

**BỘ Y TẾ**

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

Số: 4419 /QĐ-BYT

Hà Nội, ngày 17 tháng 8 năm 2016

**QUYẾT ĐỊNH**

**Về việc ban hành tài liệu Hướng dẫn quy trình kỹ thuật Ngoại khoa  
Chuyên khoa Phẫu thuật Tiết niệu**

**BỘ TRƯỞNG BỘ Y TẾ**

Căn cứ Luật khám bệnh, chữa bệnh năm 2009;

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

Xét Biên bản họp của Hội đồng nghiệm thu Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật Ngoại khoa của Bộ Y tế;

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

**QUYẾT ĐỊNH:**

**Điều 1.** Ban hành kèm theo Quyết định này tài liệu “Hướng dẫn quy trình kỹ thuật Ngoại khoa, chuyên khoa Phẫu thuật Tiết niệu”, gồm 06 quy trình kỹ thuật.

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

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

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

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

**Nơi nhận:**

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

**KT. BỘ TRƯỞNG  
THỨ TRƯỞNG**



**Nguyễn Viết Tiến**

**BỘ Y TẾ**

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

**DANH SÁCH 06 HƯỚNG DẪN QUY TRÌNH KỸ THUẬT NGOẠI KHOA  
CHUYÊN KHOA PHẪU THUẬT TIẾT NIỆU**

*(Ban hành kèm theo Quyết định số 4479/QĐ-BYT ngày 17 tháng 8 năm 2016  
của Bộ trưởng Bộ Y tế)*

TT	TÊN QUY TRÌNH KỸ THUẬT
1.	Cắt toàn bộ thận và niệu quản
2.	Cắt thận bán phần
3.	phẫu thuật tràn dịch màng tinh hoàn
4.	Nối ống dẫn tinh sau phẫu thuật đình sản
5.	Thắt tinh mạch tinh trên bụng
6.	Phẫu thuật vỡ vật hang do gãy dương vật

KT. BỘ TRƯỞNG  
THỦ TRƯỞNG



Nguyễn Việt Tiến

**BỘ Y TẾ**

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

**DANH SÁCH 06 HƯỚNG DẪN QUY TRÌNH KỸ THUẬT NGOẠI KHOA**  
**CHUYÊN KHOA PHẪU THUẬT TIẾT NIỆU**

(Ban hành kèm theo Quyết định số ~~4419~~ /QĐ-BYT ngày ~~17~~ tháng 8 năm 2016  
của Bộ trưởng Bộ Y tế)

TT	TÊN QUY TRÌNH KỸ THUẬT
1.	Cắt toàn bộ thận và niệu quản
2.	Cắt thận bán phần
3.	phẫu thuật tràn dịch màng tinh hoàn
4.	Nối ống dẫn tinh sau phẫu thuật đình sản
5.	Thắt tinh mạch tinh trên bụng
6.	Phẫu thuật vỡ vật hang do gãy dương vật

KT. BỘ TRƯỞNG  
THỦ TRƯỞNG



Nguyễn Việt Tiến

# CẮT TOÀN BỘ THẬN VÀ NIỆU QUẢN

## I. ĐẠI CƯƠNG

Có hai loại chính: cắt thận ngoài bao xơ phù hợp với phần lớn các chỉ định và cắt thận mở rộng đối với các u ác tính của thận, thận mủ do sỏi và một đôi khi do lao. Cắt thận dưới bao xơ, càng ngày càng ít được áp dụng, chỉ còn một vài chỉ định trong lấy bỏ những thận đã ghép và trong trường hợp không làm gì hơn được.

## II. CHỈ ĐỊNH

- Ung thư biểu mô đường tiết niệu
- Cắt thận lạc chỗ
- Cắt thận hình móng ngựa bên phần thận có biến chứng mất chức năng
- Cắt thận ứ nước không lờ
- Cắt thận khi thận bị thiếu sản hoặc vô sản
- Cắt thận đa nang mất chức năng hoặc có biến chứng

## III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Người bệnh có tiền sử bệnh lý nội khoa nặng nề, không thể gây mê hoặc gây tê

## IV. CHUẨN BỊ

1. **Người thực hiện:** phẫu thuật viên chuyên khoa tiết niệu được đào tạo (tối thiểu 3 người: 1 PTV chính 2 PTV phụ mổ)
2. **Người bệnh:** giải thích kỹ trước phẫu thuật nhất là các trường hợp có huyết khối TM thận hoặc di căn gan phổi, đại tràng. Vệ sinh vùng mổ
3. **Phương tiện:**
  - Bộ dụng cụ đại phẫu
  - Bộ dụng cụ mạch máu
  - Hồ sơ bệnh án:

## 4. Dự kiến thời gian phẫu thuật: 120 – 180 phút

## V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

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

2. **Tư thế người bệnh**

- Thì cắt thận: người bệnh nằm nghiêng 90<sup>0</sup>, có đệm gối ở phần thắt lưng.
- Thì cắt niệu quản: người bệnh nằm ngửa hơi nghiêng về bên đối diện

3. **Kỹ thuật:**

### Phân thận:

#### **Bước 1: Đường rạch:**

Đường sườn thắt lưng bên cắt bỏ thận niệu quản dài 20cm. Đường mổ rộng sẽ thuận lợi khi lấy bỏ toàn bộ một khối khoang thận và các cơ quan ở trong như: thận, thượng thận, mỡ và các đoạn xuất phát đầu tiên của bạch mạch. Vị trí và khoảng cách cần lấy bỏ vết hạch, bạch mạch tùy thuộc vào việc chọn lựa đường mổ và vẫn còn là

một vấn đề tranh cãi. Một số tác giả trung thành với các biện pháp ngăn ngừa di căn, lại chủ trương nạo hạch có hệ thống, để xác định được giai đoạn tiến triển của bệnh, và điều quan trọng hơn nữa là cho đến hiện nay chưa có biện pháp điều trị hữu hiệu hỗ trợ đối với ung thư thận. Thì mổ quyết định là thắt được cuống thận, sau khi đã tách riêng rẽ lần lượt cuống thận, tách riêng rẽ được động mạch và tĩnh mạch thận. Thao tác này dễ hoặc khó khi mà các mạch máu bị bao bọc bởi lớp mỡ, có nhiều tuần hoàn dòng bên hoặc chi chít các tĩnh mạch, trong một đám xơ ít nhiều viêm dính hay còn bị che lẫn do thận hư dẫn ứ nước to tướng.

**Bước 2:** Bộc lộ thận và cuống thận: Buộc riêng rẽ động và tĩnh mạch, đảm bảo an toàn và bắt buộc cho việc phẫu tích đầy đủ cuống thận, giải phóng các mạch máu, để có khoảng cách cần thiết. Người ta có thể phát hiện một nhánh to tĩnh mạch ở sau tĩnh mạch thận trước khi thắt nó hoặc tìm thấy một nhánh phân đôi sớm của động mạch thận, như có hai cuống. Việc thắt cả một khối cuống thận có nguy cơ gây ra thông rò động - tĩnh mạch.

Việc thắt động mạch đầu tiên trước tĩnh mạch giúp cho tránh hiện tượng ứ máu ở thận. Khi thắt động mạch không cần dùng kẹp ở động mạch, mà đôi khi còn nguy hiểm nhất là ở bên trái, khi mà cái kẹp đặt ngay sát động mạch chủ, dễ có nguy cơ khi bị tuột, dẫn đến các tình huống khó xử lý. Còn ở bên phải, cần phải dùng kẹp để kẹp tĩnh mạch, khi mà tĩnh mạch thận bị ngắn và nhất là trong trường hợp cần lấy chỗ ung thư hoặc lấy thận để ghép tự thân hay đồng loại, mà cần lấy được một vánh tổ chức ở tĩnh mạch chủ, dày hơn tĩnh mạch thận thì việc khâu ghép tĩnh mạch sẽ dễ dàng. Còn ở bên trái bao giờ cũng phải phẫu tích đến cùng các tĩnh mạch thượng thận và sinh dục để buộc lại rồi mới cắt.

**Bước 3:** Cần lấy bỏ các tổ chức mỡ quanh thận, lấy hết các tổ chức bệnh lý vùng thất lưng là nguyên nhân dễ gây ra các biến chứng nhiễm trùng. Việc dẫn lưu tốt nhất là đặt một bản có nhiều ống dẫn lưu.

### **Phân niệu quản:**

**Bước 1:** Cho người bệnh nằm ngửa, mổ bộc lộ niệu quản vùng hố chậu và giải phóng toàn bộ niệu quản. Trong trường hợp có u ở đường dẫn niệu, nếu mở đường dẫn niệu trước sẽ có nguy cơ cấy các tế bào ung thư ra ổ mổ.

**Bước 2:** Cắt niệu quản: bắt đầu mổ lấy niệu quản ở phía dưới trước, sau đó mổ lấy thận cùng niệu quản ở thì mổ vùng thất lưng. Trong trường hợp thận lại teo nhỏ, cũng có thể bắt đầu cắt thận qua đường mổ thất lưng rồi đẩy thận xuống hố chậu trước khi đóng vết mổ vùng thất lưng, tiếp theo là mổ vùng hố chậu để lấy toàn bộ thận cùng niệu quản.

**Bước 3:** Khoét lấy một mảnh của thành bàng quang bao quanh lỗ niệu quản, bằng cách:

- Có thể mở bàng quang, cắt khoét niêm mạc bàng quang quanh lỗ niệu quản, khâu kín lỗ niệu quản lại, phẫu tích đoạn niệu quản xuyên thành bàng quang và đoạn sát thành bàng quang, khâu lỗ khoét bàng quang bằng hai lớp (lớp niêm mạc và lớp cơ). Còn niệu quản được phẫu tích giải phóng đi lên cao bằng đường sau phúc mạc.

- Hoặc bắt đầu phẫu tích, sau khi cắt thận đi từ trên xuống giải phóng toàn bộ niệu quản cho đến tận thành bàng quang, khoét một hình chóp rộng bàng quang cùng niệu quản. Đóng lỗ hông bàng quang bằng hai lớp theo đường ngoài bàng quang.

## **VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TẠI BIẾN**

### **1. Theo dõi**

- Chảy máu thứ phát là do khâu cầm máu không đầy đủ hoặc do bong đám tổ chức hoại tử ít xảy ra, mà nếu có, đặc biệt phải mổ lại để cầm máu hoặc cắt thận.

- Hiện tượng rò nước tiểu tạm thời là do khâu đường dẫn niệu chưa tốt hoặc còn sót lại một đài bị tắc không được dẫn vào đường dẫn niệu. Nước tiểu từ đó chảy vào ổ mổ. Thường sẽ hết đi dần dần, nhưng có khi kéo dài một vài tuần lễ.

- Viêm tắc tĩnh mạch chi: người bệnh sốt, chi phù nề đỏ. Siêu âm doppler huyết khối tĩnh mạch chậu trong hoặc tĩnh mạch chi dưới.

- Nhiễm khuẩn vết mổ: người bệnh sốt, vết mổ sưng tấy đỏ.

- Nhồi máu phổi: người bệnh đột ngột khó thở, mạch nhanh, huyết áp tụt. X quang ngực: mờ bên phổi bị nhồi máu.

### **2. Xử trí**

- Tai biến chảy máu: nếu chảy máu nhiều, ống dẫn lưu ra nhiều máu đỏ. Mạch nhanh, huyết áp tụt. Cần mổ lại để kiểm tra và khâu cầm máu lại.

- Rò nước tiểu từ phần bàng quang: đặt ống thông niệu đạo và dẫn lưu ổ dịch. Nếu sau 3 tuần, rò nhiều không giảm, cần mổ lại: khâu lại móm cắt bàng quang.

- Viêm tắc tĩnh mạch: để chân cao, sử dụng thuốc chống đông. Kháng sinh mạnh.

- Nhồi máu phổi: hồi sức tích cực, thở máy. Sử dụng thuốc chống đông, kháng sinh mạnh.

# CẮT THẬN BÁN PHẦN

## I. ĐẠI CƯƠNG

Nhằm mục đích phải bảo tồn nhu mô thận cho những trường hợp thận bị thương tổn cả hai bên hoặc có thể sẽ bị bệnh lý cả hai, ngày nay nhờ các tiến bộ về kỹ thuật vi phẫu và việc bảo quản thận, người ta có thể cắt thận bán phần tại chỗ sau khi đã bộc lộ thận để kiểm tra cuống thận và một đôi khi còn đưa thận ra ngoài cơ thể, để xử lý các thương tổn phức tạp do chấn thương hay bị các u.

## II. CHỈ ĐỊNH

- Cắt thận bán phần cực trên khi niệu quản phân đôi và bể thận bệnh lý
- Cắt thận bán phần do u thận
- Cắt thận bán phần cực dưới có niệu quản sinh đôi và bể thận dưới bệnh lý
- Chấn thương thận hoặc tổn thương do sỏi
- Thông động tĩnh mạch trong thận điều trị bằng can thiệp mạch thất bại

## III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Người bệnh có tiền sử bệnh lý nội khoa nặng nề, không thể gây mê hoặc gây tê

## IV. CHUẨN BỊ

### 1. Người thực hiện:

Phẫu thuật viên (PTV) chuyên khoa tiết niệu được đào tạo (tối thiểu 3 người: 1 PTV chính 2 PTV phụ mổ)

### 2. Người bệnh:

Giải thích kỹ trước phẫu thuật nhất là các trường hợp có huyết khối TM thận hoặc di căn gan phổi, đại tràng

Vệ sinh vùng mổ

### 3. Phương tiện:

Bộ dụng cụ trung phẫu

Bộ dụng cụ mạch máu

Hồ sơ bệnh án:

### 4. Dự kiến thời gian phẫu thuật: 120 phút

## V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Tư thế: nghiêng bên cắt thận 70<sup>0</sup>

2. Vô cảm: gây tê tùy sống hoặc gây mê toàn thân

### 3. Kỹ thuật:

#### Bước 1: Đường mổ

Cần bộc lộ trong những điều kiện tốt nhất cuống thận và giải phóng hai cực của thận. Rạch da vùng thắt lưng qua khoảng liên sườn thứ 11 hoặc cắt xương sườn thứ 12 nếu dài.

Sau khi đã mở khoang thận, bóc tách thận khỏi lớp mỡ quanh thận. Nói chung nên giải phóng toàn bộ thận dù là sẽ cắt bỏ cực trên hay dưới, để nhìn rõ cuống thận. Một vài trường hợp cắt thận cực dưới có thể làm tại chỗ mà không cần bộc lộ hết thận cho những người bệnh người gầy mà cuống thận dễ bóc tách.

### **Bước 2: *Phẫu tích cuống thận***

Sau khi đã giải phóng thận, cần tìm niệu quản và luồn một dây chò để làm mốc, phẫu tích lên trên tận bề thận và cũng là để đi vào cuống thận. Tìm tĩnh mạch thận, bóc tách và luồn một dây chò, cho thấy động mạch thận ở phía sau và hơi ở phía trên của tĩnh mạch. Trong trường hợp gặp khó khăn, nhất là ở bên phải thì tìm động mạch ở phía sau và hơi ở phía trên của tĩnh mạch ở phía sau đoạn tận cùng của tĩnh mạch thận, đẩy tĩnh mạch chủ lên bằng một banh nâng mí ắt. Bóc tách và luồn một dây chò dưới động mạch thận.

Bắt đầu phẫu tích riêng rẽ, chọn lọc, từng nhánh của động mạch thận. Thật là hiếm gặp để có được một hình ảnh chụp động mạch cho biết chính xác việc tưới máu ở vùng nhu mô thận sẽ cắt bỏ; cho nên người phẫu thuật viên bao giờ cũng phải nhớ sơ đồ phân chia của những nhánh của động mạch thận ở các vùng của mặt trước và mặt sau thận. Do đó, việc giải phóng động mạch trước bề thận hoặc sau bề thận và các nhánh của nó, cần đi xa vào trong, tùy theo vị trí khu trú của thương tổn ở thận. Việc phẫu tích lại đặc biệt phải chú ý khi mà động mạch sau bề thận, lại chạy theo đường cong lên cao; vì rằng nếu thắt nó sẽ dẫn đến nhồi máu của tất cả mặt sau của thận. Do những thay đổi của giải phẫu, trong thực tế đòi hỏi phải phẫu tích lần lượt các nhánh động mạch, tách ra khỏi đường dẫn niệu kế cận hoặc các tĩnh mạch đi song hành với nó. Do đó dễ gây ra rách tĩnh mạch, đòi hỏi phải khâu cần dùng các banh mí mắt để kéo rộng hai mép ra. Sau khi đã tìm được các nhánh động mạch được coi là đi về vùng nhu mô thận sẽ cắt bỏ, phải kẹp lại bằng các kẹp máu nhỏ (bull - dogs), đợi một vài phút sau thấy xuất hiện vùng xanh phớt thiếu máu của vùng tương ứng với các nhánh mạch máu đó nuôi dưỡng; cũng vì vậy nếu thắt các nhánh mạch máu đó sẽ cho phép cắt bỏ đoạn nhu mô cần thiết. Sau khi đã thắt và cắt các mạch máu, việc phẫu tích phần còn lại của các thành phần của cuống thận sẽ dễ dàng.

Các tĩnh mạch thận thì nối lại với nhau, về mặt lý thuyết thì không cần phẫu tích và phân lập các tĩnh mạch chạy từ vùng bệnh lý ra. Tuy nhiên trong khi cắt thận bán phần có những tĩnh mạch bị rách hoặc bị dạt đứt đi từ vùng bệnh lý ra vẫn cần thắt và cắt.

Thường thấy có nước tiểu được chảy ra qua thân của đài thận ở cực trên hoặc cực dưới của thận, có thể thắt lại, nếu biết chắc chắn là vùng cắt bỏ được dẫn lưu qua đó, còn nếu nghi ngờ chưa chắc chắn thì không can thiệp gì và sẽ khâu lại vùng mặt cắt các đài thận.



Trước khi cắt nhu mô thận, cần thận trọng không khéo luôn một dây chờ dưới động và tĩnh mạch thận để đảm bảo chẹn mạch hoặc có thể dùng các kẹp để kẹp các mạch máu khi có chảy máu lớn.

### **Bước 3: Cắt nhu mô thận**

Không cần thiết phải tách bao xơ thận. Đường cắt nhu mô có thể là ngang hay chéo, chạy theo vùng có đôi mào sẫm thiếu máu, nhưng cần giữ phẳng, cắt bằng dao điện thành một mặt cắt rõ nét qua đó có thể nhìn thấy các mạch máu hoặc đài thận.

Để hạn chế chảy máu, thao tác cắt phải nhanh và phải khâu cầm máu các vết thương mạch máu, đặc biệt với động mạch, nếu vùng thiếu máu không phù hợp với vùng cắt bỏ. Các nút khâu phải khâu bằng loại chỉ tiêu 5/0 hoặc 6/0 kiểu chữ X hoặc chữ U. Chính trong thời điểm này, việc dùng đầu ngón tay để chẹn ở phía trên mặt cắt, như kiểu chẹn cuống thận là cần thiết. Khâu đường dẫn niệu bị cắt, đài và thân đài bằng chỉ tiêu. Nếu có nghi ngờ còn đáy của đài thận để lại sau cắt, thì nên cắt thêm một mảnh tổ chức nhu mô và bằng mọi cách phải đốt đáy của đài còn để lại.

Sau khi đã đảm bảo là cầm máu tốt, lật các mảnh bao xơ còn để lại và khâu lại. Đặt thận vào khoang và chú ý không để xoắn cuống thận, và để dự phòng thận bị xoắn, tốt hơn hết nên khâu cố định cực trên hay cực dưới thận vào thành sau, bằng ba mũi khâu thành hình tam giác. Khâu kín thành vết mổ có đặt một ống dẫn lưu bằng chất dẻo kiểu hút.

## **VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

### **1. Theo dõi:**

- Chảy máu thứ phát là do khâu cầm máu không đầy đủ hoặc do bong đám tổ chức hoại tử ít xảy ra, mà nếu có, đặc biệt phải mổ lại để cầm máu hoặc cắt thận.
- Hiện tượng rò nước tiểu tạm thời là do khâu đường dẫn niệu chưa tốt hoặc còn sót lại một đài bị tắc không được dẫn vào đường dẫn niệu, nước tiểu từ đó chảy vào ổ mổ. Thường sẽ hết đi dần dần nhưng có khi kéo dài một vài tuần lễ.
- Suy thận tạm thời thường là do hoại tử ống thận cấp, hậu quả của việc thao tác vào cuống thận và gây ra thiếu máu thận. Nếu ở người chỉ còn một thận thì phải thẩm phân máu một số lần. Đặc biệt hiếm gặp, thường làm cho bất ngờ là trường hợp chụp niệu đồ tĩnh mạch kiểm tra sau mổ, thấy mất chức năng thận sau cắt bán phần.

### **2. Xử trí tai biến:**

- Tai biến chảy máu: nếu chảy máu nhiều, ống dẫn lưu ra nhiều máu đỏ. Mạch nhanh, huyết áp tụt. Cần mổ lại để kiểm tra và khâu cầm máu lại.
- Rò nước tiểu: đặt ống JJ niệu quản.

# PHẪU THUẬT TRÀN DỊCH MÀNG TINH HOÀN

## I. ĐẠI CƯƠNG

Tràn dịch màng tinh hoàn có nhiều thể bệnh:

- Tràn dịch màng tinh hoàn lưu thông với phúc mạc do còn ống phúc tinh mạc hay gặp ở trẻ sơ sinh, trẻ nhỏ, có thể phối hợp với thoát vị bẹn, tinh hoàn lạc chỗ.

- Tràn dịch ống phúc tinh mạc, do ống phúc tinh mạc không tắc hoàn toàn, còn thông cực dưới với màng tinh hoàn.

- Tràn dịch màng tinh hoàn khu trú như thành nang bọc quanh tinh hoàn.

Có nhiều kỹ thuật mổ tràn dịch màng tinh hoàn như qua đường bẹn, qua lỗ bẹn nông (đối với trẻ em trên 18 tháng nên đi qua đường này) hoặc đi trực tiếp qua đường bìu.

Có thể tiến hành cắt lộn màng tinh hoàn hoặc cắt bớt lá thành màng tinh hoàn hay lộn xếp lá thành màng tinh hoàn.

## II. CHỈ ĐỊNH

Tràn dịch màng tinh hoàn lượng nhiều làm mất cân đối bìu hoặc làm người bệnh đau tức nhiều vùng bìu, ảnh hưởng cuộc sống.

## III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Người bệnh có chống chỉ định phẫu thuật.

- Tràn dịch màng tinh hoàn do ung thư tinh hoàn

## IV. CHUẨN BỊ

### 1. Người thực hiện:

- Phẫu thuật viên (PTV) chuyên khoa Nam học – Tiết niệu – Ngoại chung.

- Kíp mổ gồm 3 người: 1 PTV chính và 2 PTV phụ

### 2. Người bệnh:

- Giải thích kỹ cho người bệnh và người thân về các tai biến, biến chứng có thể xảy ra khi phẫu thuật.

- Yêu cầu người bệnh tối hôm trước ăn nhẹ, sáng ngày mổ nhịn ăn.

- Chuẩn bị ruột: Thụt tháo tối trước mổ.

### 3. Phương tiện: Bộ dụng cụ trung phẫu

### 4. Dự kiến thời gian phẫu thuật: 60 phút

## V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

### 1. Tư thế:

- Tư thế người bệnh, người bệnh nằm ngửa hai chân duỗi thẳng và đầu kê cao khoảng 15 độ.

- Cách bố trí phòng mổ:

+ Bác sĩ gây mê ở phía trên đầu người bệnh.

+ Phẫu thuật viên chính đứng cùng bên với bên mổ và phụ đứng ở phía đối diện.

+ Bàn dụng cụ đặt ở dưới chân người bệnh, y tá dụng cụ đứng cùng bên với phẫu thuật viên phụ.

### 2. Vô cảm:

Gây tê tuỷ sống hay gây tê tại chỗ ở gốc bìu bằng lidocain 1%

### 3. Kỹ thuật:

**Bước 1:** Dùng ngón tay cái và ngón trỏ bên trái kẹp đẩy dưới góc của khối tràn dịch màng tinh hoàn ra phía ngoài da bìu. Kẹp chặt để căng da và chèn mạch máu.

**Bước 2:** Rạch da bìu một đường rạch khoảng 3-5 cm (tùy khối lượng tràn dịch). Qua đường rạch tới thẳng lớp màng tinh hoàn, qua lớp Dartos, các lớp tổ chức liên kết và một số mạch nhỏ dưới da.

**Bước 3:** Dùng khoảng 3-4 cái kẹp răng chuột (Allis), kẹp vào mép đường rạch và các tổ chức dính với màng tinh hoàn, tay trái vẫn giữ cho căng vết mổ, kiểm tra và cầm máu. Tách lớp Dartos ra khỏi màng tinh hoàn để có thể mở rộng rõ để giữ được tinh hoàn.

**Bước 4:** Mở lớp màng tinh hoàn, hút hết dịch màng tinh hoàn (làm xét nghiệm tế bào, cấy vi khuẩn,...). Đưa tinh hoàn ra ngoài lớp màng tinh hoàn.

**Bước 5:** Khâu lớp màng tinh hoàn: có hai cách:

- Phương pháp lộn xếp lá thành màng tinh hoàn (phẫu thuật Lord): Khâu lớp màng tinh hoàn từ mép cắt vào mặt trong (mặt phúc mạc) cách nhau một cm bằng chỉ tiêu 3/0- 4/0, khâu lần lượt vòng quanh cuống tinh hoàn (6-8 mũi) để tạo những nếp gấp của mào tinh hoàn, cho đến sát tinh hoàn.

- Phương pháp khâu lộn màng tinh hoàn (phẫu thuật Jaboulay): Khâu lộn ngược màng tinh hoàn từ vùng mào tinh hoàn lên thừng tinh phía trên.

Đưa nhẹ nhàng tinh hoàn trở lại bìu như nằm trong một cái túi được tạo bởi lớp Dartos. Tháo dần các kẹp Allis và khâu thành bìu bao gồm lớp Dartos, các lớp tổ chức liên kết, để đóng kín lớp tổ chức dưới da. Tiếp tục đóng kín lớp da bìu.

Trường hợp cầm máu chưa kỹ hoặc dịch thoát ra nhiều, để đề phòng khối máu hoặc dịch tụ trong ổ mổ, có thể đặt dẫn lưu ổ mổ

## **VI. THEO DÕI VÀ NGUYÊN TẮC XỬ TRÍ TẠI BIẾN – BIẾN CHỨNG**

### **1. Theo dõi:**

- Theo dõi các chức năng sống và tại chỗ vùng mổ - vết mổ.

- Các biến chứng phẫu thuật thông thường đều có thể gặp trong phẫu thuật tràn dịch màng tinh hoàn. Có một số bằng chứng cho thấy phẫu thuật Lord ít biến chứng hơn. Biến chứng thường gặp nhất là tụ máu (thường tụ máu trong bìu). Có thể có khối máu tụ hoặc khối dịch tụ nếu không cầm máu kỹ và không đặt dẫn lưu.

- Các biến chứng khác có thể gặp nhưng ít gặp hơn nhiều, đó là nhiễm khuẩn, áp xe bìu, tràn dịch tái phát. Tràn dịch màng tinh hoàn tái phát rất hiếm gặp, vì các lớp khâu gấp lớp màng tinh hoàn được đóng kín, không để khoảng trống cho dịch xuất tiết tụ lại.

### **2. Xử trí tại biến:**

- Khối máu tụ hoặc khối dịch tụ mức độ nhẹ thì không cần phải can thiệp phẫu thuật. Nếu ở mức độ nặng thì phẫu thuật lấy khối máu – dịch tụ.

- Nhiễm khuẩn: điều trị kháng sinh phù hợp.

- Áp xe bìu: phẫu thuật trích rạch mở áp xe

- Tràn dịch màng tinh hoàn tái phát: phẫu thuật lại.

# NÓI ỚNG DẪN TINH SAU PHẪU THUẬT ĐÌNH SẢN

## I. ĐẠI CƯƠNG

Phẫu thuật nói ống dẫn tinh chủ yếu được thực hiện để khôi phục lại lưu thông của ống dẫn tinh sau phẫu thuật đình sản ở một số trường hợp được lựa chọn.

Hiện nay, phẫu thuật nói ống dẫn tinh được tiến hành dưới kính phóng đại nhiều lần và dùng chỉ rất nhỏ, còn được gọi là vi phẫu thuật.

## II. CHỈ ĐỊNH

- Người bệnh có nguyện vọng mổ nối lại ống dẫn tinh do muốn có con lại (con chết, lấy vợ mới...).

- Người bệnh có nguyện vọng mổ nối lại ống dẫn tinh do khó chịu nhiều, mắc vấn đề tâm lý... sau phẫu thuật đình sản.

## III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Người bệnh có chống chỉ định phẫu thuật.

- Những trường hợp sau thắt ống dẫn tinh có kháng thể kháng tinh trùng với hiệu giá cao, không nên tiến hành phẫu thuật nối ống dẫn tinh ngay mà cần được điều trị trước khi tiến hành phẫu thuật.

## IV. CHUẨN BỊ

### 1. Người thực hiện:

- Phẫu thuật viên chuyên khoa Nam học, có khả năng tiến hành vi phẫu thuật.

- Kíp mổ gồm 3 người: 1 PTV chính và 2 PTV phụ

### 2. Người bệnh:

- Giải thích kỹ cho người bệnh và người thân về các tai biến, biến chứng có thể xảy ra khi phẫu thuật.

- Yêu cầu người bệnh tối hôm trước ăn nhẹ, sáng ngày mổ nhịn ăn.

- Chuẩn bị ruột: Thụt tháo tối trước mổ.

### 3. Phương tiện:

- Bộ dụng cụ vi phẫu. Có thêm dụng cụ cặp ống dẫn tinh, kẹp mạch máu bulldog.

- Kim chỉ nhỏ mạch máu cỡ 7-0 tới 10-0 (chủ yếu chỉ không tiêu, đơn sợi)

- Kính vi phẫu

### 4. Dự kiến thời gian phẫu thuật: 90 – 120 phút

## V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

### 1. Tư thế:

- Tư thế người bệnh, người bệnh nằm ngửa hai chân duỗi thẳng và đầu kê cao khoảng 15 độ.

- Cách bố trí phòng mổ:

+ Bác sĩ gây mê ở phía trên đầu người bệnh.

+ Phẫu thuật viên chính đứng cùng bên với bên mổ và phụ đứng ở phía đối diện.

+ Bàn dụng cụ đặt ở dưới chân người bệnh, y tá dụng cụ đứng cùng bên với phẫu thuật viên phụ.

### 2. Vô cảm:

Gây tê tuỷ sống hay gây mê.

### 3. Kỹ thuật:

**Bước 1:** Rửa da: Rửa da dọc bìu từng bên tương ứng với vị trí thắt ống dẫn tinh hoặc rửa da dọc giữa bìu.

**Bước 2:** Dùng cặp ống dẫn tinh kéo ống dẫn tinh trên và dưới chỗ thắt ống dẫn tinh lên để thuận lợi cho việc phẫu tích.

**Bước 3:** Phẫu tích các lớp bìu tới chỗ thắt ống dẫn tinh.

**Bước 4:** Chuẩn bị hai đầu miệng nối. Bơm lưu thông ống dẫn tinh bằng dung dịch NaCl 0,9% hoặc Ringer lactate và kiểm tra xem có tinh trùng ở đầu gần ống dẫn tinh không.

**Bước 5:** Dùng kẹp bulldog hoặc kẹp để kéo hai đầu ống dẫn tinh vào gần nhau.

**Bước 6:** Khâu vi phẫu ống dẫn tinh một lớp hoặc hai lớp, dùng chỉ 9-0 hoặc 10-0.

**Bước 7:** Cầm máu.

**Bước 8:** Khâu phục hồi bìu, có hoặc không đặt dẫn lưu.

## **VI. THEO DÕI VÀ NGUYÊN TẮC XỬ TRÍ TẠI BIẾN – BIẾN CHỨNG**

### **1. Theo dõi:**

- Theo dõi hậu phẫu như một cuộc mổ thông thường: chức năng sống, vết mổ...
- Các biến chứng trong phẫu thuật nối ống dẫn tinh có thể gặp bao gồm: chảy máu bìu, phù nề bìu, hoặc cũng có thể bung mũi khâu nối ống dẫn tinh. Biến chứng xa gồm có tắc ống dẫn tinh hoặc khối u hạt do tinh trùng (sperm granulomas).
- Người bệnh được hướng dẫn nằm nghỉ sau mổ 1 tuần, tránh các hoạt động nặng; sử dụng băng đỡ bìu trong 1 tháng; tránh sinh hoạt tình dục trong 2 tuần. Kinh nghiệm cho thấy trở lại hoạt động thường ngày sớm có thể làm bung mũi khâu ở nhiều người bệnh khi tiến hành phẫu thuật nối ống dẫn tinh lại.

### **2. Xử trí tại biến:**

- Các biến chứng nhẹ như phù nề bìu, chảy máu nhẹ có thể điều trị nội khoa, theo dõi.
- Các biến chứng nặng hơn như bung mũi khâu ống dẫn tinh, hẹp ống dẫn tinh,... cần phẫu thuật khâu nối lại.

# THẮT TĨNH MẠCH TINH TRÊN BỤNG

## I. ĐẠI CƯƠNG

Giãn tĩnh mạch tinh (TMT) là hiện tượng giãn bất thường của tĩnh mạch tinh và đám rối tĩnh mạch tinh. 90% giãn TMT xảy ra ở một bên và thường là ở bên trái. Lý do chủ yếu để người bệnh đi khám là đau tức vùng bẹn bìu hoặc hiếm muộn con cái.

Mục đích của phẫu thuật thắt cắt tĩnh mạch tinh là ngăn cản sự trào ngược dòng máu tĩnh mạch về tinh hoàn, trong khi đó bảo tồn dòng máu động mạch và bạch huyết.

## II. CHỈ ĐỊNH

- Khi xuất hiện tất cả các biểu hiện sau:
  - + Giãn tĩnh mạch tinh có thể sờ thấy được (độ 2-3)
  - + Cặp đôi bì vô sinh
  - + Phía nữ có khả năng sinh sản bình thường hoặc nếu không bình thường thì cũng có tiềm năng có thể chữa khỏi
  - + Nam giới có hơn một dữ liệu bất thường trên tinh dịch đồ hoặc trên kết quả xét nghiệm chức năng tinh trùng.
- Ở nam giới trưởng thành bị giãn tĩnh mạch tinh có thể sờ thấy được và phân tích tinh dịch đồ bất thường nhưng hiện tại không cố gắng có con.
- Ở nam giới trưởng thành có bằng chứng giảm kích thích tinh hoàn cùng bên giãn tĩnh mạch tinh.
- Giãn TMT gây triệu chứng đau tức vùng bìu kéo dài ảnh hưởng đến sinh hoạt và lao động hàng ngày.

## III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Những người bệnh có chống chỉ định phẫu thuật nói chung

## IV. CHUẨN BỊ

### 1. Người thực hiện:

- Phẫu thuật viên (PTV) chuyên khoa Nam học – Tiết niệu – Nhi khoa.
- Kíp mổ gồm 3 người: 1 PTV chính và 2 PTV phụ

### 2. Người bệnh:

- Giải thích kỹ cho người bệnh và người thân về các tai biến, biến chứng có thể xảy ra khi phẫu thuật.
- Yêu cầu người bệnh tối hôm trước ăn nhẹ, sáng ngày mổ nhịn ăn.
- Chuẩn bị ruột: Thụt tháo tối trước mổ.

### 3. Phương tiện:

Bộ dụng cụ trung phẫu, có thể kết hợp với kính phóng đại để thuận lợi trong việc phẫu tích các thành phần nhỏ như: động mạch, bạch mạch,...

### 4. Dự kiến thời gian phẫu thuật: 60 phút

## V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

### 1. Tư thế:

- Tư thế người bệnh, người bệnh nằm ngửa hai chân duỗi thẳng và đầu kê cao khoảng 15 độ.
- Cách bố trí phòng mổ:
  - + Bác sĩ gây mê ở phía trên đầu người bệnh.
  - + Phẫu thuật viên chính đứng cùng bên với bên mổ và phụ đứng ở phía đối diện.
  - + Bàn dụng cụ đặt ở dưới chân người bệnh, y tá dụng cụ đứng cùng bên với phẫu thuật viên phụ.

### 2. Vô cảm:

- Vô cảm: Gây tê tùy sống hoặc gây tê thừng tinh phối hợp tê tại chỗ hoặc mê toàn thân

### 3. Kỹ thuật:

- **Mổ đường bẹn :**

*Kỹ thuật mổ của Schoysman:*

**Bước 1:** Đường rạch da giống với đường mổ của thoát vị bẹn. Đầu dưới của đường rạch ở điểm giữa gai mu và khớp mu nơi mức lỗ bẹn ngoài. Đường rạch da xiên lên trên và ra ngoài, theo đường phân giác của góc giữa dây cung đùi và bờ ngoài của cơ thẳng to của bụng. Chiều dài trung bình của đường rạch là từ 8 - 10cm, càng dài nếu người bệnh càng béo.

**Bước 2:** Kỹ thuật mổ này chống chỉ định với những người bệnh có tiền sử mổ thoát vị bẹn vì dễ phạm phải các thành phần của thừng tinh khi mổ lại. Hơn nữa, TMT tại vị trí này đã phân nhánh nên có nhiều nhánh dễ bị bỏ sót khi thắt. Ngoài ra tại vị trí này động mạch tinh cũng đã phân nhánh nên khó nhận biết bằng mắt thường để tách riêng.

- **Mổ đường chậu sau phúc mạc.**

+ *Kỹ thuật của Ivanissevich.*

Rạch da ở phía trên lỗ bẹn sâu và dưới gai chậu trước trên. Đường rạch dài chừng 8 - 10 cm.

+ *Kỹ thuật của Palomo.*

**Bước 1:** Rạch da theo chiều ngang độ 5cm ở trên lỗ bẹn sâu, hơi cao hơn so với kỹ thuật mổ của Ivanissevich.

**Bước 2:** Rạch cân cơ chéo lớn, tách các thớ cơ. Bóc tách đi vào khoang sau phúc mạc.

**Bước 3:** Phẫu tích bộc lộ tĩnh mạch tinh. Tách riêng các thành phần còn lại: động mạch, bạch mạch...

**Bước 4:** Thắt và cắt TMT ở vị trí sau phúc mạc bờ ngoài cơ thắt lưng chậu và bảo tồn động mạch tinh, bạch mạch.

**Bước 5:** Cầm máu. Khâu phục hồi vết mổ.

## VI. THEO DÕI VÀ NGUYÊN TẮC XỬ TRÍ TAI BIẾN – BIẾN CHỨNG

### 1. Theo dõi:

- Theo dõi ngay sau mổ:

+ Sự tiến triển của vết mổ: liền tốt hay viêm nhiễm, không liền

+ Tụ máu bìu

+ Phù nề, tràn dịch tinh mạc

+ Đau tinh hoàn và bìu bên mổ

- Theo dõi xa sau mổ: Thăm khám tình trạng chung và tại chỗ, SA Doppler màu vùng bìu, xét nghiệm tinh dịch đồ và nội tiết tố. Đánh giá dựa theo các tiêu chuẩn sau:

+ Tràn dịch tinh mạc

+ Giãn tĩnh mạch tinh tái phát

+ Teo tinh hoàn

+ Đau tức vùng bìu

+ Sự cải thiện về chỉ số tinh dịch đồ hay người bệnh có con sau phẫu thuật

### 2. Xử trí tai biến:

- Phải mổ lại cầm máu do chảy máu, tụ máu bìu.

- Tràn dịch tinh mạc nhiều phải mổ lại dẫn lưu dịch.

# PHẪU THUẬT VỠ VẬT HANG DO GÃY DƯƠNG VẬT

## I. ĐẠI CƯƠNG

Vật hang là hai thể hình trụ ở hai bên lưng dương vật chứa đầy máu khi dương vật cương cứng. Bao bọc vật hang là một bao xơ gọi là cân Abuginea (vỏ trắng) gồm nhiều bó collagen dày và một số sợi đàn hồi. Thành vỏ trắng dày khoảng 2-3 mm, khi dương vật cương cứng mỏng đi còn 0,5 mm nên dễ bị vỡ khi có chấn thương do bê gãy hoặc chấn thương khi giao hợp sai tư thế, cưỡng dâm...

Khi vật hang bị vỡ (rách lớp vỏ trắng), máu thoát ra ngoài gây máu tụ, dương vật biến dạng vẹo lệch, để lại những biến chứng như cong vẹo dương vật, đáí khó, đau khi cương, dẫn tới rối loạn cương dương, ảnh hưởng tới chất lượng cuộc sống tình dục của người bệnh.

Phẫu thuật vỡ vật hang chủ yếu nhằm:

- Cắt lọc chỗ bầm dập.
- Lấy hết máu tụ, cầm máu.
- Khâu kín, chắc lớp vỏ trắng bị vỡ.
- Đề phòng biến chứng.

## II. CHỈ ĐỊNH

Vỡ vật hang được khẳng định bằng lâm sàng, có hoặc không kết hợp với các phương tiện chẩn đoán cận lâm sàng khác như: siêu âm, cộng hưởng từ.

## III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Đây là cấp cứu ngoại khoa nên không có chống chỉ định tuyệt đối. Cần lưu ý những người bệnh có nguy cơ phẫu thuật.

## IV. CHUẨN BỊ

### 1. Người thực hiện:

- Phẫu thuật viên (PTV) chuyên khoa Nam học – Tiết niệu – Nhi khoa.
- Kíp mổ gồm 3 người: 1 PTV chính và 2 PTV phụ

### 2. Người bệnh:

- Giải thích kỹ cho người bệnh và người thân về các tai biến, biến chứng có thể xảy ra khi phẫu thuật.
- Đây là một cấp cứu ngoại khoa, yêu cầu người bệnh nhịn ăn trước mổ 6 giờ.
- Chuẩn bị ruột: Thụt tháo trước mổ.

### 3. Phương tiện:

Bộ dụng cụ trung phẫu, một bộ dụng cụ mạch máu

Chỉ khâu mạch máu không tiêu hoặc tiêu chậm (chỉ Prolene hoặc chỉ Maxon 3-0, 4-0), các chỉ khác khâu cân và da dương vật.

### 4. Dự kiến thời gian phẫu thuật: 60 phút

## V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

### 1. Tư thế:

- Tư thế người bệnh, người bệnh nằm ngửa hai chân duỗi thẳng và đầu kê cao khoảng 15 độ.

- Cách bố trí phòng mổ:

+ Bác sĩ gây mê ở phía trên đầu người bệnh.

+ Phẫu thuật viên chính đứng cùng bên với bên mổ và phụ đứng ở phía đối diện.

+ Bàn dụng cụ đặt ở dưới chân người bệnh, y tá dụng cụ đứng cùng bên với phẫu thuật viên phụ.

### 2. Vô cảm:

Gây tê tuỷ sống hay gây tê vùng tại chỗ.



### 3. Kỹ thuật:

**Bước 1:** rạch da, tùy theo vị trí của nơi vỡ trắng vật hang bị vỡ, có thể áp dụng thích hợp:

+ Vỡ vật hang ở 1/3 đầu: Đường rạch vòng quanh dương vật dưới rãnh quy đầu khoảng 1 cm, rồi bóc da xuống chỗ vỡ.

+ Vỡ vật hang ở 1/3 gốc dương vật: Có thể rạch vòng quanh, đưa da lên trên hay rạch dọc.

+ Vỡ thân vật hang: Rạch dọc vừa đủ ngay trên chỗ vỡ.

**Bước 2:** Phẫu tích các lớp dương vật, lấy hết máu cục tại nơi vỡ vật hang và xung quanh. Rửa sạch bằng dung dịch NaCl 0,9% để kiểm tra thương tổn rõ ràng. Vỡ trắng màu trắng bóng, có máu rỉ ra liên tục, đường vỡ có thể gọn nhưng cũng có thể vỡ nham nhở hình sao, có thể ngắn nhưng cũng có thể dài vòng quanh 1/2 chu vi hoặc hơn nữa, vào sâu gần hết chu vi vật hang.

**Bước 3:** Cắt xén một cách tiết kiệm, gọn gàng để 2 mép rách của vỡ trắng dễ khép vào nhau khi khâu.

**Bước 4:** Khâu vỡ trắng vật hang bằng chỉ khâu mạch máu mũi rời. Khâu vùi chỉ buộc vào trong để khi liền lớp vỡ trắng, không sờ thấy nút chỉ.

**Bước 5:** Khâu phục hồi lớp mạc sâu và mạc nông bên ngoài bằng chỉ tiêu chậm.

**Bước 6:** Khâu da tỉ mỉ để tránh sẹo rúm rỏ

*Chú ý:* Kiểm tra, nếu có thương tổn niệu đạo kèm theo thì phải xử trí niệu đạo hoặc phải đặt thông tiểu cho người bệnh

## VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

### 1. Theo dõi:

- Điều trị kháng sinh phối hợp, chống phù nề ( $\alpha$ -chymotrypsin 4 viên/ ngày).  
- Thuốc an thần tránh cương dương vật sớm: Seduxen 5 mg x 2 viên / ngày (uống vào lúc 21 giờ).

- Thay băng tránh nhiễm khuẩn vết thương, băng vòng quanh dương vật, tạo điều kiện cho thẳng dương vật, tránh vẹo dương vật sau này.

- Nhiều người bệnh được điều trị bảo tồn hoặc phẫu thuật muộn có biểu hiện của rối loạn tình dục như: cương đau, cong dương vật, rối loạn cương dương.

- Người bệnh có tổn thương niệu đạo phối hợp với vỡ vật hang mà không được điều trị có nguy cơ cao bị áp xe quanh niệu đạo, hẹp và rò niệu đạo.

### 2. Xử trí tai biến:

- Người bệnh bị rối loạn tình dục có thể điều trị nội khoa ổn định. Nếu dương vật cong nhiều, có thể tiến hành phẫu thuật sửa lại dương vật cho thẳng.

- Những tổn thương niệu đạo thường cần phải phẫu thuật sửa chữa niệu đạo.