên đứng cùng bên với thùy cần phẫu thuật
- + Phụ 1: Đứng đối diện với phẫu thuật viên
- + Phụ 2 đứng cùng phía với phụ 1
- + Dụng cụ viên: đứng phía sau phẫu thuật viên

- **Đường rạch da:**

- + Được xác định khi người bệnh ở tư thế ngồi.
- + Vị trí ở trên hõm ức 1 cm, tốt nhất là trùng với nếp da.
- + Hướng đường mổ cong lên trên.

- **Các thì trong phẫu thuật:**

Thì 1 – Rạch da và bóc lộ tuyến:

- Rạch da qua lớp cơ bám da cổ, ngay phía trên các tĩnh mạch cổ trước trên lớp nông của cân cổ sâu.

- Tách vạt da: theo lớp vô mạch
- + Lên trên tới sụn giáp
- + Xuống dưới tới hõm ức.

- Tách đường giữa vén sang 2 bên đi vào tuyến giáp.

- Đi vào tuyến giáp theo đường bên (không đi theo đường giữa) là đường dọc theo bờ trước của cơ ức đòn chũm. Tách theo cân bọc cơ, từ dưới lên trên dọc theo chiều dài của cơ.

- Tách cơ vai - móng:

- Tách dọc cơ ức giáp: Theo thớ dọc của cơ bằng dao điện. Ngay phía dưới cơ là thùy tuyến giáp.

- Sau khi bóc lộ tới mặt trước của tuyến dùng kẹp cầm máu loại nhỏ phẫu tích tuyến giáp khỏi các thành phần xung quanh như: Cơ ức giáp, ức móng ở mặt bên, động mạch cảnh ở mặt sau.

Thì 2 – Xử lý thương tổn:

- Sử dụng dao siêu âm để bóc tách, cầm máu hay cắt tổ chức

- Phẫu tích cực dưới

+ Dùng kẹp cầm máu cặp nhẹ vào cực dưới của thùy nơi tổ chức lành kéo nhẹ thùy tuyến lên phía trước trên.

+ Tiếp tục kéo tuyến lên trên và vào trong để bóc tách tiếp mặt sau bên cực dưới của thùy. Đây là nơi đổ vào của động mạch giáp dưới.

+ Sau đó dùng dao siêu âm cắt bán phần cực dưới để lại khoảng một phần ba tổ chức tuyến phía cực trên.

- Tương tự làm với thùy còn lại.

Thì 3 – Đóng vết mổ khâu da:

Không cần khâu lại các cơ. Tổ chức dưới da khâu lại mũi ròi bằng chỉ tiêu (vicryle 3/0). Da khâu bằng chỉ luôn tự tiêu dưới da.

VI. THEO DÕI SAU MỔ

- Chảy máu
- Nói khàn
- Tê tay chân – Con tetani
- Khó thở
- Nhiễm trùng

VII. XỬ TRÍ TAI BIẾN

- Chảy máu : mở vết mổ cầm máu lại
- Nói khàn: Chống phù nề - corticoid – vitamin 3B
- Tê tay chân- Con tetani: Calci clorid tiêm tĩnh mạch
- Khó thở:
 - + Thở ôxy
 - + Mở khí quản
- Nhiễm trùng: Kháng sinh, chống phù nề

32. KỸ THUẬT CẮT BÁN PHẦN 1 THÙY TUYẾN GIÁP TRONG BƯỚU NHÂN BẰNG DAO SIÊU ÂM

I. ĐẠI CƯƠNG

Bướu giáp nhân là biểu hiện lâm sàng của nhiều bệnh lý tuyến giáp khác nhau và là một rối loạn nội tiết phổ biến nhất đặc biệt ở những vùng có thu nhận iot thấp.

Tỷ lệ bướu giáp nhân sờ thấy khoảng 4% - 5% ở những vùng có thu nhận iot bình thường, trong đó một nửa là đơn nhân và một nửa là đa nhân. Tỷ lệ bướu giáp nhân lên tới 50% nếu phát hiện bằng siêu âm hay khi mổ xác.

Đa số bướu giáp nhân là lành tính, tỷ lệ ác tính chiếm khoảng 10% - 30% trong các trường hợp bướu giáp nhân.

Đánh giá bướu giáp nhân dựa vào thăm khám lâm sàng, xét nghiệm chức năng tuyến giáp, chẩn đoán hình ảnh, xét nghiệm tế bào học.

Điều trị bướu giáp nhân phụ thuộc bệnh lý, có thể điều trị nội khoa, phẫu thuật, phóng xạ.

II. CHỈ ĐỊNH

- Nhân một thùy tuyến giáp: Chức năng tuyến giáp bình thường, xạ hình tuyến giáp nhân lạnh, xét nghiệm tế bào bướu nhân lành tính, siêu âm thấy nhân nằm ở cực dưới hay cực trên của thùy

- Đã điều trị nội khoa nhiều không đỡ, hay không có điều kiện điều trị nội khoa.

- Có dấu hiệu chèn ép: nuốt vướng, khó nuốt hay khó thở

- Giải quyết thẩm mỹ

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Viêm giáp

- Cường giáp

- Ung thư giáp

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- + 1 bác sĩ phẫu thuật
- + 1 bác sĩ gây mê
- + 2 bác sĩ phụ mổ
- + 1 kỹ thuật viên gây mê
- + 1 điều dưỡng dụng cụ
- + 1 điều dưỡng ngoài
- + 1 hộ lý

2. Phương tiện

- + Máy gây mê
- + Dao điện, dao siêu âm
- + Dụng cụ mổ

3. Người bệnh

- Chuẩn bị người bệnh trước mổ: vào viện trước, tối dùng thuốc an thần,

giải thích và ký cam kết trước mổ, vẽ cổ trước khi mổ.

- Khám và giải thích về bệnh tình cho người bệnh và người nhà người bệnh
- Làm các xét nghiệm cơ bản trước mổ

4. Hồ sơ bệnh án: Làm hồ sơ bệnh án theo mẫu qui định chung của Bộ Y tế

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ

2. Kiểm tra người bệnh

3. Thực hiện kỹ thuật

- **Gây mê:** Gây mê toàn thân có đặt nội khí quản hoặc gây tê đám rối cổ nông nếu chống chỉ định đặt nội khí quản.

- **Tư thế người bệnh:**

- + Nằm ngửa
- + Hai tay để dạng
- + Cổ uốn
- + Độn gối dưới 2 vai

- **Vị trí phẫu thuật viên và phụ:**

- + Phẫu thuật viên đứng cùng bên với thùy cần phẫu thuật
- + Phụ 1: Đứng đối diện với phẫu thuật viên
- + Phụ 2 đứng cùng phía với phụ 1
- + Dụng cụ viên: đứng phía sau phẫu thuật viên

- **Đường rạch da:**

- + Được xác định khi người bệnh ở tư thế ngồi.
- + Vị trí ở trên hõm ức 1 cm, tốt nhất là trùng với nếp da.
- + Hướng đường mổ cong lên trên.

- **Các thì trong phẫu thuật:**

Thì 1 – Rạch da và bóc lộ tuyến:

- Rạch da qua lớp cơ bám da cổ, ngay phía trên các tĩnh mạch cổ trước trên lớp nông của cân cổ sâu.

- Tách vạt da: theo lớp vô mạch

+ Lên trên tới sụn giáp

+ Xuống dưới tới hõm ức.

- Tách đường giữa vén sang 2 bên đi vào tuyến giáp.

- Đi vào tuyến giáp theo đường bên (không đi theo đường giữa) là đường dọc theo bờ trước của cơ ức đòn chũm. Tách theo cân bọc cơ, từ dưới lên trên dọc theo chiều dài của cơ.

- Tách cơ vai - móng:

- Tách dọc cơ ức giáp: Theo thớ dọc của cơ bằng dao điện. Ngay phía dưới cơ là thùy tuyến giáp.

- Sau khi bóc lộ tới mặt trước của tuyến dùng kẹp cầm máu loại nhỏ phẫu tích tuyến giáp khỏi các thành phần xung quanh như: Cơ ức giáp, ức móng ở mặt bên, động mạch cảnh ở mặt sau.

Thì 2 – Xử lý thương tổn:

- Sử dụng dao siêu âm để bóc tách, cầm máu hay cắt tổ chức

- Phẫu tích cực dưới (nếu nhân ở cực dưới)

+ Dùng kẹp cầm máu cặp nhẹ vào cực dưới của thùy nơi tổ chức lành kéo nhẹ thùy tuyến lên phía trước trên. Phải thận trọng bởi vì nếu cặp thì rất dễ làm vỡ u dẫn đến chảy máu khó cầm làm khó khăn cho quá trình bóc tách.

+ Tiếp tục kéo tuyến lên trên và vào trong để bóc tách tiếp mặt sau bên cực dưới của thùy. Đây là nơi đổ vào của động mạch giáp dưới.

+ Sau đó dùng dao siêu âm cắt bán phần cực dưới để lại tổ chức lành cực trên. Cầm máu bằng dao siêu âm.

- Phẫu tích cực trên (nếu nhân ở cực trên)

+ Dùng kẹp cầm máu cặp nhẹ vào mặt tuyến ở phía cực trên dùng kẹp cầm máu khác tách tuyến khỏi khí quản, đốt và cắt các mạch máu.

+ Tiếp tục phẫu tích lên phía trên tới khi quan sát thấy động mạch giáp trên. Đối với động mạch giáp trên dùng kẹp cầm máu cặp cắt và buộc mạch máu

+ Tách thành sau phía trên của thùy tuyến. Sau đó dùng dao siêu âm cắt bán phần cực trên để lại tổ chức lành cực dưới.

- Trong quá trình bóc tách nếu thấy tuyến cận giáp trên hay thần kinh quặt ngược thì tách ra khỏi tuyến giáp nhất là bên trái

Thì 3 – Đóng vết mổ khâu da:

Không cần khâu lại các cơ. Tổ chức dưới da khâu lại mũi rìi bằng chỉ tiêu (vicryle 3/0). Da khâu bằng chỉ lượn tự tiêu dưới da.

VI. THEO DÕI SAU MỔ

- Chảy máu
- Nói khàn
- Tê tay chân – Con tetani
- Khó thở
- Nhiễm trùng

VII. XỬ TRÍ TAI BIẾN

- Chảy máu : mở vết mổ cầm máu lại
- Nói khàn: Chống phù nề - corticoid – vitamin 3B
- Tê tay chân – Con tetani: Calcioclorid tiêm tĩnh mạch
- Khó thở:
 - + Thở ôxy
 - + Mở khí quản
- Nhiễm trùng: Kháng sinh, chống phù nề

33. KỸ THUẬT CẮT MỘT THÙY TUYẾN GIÁP TRONG BƯỚU GIÁP NHÂN BẰNG DAO SIÊU ÂM

I. ĐẠI CƯƠNG

Bướu giáp nhân là biểu hiện lâm sàng của nhiều bệnh lý tuyến giáp khác nhau và là một rối loạn nội tiết phổ biến nhất đặc biệt ở những vùng có thu nhận iot thấp.

Tỷ lệ bướu giáp nhân sờ thấy khoảng 4% - 5% ở những vùng có thu nhận iot bình thường, trong đó một nửa là đơn nhân và một nửa là đa nhân. Tỷ lệ bướu giáp nhân lên tới 50% nếu phát hiện bằng siêu âm hay khi mổ xác.

Đa số bướu giáp nhân là lành tính, tỷ lệ ác tính chiếm khoảng 10% - 30% trong các trường hợp bướu giáp nhân.

Đánh giá bướu giáp nhân dựa vào thăm khám lâm sàng, xét nghiệm chức năng tuyến giáp, chẩn đoán hình ảnh, xét nghiệm tế bào học.

Điều trị bướu giáp nhân phụ thuộc bệnh lý, có thể điều trị nội khoa, phẫu thuật, phóng xạ.

II. CHỈ ĐỊNH

- Nhân một thùy tuyến giáp, chức năng tuyến giáp bình thường, xạ hình tuyến giáp nhân lạnh, xét nghiệm tế bào bướu nhân lành tính, siêu âm thấy nhân chiếm hết thùy hay gần hết thùy.

- Đã điều trị nội khoa nhiều không đỡ, hay không có điều kiện điều trị nội khoa.

- Có dấu hiệu chèn ép: nuốt vướng, khó nuốt hay khó thở

- Giải quyết thẩm mỹ

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Viêm giáp

- Cường giáp

- Ung thư giáp

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- + 1 bác sĩ phẫu thuật
- + 1 bác sĩ gây mê
- + 2 bác sĩ phụ mổ
- + 1 kỹ thuật viên gây mê
- + 1 điều dưỡng dụng cụ
- + 1 điều dưỡng ngoài
- + 1 hộ lý

2. Phương tiện

- + Máy gây mê
- + Dao điện, dao siêu âm
- + Dụng cụ mổ

3. Người bệnh

- Chuẩn bị người bệnh trước mổ: vào viện trước, tối dùng thuốc an thần, giải

thích và ký cam kết trước mổ, vẽ cổ trước khi mổ.

- Khám và giải thích về bệnh tình cho người bệnh và người nhà người bệnh
- Làm các xét nghiệm cơ bản trước mổ

4. Hồ sơ bệnh án: Làm hồ sơ bệnh án theo mẫu qui định chung của Bộ Y tế

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ

2. Kiểm tra người bệnh

3. Thực hiện kỹ thuật

- **Gây mê:** Gây mê toàn thân có đặt nội khí quản hoặc gây tê đám rối cổ nông nếu chống chỉ định đặt nội khí quản.

- **Tư thế người bệnh:**

- + Nằm ngửa
- + Hai tay để dạng
- + Cổ uốn
- + Độn gối dưới 2 vai

- **Vị trí phẫu thuật viên và phụ:**

- + Phẫu thuật viên: Đứng cùng bên với thùy cần phẫu thuật
- + Phụ 1: Đứng đối diện với phẫu thuật viên
- + Phụ 2: Đứng cùng phía với phụ 1
- + Dụng cụ viên: đứng phía sau phẫu thuật viên

- **Đường rạch da:**

- + Được xác định khi người bệnh ở tư thế ngồi.
- + Vị trí ở trên hõm ức 1 cm, tốt nhất là trùng với nếp da.
- + Hướng đường mổ cong lên trên.

- **Các thì trong phẫu thuật:**

Thì 1- Rạch da và bóc lộ tuyến:

- Rạch da qua lớp cơ bám da cổ, ngay phía trên các tĩnh mạch cổ trước trên lớp nông của cân cổ sâu.

- Tách vạt da: theo lớp vô mạch
- + Lên trên tới sụn giáp
- + Xuống dưới tới hõm ức.

- Tách đường giữa vén sang 2 bên đi vào tuyến giáp. Trong trường hợp bước lớn có thể cắt cơ ức giáp, ức móng

- Đi vào tuyến giáp theo đường bên (không đi theo đường giữa) là đường dọc theo bờ trước của cơ ức đòn chũm. Tách theo cân bọc cơ, từ dưới lên trên dọc theo chiều dài của cơ.

- Tách cơ vai - móng:

- Tách dọc cơ ức giáp: Theo thớ dọc của cơ bằng dao điện. Ngay phía dưới cơ là thùy tuyến giáp.

- Sau khi bóc lộ tới mặt trước của tuyến dùng kẹp cầm máu loại nhỏ phẫu tích tuyến giáp khỏi các thành phần xung quanh như: Cơ ức giáp, ức móng ở mặt bên, động mạch cảnh, tĩnh mạch cảnh ở mặt sau.

Thì 2 - Xử lý thương tổn:

- Sử dụng dao siêu âm để bóc tách, cầm máu hay cắt tổ chức
- Phẫu tích cực dưới
 - + Dùng kẹp cầm máu cặp nhẹ vào cực dưới của thùy nơi tổ chức lành kéo nhẹ thùy tuyến lên phía trước trên. Nếu là tổ chức thì phải thận trọng bởi vì nếu cặp thì rất dễ làm vỡ u dẫn đến chảy máu khó cầm làm khó khăn cho quá trình bóc tách.
 - + Tiếp tục kéo tuyến lên trên và vào trong để bóc tách tiếp mặt sau bên cực dưới của thùy. Đây là nơi đổ vào của động mạch giáp dưới.
- Phẫu tích cực trên
 - + Dùng kẹp cầm máu cặp nhẹ vào mặt tuyến ở phía cực trên kéo lên trên ra ngoài, dùng kẹp cầm máu khác đi vào khoang vô mạch, tách tuyến khỏi khí quản, đốt và cắt các mạch máu.
 - + Tiếp tục phẫu tích lên phía trên tới khi quan sát thấy động mạch giáp trên. Đối với động mạch giáp trên dùng kẹp cầm máu cặp cắt và buộc mạch máu
 - + Tách thành sau của thùy tuyến: Tách toàn bộ phần sau ngoài của thùy sau đó xác định dây chằng Berry. Dùng dao siêu âm cắt dây chằng Berry. Đây là thì khó nhất của cắt thùy tuyến giáp. Tiếp tục phẫu tích về phía eo tuyến để cắt bỏ eo tuyến.
 - + Tách dây thần kinh quặt ngược hay tuyến cận giáp khỏi tuyến giáp nếu thấy

Thì 3 – Đóng vết mổ khâu da:

Không cần khâu lại các cơ. Tổ chức dưới da khâu lại mũi rời bằng chỉ tiêu (vicryle 3/0). Da khâu bằng chỉ luôn tự tiêu dưới da.

VI. THEO DÕI SAU MỔ

- Chảy máu
- Nói khàn
- Tê tay chân – Con tetani
- Khó thở
- Nhiễm trùng

VII. XỬ TRÍ TAI BIẾN

- Chảy máu : mở vết mổ cầm máu lại
- Nói khàn: Chống phù nề - corticoid – vitamin 3B
- Tê tay chân - Con tetani: Calciclorid tiêm tĩnh mạch
- Khó thở:
 - + Thở ôxy
 - + Mở khí quản
- Nhiễm trùng: Kháng sinh, chống phù nề

34. KỸ THUẬT CẮT BẮN PHẦN MỘT THÙY TUYẾN GIÁP VÀ LÁY NHÂN THÙY CÒN LẠI TRONG BƯỚU GIÁP NHÂN BẰNG DAO SIÊU ÂM

I. ĐẠI CƯƠNG

Bướu giáp nhân là biểu hiện lâm sàng của nhiều bệnh lý tuyến giáp khác nhau và là một rối loạn nội tiết phổ biến nhất đặc biệt ở những vùng có thu nhận iot thấp.

Tỷ lệ bướu giáp nhân sờ thấy khoảng 4% - 5% ở những vùng có thu nhận iot bình thường, trong đó một nửa là đơn nhân và một nửa là đa nhân. Tỷ lệ bướu giáp nhân lên tới 50% nếu phát hiện bằng siêu âm hay khi mổ xác.

Đa số bướu giáp nhân là lành tính, tỷ lệ ác tính chiếm khoảng 10% - 30% trong các trường hợp bướu giáp nhân.

Đánh giá bướu giáp nhân dựa vào thăm khám lâm sàng, xét nghiệm chức năng tuyến giáp, chẩn đoán hình ảnh, xét nghiệm tế bào học.

Điều trị bướu giáp nhân phụ thuộc bệnh lý, có thể điều trị nội khoa, phẫu thuật, phóng xạ.

II. CHỈ ĐỊNH

- Nhân một thùy tuyến giáp, chức năng tuyến giáp bình thường, xạ hình tuyến giáp nhân lạnh, xét nghiệm tế bào bướu nhân lành tính, siêu âm thấy nhân nằm ở một cực của một thùy và nhân nhỏ dưới 1 cm ở bên thùy đối diện.

- Đã điều trị nội khoa nhiều không đỡ, hay không có điều kiện điều trị nội khoa.

- Có dấu hiệu chèn ép: nuốt vướng, khó nuốt hay khó thở

- Giải quyết thẩm mỹ

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Viêm giáp

- Cường giáp

- Ung thư giáp

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- + 1 bác sĩ phẫu thuật
- + 1 bác sĩ gây mê
- + 2 bác sĩ phụ mổ
- + 1 kỹ thuật viên gây mê
- + 1 điều dưỡng dụng cụ
- + 1 điều dưỡng ngoài
- + 1 hộ lý

2. Phương tiện

- + Máy gây mê
- + Dao điện, dao siêu âm
- + Dụng cụ mổ

3. Người bệnh

- Chuẩn bị người bệnh trước mổ: vào viện trước, tối dùng thuốc an thần, giải thích và ký cam kết trước mổ, vẽ cổ trước khi mổ.

- Khám và giải thích về bệnh tình cho người bệnh và người nhà người bệnh
- Làm các xét nghiệm cơ bản trước mổ

4. Hồ sơ bệnh án: Làm hồ sơ bệnh án theo mẫu qui định chung của Bộ Y tế

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ

2. Kiểm tra người bệnh

3. Thực hiện kỹ thuật

- **Gây mê:** Gây mê toàn thân có đặt nội khí quản hoặc gây tê đám rối cổ nông nếu chống chỉ định đặt nội khí quản.

- **Tư thế người bệnh:**

- + Nằm ngửa
- + Hai tay để dạng
- + Cổ ưỡn
- + Độn gối dưới 2 vai

- **Vị trí phẫu thuật viên và phụ:**

- + Phẫu thuật viên đứng cùng bên với thùy cần phẫu thuật
- + Phụ 1: Đứng đối diện với phẫu thuật viên
- + Phụ 2 đứng cùng phía với phụ 1
- + Dụng cụ viên: đứng phía sau phẫu thuật viên

- Đường rạch da:

- + Được xác định khi người bệnh ở tư thế ngồi.
- + Vị trí ở trên hõm ức 1 cm, tốt nhất là trùng với nếp da.
- + Hướng đường mổ cong lên trên.

- **Các thì trong phẫu thuật:**

Thì 1 – Rạch da và bóc lộ tuyến:

- Rạch da qua lớp cơ bám da cổ, ngay phía trên các tĩnh mạch cổ trước trên lớp nông của cân cổ sâu.

- Tách vạt da: theo lớp vô mạch
- + Lên trên tới sụn giáp
- + Xuống dưới tới hõm ức.

- Tách đường giữa vén sang 2 bên đi vào tuyến giáp.

- Đi vào tuyến giáp theo đường bên (không đi theo đường giữa) là đường dọc theo bờ trước của cơ ức đòn chũm. Tách theo cân bọc cơ, từ dưới lên trên dọc theo chiều dài của cơ.

- Tách cơ vai - móng:

- Tách dọc cơ ức giáp: Theo thớ dọc của cơ bằng dao điện. Ngay phía dưới cơ là thùy tuyến giáp.

- Sau khi bóc lộ tới mặt trước của tuyến dùng kẹp cầm máu loại nhỏ phẫu tích tuyến giáp khỏi các thành phần xung quanh như: Cơ ức giáp, ức móng ở mặt bên, động mạch cảnh, tĩnh mạch cảnh ở mặt sau.

Thì 2 – Xử lý thương tổn:

- Sử dụng dao siêu âm để bóc tách, cầm máu hay cắt tổ chức
- Phẫu tích cực dưới: (Nếu nhân cực dưới)

+ Dùng kẹp cầm máu cặp nhẹ vào cực dưới của thùy nơi tổ chức lành kéo nhẹ thùy tuyến lên phía trước trên. Nếu là tổ chức thì phải thận trọng bởi vì nếu cặp thì rất dễ làm vỡ u dẫn đến chảy máu khó cầm làm khó khăn cho quá trình bóc tách.

+ Tiếp tục kéo tuyến lên trên và vào trong để bóc tách tiếp mặt sau bên cực dưới của thùy. Đây là nơi đổ vào của động mạch giáp dưới.

- Phẫu tích cực trên: (Nếu nhân ở cực trên)

+ Dùng kẹp cầm máu cặp nhẹ vào mặt tuyến ở phía cực trên lên trên ra ngoài, dùng kẹp cầm máu khác đi vào khoang vô mạch, tách tuyến khỏi khí quản, đốt và cắt các mạch máu.

+ Tiếp tục phẫu tích lên phía trên tới khi quan sát thấy động mạch giáp trên. Đối với động mạch giáp trên dùng kẹp cầm máu cặp cắt và buộc mạch máu

+ Tách thành sau của thùy tuyến: Sau đó cắt bán phần cực trên bằng dao siêu âm

- Với thùy đối diện: Bộc lộ thùy bên có nhân, nhân nhỏ có thể dùng dao điện tách tổ chức tuyến để lấy nhân.

Thì 3 – Đóng vết mổ khâu da:

Không cần khâu lại các cơ. Tổ chức dưới da khâu lại mũi rời bằng chỉ tiêu (vicryle 3/0). Da khâu bằng chỉ lượn tự tiêu dưới da.

VI. THEO DÕI SAU MỔ

- Chảy máu
- Nói khàn
- Tê tay chân – Con tetani
- Khó thở
- Nhiễm trùng

VII. XỬ TRÍ TAI BIẾN

- Chảy máu : mở vết mổ cầm máu lại
- Nói khàn: Chống phù nề - corticoid – vitamin 3B
- Tê tay chân – Con tetani: Calciclorid tiêm tĩnh mạch
- Khó thở:
 - + Thở ôxy
 - + Mở khí quản
- Nhiễm trùng: Kháng sinh, chống phù nề

35. KỸ THUẬT CẮT MỘT THÙY TUYẾN GIÁP VÀ LẤY NHÂN THÙY CÒN LẠI TRONG BƯỚU GIÁP NHÂN BẰNG DAO SIÊU ÂM

I. ĐẠI CƯƠNG

Bướu giáp nhân là biểu hiện lâm sàng của nhiều bệnh lý tuyến giáp khác nhau và là một rối loạn nội tiết phổ biến nhất đặc biệt ở những vùng có thu nhận iot thấp.

Tỷ lệ bướu giáp nhân sờ thấy khoảng 4% - 5% ở những vùng có thu nhận iot bình thường, trong đó một nửa là đơn nhân và một nửa là đa nhân. Tỷ lệ bướu giáp nhân lên tới 50% nếu phát hiện bằng siêu âm hay khi mổ xác.

Đa số bướu giáp nhân là lành tính, tỷ lệ ác tính chiếm khoảng 10% - 30% trong các trường hợp bướu giáp nhân.

Đánh giá bướu giáp nhân dựa vào thăm khám lâm sàng, xét nghiệm chức năng tuyến giáp, chẩn đoán hình ảnh, xét nghiệm tế bào học.

Điều trị bướu giáp nhân phụ thuộc bệnh lý, có thể điều trị nội khoa, phẫu thuật, phóng xạ.

II. CHỈ ĐỊNH

- Nhân một thùy tuyến giáp, chức năng tuyến giáp bình thường, xạ hình tuyến giáp nhân lạnh, xét nghiệm tế bào bướu nhân lành tính, siêu âm thấy nhân chiếm hết hay gần hết 1 thùy và 1 nhân dưới 1 cm ở thùy bên đối diện.

- Đã điều trị nội khoa nhiều không đỡ, hay không có điều kiện điều trị nội khoa.

- Có dấu hiệu chèn ép: nuốt vướng, khó nuốt hay khó thở

- Giải quyết thẩm mỹ

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Viêm giáp

- Cường giáp

- Ung thư giáp

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- + 1 bác sĩ phẫu thuật
- + 1 bác sĩ gây mê
- + 2 bác sĩ phụ mổ
- + 1 kỹ thuật viên gây mê
- + 1 điều dưỡng dụng cụ
- + 1 điều dưỡng ngoài
- + 1 hộ lý

2. Phương tiện

- + Máy gây mê
- + Dao điện, dao siêu âm
- + Dụng cụ mổ

3. Người bệnh

- Chuẩn bị người bệnh trước mổ: vào viện trước, tối dùng thuốc an thần, giải

thích và ký cam kết trước mổ, vẽ cổ trước khi mổ.

- Khám và giải thích về bệnh tình cho người bệnh và người nhà người bệnh
- Làm các xét nghiệm cơ bản trước mổ

4. Hồ sơ bệnh án: Làm hồ sơ bệnh án theo mẫu qui định chung của Bộ Y tế

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ

2. Kiểm tra người bệnh

3. Thực hiện kỹ thuật

- **Gây mê:** Gây mê toàn thân có đặt nội khí quản hoặc gây tê đám rối cổ nông nếu chống chỉ định đặt nội khí quản.

- **Tư thế người bệnh:**

- + Nằm ngửa
- + Hai tay để dạng
- + Cổ ưỡn
- +Độn gối dưới 2 vai

- **Vị trí phẫu thuật viên và phụ:**

- + Phẫu thuật viên: Đứng cùng bên với thùy cần phẫu thuật
- + Phụ 1: Đứng đối diện với phẫu thuật viên
- +Phụ 2: Đứng cùng phía với phụ 1
- + Dụng cụ viên: đứng phía sau phẫu thuật viên

- **Đường rạch da:**

- + Được xác định khi người bệnh ở tư thế ngồi.
- + Vị trí ở trên hõm ức 1 cm, tốt nhất là trùng với nếp da.
- + Hướng đường mổ cong lên trên.

- **Các thì trong phẫu thuật:**

Thì 1 – Rạch da và bóc lộ tuyến:

- Rạch da qua lớp cơ bám da cổ, ngay phía trên các tĩnh mạch cổ trước trên lớp nông của cân cổ sâu.

- Tách vạt da: theo lớp vô mạch

- + Lên trên tới sụn giáp
- + Xuống dưới tới hõm ức.

- Tách đường giữa vén sang 2 bên đi vào tuyến giáp. Trong trường hợp bướu lớn có thể cắt cơ ức giáp, ức móng

- Đi vào tuyến giáp theo đường bên (không đi theo đường giữa) là đường dọc theo bờ trước của cơ ức đòn chũm. Tách theo cân bọc cơ, từ dưới lên trên dọc theo chiều dài của cơ.

- Tách cơ vai - móng:

- Tách dọc cơ ức giáp: Theo thớ dọc của cơ bằng dao điện. Ngay phía dưới cơ là thùy tuyến giáp.

- Sau khi bóc lộ tới mặt trước của tuyến dùng kẹp cầm máu loại nhỏ phẫu tích tuyến giáp khỏi các thành phần xung quanh như: Cơ ức giáp, ức móng ở mặt bên, động mạch cảnh, tĩnh mạch cảnh ở mặt sau.

Thì 2 – Xử lý thương tổn:

- Sử dụng dao siêu âm để bóc tách, cầm máu hay cắt tổ chức

- Phẫu tích cực dưới
- + Dùng kẹp cầm máu cặp nhẹ vào cực dưới của thùy nơi tổ chức lành kéo nhẹ thùy tuyến lên phía trước trên. Nếu là tổ chức thì phải thận trọng bởi vì nếu cặp thì rất dễ làm vỡ u dẫn đến chảy máu khó cầm làm khó khăn cho quá trình bóc tách.
- + Tiếp tục kéo tuyến lên trên và vào trong để bóc tách tiếp mặt sau bên cực dưới của thùy. Đây là nơi đổ vào của động mạch giáp dưới.
- Phẫu tích cực trên:
- + Dùng kẹp cầm máu cặp nhẹ vào mặt tuyến ở phía cực trên kéo lên trên ra ngoài, dùng kẹp cầm máu khác đi vào khoang vô mạch, tách tuyến khỏi khí quản, đốt và cắt các mạch máu.
- + Tiếp tục phẫu tích lên phía trên tới khi quan sát thấy động mạch giáp trên. Đối với động mạch giáp trên dùng kẹp cầm máu cặp cắt và buộc mạch máu
- + Tách thành sau của thùy tuyến: Tách toàn bộ phần sau ngoài của thùy sau đó xác định dây chằng Berry.
- Trường hợp cắt thùy tuyến: Dùng dao siêu âm cắt dây chằng Berry. Đây là thì khó nhất của cắt thùy tuyến giáp. Tiếp tục phẫu tích về phía eo tuyến để cắt bỏ eo tuyến.
- Trường hợp lấy nhân thùy đối diện: Bộc lộ thùy bên có nhân, dùng dao siêu âm tách tổ chức tuyến để lấy nhân.

Thì 3 – Đóng vết mổ khâu da:

Không cần khâu lại các cơ. Tổ chức dưới da khâu lại mũi rời bằng chỉ tiêu (vicryle 3/0). Da khâu bằng chỉ luôn tự tiêu dưới da.

VI. THEO DÕI SAU MỔ

- Chảy máu
- Nói khàn
- Tê tay chân – Con tetani
- Khó thở
- Nhiễm trùng

VII. XỬ TRÍ TAI BIẾN

- Chảy máu : mở vết mổ cầm máu lại
- Nói khàn: Chống phù nề - corticoid – vitamin 3B
- Tê tay chân – Con tetani: Calciclorid tiêm tĩnh mạch
- Khó thở:
- + Thở ôxy
- + Mở khí quản
- Nhiễm trùng: Kháng sinh, chống phù nề

36. KỸ THUẬT CẮT BÁN PHẦN HAI THÙY TUYẾN GIÁP TRONG BƯỚU GIÁP ĐA NHÂN BẰNG DAO SIÊU ÂM

I. ĐẠI CƯƠNG

Bướu giáp nhân là biểu hiện lâm sàng của nhiều bệnh lý tuyến giáp khác nhau và là một rối loạn nội tiết phổ biến nhất đặc biệt ở những vùng có thu nhận iot thấp.

Tỷ lệ bướu giáp nhân sờ thấy khoảng 4% - 5% ở những vùng có thu nhận iot bình thường, trong đó một nửa là đơn nhân và một nửa là đa nhân. Tỷ lệ bướu giáp nhân lên tới 50% nếu phát hiện bằng siêu âm hay khi mổ xác.

Đa số bướu giáp nhân là lành tính, tỷ lệ ác tính chiếm khoảng 10% - 30% trong các trường hợp bướu giáp nhân.

Đánh giá bướu giáp nhân dựa vào thăm khám lâm sàng, xét nghiệm chức năng tuyến giáp, chẩn đoán hình ảnh, xét nghiệm tế bào học.

Điều trị bướu giáp nhân phụ thuộc bệnh lý, có thể điều trị nội khoa, phẫu thuật, phóng xạ.

II. CHỈ ĐỊNH

- Nhiều nhân ở cả 2 thùy tuyến giáp: chức năng tuyến giáp bình thường, xạ hình tuyến giáp nhân lạnh, xét nghiệm tế bào bướu nhân lành tính, siêu âm thấy nhân nằm ở các cực của cả 2 thùy tuyến giáp.

- Đã điều trị nội khoa nhiều không đỡ, hay không có điều kiện điều trị nội khoa.

- Có dấu hiệu chèn ép: nuốt vướng, khó nuốt hay khó thở

- Giải quyết thẩm mỹ

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Viêm giáp

- Cường giáp

- Ung thư giáp

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- + 1 bác sĩ phẫu thuật
- + 1 bác sĩ gây mê
- + 2 bác sĩ phụ mổ
- + 1 kỹ thuật viên gây mê
- + 1 điều dưỡng dụng cụ
- + 1 điều dưỡng ngoài
- + 1 hộ lý

2. Phương tiện

- + Máy gây mê
- + Dao điện
- + Dụng cụ mổ

3. Người bệnh

- Chuẩn bị người bệnh trước mổ: vào viện trước, tối dùng thuốc an thần,

giải thích và ký cam kết trước mổ, vẽ cổ trước khi mổ.

- Khám và giải thích về bệnh tình cho người bệnh và người nhà người bệnh
- Làm các xét nghiệm cơ bản trước mổ

4. Hồ sơ bệnh án: Làm hồ sơ bệnh án theo mẫu qui định chung của Bộ Y tế

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ

2. Kiểm tra người bệnh

3. Thực hiện kỹ thuật

- **Gây mê:** Gây mê toàn thân có đặt nội khí quản hoặc gây tê đám rối cổ nông nếu chống chỉ định đặt nội khí quản.

- **Tư thế người bệnh:**

- + Nằm ngửa
- + Hai tay để dạng
- + Cổ ưỡn
- + Độn gối dưới 2 vai

- **Vị trí phẫu thuật viên và phụ:**

- + Phẫu thuật viên đứng cùng bên với thùy cần phẫu thuật
- + Phụ 1: Đứng đối diện với phẫu thuật viên
- + Phụ 2 đứng cùng phía với phụ 1
- + Dụng cụ viên: đứng phía sau phẫu thuật viên

- **Đường rạch da:**

- + Được xác định khi người bệnh ở tư thế ngồi.
- + Vị trí ở trên hõm ức 1 cm, tốt nhất là trùng với nếp da.
- + Hướng đường mổ cong lên trên.

- **Các thì trong phẫu thuật:**

Thì 1 – Rạch da và bóc lộ tuyến:

- Rạch da qua lớp cơ bám da cổ, ngay phía trên các tĩnh mạch cổ trước trên lớp nông của cân cổ sâu.

- Tách vạt da: theo lớp vô mạch

- + Lên trên tới sụn giáp
- + Xuống dưới tới hõm ức.

- Tách đường giữa vén sang 2 bên đi vào tuyến giáp. Trong trường hợp bướu lớn có thể cắt cơ ức giáp, ức móng

- Đi vào tuyến giáp theo đường bên (không đi theo đường giữa) là đường dọc theo bờ trước của cơ ức đòn chũm. Tách theo cân bọc cơ, từ dưới lên trên dọc theo chiều dài của cơ.

- Tách cơ vai - móng:

- Tách dọc cơ ức giáp: Theo thớ dọc của cơ bằng dao điện. Ngay phía dưới cơ là thùy tuyến giáp.

- Sau khi bóc lộ tới mặt trước của tuyến dùng kẹp cầm máu loại nhỏ phẫu tích tuyến giáp khỏi các thành phần xung quanh như: Cơ ức giáp, ức móng ở mặt bên, động mạch cảnh, tĩnh mạch cảnh ở mặt sau.

Thì 2 – Xử lý thương tổn:

- Sử dụng dao siêu âm để bóc tách, cầm máu hay cắt tổ chức

- Phẫu tích cực dưới (Nếu nhân ở cực dưới)
 - + Dùng kẹp cầm máu cặp nhẹ vào cực dưới của thùy nơi tổ chức lành kéo nhẹ thùy tuyến lên phía trước trên. Nếu là tổ chức thì phải thận trọng bởi vì nếu cặp thì rất dễ làm vỡ u dẫn đến chảy máu khó cầm làm khó khăn cho quá trình bóc tách.
 - + Tiếp tục kéo tuyến lên trên và vào trong để bóc tách tiếp mặt sau bên cực dưới của thùy. Đây là nơi đổ vào của động mạch giáp dưới.
 - + Dùng dao siêu âm cắt bán phần cực dưới tuyến giáp
 - Phẫu tích cực trên (Nếu nhân ở cực trên)
 - + Dùng kẹp cầm máu cặp nhẹ vào mặt tuyến ở phía cực trên kéo ra ngoài, lên trên, dùng kẹp cầm máu khác đi vào khoang vô mạch, tách tuyến khỏi khí quản, đốt và cắt các mạch máu.
 - + Tiếp tục phẫu tích lên phía trên tới khi quan sát thấy động mạch giáp trên. Đối với động mạch giáp trên dùng kẹp cầm máu cặp cắt và buộc mạch máu.
 - + Tách thành sau phía trên của thùy tuyến: Sau đó dùng dao siêu âm cắt bán phần cực trên để lại tổ chức lành cực dưới.
 - + Tách dây thần kinh quặt ngược hay tuyến cận giáp nếu thấy
 - Tùy theo vị trí nhân cực trên hay cực dưới mà ta dùng dao siêu âm cắt bán phần 2 thùy để lại cực trên hay cực dưới.
 - Đặt dẫn lưu hoặc không tùy trường hợp

Thì 3 – Đóng vết mổ khâu da:

Không cần khâu lại các cơ. Tổ chức dưới da khâu lại mũi rùi bằng chỉ tiêu (vicryle 3/0). Da khâu bằng chỉ luôn tự tiêu dưới da.

VI. THEO DÕI SAU MỔ

- Chảy máu
- Nói khàn
- Tê tay chân – Con tetani
- Khó thở
- Nhiễm trùng

VII. XỬ TRÍ TAI BIẾN

- Chảy máu : mở vết mổ cầm máu lại
- Nói khàn: Chống phù nề - corticoid – vitamin 3B
- Tê tay chân – Con tetani: Calci clorid tiêm tĩnh mạch
- Khó thở:
 - + Thở ôxy
 - + Mở khí quản
- Nhiễm trùng: Kháng sinh, chống phù nề

37. KỸ THUẬT CẮT TOÀN BỘ TUYẾN GIÁP TRONG BƯỚU GIÁP ĐA NHÂN BẰNG DAO SIÊU ÂM

I. ĐẠI CƯƠNG

Bướu giáp nhân là biểu hiện lâm sàng của nhiều bệnh lý tuyến giáp khác nhau và là một rối loạn nội tiết phổ biến nhất đặc biệt ở những vùng có thu nhận iot thấp.

Tỷ lệ bướu giáp nhân sờ thấy khoảng 4% - 5% ở những vùng có thu nhận iot bình thường, trong đó một nửa là đơn nhân và một nửa là đa nhân. Tỷ lệ bướu giáp nhân lên tới 50% nếu phát hiện bằng siêu âm hay mổ.

Đa số bướu giáp nhân là lành tính, tỷ lệ ác tính chiếm khoảng 10% - 30% trong các trường hợp bướu giáp nhân.

Đánh giá bướu giáp nhân dựa vào thăm khám lâm sàng, xét nghiệm chức năng tuyến giáp, chẩn đoán hình ảnh, xét nghiệm tế bào học.

Điều trị bướu giáp nhân phụ thuộc bệnh lý, có thể điều trị nội khoa, phẫu thuật, phóng xạ.

II. CHỈ ĐỊNH

- Nhiều nhân ở cả 2 thùy tuyến giáp: chức năng tuyến giáp bình thường, xạ hình tuyến giáp nhân lạnh, xét nghiệm tế bào bướu nhân lành tính, siêu âm thấy nhân nằm ở các cực của cả 2 thùy tuyến giáp.

- Đã điều trị nội khoa nhiều không đỡ, hay không có điều kiện điều trị nội khoa.

- Có dấu hiệu chèn ép: nuốt vướng, khó nuốt hay khó thở

- Giải quyết thẩm mỹ

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Viêm giáp

- Cường giáp

- Ung thư giáp

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- + 1 bác sĩ phẫu thuật
- + 1 bác sĩ gây mê
- + 2 bác sĩ phụ mổ
- + 1 kỹ thuật viên gây mê
- + 1 điều dưỡng dụng cụ
- + 1 điều dưỡng ngoài
- + 1 hộ lý

2. Phương tiện

- + Máy gây mê
- + Dao điện, dao siêu âm
- + Dụng cụ mổ

3. Người bệnh

- Chuẩn bị người bệnh trước mổ: vào viện trước, tối dùng thuốc an thần, giải

thích và ký cam kết trước mổ, vẽ cổ trước khi mổ.

- Khám và giải thích về bệnh tình cho người bệnh và người nhà người bệnh
- Làm các xét nghiệm cơ bản trước mổ

4. Hồ sơ bệnh án: Làm hồ sơ bệnh án theo mẫu qui định chung của Bộ Y tế

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ

2. Kiểm tra người bệnh

3. Thực hiện kỹ thuật

- **Gây mê:** Gây mê toàn thân có đặt nội khí quản hoặc gây tê đám rối cổ nông nếu chống chỉ định đặt nội khí quản.

- **Tư thế người bệnh:**

- + Nằm ngửa
- + Hai tay để dạng
- + Cổ ưỡn
- + Độn gối dưới 2 vai

- **Vị trí phẫu thuật viên và phụ:**

- + Phẫu thuật viên: Đứng cùng bên với thùy cần phẫu thuật
- + Phụ 1: Đứng đối diện với phẫu thuật viên
- + Phụ 2: Đứng cùng phía với phụ 1
- + Dụng cụ viên: đứng phía sau phẫu thuật viên

- **Đường rạch da:**

- + Được xác định khi người bệnh ở tư thế ngồi.
- + Vị trí ở trên hõm ức 1 cm, tốt nhất là trùng với nếp da.
- + Hướng đường mổ cong lên trên.

- **Các thì trong phẫu thuật:**

Thì 1 – Rạch da và bóc lộ tuyến:

- Rạch da qua lớp cơ bám da cổ, ngay phía trên các tĩnh mạch cổ trước trên lớp nông của cân cổ sâu.

- Tách vạt da: theo lớp vô mạch

- + Lên trên tới sụn giáp
- + Xuống dưới tới hõm ức.

- Tách đường giữa vén sang 2 bên đi vào tuyến giáp. Trong trường hợp bướu lớn có thể cắt cơ ức giáp, ức móng

- Đi vào tuyến giáp theo đường bên (không đi theo đường giữa) là đường dọc theo bờ trước của cơ ức đòn chũm. Tách theo cân bọc cơ, từ dưới lên trên dọc theo chiều dài của cơ.

- Tách cơ vai - móng:

- Tách dọc cơ ức giáp: Theo thớ dọc của cơ bằng dao điện. Ngay phía dưới cơ là thùy tuyến giáp.

- Sau khi bóc lộ tới mặt trước của tuyến dùng kẹp cầm máu loại nhỏ phẫu tích tuyến giáp khỏi các thành phần xung quanh như: Cơ ức giáp, ức móng ở mặt bên, động mạch cảnh, tĩnh mạch cảnh ở mặt sau.

Thì 2 – Xử lý thương tổn:

- Sử dụng dao siêu âm để bóc tách, cầm máu hay cắt tổ chức

- Phẫu tích cực dưới
- + Dùng kẹp cầm máu cặp nhẹ vào cực dưới của thùy nơi tổ chức lành kéo nhẹ thùy tuyến lên phía trước trên. Nếu là tổ chức thì phải thận trọng bởi vì nếu cặp thì rất dễ làm vỡ u dẫn đến chảy máu khó cầm làm khó khăn cho quá trình bóc tách.
- + Tiếp tục kéo tuyến lên trên và vào trong để bóc tách tiếp mặt sau bên cực dưới của thùy. Đây là nơi đổ vào của động mạch giáp dưới.
- Phẫu tích cực trên
- + Dùng kẹp cầm máu cặp nhẹ vào mặt tuyến ở phía cực trên kéo lên trên, ra ngoài, dùng kẹp cầm máu khác đi vào khoang vô mạch, tách tuyến khỏi khí quản, đốt và cắt các mạch máu.
- + Tiếp tục phẫu tích lên phía trên tới khi quan sát thấy động mạch giáp trên. Đối với động mạch giáp trên dùng kẹp cầm máu cặp cắt và buộc mạch máu
- + Tách thành sau của thùy tuyến: Tách toàn bộ phần sau ngoài của thùy sau đó xác định dây chằng Berry. Tiếp tục phẫu tích về phía eo tuyến để cắt bỏ eo tuyến.
- + Tách tuyến cận giáp và dây thần kinh quặt ngược
- Cắt toàn bộ thùy
- Phẫu tích và cắt thùy còn lại như đã làm với thùy đối diện.
- Đặt dẫn lưu tại chỗ

Thì 3 – Đóng vết mổ khâu da:

Không cần khâu lại các cơ. Tổ chức dưới da khâu lại mũi rìi bằng chỉ tiêu (vicryle 3/0). Da khâu bằng chỉ luôn tự tiêu dưới da.

VI. THEO DÕI SAU MỔ

- Chảy máu
- Nói khàn
- Tê tay chân – Con tetani
- Khó thở
- Nhiễm trùng

VII. XỬ TRÍ TAI BIẾN

- Chảy máu : mở vết mổ cầm máu lại
- Nói khàn: Chống phù nề - corticoid – vitamin 3B
- Tê tay chân – Con tetani: Calcioclorid tiêm tĩnh mạch
- Khó thở:
- + Thở ôxy
- + Mở khí quản
- Nhiễm trùng: Kháng sinh, chống phù nề

38. KỸ THUẬT CẮT MỘT THÙY TUYẾN GIÁP TRONG BƯỚU GIÁP NHÂN ĐỘC BẰNG DAO SIÊU ÂM

I. ĐẠI CƯƠNG

- Bướu đơn nhân độc (Solitary toxic adenoma) là nguyên nhân gây nhiễm độc giáp thay đổi khác nhau trên thế giới. Ở những vùng đủ Iot, bướu đơn nhân độc chiếm khoảng 2% các trường hợp nhiễm độc giáp. Ở những vùng thiếu Iot, bướu đơn nhân độc chiếm hơn 30% các trường hợp nhiễm độc giáp

- Bướu đơn nhân độc có thể xảy ra ở bất kỳ tuổi nào nhưng phổ biến nhất là tuổi 30 – 60. Nữ giới bị bệnh phổ biến hơn nam giới. Tỷ số nữ/nam dao động từ 6/1 đến 15/1.

- Chẩn đoán bệnh dựa vào lâm sàng, xét nghiệm chức năng tuyến giáp, siêu âm tuyến giáp, xạ hình tuyến giáp.

- Giải quyết bướu đơn nhân độc phụ thuộc vào tuổi người bệnh, kích thước của nhân, tình trạng nhiễm độc giáp. Có thể chỉ theo dõi sự phát triển của nhân hoặc điều trị ngoại khoa, phóng xạ.

II. CHỈ ĐỊNH

- Bướu đơn nhân độc có các triệu chứng nhiễm độc giáp, xạ hình tuyến giáp thấy nhân nóng, siêu âm có thể thấy 1 hay nhiều nhân ở 1 thùy.

- Chỉ phẫu thuật khi người bệnh đã được điều trị về bình giáp.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Viêm giáp
- Cường giáp
- Ung thư giáp

IV. CHUẨN BỊ

1. Người hực hiện

- + 1 bác sĩ phẫu thuật
- + 1 bác sĩ gây mê
- + 2 bác sĩ phụ mổ
- + 1 kỹ thuật viên gây mê
- + 1 điều dưỡng dụng cụ
- + 1 điều dưỡng ngoài
- + 1 hộ lý

2. Phương tiện

- + Máy gây mê
- + Dao điện, dao siêu âm
- + Dụng cụ mổ

3. Người bệnh

- Người bệnh đã được điều trị bình giáp bằng kháng giáp trạng
- Vào viện trước 02 tuần uống dung dịch Lugol 1%
- Làm các xét nghiệm cơ bản – siêu âm Doppler tuyến giáp
- Ngày trước mổ: khám và giải thích về bệnh tình cho người bệnh và người nhà người bệnh cho ký cam kết trước mổ. Tới dùng thuốc an thần. Vệ cổ trước khi mổ.

4. Hồ sơ bệnh án: Làm hồ sơ bệnh án theo mẫu qui định chung của Bộ Y tế

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ

2. Kiểm tra người bệnh

3. Thực hiện kỹ thuật

- **Gây mê:** Gây mê toàn thân có đặt nội khí quản.

- **Tư thế người bệnh:**

+ Nằm ngửa

+ Hai tay để dạng

+ Cổ ưỡn

+ Độn gối dưới 2 vai

- **Vị trí phẫu thuật viên và phụ:**

+ Phẫu thuật viên: Đứng cùng bên với thùy cần phẫu thuật

+ Phụ 1: Đứng đối diện với phẫu thuật viên

+ Phụ 2: Đứng dưới phụ 1

+ Dụng cụ viên: đứng phía sau phẫu thuật viên

- **Đường rạch da:**

+ Được xác định khi người bệnh ở tư thế ngồi.

+ Vị trí ở trên hõm ức 1 cm, tốt nhất là trùng với nếp da.

+ Hướng đường mổ cong lên trên.

- **Các thì trong phẫu thuật:**

Thì 1 – Rạch da và bóc lộ tuyến:

- Rạch da qua lớp cơ bám da cổ, ngay phía trên các tĩnh mạch cổ trước trên lớp nông của cân cổ sâu.

- Tách vạt da: theo lớp vô mạch

+ Lên trên tới sụn giáp

+ Xuống dưới tới hõm ức.

- Tách đường giữa vén sang 2 bên đi vào tuyến giáp. Trong trường hợp bướu lớn có thể cắt cơ ức giáp, ức móng

- Đi vào tuyến giáp theo đường bên, bên có nhân là đường dọc theo bờ trước của cơ ức đòn chũm. Tách theo cân bọc cơ.

- Tách cơ vai - móng:

- Tách dọc cơ ức giáp: Theo thớ dọc của cơ bằng dao điện. Ngay phía dưới cơ là thùy tuyến giáp.

- Sau khi bóc lộ tới mặt trước của tuyến dùng kẹp cầm máu phẫu tích tuyến giáp khỏi các thành phần xung quanh như: Cơ ức giáp, ức móng ở mặt bên, động mạch cảnh, tĩnh mạch cảnh ở mặt sau.

Thì 2 – Xử lý thương tổn:

- Sử dụng dao siêu âm để bóc tách, cầm máu hay cắt tổ chức

- Phẫu tích cực dưới

+ Dùng kẹp cầm máu cặp nhẹ vào cực dưới của thùy kéo nhẹ thùy tuyến lên phía trước trên. Nếu là tổ chức u thì phải thận trọng bởi vì nếu cặp thì rất dễ làm vỡ u dẫn đến chảy máu khó cầm làm khó khăn cho quá trình bóc tách.

+ Tiếp tục kéo tuyến lên trên và vào trong để bóc tách tiếp mặt sau bên cực dưới của thùy. Đây là nơi đổ vào động mạch giáp dưới.

- Phẫu tích cực trên

+ Cực trên tuyến giáp liên quan mật thiết với dây thần kinh thanh quản trên và tuyến cận giáp trên nên việc phẫu tích phải hết sức nhẹ nhàng.

+ Dùng kẹp cầm máu cặp nhẹ vào mặt tuyến ở phía cực trên kéo lên trên, ra ngoài, dùng kẹp cầm máu khác đi vào khoang vô mạch, tách tuyến khỏi khí quản, đốt và cắt các mạch máu.

+ Tiếp tục phẫu tích lên phía trên tới khi quan sát thấy động mạch giáp trên. Nguyên tắc này còn tránh gây tổn thương động mạch nuôi tuyến cận giáp. Đối với động mạch giáp trên dùng kẹp cầm máu cặp cắt và buộc mạch máu.

+ Cắt toàn bộ thùy tuyến.

- Đặt dẫn lưu hoặc không tùy trường hợp

Thì 3 - Đóng vết mổ khâu da:

Không cần khâu lại các cơ. Tổ chức dưới da khâu lại mũi rìi bằng chỉ tiêu (vicryle 3/0). Da khâu bằng chỉ lượn tự tiêu dưới da.

VI. THEO DÕI SAU MỔ

- Chảy máu
- Nói khàn
- Tê tay chân – Cơn tetani
- Khó thở
- Nhiễm trùng

VII. XỬ TRÍ TAI BIẾN

- Chảy máu : mở vết mổ cầm máu lại
- Nói khàn: Chống phù nề - corticoid – vitamin 3B
- Tê tay chân – Cơn tetani: Calci clorid tiêm tĩnh mạch
- Khó thở:
 - + Thở ôxy
 - + Mở khí quản
 - Nhiễm trùng: Kháng sinh, chống phù nề

39. KỸ THUẬT CẮT TOÀN BỘ TUYẾN GIÁP TRONG BƯỚU GIÁP ĐA NHÂN ĐỘC BẰNG DAO SIÊU ÂM

I. ĐẠI CƯƠNG

Bướu đa nhân độc (toxic multinodular goiter) là nguyên nhân gây nhiễm độc phổ biến ở những vùng có thu nhận iot thấp, có nơi lên tới 75%, nhưng rất ít ở những vùng thu nhận đủ iot, khoảng 5%.

Bệnh thường phát triển từ từ, từ một hoặc một vài nang có khả năng hoạt động và phát triển hoặc các nang khác hình thành các nhân giáp, lúc đầu là bướu cổ đa nhân không độc, sau đó là bướu cổ đa nhân độc.

Bệnh chủ yếu xảy ra ở người trưởng thành (28%), ít gặp ở trẻ em (0,5%).
Lứa tuổi phổ biến nhất từ 56 – 65 tuổi

Chẩn đoán bệnh dựa vào lâm sàng, xét nghiệm chức năng tuyến giáp, siêu âm tuyến giáp, xạ hình tuyến giáp.

Điều trị phẫu thuật được lựa chọn chính, tuy nhiên điều trị xạ cho những trường hợp này cũng được áp dụng.

II. CHỈ ĐỊNH

- Bướu đa nhân độc có những triệu chứng nhiễm độc giáp, xạ hình tuyến giáp nhân nóng ở cả 2 bên thùy.

- Chỉ phẫu thuật khi người bệnh đã được điều trị về bình giáp.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Viêm giáp
- Cường giáp
- Ung thư giáp

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- + 1 bác sĩ phẫu thuật
- + 1 bác sĩ gây mê
- + 2 bác sĩ phụ mổ
- + 1 kỹ thuật viên gây mê
- + 1 điều dưỡng dụng cụ
- + 1 điều dưỡng ngoài
- + 1 hộ lý

2. Phương tiện

- + Máy gây mê
- + Dao điện, dao siêu âm
- + Dụng cụ mổ

3. Người bệnh

- Người bệnh đã được điều trị bình giáp bằng kháng giáp trạng
- Vào viện trước 02 tuần uống dung dịch Lugol 1%
- Làm các xét nghiệm cơ bản – siêu âm Doppler tuyến giáp
- Ngày trước mổ: khám và giải thích về bệnh tình cho người bệnh và người nhà người bệnh cho ký cam kết trước mổ. Tới dùng thuốc an thần. Vệ cổ trước khi mổ.

4. Hồ sơ bệnh án: Làm hồ sơ bệnh án theo mẫu qui định chung của Bộ Y tế

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ

2. Kiểm tra người bệnh

3. Thực hiện kỹ thuật

- **Gây mê:** Gây mê toàn thân có đặt nội khí quản.

- **Tư thế người bệnh:**

+ Nằm ngửa

+ Hai tay để dạng

+ Cổ ưỡn

+ Độn gối dưới 2 vai

- **Vị trí phẫu thuật viên và phụ:**

+ Phẫu thuật viên: Đứng cùng bên với thùy cần phẫu thuật

+ Phụ 1: Đứng đối diện với phẫu thuật viên

+ Phụ 2: Đứng dưới phụ 1

+ Dụng cụ viên: đứng phía sau phẫu thuật viên

- **Đường rạch da:**

+ Được xác định khi người bệnh ở tư thế ngồi.

+ Vị trí ở trên hõm ức 1 cm, tốt nhất là trùng với nếp da.

+ Hướng đường mổ cong lên trên.

- **Các thì trong phẫu thuật:**

Thì 1 – Rạch da và bóc lộ tuyến:

- Rạch da qua lớp cơ bám da cổ, ngay phía trên các tĩnh mạch cổ trước trên lớp nông của cân cổ sâu.

- Tách vạt da: theo lớp vô mạch

+ Lên trên tới sụn giáp

+ Xuống dưới tới hõm ức.

- Đi vào tuyến giáp theo đường bên (không đi theo đường giữa) là đường dọc theo bờ trước của cơ ức đòn chũm. Tách theo cân bọc cơ.

- Tách cơ vai - móng:

- Tách dọc cơ ức giáp: Theo thớ dọc của cơ bằng dao điện. Ngay phía dưới cơ là thùy tuyến giáp.

- Sau khi bóc lộ tới mặt trước của tuyến dùng kẹp cầm máu phẫu tích tuyến giáp khỏi các thành phần xung quanh như: Cơ ức giáp, ức móng ở mặt bên, động mạch cảnh, tĩnh mạch cảnh ở mặt sau.

Thì 2 – Xử lý thương tổn:

- Sử dụng dao siêu âm để bóc tách, cầm máu hay cắt tổ chức

- Phẫu tích cực dưới

+ Dùng kẹp cầm máu cặp nhẹ vào cực dưới của thùy kéo nhẹ thùy tuyến lên phía trước trên. Nếu là tổ chức u thì phải thận trọng bởi vì nếu cặp thì rất dễ làm vỡ u dẫn đến chảy máu khó cầm làm khó khăn cho quá trình bóc tách.

- Phẫu tích cực trên

+ Dùng kẹp cầm máu cặp nhẹ vào mặt tuyến ở phía cực trên kéo lên trên, ra ngoài, dùng kẹp cầm máu khác đi vào khoang vô mạch, tách tuyến khỏi khí quản, đốt và cắt các mạch máu.

+ Cực trên tuyến giáp liên quan mật thiết với dây thần kinh thanh quản trên và tuyến cận giáp trên nên việc phẫu tích phải hết sức nhẹ nhàng.

+ Tiếp tục phẫu tích lên phía trên tới khi quan sát thấy động mạch giáp trên. Nguyên tắc này còn tránh gây tổn thương động mạch nuôi tuyến cận giáp. Đối với động mạch giáp trên dùng kẹp cầm máu cặp cắt và buộc mạch máu.

+ Cắt toàn bộ thùy tuyến.

- Phẫu tích thùy còn lại như đã làm với thùy đối diện.

- Đặt dẫn lưu hay không tùy trường hợp

Thì 3 – Đóng vết mổ khâu da:

Không cần khâu lại các cơ. Tổ chức dưới da khâu lại mũi rời bằng chỉ tiêu (vicryle 3/0). Da khâu bằng chỉ luôn tự tiêu dưới da.

VI. THEO DÕI SAU MỔ

- Chảy máu
- Nói khàn
- Tê tay chân – Con tetani
- Khó thở
- Nhiễm trùng

VII. XỬ TRÍ TAI BIẾN

- Chảy máu: mở vết mổ cầm máu lại
- Nói khàn: Chống phù nề - corticoid – vitamin 3B
- Tê tay chân – Con tetani: Calcioclorid tiêm tĩnh mạch
- Khó thở:
 - + Thở ôxy
 - + Mở khí quản
 - Nhiễm trùng: Kháng sinh, chống phù nề

40. KỸ THUẬT CẮT GẦN TOÀN BỘ TUYẾN GIÁP TRONG BASEDOW BẰNG DAO SIÊU ÂM

I. ĐẠI CƯƠNG

Bệnh Basedow I là bệnh cường chức năng, phì đại và cường sản tuyến giáp. Những biến đổi bệnh lý trong các cơ quan và tổ chức là do Hormon tiết quá nhiều vào trong máu. Bản chất của bệnh Basedow cho đến nay được xác định là một bệnh tự miễn dịch.

Là bệnh phổ biến nhất gây nhiễm độc giáp.

Chẩn đoán bệnh dựa vào lâm sàng, xét nghiệm chức năng tuyến giáp, siêu âm tuyến giáp, xạ hình tuyến giáp.

Hiện nay có 3 phương pháp điều trị bệnh Basedow là điều trị nội khoa, điều trị xạ I^{131} và điều trị ngoại khoa. Mỗi phương pháp có những ưu nhược điểm riêng và chỉ định phù hợp.

II. CHỈ ĐỊNH

- Bệnh Basedow bướu giáp lan tỏa không dung nạp với kháng giáp trạng tổng hợp
- Bệnh Basedow có bướu lớn lan tỏa ảnh hưởng thẩm mỹ, có dấu hiệu chèn ép: nuốt vướng, khó nuốt hay khó thở
- Bệnh Basedow điều trị không ổn định, hay tái phát
- Bệnh nhân Basedow không có điều kiện điều trị nội khoa lâu dài

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Bệnh Basedow tái phát sau phẫu thuật
- Bệnh Basedow lồi mắt nặng
- Bệnh Basedow có đa nhân ở cả 2 thùy
- Bệnh Basedow suy tim nặng

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- + 1 bác sĩ phẫu thuật
- + 1 bác sĩ gây mê
- + 2 bác sĩ phụ mổ
- + 1 kỹ thuật viên gây mê
- + 1 điều dưỡng dụng cụ
- + 1 điều dưỡng ngoài
- + 1 hộ lý

2. Phương tiện

- + Máy gây mê
- + Dao điện, dao siêu âm
- + Dụng cụ mổ

3. Người bệnh

- Người bệnh được điều trị bình giáp bằng kháng giáp trạng
- Vào viện trước 02 tuần uống dung dịch Lugol 1%
- Làm các xét nghiệm cơ bản – siêu âm Doppler tuyến giáp
- Ngày trước mổ: khám và giải thích về bệnh tình cho người bệnh và người

nhà người bệnh cho ký cam kết trước mổ. Tới dùng thuốc an thần. Vẽ cổ trước khi mổ.

4. Hồ sơ bệnh án: Làm hồ sơ bệnh án theo mẫu qui định chung của Bộ Y tế

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ

2. Kiểm tra người bệnh

3. Thực hiện kỹ thuật

- **Gây mê:** Gây mê toàn thân có đặt nội khí quản.

- **Tư thế người bệnh:**

- + Nằm ngửa
- + Hai tay để dạng
- + Cổ ưỡn
- + Độn gối dưới 2 vai

- **Vị trí phẫu thuật viên và phụ:**

- + Phẫu thuật viên: Đứng cùng bên với thùy cần phẫu thuật
- + Phụ 1: Đứng đối diện với phẫu thuật viên
- + Phụ 2: Đứng dưới phụ 1
- + Dụng cụ viên: đứng phía sau phẫu thuật viên

- **Đường rạch da:**

- + Được xác định khi người bệnh ở tư thế ngồi.
- + Vị trí ở trên hõm ức 1 cm, tốt nhất là trùng với nếp da.
- + Hướng đường mổ cong lên trên.

- **Các thì trong phẫu thuật:**

Thì 1 - Rạch da và bóc lộ tuyến:

- Rạch da qua lớp cơ bám da cổ, ngay phía trên các tĩnh mạch cổ trước trên lớp nông của cân cổ sâu.

- Tách vạt da: theo lớp vô mạch

- + Lên trên tới sụn giáp
- + Xuống dưới tới hõm ức.

- Đi vào tuyến giáp theo đường bên (không đi theo đường giữa) là đường dọc theo bờ trước của cơ ức đòn chũm. Tách theo cân bọc cơ.

- Tách cơ vai - móng:

- Tách dọc cơ ức giáp: Theo thớ dọc của cơ bằng dao điện. Ngay phía dưới cơ là thùy tuyến giáp.

- Sau khi bóc lộ tới mặt trước của tuyến dùng kẹp cầm máu phẫu tích tuyến giáp khỏi các thành phần xung quanh như: Cơ ức giáp, ức móng ở mặt bên, động mạch cảnh, tĩnh mạch cảnh ở mặt sau.

Thì 2 – Xử lý thương tổn:

- Sử dụng dao siêu âm để bóc tách, cầm máu hay cắt tổ chức với chế độ đốt nông, cường độ lớn.

- Phẫu tích cực dưới

+ Dùng kẹp cầm máu cặp nhẹ vào cực dưới của thùy kéo nhẹ thùy tuyến lên phía trước trên, vào trong để bóc tách cực dưới và mặt sau bên cực dưới của thùy.

- Phẫu tích cực trên:

+ Dùng kẹp cầm máu cặp nhẹ vào mặt tuyến ở phía cực trên kéo lên trên, ra ngoài, dùng kẹp cầm máu khác đi vào khoang vô mạch, tách tuyến khỏi khí quản, đốt và cắt các mạch máu.

+ Cực trên tuyến giáp liên quan mật thiết với dây thần kinh thanh quản trên và tuyến cận giáp trên nên việc phẫu tích phải hết sức nhẹ nhàng.

+ Tiếp tục phẫu tích lên phía trên tới khi quan sát thấy động mạch giáp trên. Nguyên tắc này còn tránh gây tổn thương động mạch nuôi tuyến cận giáp. Đối với động mạch giáp trên dùng kẹp cầm máu cặp cắt và buộc mạch máu.

- Sau khi đã đốt và thắt các động mạch giáp trên, giáp dưới phẫu tích tuyến cận giáp, dùng dao siêu âm cắt trực tiếp vào phần nhu mô tuyến để lại một phần nhu mô tuyến giáp có kích thước 1cm x 1,5cm x 1,5cm. Như vậy trọng lượng tuyến để lại khoảng 2,5g – 3g. Cắt tuyến song song với bề mặt của khí quản. Từ ngoài vào trong đến khí quản thì cắt eo tuyến.

- Phẫu tích và cắt thùy còn lại như đã làm với thùy đối diện.

- Đặt dẫn lưu tại chỗ

Thì 3 – Đóng vết mổ khâu da:

Không cần khâu lại các cơ. Tổ chức dưới da khâu lại mũi rìi bằng chỉ tiêu (vicryle 3/0). Da khâu bằng chỉ lượn tự tiêu dưới da.

VI. THEO DÕI SAU MỔ

- Chảy máu
- Nói khàn
- Tê tay chân – Cơn tetani
- Khó thở
- Nhiễm trùng

VII. XỬ TRÍ TAI BIẾN

- Chảy máu: mở vết mổ cầm máu lại
- Nói khàn: Chống phù nề - corticoid – vitamin 3B
- Tê tay chân – Cơn tetani: Calcioclorid tiêm tĩnh mạch
- Khó thở:
 - + Thở ôxy
 - Mở khí quản
- Nhiễm trùng: Kháng sinh, chống phù nề

41. KỸ THUẬT CẮT MỘT THÙY TUYẾN GIÁP VÀ CẮT BÁN PHẦN THÙY CÒN LẠI TRONG BASEDOW BẰNG DAO SIÊU ÂM

I. ĐẠI CƯƠNG

Bệnh Basedow I là bệnh cường chức năng, phì đại và cường sản tuyến giáp. Những biến đổi bệnh lý trong các cơ quan và tổ chức là do Hormon tiết quá nhiều vào trong máu. Bản chất của bệnh Basedow cho đến nay được xác định là một bệnh tự miễn dịch.

Là bệnh phổ biến nhất gây nhiễm độc giáp.

Chẩn đoán bệnh dựa vào lâm sàng, xét nghiệm chức năng tuyến giáp, siêu âm tuyến giáp, xạ hình tuyến giáp.

Hiện nay có 3 phương pháp điều trị bệnh Basedow là điều trị nội khoa, điều trị xạ I^{131} và điều trị ngoại khoa. Mỗi phương pháp có những ưu nhược điểm riêng và chỉ định phù hợp.

II. CHỈ ĐỊNH

Bệnh Basedow có nhân 1 thù

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Bệnh Basedow tái phát sau phẫu thuật
- Bệnh Basedow lồi mắt nặng
- Bệnh Basedow đa nhân ở cả 2 thù
- Bệnh Basedow có nhân ung thư
- Bệnh Basedow suy tim nặng

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- + 1 bác sĩ phẫu thuật
- + 1 bác sĩ gây mê
- + 2 bác sĩ phụ mổ
- + 1 kỹ thuật viên gây mê
- + 1 điều dưỡng dụng cụ
- + 1 điều dưỡng ngoài
- + 1 hộ lý

2. Phương tiện

- + Máy gây mê
- + Dao điện, dao siêu âm
- + Dụng cụ mổ

3. Người bệnh

- Người bệnh được điều trị bình giáp bằng kháng giáp trạng
- Vào viện trước 02 tuần uống dung dịch Lugol 1%
- Làm các xét nghiệm cơ bản- siêu âm Doppler tuyến giáp
- Ngày trước mổ: khám và giải thích về bệnh tình cho người bệnh và người nhà người bệnh cho ký cam kết trước mổ. Tới dùng thuốc an thần. Vệ cổ trước khi mổ.

4. Hồ sơ bệnh án: Làm hồ sơ bệnh án theo mẫu qui định chung của Bộ Y tế

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ

2. Kiểm tra người bệnh

3. Thực hiện kỹ thuật

- **Gây mê:** Gây mê toàn thân có đặt nội khí quản.

- **Tư thế người bệnh:**

+ Nằm ngửa

+ Hai tay để dạng

+ Cổ uốn

+ Độn gối dưới 2 vai

- **Vị trí phẫu thuật viên và phụ:**

+ Phẫu thuật viên: Đứng cùng bên với thùy cần phẫu thuật

+ Phụ 1: Đứng đối diện với phẫu thuật viên

+ Phụ 2: Đứng dưới phụ 1

+ Dụng cụ viên: đứng phía sau phẫu thuật viên

- **Đường rạch da:**

+ Được xác định khi người bệnh ở tư thế ngồi.

+ Vị trí ở trên hõm ức 1 cm, tốt nhất là trùng với nếp da.

+ Hướng đường mổ cong lên trên.

- **Các thì trong phẫu thuật:**

Thì 1 – Rạch da và bóc lộ tuyến:

- Rạch da qua lớp cơ bám da cổ, ngay phía trên các tĩnh mạch cổ trước trên lớp nông của cân cổ sâu.

- Tách vạt da: theo lớp vô mạch

+ Lên trên tới sụn giáp

+ Xuống dưới tới hõm ức.

- Đi vào tuyến giáp theo đường bên (không đi theo đường giữa) là đường dọc theo bờ trước của cơ ức đòn chũm. Tách theo cân bọc cơ.

- Tách cơ vai - móng:

- Tách dọc cơ ức giáp: Theo thớ dọc của cơ bằng dao điện. Ngay phía dưới cơ là thùy tuyến giáp.

- Sau khi bóc lộ tới mặt trước của tuyến dùng kẹp cầm máu phẫu tích tuyến giáp khỏi các thành phần xung quanh như: Cơ ức giáp, ức móng ở mặt bên, động mạch cảnh, tĩnh mạch cảnh ở mặt sau.

Thì 2 – Xử lý thương tổn:

- Sử dụng dao siêu âm để bóc tách, cầm máu hay cắt tổ chức

- Phẫu tích cực dưới

+ Dùng kẹp cầm máu cặp nhẹ vào cực dưới của thùy kéo nhẹ thùy tuyến lên phía trước trên, vào trong để bóc tách cực dưới và mặt sau bên cực dưới của thùy.

- Phẫu tích cực trên

+ Dùng kẹp cầm máu cặp nhẹ vào mặt tuyến ở phía cực trên kéo lên trên, ra ngoài, dùng kẹp cầm máu khác đi vào khoang vô mạch, tách tuyến khỏi khí quản, đốt và cắt các mạch máu.

+ Cục trên tuyến giáp liên quan mật thiết với dây thần kinh thanh quản trên và tuyến cận giáp trên nên việc phẫu tích phải hết sức nhẹ nhàng.

+ Tiếp tục phẫu tích lên phía trên tới khi quan sát thấy động mạch giáp trên. Tránh gây tổn thương động mạch nuôi tuyến cận giáp. Đối với động mạch giáp trên dùng kẹp cầm máu cặp cắt và buộc mạch máu.

+ Cắt toàn bộ thùy tuyến.

- Phẫu tích và cắt bán phần thùy còn lại như cắt gần toàn bộ 2 thùy và nhu mô tuyến giáp để lại khoảng 5 g.

- Đặt dẫn lưu

Thì 3- Đóng vết mổ khâu da:

Không cần khâu lại các cơ. Tổ chức dưới da khâu lại mũi rời bằng chỉ tiêu (vicryle 3/0). Da khâu bằng chỉ luôn tự tiêu dưới da.

VI. THEO DÕI SAU MỔ

- Chảy máu
- Nói khàn
- Tê tay chân- Con tetani
- Khó thở
- Nhiễm trùng

VII. XỬ TRÍ TAI BIẾN

- Chảy máu: mở vết mổ cầm máu lại
- Nói khàn: Chống phù nề - corticoid – vitamin 3B
- Tê tay chân-Con tetani: Calcioclorid tiêm tĩnh mạch
- Khó thở:
 - + Thở ôxy
 - + Mở khí quản
- Nhiễm trùng: Kháng sinh, chống phù nề

42. KỸ THUẬT CẮT TOÀN BỘ TUYẾN GIÁP TRONG BASEDOW BẰNG DAO SIÊU ÂM

I. ĐẠI CƯƠNG

Bệnh Basedow là bệnh cường chức năng, phì đại và cường sản tuyến giáp. Những biến đổi bệnh lý trong các cơ quan và tổ chức là do Hormon tiết quá nhiều vào trong máu. Bản chất của bệnh Basedow cho đến nay được xác định là một bệnh tự miễn dịch.

Là bệnh phổ biến nhất gây nhiễm độc giáp.

Chẩn đoán bệnh dựa vào lâm sàng, xét nghiệm chức năng tuyến giáp, siêu âm tuyến giáp, xạ hình tuyến giáp.

Hiện nay có 3 phương pháp điều trị bệnh Basedow là điều trị nội khoa, điều trị xạ I^{131} và điều trị ngoại khoa. Mỗi phương pháp có những ưu nhược điểm riêng và chỉ định phù hợp.

II. CHỈ ĐỊNH

- Bệnh Basedow có nhân 2 thùy
- Basedow tái phát sau phẫu thuật
- Basedow tăng men gan, giảm bạch cầu hạt
- Basedow dị ứng kháng giáp trạng tổng hợp
- Basedow lồi mắt nặng

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Basedow suy tim nặng

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- + 1 bác sĩ phẫu thuật
- + 1 bác sĩ gây mê
- + 2 bác sĩ phụ mổ
- + 1 kỹ thuật viên gây mê
- + 1 điều dưỡng dụng cụ
- + 1 điều dưỡng ngoài
- + 1 hộ lý

2. Phương tiện

- + Máy gây mê
- + Dao điện, dao siêu âm
- + Dụng cụ mổ

3. Người bệnh

- Người bệnh được điều trị bình giáp bằng kháng giáp trạng
- Vào viện trước 02 tuần uống dung dịch Lugol 1%
- Làm các xét nghiệm cơ bản – siêu âm Doppler tuyến giáp
- Ngày trước mổ: khám và giải thích về bệnh tình cho người bệnh và người nhà người bệnh cho ký cam kết trước mổ. Tới dùng thuốc an thần. Vệ cổ trước khi mổ.

4. Hồ sơ bệnh án: Làm hồ sơ bệnh án theo mẫu qui định chung của Bộ Y tế

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ

2. Kiểm tra người bệnh

3. Thực hiện kỹ thuật

- **Gây mê:** Gây mê toàn thân có đặt nội khí quản.

- **Tư thế người bệnh:**

+ Nằm ngửa

+ Hai tay để dạng

+ Cổ ưỡn

+ Độn gối dưới 2 vai

- **Vị trí phẫu thuật viên và phụ:**

+ Phẫu thuật viên: Đứng cùng bên với thùy cần phẫu thuật

+ Phụ 1: Đứng đối diện với phẫu thuật viên

+ Phụ 2: Đứng dưới phụ 1

+ Dụng cụ viên: đứng phía sau phẫu thuật viên

- **Đường rạch da:**

+ Được xác định khi người bệnh ở tư thế ngồi.

+ Vị trí ở trên hõm ức 1 cm, tốt nhất là trùng với nếp da.

+ Hướng đường mổ cong lên trên.

- **Các thì trong phẫu thuật:**

Thì 1 – Rạch da và bóc lộ tuyến:

- Rạch da qua lớp cơ bám da cổ, ngay phía trên các tĩnh mạch cổ trước trên lớp nông của cân cổ sâu.

- Tách vạt da: theo lớp vô mạch

+ Lên trên tới sụn giáp

+ Xuống dưới tới hõm ức.

- Đi vào tuyến giáp theo đường bên (không đi theo đường giữa) là đường dọc theo bờ trước của cơ ức đòn chũm. Tách theo cân bọc cơ.

- Tách cơ vai - móng:

- Tách dọc cơ ức giáp: Theo thớ dọc của cơ bằng dao điện. Ngay phía dưới cơ là thùy tuyến giáp.

- Sau khi bóc lộ tới mặt trước của tuyến dùng kẹp cầm máu phẫu tích tuyến giáp khỏi các thành phần xung quanh như: Cơ ức giáp, ức móng ở mặt bên, động mạch cảnh, tĩnh mạch cảnh ở mặt sau.

Thì 2 – Xử lý thương tổn:

- Sử dụng dao siêu âm để bóc tách, cầm máu hay cắt tổ chức

- Phẫu tích cực dưới

+ Dùng kẹp cầm máu cặp nhẹ vào cực dưới của thùy kéo nhẹ thùy tuyến lên phía trước trên, vào trong để bóc tách cực dưới và mặt sau bên dưới của thùy.

- Phẫu tích cực trên

+ Dùng kẹp cầm máu cặp nhẹ vào mặt tuyến ở phía cực trên kéo lên trên, ra ngoài, dùng kẹp cầm máu khác đi vào khoang vô mạch, tách tuyến khỏi khí quản, đốt và cắt các mạch máu.

+ Cục trên tuyến giáp liên quan mật thiết với dây thần kinh thanh quản trên và tuyến cận giáp trên nên việc phẫu tích phải hết sức nhẹ nhàng.

+ Tiếp tục phẫu tích lên phía trên tới khi quan sát thấy động mạch giáp trên. Tránh gây tổn thương động mạch nuôi tuyến cận giáp. Đối với động mạch giáp trên dùng kẹp cầm máu cặp cắt và buộc mạch máu.

+ Cắt toàn bộ thùy tuyến.

- Phẫu tích và cắt thùy còn lại như đã làm với thùy đối diện.

- Đặt dẫn lưu tại chỗ

Thì 3 – Đóng vết mổ khâu da:

Không cần khâu lại các cơ. Tổ chức dưới da khâu lại mũi rời bằng chỉ tiêu (vicryle 3/0). Da khâu bằng chỉ luôn tự tiêu dưới da.

VI. THEO DÕI SAU MỔ

- Chảy máu
- Nói khàn
- Tê tay chân – Con tetani
- Khó thở
- Nhiễm trùng

VII. XỬ TRÍ TAI BIẾN

- Chảy máu : mở vết mổ cầm máu lại
- Nói khàn: Chống phù nề - corticoid – vitamin 3B
- Tê tay chân – Con tetani: Calciclorid tiêm tĩnh mạch
- Khó thở:
 - + Thở ôxy
 - + Mở khí quản
 - Nhiễm trùng: Kháng sinh, chống phù nề

43. KỸ THUẬT CẮT MỘT THÙY TUYẾN GIÁP TRONG UNG THƯ TUYẾN GIÁP BẰNG DAO SIÊU ÂM

I. ĐẠI CƯƠNG

Ung thư tuyến giáp không phải là loại ung thư phổ biến, chỉ chiếm 0,74% và 2,3 % tương ứng ở nam và nữ.

Ung thư tuyến giáp có tiên lượng tương đối tốt, tỷ lệ tử vong do Ung thư tuyến giáp chỉ chiếm 0,17% và 0,26% tương ứng ở nam và nữ trong số các trường hợp tử vong do ung thư.

Tùy từng thể ung thư mà có các yếu tố nguy cơ, biểu hiện lâm sàng, tiên lượng bệnh... khác nhau.

Chẩn đoán bệnh chủ yếu dựa vào xét nghiệm chọc hút kim nhỏ và tế bào học.

Điều trị ung thư tuyến giáp tùy theo thể bệnh và giai đoạn phát triển bệnh. Điều trị phẫu thuật, iot phóng xạ/hóa chất và phối hợp hormon giáp thường được áp dụng.

II. CHỈ ĐỊNH

Người bệnh trẻ < 45 tuổi, ung thư giáp thể nhú, kích thước khối u < 1,0 cm, chưa có di căn hạch.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Kích thước khối u > 1,0 cm

- Chẩn đoán tế bào học là những thể ung thư giáp khác

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- + 1 bác sĩ phẫu thuật
- + 1 bác sĩ gây mê
- + 2 bác sĩ phụ mổ
- + 1 kỹ thuật viên gây mê
- + 1 điều dưỡng dụng cụ
- + 1 điều dưỡng ngoài
- + 1 hộ lý

2. Phương tiện

- + Máy gây mê
- + Dao điện, dao siêu âm
- + Dụng cụ mổ

3. Người bệnh

- Làm các xét nghiệm cơ bản trước mổ
- Ngày trước mổ: khám và giải thích về bệnh tình cho người bệnh và người nhà người bệnh cho ký cam kết trước mổ. Tới dùng thuốc an thần.
- Vệ cổ trước khi mổ.

4. Hồ sơ bệnh án: Làm hồ sơ bệnh án theo mẫu qui định chung của Bộ Y tế

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ

2. Kiểm tra người bệnh

3. Thực hiện kỹ thuật

- **Gây mê:** Gây mê toàn thân có đặt nội khí quản.

- **Tư thế người bệnh:**

+ Nằm ngửa

+ Hai tay để dạng

+ Cổ ưỡn

+ Độn gối dưới 2 vai

- **Vị trí phẫu thuật viên và phụ:**

+ Phẫu thuật viên: Đứng cùng bên với thùy cần phẫu thuật

+ Phụ 1: Đứng đối diện với phẫu thuật viên

+ Phụ 2: Đứng dưới phụ 1

+ Dụng cụ viên: đứng phía sau phẫu thuật viên

- Đường rạch da:

+ Được xác định khi người bệnh ở tư thế ngồi.

+ Vị trí ở trên hõm ức 1 cm, tốt nhất là trùng với nếp da.

+ Hướng đường mổ cong lên trên.

- **Các thì trong phẫu thuật:**

Thì 1 – Rạch da và bóc lộ tuyến:

- Rạch da qua lớp cơ bám da cổ, ngay phía trên các tĩnh mạch cổ trước trên lớp nông của cân cổ sâu.

- Tách vạt da: theo lớp vô mạch

+ Lên trên tới sụn giáp

+ Xuống dưới tới hõm ức.

- Đi vào tuyến giáp theo đường bên (không đi theo đường giữa) là đường dọc theo bờ trước của cơ ức đòn chũm.

- Tách cơ vai - móng:

- Tách dọc cơ ức – giáp: Theo thớ dọc của cơ bằng dao điện. Ngay phía dưới cơ là thùy tuyến giáp.

- Sau khi bóc lộ tới mặt trước của tuyến dùng kẹp cầm máu phẫu tích tuyến giáp khỏi các thành phần xung quanh như: Cơ ức giáp, ức móng ở mặt bên, động mạch cảnh, tĩnh mạch cảnh ở mặt sau.

Thì 2 – Xử lý thương tổn:

- Phẫu tích cực dưới : Bóc tách tuyến giáp ra khỏi các tổ chức xung quanh, phẫu tích cầm máu động mạch giáp dưới, chú ý tuyến cận giáp dưới.

- Phẫu tích cực trên: Bóc tách cực trên tuyến giáp, kẹp và buộc động mạch giáp trên, chú ý tuyến cận giáp trên và dây thanh quản trên.

- Tách toàn bộ phần sau ngoài của thùy sau đó xác định dây chằng Berry.

- Xác định dây thần kinh quặt ngược, các tuyến cận giáp

- Cắt thùy tuyến giáp trên dây thần kinh quặt ngược sau khi đã tách tuyến cận giáp.

- Tiếp tục phẫu tích về eo tuyến để cắt bỏ eo tuyến.

- Đặt dẫn lưu hay không tùy từng trường hợp

Thì 3 – Đóng vết mổ khâu da:

Không cần khâu lại các cơ. Tổ chức dưới da khâu lại mũi rời bằng chỉ tiêu (vicryle 3/0). Da khâu bằng chỉ luôn tự tiêu dưới da.

VI. THEO DÕI SAU MỔ

- Chảy máu
- Nói khàn
- Tê tay chân – Con tetani
- Khó thở
- Nhiễm trùng

VII. XỬ TRÍ TAI BIẾN

- Chảy máu : mở vết mổ cầm máu lại
- Nói khàn: Chống phù nề - corticoid – vitamin 3B
- Tê tay chân – Con tetani: Calciclorid tiêm tĩnh mạch
- Khó thở:
 - + Thở ôxy
 - + Mở khí quản
- Nhiễm trùng: Kháng sinh, chống phù nề

44. KỸ THUẬT CẮT TOÀN BỘ TUYẾN GIÁP TRONG UNG THƯ TUYẾN GIÁP BẰNG DAO SIÊU ÂM

I. ĐẠI CƯƠNG

Ung thư tuyến giáp không phải là loại ung thư phổ biến, chỉ chiếm 0,74% và 2,3 % tương ứng ở nam và nữ.

Ung thư tuyến giáp có tiên lượng tương đối tốt, tỷ lệ tử vong do Ung thư tuyến giáp chỉ chiếm 0,17% và 0,26% tương ứng ở nam và nữ trong số các trường hợp tử vong do ung thư.

Tùy từng thể ung thư mà có các yếu tố nguy cơ, biểu hiện lâm sàng, tiên lượng bệnh... khác nhau.

Chẩn đoán bệnh chủ yếu dựa vào xét nghiệm chọc hút kim nhỏ và tế bào học

Điều trị ung thư tuyến giáp tùy theo thể bệnh và giai đoạn phát triển bệnh. Điều trị phẫu thuật, iot phóng xạ/hóa chất và phối hợp hormon giáp thường được áp dụng.

II. CHỈ ĐỊNH

- Ung thư giáp thể nhú, kích thước khối u > 1,0 cm, chưa có di căn hạch.
- Ung thư giáp thể nang chưa có di căn hạch
- Các loại ung thư khác không phải loại không biệt hóa

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Ung thư tuyến giáp thể biệt hóa đã có di căn hạch hay di căn xa
- Đang có bệnh nội khoa nặng không có khả năng gây mê

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- + 1 bác sĩ phẫu thuật
- + 1 bác sĩ gây mê
- + 2 bác sĩ phụ mổ
- + 1 kỹ thuật viên gây mê
- + 1 điều dưỡng dụng cụ
- + 1 điều dưỡng ngoài
- + 1 hộ lý

2. Phương tiện

- + Máy gây mê
- + Dao điện, dao siêu âm
- + Dụng cụ mổ

3. Người bệnh

- Làm các xét nghiệm cơ bản trước mổ
- Ngày trước mổ: khám và giải thích về bệnh tình cho người bệnh và người nhà người bệnh cho ký cam kết trước mổ. Tới dùng thuốc an thần.
- Vẽ cổ trước khi mổ.

4. Hồ sơ bệnh án: Làm hồ sơ bệnh án theo mẫu qui định chung của Bộ Y tế

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ

2. Kiểm tra người bệnh

3. Thực hiện kỹ thuật

- **Gây mê:** Gây mê toàn thân có đặt nội khí quản.

- **Tư thế người bệnh:**

- Nằm ngửa

- Hai tay để dạng

- Cổ uốn

- Độn gối dưới 2 vai

- **Vị trí phẫu thuật viên và phụ:**

- Phẫu thuật viên: Đứng cùng bên với thùy cần phẫu thuật

- Phụ 1: Đứng đối diện với phẫu thuật viên

- Phụ 2: Đứng dưới phụ 1

- Dụng cụ viên: đứng phía sau phẫu thuật viên

- Đường rạch da:

+ Được xác định khi người bệnh ở tư thế ngồi.

+ Vị trí ở trên hõm ức 1 cm, tốt nhất là trùng với nếp da.

+ Hướng đường mổ cong lên trên.

Thì 1 – Rạch da và bóc lộ tuyến:

- Rạch da qua lớp cơ bám da cổ, ngay phía trên các tĩnh mạch cổ trước trên lớp nông của cân cổ sâu.

- Tách vạt da: theo lớp vô mạch

+ Lên trên tới sụn giáp

+ Xuống dưới tới hõm ức.

- Đi vào tuyến giáp theo đường bên (không đi theo đường giữa) là đường dọc theo bờ trước của cơ ức đòn chũm. Tách theo cân bọc cơ.

- Tách cơ vai - móng:

- Tách dọc cơ ức giáp: Theo thớ dọc của cơ bằng dao điện. Ngay phía dưới cơ là thùy tuyến giáp.

- Sau khi bóc lộ tới mặt trước của tuyến dùng kẹp cầm máu phẫu tích tuyến giáp khỏi các thành phần xung quanh như: Cơ ức giáp, ức móng ở mặt bên, động mạch cảnh, tĩnh mạch cảnh ở mặt sau.

Thì 2 – Xử lý thương tổn:

- Phẫu tích cực dưới

+ Dùng kẹp cầm máu cặp nhẹ vào cực dưới của thùy kéo nhẹ thùy tuyến lên phía trước trên, vào trong để bóc tách cực dưới và mặt sau bên dưới của thùy.

- Phẫu tích cực trên

+ Dùng kẹp cầm máu cặp nhẹ vào mặt tuyến ở phía cực trên kéo lên trên, ra ngoài, dùng kẹp cầm máu khác đi vào khoang vô mạch, tách tuyến khỏi khí quản, đốt và cắt các mạch máu.

+ Cực trên tuyến giáp liên quan mật thiết với dây thần kinh thanh quản trên và tuyến cận giáp trên nên việc phẫu tích phải hết sức nhẹ nhàng.

+ Tiếp tục phẫu tích lên phía trên tới khi quan sát thấy động mạch giáp trên. Nguyên tắc này còn tránh gây tổn thương động mạch nuôi tuyến cận giáp. Đối với động mạch giáp trên dùng kẹp cầm máu cặp cắt và buộc mạch máu.

+ Cắt toàn bộ thùy tuyến.

- Phẫu tích và cắt thùy còn lại như bướu giáp thông thường.

- Đặt dẫn lưu tại chỗ

Thì 3 – Đóng vết mổ khâu da:

Đặt dẫn lưu tại khoang nạo vét hạch. Không cần khâu lại các cơ. Tổ chức dưới da khâu lại mũi rời bằng chỉ tiêu (vicryle 3/0). Da khâu bằng chỉ luôn tự tiêu dưới da.

VI. THEO DÕI SAU MỔ

- Chảy máu

- Nói khàn

- Tê tay chân – Cơn tetani

- Khó thở

- Nhiễm trùng

VII. XỬ TRÍ TAI BIẾN

- Chảy máu : mở vết mổ cầm máu lại

- Nói khàn: Chống phù nề - corticoid – vitamin 3B

- Tê tay chân – Cơn tetani: Calciclorid tiêm tĩnh mạch

- Khó thở:

+ Thở ôxy

+ Mở khí quản

- Nhiễm trùng: Kháng sinh, chống phù nề

45. KỸ THUẬT CẮT MỘT THUY TUYẾN GIÁP KÈM NẠO VẾT HẠCH 1 BÊN TRONG UNG THƯ TUYẾN GIÁP BẰNG DAO SIÊU ÂM

I. ĐẠI CƯƠNG

Ung thư tuyến giáp không phải là loại ung thư phổ biến, chỉ chiếm 0,74% và 2,3 % tương ứng ở nam và nữ.

Ung thư tuyến giáp có tiên lượng tương đối tốt, tỷ lệ tử vong do Ung thư tuyến giáp chỉ chiếm 0,17% và 0,26% tương ứng ở nam và nữ trong số các trường hợp tử vong do ung thư.

Tùy từng thể ung thư mà có các yếu tố nguy cơ, biểu hiện lâm sàng, tiên lượng bệnh... khác nhau.

Chẩn đoán bệnh chủ yếu dựa vào xét nghiệm chọc hút kim nhỏ và tế bào học

Điều trị ung thư tuyến giáp tùy theo thể bệnh và giai đoạn phát triển bệnh. Điều trị phẫu thuật, iot phóng xạ/hóa chất và phối hợp hormon giáp thường được áp dụng.

II. CHỈ ĐỊNH

Người bệnh trẻ < 45 tuổi, ung thư giáp thể nhú, kích thước khối u < 1,0 cm, có thể di căn hạch cùng bên.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Kích thước khối u > 1,0 cm
- Chẩn đoán tế bào học là những thể ung thư giáp khác

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- + 1 bác sĩ phẫu thuật
- + 1 bác sĩ gây mê
- + 2 bác sĩ phụ mổ
- + 1 kỹ thuật viên gây mê
- + 1 điều dưỡng dụng cụ
- + 1 điều dưỡng ngoài
- + 1 hộ lý

2. Phương tiện

- + Máy gây mê
- + Dao điện, dao siêu âm
- + Dụng cụ mổ

3. Người bệnh

- Làm các xét nghiệm cơ bản trước mổ
- Ngày trước mổ: khám và giải thích về bệnh tình cho người bệnh và người nhà người bệnh cho ký cam kết trước mổ. Tới dùng thuốc an thần.
- Vệ cổ trước khi mổ.

4. Hồ sơ bệnh án: Làm hồ sơ bệnh án theo mẫu qui định chung của Bộ Y tế

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ

2. Kiểm tra người bệnh

3. Thực hiện kỹ thuật

- **Gây mê:** Gây mê toàn thân có đặt nội khí quản.

- **Tư thế người bệnh:**

+ Nằm ngửa

+ Hai tay để dạng

+ Cổ ưỡn

+ Độn gối dưới 2 vai

- **Vị trí phẫu thuật viên và phụ:**

+ Phẫu thuật viên: Đứng cùng bên với thùy cần phẫu thuật

+ Phụ 1: Đứng đối diện với phẫu thuật viên

+ Phụ 2: Đứng dưới phụ 1

+ Dụng cụ viên: đứng phía sau phẫu thuật viên

- **Đường rạch da:**

+ Được xác định khi người bệnh ở tư thế ngồi.

+ Vị trí ở trên hõm ức 1 cm, tốt nhất là trùng với nếp da.

+ Hướng đường mổ cong lên trên.

- **Các thì trong phẫu thuật:**

Thì 1 – Rạch da và bóc lộ tuyến:

- Rạch da qua lớp cơ bám da cổ, ngay phía trên các tĩnh mạch cổ trước trên lớp nông của cân cổ sâu.

- Tách vạt da: theo lớp vô mạch

+ Lên trên tới sụn giáp

+ Xuống dưới tới hõm ức.

- Đi vào tuyến giáp theo đường bên (không đi theo đường giữa) là đường dọc theo bờ trước của cơ ức đòn chũm.

- Tách cơ vai - móng:

- Tách dọc cơ ức giáp: Theo thớ dọc của cơ bằng dao điện. Ngay phía dưới cơ là thùy tuyến giáp.

Thì 2- Xử lý thương tổn:

- Phẫu tích cực dưới: Bóc tách tuyến giáp ra khỏi tổ chức xung quanh, phẫu tích cầm máu động mạch giáp dưới, chú ý tuyến cận giáp dưới.

- Phẫu tích cực trên: Bóc tách cực trên tuyến giáp, kẹp và buộc động mạch giáp trên, chú ý tuyến cận giáp trên và dây thanh quản trên.

- Tách toàn bộ phần sau ngoài của thùy sau đó xác định dây chằng Berry.

- Xác định dây thần kinh quặt ngược, các tuyến cận giáp.

- Cắt thùy tuyến giáp trên dây thần kinh quặt ngược sau khi đã tách tuyến cận giáp.

- Tiếp tục phẫu tích về eo tuyến để cắt bỏ eo tuyến.

- Sau đó cắt trọn thùy và nạo vét hạch cùng bên

Thì 3 - Nạo vét hạch:

- Khoảng trung tâm: Giới hạn trong là trục khí – thực quản, giới hạn ngoài là động mạch cảnh trong, giới hạn trên là sụn giáp, giới hạn dưới là trung thất trên

+ Tách dọc theo đường đi của dây thần kinh quặt ngược

+ Lấy bỏ toàn bộ hạch gồm cả tổ chức mỡ từ trên xuống dưới bao gồm các hạch trước, cạnh bên khí quản.

- Khoang bên: Giới hạn phía ngoài động mạch cảnh trong

+ Lấy bỏ toàn bộ tổ chức mỡ và hạch bảo tồn cơ ức đòn chũm, tĩnh mạch cảnh trong, dây thần kinh X và dây tủy sống

+ Chú ý bên trái bảo tồn ống ngực

Thì 4 - Đóng vết mổ khâu da:

Đặt dẫn lưu tại khoang nạo vét hạch. Không cần khâu lại các cơ. Tổ chức dưới da khâu lại mũi rời bằng chỉ tiêu (vicryle 3/0). Da khâu bằng chỉ luôn tự tiêu dưới da.

VI. THEO DÕI SAU MỔ

- Chảy máu

- Nói khàn

- Tê tay chân – Cơn tetani

- Khó thở

- Nhiễm trùng

VII. XỬ TRÍ TAI BIẾN

- Chảy máu : mở vết mổ cầm máu lại

- Nói khàn: Chống phù nề - corticoid – vitamin 3B

- Tê tay chân – Cơn tetani: Calciclorid tiêm tĩnh mạch

- Khó thở:

+ Thở ôxy

+ Mở khí quản

- Nhiễm trùng: Kháng sinh, chống phù nề

46. KỸ THUẬT CẮT TOÀN BỘ TUYẾN GIÁP KÈM NẠO VẾT HẠCH MỘT BÊN TRONG UNG THƯ TUYẾN GIÁP BẰNG DAO SIÊU ÂM

I. ĐẠI CƯƠNG

Ung thư tuyến giáp không phải là loại ung thư phổ biến, chỉ chiếm 0,74% và 2,3 % tương ứng ở nam và nữ.

Ung thư tuyến giáp có tiên lượng tương đối tốt, tỷ lệ tử vong do Ung thư tuyến giáp chỉ chiếm 0,17% và 0,26% tương ứng ở nam và nữ trong số các trường hợp tử vong do ung thư.

Tùy từng thể ung thư mà có các yếu tố nguy cơ, biểu hiện lâm sàng, tiên lượng bệnh... khác nhau.

Chẩn đoán bệnh chủ yếu dựa vào xét nghiệm chọc hút kim nhỏ và tế bào học

Điều trị ung thư tuyến giáp tùy theo thể bệnh và giai đoạn phát triển bệnh. Điều trị phẫu thuật, iot phóng xạ/hóa chất và phối hợp hormon giáp thường được áp dụng.

II. CHỈ ĐỊNH

- Người bệnh > 45 tuổi, ung thư giáp biệt hóa (thể nhú, thể nang), u trên 1cm, có hay chưa rõ có di căn hạch 1 bên.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Ung thư tuyến giáp thể biệt hóa đã có di căn hạch 2 bên hay di căn xa
- Ung thư tuyến giáp thể không biệt hóa di căn rộng.

1. Người thực hiện

- + 1 bác sĩ phẫu thuật
- + 1 bác sĩ gây mê
- + 2 bác sĩ phụ mổ
- + 1 kỹ thuật viên gây mê
- + 1 điều dưỡng dụng cụ
- + 1 điều dưỡng ngoài
- + 1 hộ lý

2. Phương tiện

- + Máy gây mê
- + Dao điện, dao siêu âm
- + Dụng cụ mổ

3. Người bệnh

- Làm các xét nghiệm cơ bản trước mổ
- Ngày trước mổ: khám và giải thích về bệnh tình cho người bệnh và người nhà người bệnh cho ký cam kết trước mổ. Tới dùng thuốc an thần.
- Vệ cổ trước khi mổ.

4. Hồ sơ bệnh án: Làm hồ sơ bệnh án theo mẫu qui định chung của Bộ Y tế

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ

2. Kiểm tra người bệnh

3. Thực hiện kỹ thuật

- **Gây mê:** Gây mê toàn thân có đặt nội khí quản.

- **Tư thế người bệnh:**

- + Nằm ngửa

- + Hai tay để dạng

- + Cổ ưỡn

- + Độn gối dưới 2 vai

- **Vị trí phẫu thuật viên và phụ:**

- + Phẫu thuật viên: Đứng cùng bên với thùy cần phẫu thuật

- + Phụ 1: Đứng đối diện với phẫu thuật viên

- + Phụ 2: Đứng dưới phụ 1

- + Dụng cụ viên: đứng phía sau phẫu thuật viên

- **Đường rạch da:**

- + Được xác định khi người bệnh ở tư thế ngồi.

- + Vị trí ở trên hõm ức 1 cm, tốt nhất là trùng với nếp da.

- + Hướng đường mổ cong lên trên.

- **Các thì trong phẫu thuật:**

- Thì 1- Rạch da và bộc lộ tuyến:**

- Rạch da qua lớp cơ bám da cổ, ngay phía trên các tĩnh mạch cổ trước trên lớp nông của cân cổ sâu.

- Tách vạt da: theo lớp vô mạch

- + Lên trên tới sụn giáp

- + Xuống dưới tới hõm ức.

- Đi vào tuyến giáp theo đường bên (không đi theo đường giữa) là đường dọc theo bờ trước của cơ ức đòn chũm.

- Tách cơ vai - móng:

- Tách dọc cơ ức – giáp

- Thì 2 – Xử lý thương tổn:**

- Phẫu tích cực dưới : Bóc tách tuyến giáp ra khỏi các tổ chức xung quanh, phẫu tích cầm máu động mạch giáp dưới, chú ý tuyến cận giáp dưới.

- Phẫu tích cực trên: Bóc tách cực trên tuyến giáp, kẹp và buộc động mạch giáp trên, chú ý tuyến cận giáp trên và dây thanh quản trên.

- Tách toàn bộ phần sau ngoài của thùy sau đó xác định dây chằng Berry.

- Xác định dây thần kinh quặt ngược, các tuyến cận giáp

- Cắt thùy tuyến giáp trên dây thần kinh quặt ngược sau khi đã tách tuyến cận giáp.

- Tiếp tục phẫu tích về eo tuyến để cắt bỏ eo tuyến. Sau đó cắt hết thùy.

- Làm tương tự với thùy còn lại.

- Sau đó nạo vét hạch cùng bên với khối u.

- Thì 3 – Nạo vét hạch:**

- Khoảng trung tâm: Giới hạn trong là trục khí – thực quản, giới hạn ngoài là động mạch cảnh trong, giới hạn trên là sụn giáp, giới hạn dưới là trung thất trên

- + Tách dọc theo đường đi của dây thần kinh quặt ngược

+ Lấy bỏ toàn bộ hạch gồm cả tổ chức mỡ từ trên xuống dưới bao gồm các hạch trước, cạnh bên khí quản.

- Khoang bên: Giới hạn phía ngoài động mạch cảnh trong

+ Lấy bỏ toàn bộ tổ chức mỡ và hạch bảo tồn cơ ức đòn chũm, tĩnh mạch cảnh trong, dây thần kinh X và dây tủy sống

+ Chú ý bên trái bảo tồn ống ngực

Đặt dẫn lưu tại chỗ

Thì 4 – Đóng vết mổ khâu da:

Không cần khâu lại các cơ. Tổ chức dưới da khâu lại mũi rời bằng chỉ tiêu (vicryle 3/0). Da khâu bằng chỉ luôn tự tiêu dưới da.

VI. THEO DÕI SAU MỔ

- Chảy máu
- Nói khàn
- Tê tay chân – Cơn tetani
- Khó thở
- Nhiễm trùng

VII. XỬ TRÍ TAI BIẾN

- Chảy máu : mở vết mổ cầm máu lại
- Nói khàn: Chống phù nề - corticoid – vitamin 3B
- Tê tay chân – Cơn tetani: Calcioclorid tiêm tĩnh mạch
- Khó thở:
 - + Thở ôxy
 - + Mở khí quản
 - Nhiễm trùng: Kháng sinh, chống phù nề

47. KỸ THUẬT CẮT TOÀN BỘ TUYẾN GIÁP KÈM NẠO VẾT HẠCH 2 BÊN TRONG UNG THƯ TUYẾN GIÁP BẰNG ĐAO SIÊU ÂM

I. ĐẠI CƯƠNG

Ung thư tuyến giáp không phải là loại ung thư phổ biến, chỉ chiếm 0,74% và 2,3 % tương ứng ở nam và nữ.

Ung thư tuyến giáp có tiên lượng tương đối tốt, tỷ lệ tử vong do Ung thư tuyến giáp chỉ chiếm 0,17% và 0,26% tương ứng ở nam và nữ trong số các trường hợp tử vong do ung thư.

Tùy từng thể ung thư mà có các yếu tố nguy cơ, biểu hiện lâm sàng, tiên lượng bệnh... khác nhau.

Chẩn đoán bệnh chủ yếu dựa vào xét nghiệm chọc hút kim nhỏ và tế bào học

Điều trị ung thư tuyến giáp tùy theo thể bệnh và giai đoạn phát triển bệnh. Điều trị phẫu thuật, iot phóng xạ/hóa chất và phối hợp hormon giáp thường được áp dụng.

II. CHỈ ĐỊNH

- Ung thư giáp thể nhú và nang ở người bệnh > 45 tuổi, kích thước khối u > 1,0 cm, có di căn hạch 2 bên.

- Ung thư giáp thể tủy

- Ung thư tuyến giáp thể không biệt hóa giai đoạn sớm

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Ung thư tuyến giáp thể không biệt hóa di căn rộng

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- + 1 bác sĩ phẫu thuật
- + 1 bác sĩ gây mê
- + 2 bác sĩ phụ mổ
- + 1 kỹ thuật viên gây mê
- + 1 điều dưỡng dụng cụ
- + 1 điều dưỡng ngoài
- + 1 hộ lý

2. Phương tiện

- + Máy gây mê
- + Dao điện, dao siêu âm
- + Dụng cụ mổ

3. Người bệnh

- Làm các xét nghiệm cơ bản trước mổ
- Ngày trước mổ: khám và giải thích về bệnh tình cho người bệnh và người nhà người bệnh cho ký cam kết trước mổ. Tới dùng thuốc an thần.
- Vẽ cổ trước khi mổ.

4. Hồ sơ bệnh án: Làm hồ sơ bệnh án theo mẫu qui định chung của Bộ Y tế

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ

2. Kiểm tra người bệnh

3. Thực hiện kỹ thuật

- **Gây mê:** Gây mê toàn thân có đặt nội khí quản.

- **Tư thế người bệnh:**

+ Nằm ngửa

+ Hai tay để dạng

+ Cổ uốn

+ Độn gối dưới 2 vai

- **Vị trí phẫu thuật viên và phụ:**

+ Phẫu thuật viên: Đứng cùng bên với thùy cần phẫu thuật

+ Phụ 1: Đứng đối diện với phẫu thuật viên

+ Phụ 2: Đứng dưới phụ 1

+ Dụng cụ viên: đứng phía sau phẫu thuật viên

- **Đường rạch da:**

+ Được xác định khi người bệnh ở tư thế ngồi.

+ Vị trí ở trên hõm ức 1 cm, tốt nhất là trùng với nếp da.

+ Hướng đường mổ cong lên trên.

- **Các thì trong phẫu thuật:**

Thì 1 – Rạch da và bóc lộ tuyến:

- Rạch da qua lớp cơ bám da cổ, ngay phía trên các tĩnh mạch cổ trước trên lớp nông của cân cổ sâu.

- Tách vạt da: theo lớp vô mạch

+ Lên trên tới sụn giáp

+ Xuống dưới tới hõm ức.

- Đi vào tuyến giáp theo đường bên (không đi theo đường giữa) là đường dọc theo bờ trước của cơ ức đòn chũm.

- Tách cơ vai - móng:

- Tách dọc cơ ức – giáp: Theo thớ dọc của cơ bằng dao điện. Ngay phía dưới cơ là thùy tuyến giáp.

Thì 2 – Xử lý thương tổn:

- Đánh giá mức độ xâm lấn của khối u, xử lý bên có khối ung thư trước, nếu ở cả 2 bên thì xử lý bên to trước.

- Phẫu tích cực dưới : Bóc tách tuyến giáp ra khỏi các tổ chức xung quanh, phẫu tích cầm máu động mạch giáp dưới, chú ý tuyến cận giáp dưới.

- Phẫu tích cực trên: Bóc tách cực trên tuyến giáp, kẹp và buộc động mạch giáp trên, chú ý tuyến cận giáp trên và dây thanh quản trên.

- Tách toàn bộ phần sau ngoài của thùy sau đó xác định dây chằng Berry.

- Xác định dây thần kinh quặt ngược, các tuyến cận giáp

- Cắt thùy tuyến giáp trên dây thần kinh quặt ngược sau khi đã tách tuyến cận giáp.

- Tiếp tục phẫu tích về eo tuyến để cắt bỏ eo tuyến.

Thì 3 – Nạo vét hạch:

Tách bó đờn cơ ức đờn chũm ra phía ngoài, phía trên lên đến góc hàm, phía dưới tới bờ dưới xương đờn, phía sau đến nền cổ.

- Khoang trung tâm: Giới hạn trong là trục khí – thực quản, giới hạn ngoài là động mạch cảnh trong, giới hạn trên là sụn giáp, giới hạn dưới là trung thất trên

+ Tách dọc theo đường đi của dây thần kinh quặt ngược

+ Lấy bỏ toàn bộ hạch gồm cả tổ chức mỡ từ trên xuống dưới bao gồm các hạch trước, cạnh bên khí quản.

- Khoang bên: Giới hạn phía ngoài động mạch cảnh trong

+ Lấy bỏ toàn bộ tổ chức mỡ và hạch bảo tồn cơ ức đờn chũm, tĩnh mạch cảnh trong, dây thần kinh X và dây tủy sống

+ Chú ý bên trái bảo tồn ống ngực

Bên đối diện làm tương tự.

Thì 4 – Đóng vết mổ khâu da:

Đặt dẫn lưu tại khoang nạo vét hạch, có thể 1 hoặc 2 dẫn lưu. Không cần khâu lại các cơ. Tổ chức dưới da khâu lại mũi rìi bằng chỉ tiêu (vicryle 3/0). Da khâu bằng chỉ luôn tự tiêu dưới da.

VI. THEO DÕI SAU MỔ

- Chảy máu
- Nói khàn
- Tê tay chân – Con tetani
- Khó thở
- Nhiễm trùng

VII. XỬ TRÍ TAI BIẾN

- Chảy máu : mở vết mổ cầm máu lại
- Nói khàn: Chống phù nề - corticoid – vitamin 3B
- Tê tay chân – Con tetani: Calciclorid tiêm tĩnh mạch
- Khó thở:
 - + Thở ôxy
 - + Mở khí quản
- Nhiễm trùng: Kháng sinh, chống phù nề

48. KỸ THUẬT NẠO VẾT HẠCH CỔ TRONG UNG THƯ TUYẾN GIÁP ĐÃ PHẪU THUẬT BẰNG DAO SIÊU ÂM

I. CHỈ ĐỊNH

Những trường hợp cắt toàn bộ tuyến giáp mà chưa nạo vết hạch hoặc hạch di căn vùng cổ sau mổ ung thư giáp.

II. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- + 1 bác sĩ phẫu thuật
- + 1 bác sĩ gây mê
- + 2 bác sĩ phụ mổ
- + 1 kỹ thuật viên gây mê
- + 1 điều dưỡng dụng cụ
- + 1 điều dưỡng ngoài
- + 1 hộ lý

2. Phương tiện

- + Máy gây mê
- + Dao điện, dao siêu âm
- + Dụng cụ mổ

3. Người bệnh

- Làm các xét nghiệm cơ bản trước mổ
- Ngày trước mổ: khám và giải thích về bệnh tình cho người bệnh và người nhà người bệnh cho ký cam kết trước mổ. Tới dùng thuốc an thần.

4. Hồ sơ bệnh án: Làm hồ sơ bệnh án theo mẫu qui định chung của Bộ Y tế

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ

2. Kiểm tra người bệnh

3. Thực hiện kỹ thuật

- **Gây mê:** Gây mê toàn thân có đặt nội khí quản.

- **Tư thế người bệnh:**

- + Nằm ngửa
- + Hai tay để dạng
- + Cổ ưỡn
- + Độn gối dưới 2 vai

- **Vị trí phẫu thuật viên và phụ:**

- + Phẫu thuật viên: Đứng cùng bên với thùy cần phẫu thuật
- + Phụ 1: Đứng đối diện với phẫu thuật viên
- + Phụ 2: Đứng dưới phụ 1
- + Dụng cụ viên: đứng phía sau phẫu thuật viên

- **Đường rạch da:**

Rạch da theo đường sẹo mổ cũ có thể kéo dài sang hai bên từ 2-3cm

- **Các thì trong phẫu thuật:**

Thì 1 – Rạch da:

- Rạch da qua lớp cơ bám da cổ, ngay phía trên các tĩnh mạch cổ trước trên lớp nông của cân cổ sâu.

- Tách vạt da: theo lớp vô mạch

+ Lên trên tới sụn giáp

+ Xuống dưới tới hõm ức.

Thì 2 – Xử lý thương tổn: Nạo vét hạch

- Tách bỏ đòn cơ ức đòn chũm ra phía ngoài, lên trên đến góc hàm, phía dưới tới bờ dưới xương đòn, phía sau đến nền cổ.

- Khoảng trung tâm: Giới hạn trong là trục khí – Thực quản. giới hạn ngoài là động mạch cảnh trong, giới hạn trên là sụn giáp, giới hạn dưới là trung thất trên.

+ Tách dọc theo đường đi của dây thần kinh quặt ngược

+ Lấy bỏ toàn bộ hạch gồm cả tổ chức mỡ từ trên xuống dưới bao gồm các hạch trước, cạnh bên khí quản.

- Khoảng bên: Giới hạn phía ngoài động mạch cảnh trong

+ Lấy bỏ toàn bộ tổ chức mỡ và hạch bảo tồn cơ ức đòn chũm, tĩnh mạch cảnh trong, dây thần kinh X và dây tủy sống

+ Chú ý bên trái bảo tồn ống ngực

- Bên đối diện làm tương tự

Thì 3 – Đóng vết mổ khâu da:

Đặt dẫn lưu tại khoang nạo vét hạch, có thể 1 hoặc 2 dẫn lưu

Không cần khâu lại các cơ. Tổ chức dưới da khâu lại mũi rời bằng chỉ tiêu (vicryle 3/0). Da khâu bằng chỉ luôn tự tiêu dưới da.

IV. THEO DÕI SAU MỔ

- Chảy máu

- Nhiễm trùng

- Dò dưỡng chấp

- Khó thở

- Tình trạng dẫn lưu

V. XỬ TRÍ TAI BIẾN

- Chảy máu : mở vết mổ cầm máu lại

- Nhiễm trùng: Kháng sinh, chống phù nề

- Dò dưỡng chấp: Nhịn ăn, nuôi bằng đường tĩnh mạch theo dõi dẫn lưu hoặc mổ lại khâu lại đường dò.

- Khó thở:

+ Thở ôxy

+ Mở khí quản

49. KỸ THUẬT CẮT MỘT THÙY TUYẾN GIÁP LẤY BƯỚU THÔNG TRONG BƯỚU GIÁP THÔNG BẰNG DAO SIÊU ÂM

I. ĐẠI CƯƠNG

Bướu giáp thông ngực tỷ lệ gặp 3- 20% trong các loại bướu giáp.

Đa số bướu giáp thông trung thất cắt được dễ dàng qua đường cổ. Tuy nhiên một số trường hợp thông sâu phải mở theo đường ngực mới lấy được.

Về chẩn đoán nếu bướu giáp xuống dưới quá xương đòn 3cm được coi là thông ngực. dựa vào:

- XQ ngực thẳng
- CT Scanner cổ-ngực
- Siêu âm tuyến giáp
- Xạ hình tuyến giáp

Về điều trị hiện nay chỉ có duy nhất là phương pháp phẫu thuật. Ở đây chúng tôi trình bày kỹ thuật mổ qua đường cổ và bướu thông 1 bên thùy.

II. CHỈ ĐỊNH

Tất cả các trường hợp được chẩn đoán bướu thông ngực 1 bên.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Cường giáp
- Đang có bệnh nội khoa khác không có khả năng gây mê

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- + 1 bác sĩ phẫu thuật
- + 1 bác sĩ gây mê
- + 2 bác sĩ phụ mổ
- + 1 kỹ thuật viên gây mê
- + 1 điều dưỡng dụng cụ
- + 1 điều dưỡng ngoài
- + 1 hộ lý

2. Phương tiện

- + Máy gây mê
- + Dao điện, dao siêu âm
- + Dụng cụ mổ

3. Người bệnh

- Chuẩn bị người bệnh trước mổ: vào viện trước, tối dùng thuốc an thần, giải thích và ký cam kết trước mổ, vẽ cổ trước khi mổ.

- Khám và giải thích về bệnh tình cho người bệnh và người nhà người bệnh
- Làm các xét nghiệm cơ bản trước mổ

4. Hồ sơ bệnh án: Làm hồ sơ bệnh án theo mẫu qui định chung của Bộ Y tế

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ

2. Kiểm tra người bệnh

3. Thực hiện kỹ thuật

- **Gây mê:** Gây mê toàn thân có đặt nội khí quản hoặc gây tê đám rối cổ nông nếu chống chỉ định đặt nội khí quản.

- **Tư thế người bệnh:**

- + Nằm ngửa
- + Hai tay để dạng
- + Cổ uốn
- + Độn gối dưới 2 vai

- **Vị trí phẫu thuật viên và phụ:**

- Phẫu thuật viên đứng cùng bên với thùy cần phẫu thuật
- Phụ 1: Đứng đối diện với phẫu thuật viên
- Phụ 2 đứng cùng phía với phụ 1
- Dụng cụ viên: đứng phía sau phẫu thuật viên
- Đường rạch da:
 - + Được xác định khi người bệnh ở tư thế ngồi.
 - + Vị trí ở trên hõm ức 1 cm, tốt nhất là trùng với nếp da.
 - + Hướng đường mổ cong lên trên.

- **Các thì trong phẫu thuật:**

Thì 1 – Rạch da và bộc lộ tuyến:

- Rạch da qua lớp cơ bám da cổ, ngay phía trên các tĩnh mạch cổ trước trên lớp nông của cân cổ sâu.
- Tách vạt da: theo lớp vô mạch
 - + Lên trên tới sụn giáp
 - + Xuống dưới tới hõm ức.
- Tách đường giữa vén sang 2 bên đi vào tuyến giáp.
- Đi vào tuyến giáp theo đường bên (không đi theo đường giữa) là đường dọc theo bờ trước của cơ ức đòn chũm. Tách theo cân bọc cơ, từ dưới lên trên dọc theo chiều dài của cơ.
- Tách cơ vai - móng:
- Tách dọc cơ ức giáp: Theo thớ dọc của cơ bằng dao điện. Ngay phía dưới cơ là thùy tuyến giáp.
- Sau khi bộc lộ tới mặt trước của tuyến dùng kẹp cầm máu loại nhỏ phẫu tích tuyến giáp khỏi các thành phần xung quanh như: Cơ ức giáp, ức móng ở mặt bên, động mạch cảnh ở mặt sau.

Thì 2 – Xử lý thương tổn:

- Sử dụng dao siêu âm để bóc tách, cầm máu hay cắt tổ chức
- Phẫu tích cực trên: Bao giờ cũng làm trước đối với bướu thồng
 - + Dùng kẹp cầm máu cặp nhẹ vào cực trên kéo lên trên và ra ngoài, dùng kẹp cầm máu khác đi vào khoang vô mạch tách tuyến khỏi khí quản, đốt và cắt các mạch máu.
 - + Tiếp tục phẫu tích lên phía trên tới khi quan sát thấy động mạch giáp trên. Đối với động mạch giáp trên dùng kẹp cầm máu cặp cắt và buộc mạch máu.
- Phẫu tích cực dưới: Cho đầu bệnh nhân thấp xuống
 - + Dùng kẹp cầm máu cặp nhẹ vào cực dưới của bướu thồng kéo nhẹ thùy tuyến lên phía trên, thường là tổ chức u nên phải thận trọng bởi vì nếu cặp thì rất

dễ làm vỡ u dẫn đến chảy máu khó cầm gây khó khăn cho quá trình bóc tách. Đốt tách các mạch máu để đưa bươu dần lên phía trên, đôi khi phải dùng trợ giúp của ngón tay.

+ Khi phần thông đã bật lên trên thì lật thùy tuyến ra trước vào phía giữa để bộc lộ phía sau bên của thùy. Bóc tách tiếp mặt sau bên, thành sau của thùy tuyến.

- Tách toàn bộ phần sau ngoài của thùy sau đó xác định dây chằng Berry. Dùng dao điện cắt dây chằng Berry. Đây là thì khó nhất của cắt thùy tuyến giáp. Tiếp tục phẫu tích về phía eo tuyến để cắt bỏ eo tuyến. Sau đó cắt thùy tuyến lấy bướu thông.

- Đặt dẫn lưu

Thì 3 – Đóng vết mổ khâu da:

Không cần khâu lại các cơ. Tổ chức dưới da khâu lại mũi rời bằng chỉ tiêu (vicryle 3/0). Da khâu bằng chỉ luôn tự tiêu dưới da.

VI. THEO DÕI SAU MỔ

- Chảy máu
- Nói khàn
- Tê tay chân – Con tetani
- Khó thở
- Nhiễm trùng

VII. XỬ TRÍ TAI BIẾN

- Chảy máu : mở vết mổ cầm máu lại
- Nói khàn: Chống phù nề - corticoid – vitamin 3B
- Tê tay chân – Con tetani: Calciclorid tiêm tĩnh mạch
- Khó thở:
 - + Thở ôxy
 - + Mở khí quản
- Nhiễm trùng: Kháng sinh, chống phù nề

50. KỸ THUẬT CẮT MỘT THÙY TUYẾN GIÁP LẤY BƯỚU THÔNG VÀ CẮT BÁN PHẦN THÙY CÒN LẠI TRONG BƯỚU GIÁP THÔNG BẰNG DAO SIÊU ÂM

I. ĐẠI CƯƠNG

Bướu giáp thông ngực tỷ lệ gặp 3- 20% trong các loại bướu giáp.

Đa số bướu giáp thông trung thất cắt được dễ dàng qua đường cổ. Tuy nhiên một số trường hợp thông sâu phải mở theo đường ngực mới lấy được.

Về chẩn đoán nếu bướu giáp xuống dưới quá xương đòn 3cm được coi là thông ngực. dựa vào:

- XQ ngực thẳng
- CT Scanner cổ-ngực
- Siêu âm tuyến giáp
- Xạ hình tuyến giáp

Về điều trị hiện nay chỉ có duy nhất là phương pháp phẫu thuật. Ở đây chúng tôi trình bày kỹ thuật mổ qua đường cổ và bướu thông 1 bên thùy, bên thùy còn lại nhân ở 1 cực của thùy.

II. CHỈ ĐỊNH

Tất cả các trường hợp được chẩn đoán bướu thông ngực 1 bên và nhân bên thùy đối diện ở 1 cực của thùy tuyến.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Cường giáp
- Đang có bệnh nội khoa khác không có khả năng gây mê

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- + 1 bác sĩ phẫu thuật
- + 1 bác sĩ gây mê
- + 2 bác sĩ phụ mổ
- + 1 kỹ thuật viên gây mê
- + 1 điều dưỡng dụng cụ
- + 1 điều dưỡng ngoài
- + 1 hộ lý

2. Phương tiện

- + Máy gây mê
- + Dao điện, dao siêu âm
- + Dụng cụ mổ

3. Người bệnh

- Chuẩn bị người bệnh trước mổ: vào viện trước, tối dùng thuốc an thần, giải thích và ký cam kết trước mổ, vẽ cổ trước khi mổ.

- Khám và giải thích về bệnh tình cho người bệnh và người nhà người bệnh
- Làm các xét nghiệm cơ bản trước mổ

4. Hồ sơ bệnh án: Làm hồ sơ bệnh án theo mẫu qui định chung của Bộ Y tế

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ

2. Kiểm tra người bệnh

3. Thực hiện kỹ thuật

- **Gây mê:**

Gây mê toàn thân có đặt nội khí quản hoặc gây tê đám rối cổ nông nếu chống chỉ định đặt nội khí quản.

- **Tư thế người bệnh:**

- + Nằm ngửa
- + Hai tay để dạng
- + Cổ ưỡn
- + Độn gối dưới 2 vai

- **Vị trí phẫu thuật viên và phụ:**

- + Phẫu thuật viên đứng cùng bên với thùy cần phẫu thuật
- + Phụ 1: Đứng đối diện với phẫu thuật viên
- + Phụ 2 đứng cùng phía với phụ 1
- + Dụng cụ viên: đứng phía sau phẫu thuật viên

- **Đường rạch da:**

- + Được xác định khi người bệnh ở tư thế ngồi.
- + Vị trí ở trên hõm ức 1 cm, tốt nhất là trùng với nếp da.
- + Hướng đường mô cong lên trên.

- **Các thì trong phẫu thuật:**

Thì 1 – Rạch da và bóc lộ tuyến:

- Rạch da qua lớp cơ bám da cổ, ngay phía trên các tĩnh mạch cổ trước trên lớp nông của cân cổ sâu.

- Tách vạt da: theo lớp vô mạch

+ Lên trên tới sụn giáp

+ Xuống dưới tới hõm ức.

- Tách đường giữa vén sang 2 bên đi vào tuyến giáp. Trong trường hợp bước lớn có thể cắt cơ ức giáp, ức móng.

- Đi vào tuyến giáp theo đường bên (không đi theo đường giữa) là đường dọc theo bờ trước của cơ ức đòn chũm. Tách theo cân bọc cơ, từ dưới lên trên dọc theo chiều dài của cơ.

- Tách cơ vai - móng:

- Tách dọc cơ ức giáp: Theo thớ dọc của cơ bằng dao điện. Ngay phía dưới cơ là thùy tuyến giáp.

- Sau khi bóc lộ tới mặt trước của tuyến dùng kẹp cầm máu loại nhỏ phẫu tích tuyến giáp khỏi các thành phần xung quanh như: Cơ ức giáp, ức móng ở mặt bên, động mạch cảnh ở mặt sau.

Thì 2 – Xử lý thương tổn:

- Sử dụng dao siêu âm để bóc tách, cầm máu hay cắt tổ chức

- Phẫu tích cực trên:

+ Dùng kẹp cầm máu cặp nhẹ vào cực trên ra trước ra ngoài, dùng kẹp cầm máu khác đi vào khoang vô mạch tách tuyến khỏi khí quản, đốt và cắt các mạch máu.

+ Tiếp tục phẫu tích lên phía trên tới khi quan sát thấy động mạch giáp trên. Đối với động mạch giáp trên dùng kẹp cầm máu cặp cắt và buộc mạch máu.

- Phẫu tích cực dưới:

+ Dùng kẹp cầm máu cặp nhẹ vào cực dưới của bướu thông kéo nhẹ thùy tuyến lên phía trên, thường là tổ chức u nên phải thận trọng bởi vì nếu cặp thì rất dễ làm vỡ u dẫn đến chảy máu khó cầm gây khó khăn cho quá trình bóc tách. Đốt tách các mạch máu để đưa bướu dần lên phía trên, đôi khi phải dùng trợ giúp của ngón tay

+ Khi phần thông đã bật lên thì lật thùy tuyến ra trước, vào phía giữa để bóc lộ phía sau bên của thùy. Bóc tách tiếp mặt sau bên, thành sau của thùy tuyến.

- Tách thành sau của thùy tuyến

- Tách toàn bộ phần sau ngoài của thùy sau đó xác định dây chằng Berry. Dùng dao siêu âm cắt dây chằng Berry. Đây là thì khó nhất của cắt thùy tuyến giáp. Tiếp tục phẫu tích về phía eo tuyến để cắt bỏ eo tuyến. Sau đó cắt thùy tuyến lấy bướu thông.

- Phẫu tích và cắt bán phần thùy còn lại như cắt bán phần bướu nhân thông thường.

Thì 3 – Đóng vết mổ khâu da:

Không cần khâu lại các cơ. Tổ chức dưới da khâu lại mũi rời bằng chỉ tiêu (vicryle 3/0). Da khâu bằng chỉ luôn tự tiêu dưới da.

VI. THEO DÕI SAU MỔ

- Chảy máu
- Nói khàn
- Tê tay chân – Con tetani
- Khó thở
- Nhiễm trùng

VII. XỬ TRÍ TAI BIẾN

- Chảy máu : mở vết mổ cầm máu lại
- Nói khàn: Chống phù nề - corticoid – vitamin 3B
- Tê tay chân – Con tetani: Calcioclorid tiêm tĩnh mạch
- Khó thở:
 - + Thở ôxy
 - + Mở khí quản
- Nhiễm trùng: Kháng sinh, chống phù nề

51. KỸ THUẬT CẮT TOÀN BỘ TUYẾN GIÁP TRONG BƯỚU GIÁP THÔNG BẰNG DAO SIÊU ÂM

I. ĐẠI CƯƠNG

Bướu giáp thông ngực tỷ lệ gặp 3- 20% trong các loại bướu giáp.

Đa số bướu giáp thông trung thất cắt được dễ dàng qua đường cổ. Tuy nhiên một số trường hợp thông sâu phải mở theo đường ngực mới lấy được.

Về chẩn đoán nếu bướu giáp xuống dưới quá xương đòn 3cm được coi là thông ngực. dựa vào:

- XQ ngực thẳng
- CT Scanner cổ-ngực
- Siêu âm tuyến giáp
- Xạ hình tuyến giáp

Về điều trị hiện nay chỉ có duy nhất là phương pháp phẫu thuật. Ở đây chúng tôi trình bày kỹ thuật mổ qua đường cổ và bướu thông 1 bên thùy, thùy còn lại đơn nhân hoặc đa nhân chiếm gần hết tổ chức thùy tuyến.

II. CHỈ ĐỊNH:

Tất cả các trường hợp được chẩn đoán bướu thông ngực 1 bên và thùy còn lại đơn nhân hoặc đa nhân chiếm gần hết tổ chức thùy tuyến.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Cường giáp
- Đang có bệnh nội khoa khác không có khả năng gây mê

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- + 1 bác sĩ phẫu thuật
- + 1 bác sĩ gây mê
- + 2 bác sĩ phụ mổ
- + 1 kỹ thuật viên gây mê
- + 1 điều dưỡng dụng cụ
- + 1 điều dưỡng ngoài
- + 1 hộ lý

2. Phương tiện

- + Máy gây mê
- + Dao điện, dao siêu âm
- + Dụng cụ mổ

3. Người bệnh

- Chuẩn bị người bệnh trước mổ: vào viện trước, tối dùng thuốc an thần, giải thích và ký cam kết trước mổ, vẽ cổ trước khi mổ.
- Khám và giải thích về bệnh tình cho người bệnh và người nhà người bệnh
- Làm các xét nghiệm cơ bản trước mổ

4. Hồ sơ bệnh án: Làm hồ sơ bệnh án theo mẫu qui định chung của Bộ Y tế

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ

2. Kiểm tra người bệnh

3. Thực hiện kỹ thuật

- **Gây mê:** Gây mê toàn thân có đặt nội khí quản hoặc gây tê đám rối cổ nông nếu chống chỉ định đặt nội khí quản.

- **Tư thế người bệnh:**

- + Nằm ngửa
- + Hai tay để dạng
- + Cổ uốn
- + Độn gối dưới 2 vai

- **Vị trí phẫu thuật viên và phụ:**

- + Phẫu thuật viên đứng cùng bên với thùy cần phẫu thuật
- + Phụ 1: Đứng đối diện với phẫu thuật viên
- + Phụ 2 đứng cùng phía với phụ 1
- + Dụng cụ viên: đứng phía sau phẫu thuật viên

- Đường rạch da:

- + Được xác định khi người bệnh ở tư thế ngồi.
- + Vị trí ở trên hõm ức 1 cm, tốt nhất là trùng với nếp da.
- + Hướng đường mổ cong lên trên.

- **Các thì trong phẫu thuật:**

Thì 1 – Rạch da và bộc lộ tuyến:

- Rạch da qua lớp cơ bám da cổ, ngay phía trên các tĩnh mạch cổ trước trên lớp nông của cân cổ sâu.

- Tách vạt da: theo lớp vô mạch

+ Lên trên tới sụn giáp

+ Xuống dưới tới hõm ức.

- Tách đường giữa vén sang 2 bên đi vào tuyến giáp. Trong trường hợp bướu lớn có thể cắt cơ ức giáp, cơ ức móng

- Đi vào tuyến giáp theo đường bên (không đi theo đường giữa) là đường dọc theo bờ trước của cơ ức đòn chũm. Tách theo cân bọc cơ, từ dưới lên trên dọc theo chiều dài của cơ.

- Tách cơ vai - móng:

- Tách dọc cơ ức giáp: Theo thớ dọc của cơ bằng dao điện. Ngay phía dưới cơ là thùy tuyến giáp.

- Sau khi bộc lộ tới mặt trước của tuyến dùng kẹp cầm máu loại nhỏ phẫu tích tuyến giáp khỏi các thành phần xung quanh như: Cơ ức giáp, ức móng ở mặt bên, động mạch cảnh ở mặt sau.

Thì 2 – Xử lý thương tổn:

- Sử dụng dao siêu âm để bóc tách, cầm máu hay cắt tổ chức

- Phẫu tích cực trên:

+ Dùng kẹp cầm máu cặp nhẹ vào cực trên dùng kẹp cầm máu khác tách tuyến khỏi khí quản, đốt và cắt các mạch máu.

+ Tiếp tục phẫu tích lên phía trên tới khi quan sát thấy động mạch giáp trên. Đối với động mạch giáp trên dùng kẹp cầm máu cặp cắt và buộc mạch máu.

- Phẫu tích cực dưới:

+ Dùng kẹp cầm máu cặp nhẹ vào cực dưới của bướu thông kéo nhẹ thùy tuyến lên phía trên, thường là tổ chức u nên phải thận trọng bởi vì nếu cặp thì rất dễ làm vỡ u dẫn đến chảy máu khó cầm gây khó khăn cho quá trình bóc tách. Đốt tách các mạch máu để đưa bướu dần lên phía trên, đôi khi phải dùng trợ giúp của ngón tay

+ Khi phần thông đã bật lên thì lật thùy tuyến ra trước, vào phía giữa để bộc lộ phía sau bên của thùy. Bóc tách tiếp mặt sau bên, thành sau của thùy tuyến.

- Tách toàn bộ phần sau ngoài của thùy sau đó xác định dây chằng Berry. Dùng dao siêu âm cắt dây chằng Berry. Đây là thì khó nhất của cắt thùy tuyến giáp. Tiếp tục phẫu tích về phía eo tuyến để cắt bỏ eo tuyến. Sau đó cắt thùy tuyến lấy bướu thông.

- Phẫu tích và cắt thùy còn lại như cắt bướu nhân thông thường

Thì 3 – Đóng vết mổ khâu da:

Không cần khâu lại các cơ. Tổ chức dưới da khâu lại mũi rời bằng chỉ tiêu (vicryle 3/0). Da khâu bằng chỉ luôn tự tiêu dưới da.

VI. THEO DÕI SAU MỔ

- Chảy máu
- Nói khàn
- Tê tay chân – Cơn tetani
- Khó thở
- Nhiễm trùng

VII. XỬ TRÍ TAI BIẾN

- Chảy máu : mở vết mổ cầm máu lại
- Nói khàn: Chống phù nề - corticoid – vitamin 3B
- Tê tay chân – Cơn tetani: Calcioclorid tiêm tĩnh mạch
- Khó thở:
 - + Thở ôxy
 - + Mở khí quản
- Nhiễm trùng: Kháng sinh, chống phù nề

52. KỸ THUẬT CẮT MỘT THÙY TUYẾN GIÁP TRONG BƯỚU GIÁP KHÔNG LỖ BẰNG DAO SIÊU ÂM

I. ĐẠI CƯƠNG

Bướu giáp không lỗ hay gặp trong các loại bướu giáp.

Bướu giáp to từ độ III trở đi (phân loại theo WHO) được coi là không lỗ kèm theo biến dạng cổ.

Về chẩn đoán bướu giáp không lỗ hiện nay chủ yếu dựa vào:

- + Lâm sàng: Nhìn thấy bướu rất to ở vùng trước cổ gây biến dạng cổ
- + Siêu âm vùng cổ
- + CT Scanner

Về điều trị hiện nay chỉ có duy nhất là phương pháp phẫu thuật.

Trong bài này nói về bướu giáp không lỗ ở 1 thùy tuyến.

II. CHỈ ĐỊNH

Tất cả các trường hợp được chẩn đoán bướu giáp không lỗ 1 bên thùy.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Cường giáp
- Đang có bệnh nội khoa khác không có khả năng gây mê

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- 1 bác sĩ phẫu thuật
- 1 bác sĩ gây mê
- 2 bác sĩ phụ mổ
- 1 kỹ thuật viên gây mê
- 1 điều dưỡng dụng cụ
- 1 điều dưỡng ngoài
- 1 hộ lý

2. Phương tiện

- Máy gây mê
- Dao điện, dao siêu âm
- Dụng cụ mổ

3. Người bệnh

- Chuẩn bị người bệnh trước mổ: vào viện trước, tối dùng thuốc an thần, giải thích và ký cam kết trước mổ, vẽ cổ trước khi mổ.

- Khám và giải thích về bệnh tình cho người bệnh và người nhà người bệnh
- Làm các xét nghiệm cơ bản trước mổ

4. Hồ sơ bệnh án: Làm hồ sơ bệnh án theo mẫu qui định chung của Bộ Y tế

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ

2. Kiểm tra người bệnh

3. Thực hiện kỹ thuật

- **Gây mê:** Gây mê toàn thân có đặt nội khí quản,
- **Tư thế người bệnh:**
 - + Nằm ngửa

+ Hai tay để dạng

+ Cổ uốn

+ Độn gối dưới 2 vai

- **Vị trí phẫu thuật viên và phụ:**

+ Phẫu thuật viên đứng cùng bên với thùy cần phẫu thuật

+ Phụ 1: Đứng đối diện với phẫu thuật viên

+ Phụ 2 đứng cùng phía với phụ 1

+ Dụng cụ viên: đứng phía sau phẫu thuật viên

- **Đường rạch da:**

+ Được xác định khi người bệnh ở tư thế ngồi.

+ Vị trí ở trên hõm ức 1 cm, tốt nhất là trùng với nếp da.

+ Hướng đường mổ cong lên trên.

- **Các thì trong phẫu thuật:**

Thì 1 – Rạch da và bóc lộ tuyến:

- Rạch da qua lớp cơ bám da cổ, ngay phía trên các tĩnh mạch cổ trước trên lớp nông của cân cổ sâu.

- Tách vạt da: theo lớp vô mạch

+ Lên trên tới sụn giáp

+ Xuống dưới tới hõm ức.

- Tách đường giữa vén sang 2 bên đi vào tuyến giáp.

- Đi vào tuyến giáp theo đường bên (không đi theo đường giữa) là đường dọc theo bờ trước của cơ ức đòn chũm. Tách theo cân bọc cơ, từ dưới lên trên dọc theo chiều dài của cơ.

- Tách cơ vai - móng:

- Tách dọc cơ ức giáp: Theo thớ dọc của cơ bằng dao điện. Ngay phía dưới cơ là thùy tuyến giáp.

- Sau khi bóc lộ tới mặt trước của tuyến dùng kẹp cầm máu loại nhỏ phẫu tích tuyến giáp khỏi các thành phần xung quanh như: Cơ ức giáp, ức móng ở mặt bên, động mạch cảnh ở mặt sau.

Thì 2 – Xử lý thương tổn:

- Sử dụng dao siêu âm để bóc tách, cầm máu hay cắt tổ chức

- Phẫu tích cực trên:

+ Dùng kẹp cầm máu cặp nhẹ vào cực trên dùng kẹp cầm máu khác tách tuyến khỏi khí quản, đốt và cắt các mạch máu.

+ Tiếp tục phẫu tích lên phía trên tới khi quan sát thấy động mạch giáp trên. Đối với động mạch giáp trên dùng kẹp cầm máu cặp cắt và buộc mạch máu.

- Phẫu tích cực dưới:

+ Dùng kẹp cầm máu cặp nhẹ vào cực dưới của bướu không lò kéo nhẹ thùy tuyến lên phía trên, thường là tổ chức u nên phải thận trọng bởi vì nếu cặp thì rất dễ làm vỡ u dẫn đến chảy máu khó cầm gây khó khăn cho quá trình bóc tách.

+ Tiếp tục kéo tuyến lên trên và vào trong để bóc tách tiếp mặt sau bên cực dưới của thùy.

- Đối với bướng không lờ, đôi khi mạch máu rất lớn dao siêu âm khó đốt cầm máu do đó cặp cắt và buộc.

- Tách thành sau của thùy tuyến

- Tách toàn bộ phần sau ngoài của thùy sau đó xác định dây chằng Berry. Dùng dao siêu âm cắt dây chằng Berry. Đây là thì khó nhất của cắt thùy tuyến giáp. Tiếp tục phẫu tích về phía eo tuyến để cắt bỏ eo tuyến.

- Đặt dẫn lưu tại chỗ

Thì 3 – Đóng vết mổ khâu da:

Không cần khâu lại các cơ. Tổ chức dưới da khâu lại mũi rìi bằng chỉ tiêu (vicryle 3/0). Da khâu bằng chỉ luôn tự tiêu dưới da.

VI. THEO DÕI SAU MỔ

- Chảy máu

- Nói khàn

- Tê tay chân – Cơn tetani

- Khó thở

- Nhiễm trùng

VII. XỬ TRÍ TAI BIẾN

- Chảy máu : mở vết mổ cầm máu lại

- Nói khàn: Chống phù nề - corticoid – vitamin 3B

- Tê tay chân – Cơn tetani: Calcioclorid tiêm tĩnh mạch

- Khó thở:

+ Thở ôxy

+ Mở khí quản

- Nhiễm trùng: Kháng sinh, chống phù nề

53. KỸ THUẬT CẮT MỘT THÙY TUYẾN GIÁP VÀ CẮT BÁN PHẦN THÙY CÒN LẠI TRONG BƯỚU GIÁP KHÔNG LỖ BẰNG DAO SIÊU ÂM

I. ĐẠI CƯƠNG

Bướu giáp không lỗ hay gặp trong các loại bướu giáp.

Bướu giáp to từ độ III trở đi (phân loại theo WHO) được coi là không lỗ kèm theo biến dạng cổ.

Về chẩn đoán bướu giáp không lỗ hiện nay chủ yếu dựa vào:

- + Lâm sàng: Nhìn thấy bướu rất to ở vùng trước cổ gây biến dạng cổ
- + Siêu âm vùng cổ
- + CT Scanner

Về điều trị hiện nay chỉ có duy nhất là phương pháp phẫu thuật.

Trong bài này nói về bướu giáp không lỗ ở 1 thùy tuyến và thùy còn lại có nhân.

II. CHỈ ĐỊNH

Tất cả các trường hợp được chẩn đoán bướu giáp không lỗ 1 bên thùy và thùy còn lại có nhân.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Viêm giáp, cường giáp
- Đang có bệnh nội khoa khác không có khả năng gây mê

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- + 1 bác sĩ phẫu thuật
- + 1 bác sĩ gây mê
- + 2 bác sĩ phụ mổ
- + 1 kỹ thuật viên gây mê
- + 1 điều dưỡng dụng cụ
- + 1 điều dưỡng ngoài
- + 1 hộ lý

2. Phương tiện

- + Máy gây mê
- + Dao điện, dao siêu âm
- + Dụng cụ mổ

3. Người bệnh

- Chuẩn bị người bệnh trước mổ: vào viện trước, tối dùng thuốc an thần, giải thích và ký cam kết trước mổ, vẽ cổ trước khi mổ.
- Khám và giải thích về bệnh tình cho người bệnh và người nhà người bệnh
- Làm các xét nghiệm cơ bản trước mổ

4. Hồ sơ bệnh án: Làm hồ sơ bệnh án theo mẫu qui định chung của Bộ Y tế

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ

2. Kiểm tra người bệnh

3. Thực hiện kỹ thuật

- **Gây mê:** Gây mê toàn thân có đặt nội khí quản.

- **Tư thế người bệnh:**

+ Nằm ngửa

+ Hai tay để dạng

+ Cổ ưỡn

+ Độn gối dưới 2 vai

- **Vị trí phẫu thuật viên và phụ:**

+ Phẫu thuật viên đứng cùng bên với thùy cần phẫu thuật

+ Phụ 1: Đứng đối diện với phẫu thuật viên

+ Phụ 2 đứng cùng phía với phụ 1

+ Dụng cụ viên: đứng phía sau phẫu thuật viên

- **Đường rạch da:**

+ Được xác định khi người bệnh ở tư thế ngồi.

+ Vị trí ở trên hõm ức 1 cm, tốt nhất là trùng với nếp da.

+ Hướng đường mổ cong lên trên.

- **Các thì trong phẫu thuật:**

Thì 1 – Rạch da và bóc lộ tuyến:

- Rạch da qua lớp cơ bám da cổ, ngay phía trên các tĩnh mạch cổ trước trên lớp nông của cân cổ sâu.

- Tách vạt da: theo lớp vô mạch

+ Lên trên tới sụn giáp

+ Xuống dưới tới hõm ức.

- Tách đường giữa vén sang 2 bên đi vào tuyến giáp.

- Đi vào tuyến giáp theo đường bên (không đi theo đường giữa) là đường dọc theo bờ trước của cơ ức đòn chũm. Tách theo cân bọc cơ, từ dưới lên trên dọc theo chiều dài của cơ.

- Tách cơ vai - móng:

- Tách dọc cơ ức giáp: Theo thớ dọc của cơ bằng dao điện. Ngay phía dưới cơ là thùy tuyến giáp.

- Sau khi bóc lộ tới mặt trước của tuyến dùng kẹp cầm máu loại nhỏ phẫu tích tuyến giáp khỏi các thành phần xung quanh như: Cơ ức giáp, ức móng ở mặt bên, động mạch cảnh ở mặt sau.

Thì 2 – Xử lý thương tổn:

- Sử dụng dao siêu âm để bóc tách, cầm máu hay cắt tổ chức

- Phẫu tích cực trên:

+ Dùng kẹp cầm máu cặp nhẹ vào cực trên kéo ra trước, ra ngoài. Dùng kẹp cầm máu khác đi vào khoang vô mạch tách tuyến khỏi khí quản, đốt và cắt các mạch máu.

+ Tiếp tục phẫu tích lên phía trên tới khi quan sát thấy động mạch giáp trên. Đối với động mạch giáp trên dùng kẹp cầm máu cặp cắt và buộc mạch máu.

- Phẫu tích cực dưới:

+ Dùng kẹp cầm máu cặp nhẹ vào cực dưới của bướu kéo nhẹ thùy tuyến lên phía trên, thường là tổ chức u nên phải thận trọng bởi vì nếu cặp thì rất dễ làm vỡ u dẫn đến chảy máu khó cầm gây khó khăn cho quá trình bóc tách.

+ Tiếp tục kéo tuyến lên trên và vào trong để bóc tách tiếp mặt sau bên cực dưới của thùy.

- Tách thành sau của thùy tuyến

- Tách toàn bộ phần sau ngoài của thùy sau đó xác định dây chằng Berry. Dùng dao siêu âm cắt dây chằng Berry. Đây là thì khó nhất của cắt thùy tuyến giáp. Tiếp tục phẫu tích về phía eo tuyến để cắt bỏ eo tuyến. Sau đó cắt hết thùy.

- Nếu thùy còn lại có nhân cực trên hoặc cực dưới thì ta phẫu tích và cắt bỏ phần thùy còn lại bằng dao siêu âm như cắt bướu giáp nhân thông thường.

Thì 3 – Đóng vết mổ khâu da:

Không cần khâu lại các cơ. Tổ chức dưới da khâu lại mũi rùi bằng chỉ tiêu (vicryle 3/0). Da khâu bằng chỉ luôn tự tiêu dưới da.

VI. THEO DÕI SAU MỔ

- Chảy máu
- Nói khàn
- Tê tay chân – Con tetani
- Khó thở
- Nhiễm trùng

VII. XỬ TRÍ TAI BIẾN

- Chảy máu : mở vết mổ cầm máu lại
- Nói khàn: Chống phù nề - corticoid – vitamin 3B
- Tê tay chân – Con tetani: Calciclorid tiêm tĩnh mạch
- Khó thở:
 - + Thở ôxy
 - + Mở khí quản
- Nhiễm trùng: Kháng sinh, chống phù nề

54. KỸ THUẬT CẮT TOÀN BỘ TUYẾN GIÁP TRONG BƯỚU GIÁP KHÔNG LỖ BẰNG DAO SIÊU ÂM

I. ĐẠI CƯƠNG

Bướu giáp không lồ hay gặp trong các loại bướu giáp.

Bướu giáp to từ độ III trở đi (phân loại theo WHO) được coi là khổng lồ kèm theo biến dạng cổ.

Về chẩn đoán bướu giáp không lồ hiện nay chủ yếu dựa vào:

- + Lâm sàng: Nhìn thấy bướu rất to ở vùng trước cổ gây biến dạng cổ
- + Siêu âm vùng cổ
- + CT Scanner

Về điều trị hiện nay chỉ có duy nhất là phương pháp phẫu thuật.

Trong bài này nói về bướu giáp không lồ cả 2 thùy.

II. CHỈ ĐỊNH

Tất cả các trường hợp được chẩn đoán bướu giáp không lồ 2 bên thùy

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Viêm giáp, cường giáp
- Đang có bệnh nội khoa khác không có khả năng gây mê

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- 1 bác sĩ phẫu thuật
- 1 bác sĩ gây mê
- 2 bác sĩ phụ mổ
- 1 kỹ thuật viên gây mê
- 1 điều dưỡng dụng cụ
- 1 điều dưỡng ngoài
- 1 hộ lý

2. Phương tiện

- Máy gây mê
- Dao điện, dao siêu âm
- Dụng cụ mổ

3. Người bệnh

- Chuẩn bị người bệnh trước mổ: vào viện trước, tối dùng thuốc an thần, giải thích và ký cam kết trước mổ, vẽ cổ trước khi mổ.

- Khám và giải thích về bệnh tình cho người bệnh và người nhà người bệnh
- Làm các xét nghiệm cơ bản trước mổ

4. Hồ sơ bệnh án: Làm hồ sơ bệnh án theo mẫu qui định chung của Bộ Y tế

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ

2. Kiểm tra người bệnh

3. Thực hiện kỹ thuật

- **Gây mê:** Gây mê toàn thân có đặt nội khí quản.
- **Tư thế người bệnh:**
 - + Nằm ngửa

+Hai tay để dạng

+ Cổ ưỡn

+ Độn gối dưới 2 vai

- **Vị trí phẫu thuật viên và phụ:**

+ Phẫu thuật viên đứng cùng bên với thùy cần phẫu thuật

+ Phụ 1: Đứng đối diện với phẫu thuật viên

+ Phụ 2 đứng cùng phía với phụ 1

- Dụng cụ viên: đứng phía sau phẫu thuật viên

- **Đường rạch da:**

+ Được xác định khi người bệnh ở tư thế ngồi.

+ Vị trí ở trên hõm ức 1 cm, tốt nhất là trùng với nếp da.

+ Hướng đường mở cong lên trên.

- **Các thì trong phẫu thuật:**

Thì 1 – Rạch da và bóc lộ tuyến:

- Rạch da qua lớp cơ bám da cổ, ngay phía trên các tĩnh mạch cổ trước trên lớp nông của cân cổ sâu. Thường rạch da rộng vì bướu to. Có thể lấy một phần da nếu bướu quá to, nếu để sẽ thừa da sau khi cắt tuyến

- Tách vạt da: theo lớp vô mạch

+ Lên trên tới sụn giáp

+ Xuống dưới tới hõm ức.

- Tách đường giữa vén sang 2 bên đi vào tuyến giáp.

- Đi vào tuyến giáp theo đường bên (không đi theo đường giữa) là đường dọc theo bờ trước của cơ ức đòn chũm. Tách theo cân bọc cơ, từ dưới lên trên dọc theo chiều dài của cơ.

- Tách cơ vai - móng:

- Tách dọc cơ ức giáp: Theo thớ dọc của cơ bằng dao điện. Ngay phía dưới cơ là thùy tuyến giáp.

- Sau khi bóc lộ tới mặt trước của tuyến dùng kẹp cầm máu loại nhỏ phẫu tích tuyến giáp khỏi các thành phần xung quanh như: Cơ ức giáp, ức móng ở mặt bên, động mạch cảnh ở mặt sau.

Thì 2 – Xử lý thương tổn:

- Sử dụng dao siêu âm để bóc tách, cầm máu hay cắt tổ chức (Vì tuyến rất lớn cho nên có thể buộc kẹp mạch máu vào tuyến)

- Phẫu tích cực trên:

+ Dùng kẹp cầm máu cặp nhẹ vào cực trên dùng kẹp cầm máu khác tách tuyến khỏi khí quản, đốt và cắt các mạch máu.

+ Tiếp tục phẫu tích lên phía trên tới khi quan sát thấy động mạch giáp trên. Đối với động mạch giáp trên dùng kẹp cầm máu cặp cắt và buộc mạch máu.

- Phẫu tích cực dưới:

+ Dùng kẹp cầm máu cặp nhẹ vào cực dưới của bướu kéo nhẹ thùy tuyến lên phía trên, thường là tổ chức u nên phải thận trọng bởi vì nếu cặp thì rất dễ làm vỡ u dẫn đến chảy máu khó cầm gây khó khăn cho quá trình bóc tách.

+ Tiếp tục kéo tuyến lên trên và vào trong để bóc tách tiếp mặt sau bên cực dưới của thùy.

- Đôi với bấu không lờ, đôi khi mạch máu rất lớn dao siêu âm khó đốt cầm máu do đó phải cặp cắt và buộc
- Tách thành sau của thùy tuyến
- Tách toàn bộ phần sau ngoài của thùy sau đó xác định dây chằng Berry. Dùng dao siêu âm cắt dây chằng Berry. Đây là thì khó nhất của cắt thùy tuyến giáp. Tiếp tục phẫu tích về phía eo tuyến để cắt bỏ eo tuyến. Sau đó cắt hết thùy.
- Phẫu tích và cắt thùy còn lại như cắt thùy nêu trên.
- Đặt dẫn lưu tại chỗ

Thì 3 – Đóng vết mổ khâu da:

Không cần khâu lại các cơ. Tổ chức dưới da khâu lại mũi rời bằng chỉ tiêu (vicryle 3/0). Da khâu bằng chỉ luôn tự tiêu dưới da.

VI. THEO DÕI SAU MỔ

- Chảy máu
- Nói khàn
- Tê tay chân – Cơn tetani
- Khó thở
- Nhiễm trùng

VII. XỬ TRÍ TAI BIẾN

- Chảy máu : mở vết mổ cầm máu lại
- Nói khàn: Chống phù nề - corticoid – vitamin 3B
- Tê tay chân – Cơn tetani: Calciclorid tiêm tĩnh mạch
- Khó thở:
 - + Thở ôxy
 - + Mở khí quản
- Nhiễm trùng: Kháng sinh, chống phù nề

55. KỸ THUẬT CẮT TUYẾN CẬN GIÁP TRONG QUÁ SẢN HOẶC U TUYẾN HOẶC UNG THƯ TUYẾN CẬN GIÁP BẰNG DAO SIÊU ÂM

I. ĐẠI CƯƠNG

1. Định nghĩa

Hormon tuyến cận giáp có tác dụng điều hòa lượng calcium và phosphor trong cơ thể. Cường tuyến cận giáp (CTCG) là tình trạng cơ thể sản xuất ra quá nhiều hormon tuyến cận giáp. Tình trạng này xảy ra ở quá sản tuyến, u tuyến hay hiếm gặp hơn là ung thư tuyến cận giáp.

2. Triệu chứng

Đa số người bệnh CTCG không có triệu chứng đặc hiệu. Triệu chứng thường xuất hiện chậm và rất kín đáo: cảm giác yếu mệt hoặc đau nhức mơ hồ. Khi bệnh tiến triển xa, triệu chứng sẽ nặng hơn:

- + Khát nước và tiểu nhiều do tăng bài tiết calcium qua nước tiểu (hypercalciuria)
- + Sỏi thận, sỏi niệu quản có thể tái phát nhiều lần
- + Đau bụng hoặc đau thắt lưng, đau dọc theo các xương dài, đau các khớp
- + Buồn nôn, nôn hoặc chán ăn, rối loạn tiêu hóa
- + Loãng xương (osteoporosis), dẫn đến tăng nguy cơ loãng xương. Có thể gãy xương
- + Lú lẫn hoặc giảm trí nhớ
- + Yếu cơ, mệt mỏi

3. Chẩn đoán

Do bệnh CTCG thường ít có triệu chứng, đa số người bệnh không biết mình có bệnh cho đến khi phát hiện lượng calcium trong máu cao khi đi kiểm tra sức khỏe định kỳ hoặc đến khám vì một lý do khác.

Một số bệnh lý và thuốc khác có thể làm tăng lượng calcium máu, do đó chỉ được phép chẩn đoán CTCG khi có đồng thời lượng calcium và hormon PTH trong máu tăng cao.

- Siêu âm: thường là khối nằm ngoài tuyến giáp, tương ứng với vị trí của các tuyến cận giáp, sỏi tiết niệu.

- Chụp Xquang: hình ảnh viêm xương đặc hiệu xơ nang kiểu von Recklinghause. Tại thận có thể thấy nhu mô thận bị canxi hóa hay canxi hóa ở những nơi quanh khớp, thành động mạch

- Xạ hình bằng Technetium có thể xác định được vị trí của u tuyến cận giáp

4. Điều trị

Nguyên tắc: Phẫu thuật lấy bỏ u của các tuyến cận giáp

II. CHỈ ĐỊNH

Các trường hợp quá sản hoặc u hoặc ung thư tuyến cận giáp

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Các bệnh nội khoa nặng không có khả năng gây mê nội khí quản.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- 1 bác sĩ phẫu thuật
- 1 bác sĩ gây mê
- 2 bác sĩ phụ mổ
- 1 kỹ thuật viên gây mê
- 1 điều dưỡng dụng cụ
- 1 điều dưỡng ngoài
- 1 hộ lý

2. Phương tiện

- Máy gây mê
- Dao điện, dao siêu âm
- Dụng cụ mổ

3. Người bệnh

- Chuẩn bị người bệnh trước mổ: vào viện trước, tối dùng thuốc an thần, giải thích và ký cam kết trước mổ, vẽ cỏ trước khi mổ.
- Khám và giải thích về bệnh tình cho người bệnh và người nhà người bệnh
- Làm các xét nghiệm cơ bản trước mổ

4. Hồ sơ bệnh án: Làm hồ sơ bệnh án theo mẫu qui định chung của Bộ Y tế

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ

2. Kiểm tra người bệnh

3. Thực hiện kỹ thuật

- **Gây mê:** Gây mê toàn thân có đặt nội khí quản.

- Tư thế người bệnh:

- + Nằm ngửa
- + Hai tay để dạng
- + Cổ uốn
- + Độn gối dưới 2 vai

- Vị trí phẫu thuật viên và phụ:

- + Phẫu thuật viên đứng cùng bên với thùy cần phẫu thuật
- + Phụ 1: Đứng đối diện với phẫu thuật viên
- + Phụ 2 đứng cùng phía với phụ 1
- + Dụng cụ viên: đứng phía sau phẫu thuật viên

- Đường rạch da:

- + Được xác định khi người bệnh ở tư thế ngồi.
- + Vị trí ở trên hõm ức 1 cm, tốt nhất là trùng với nếp da.
- + Hướng đường mổ cong lên trên.

- Các thì trong phẫu thuật:

Thì 1 – Rạch da và bóc lộ tuyến:

- Rạch da qua lớp cơ bám da cổ, ngay phía trên các tĩnh mạch cổ tr- ớc trên lớp nông của cân cổ sâu.
- Tách vạt da : theo lớp vô mạch
- + Lên trên tới sụn giáp
- + Xuống d- ới tới hõm trên ức.

- Đi vào tuyến giáp theo đ-ờng bên (không đi theo đ-ờng giữa) là đ-ờng dọc theo bờ tr-ớc của cơ ức đòn chũm .

- Tách cơ vai-móng
- Tách dọc cơ ức- giáp
- Bộc lộ tuyến giáp (cả 2 thùy), nâng thùy tuyến giáp ra trước, vào trong
- Bóc tách vào vị trí các tuyến cận giáp tìm các tuyến cận giáp : có 4 tuyến cận giáp mỗi bên 2 tuyến, nhỏ như hạt gạo, màu vàng xà cừ

Thì 2 – Xử lý thương tổn:

- Kiểm tra cả 4 tuyến cận giáp để phát hiện u tuyến cận giáp
- Dùng dao siêu âm tách u tuyến cận giáp ra và lấy bỏ
- Tiến hành xét nghiệm PTH trước, trong và sau khi cắt bỏ tuyến cận giáp
- Đưa các tổ chức về vị trí giải phẫu

Thì 3 – Đóng vết mổ khâu da:

Không cần khâu lại các cơ. Tổ chức dưới da khâu lại mũi rời bằng chỉ tiêu (vicryle 3/0). Da khâu bằng chỉ luôn tự tiêu dưới da.

VI. THEO DÕI SAU MỔ

- Chảy máu
- Nói khàn
- Tê tay chân – Con tetani: Sau mổ tiến hành theo dõi PTH, Ure, Creatinin, Điện giải đồ hàng ngày. Lượng calci huyết thanh có thể sẽ giảm đột ngột gây ra cơn tetani cấp, vì vậy cần theo dõi và bổ sung calci kịp thời.
- Khó thở
- Nhiễm trùng

VII. XỬ TRÍ TAI BIẾN

- Chảy máu : mở vết mổ cầm máu lại
- Nói khàn: Chống phù nề - corticoid – vitamin 3B
- Tê tay chân – Con tetani: Calci clorid tiêm tĩnh mạch
- Khó thở:
 - + Thở ôxy
 - + Mở khí quản
- Nhiễm trùng: Kháng sinh, chống phù nề

56. KỸ THUẬT CẮT TUYẾN CẬN GIÁP QUÁ SẢN THỨ PHÁT SAU SUY THẬN MÃN TÍNH BẰNG DAO SIÊU ÂM

I. ĐẠI CƯƠNG

1. Định nghĩa

Hormon này giúp điều hoà lượng calcium và phosphor trong cơ thể

Cường tuyến cận giáp (CTCG) thứ phát là tình trạng tuyến cận giáp sản xuất ra quá nhiều hormon, xảy ra chủ yếu ở suy thận mãn. Trong trường hợp suy thận mãn các vấn đề kém hấp thu và còi xương, do thiếu vitamin D trầm trọng là những nguyên nhân gây cường cận giáp thứ phát.

2. Triệu chứng

Đa số người bệnh CTCG không có triệu chứng đặc hiệu. Triệu chứng thường xuất hiện chậm và rất kín đáo: cảm giác yếu mệt hoặc đau nhức mơ hồ. Khi bệnh tiến triển xa, triệu chứng sẽ nặng hơn:

- + Khát nước và tiểu nhiều do tăng bài tiết calcium qua nước tiểu (hypercalciuria)
- + Sỏi thận, sỏi niệu quản có thể tái phát nhiều lần
- + Đau bụng hoặc đau thắt lưng, đau dọc theo các xương dài, đau các khớp
- + Buồn nôn, nôn hoặc chán ăn, rối loạn tiêu hóa
- + Loãng xương (osteoporosis), dẫn đến tăng nguy cơ loãng xương. Có thể gãy xương
- + Lú lẫn hoặc giảm trí nhớ
- + Yếu cơ, mệt mỏi

3. Chẩn đoán

Bệnh xảy ra khi đã mắc suy thận mãn

Do bệnh CTCG thường ít có triệu chứng, đa số người bệnh không biết mình có bệnh cho đến khi phát hiện lượng calcium trong máu cao khi đi kiểm tra sức khỏe định kỳ hoặc đến khám vì một lý do khác.

Một số bệnh lý và thuốc khác có thể làm tăng lượng calcium máu, do đó chỉ được phép chẩn đoán CTCG khi có đồng thời lượng calcium và hormon PTH trong máu tăng cao.

- Siêu âm: thường là khối nằm ngoài tuyến giáp, tương ứng với vị trí của các tuyến cận giáp, sỏi tiết niệu.

- Chụp Xquang: hình ảnh viêm xương đặc hiệu xơ nang kiểu von Recklinghause. Tại thận có thể thấy nhu mô thận bị canxi hóa hay canxi hóa ở những nơi quanh khớp, thành động mạch

- Xạ hình bằng Technetium có thể xác định được vị trí của u tuyến cận giáp

4. Điều trị

Nguyên tắc: Cắt 3 1/2 số tuyến cận giáp

II. CHỈ ĐỊNH

Các trường hợp quá sản tuyến cận giáp thứ phát sau suy thận

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Các bệnh nội khoa nặng không có khả năng gây mê nội khí quản.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- 1 bác sĩ phẫu thuật
- 1 bác sĩ gây mê
- 2 bác sĩ phụ mổ
- 1 kỹ thuật viên gây mê
- 1 điều dưỡng dụng cụ
- 1 điều dưỡng ngoài
- 1 hộ lý

2. Phương tiện

- Máy gây mê
- Dao điện, dao siêu âm
- Dụng cụ mổ

3. Người bệnh

- Chuẩn bị người bệnh trước mổ: vào viện trước, tối dùng thuốc an thần, giải thích và ký cam kết trước mổ, vẽ cổ trước khi mổ.
- Khám và giải thích về bệnh tình cho người bệnh và người nhà người bệnh
- Làm các xét nghiệm cơ bản trước mổ

4. Hồ sơ bệnh án: Làm hồ sơ bệnh án theo mẫu qui định chung của Bộ Y tế

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ

2. Kiểm tra người bệnh

3. Thực hiện kỹ thuật

- **Gây mê:** Gây mê toàn thân có đặt nội khí quản.

- **Tư thế người bệnh:**

- + Nằm ngửa
- + Hai tay để dạng
- + Cổ uốn
- + Độn gối dưới 2 vai

- **Vị trí phẫu thuật viên và phụ:**

- + Phẫu thuật viên đứng cùng bên với thùy cần phẫu thuật
- + Phụ 1: Đứng đối diện với phẫu thuật viên
- + Phụ 2 đứng cùng phía với phụ 1
- + Dụng cụ viên: đứng phía sau phẫu thuật viên

- **Đường rạch da:**

- + Được xác định khi người bệnh ở tư thế ngồi.
- + Vị trí ở trên hõm ức 1 cm, tốt nhất là trùng với nếp da.
- + Hướng đường mổ cong lên trên.

- **Các thì trong phẫu thuật:**

- **Thì 1 – Rạch da và bóc lộ tuyến:**

- Rạch da qua lớp cơ bầm da cổ, ngay phía trên các tĩnh mạch cổ tr-ớc trên lớp nông của cân cổ sâu.
- Tách vạt da : theo lớp vô mạch
- + Lên trên tới sụn giáp

+ Xuống d-ới tới hõm trên ức.
- Đi vào tuyến giáp theo đ-ờng bên (không đi theo đ-ờng giữa) là đ-ờng dọc theo bờ tr-ớc của cơ ức đòn chũm .

- Tách cơ vai-móng
- Tách dọc cơ ức- giáp
- Bộc lộ tuyến giáp (cả 2 thùy)
- Bóc tách vào vị trí các tuyến cận giáp tìm các tuyến cận giáp : có 4 tuyến cận giáp mỗi bên 2 tuyến, bình thường nhỏ như hạt gạo, màu vàng xà cừ. Trong trường hợp suy thận mãn, các tuyến quá sản lớn hơn nhiều, thường màu nâu đen.

Thì 2 – Xử lý thương tổn:

- Kiểm tra tuyến cận giáp để phát hiện u tuyến cận giáp
- Dùng dao siêu âm tách u tuyến cận giáp ra và lấy bỏ
- Nếu cả 4 tuyến phì đại, dùng dao siêu âm cắt bỏ $3\frac{1}{2}$ số tuyến. Cắt 3 tuyến có kích thước lớn nhất, để lại $\frac{1}{2}$ tuyến có kích thước nhỏ nhất, tuyến còn lại mềm mại nhất, màu vàng xà cừ

- Tiến hành xét nghiệm PTH trước, trong và sau khi cắt bỏ tuyến cận giáp
- Đưa các tổ chức về vị trí giải phẫu

Thì 3 – Đóng vết mổ khâu da:

Không cần khâu lại các cơ. Tổ chức dưới da khâu lại mũi rời bằng chỉ tiêu (vicryle 3/0). Da khâu bằng chỉ luôn tự tiêu dưới da.

VI. THEO DÕI SAU MỔ

- Chảy máu
- Nói khàn
- Tê tay chân – Cơn tetani: Sau mổ tiến hành theo dõi PTH, Ure, Creatinin, Điện giải đồ hàng ngày. Lượng calci huyết thanh có thể sẽ giảm đột ngột gây ra cơn tetani cấp, vì vậy cần theo dõi và bổ sung calci kịp thời.

- Khó thở
- Nhiễm trùng

VII. XỬ TRÍ TAI BIẾN

- Chảy máu : mở vết mổ cầm máu lại
- Nói khàn: Chống phù nề - corticoid – vitamin 3B
- Tê tay chân – Cơn tetani: Calciclorid tiêm tĩnh mạch
- Khó thở:
+ Thở ôxy
+ Mở khí quản
- Nhiễm trùng: Kháng sinh, chống phù nề

57. KỸ THUẬT CẮT ĐOẠN XƯƠNG BÀN CHÂN TRÊN NGƯỜI BỆNH ĐÁI THÁO ĐƯỜNG

I. ĐẠI CƯƠNG

Đái tháo đường (ĐTĐ) là bệnh nội tiết – chuyển hóa hay gặp nhất và là bệnh có tỷ lệ phát triển nhanh.

Loét bàn chân là biến chứng thường gặp (5-10%) và xuất hiện sớm ở bệnh nhân ĐTĐ. Đó là hậu quả của bệnh lý thần kinh ngoại biên- do giảm nhận cảm, rối loạn thần kinh tự động và thiếu máu – do xơ vữa của các mạch máu của chân.

Quá trình viêm loét bàn chân được phân chia thành 6 độ (theo Wagner 1987):

- Độ 0: không có tổn thương hở nhưng có thể có biến dạng xương hoặc dày sừng bàn chân.

- Độ 1: loét nông, không thâm nhiễm các mô sâu.

- Độ 2: loét sâu, lan đến gân, xương hoặc khớp.

- Độ 3: viêm gân, xương, áp xe hoặc viêm mô tế bào sâu.

- Độ 4 : hoại tử một ngón hoặc phần trước bàn chân, thường phối hợp nhiễm khuẩn bàn chân.

- Độ 5: hoại tử rộng bàn chân, phối hợp với tổn thương hoại tử và nhiễm khuẩn mô mềm

Loét bàn chân ở bệnh nhân ĐTĐ là điều kiện thuận lợi cho sự lan rộng nhiễm trùng. Nhiễm khuẩn gây ra hoại tử các mô rộng trong đó có hoại tử xương tủy cốt bàn chân. Trên phim XQ bàn chân có thể thấy tình trạng tổn thương màng xương, viêm hoại tử mất đoạn xương hoặc các đoạn xương chết.

Về điều trị bên cạnh việc trích rạch rộng, cắt lọc ổ viêm hoại tử, đồng thời phải lấy bỏ xương viêm hoại tử, đoạn xương chết và cắt đoạn xương viêm.

II. CHỈ ĐỊNH

Loét bàn chân từ độ 2 trở lên: loét sâu, lan đến gân xương hoặc khớp, viêm gân, xương, áp xe, viêm mô tế bào sâu hoặc hoại tử một hay nhiều ngón chân. Trên phim XQ bàn chân có thể thấy tình trạng tổn thương màng xương, viêm hoại tử mất đoạn xương, tiêu các khớp hoặc các đoạn xương chết.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Các bệnh rối loạn đông máu.

Các bệnh lý về tim mạch không đảm bảo cho thủ thuật.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- +1 bác sỹ phẫu thuật

- +1 bác sỹ phụ

- +1 điều dưỡng dụng cụ

2. Phương tiện

- + Bộ dụng cụ tiêu phẫu, băng gạc, băng mô vô khuẩn.

- + Dao điện.

- + Dây ga rô cao su.

- + Bơm tiêm vô khuẩn 5 ml hoặc 10 ml.

- + Thuốc gây tê: Lidocain 1% 5- 20 ml.
- + Bộ hộp thuốc chống sốc phản vệ.
- + Nước ô xy già, betadin, nước muối đẳng trương.

3. Người bệnh

- + Khám và giải thích về bệnh tình cho người bệnh và người nhà người bệnh.
- + Làm các xét nghiệm cơ bản.
- + Kháng sinh phổ rộng phối hợp
- + Người bệnh phải được kiểm soát tốt đường huyết ($< 10 \text{ mmol/l}$) bằng Insulin
- + Nước tiểu không có ceton

4. Hồ sơ bệnh án: Làm hồ sơ bệnh án theo mẫu qui định chung của Bộ Y tế

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ

2. Kiểm tra người bệnh

3. Tư thế bệnh nhân

Nằm ngửa, cẳng chân bên bệnh được cố định chắc vào bàn mổ, để bàn chân ra ngoài bàn mổ.

4. Vị trí phẫu thuật viên và phụ

- Phẫu thuật viên đứng đối diện với chân bệnh.
- Người phụ đứng đối diện chân còn lại

5. Thực hiện kỹ thuật

- Sát trùng vùng mổ bằng Betadin, sau đó bằng cồn trắng 70 độ.
- Ga rô động mạch trên cổ chân.
- Vô cảm bằng tiêm dưới da và vùng mổ Lidocain 1% 10- 20ml.
- Đường rạch qua vết loét ở phía gan chân hay mu chân dọc theo hướng của chi tương ứng với vùng xương bị tổn thương.
- Mở rộng vết rạch theo hai phía. Kiểm tra máu chảy và cầm máu.
- Dùng kẹp mạch máu phẫu tích tách rộng vết mổ, người phụ dùng van nhỏ banh rộng vết mổ.
- Dùng kéo phẫu tích cắt lọc sạch tổ chức viêm hoại tử của da, cân, gân, dây chằng, lấy bỏ xương viêm hoại tử, đoạn xương chết.
- Qua kiểm tra các xương để đánh giá tình trạng của xương: Có thể thấy tổn thương màng xương, biến đổi màu sắc xương (từ trắng sang trắng ngà), xương giòn dễ gãy hay mủn, mạch máu nuôi dưỡng kém. Dùng lóc cốt mạc nhỏ lóc cốt mạc đến phần cần cắt, cắt cốt mạc. Dùng kim cắt xương cắt ngang qua thân xương, thấy có máu rỉ từ tủy xương và thân xương là được. Cắt các dây chằng, cơ có liên quan với đoạn xương cắt và lấy bỏ đoạn xương. Tạo hình đế đầu xương cắt nhẵn, không có cạnh sắc nham nhở, khâu cốt mạc bằng chỉ tự tiêu.
- Rửa sạch toàn bộ bằng nước ô xy già, dung dịch Betadin pha loãng, sau cùng là nước muối NaCl đẳng trương, đồng thời kiểm tra mạch máu có liên quan và tiến hành cầm máu. Có thể nói ga rô để kiểm tra cầm máu kỹ bằng dao điện hay chỉ khâu
- Nhét và đắp gạc tẩm nước muối đẳng trương và kháng sinh.

- Tháo ga rô, dùng băng thun băng ép vừa phải.

VI. CÁC TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

1. Choáng, shock

Có thể do dị ứng với Lidocain hoặc người bệnh hoảng sợ và lo lắng quá mức.

Xử trí: theo phác đồ chống shock, động viên, giải thích cho người bệnh.

2. Chảy máu vết mổ

Băng ép vết mổ bằng băng thun, nếu không được thì mở vết mổ và cầm lại máu, đặt nhét thêm gạc và băng ép bằng băng thun

VII. ĐIỀU TRỊ VÀ THEO DÕI SAU PHẪU THUẬT

- Kháng sinh toàn thân theo kháng sinh đồ, chống viêm, giảm đau...
- Thay băng hàng ngày để kiểm tra vết thương, dịch viêm, mủ...
- Kiểm soát đường huyết tốt bằng Insulin.
- Điều trị tích cực các bệnh kèm theo
- Nâng cao thể trạng: truyền máu, đạm và các chất dinh dưỡng khác.

58. KỸ THUẬT NẠO XƯƠNG VIÊM TRÊN NGƯỜI BỆNH ĐÁI THÁO ĐƯỜNG

I. ĐẠI CƯƠNG

Đái tháo đường (ĐTĐ) là bệnh rối loạn nội tiết – chuyển hóa mãn tính, đặc trưng là tình trạng tăng đường máu kết hợp với bất thường về chuyển hóa carbonhydrat, lipid và protein.

ĐTĐ gây ra nhiều biến chứng gây bệnh lý ở hầu hết các cơ quan trong cơ thể ảnh hưởng đến chức năng sinh lý và tính mạng của người bệnh .

Nhiễm khuẩn nói chung và nhiễm khuẩn ở xương nói riêng có phối hợp với các mô khác trên người bệnh ĐTĐ là biến chứng thường gặp và đến sớm. Đặc tính của các viêm xương ở người bệnh ĐTĐ là hậu quả từ vết thương nhỏ trên da tạo nên nhiễm khuẩn phần mềm âm ỉ, sau đó sẽ lan rộng ra tổ chức xung quanh trong đó có xương.

Một số trường hợp viêm xương, tủy xương do ổ nguyên phát từ xa, vi khuẩn theo đường bạch huyết, mạch máu hoặc qua khe cân khoang tổ chức tế bào vào trong xương và tủy xương. Viêm xương tủy xương thường kết hợp với viêm hoại tử rộng phần mềm xung quanh.

Do tính đặc biệt tổn thương viêm trong ĐTĐ nên điều trị cần phối hợp giữa trích rạch dẫn lưu ổ viêm, lấy bỏ xương viêm, hoại tử và điều trị toàn thân tích cực.

II. CHỈ ĐỊNH

- Tương ứng với ổ viêm đã nhuyễn thể hóa, trên phim XQ có thể thấy tình trạng tổn thương màng xương, viêm hoại tử một phần thân xương, tiêu các khớp hoặc có các đoạn xương chết.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Các bệnh lý về tim mạch
- Các rối loạn về đông máu

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- + 1 bác sỹ phẫu thuật
- + 1 bác sỹ phụ
- + 1 điều dưỡng dụng cụ

2. Phương tiện

- + Bộ dụng cụ phẫu thuật, băng gạc, băng vô khuẩn.
- + Dao điện
- + Dây ga rô cao su
- + Bơm tiêm vô khuẩn 5 ml hoặc 10 ml
- + Thuốc gây tê: Lidocain 1% 5- 20 ml (nếu gây tê tại chỗ)
- + Bộ hộp thuốc chống shock phản vệ.
- + Nước ô xy già, betadin, nước muối đẳng trương

3. Người bệnh

+ Khám và giải thích về bệnh tình cho người bệnh và người nhà người bệnh.

- + Làm các xét nghiệm cơ bản.
- + Kháng sinh phổ rộng phối hợp
- + Người bệnh phải được kiểm soát tốt đường huyết ($< 10 \text{ mmol/l}$) bằng

Insulin

- + Nước tiểu không có ceton

4. Hồ sơ bệnh án: Làm hồ sơ bệnh án theo mẫu qui định chung của Bộ Y tế

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Tư thế người bệnh: nằm cố định trên bàn mổ

2. Vị trí phẫu thuật viên và phụ

Phẫu thuật viên đứng đối diện với người phụ qua bàn mổ.

3. Thực hiện kỹ thuật

- Sát trùng vùng mổ bằng Betadin, sau đó bằng cồn 70 độ
- Ga rô động mạch phía trên ổ xương viêm nếu xương viêm là các xương ở

chi

- Vô cảm: gây mê hay tê đám rối thần kinh gốc chi, tê tại chỗ bằng tiêm dưới da xung quanh vùng mổ hoặc gốc chi Lidocain 1% 10- 30 ml.

- Các đường rạch da: Thông thường các đường rạch da ngay trên ổ xương viêm (thường có đường dò định hướng) dọc theo các hướng cơ, tránh gây tổn thương mạch máu và thần kinh lớn. Đối với các ổ viêm xương ở sâu đường rạch mở phải được xác định bởi đặc điểm giải phẫu định khu phân bố những bao cơ, khoang tổ chức tế bào giữa các cơ, đường đi của các mạch máu thần kinh lớn ở khu vực phải mở vào. Đường rạch da phải tránh được các đường đi của bó mạch thần kinh, tránh cắt ngang cơ, tránh rạch qua khớp trừ khi chính chỗ đó có thương tổn. Thường đường rạch dùng để kết hợp rạch tháo mủ cho ổ viêm mủ phối hợp.

- Kỹ thuật mở đường rạch:

+ Trước tiên mở một đường rạch da nhỏ qua tổ chức phần mềm ở ngay trên ổ xương viêm.

+ Tiếp theo mở rộng đường rạch theo kích thước thật cần thiết để đảm bảo lấy tổ chức xương viêm được triệt để .

- Dùng van banh rộng vết mổ để kiểm tra tình trạng ổ viêm: số lượng, tính chất đặc lỏng, màu sắc của tổ chức hoại tử, những mảnh xương chết. Tiến hành lấy bỏ tổ chức hoại tử và mảnh xương chết.

- Dùng kẹp gặm xương lấy bỏ xương hoại tử còn bám vào xương lành đến khi hết xương hoại tử, thấy máu rỉ từ thân xương và tủy xương .

- Bơm rửa kỹ ổ viêm nhiều lần bằng nước ô xy già, dung dịch betadin pha loãng, nước muối sinh lý. Có thể bơm rửa bằng kháng sinh pha loãng.

- Dùng kéo cắt lọc và lấy bỏ tổ chức hoại tử xung quanh.

- Kiểm tra máu chảy và cầm máu bằng dao điện hay chỉ khâu.

- Nhét gạc có tẩm nước muối đẳng trương pha kháng sinh hay đặt dẫn lưu ổ mủ

- Có thể khâu da cách quãng nếu cần thiết

- Băng vùng mổ.

- Tháo ga rô nếu có

VI. CÁC TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

1. Choáng, shock

Xuất hiện ngay và trong khi tiến hành phẫu thuật, nguyên nhân có thể do phản ứng với Lidocain hoặc người bệnh hoảng sợ và lo lắng quá mức.

Xử trí: theo phác đồ chống shock, động viên, giải thích cho người bệnh.

2. Chảy máu vết mổ

Băng ép vết mổ bằng băng thun, nếu không đỡ thì mở vết mổ cầm lại máu, đặt nhét thêm gạc và băng ép bằng băng thun.

VII. ĐIỀU TRỊ VÀ THEO DÕI SAU PHẪU THUẬT

- Kháng sinh toàn thân tích cực theo kháng sinh đồ, chống viêm, giảm đau.
- Thay băng hàng ngày để kiểm tra tình trạng vết thương, dịch dẫn lưu...
- Kiểm soát đường huyết tốt bằng Insulin.
- Điều trị tích cực các bệnh kèm theo.
- Nâng cao thể trạng: truyền máu, đạm và các chất dinh dưỡng khác.

59. KỸ THUẬT THÁO KHỚP NGÓN CHÂN TRÊN NGƯỜI BỆNH ĐÁI THÁO ĐƯỜNG

I. ĐẠI CƯƠNG

Đái tháo đường (ĐTĐ) là bệnh nội tiết – chuyển hóa hay gặp nhất và là bệnh có tỷ lệ phát triển nhanh.

Loét bàn chân là biến chứng thường gặp (5-10%) và xuất hiện sớm ở bệnh nhân ĐTĐ. Đó là hậu quả của bệnh lý thần kinh ngoại biên- do giảm nhận cảm và rối loạn thần kinh tự động và thiếu máu – do xơ vữa của các mạch máu của chân.

Quá trình viêm loét bàn chân được phân chia thành 6 độ (theo Wagner 1987):

- Độ 0: không có tổn thương hở nhưng có thể có biến dạng xương hoặc dày sừng bàn chân.

- Độ 1: loét nông, không thâm nhiễm các mô sâu.

- Độ 2: loét sâu, lan đến gân, xương hoặc khớp.

- Độ 3: viêm gân, xương, áp xe hoặc viêm mô tế bào sâu.

- Độ 4 : hoại tử một ngón hoặc phần trước bàn chân, thường phối hợp nhiễm khuẩn bàn chân.

- Độ 5: hoại tử rộng bàn chân, phối hợp với tổn thương hoại tử và nhiễm khuẩn mô mềm

Viêm hoại tử các ngón chân thường xuất hiện sớm và điều trị thường phải phẫu thuật tháo ngón chân. Nếu không được xử trí sớm và triệt để sẽ dẫn đến tình trạng nhiễm trùng lan rộng ra toàn bộ bàn chân hay nhiễm trùng huyết, nhiễm độc toàn thân, phải cắt cụt bàn chân, cẳng chân...

II. CHỈ ĐỊNH

Loét bàn chân ở độ 2, 3 hoặc 4 : viêm gân, xương, áp xe, viêm mô tế bào sâu hoặc hoại tử. Phạm vi tổn thương viêm và hoại tử khu trú ở các đốt xa của ngón chân: đốt 2 của ngón I, đốt II, III của các ngón khác.

Trên phim XQ bàn chân có thể thấy trên các xương ngón chân tình trạng tổn thương màng xương, viêm hoại tử mất đoạn xương, hoại tử khớp ngón hoặc có các đoạn xương chết.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Các bệnh rối loạn đông máu.

- Các bệnh lý về tim mạch không đảm bảo cho thủ thuật.

IV. CHUẨN BỊ NGƯỜI BỆNH

1. Người thực hiện

+ 1 bác sỹ phẫu thuật

+ 1 bác sỹ phụ

+ 1 điều dưỡng dụng cụ

2. Phương tiện

+ Bộ dụng cụ tiêu phẫu.

+ Dao điện

+ Dây ga rô cao su

+ Bơm tiêm vô khuẩn 5 ml hoặc 10 ml

- + Thuốc gây tê: Lidocain 1% 5- 20 ml, chỉ khâu phẫu thuật.
- + Bộ hộp thuốc chống sốc phản vệ.

3. Người bệnh

- + Khám và giải thích về bệnh tình cho người bệnh và người nhà người bệnh.
- + Làm các xét nghiệm cơ bản.
- + Kháng sinh phổ rộng phối hợp
- + Người bệnh phải được kiểm soát tốt đường huyết ($< 10 \text{ mmol/l}$) bằng Insulin
- + Nước tiểu không có ceton

4. Hồ sơ bệnh án: Theo mẫu của Bộ Y tế.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Tư thế người bệnh

Người bệnh nằm ngửa, cẳng chân bên bệnh được cố định chắc vào bàn mổ, để bàn chân ra ngoài bàn mổ.

2. Vị trí phẫu thuật viên và phụ

Phẫu thuật viên đứng đối diện với chân bệnh, người phụ đứng đối diện chân còn lại

3. Thực hiện kỹ thuật

- Sát trùng bàn chân bằng Betadin, sau đó bằng cồn 70 độ
- Ga rô động mạch sát phía trên cổ chân.
- Vô cảm bằng tiêm dưới da gốc ngón chân bằng Lidocain 1% 3-5 ml
- Vẽ vạt da cần rạch trước khi mổ, có 2 vạt da ở trên và dưới: vạt ở phần gan chân dài bằng chu vi ngón chân vị trí cần cắt, vạt ở phần mu dài bằng $\frac{1}{2}$ vạt gan chân.
- Dùng dao mổ rạch da theo đường vẽ, qua da và tổ chức dưới da. Bộc lộ khớp cần tháo, cắt các phần mềm có liên quan như gân, dây... Kiểm tra máu chảy và tiến hành cầm máu, kiểm tra tình trạng nuôi dưỡng của vạt da.
- Rửa sạch vùng mổ bằng nước ô xy già, betadin pha loãng và nước muối sinh lý. Nới lỏng garô để kiểm tra cầm máu.
- Khâu tạo hình mồm cụt hai lớp bằng chỉ không tiêu.
- Băng ép mồm cụt

VI. CÁC TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

1. Choáng, shock

- Có thể xuất hiện ngay khi tiêm thuốc gây tê. Nguyên nhân có thể do phản ứng với Lidocain hay người bệnh hoảng sợ và lo lắng quá mức.
- Xử trí: theo phác đồ chống shock, động viên, giải thích cho người bệnh.

2. Chảy máu mồm cụt

- Băng ép mồm cụt bằng băng thun, nếu không được thì mở mồm cụt cầm lại máu và băng ép bằng băng thun.

VII. ĐIỀU TRỊ VÀ THEO DÕI SAU PHẪU THUẬT

- Kháng sinh toàn thân theo kháng sinh đồ và ít nhất 2 dòng, chống viêm, giảm đau
- Thay băng mồm cụt cách ngày.

- Kiểm soát tốt đường máu bằng insulin.
- Điều trị tích cực các bệnh kèm theo.
- Nâng cao thể trạng: truyền máu, đạm và các chất dinh dưỡng khác.

60. KỸ THUẬT GHÉP DA TỰ THÂN BẰNG CÁC MẢNH DA TRÒN NHỎ CÓ ĐƯỜNG KÍNH DƯỚI 5 mm TRÊN NGƯỜI BỆNH ĐTĐ

I. ĐẠI CƯƠNG

- Đái tháo đường (ĐTĐ) là bệnh nội tiết – chuyển hóa hay gặp nhất và là bệnh có tỷ lệ phát triển nhanh. Mặc dù đã có nhiều tiến bộ trong điều trị và phòng ngừa, người bệnh ĐTĐ vẫn có nhiều biến chứng gây tàn phế và tử vong.

- Loét và nhiễm trùng mãn tính vùng loét là biến chứng thường gặp gây nên tình trạng khuyết thiếu da. Trong một số trường hợp sau khi được can thiệp về ngoại khoa như cắt lọc tổ chức viêm hoại tử, các ổ áp xe, cắt cụt bàn chân, cẳng chân...cũng dẫn đến tình trạng này. Do thiếu khuyết da nên vùng tổn thương không được che phủ và càng làm cho viêm loét nặng hơn. Để điều trị, người ta áp dụng phương pháp ghép da là dùng một mảnh da, một vạt da lấy hoặc chuyển từ nơi khác đến để che phủ lên vùng khuyết thiếu da.

- Có 3 nguồn mảnh da ghép là: da tự thân (da của bản thân người đó), da đồng loại (da của loài người) và da dị loại (hai loài khác nhau). Ghép da tự thân được áp dụng từ lâu và khá phổ biến do có ưu điểm là hiệu quả, dễ làm và rẻ tiền.

- Vị trí lấy da có thể ở nhiều nơi như mặt trước đùi, bụng, vùng cánh tay...

- Việc chuẩn bị nền ghép tốt là điều kiện cơ bản đảm bảo cho sự sống bám của mảnh ghép da rời. Do đặc điểm tổn thương vùng khuyết da của người bệnh ĐTĐ khác với các tổn thương do nguyên nhân khác. Đối với người bệnh ĐTĐ, nền ghép thường xấu do viêm nhiễm kéo dài, hoại tử lan rộng, tổ chức được nuôi dưỡng kém, tổ chức mô hạt không tốt. Bên cạnh đó người bệnh ĐTĐ thường thể trạng yếu, suy mòn, dinh dưỡng kém, kèm theo một số bệnh mãn tính khác làm ảnh hưởng không tốt đến sự bám, sống của mảnh ghép. Do đó việc chuẩn bị nền ghép càng có ý nghĩa quan trọng, đảm bảo cho ghép thành công .

II, CHỈ ĐỊNH

- Các tổn thương khuyết thiếu da ở các vị trí trên cơ thể người bệnh ĐTĐ.
- Tình trạng người bệnh phải đảm bảo để tiến hành phẫu thuật.

III, CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Không ghép da mảnh rời lên mô mỡ, gân, các mô hạt đang trong quá trình viêm nhiễm khuẩn (khi nuôi cấy có liên cầu khuẩn tan huyết beta, số lượng vi khuẩn nhiều), mô hạt bị hoại tử thứ phát hay đang xuất huyết.

- Người bệnh có rối loạn đông máu, bệnh lý về tim mạch.
- Thể trạng không đảm bảo cho cuộc phẫu thuật.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- +1 bác sỹ phẫu thuật
- +1 bác sỹ phụ
- +1 điều dưỡng dụng cụ

2. Phương tiện

- + Bộ dụng cụ phẫu thuật.

- + Dao lấy da cầm tay kiểu Lagrot, Blair, Jean Gosset hoặc dụng cụ mắt lưới hay dao cạo có cán.
- + Bơm tiêm vô khuẩn 5 ml hoặc 10 ml
- + Thuốc gây tê: Lidocain 1% 5- 20 ml(trong trường hợp gây tê tại chỗ)
- + Băng gạc, băng vô trùng, chỉ khâu...

3. Người bệnh

- + Khám và giải thích về bệnh tình cho người bệnh và người nhà người bệnh.
- + Làm các xét nghiệm cơ bản.
- + Không còn tình trạng nhiễm trùng
- + Người bệnh phải được kiểm soát tốt đường huyết ($< 10 \text{ mmol/l}$) bằng Insulin
- + Nước tiểu không có ceton

4. Chuẩn bị nền ghép da

Người bệnh phải được chuẩn bị nền ghép tốt. Sau khi vùng tổn thương được cắt lọc tổ chức viêm hoại tử, nền là lớp cân nông hoặc lớp cơ lành, sạch không xuất huyết. Nếu là xương lành còn cốt mạc, nếu là xương viêm hoại tử sau khi cắt phải được mài, đục, khoan đến lớp xương lành có máu rỉ chảy ra. Mô hạt đỏ, sạch, bằng phẳng, không có mủ, màng tơ huyết, mô hoại tử, loại bỏ các mô già xơ hóa. Phải chuẩn bị nền ghép bằng công tác thay băng, cắt lọc tổ chức hoại tử, rạch tháo các ổ mủ, máu cục, dẫn lưu, sử dụng kháng sinh, kiểm soát đường huyết ổn định, nâng cao thể trạng...

5. Hồ sơ bệnh án: Hồ sơ giấy tờ ghi chép theo mẫu của Bộ Y tế.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Tư thế người bệnh

Người bệnh nằm trên bàn mổ để vùng khuyết da hướng lên trên.

2. Vị trí phẫu thuật viên và phụ

Phẫu thuật viên đứng đối diện với người phụ qua vùng cần ghép da

3. Thực hiện kỹ thuật

- Sát trùng vùng lấy da bằng Betadin, sau đó bằng cồn trắng 70 độ
- Tê dưới da bằng Lidocain 1% 10-20 ml nếu không gây mê
- Dùng kim cong móc vào lớp biểu bì hoặc trung bì kéo da lên thành hình chóp nón, cắt nướu da được kéo lên bằng dao cạo, mảnh da lấy không có mỡ. Khâu lại chỗ khuyết lấy da.

- Đặt sâu các mảnh da nhỏ lên mô hạt cách nhau khoảng 10 mm. Đặt một lớp gạc mỏng tẩm thuốc kháng sinh lên toàn bộ phần được ghép, ép nhẹ tay. Đắp gạc khô, băng ép vừa phải. Bất động vùng ghép khoảng 1 tuần.

VI. CÁC TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Choáng, shock: ngay và sau khi tiêm thuốc vô cảm, có thể do phản ứng với Lidocain hay người bệnh hoảng sợ và lo lắng quá mức.

Xử trí: theo phác đồ chống shock, động viên, giải thích cho người bệnh nếu người bệnh lo lắng quá mức.

- Mảnh da không bám dính, hoại tử mảnh da ghép thường do viêm nhiễm vùng loét, thể trạng suy kiệt, đường huyết tăng cao, phần nền ghép chuẩn bị không tốt hoặc do cố định vùng ghép kém.

Xử trí: thay băng hàng ngày để kiểm tra, khắc phục nguyên nhân.

VII. ĐIỀU TRỊ VÀ THEO DÕI SAU PHẪU THUẬT

- Kháng sinh toàn thân (tốt nhất là theo kháng sinh đồ), chống viêm, giảm đau

- Thay băng vùng ghép (sau 48 giờ), thường xuyên kiểm tra tình trạng mảnh da ghép, màu sắc, dinh dưỡng, dịch ứ đọng, viêm nhiễm...

- Thay băng vùng lấy da cách ngày.

- Kiểm soát tốt đường huyết bằng Insulin.

- Điều trị tích cực các bệnh lý kèm theo.

- Nâng cao thể trạng: truyền máu, đạm và các chất dinh dưỡng khác.

61. KỸ THUẬT GHÉP DA TỰ THÂN BẰNG MẢNH DA DÀI MỎNG TRÊN NGƯỜI BỆNH ĐÁI THÁO ĐƯỜNG

I. ĐẠI CƯƠNG

Đái tháo đường (ĐTD) là bệnh nội tiết – chuyển hóa hay gặp nhất và là bệnh có tỷ lệ phát triển nhanh. Mặc dù đã có nhiều tiến bộ trong điều trị và phòng ngừa, người bệnh ĐTD vẫn có nhiều biến chứng gây tàn phế và tử vong.

Loét và nhiễm trùng mãn tính vùng loét là biến chứng thường gặp gây nên tình trạng khuyết thiếu da. Trong một số trường hợp sau khi được can thiệp về ngoại khoa như cắt lọc tổ chức viêm hoại tử, các ổ áp xe, cắt cụt bàn chân, cẳng chân...cũng dẫn đến tình trạng này. Do thiếu khuyết da nên vùng tổn thương không được che phủ và càng làm cho viêm loét nặng hơn. Để điều trị, người ta áp dụng phương pháp ghép da là dùng một mảnh da, một vạt da lấy hoặc chuyển từ nơi khác đến để che phủ lên vùng khuyết thiếu da.

Có 3 nguồn mảnh da ghép là: da tự thân (da của bản thân người đó), da đồng loại (da của loài người) và da dị loại (hai loài khác nhau). Ghép da tự thân được áp dụng từ lâu và khá phổ biến do có ưu điểm là hiệu quả, dễ làm và rẻ tiền.

Vị trí lấy da có thể ở nhiều nơi như mặt trước đùi, bụng, vùng cánh tay...

Việc chuẩn bị nền ghép tốt là điều kiện cơ bản đảm bảo cho sự sống bám của mảnh ghép da rời. Do đặc điểm tổn thương vùng khuyết da của người bệnh ĐTD khác với các tổn thương do nguyên nhân khác. Đối với các bệnh nhân ĐTD, nền ghép thường xấu do viêm nhiễm kéo dài, hoại tử lan rộng, tổ chức được nuôi dưỡng kém, tổ chức mô hạt không tốt. Bên cạnh đó người bệnh ĐTD thường thể trạng yếu, suy mòn, dinh dưỡng kém, kèm theo một số bệnh mãn tính khác làm ảnh hưởng không tốt đến sự bám, sống của mảnh ghép. Do đó việc chuẩn bị nền ghép càng có ý nghĩa quan trọng, đảm bảo cho ghép thành công.

II. CHỈ ĐỊNH

- Các tổn thương khuyết thiếu da ở các vị trí trên cơ thể người bệnh ĐTD.
- Tình trạng người bệnh phải đảm bảo để tiến hành phẫu thuật.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Không ghép da mảnh rời lên mô mỡ, gân, các mô hạt đang trong quá trình viêm nhiễm khuẩn(khi nuôi cấy có liên cầu khuẩn tan huyết beta, số lượng vi khuẩn nhiều), mô hạt bị hoại tử thứ phát hay đang xuất huyết.
- Người bệnh có rối loạn đông máu, bệnh lý về tim mạch.
- Thể trạng không đảm bảo cho cuộc phẫu thuật.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- +1 bác sỹ phẫu thuật
- +1 bác sỹ phụ
- +1 điều dưỡng dụng cụ

2. Phương tiện

- + Bộ dụng cụ phẫu thuật.

- + Dao lấy da cầm tay kiểu Lagrot, Blair, Jean Gosset hoặc dụng cụ mắt lưới hay dao cạo có cán.
- + Bơm tiêm vô khuẩn 5 ml hoặc 10 ml
- + Thuốc gây tê: Lidocain 1% 5- 20 ml(trong trường hợp gây tê tại chỗ)
- + Băng gạc, băng vô trùng, chỉ khâu...

3. Người bệnh

- + Khám và giải thích về bệnh tình cho người bệnh và người nhà người bệnh.
- + Làm các xét nghiệm cơ bản.
- + Không còn tình trạng nhiễm trùng
- + Người bệnh phải được kiểm soát tốt đường huyết ($< 10 \text{ mmol/l}$) bằng Insulin
- + Nước tiểu không có ceton

4.Chuẩn bị nền ghép da

Người Bệnh phải được chuẩn bị nền ghép tốt. Sau khi vùng tổn thương được cắt lọc tổ chức viêm hoại tử, nền là lớp cân nông hoặc lớp cơ lành, sạch không xuất huyết. Nếu là xương lành còn cốt mạc, nếu là xương viêm hoại tử sau khi cắt phải được mài, đục, khoan đến lớp xương lành có máu rỉ chảy ra. Mô hạt đỏ, sạch, bằng phẳng, không có mủ, màng tơ huyết, mô hoại tử, loại bỏ các mô già xơ hóa. Phải chuẩn bị nền ghép bằng công tác thay băng, cắt lọc tổ chức hoại tử, rạch tháo các ổ mủ, máu cục, dẫn lưu, sử dụng kháng sinh, kiểm soát đường huyết ổn định, nâng cao thể trạng...

5. Hồ sơ bệnh án: Hồ sơ giấy tờ ghi chép theo mẫu của Bộ Y tế.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Tư thế người bệnh

Người bệnh nằm trên bàn mổ để vùng khuyết da hướng lên trên.

2. Vị trí phẫu thuật viên và phụ

Phẫu thuật viên đứng đối diện với người phụ qua vùng cần ghép da

3. Thực hiện kỹ thuật

- Sát trùng vùng lấy da bằng Betadin, sau đó bằng cồn trắng 70 độ
- Tê dưới da bằng Lidocain 1% 10-20 ml nếu không gây mê
- Thường lấy da ở vùng mặt trước, mặt ngoài đùi hoặc ở thành bụng, ngực, cánh tay... Mảnh da có độ dày 0,20 – 0,25 mm gồm lớp biểu bì. Dùng dao lấy da cầm tay có cán để bóc da. Vùng lấy da chỉ cần băng ép lại.
- Mảnh da lấy được ngâm vào dung dịch nước muối đẳng trương. Đặt trải thẳng phần mặt cắt da lên trên nền ghép (không đặt nhằm phần mặt ngoài của da vào nền ghép). Lấy gạc lăn nhẹ lên trên để ép thoát các dịch, khí còn lại giữa hai diện tiếp giáp.
- Đặt một lớp gạc mỏng tẩm thuốc kháng sinh lên toàn tiết diện da ghép căng nhẹ tay.Tiếp theo đặt các gạc khô kiểu lớp mái ngói, trên cùng là lớp gạc khô dày. Băng ép vừa chặt. Bất động vùng ghép khoảng 1 tuần.

VI. CÁC TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Choáng, shock: ngay và sau khi tiêm thuốc vô cảm, có thể do phản ứng với Lidocain hay người bệnh hoảng sợ và lo lắng quá mức. Xử trí theo phác đồ

chống shock, động viên, giải thích cho người bệnh nếu người bệnh lo lắng quá mức.

- Mảnh da không bám dính, hoại tử mảnh da ghép thường do viêm nhiễm vùng loét, thể trạng suy kiệt, đường huyết tăng cao, phần nền ghép chuẩn bị không tốt hoặc do cố định vùng ghép kém. Xử trí thay băng hàng ngày để kiểm tra, khắc phục nguyên nhân.

VII. ĐIỀU TRỊ VÀ THEO DÕI SAU PHẪU THUẬT

- Kháng sinh toàn thân (tốt nhất là theo kháng sinh đồ), chống viêm, giảm đau

- Thay băng vùng ghép (sau 48 giờ), thường xuyên kiểm tra tình trạng mảnh da ghép, màu sắc, dinh dưỡng, dịch ứ đọng, viêm nhiễm...

- Thay băng vùng lấy da cách ngày.

- Kiểm soát tốt đường huyết bằng Insulin.

- Điều trị tích cực các bệnh lý kèm theo.

- Nâng cao thể trạng: truyền máu, đạm và các chất dinh dưỡng khác.

62. KỸ THUẬT GHÉP DA TỰ THÂN BẰNG MẢNH DA MẮT LƯỚI TRÊN NGƯỜI BỆNH ĐÁI THÁO ĐƯỜNG

I. ĐẠI CƯƠNG

Đái tháo đường (ĐTĐ) là bệnh nội tiết – chuyển hóa hay gặp nhất và là bệnh có tỷ lệ phát triển nhanh. Mặc dù đã có nhiều tiến bộ trong điều trị và phòng ngừa, người bệnh ĐTĐ vẫn có nhiều biến chứng gây tàn phế và tử vong.

Loét và nhiễm trùng mãn tính vùng loét là biến chứng thường gặp gây nên tình trạng khuyết thiếu da. Trong một số trường hợp sau khi được can thiệp về ngoại khoa như cắt lọc tổ chức viêm hoại tử, các ổ áp xe, cắt cụt bàn chân, cẳng chân...cũng dẫn đến tình trạng này. Do thiếu khuyết da nên vùng tổn thương không được che phủ và càng làm cho viêm loét nặng hơn. Để điều trị, người ta áp dụng phương pháp ghép da là dùng một mảnh da, một vạt da lấy hoặc chuyển từ nơi khác đến để che phủ lên vùng khuyết thiếu da. Phương pháp này cho phép ghép được phần khuyết thiếu da có diện tích gấp từ 1,5 đến 6 lần diện tích da lấy.

Có 3 nguồn mảnh da ghép là: da tự thân (da của bản thân người đó), da đồng loại (da của loài người) và da dị loại (hai loài khác nhau). Ghép da tự thân được áp dụng từ lâu và khá phổ biến do có ưu điểm là hiệu quả, dễ làm và rẻ tiền.

Vị trí lấy da có thể ở nhiều nơi như mặt trước đùi, bụng, vùng cánh tay...

Việc chuẩn bị nền ghép tốt là điều kiện cơ bản đảm bảo cho sự sống bám của mảnh ghép da rời. Do đặc điểm tổn thương vùng khuyết da của người bệnh ĐTĐ khác với các tổn thương do nguyên nhân khác. Đối với các bệnh nhân ĐTĐ, nền ghép thường xấu do viêm nhiễm kéo dài, hoại tử lan rộng, tổ chức được nuôi dưỡng kém, tổ chức mô hạt không tốt. Bên cạnh đó người bệnh ĐTĐ thường thể trạng yếu, suy mòn, dinh dưỡng kém, kèm theo một số bệnh mãn tính khác làm ảnh hưởng không tốt đến sự bám, sống của mảnh ghép. Do đó việc chuẩn bị nền ghép càng có ý nghĩa quan trọng, đảm bảo cho ghép thành công .

II. CHỈ ĐỊNH

- Các tổn thương khuyết thiếu da ở các vị trí trên cơ thể người bệnh ĐTĐ.
- Tình trạng người bệnh phải đảm bảo để tiến hành phẫu thuật.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Không ghép da mảnh rời lên mô mỡ, gân, các mô hạt đang trong quá trình viêm nhiễm khuẩn(khi nuôi cấy có liên cầu khuẩn tan huyết beta, số lượng vi khuẩn nhiều), mô hạt bị hoại tử thứ phát hay đang xuất huyết.

- Người bệnh có rối loạn đông máu, bệnh lý về tim mạch.
- Thể trạng không đảm bảo cho cuộc phẫu thuật.

IV, CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- +1 bác sỹ phẫu thuật
- +1 bác sỹ phụ
- +1 điều dưỡng dụng cụ

2. Phương tiện

- + Bộ dụng cụ phẫu thuật.

- + Dao lấy da cầm tay kiểu Lagrot, Blair, Jean Gosset hoặc dụng cụ mắt lưới hay dao cạo có cán.
- + Bơm tiêm vô khuẩn 5 ml hoặc 10 ml
- + Thuốc gây tê: Lidocain 1% 5- 20 ml(trong trường hợp gây tê tại chỗ)
- + Băng gạc, băng vô trùng, chỉ khâu...

3. Người bệnh

- + Khám và giải thích về bệnh tình cho người bệnh và người nhà người bệnh.
- + Làm các xét nghiệm cơ bản.
- + Không còn tình trạng nhiễm trùng
- + Người bệnh phải được kiểm soát tốt đường huyết ($< 10 \text{ mmol/l}$) bằng Insulin
- + Nước tiểu không có ceton

4. Chuẩn bị nền ghép da

Người bệnh phải được chuẩn bị nền ghép tốt. Sau khi vùng tổn thương được cắt lọc tổ chức viêm hoại tử, nền là lớp cân nông hoặc lớp cơ lành, sạch không xuất huyết. Nếu là xương lành còn cốt mạc, nếu là xương viêm hoại tử sau khi cắt phải được mài, đục, khoan đến lớp xương lành có máu rỉ chảy ra. Mô hạt đỏ, sạch, bằng phẳng, không có mủ, màng tơ huyết, mô hoại tử, loại bỏ các mô già xơ hóa. Phải chuẩn bị nền ghép bằng công tác thay băng, cắt lọc tổ chức hoại tử, rạch tháo các ổ mủ, máu cục, dẫn lưu, sử dụng kháng sinh, kiểm soát đường huyết ổn định, nâng cao thể trạng...

5. Hồ sơ bệnh án: Hồ sơ giấy tờ ghi chép theo mẫu của Bộ Y tế.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Tư thế người bệnh

Người bệnh nằm trên bàn mổ để vùng khuyết da hướng lên trên.

2. Vị trí phẫu thuật viên và phụ

Phẫu thuật viên đứng đối diện với người phụ qua vùng cần ghép da

3. Thực hiện kỹ thuật

- Sát trùng vùng lấy da bằng Betadin, sau đó bằng cồn trắng 70 độ
- Tê dưới da bằng Lidocain 1% 10-30 ml nếu không gây mê
- Thường lấy da ở vùng mặt trước, mặt ngoài đùi hoặc ở thành bụng, ngực, cánh tay...
- Các mảnh da dày 0,30 mm sau khi được dụng cụ khía da (kiểu hình trụ tay quay hoặc kiểu bàn khía có con lăn) tạo ra các mảnh da hình lưới. Phần lấy da không cần khâu, chỉ cần băng ép.
- Mảnh lưới da được đặt lên diện của nền ghép(mặt trung bì áp trực tiếp với diện của nền nhận). Có thể dùng chỉ khâu dính phần chu vi hoặc dùng kẹp nhỏ kẹp dính lại.
- Phủ áp gạc mỏng trải rộng đều căng nhẹ lên mảnh da mắt lưới. Đặt các lớp gạc khô, băng ép chặt vừa phải. Để cố định vùng ghép khoảng 10 ngày.

VI. CÁC TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ:

- Choáng, shock: ngay và sau khi tiêm thuốc vô cảm, có thể do phản ứng với Lidocain hay người bệnh hoảng sợ và lo lắng quá mức.

Xử trí: theo phác đồ chống shock, động viên, giải thích cho người bệnh nếu người bệnh lo lắng quá mức.

- Mảnh da không bám dính, hoại tử mảnh da ghép thường do viêm nhiễm vùng loét, thể trạng suy kiệt, đường huyết tăng cao, phần nền ghép chuẩn bị không tốt hoặc do cố định vùng ghép kém.

Xử trí: thay băng hàng ngày để kiểm tra, khắc phục nguyên nhân.

VII. ĐIỀU TRỊ VÀ THEO DÕI SAU PHẪU THUẬT

- Kháng sinh toàn thân (tốt nhất là theo kháng sinh đồ), chống viêm, giảm đau

- Thay băng vùng ghép (sau 48 giờ), thường xuyên kiểm tra tình trạng mảnh da ghép, màu sắc, dinh dưỡng, dịch ứ đọng, viêm nhiễm...

- Thay băng vùng lấy da cách ngày.

- Kiểm soát tốt đường huyết bằng Insulin.

- Điều trị tích cực các bệnh lý kèm theo.

- Nâng cao thể trạng: truyền máu, đạm và các chất dinh dưỡng khác.

63. KỸ THUẬT GHÉP DA TỰ THÂN BẰNG CÁC MẢNH DA LỚN, DÀY TOÀN LỚP DA TRÊN NGƯỜI BỆNH ĐÁI THÁO ĐƯỜNG

I. ĐẠI CƯƠNG

Đái tháo đường (ĐTĐ) là bệnh nội tiết – chuyển hóa hay gặp nhất và là bệnh có tỷ lệ phát triển nhanh. Mặc dù đã có nhiều tiến bộ trong điều trị và phòng ngừa, người bệnh ĐTĐ vẫn có nhiều biến chứng gây tàn phế và tử vong.

Loét và nhiễm trùng mãn tính vùng loét là biến chứng thường gặp gây nên tình trạng khuyết thiếu da. Trong một số trường hợp sau khi được can thiệp về ngoại khoa như cắt lọc tổ chức viêm hoại tử, các ổ áp xe, cắt cụt bàn chân, cẳng chân...cũng dẫn đến tình trạng này. Do thiếu khuyết da nên vùng tổn thương không được che phủ và càng làm cho viêm loét nặng hơn. Để điều trị, người ta áp dụng phương pháp ghép da là dùng một mảnh da, một vạt da lấy hoặc chuyển từ nơi khác đến để che phủ lên vùng khuyết thiếu da.

Có 3 nguồn mảnh da ghép là: da tự thân (da của bản thân người đó), da đồng loại (da của loài người) và da dị loại (hai loài khác nhau). Ghép da tự thân được áp dụng từ lâu và khá phổ biến do có ưu điểm là hiệu quả, dễ làm và rẻ tiền.

Vị trí lấy da có thể ở nhiều nơi như mặt trước đùi, bụng, vùng cánh tay...

Việc chuẩn bị nền ghép tốt là điều kiện cơ bản đảm bảo cho sự sống bám của mảnh ghép da rời. Do đặc điểm tổn thương vùng khuyết da của người bệnh ĐTĐ khác với các tổn thương do nguyên nhân khác. Đối với các bệnh nhân ĐTĐ, nền ghép thường xấu do viêm nhiễm kéo dài, hoại tử lan rộng, tổ chức được nuôi dưỡng kém, tổ chức mô hạt không tốt. Bên cạnh đó người bệnh ĐTĐ thường thể trạng yếu, suy mòn, dinh dưỡng kém, kèm theo một số bệnh mãn tính khác làm ảnh hưởng không tốt đến sự bám, sống của mảnh ghép. Do đó việc chuẩn bị nền ghép càng có ý nghĩa quan trọng, đảm bảo cho ghép thành công.

II, CHỈ ĐỊNH

- Các tổn thương khuyết thiếu da ở các vị trí trên cơ thể người bệnh ĐTĐ.
- Tình trạng người bệnh phải đảm bảo để tiến hành phẫu thuật.

III, CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Không ghép da mảnh rời lên mô mỡ, gân, các mô hạt đang trong quá trình viêm nhiễm khuẩn(khi nuôi cấy có liên cầu khuẩn tan huyết beta, số lượng vi khuẩn nhiều), mô hạt bị hoại tử thứ phát hay đang xuất huyết.
- Người bệnh có rối loạn đông máu, bệnh lý về tim mạch.
- Thể trạng không đảm bảo cho cuộc phẫu thuật.

IV, CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- +1 bác sỹ phẫu thuật
- +1 bác sỹ phụ
- +1 điều dưỡng dụng cụ

2. Phương tiện

- + Bộ dụng cụ phẫu thuật.

- + Dao lấy da cầm tay kiểu Lagrot, Blair, Jean Gosset hoặc dụng cụ mắt lưới hay dao cạo có cán.
- + Bơm tiêm vô khuẩn 5 ml hoặc 10 ml
- + Thuốc gây tê: Lidocain 1% 5- 20 ml(trong trường hợp gây tê tại chỗ)
- + Băng gạc, băng vô trùng, chỉ khâu...

3. Người bệnh

- + Khám và giải thích về bệnh tình cho người bệnh và người nhà người bệnh.
- + Làm các xét nghiệm cơ bản.
- + Không còn tình trạng nhiễm trùng
- + Người bệnh phải được kiểm soát tốt đường huyết ($< 10 \text{ mmol/l}$) bằng Insulin
- + Nước tiểu không có ceton

4. Chuẩn bị nền ghép da

Người Bệnh phải được chuẩn bị nền ghép tốt. Sau khi vùng tổn thương được cắt lọc tổ chức viêm hoại tử, nền là lớp cân nông hoặc lớp cơ lành, sạch không xuất huyết. Nếu là xương lành còn cốt mạc, nếu là xương viêm hoại tử sau khi cắt phải được mài, đục, khoan đến lớp xương lành có máu rỉ chảy ra. Mô hạt đỏ, sạch, bằng phẳng, không có mủ, màng tơ huyết, mô hoại tử, loại bỏ các mô già xơ hóa. Phải chuẩn bị nền ghép bằng công tác thay băng, cắt lọc tổ chức hoại tử, rạch tháo các ổ mủ, máu cục, dẫn lưu, sử dụng kháng sinh, kiểm soát đường huyết ổn định, nâng cao thể trạng...

5. Hồ sơ bệnh án: Hồ sơ giấy tờ ghi chép theo mẫu của Bộ Y tế.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Tư thế người bệnh

Người bệnh nằm trên bàn mổ để vùng khuyết da hướng lên trên.

2. Vị trí phẫu thuật viên và phụ

Phẫu thuật viên đứng đối diện với người phụ qua vùng cần ghép da

3. Thực hiện kỹ thuật

- Sát trùng vùng lấy da bằng Betadin, sau đó bằng cồn trắng 70 độ
- Tê dưới da bằng Lidocain 1% 10-30 ml nếu không gây mê
- Thường lấy da ở vùng mặt trước, mặt ngoài đùi hoặc ở thành bụng, ngực, cánh tay...
- Sau khi xác định diện tích và hình thù vùng khuyết da dùng gạc vẽ hình rồi đặt lên vùng lấy da. Dùng dao mổ rạch và cắt qua lớp mỡ, bóc tách da khỏi nền cân. Đóng da 2 lớp: lớp mỡ cân bằng chỉ không tiêu, lớp da bằng chỉ thường.
- Dùng kéo cong cắt lọc hết lớp mỡ dưới da để lộ phần hạ bì, trung bì sâu. Ngâm mảnh da vào nước muối sinh lý.
- Đặt mảnh da lên nền ghép, căng vừa phải (có thể chọc khía mảnh da). Khâu dính mảnh da vào bờ. Đặt một lớp gạc phủ, trên đặt gạc củ ấu và băng ép vừa phải. Để bất động vùng ghép 7- 10 ngày.

VI. CÁC TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Choáng, shock: ngay và sau khi tiêm thuốc vô cảm, có thể do phản ứng với Lidocain hay người bệnh hoảng sợ và lo lắng quá mức.

Xử trí: theo phác đồ chống shock, động viên, giải thích cho người bệnh nếu người bệnh lo lắng quá mức.

- Mảnh da không bám dính, hoại tử mảnh da ghép thường do viêm nhiễm vùng loét, thể trạng suy kiệt, đường huyết tăng cao, phần nền ghép chuẩn bị không tốt hoặc do cố định vùng ghép kém.

Xử trí: thay băng hàng ngày để kiểm tra, khắc phục nguyên nhân.

VII. ĐIỀU TRỊ VÀ THEO DÕI SAU PHẪU THUẬT

- Kháng sinh toàn thân (tốt nhất là theo kháng sinh đồ), chống viêm, giảm đau

- Thay băng vùng ghép(sau 48 giờ), thường xuyên kiểm tra tình trạng mảnh da ghép, màu sắc, dinh dưỡng, dịch ứ đọng, viêm nhiễm...

- Thay băng vùng lấy da cách ngày.

- Kiểm soát tốt đường huyết bằng Insulin.

- Điều trị tích cực các bệnh lý kèm theo.

- Nâng cao thể trạng: truyền máu, đạm và các chất dinh dưỡng khác.

64. KỸ THUẬT THAY BĂNG TRÊN NGƯỜI BỆNH ĐÁI THÁO ĐƯỜNG

I. ĐẠI CƯƠNG

Người bệnh đái tháo đường luôn dễ có các tổn thương loét trên cơ thể do giảm sức đề kháng của cơ thể với các tác động từ môi trường xung quanh và các bệnh lý khác kèm theo làm cho người bệnh đái tháo đường dễ có các tổn thương loét trên cơ thể. Lâm sàng ta có thể gặp các tổn thương loét bàn chân, loét cẳng chân, hay các hậu bối ở lưng, tổn thương áp xe hoá ở vùng bụng...

II. CHỈ ĐỊNH

Người bệnh đái tháo đường có các tổn thương loét đặc biệt là tổn thương loét ở bàn chân – giai đoạn các ổ loét đã được cắt lọc hết tổ chức hoại tử bắt đầu lên tổ chức hạt

III. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

01 Điều dưỡng có đủ mũ, áo, khẩu trang, rửa tay thường qui.

2. Phương tiện

- Khay chữ nhật: kéo, băng dính hoặc băng cuộn, 2 đôi găng tay.
- Dung dịch rửa vết thương, cốc đựng dung dịch rửa vết thương.
- Hộp dụng cụ rửa vết thương vô khuẩn: 2 kim Kose, 2 kẹp phẫu tích, 1 kéo.
- Hộp vô khuẩn: gạc miếng, gạc củ ấu.
- Chậu đựng dung dịch khử khuẩn, ni lon, túi đựng đồ bẩn.

3. Người bệnh

- Xem y lệnh và đối chiếu với người bệnh
- Khám và giải thích cho người bệnh quy trình thay băng vết thương cho người bệnh yên tâm và phối hợp.

IV. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ

2. Kiểm tra người bệnh

3. Thực hiện kỹ thuật

- Điều dưỡng mang găng, trái nilon, đặt người bệnh nằm tư thế thuận lợi, bộc lộ vết thương.
- Đặt túi đựng đồ bẩn, tháo băng cũ, nhận định tình trạng vết thương, thay găng.
- Điều dưỡng mang găng, rửa sạch xung quanh vết thương (từ mép vết thương ra ngoài).
- Thấm dung dịch, rửa từ giữa vết thương ra mép, rửa đến khi sạch.
- Thấm khô, đặt gạc phủ kín vết thương bằng lại hoặc để thoáng theo chỉ định.

* Thu dọn dụng cụ.

Thu dọn dụng cụ, tháo găng, ghi phiếu chăm sóc.

V. THEO DÕI SAU THAY BĂNG

- Chảy máu

- Nhiễm trùng

VI. XỬ TRÍ TAI BIẾN

- Băng ép, cầm máu
- Nhiễm trùng: kháng sinh, chống phù nề.

65. KỸ THUẬT CẮT LỘC, LẤY BỎ TỔ CHỨC HOẠI TỬ CHO CÁC NHIỄM TRÙNG BÀN CHÂN VẾT LOÉT KHU TRÚ Ở NGÓN CHÂN TRÊN NGƯỜI BỆNH ĐÁI THÁO ĐƯỜNG

I. ĐẠI CƯƠNG

ĐTĐ là bệnh nội tiết – chuyển hóa hay gặp nhất và là bệnh có tỷ lệ phát triển nhanh. Loét bàn chân là biến chứng thường gặp(5-10%) và xuất hiện sớm ở bệnh nhân ĐTĐ. Đó là hậu quả của bệnh lý thần kinh ngoại biên- do giảm nhận cảm và rối loạn thần kinh tự động và thiếu máu – do xơ vữa của các mạch máu của chân. Nhiễm khuẩn thường kèm theo loét gây ra hoại tử mô rộng làm cho tình trạng loét càng nặng hơn. Nếu không được xử lý sớm và đúng đắn sẽ dẫn đến tình trạng nhiễm trùng lan rộng, nhiễm trùng huyết, nhiễm độc toàn thân, phải cắt cụt bàn chân, cẳng chân...

Quá trình viêm loét bàn chân được phân chia thành 6 độ (theo Wagner 1987):

- Độ 0: không có tổn thương hở nhưng có thể có biến dạng xương hoặc dày sừng bàn chân.
- Độ 1: loét nông, không thâm nhiễm các mô sâu.
- Độ 2: loét sâu, lan đến gân, xương hoặc khớp.
- Độ 3: viêm gân, xương, áp xe hoặc viêm mô tế bào sâu.
- Độ 4 : hoại tử một ngón hoặc phần trước bàn chân, thường phối hợp nhiễm khuẩn bàn chân.
- Độ 5: hoại tử rộng bàn chân, phối hợp với tổn thương hoại tử và nhiễm khuẩn mô mềm

Đặc điểm nhiễm khuẩn bàn chân ĐTĐ là hay lan vào các mô sâu bàn chân gây hoại tử rộng.

Đối với loét bàn chân độ 0- 2 có thể chỉ cần cắt lọc, làm sạch ổ loét và đắp gạc tẩm nước muối đẳng trương. Nhưng khi ổ loét ở độ 3 trở lên thì cần can thiệp ngoại khoa bằng tiểu phẫu rạch rộng, cắt lọc lấy bỏ tổ chức hoại tử, rửa sạch và dẫn lưu vết thương

II. CHỈ ĐỊNH

Loét bàn chân ở độ 3 hoặc 4: viêm gân, xương, áp xe mô tế bào sâu hay viêm hoại tử khu trú ở các ngón chân.

III, CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Các bệnh lý về tim mạch, toàn trạng không đảm bảo cho tiến hành thủ thuật

Rối loạn đông máu

IV, CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- + 1 Bác sỹ phẫu thuật
- + 1 Bác sỹ phụ
- + 1 điều dưỡng dụng cụ

2. Phương tiện

- + Bộ dụng cụ tiểu phẫu

- + Dao điện
- + Dây ga rô cao su
- + Bơm tiêm vô khuẩn 5 ml hoặc 10 ml
- + Thuốc gây tê: Lidocain 1% 5- 20 ml;
- + Bộ hộp thuốc chống sốc phản vệ.
- + Nước ô xy già, betadin, nước muối đẳng trương.

3. Người bệnh

- + Khám và giải thích về bệnh tình cho người bệnh và người nhà người bệnh.
- + Làm các xét nghiệm cơ bản.
- + Kháng sinh 2 dòng phối hợp
- + Người bệnh phải được kiểm soát tốt đường huyết ($< 10 \text{ mmol/l}$) bằng Insulin
- + Nước tiểu không có ceton

4. Hồ sơ bệnh án: Hồ sơ giấy tờ ghi chép theo mẫu của Bộ Y tế.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Tư thế người bệnh

- Người bệnh nằm ngửa.
- Cẳng chân bên bệnh được cố định vào bàn mổ, bàn chân để ra ngoài bàn mổ.

2. Vị trí phẫu thuật viên và phụ

Phẫu thuật viên đứng đối diện với chân bệnh, người phụ đứng đối diện chân còn lại

3. Thực hiện kỹ thuật

- Sát trùng bàn chân bằng Betadin, sau đó bằng cồn trắng 70 độ
- Ga rô động mạch phía trên cổ chân.
- Vô cảm bằng tiêm dưới da Lidocain 1% ở gốc các ngón chân từ 1-4 ml mỗi ngón.
- Đường rạch qua vết loét ở phía gan chân hay mu chân dọc theo hướng của chi.
- Mở rộng vết rạch theo hai phía.
- Dùng pince phẫu tích tách rộng vết mổ, người phụ dùng van nhỏ banh rộng vết mổ. Dùng kéo phẫu tích cắt lọc sạch tổ chức viêm hoại tử của da, cân, gân, dây chằng, xương viêm...
- Rửa sạch bằng nước ô xy già, dung dịch Betadin pha loãng, sau cùng là nước muối NaCl đẳng trương.
- Nới tháo ga rô để kiểm tra cầm máu bằng dao điện.
- Nhét và đắp gạc tẩm nước muối đẳng trương.
- Băng ép nhẹ.

VI. CÁC TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

1. Choáng, shock

Có thể do phản ứng với Lidocain hay người bệnh hoảng sợ và lo lắng quá mức.

Xử trí: theo phác đồ chống shock nếu có shock. Động viên, giải thích cho người bệnh nếu người bệnh hoảng sợ và lo lắng quá mức.

2. Chảy máu vết mổ

Băng ép vết mổ bằng băng thun, nếu không đỡ thì mở vết mổ đặt nhét thêm gạc và băng ép bằng băng thun.

VI. ĐIỀU TRỊ VÀ THEO DÕI SAU PHẪU THUẬT

- Kháng sinh toàn thân theo kháng sinh đồ, chống viêm, giảm đau.
- Thay băng hàng ngày để kiểm tra vết thương, dịch viêm...
- Kiểm soát tốt đường huyết bằng insulin.
- Điều trị tích cực các bệnh kèm theo
- Nâng cao thể trạng: truyền máu, đạm và các chất dinh dưỡng khác.

66. KỸ THUẬT CẮT LỘC, LẤY BỎ TỔ CHỨC HOẠI TỬ CHO CÁC NHIỄM TRÙNG BÀN CHÂN VẾT LOÉT RỘNG NHỎ HƠN ¼ BÀN CHÂN TRÊN NGƯỜI BỆNH ĐÁI THÁO ĐƯỜNG

I. ĐẠI CƯƠNG

ĐTĐ là bệnh nội tiết – chuyển hóa hay gặp nhất và là bệnh có tỷ lệ phát triển nhanh. Loét bàn chân là biến chứng thường gặp(5-10%) và xuất hiện sớm ở bệnh nhân ĐTĐ. Đó là hậu quả của bệnh lý thần kinh ngoại biên- do giảm nhận cảm và rối loạn thần kinh tự động và thiếu máu – do xơ vữa của các mạch máu của chân. Nhiễm khuẩn thường kèm theo loét gây ra hoại tử mô rộng làm cho tình trạng loét càng nặng hơn. Nếu không được xử lý sớm và đúng đắn sẽ dẫn đến tình trạng nhiễm trùng lan rộng, nhiễm trùng huyết, nhiễm độc toàn thân, phải cắt cụt bàn chân, cẳng chân...

Quá trình viêm loét bàn chân được phân chia thành 6 độ (theo Wagner 1987):

- Độ 0: không có tổn thương hở nhưng có thể có biến dạng xương hoặc dày sừng bàn chân.
- Độ 1: loét nông, không thâm nhiễm các mô sâu.
- Độ 2: loét sâu, lan đến gân, xương hoặc khớp.
- Độ 3: viêm gân, xương, áp xe hoặc viêm mô tế bào sâu.
- Độ 4 : hoại tử một ngón hoặc phần trước bàn chân, thường phối hợp nhiễm khuẩn bàn chân.
- Độ 5: hoại tử rộng bàn chân, phối hợp với tổn thương hoại tử và nhiễm khuẩn mô mềm

Đặc điểm nhiễm khuẩn bàn chân ĐTĐ là hay lan vào các mô sâu bàn chân gây hoại tử rộng.

Đối với loét bàn chân độ 0- 2 có thể chỉ cần cắt lọc, làm sạch ổ loét và đắp gạc tẩm nước muối đẳng trương. Nhưng khi ổ loét ở độ 3 trở lên thì cần can thiệp ngoại khoa bằng tiểu phẫu rạch rộng, cắt lọc lấy bỏ tổ chức hoại tử, rửa sạch và dẫn lưu vết thương

II. CHỈ ĐỊNH

- Loét bàn chân ở độ 3 hoặc 4 : viêm gân, xương ,áp xe ,viêm mô tế bào sâu hoặc hoại tử một hay nhiều ngón chân và phần trước bàn chân. Phạm vi tổn thương viêm và hoại tử khu trú ở các ngón chân hoặc ở tương ứng ô mô cái và ngón út phần gan chân hay mu chân

- Loét bàn chân độ 3 hoặc 4 khu trú ở gan chân hay mu chân, phạm vi tổn thương nhỏ hơn ¼ bàn chân.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Các bệnh lý về tim mạch, toàn trạng không đảm bảo cho tiến hành thủ thuật

- Rối loạn đông máu

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

+ 1 Bác sỹ phẫu thuật

- + 1 Bác sỹ phụ
- + 1 điều dưỡng dụng cụ

2. Phương tiện

- + Bộ dụng cụ tiểu phẫu
- + Dao điện
- + Dây ga rô cao su
- + Bơm tiêm vô khuẩn 5 ml hoặc 10 ml
- + Thuốc gây tê: Lidocain 1% 5- 20 ml;
- + Bộ hộp thuốc chống sốc phản vệ.
- + Nước ô xy già, betadin, nước muối đẳng trương.

3. Người bệnh

- + Khám và giải thích về bệnh tình cho người bệnh và người nhà người bệnh.
- + Làm các xét nghiệm cơ bản.
- + Kháng sinh 2 dòng phối hợp
- + Người bệnh phải được kiểm soát tốt đường huyết ($< 10 \text{ mmol/l}$) bằng Insulin
- + Nước tiểu không có ceton

4. Hồ sơ bệnh án: Hồ sơ giấy tờ ghi chép theo mẫu của Bộ Y tế.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Tư thế người bệnh

- Người bệnh nằm ngửa.
- Cẳng chân bên bệnh được cố định vào bàn mổ, bàn chân để ra ngoài bàn mổ.

2. Vị trí phẫu thuật viên và phụ

Phẫu thuật viên đứng đối diện với chân bệnh, người phụ đứng đối diện chân còn lại

3. Thực hiện kỹ thuật

- Sát trùng bàn chân bằng Betadin, sau đó bằng cồn trắng 70 độ
- Ga rô động mạch phía trên cổ chân.
- Vô cảm bằng tiêm dưới da Lidocain 1% ở góc các ngón chân từ 1-4 ml mỗi ngón.
- Đường rạch qua vết loét ở phía gan chân hay mu chân dọc theo hướng của chi, thông thường ở cạnh trong hay ngoài của gan chân tương ứng với khe của ngón 1 và 2 hoặc khe ngón 4 và 5.
- Mở rộng vết rạch về hai phía. Kiểm tra máu chảy và tiến hành cầm máu.
- Dùng pince phẫu thuật tách rạch rộng vết mổ, người phụ dùng van nhỏ banh rộng vết mổ. Dùng kéo phẫu thuật cắt lọc sạch tổ chức viêm hoại tử của da, cân ngón chân, cân gan chân, gân gấp hay đuôi ngón chân, dây chằng, mảnh xương viêm và các tổ chức viêm hoại tử khác.
- Rửa sạch bằng nước ô xy già, dung dịch Betadin pha loãng, sau cùng là nước muối NaCl đẳng trương.
- Nới tháo ga rô để kiểm tra máu chảy và cầm máu bằng dao điện hay chỉ khâu.

- Nhét và đắp gạc tẩm nước muối đẳng trương và kháng sinh.
- Băng ép vùng mổ bằng băng thun.

VI. CÁC TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

1. Choáng, shock

Có thể do phản ứng với Lidocain hay người bệnh hoảng sợ và lo lắng quá mức.

Xử trí: theo phác đồ chống shock nếu shock. Động viên, giải thích cho người bệnh nếu người bệnh hoảng sợ và lo lắng quá mức.

2. Chảy máu vết mổ

Băng ép vết mổ bằng băng thun, nếu không đỡ thì mở vết mổ đặt nhét thêm gạc và băng ép bằng băng thun.

VI. ĐIỀU TRỊ VÀ THEO DÕI SAU PHẪU THUẬT

- Kháng sinh toàn thân theo kháng sinh đồ, chống viêm, giảm đau.
- Thay băng hàng ngày để kiểm tra vết thương, dịch viêm...
- Kiểm soát tốt đường huyết bằng insulin.
- Điều trị tích cực các bệnh kèm theo
- Nâng cao thể trạng: truyền máu, đạm và các chất dinh dưỡng khác.

67. KỸ THUẬT CẮT LỘC, LẤY BỎ TỔ CHỨC HOẠI TỬ CHO CÁC NHIỄM TRÙNG BÀN CHÂN VẾT LOÉT RỘNG NHỎ HƠN ½ BÀN CHÂN TRÊN NGƯỜI BỆNH ĐÁI THÁO ĐƯỜNG

I, ĐẠI CƯƠNG

ĐTĐ là bệnh nội tiết – chuyển hóa hay gặp nhất và là bệnh có tỷ lệ phát triển nhanh. Loét bàn chân là biến chứng thường gặp(5-10%) và xuất hiện sớm ở bệnh nhân ĐTĐ. Đó là hậu quả của bệnh lý thần kinh ngoại biên- do giảm nhận cảm và rối loạn thần kinh tự động và thiếu máu – do xơ vữa của các mạch máu của chân. Nhiễm khuẩn thường kèm theo loét gây ra hoại tử mô rộng làm cho tình trạng loét càng nặng hơn. Nếu không được xử trí sớm và đúng đắn sẽ dẫn đến tình trạng nhiễm trùng lan rộng, nhiễm trùng huyết, nhiễm độc toàn thân, phải cắt cụt bàn chân, cẳng chân...

Quá trình viêm loét bàn chân được phân chia thành 6 độ (theo Wagner 1987):

- Độ 0: không có tổn thương hở nhưng có thể có biến dạng xương hoặc dày sừng bàn chân.
- Độ 1: loét nông, không thâm nhiễm các mô sâu.
- Độ 2: loét sâu, lan đến gân, xương hoặc khớp.
- Độ 3: viêm gân, xương, áp xe hoặc viêm mô tế bào sâu.
- Độ 4 : hoại tử một ngón hoặc phần trước bàn chân, thường phối hợp nhiễm khuẩn bàn chân.
- Độ 5: hoại tử rộng bàn chân, phối hợp với tổn thương hoại tử và nhiễm khuẩn mô mềm

Đặc điểm nhiễm khuẩn bàn chân ĐTĐ là hay lan vào các mô sâu bàn chân gây hoại tử rộng.

Đối với loét bàn chân độ 0- 2 có thể chỉ cần cắt lọc, làm sạch ổ loét và đắp gạc tẩm nước muối đẳng trương. Nhưng khi ổ loét ở độ 3 trở lên thì cần can thiệp ngoại khoa bằng tiểu phẫu rạch rộng, cắt lọc lấy bỏ tổ chức hoại tử, rửa sạch và dẫn lưu vết thương

II, CHỈ ĐỊNH

- Loét bàn chân ở độ 3,4 hoặc 5 : viêm gân, xương ,áp xe ,viêm mô tế bào sâu hoặc hoại tử một hay nhiều ngón chân và nửa bàn chân phía trước. Phạm vi tổn thương viêm và hoại tử có thể lan rộng tới khớp Lisfrans tương ứng với phần gan chân hay mu chân.

- Loét bàn chân độ 3 hoặc 4 khu trú ở gan chân hay mu chân, phạm vi tổn thương nhỏ hơn 1/2 bàn chân.

III, CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Các bệnh lý về tim mạch, toàn trạng không đảm bảo cho tiến hành thủ thuật

- Rối loạn đông máu

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

+ 1 Bác sỹ phẫu thuật

- + 1 Bác sỹ phụ
- + 1 điều dưỡng dụng cụ

2. Phương tiện

- + Bộ dụng cụ tiểu phẫu
- + Dao điện
- + Dây ga rô cao su
- + Bơm tiêm vô khuẩn 5 ml hoặc 10 ml
- + Thuốc gây tê: Lidocain 1% 5- 20 ml;
- + Bộ hộp thuốc chống sốc phản vệ.
- + Nước ô xy già, betadin, nước muối đẳng trương.

3. Người bệnh

- + Khám và giải thích về bệnh tình cho người bệnh và người nhà người bệnh.
- + Làm các xét nghiệm cơ bản.
- + Kháng sinh 2 dòng phối hợp
- + Người bệnh phải được kiểm soát tốt đường huyết ($< 10 \text{ mmol/l}$) bằng Insulin
- + Nước tiểu không có ceton

4. Hồ sơ bệnh án: Hồ sơ giấy tờ ghi chép theo mẫu của Bộ Y tế.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Tư thế người bệnh

- Người bệnh nằm ngửa.
- Cẳng chân bên bệnh được cố định vào bàn mổ, bàn chân để ra ngoài bàn mổ.

2. Vị trí phẫu thuật viên và phụ

Phẫu thuật viên đứng đối diện với chân bệnh, người phụ đứng đối diện chân còn lại

3. Thực hiện kỹ thuật

- Sát trùng bàn chân bằng Betadin, sau đó bằng cồn trắng 70 độ
- Ga rô động mạch phía trên cổ chân.
- Vô cảm bằng tiêm dưới da Lidocain 1% xung quanh vùng viêm loét.
- Đường rạch qua vết loét ở phía gan chân hay mu chân dọc theo hướng của chi. Thông thường đường rạch ở 1/3 trong hay 1/3 ngoài của gan chân tương ứng với khe của ngón 1 và 2 hoặc khe ngón 4 và 5.
- Mở rộng vết rạch về hai phía. Kiểm tra máu chảy và tiến hành cầm máu.
- Dùng pince phẫu tích tách rộng vết mổ, người phụ dùng van nhỏ banh rộng vết mổ. Dùng kéo phẫu thuật cắt lọc sạch tổ chức viêm hoại tử của da, gân gan chân, gân gấp hay duỗi ngón chân, dây chằng, mảnh xương viêm và các tổ chức viêm hoại tử khác.
- Bơm rửa sạch bằng nước ô xy già, dung dịch Betadin pha loãng, sau cùng là nước muối NaCl đẳng trương.
- Nới tháo ga rô để kiểm tra máu chảy và cầm máu bằng dao điện.
- Nhét và đắp gạc tẩm nước muối đẳng trương.
- Băng ép vùng mổ bằng băng thun.

VI. CÁC TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

1. Choáng, shock

Có thể do phản ứng với Lidocain hay người bệnh hoảng sợ và lo lắng quá mức.

Xử trí: theo phác đồ chống shock nếu shock. Động viên, giải thích cho người bệnh nếu người bệnh hoảng sợ và lo lắng quá mức.

2. Chảy máu vết mổ

Băng ép vết mổ bằng băng thun, nếu không đỡ thì mở vết mổ đặt nhét thêm gạc và băng ép bằng băng thun.

VI. ĐIỀU TRỊ VÀ THEO DÕI SAU PHẪU THUẬT

- Kháng sinh toàn thân theo kháng sinh đồ, chống viêm, giảm đau.
- Thay băng hàng ngày để kiểm tra vết thương, dịch viêm...
- Kiểm soát tốt đường huyết bằng insulin.
- Điều trị tích cực các bệnh kèm theo
- Nâng cao thể trạng: truyền máu, đạm và các chất dinh dưỡng khác.

68. KỸ THUẬT CẮT LỘC, LẤY BỎ TỔ CHỨC HOẠI TỬ CHO CÁC NHIỄM TRÙNG LAN TỎA CẢ BÀN CHÂN TRÊN NGƯỜI BỆNH ĐÁI THÁO ĐƯỜNG

I. ĐẠI CƯƠNG

ĐTĐ là bệnh nội tiết – chuyển hóa hay gặp nhất và là bệnh có tỷ lệ phát triển nhanh. Loét bàn chân là biến chứng thường gặp(5-10%) và xuất hiện sớm ở bệnh nhân ĐTĐ. Đó là hậu quả của bệnh lý thần kinh ngoại biên- do giảm nhận cảm và rối loạn thần kinh tự động và thiếu máu – do xơ vữa của các mạch máu của chân. Nhiễm khuẩn thường kèm theo loét gây ra hoại tử mô rộng làm cho tình trạng loét càng nặng hơn. Nếu không được xử lý sớm và đúng sẽ dẫn đến tình trạng nhiễm trùng lan rộng hay nhiễm trùng huyết, nhiễm độc toàn thân, phải cắt cụt bàn chân, cẳng chân...

Quá trình viêm loét bàn chân được phân chia thành 6 độ (theo Wagner 1987):

- Độ 0: không có tổn thương hở nhưng có thể có biến dạng xương hoặc dày sừng bàn chân.
- Độ 1: loét nông, không thâm nhiễm các mô sâu.
- Độ 2: loét sâu, lan đến gân, xương hoặc khớp.
- Độ 3: viêm gân, xương, áp xe hoặc viêm mô tế bào sâu.
- Độ 4 : hoại tử một ngón hoặc phần trước bàn chân, thường phối hợp nhiễm khuẩn bàn chân.
- Độ 5: hoại tử rộng bàn chân, phối hợp với tổn thương hoại tử và nhiễm khuẩn mô mềm

Đặc điểm nhiễm khuẩn bàn chân ĐTĐ là hay lan vào các mô sâu bàn chân gây hoại tử rộng và thường kèm theo tổn thương các xương bàn chân.

Đối với loét bàn chân độ 0 - 2 có thể chỉ cần cắt lọc, làm sạch ổ loét và đắp gạc tẩm nước muối NaCl đẳng trương. Nhưng khi ổ loét ở độ 3 trở lên thì cần can thiệp ngoại khoa bằng tiểu phẫu rạch rộng, cắt lọc lấy bỏ tổ chức hoại tử, rửa sạch và dẫn lưu vết thương

II. CHỈ ĐỊNH

Loét bàn chân ở độ 3, 4 hoặc 5 : viêm gân, xương, áp xe, viêm mô tế bào sâu hoặc hoại tử . Phạm vi tổn thương viêm và hoại tử từ các ngón chân đến lan rộng ra toàn bộ bàn chân cả ở phần gan chân và mu chân.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Bệnh về tim mạch.
- Rối loạn đông máu.

IV. CHUẨN BỊ NGƯỜI BỆNH

1. Người thực hiện

- +1 bác sỹ phẫu thuật
- +1 bác sỹ phụ
- +1 điều dưỡng dụng cụ

2. Phương tiện

- + Bộ dụng cụ tiểu phẫu .

- + Dao điện.
- + Dây ga rô cao su.
- + Bơm tiêm vô khuẩn 5 ml hoặc 10 ml.
- + Thuốc gây tê: Lidocain 1% 10- 30 ml.
- + Nước ô xy già, betadin, nước muối đẳng trương.
- + Chỉ khâu phẫu thuật.
- + Bộ hộp thuốc chống sốc phản vệ.

3. Người bệnh

- + Khám và giải thích về bệnh tình cho người bệnh và người nhà người bệnh.
- + Làm các xét nghiệm cơ bản.
- + Kháng sinh 2 dòng phối hợp
- + Người bệnh phải được kiểm soát tốt đường huyết ($< 10 \text{ mmol/l}$) bằng Insulin
- + Nước tiểu không có ceton

4. Hồ sơ bệnh án: Hồ sơ giấy tờ ghi chép theo mẫu của Bộ Y tế.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Tư thế bệnh nhân

- Nằm ngửa
- Chân bên bệnh được cố định chắc, để bàn chân ra ngoài bàn mổ.

2. Vị trí phẫu thuật viên và phụ

- Phẫu thuật viên đứng đối diện với chân bệnh.
- Người phụ đứng đối diện chân còn lại.

3. Thực hiện kỹ thuật

- Sát trùng bàn chân bằng Betadin, sau đó bằng cồn trắng 70 độ
- Ga rô động mạch phía trên cổ chân.
- Vô cảm bằng tiêm dưới da Lidocain 1% ở gốc các ngón chân từ 1-4 ml mỗi ngón.
- Đường rạch qua vết loét ở phía gan chân hay mu chân dọc theo hướng của chi. Thông thường đường rạch ở 1/3 trong hay 1/3 ngoài của gan bàn chân tương ứng với khe của ngón 1 và 2 hoặc khe ngón 4 và 5.
- Mở rộng vết rạch về hai phía. Kiểm tra máu chảy và tiến hành cầm máu
- Dùng pince phẫu tích tách rộng vết mổ, người phụ dùng van nhỏ banh rộng vết mổ. Dùng kéo phẫu thuật cắt lọc sạch tổ chức viêm hoại tử của da, cân gan chân, gân gấp hay duỗi ngón chân, dây chằng, các cơ giun, mảnh xương viêm và các tổ chức viêm hoại tử khác. Đánh giá tình trạng viêm của các khớp xương bàn chân và các xương tụ cốt.
- Bơm rửa sạch vùng mô bằng nước ô xy già, dung dịch Betadin pha loãng, sau cùng là nước muối NaCl đẳng trương.
- Nới tháo ga rô để kiểm tra máu chảy và cầm máu bằng khâu chỉ hay dao điện.
- Nhét và đắp gạc tẩm nước muối đẳng trương.
- Có thể đóng da cách quãng.
- Băng ép vùng mô bằng băng thun.

VI, CÁC TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

1. Choáng, shock

Xảy ra sau khi tiêm Lidocain hay trong khi tiến hành thủ thuật. Nguyên nhân có thể do dị ứng với Lidocain hay người bệnh quá hoảng sợ và lo lắng.

Xử trí: theo phác đồ chống sốc khi có biểu hiện shock. Động viên, giải thích cho người bệnh nếu có biểu hiện lo lắng.

2. Chảy máu vết mổ

Băng ép vết mổ bằng băng thun, nếu không đỡ thì mở vết mổ cầm lại máu, đặt nhét thêm gạc và băng ép bằng băng thun.

VI. ĐIỀU TRỊ VÀ THEO DÕI

- Kháng sinh toàn thân theo kháng sinh đồ, chống viêm, giảm đau.
- Thay băng và rửa vết thương hàng ngày, dịch viêm...
- Kiểm soát tốt đường huyết.
- Điều trị tích cực các bệnh kèm theo.
- Nâng cao thể trạng: truyền máu, đạm và các chất dinh dưỡng khác

69. KỸ THUẬT CẮT LỘC, LẤY BỎ TỔ CHỨC HOẠI TỬ CHO CÁC NHIỄM TRÙNG PHẦN MỀM TRÊN NGƯỜI BỆNH ĐTĐ

I. ĐẠI CƯƠNG

Đái tháo đường (ĐTĐ) là bệnh rối loạn nội tiết – chuyển hóa mãn tính, đặc trưng là tình trạng tăng đường máu kết hợp với bất thường về chuyển hóa carbonhydrat, lipid và protein. ĐTĐ gây ra nhiều biến chứng gây bệnh lý ở hầu hết các cơ quan trong cơ thể ảnh hưởng đến chức năng sinh lý và tính mạng.

Nhiễm khuẩn nói chung và nhiễm khuẩn phần mềm nói riêng ở người bệnh ĐTĐ là biến chứng thường gặp và đến sớm. Đặc tính của các viêm nhiễm phần mềm ở người bệnh ĐTĐ là viêm nhiễm thường xuất phát từ vết thương nhỏ trên da tạo nên nhiễm khuẩn âm ỉ, sau đó sẽ lan rộng ra tổ chức xung quanh, đặc biệt theo cấu trúc giải phẫu như các bao hoạt dịch, khe giữa các cơ. Một số trường hợp ổ viêm phát triển xa ổ nguyên phát, vi khuẩn đi theo đường bạch huyết, mạch máu hoặc qua khe cân khoang tổ chức tế bào. Nhiễm khuẩn mô mềm ở sâu gây hoại tử, phối hợp với viêm xương tủy xương.

Tổn thương viêm trong ĐTĐ còn do vai trò bệnh lý thần kinh và mạch máu.

Do tính đặc biệt tổn thương viêm trong ĐTĐ nên điều trị cần phối hợp giữa chích rạch dẫn lưu mủ, lấy bỏ tổ chức hoại tử và điều trị toàn thân tích cực.

II. CHỈ ĐỊNH

Các ổ viêm đã nhuyễn thể hóa, có thể thấy mủ và dịch viêm chảy qua đường dò.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Các bệnh lý về tim mạch
Các rối loạn về đông máu

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- + 1 bác sỹ phẫu thuật
- + 1 bác sỹ phụ
- + 1 điều dưỡng dụng cụ

2. Phương tiện

- + Bộ dụng cụ tiêu phẫu, băng gạc, băng vô khuẩn.
- + Dao điện.
- + Bơm tiêm vô khuẩn 5 ml hoặc 10 ml
- + Thuốc gây tê: Lidocain 1% 10- 30 ml(nếu ổ mủ nhỏ và nông)
- + Nước o xy già, betadin, nước muối đẳng trương.
- + Bộ hộp thuốc chống sốc phản vệ.
- + Máy hút dịch.

3. Người bệnh

- + Khám và giải thích về bệnh tình cho người bệnh và người nhà người bệnh.
- + Làm các xét nghiệm cơ bản.
- + Kháng sinh 2 dòng phối hợp

+ Người bệnh phải được kiểm soát tốt đường huyết ($< 10 \text{ mmol/l}$) bằng Insulin

+ Nước tiểu không có ceton

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Tư thế người bệnh

Người bệnh nằm cố định trên bàn mổ sao cho ổ viêm mũ hướng lên trên hoặc ra ngoài.

2. Vị trí phẫu thuật viên và phụ

Phẫu thuật viên đứng đối diện với người phụ qua bàn mổ.

3. Thực hiện kỹ thuật

- Sát trùng vùng mô bằng Betadin, sau đó bằng cồn 70 độ.
- Ga rô góc chi phía trên ổ viêm nếu ổ viêm nằm ở các chi.
- Vô cảm: gây mê hay tê đám rối thần kinh gốc chi, tê tại chỗ bằng tiêm dưới da xung quanh vùng mô hoặc gốc chi Lidocain 1% 10- 30 ml.

- Các đường rạch da: Thông thường các đường rạch da đối với ổ mũ ở nông thì rạch ngay tại chỗ ổ mũ theo các hướng cơ, tránh gây tổn thương mạch máu và thần kinh lớn. Đối với các ổ mũ ở sâu đường rạch mở phải được xác định bởi đặc điểm giải phẫu định khu phân bố những bao cơ, khoang tổ chức tế bào giữa các cơ, đường đi của các mạch máu thần kinh lớn ở khu vực phải mở vào. Đường rạch da phải tránh được các đường đi của bó mạch thần kinh, tránh cắt ngang cơ, tránh rạch qua khớp trừ khi chính chỗ đó có thương tổn

- Kỹ thuật mở đường rạch:

- + Trước tiên mở một đường rạch da nhỏ qua tổ chức phần mềm ở chính ổ viêm mũ.

- + Tiếp theo mở rộng đường rạch theo kích thước thật cần thiết để đảm bảo tháo mũ được triệt để, mở được tất cả các túi mũ để dẫn lưu tận đáy các khoang mũ.

- + Trường hợp đường rạch chính không tháo được mũ tốt thì nên mở đường rạch đối chiều ở chỗ thấp nhất của ổ mũ hoặc rạch đối diện với đường rạch chính.

- Dùng van banh rộng vết mổ để kiểm tra tình trạng mũ: số lượng, tính chất đặc lỏng, màu sắc. Tiến hành lấy bỏ tổ chức hoại tử và mũ bằng cách ép mạnh các tổ chức xung quanh ổ viêm hoặc dùng máy hút để hút.

- Bơm rửa kỹ ổ viêm nhiều lần bằng nước ô xy già, dung dịch betadin pha loãng, nước muối sinh lý. Có thể bơm rửa bằng kháng sinh pha loãng.

- Dùng kéo cắt lọc và lấy bỏ tổ chức hoại tử.

- Kiểm tra máu chảy và cầm máu bằng dao điện hay chỉ khâu.

- Nhét gạc có tẩm nước muối đẳng trương pha kháng sinh hay đặt dẫn lưu ổ mũ

- Có thể khâu da cách quãng nếu cần thiết

- Băng vùng mô.

- Tháo ga rô nếu có

VI. CÁC TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

1. Choáng, shock

Xuất hiện ngay và trong khi phẫu thuật, nguyên nhân có thể do phản ứng với Lidocain hoặc người bệnh hoảng sợ và lo lắng quá mức.

Xử trí: theo phác đồ chống shock nếu có shock. Động viên, giải thích cho người bệnh nếu người bệnh hoảng sợ và lo lắng quá mức.

2. Chảy máu vết mổ

Băng ép vết mổ, nếu không đỡ thì mở vết mổ cầm lại máu, đặt nhét thêm gạc

VII. ĐIỀU TRỊ VÀ THEO DÕI SAU PHẪU THUẬT

- Kháng sinh toàn thân tích cực ít nhất 2 dòng theo kháng sinh đồ, chống viêm, giảm đau

- Thay băng, bơm rửa ổ mổ hàng ngày, theo dõi dịch dẫn lưu...
- Kiểm soát tốt đường máu bằng insulin.
- Điều trị tích cực các bệnh kèm theo
- Nâng cao thể trạng: truyền máu, đạm và các chất dinh dưỡng khác

70. KỸ THUẬT CHÍCH RẠCH, DẪN LƯU Ổ ÁP XE TRÊN NGƯỜI BỆNH ĐÁI THÁO ĐƯỜNG

I. ĐẠI CƯƠNG

Ổ áp xe là ổ viêm khu trú và kèm theo các dấu hiệu kinh điển của nhiễm trùng (sưng, nóng, đỏ, đau)

II. CHỈ ĐỊNH

Ổ áp xe ở người bệnh đái tháo đường đã nhuyễn mủ

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Ổ áp xe sát vùng hậu môn hay cơ quan sinh dục
- Áp xe vùng hàm, mặt

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- 01 Bác sỹ
- 01 Điều dưỡng

2. Phương tiện

- Dung dịch betadin
- Thuốc gây tê Xylocain
- Kim tiêm
- Lưỡi dao + cán dao mổ
- Kẹp thẳng cầm máu
- Kẹp cong cầm máu
- Băng gạc vết thương
- Nước muối sinh lý

3. Người bệnh

- + Khám và giải thích về bệnh tình cho người bệnh và người nhà người bệnh.
- + Làm các xét nghiệm cơ bản.
- + Kháng sinh 2 dòng phối hợp
- + Người bệnh phải được kiểm soát tốt đường huyết ($< 10 \text{ mmol/l}$) bằng Insulin
- + Nước tiểu không có ceton

4. Hồ sơ bệnh án

Làm hồ sơ bệnh án theo mẫu quy định chung của Bộ Y tế.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ

2. Kiểm tra người bệnh

3. Thực hiện kỹ thuật

- Sát khuẩn: sử dụng dung dịch povidone-iodine, sát khuẩn toàn bộ bề mặt ổ áp xe và vùng da xung quanh, để khô.
- Sử dụng các băng vô khuẩn cách ly ổ áp xe và vùng da xung quanh với phần còn lại cơ thể.
- Gây tê: Áp dụng kỹ thuật gây tê tại chỗ. Tiêm Xylocin xung quanh ổ áp xe, vị trí tiêm cách đường viêm tấy đỏ của ổ áp xe 1cm

- Rạch rộng toàn bộ bề mặt ổ áp xe (có thể rạch hình chữ thập để đạt được mức độ dẫn lưu cần thiết).
- Lấy dịch mủ từ ổ áp xe nuôi cấy, làm kháng sinh đồ.
- Dùng kẹp đầu từ đưa vào trong ổ áp xe, mở rộng hai đầu kẹp nhằm phá vỡ vách ngăn bên trong ổ áp xe tạo điều kiện cho mủ và tổ chức hoại tử chảy ra dễ.
- Sử dụng dao hoặc kéo con kẹp phần tích cắt lọc hết các tổ chức hoại tử bên trong ổ áp xe.
- Bơm rửa ổ áp xe với nước muối sinh lý và dung dịch ô xy già 10%.
- Đặt gạc dài vào trong ổ áp xe và để một đầu ở bên ngoài để dẫn lưu dịch.
- Đặt gạc lên trên bề mặt ổ áp xe nhằm hấp thụ dịch vết thương và ngăn không cho vật lạ vào vết thương.
- Hướng dẫn người nhà hoặc người bệnh thay băng hàng ngày cho đến khi vết thương khỏi hoàn toàn.

VI. THEO DÕI SAU THỦ THUẬT

- Chảy máu
- Nhiễm trùng: Dịch vết thương (màu sắc, lượng dịch hàng ngày)
- Đánh giá sự hình thành tổ chức hạt tại vết thương.

VII. XỬ TRÍ TAI BIẾN

- Chảy máu: mổ vết thương, cầm máu lại
- Nhiễm trùng: kháng sinh, chống phù nề, giảm viêm.

71. KỸ THUẬT THÁO MÓNG QUẶP TRÊN NGƯỜI BỆNH ĐTD

I. ĐẠI CƯƠNG

- Tổn thương móng quặp thường phổ biến, hay gặp ở người bệnh đái tháo đường. Người bệnh thường bị đau, đi lại khó khăn. Đặc biệt khi ngón cái bị móng quặp hoặc ở bên trong hay bên ngoài móng cái.

- Nguyên nhân hay gặp nhất dẫn đến bị móng quặp là cắt móng không đúng quy cách, dẫn đến quá trình tổn thương, viêm nhiễm trùng vùng da xung quanh móng. Nguyên nhân khác đó là đi những đôi giày dép có kích cỡ chật, làm cho các ngón chân chụm lại với nhau từ đó gây ra hiện tượng móng quặp.

- Ngoài hai nguyên nhân hay gặp trên còn có những nguyên nhân khác ít gặp như những thay đổi về hình thái móng, những dị dạng bẩm sinh của móng...dẫn đến móng quặp.

- Khi bị móng quặp người bệnh thường bị đau dọc theo bờ của móng, đau tăng lên khi bị tỳ đè như đi giày. Sưng nề và đỏ tấy thường biểu hiện và nếu nhiễm trùng xảy ra có thể có dịch mủ.

- Phương pháp điều trị triệt để là cắt bỏ móng một phần hay hoàn toàn.

II. CHỈ ĐỊNH

- Móng quặp ở người bệnh đái tháo đường

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Bệnh lý đang dùng thuốc chống đông

- Dị ứng thuốc gây tê tại chỗ

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- 01 Bác sỹ chuyên khoa bàn chân

- 01 Điều dưỡng chuyên khoa bàn chân

2. Phương tiện

- Thuốc gây tê tại chỗ, không có epinephrine

- Kim tiêm 5ml

- Gạc betadin

- Băng vô khuẩn

- Dây chun cao su

- Kẹp cầm máu

- Dung dịch phenol

- Thuốc mỡ kháng sinh

- Băng gạc dạng ống

- Kéo vô khuẩn hay kìm cắt móng

3. Người bệnh

+ Khám và giải thích về bệnh tình cho người bệnh và người nhà người bệnh.

+ Không có tình trạng nhiễm trùng

+ Người bệnh phải được kiểm soát tốt đường huyết ($< 10 \text{ mmol/l}$) bằng Insulin

+ Nước tiểu không có ceton

4. Hồ sơ bệnh án

Làm hồ sơ bệnh án theo mẫu quy định chung của Bộ Y tế.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ

2. Kiểm tra người bệnh

3. Thực hiện kỹ thuật

- Gây tê ngón chân
- + Đặt người bệnh ở vị trí nằm thấp
- + Sát khuẩn ngón bằng gạc tẩm povidone-iodine, cách ly ngón với các ngón xung quanh bằng băng vô khuẩn.

- + Lấy khoảng 5ml thuốc tê, tiêm khoảng 1ml thuốc tê vào xung quanh mỗi sợi thần kinh của ngón chân tại gốc ngón chân. Gồm có 4 dây thần kinh: 2 sợi mặt gan bàn chân, 2 sợi mặt mu bàn chân.

- Cầm máu bằng cách quấn dây cao su xung quanh ngón chân tại gốc của ngón.

- Cắt bỏ móng.

- + Sử dụng kéo vô khuẩn hoặc kìm cắt móng. Cắt móng theo chiều dọc, cách nếp gấp móng tổn thương khoảng 4-5mm.

- + Nâng móng bằng dụng cụ nâng màng xương (có thể sử dụng bề mặt phẳng của kéo) và nhấc từ từ phần móng bị cắt ra khỏi giường móng (tránh làm tổn thương giường móng).

- Làm khô giường móng bằng gạc vô khuẩn, sau đó sử dụng que bông có tẩm phenol 88% đặt giường móng khoảng thời gian 3 phút để loại bỏ hoàn toàn chất nền của móng.

- Tháo bỏ dây cao su

- Bôi thuốc mỡ kháng sinh vào giường móng.

- Đặt gạc và băng ngón chân lại.

VI. THEO DÕI SAU MỔ

- Chảy máu

- Nhiễm trùng

VII. XỬ TRÍ TAI BIẾN

- Chảy máu: băng ép ngón chân

- Nhiễm trùng: kháng sinh, chống phù nề.

72. KỸ THUẬT GỌT CHAI CHÂN (NÓT CHÂN) TRÊN NGƯỜI BỆNH ĐÁI THÁO ĐƯỜNG

I. ĐẠI CƯƠNG

- Chai chân là tổn thương thường gặp trên người bệnh đái tháo đường. Sự hình thành chai chân là quá trình bảo vệ tự nhiên của cơ thể với những kích thích áp lực tác động lên bàn chân.

- Được hình thành tại những vị trí có áp lực tăng cao và sự tác động ma sát lâu ngày ở bàn chân giảm hay mất cảm giác.

- Thường hình thành ở bàn chân có bệnh lý thần kinh hơn là những bàn chân thiếu máu vì sự hình thành chai chân cũng cần sự cung cấp máu đầy đủ.

- Chai chân làm cho áp lực bàn chân tăng cao hơn nữa. Khi đó phần mô mềm giữa chai chân và xương sẽ dễ bị tổn thương khi đi lại.

- Thường có nhiều ở phía trước bàn chân: đầu ngón cái, phần ở mô các ngón chân,...hiếm gặp ở giữa và vùng gót của bàn chân.

- Chai chân là một trong những yếu tố nguy cơ đưa đến loét chân ở người bệnh đái tháo đường. Do đó với người bệnh đái tháo đường vấn đề chăm sóc, gọt chai chân đóng vai trò quan trọng trong việc dự phòng loét cho người bệnh đái tháo đường.

II. CHỈ ĐỊNH

Người bệnh đái tháo đường có chai chân.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Thận trọng ở những người bệnh có bệnh lý mạch máu ngoại vi hoặc đang dùng thuốc chống đông

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

01 Điều dưỡng

2. Phương tiện

- Lưỡi dao + cán dao
- Gạc betadin
- Nước muối sinh lý

3. Người bệnh

- Khám và giải thích về bệnh tình cho người bệnh và người nhà người bệnh.
- Không có tình trạng nhiễm trùng
- Người bệnh phải được kiểm soát tốt đường huyết ($< 10 \text{ mmol/l}$) bằng

Insulin

- Nước tiểu không có ceton

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ

2. Kiểm tra người bệnh

3. Thực hiện kỹ thuật

- Dùng nước muối sinh lý rửa sạch toàn bộ bàn chân bệnh nhân, để khô.
- Sử dụng dung dịch Betadin sát khuẩn vùng tổ chức chai chân và da xung quanh.

- Điều dưỡng sử dụng các ngón tay tạo độ căng da cần thiết tại vùng da bị chai chân.

- Tay còn lại dùng dao gọt từng lớp chai chân chú ý gọt từng lớp mỏng, tránh chảy máu nếu chai chân quá dày, không cố gắng cắt nó thành nhiều mẫu.

- Gọt chai chân cho đến khi lớp da bàn chân mềm mại thì dừng lại. Trong trường hợp có ổ loét xuất hiện ngay dưới tổ chức chai chân cần thông báo cho bác sỹ chuyên khoa để đánh giá, điều trị tích cực ổ loét.

VI. THEO DÕI SAU MỒ

- Chảy máu
- Nhiễm trùng

VII. XỬ TRÍ TAI BIẾN

- Băng ép, cầm máu
- Nhiễm trùng: kháng sinh, chống phù nề.

73. KỸ THUẬT CẮT MÓNG CHÂN TRÊN NGƯỜI BỆNH ĐÁI THÁO ĐƯỜNG

I. ĐẠI CƯƠNG

- Cắt móng chân người bệnh đái tháo đường đóng vai trò quan trọng trong chăm sóc bàn chân người bệnh đái tháo đường
- Cắt móng chân không đúng quy cách đã dẫn đến một số tổn thương bàn chân ở người bệnh đái tháo đường
- Quá trình cắt móng chân cho người bệnh đái tháo đường đòi hỏi cần có sự tập chung cao độ, tỉ mỉ đến từng chi tiết

II. CHỈ ĐỊNH

Chăm sóc, cắt móng chân định kỳ cho người bệnh đái tháo đường

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Thận trọng ở những người bệnh có bệnh mạch máu ngoại vi biểu hiện trên lâm sàng : mạch mu chân hoặc chày sau yếu hay không bắt được, teo cơ, bàn chân lạnh, da mỏng, mất tổ chức dưới da...

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

01 Điều dưỡng viên

2. Phương tiện

- Chậu rửa chân
- Khăn tắm
- Kìm cắt móng chân
- Dũa móng chân

3. Người bệnh

Giải thích cho người bệnh về lợi ích của việc cắt móng chân cho người bệnh đái tháo đường cũng như các bước của quy trình thủ thuật để người bệnh phối hợp tốt

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Đổ nước ấm vào chậu rửa chân, kiểm tra nhiệt độ của nước bằng khuỷa tay để đảm bảo nước có nhiệt độ thích hợp.
- Ngâm bàn chân người bệnh vào chậu nước không quá 5 phút
- Dùng khăn tắm lau khô bàn chân, chú ý các ngón chân, và kẽ giữa các ngón chân
- Dùng kìm cắt móng cắt móng theo chiều ngang của móng, chú ý không cắt móng uốn lượn theo bờ mép da của đầu ngón chân, không cắt móng quá ngắn có thể gây đau, hay phồng rộp vùng da ở đầu ngón
- Sử dụng dũa móng chân dũa nhẹ bờ ngang vừa cắt của móng, chú ý không dũa vào da xung quanh vì có thể gây phồng rộp
- Kiểm tra kĩ đầu ngón chân sau khi cắt để đảm bảo vùng da không bị tổn thương

VI. THEO DÕI SAU THỦ THUẬT

- Tổn thương da xung quanh móng (vết cắt, chày xước, chảy máu)
- Tổn thương viêm, nhiễm trùng tại chỗ

VII. XỬ TRÍ TAI BIẾN

Thông báo cho bác sĩ biết để đánh giá những tổn thương da để đánh giá và xử trí tổn thương nhằm ngăn ngừa quá trình nhiễm trùng.

74. KỸ THUẬT ĐIỀU TRỊ BỆNH LÝ VÕNG MẠC ĐÁI THÁO ĐƯỜNG BẰNG LASER

I. ĐẠI CƯƠNG

- Quang đông võng mạc là sử dụng laser có bước sóng phù hợp với phổ hấp thụ của lớp biểu mô sắc tố võng mạc để hủy diệt võng mạc ở phạm vi ngoài cung mạch thái dương với mục đích:

- Chuyển những vùng võng mạc thiếu oxy thành võng mạc sẹo để ngăn chặn bệnh võng mạc tăng sinh gây mất chức năng thị giác

- Làm giảm nhu cầu oxy của võng mạc để tập trung lưu lượng máu cho vùng hậu cực

II. CHỈ ĐỊNH

1. Bệnh võng mạc đái tháo đường tăng sinh

+ Tiền tăng sinh

+ Tân mạch võng mạc: PRP ngay cho những trường hợp có nguy cơ cao theo tiêu chuẩn của DRS: - $NVD \geq 1/4 - 1/3$ đĩa thị

- $NVD +$ xuất huyết dịch kính hoặc trước võng mạc

- $NVE \geq 1/2$ đĩa thị + xuất huyết dịch kính hay trước võng mạc

+ Tân mạch móng mắt

2. Phù hoàng điểm: Có ý nghĩa lâm sàng (Tiêu chuẩn của ETDRS)

+ Phù hoàng điểm trong vùng 500 μm so với hố trung tâm nếu có kết hợp với phù võng mạc.

+ Phù võng mạc có diện tích ≥ 1 đĩa thị, với bất kỳ thành phần nào của vùng phù cách hố trung tâm ≤ 1 đĩa thị

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Đục các môi trường trong mắt:

+ Sẹo đục giác mạc có mạch máu trong giác mạc

+ Thủy dịch: Đục do viêm, có máu tiền phòng

+ Đục thể thủy tinh bệnh lý màu vàng, đen

+ Dịch kính viêm, có máu

- Đường huyết > 10 mmol/l

- Suy gan; suy thận; đang có bệnh nội khoa nặng

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

+ 1 Bác sỹ chuyên khoa mắt

+ 1 điều dưỡng

2. Phương tiện

+ Máy laser có tác dụng quang đông như YAG 532; Didode... gắn với kính hiển vi có đèn khe, kính tiếp xúc 3 mặt gương...

3. Người bệnh

- Được khám toàn diện theo qui định

- Được giải thích về mục đích của thủ thuật.

- Làm các xét nghiệm cơ bản.

- Không có tình trạng nhiễm trùng
- Người bệnh phải được kiểm soát tốt đường huyết ($< 10 \text{ mmol/l}$) bằng Insulin
- Nước tiểu không có ceton

4. Hồ sơ bệnh án

Theo quy định của Bộ Y tế, có đầy đủ các kết quả xét nghiệm cơ bản, các dữ kiện thị lực, nhãn áp, có khám nội khoa, chẩn đoán bệnh, giấy chấp nhận thực hiện thủ thuật.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ

2. Kiểm tra người bệnh

3. Thực hiện kỹ thuật

3.1. Tư thế người bệnh

Người bệnh được ngồi trước máy điều trị laser có dây cố định đầu người bệnh. Tư thế ngồi thoải mái.

3.2. Kỹ thuật

- Tra dẫn đồng tử tối đa cả 2 mắt cho người bệnh
- Vô cảm: Tra Dicain 1% hoặc Novesin 0.7% vào kết mạc cùng đồ dưới hai lần cách nhau 1-2 phút. Đôi khi có thể tiêm Xylocain 2%, 2ml cạnh nhãn cầu để giảm đau.

- Chuẩn bị máy laser với các thông số

*** Kỹ thuật quang đông toàn bộ võng mạc (Photo coagulation pan – Retiniene)**

- Đường kính vết bắn: $500 \mu - 300 \mu$
- Công suất: 400 – 600 mV
- Thời gian xung: 0.1 – 0.5s
- Đặt kính 3 mặt gương có methoxen vào mắt người bệnh
- Chia võng mạc thành các vùng như sau:
 - + Thái dương trên
 - + Thái dương giữa
 - + Mũi trên
 - + Mũi giữa
 - + Phía ngoài hoàng điểm.
- Thử đốt 1 điểm ở võng mạc chu biên với năng lượng tia thấp rồi tăng dần lên cho đến khi có một nốt bỏng vừa (độ II) tại đó võng mạc mờ như sương mù. Sau đó bắt đầu tia từng vùng với các vết đốt sát nhau theo nguyên tắc.
 - + Tia vùng ở phía dưới trước đề phòng có xuất huyết dịch kính máu sẽ lắng xuống dưới ta vẫn có thể tiến hành tiếp phần trên.
 - + Luôn tia kín từng vùng cạnh nhau liên tiếp để tránh phù võng mạc lan tỏa.
 - + Mỗi buổi tia không quá 800 điểm. Như vậy để hoàn thành quang đông toàn bộ võng mạc cần phải tia trong 3 – 5 tuần, mỗi tuần tia không quá tổng số tia 1800 – 2200.
- Kết thúc quang đông toàn bộ võng mạc, người ta có thể tia vào bên trong cung mạch thái dương (Nếu có tổn thương) nhưng phải sử dụng vết bắt có đường kính nhỏ và điểm laser phải dùng cách đĩa thị hoặc trung tâm hoàng điểm 500μ cũng như tránh tia vào bó gai - hoàng điểm.

*** Phù hoàng điểm**

- Laser khu trú (Tocal)

- + Thời gian bức xạ $\leq 0.1s$, $0.05s$ nếu trong vùng $\leq 500\mu$ cách hố trung tâm.
- + Vết chạm laser: $50 - 100\mu$, 50μ nếu trong vùng $\leq 500\mu$.
- + Cường độ: Vết trắng võng mạc.
- + Vùng điều trị: Các vi phình mạch gây phù.
- Laser lưới:
 - + Thời gian bức xạ $\leq 0.1s$
 - + Vết chạm laser: $100 - 200\mu$ (phù dày đến 50μ nếu trong vùng $\leq 500\mu$).
 - + Cường độ: Vết trắng võng mạc nhẹ.
 - + Vùng điều trị:
 - Vùng võng mạc phù lan tỏa cách hoàng điểm $500 - 3000\mu$
 - Vùng võng mạc vô mạch $500 - 3000\mu$ bị phù có ý nghĩa lâm sàng
 - + Nguyên tắc:
 - Vết đốt cách nhau một vết đốt
 - Cách đĩa thị ít nhất 500μ

VI. THEO DÕI

1. Trong thủ thuật: Có thể xuất huyết dịch kính hoặc va vào vùng hoàng điểm
2. Sau thủ thuật: Có thể có một số biến chứng cần phải điều trị.

VI. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- **Xuất huyết dịch kính:** Dùng tay ấn lên kính tiếp xúc để làm tăng nhãn áp, ngừng chảy máu đồng thời hạ cường độ tia. Tránh mạch máu.
- **Bong hoàng điểm:** Do người bệnh liếc mắt làm cho kính lệch khỏi vùng khu trú. Để tránh biến chứng này phải liên tục kiểm tra hoàng điểm. Thường quang đông một vùng làm mốc từ hậu cực rồi từ đó đi tiếp ra chu biên hoặc có thể dùng loại thấu kính (Rodenstock) để có thể quan sát cả hoàng điểm và võng mạc chu biên.
- **Trợt giác mạc do kính tiếp:** tra kháng sinh, vitamin A
- **Bong giác mạc:** Xuất hiện những vết đục nhỏ trắng, không tiến triển nặng thêm
- **Viêm gai thị thiếu máu:** Dùng thuốc tăng cường tuần hoàn, chống viêm, giảm phù.
- **Màng trước võng mạc:** để tránh biến chứng này không tia những xuất huyết trên võng mạc và cường độ tia không để quá cao, tránh laser quá liều
- **Tân mạch hắc mạc do quang đông làm rách màng Bruch:** tránh bằng cách giảm mật độ công suất (Không dùng vết bắn nhỏ công suất lớn, tránh laser quá liều)
- **Bong võng mạc**

75. KỸ THUẬT ĐIỀU TRỊ VẾT LOÉT BẰNG MÁY HÚT ÁP LỰC ÂM (GIẢM ÁP VẾT LOÉT) TRÊN NGƯỜI BỆNH ĐÁI THÁO ĐƯỜNG

I. ĐẠI CƯƠNG

Máy hút áp lực âm (V.A.C) là một phương tiện tiên tiến áp dụng trong việc điều trị làm lành các vết thương, tối ưu hóa việc chăm sóc người bệnh và làm giảm chi phí điều trị.

Máy hút áp lực âm có tác dụng làm tăng tưới máu vết thương, loại bỏ các yếu tố ức chế quá trình lành vết thương (vi khuẩn, protease...), kích thích tổ chức hạt phát triển, kéo mép vết thương lại gần nhau làm giảm kích thước vết thương, đảm bảo môi trường ẩm cho vết thương phát triển và tránh sự xâm nhập của vi khuẩn từ bên ngoài vào vết thương.

II. CHỈ ĐỊNH

- Vết thương bán cấp.
- Vết thương mạn tính.
- Vết thương cấp tính.
- Vết thương chấn thương.
- Vết thương tách mép.
- Vết thương do đái tháo đường (loét do đái tháo đường).
- Vết loét áp lực.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Vết thương còn mô hoại tử.
- Cốt tủy viêm.
- Đường hầm chưa được bộc lộ hết.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- 1 bác sỹ
- 1 điều dưỡng.

2. Phương tiện

- Máy hút áp lực âm.
- Bộ dụng cụ chuyên dụng đặt lên vết thương: tấm mút, tấm phủ, hệ thống ống dẫn và khoá kẹp.
- Bình chứa dịch chuyên dụng
- Găng vô khuẩn và găng sạch.
- Dụng cụ để làm sạch vết thương: bộ dụng cụ rửa vết thương, gạc, nước muối sinh lý...

3. Người bệnh

- Khám toàn diện theo quy định.
- Được giải thích về mục đích của thủ thuật.
- Chấp nhận điều trị bằng máy hút áp lực âm.
- Kiểm soát tốt đường máu bằng Insulin

4. Hồ sơ bệnh án: Theo quy định của Bộ Y tế.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Chuẩn bị vết thương và vùng xung quanh vết thương

- Làm sạch vết thương bằng các biện pháp cắt lọc, rửa vết thương....
- Làm sạch và làm khô vùng xung quanh vết thương.

2. Đặt máy

2.1. Rửa tay và đi găng vô khuẩn.

2.2. Đặt tấm nút lên trên bề mặt vết thương:

- Cắt tấm nút đảm bảo phù hợp với hình dạng và kích thước vết thương.

Chú ý trong quá trình cắt không để những mảnh vụn của tấm nút rơi vào vết thương.

- Đặt nhẹ nhàng tấm nút vào vết thương sao cho vừa khít. Đảm bảo chiều dày tấm nút phải vừa đủ để bề mặt tấm nút ngang bằng với mép vết thương sau khi chạy máy.

- Chú ý về số lượng của những miếng nút đặt tại vết thương.

2.3. Đặt tấm phủ trên bề mặt vết thương:

- Cắt tấm phủ sao cho có thể phủ trùm ra bên ngoài mép vết thương khoảng 2cm về các phía.

- Cắt một lỗ tròn đường kính khoảng 2cm ở giữa tấm phủ. Lỗ tròn này sẽ nằm trên bề mặt tấm nút và ở vị trí thuận tiện cho bệnh nhân sau khi đặt tấm phủ lên trên vết thương.

- Đặt tấm phủ lên bề mặt vết thương. Bóc lớp giấy và để lại lớp dính trong suốt.

d. Thiết lập hệ thống kín từ vết thương đến máy:

- Đặt trực tiếp đầu có miếng lót tròn của ống dẫn dịch trùm lên lỗ tròn của tấm phủ.

- Nối đầu còn lại của ống dẫn dịch với ống dẫn của bình chứa.

3. Khởi động máy.

- Khởi động máy: Đảm bảo toàn bộ hệ thống từ vết thương đến máy hút phải kín sao cho khi máy bắt đầu hút, tấm nút sẽ co lại.

- Đặt chế độ máy theo y lệnh của bác sĩ.

4. Theo dõi dịch tiết của vết thương

5. Tháo máy

- Kẹp khoá của ống dẫn để tránh trào ngược dịch vết thương.

- Tắt máy.

- Bóc tấm dính và tấm nút cũ trên vết thương. Nếu chúng dính chặt vào vết thương thì làm ẩm bằng dung dịch nước muối sinh lý và có thể bóc ra sau 5 – 10 phút.

- Làm sạch vết thương bằng dung dịch nước muối sinh lý, loại bỏ hết các dị vật ở trong vết thương (mảnh vụn của tấm nút...)

6. Đánh giá sự tiến triển của vết thương

- Kiểm tra đáy vết thương: sự phát triển của tổ chức hạt (màu sắc đỏ/hồng), chú ý về dịch tiết, các đường hầm hay các khoang của vết thương.

- Đo kích thước vết thương.

VI. THEO DÕI

1. Trong thủ thuật

- Đảm bảo lưu thông của tuần hoàn ngoại biên (bắt mạch ...).

- Người bệnh xuất hiện cảm giác tê bì và/hoặc cảm giác bị thít chặt.
- Người bệnh cảm thấy đau tăng lên.
- Tình trạng chảy máu của vết thương.

2. Sau thủ thuật: Theo dõi sự tiến triển của vết thương.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Tắt và tháo máy khi có sự xuất hiện của bất kỳ tai biến nào.
- Kiểm soát tình trạng chảy máu của vết thương (nếu có).

76. HƯỚNG DẪN KỸ THUẬT TIÊM INSULIN

I. ĐẠI CƯƠNG

- Insulin là một hormon được tiết ra liên tục 24h bởi tế bào beta tuyến tụy, được tiết nhiều nhất vào sau bữa ăn.
- Insulin là một Protein nên bị phá hủy ở đường tiêu hóa, do vậy insulin không được sử dụng bằng đường uống
- Tác dụng chính của Insulin là thúc đẩy sự vận chuyển Glucose qua màng tế bào.
- Hiện nay trên thị trường có nhiều loại Insulin với thời gian tác dụng khác nhau: Nhanh, thường, trung bình, kéo dài.
- Liều lượng và đường dùng do bác sỹ điều trị quyết định

II. CHỈ ĐỊNH

- Đái tháo đường typ 1, đái tháo đường thứ phát
- Đái tháo đường typ 2 khi:
 - + ĐH lúc đói > 15 mmol hoặc có Ceton niệu (+), ceton máu tăng
 - + Chấn thương, stress, nhiễm trùng, phẫu thuật, dùng corticoid
 - + Suy gan, suy thận.
 - + Dùng thuốc uống không kiểm soát được đường máu
- Đái tháo đường có thai không kiểm soát được bằng chế độ ăn.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Dị ứng, mẫn cảm với Insulin

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

01 nhân viên y tế hoặc bản thân người bệnh đã được hướng dẫn tiêm Insulin

2. Phương tiện

- + Xylanh 1ml hoặc bút tiêm Insulin
- + Insulin
- + Bông cotton

3. Cách lấy Insulin

3.1. Cách lấy Insulin không trộn: (Gồm 10 bước)

Bước 1: Rửa tay bằng xà phòng

Bước 2: Trộn đều Insulin bằng cách lăn tròn lọ thuốc trong lòng bàn tay hoặc lắc nhẹ.

Bước 3: Bật nắp nhựa bảo vệ phía trên nắp lọ bằng cao su

Bước 4: Vệ sinh trên nút lọ (Phía phần nút cao su) bằng cotton

Bước 5: Tháo bỏ nắp bảo vệ trên kim tiêm insulin; hút vào bơm tiêm một lượng khí đúng bằng lượng Insulin cần lấy.

Bước 6: Đâm kim qua nút cao su theo chiều thẳng đứng; đẩy lượng khí vào lọ Insulin.

Bước 7: Lộn ngược lọ thuốc; một tay giữ lọ Insulin; tay kia kéo nhẹ Piston. Lúc này Insulin sẽ được kéo vào bơm tiêm; lấy đủ lượng insulin là X đơn vị.

Bước 8: Kiểm tra insulin trong lọ xem có không khí không? Nếu có, nhẹ nhàng đẩy piston đưa một phần insulin trở lại lọ; sau đó nhẹ nhàng kéo piston ra, lượng Insulin lại được lấy bù vào đủ.

Bước 9: Rút kim ra khỏi lọ; kiểm tra xem đã đủ liều insulin chưa?

Bước 10: Đậy nắp kim, chuẩn bị tiêm.

3.2. Cách lấy Insulin có trộn

- **Nguyên tắc trộn insulin:**

Nguyên tắc 1: Hai loại Insulin phải do cùng một hãng sản xuất.

Nguyên tắc 2: Insulin nhanh lấy trước, bán chậm hoặc chậm lấy sau

Nguyên tắc 3: Không nên trộn Insulin người và động vật với nhau.

Nguyên tắc 4: Nồng độ của 2 loại insulin phải giống nhau

- **Năm bước trộn insulin:**

Bước 1: Sát trùng cả hai lọ bằng cồn

Bước 2: Chọc kim với Y đơn vị khí vào lọ insulin có tác dụng dài hơn; bơm khí vào nhưng không lấy Insulin vào bơm tiêm; rút kim ra khỏi lọ.

Bước 3: Chọc kim với X đơn vị khí vào lọ insulin có tác dụng nhanh; bơm khí vào lọ; đảo ngược lọ và lấy đủ X đơn vị Insulin vào bơm tiêm; bảo đảm không có không khí trong bơm tiêm.

Bước 4: Trộn insulin nhẹ nhàng ở lọ có tác dụng bán chậm cho đến khi chắc chắn insulin trong lọ đã được trộn đều.

Bước 5: Đảo ngược lọ; nhẹ nhàng kéo piston và lấy đủ Y đơn vị insulin ở lọ insulin có tác dụng bán chậm hoặc chậm; không để insulin tràn vào lọ; lượng insulin lúc này là: $T = X + Y$

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Tư thế người bệnh

Nằm hoặc ngồi

2. Kỹ thuật tiêm

2.1. Đường vào

- Tiêm tĩnh mạch hoặc pha truyền tĩnh mạch:

Chỉ được sử dụng trong bệnh viện và được thực hiện bởi nhân viên y tế

Chỉ được dùng cho insulin regular

- Tiêm bắp hoặc tiêm dưới da: Tiêm bắp giúp insulin được hấp thu và có tác dụng nhanh hơn nhưng không phải là đường dùng phổ biến mà thường dùng đường dưới da.

2.2. Chọn vị trí tiêm: Các vị trí khác nhau sẽ làm cho insulin vào máu với tốc độ nhanh chậm khác nhau:

- Vùng bụng: Insulin vào máu nhanh nhất

- Vùng mặt ngoài cánh tay: Insulin vào máu chậm hơn so với vùng bụng

- Vùng mông và mặt ngoài đùi

2.3. Các nguyên tắc cần nhớ khi tiêm

Nguyên tắc 1: Ở mỗi vị trí tiêm, da phải được giữ sạch, cơ bắp và lớp mỡ dưới da vùng này phải hoàn toàn bình thường. Đây là điều kiện để Insulin được hấp thu tốt.

Nguyên tắc 2: Các vị trí đều phải được sử dụng luân chuyển.

Nguyên tắc 3: Nếu sử dụng từ 2 mũi tiêm trở lên trong một ngày, phải tiêm vào các vị trí ở các vùng khác nhau. Khi tất cả các vị trí trong vùng đã sử dụng hết mới chuyển sang vùng khác.

2.4. Các bước tiến hành tiêm Insulin

Bước 1: Chọn vị trí tiêm và sát trùng nơi tiêm bằng bông cồn 70° C.

Bước 2: Làm căng bề mặt da vùng sát trùng; đâm nhanh kim thẳng đứng vuông góc với mặt da (90°).

Bước 3: Đẩy piston để thuốc vào cơ thể

Bước 4: Rút kim theo chiều thẳng đứng như khi đâm vào, không chà xát lại nơi đã tiêm.

Người ta còn một cách tiêm khác, đó là phương pháp kéo da. Trong phương pháp này, sau khi sát trùng, dùng một tay kéo nhẹ vùng da, nhanh chóng đẩy kim tiêm một góc từ 45° – 90° so với mặt da.

VI. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

Hạ đường huyết: Tùy mức độ hạ đường huyết cho người bệnh ăn hoặc uống một lượng khoảng 15 g carbohydrat hoặc truyền glucose ưu trương tĩnh mạch.

Nhiễm trùng nơi tiêm: Kháng sinh

Loạn dưỡng mỡ dưới da tại điểm tiêm: hoặc lớp mỡ dưới da bị teo lại hoặc tại nơi tiêm tạo thành cục. Để phòng tránh cần phải tuân thủ chặt chẽ các nguyên tắc cần nhớ khi tiêm insulin đã được nói ở trên. Lọ insulin đang dùng không nên để trong tủ lạnh.

77. KỸ THUẬT CHỌC HÚT DỊCH ĐIỀU TRỊ U NANG GIÁP

I. ĐẠI CƯƠNG

U nang giáp hay còn được một số tác giả gọi là u nang giả chảy máu tuyến giáp.

Theo hình thái tổn thương u nang giáp được chia làm 2 loại: u nang đơn thuần và u nang trên một bệnh lý khác của tuyến giáp như bướu nhân, u tuyến, ung thư giáp...

Trong kỹ thuật này chỉ đề cập đến u nang đơn thuần và u nang trên bướu nhân:

- + U nang đơn thuần chỉ là một khối máu tụ, do chảy máu.

- + U nang trên bướu nhân được tạo nên do chảy máu và thoái hóa trong nhân giáp.

Chẩn đoán u nang giáp: Khám lâm sàng; siêu âm; xét nghiệm hormon; xạ hình tuyến giáp; tế bào tuyến giáp bằng kim nhỏ để chẩn đoán xác định và phân loại.

II. CHỈ ĐỊNH

- Các trường hợp u nang tuyến giáp (Đơn thuần và trên bướu nhân)

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Các trường hợp tăng năng giáp.
- Các trường hợp u tuyến và ung thư giáp
- Các trường hợp bị các bệnh về máu không đông
- Các trường hợp đang trong tình trạng cấp cứu

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- + 1 bác sĩ được đào tạo về chọc hút dịch nang giáp và siêu âm tuyến giáp.
- + 1 kỹ thuật viên

2. Phương tiện

- + Bông, cồn, pince
- + Bơm tiêm 10 ml, kim tiêm 20G
- + Phòng thủ thuật vô trùng.

3. Người bệnh

- Người bệnh được khám kỹ tuyến giáp.
- Giải thích cho người bệnh về việc bác sỹ sẽ tiến hành thủ thuật để người bệnh an tâm và hợp tác trong quá trình chọc hút.
- Người bệnh được ăn no, nghỉ ngơi 10 phút trước khi tiến hành thủ thuật

4. Hồ sơ bệnh án: Làm hồ sơ bệnh án theo mẫu qui định chung của Bộ Y tế

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Sát trùng vùng tuyến giáp chọc hút mà đã được xác định trên lâm sàng và trên siêu âm.
- Chọc thẳng kim qua vào nang giáp.
- Dùng áp lực âm tính trong bơm tiêm hút hết dịch trong nang giáp ra.

VI. TAI BIẾN VÀ CÁCH XỬ TRÍ

- **Chảy máu trong:** Đây là tai biến thường gặp sau khi chọc hút dịch. Để xử lý và phòng chống dùng 1 cục bông khô vô trùng ép chặt vào vùng chọc hút trong 10 phút.

- **Choáng:**

Xảy ra trong quá trình chọc hút dịch hoặc ngay sau khi hút dịch, xử lý bằng cách cho người bệnh nằm nghỉ.

- **Nhiễm trùng:**

Để phòng chống nhiễm trùng thì thủ thuật phải được thực hiện trong điều kiện vô trùng. Nếu có bội nhiễm cần cho kháng sinh.

78. KỸ THUẬT CHỌC HÚT DỊCH ĐIỀU TRỊ U NANG GIÁP CÓ HƯỚNG DẪN CỦA SIÊU ÂM

I. ĐẠI CƯƠNG

U nang giáp hay còn được một số tác giả gọi là u nang giả chảy máu tuyến giáp.

Theo hình thái tổn thương u nang giáp được chia làm 2 loại: u nang đơn thuần và u nang trên một bệnh lý khác của tuyến giáp như bướu nhân, u tuyến, ung thư giáp...

Trong kỹ thuật này chỉ đề cập đến u nang đơn thuần và u nang trên bướu nhân:

- + U nang đơn thuần chỉ là một khối máu tụ, do chảy máu.

- + U nang trên bướu nhân được tạo nên do chảy máu và thoái hóa trong nhân giáp.

U nang giáp không phải trong mọi trường hợp đều dễ sờ thấy trên lâm sàng vì vậy để chọc đúng vị trí cần có sự hướng dẫn của siêu âm.

Chẩn đoán u nang giáp: Khám lâm sàng; siêu âm; xét nghiệm hormon; xạ hình tuyến giáp.

II. CHỈ ĐỊNH CỦA PHẪU THUẬT

- Các trường hợp u nang tuyến giáp (Đơn thuần và trên bướu nhân)

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Các trường hợp tăng năng giáp.
- Các trường hợp u tuyến và ung thư giáp
- Các trường hợp bị các bệnh về máu không đông
- Các trường hợp đang trong tình trạng cấp cứu

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- + 1 bác sĩ được đào tạo về chọc hút dịch nang giáp và siêu âm tuyến giáp.
- + 1 bác sĩ chẩn đoán hình ảnh
- + 1 kỹ thuật viên

2. Phương tiện

- + Bông, cồn, pince
- + Bơm tiêm 10 ml, kim tiêm 20G
- + Máy siêu âm tuyến giáp
- + Phòng thủ thuật vô trùng.

3. Người bệnh

- Người bệnh được khám kỹ tuyến giáp.
- Giải thích cho người bệnh về việc bác sỹ sẽ tiến hành thủ thuật để người bệnh an tâm và hợp tác trong quá trình chọc hút.
- Người bệnh được ăn no, nghỉ ngơi 10 phút trước khi tiến hành thủ thuật

4. Hồ sơ bệnh án: Làm hồ sơ bệnh án theo mẫu qui định chung của Bộ Y tế

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Sát trùng vùng tuyến giáp chọc hút mà đã được xác định trên lâm sàng và trên siêu âm.
- Xác định lại vị trí u nang giáp trên siêu âm và đường vào u nang gần nhất và dễ nhất.
- Chọc thẳng kim qua da và theo dõi đường đi của kim chọc trên màn hình siêu âm.
- Dùng áp lực âm tính trong bơm tiêm hút hết dịch trong nang giáp ra.

VI. TAI BIẾN VÀ CÁCH XỬ TRÍ

- **Chảy máu trong:** Đây là tai biến thường gặp sau khi chọc hút dịch. Để xử lý và phòng chống dùng 1 cục bông khô vô trùng ép chặt vào vùng chọc hút trong 10 phút.
- **Choáng:** Xảy ra trong quá trình chọc hút dịch hoặc ngay sau khi hút dịch, xử lý bằng cách cho người bệnh nằm nghỉ.
- **Nhiễm trùng:** Để phòng chống nhiễm trùng thì thủ thuật phải được thực hiện trong điều kiện vô trùng. Nếu có bội nhiễm cần cho kháng sinh.

79. KỸ THUẬT CHỌC HÚT TẾ BÀO TUYẾN GIÁP

I. ĐẠI CƯƠNG

Chọc hút tế bào tuyến giáp bằng kim nhỏ để chẩn đoán xác định và phân loại bệnh có vai trò quan trọng góp phần định hướng điều trị các bệnh lý tuyến giáp.

II. CHỈ ĐỊNH

Các trường hợp nghi ngờ viêm giáp, u tuyến giáp (U nang hoặc bướu nhân hoặc ung thư giáp)

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Các trường hợp tăng năng giáp.
- Các trường hợp bị các bệnh về máu không đông
- Các trường hợp đang trong tình trạng cấp cứu

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- + 1 bác sĩ giải phẫu bệnh.
- + 1 kỹ thuật viên

2. Phương tiện

- + Bông, côn, pince
- + Bơm tiêm 10 ml, kim tiêm 20G
- + Phòng thủ thuật vô trùng.
- + Tiêu bản
- + Thuốc nhuộm H.E hoặc Giem sa

3. Người bệnh

- Người bệnh được khám kỹ tuyến giáp.
- Giải thích cho người bệnh về việc bác sỹ sẽ tiến hành thủ thuật để người bệnh an tâm và hợp tác trong quá trình chọc hút.
- Người bệnh được ăn no, nghỉ ngơi 10 phút trước khi tiến hành thủ thuật

4. Hồ sơ bệnh án: Làm hồ sơ bệnh án theo mẫu qui định chung của Bộ Y tế

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Sát trùng vùng tuyến giáp chọc hút mà đã được xác định trên lâm sàng và trên siêu âm.
- Chọc thẳng kim qua da vào vùng tuyến giáp định chọc.
- Dùng áp lực âm tính trong bơm tiêm hút bệnh phẩm trong tuyến giáp ra.
- Bơm dịch chọc hút trong xylanh ra lam kính, trải bệnh phẩm lên tiêu bản
- Nhuộm H.E hoặc Giem sa
- Đọc tổn thương trên kính hiển vi. Phân loại tổn thương tế bào học

VI. TAI BIẾN VÀ CÁCH XỬ TRÍ

- **Chảy máu trong:** Đây là tai biến thường gặp sau khi chọc hút dịch. Để xử lý và phòng chống dùng 1 cục bông khô vô trùng ép chặt vào vùng chọc hút trong 10 phút.

- **Choáng:** Xảy ra trong quá trình chọc hút dịch hoặc ngay sau khi hút dịch, xử lý bằng cách cho người bệnh nằm nghỉ.

- **Nhiễm trùng:** Để phòng chống nhiễm trùng thì thủ thuật phải được thực hiện trong điều kiện vô trùng. Nếu có bội nhiễm cần cho kháng sinh.

80. KỸ THUẬT CHỌC HÚT U GIÁP CÓ HƯỚNG DẪN CỦA SIÊU ÂM

I. ĐẠI CƯƠNG

Chọc hút tế bào u giáp bằng kim nhỏ để chẩn đoán xác định và phân loại bệnh có vai trò quan trọng góp phần định hướng điều trị các bệnh lý tuyến giáp. Tuy nhiên trong 1 số trường hợp u nhỏ khó chọc vào đúng u nếu không có sự hỗ trợ của siêu âm, do vậy để đảm bảo độ chính xác cao cần chọc hút tế bào u giáp bằng kim nhỏ dưới hướng dẫn của siêu âm

II. CHỈ ĐỊNH

Các trường hợp u tuyến giáp (U nang hoặc bướu nhân hoặc ung thư giáp) có kích thước < 1cm.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Các trường hợp tăng năng giáp.
- Các trường hợp bị các bệnh về máu không đông
- Các trường hợp đang trong tình trạng cấp cứu

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- + 1 bác sĩ giải phẫu bệnh.
- + 1 bác sĩ siêu âm
- + 1 kỹ thuật viên

2. Phương tiện

- + Bông, cồn, pince
- + Bơm tiêm 10 ml, kim tiêm 20G
- + Máy siêu âm tuyến giáp
- + Phòng thủ thuật vô trùng.
- + Tiêu bản
- + Thuốc nhuộm H.E hoặc Giem sa

3. Người bệnh

- Người bệnh được khám kỹ tuyến giáp.
- Giải thích cho người bệnh về việc bác sỹ sẽ tiến hành thủ thuật để người bệnh an tâm và hợp tác trong quá trình chọc hút.
- Người bệnh được ăn no, nghỉ ngơi 10 phút trước khi tiến hành thủ thuật

4. Hồ sơ bệnh án: Làm hồ sơ bệnh án theo mẫu qui định chung của Bộ Y tế

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Sát trùng vùng tuyến giáp chọc hút mà đã được xác định trên lâm sàng và trên siêu âm.
- Xác định lại vị trí u giáp trên siêu âm, đường vào u gần nhất và dễ nhất.
- Chọc thẳng kim qua da và theo dõi đường đi của kim chọc trên màn hình siêu âm.
- Dùng áp lực âm tính trong bơm tiêm hút bệnh phẩm trong u giáp ra.
- Bơm dịch chọc hút trong xylanh ra lam kính, trải bệnh phẩm lên tiêu bản
- Nhuộm H.E hoặc Giem sa

- Đọc tổn thương trên kính hiển vi. Phân loại tổn thương tế bào học

VI. TAI BIẾN VÀ CÁCH XỬ TRÍ

- **Chảy máu trong:** Đây là tai biến thường gặp sau khi chọc hút dịch. Để xử lý và phòng chống dùng 1 cục bông khô vô trùng ép chặt vào vùng chọc hút trong 10 phút.

- **Choáng:** Xảy ra trong quá trình chọc hút dịch hoặc ngay sau khi hút dịch, xử lý bằng cách cho người bệnh nằm nghỉ.

- **Nhiễm trùng:** Để phòng chống nhiễm trùng thì thủ thuật phải được thực hiện trong điều kiện vô trùng. Nếu có bội nhiễm cần cho kháng sinh.