

BỘ MÔN NGOẠI – ĐẠI HỌC Y DƯỢC THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH

CĂN BẢN VỀ TIỂU PHẪU

Chủ biên: PGS TS BS NGUYỄN VĂN HẢI

EBOOKBKMT.COM

HỖ TRỢ TÀI LIỆU HỌC TẬP

Chủ biên PGS TS BS NGUYỄN VĂN HẢI

Ban biên soạn PGS TS BS ĐỖ ĐÌNH CÔNG
PGS TS BS LÊ VĂN QUANG
PGS TS BS NGUYỄN VĂN HẢI
ThS BS PHẠM HỮU THÔNG
ThS BS LÊ HUY LƯU
BS CK1 LÝ HỮU TUẤN
ThS BS TRẦN QUANG ĐẠI
ThS BS TRẦN ĐỨC HUY
ThS BS NGUYỄN TUẤN ANH
ThsS BS PHẠM HỒNG PHÚ

Biên tập PGS TS BS NGUYỄN VĂN HẢI
ThS BS TRẦN ĐỨC HUY

LỜI NÓI ĐẦU

Quyển sách “*Căn bản về Tiểu phẫu*” đã được Bộ môn Ngoại dự định viết từ lâu vì lẽ ở trong nước đã có khá nhiều sách bệnh học và điều trị về Ngoại khoa, nhưng lại rất ít tài liệu hướng dẫn về cách thực hiện các tiểu phẫu, các thủ thuật.

Có thể nói, thực hiện các phẫu thuật nhỏ hay các thủ thuật dưới gây tê tại chỗ là việc làm hàng ngày, không thể thiếu của các bác sĩ ngoại khoa tổng quát hay ngoại khoa chuyên sâu. Thậm chí, ở các nước Âu-Mỹ, chính các bác sĩ gia đình là những người thường xuyên thực hiện các phẫu thuật như cắt bỏ bướu bã, rạch áp xe, xử trí thì đầu vết thương phần mềm, chăm sóc vết thương cho bệnh nhân sau khi ra viện,... Vì vậy, việc trang bị thêm kiến thức và kỹ năng về tiểu phẫu là cần thiết cho các bác sĩ gia đình và các bác sĩ ngoại khoa nói chung.

Sau một thời gian biên soạn, chỉnh lý, Bộ môn Ngoại Đại học Y-Dược Thành phố Hồ Chí Minh giới thiệu quyển sách này đến các bạn sinh viên Y khoa và học viên sau đại học về Ngoại khoa, các học viên chuyên ngành Bác sĩ gia đình. Quyển sách gồm 16 chủ đề, từ cách thiết lập một phòng tiểu phẫu đến chuẩn bị và chăm sóc bệnh nhân, cách gây tê..., chỉ định và cách thực hiện một số tiểu phẫu, thủ thuật hay gặp. Ở mỗi chủ đề, ban biên soạn cố gắng trình bày đủ thông tin cần thiết, theo cách ngắn gọn, cố gắng có hình minh họa cho dễ hiểu. Dù vậy, do xuất bản lần đầu, chắc chắn sẽ không tránh khỏi một số sai sót. Rất mong được quý đồng nghiệp góp ý để các lần xuất bản kế tiếp được hoàn thiện hơn.

Chân thành cảm ơn quý bạn đọc.

Chủ nhiệm Bộ môn Ngoại

PGS TS Nguyễn Văn Hải

MỤC LỤC

CHUẨN BỊ TRƯỚC VÀ SẴN SÓC SAU MỔ CHO BỆNH TIỂU PHẪU	1
Đỗ Đình Công	1
THIẾT LẬP MỘT PHÒNG TIỂU PHẪU	6
Lê Huy Lưu, Nguyễn Tuấn Anh	6
GÂY TÊ TẠI CHỖ TRONG MỔ TIỂU PHẪU	12
Nguyễn Văn Hải, Lý Hữu Tuấn	12
BỘC LỘ TĨNH MẠCH	17
Lê Văn Quang	17
BUỚU BÃ	22
Nguyễn Văn Hải	22
XỬ TRÍ ÁP XE PHẦN MỀM	28
Nguyễn Văn Hải, Lê Huy Lưu	28
KHÂU DA THÌ HAI	35
Nguyễn Tuấn Anh, Nguyễn Văn Hải	36
BUỚU MỠ	40
Nguyễn Tuấn Anh	40
CẮT DA QUI ĐẦU	47
Nguyễn Văn Hải	47
TIỂU PHẪU KHÓI U VÚ	55
Phạm Hữu Thông	55
SINH THIẾT HẠCH NGOẠI BIÊN	62
Lý Hữu Tuấn	62
XỬ TRÍ VẾT THƯƠNG PHẦN MỀM	71
Trần Đức Huy, Nguyễn Văn Hải	71
POLYP SỢI THUỢNG BÌ	86
Lý Hữu Tuấn	86
SINH THIẾT DA	90
Trần Quang Đại	90
CHỌC HÚT DỊCH Ổ BỤNG	94
Phạm Hồng Phú	94
CHỌC HÚT DỊCH MÀNG PHỔI	103
Phạm Hồng Phú	103

CHUẨN BỊ TRƯỚC VÀ SẴN SÓC SAU MỔ CHO BỆNH TIỂU PHẪU

Đỗ Đình Công

MỤC TIÊU

1. *Đánh giá đầy đủ tình trạng toàn thân của người bệnh*
2. *Kiểm tra kết quả của các xét nghiệm cần thiết trước mổ*
3. *Kê toa thuốc và dặn dò đầy đủ sau mổ*

Thầy thuốc và bệnh nhân thường không coi trọng việc đánh giá tình trạng bệnh nhân trước khi thực hiện tiểu phẫu hay thủ thuật ngoại khoa. Tất cả mọi tác động đến người bệnh đều có thể làm cho bệnh nhân có những phản ứng không có lợi, có thể dẫn đến tử vong. Thật là đáng tiếc và có thể bị quy trách nhiệm nếu những điều này có thể dự đoán hay phòng tránh được.

Kế hoạch điều trị được thực hiện dựa trên việc đánh giá trước mổ về tình trạng tại chỗ và toàn thân của bệnh nhân. Ngoài vấn đề ngoại khoa, thầy thuốc còn phải xác định tình trạng sinh lý toàn thân của bệnh nhân. Muốn đạt được mục đích này, phải hỏi bệnh sử, khám lâm sàng và thực hiện các xét nghiệm.

I. ĐÁNH GIÁ LÂM SÀNG TRƯỚC MỔ

Thầy thuốc cần thu nhận một cách nhanh chóng những thông tin sau đây để đánh giá tình trạng bệnh nhân trước mổ hay trước khi làm thủ thuật.

1. Phản ứng với thuốc tê

Có những bệnh nhân đã tiếp xúc với thuốc tê, người bệnh biết mình bị phản ứng. Thầy thuốc phải hỏi về những phản ứng của bệnh nhân như: nổi mề đay, mệt, ngất xỉu hay co giật xảy ra trong những lần được chích thuốc tê trước đó. Thật khó có thể nói một bệnh nhân sẽ không bị phản ứng nếu họ đã được chích thuốc tê trước đó mà không bị phản ứng. Dù không thể dự báo trước nhưng tiền căn dị ứng với thuốc tê và với những loại thuốc khác phải được hỏi và ghi chép vào bệnh án. Việc thử phản ứng với thuốc tê có thể không bắt buộc tại nhiều bệnh viện, nhưng thầy thuốc phải chú ý tìm những triệu chứng trên ngay khi mới bắt đầu tiêm thuốc tê cho người bệnh. Có như vậy mới phát hiện và xử trí kịp thời đối với phản ứng thuốc nói chung và với thuốc tê nói riêng.

2. Bệnh lý đường hô hấp

Thầy thuốc cần quan tâm đến tình trạng khó thở và tím tái của người bệnh. Triệu chứng có thể rõ nhưng cũng có thể kín đáo, đôi khi người bệnh chỉ lên cơn suyễn làm khó thở trong một vài tình huống như xúc động, lo lắng. Hai bệnh lý cần được ghi chép trong phần tiền căn là bệnh suyễn và tắc nghẽn mạn tính đường hô hấp. Trong những trường hợp này, nên đưa bệnh nhân vào phòng mổ hay cần chuẩn bị những phương tiện hỗ trợ hô hấp trước khi làm thủ thuật hay tiểu phẫu thuật.

Để chuẩn bị tốt cho việc hồi sức về hô hấp, thầy thuốc cần thăm khám để xác định mức độ khó khăn khi đặt nội khí quản như: cổ ngắn, không há miệng rộng, hạn chế hoạt động khớp thái dương hàm, cứng khớp đốt sống cổ. Trong những trường hợp này cần hết sức thận trọng, phải chuẩn bị thật đầy đủ trang thiết bị để hồi sức khi cần thiết.

3. Bệnh lý tim mạch

Con người càng sống thọ, bệnh nhân lớn tuổi vào bệnh viện ngày càng nhiều. Khi đó người bệnh thường có bệnh tim mạch kèm theo như: cao huyết áp, thiếu máu cơ tim... Thậm chí có trường hợp đã bị tai biến mạch máu não do cao huyết áp hay nhồi máu cơ tim. Thầy thuốc cần lưu ý vì nhiều bệnh nhân tim mạch không có triệu chứng. Nhất là đối với bệnh nhân Việt nam, thầy thuốc không hỏi đến thì bệnh nhân không kể những bệnh lý hay thuốc men mà họ đang sử dụng. Bệnh van tim cũng có xuất độ nhiều như bệnh thiếu máu cơ tim. Triệu chứng sau đây gợi ý đến bệnh lý của van tim: khó thở khi gắng sức, khó thở về đêm, hồi hộp, ho ra máu... Bác sĩ nghe tim, đo ECG cho bệnh nhân và nếu cần phải hội chẩn với chuyên khoa tim mạch trước mổ.

Nguy cơ nhồi máu cơ tim càng tăng cao trong trường hợp người bệnh mới bị nhồi máu cơ tim. Nếu nhồi máu cơ tim xảy ra > 6 tháng thì nguy cơ bị đột mới của nhồi máu cơ tim là 6%. Nếu nhồi máu cơ tim cũ xảy ra trong vòng 3-6 tháng thì nguy cơ bị đột mới của nhồi máu cơ tim là 16%. Nếu nhồi máu cơ tim cũ xảy ra < 3 tháng thì nguy cơ nhồi máu cơ tim của đột mới là 36%.

Goldman đưa ra chỉ số để tính nguy cơ của bệnh tim mạch như sau:

<i>Tiêu chuẩn</i>	<i>Điểm số</i>
Tuổi > 70	5
Nhồi máu cơ tim trong vòng 6 tháng	10
Tiếng tim T3 hay tĩnh mạch cổ nổi	11
Hẹp van động mạch chủ	3
ECG không phải nhịp xoang	7
Ngoại tâm thu thất > 5 lần/phút	7
Toàn trạng kém	3
Bệnh cần mổ cấp cứu	4
Mổ bụng, lồng ngực, động mạch chủ	3

Tổng điểm theo bảng trên là 53. Khi điểm số trên 13 điểm thì bệnh nhân có tiên lượng xấu, khả năng nguy hiểm đến tính mạng là 11%. Khi điểm số trên 26 thì tiên lượng rất xấu, 50% bệnh nhân có thể tử vong. Trong trường hợp này chỉ nên thực hiện thủ thuật hay phẫu thuật khi thật cần thiết để cứu sống người bệnh. Chỉ số nguy cơ theo Goldman được ưa chuộng vì đơn giản, đa số các tiêu chuẩn đều căn cứ vào triệu chứng lâm sàng.

4. Động kinh, vọp bẻ, tình trạng tâm thần kinh.

Thầy thuốc cần khai thác tiền căn về động kinh, vọp bẻ và tình trạng tâm thần kinh để dự phòng những tình huống bất ngờ.

5. Tình trạng dễ chảy máu

Có thể xuất hiện khi bệnh nhân bị vết thương làm chảy máu khó cầm hay dễ bị bầm máu khi chấn thương. Ngoài ra, cũng có thể biểu hiện bằng ngày hành kinh (hàng tháng) kéo dài.

II. CẬN LÂM SÀNG

Thông thường bệnh nhân cần được làm tối thiểu hai xét nghiệm sau đây: xét nghiệm đông máu và tổng phân tích nước tiểu, để phát hiện bệnh dễ chảy máu và bệnh tiểu đường. Không nên và không được vội vàng làm thủ thuật hay tiểu phẫu khi chưa có những kết quả trên. Tình trạng rối loạn đông máu thường ít khi xảy ra, nhưng khi đã xảy ra thì rất nặng cho người bệnh, có thể dẫn đến tử vong.

Một số bệnh nhân có cơ địa thuận lợi (ví dụ béo phì,...), hay có tiền sử tiểu đường cần phải thử lại đường huyết trước mổ. Đường huyết cao là một yếu tố thuận lợi của nhiễm trùng vết mổ hay vết thương; trong trường hợp này, nếu không cần thiết phải mổ khẩn thì nên điều chỉnh đường huyết cho trở lại mức bình thường, nếu phải mổ khẩn (ví dụ xử trí vết thương,...) thì phải phối hợp bác sĩ nội tiết điều chỉnh đường huyết.

III. CHUẨN BỊ BỆNH NHÂN NGAY TRƯỚC MỔ HAY THỦ THUẬT

Kết quả phẫu thuật còn phụ thuộc nhiều vào việc chuẩn bị trước mổ và chăm sóc sau mổ. Đánh giá đầy đủ trình trạng của bệnh nhân trước mổ như đã kể trên là để chọn lựa được phương pháp điều trị thích hợp nhất cho từng người. Ngoài tình trạng thể chất, yếu tố tinh thần cũng rất quan trọng; bởi vậy, phải tạo sự an tâm, tin tưởng cho bệnh nhân.

Cần nhớ là cho dù chỉ mổ ở mức độ tiểu phẫu, thầy thuốc vẫn phải giải thích tường tận về thủ thuật phải làm, những lợi ích và nguy cơ, các khó chịu và biến chứng có thể có sau mổ cho bệnh nhân. Phải chịu khó lắng nghe và giải đáp những điều chưa rõ, mối ưu tư của người bệnh về thủ thuật. Cuối cùng, bệnh nhân hay thân nhân phải ký cam kết đồng ý mổ.

Bệnh nhân được giải thích rõ thường không cần phải chích thuốc tiền mê trước khi thực hiện tiểu phẫu thuật.

Bệnh nhân cần được hướng dẫn chuẩn bị tốt phần da ở vùng mổ. Nếu cần phải làm sạch lông hay tóc, tốt nhất là cắt bằng tông đơ hay cạo lông, tóc bằng dụng cụ an toàn, có hiệu quả nhưng không được gây trầy xước da. Bệnh nhân cần tắm bằng xà bông có chất diệt khuẩn. Tất cả những điều này cần được thực hiện một cách kỹ lưỡng (ở nhà của bệnh nhân). Cũng có thể thực hiện tại bệnh viện (ngay trước khi được phẫu thuật, trong khi chờ kết quả xét nghiệm).

Đôi khi nhân viên y tế còn phải nhắc nhở bệnh nhân mang theo quần áo lót (sạch) để được mặc sau mổ như: mổ u vú, mổ hẹp da quy đầu. Đối với một số bệnh nhân tỏ ra quá lo lắng, dễ mất bình tĩnh, thầy thuốc có thể cho bệnh nhân uống 1 – 2 viên thuốc để trấn an thần kinh, uống trước mổ khoảng 1 – 1,5 giờ. Trong trường hợp này người thân phải đi cùng với bệnh nhân vào bệnh viện.

IV. CHĂM SÓC SAU MỔ

1. Xuất viện

Thông thường sau khi thực hiện các tiểu phẫu thuật, Bác sĩ khám lại và cho bệnh nhân rời bệnh viện một mình, hay người thân đưa bệnh nhân về nhà.

2. Thuốc điều trị

Trong những giờ sau mổ và từ 3 đến 5 ngày tiếp theo, người bệnh dùng thuốc theo chỉ dẫn trong toa.

Bệnh nhân không cần kiêng cử trong ăn uống. Trừ những phẫu thuật ở vùng răng miệng, bệnh nhân có thể uống sữa hay ăn cháo trong ngày đầu hoặc có thể ăn cơm ngay.

Chú ý có một vài loại thuốc phải uống sau khi ăn. Ngoài ra, bệnh nhân tiếp tục sử dụng thuốc sẵn có để điều trị bệnh kèm theo của mình.

3. Thay băng

Sau khi được thực hiện tiểu phẫu thuật, có thể không cần phải băng vết mổ trong những ngày kế tiếp. Bệnh nhân chỉ cần bôi nhẹ cồn 70 độ lên vết mổ, việc làm này vừa để sát khuẩn da quanh vết mổ, vừa có tác dụng làm giảm đau. Mỗi ngày có thể bôi cồn 2 – 3 lần và sau khi tắm. Nếu vết mổ còn thấm ít máu hay dịch, bệnh nhân có thể tự chăm sóc ở nhà. Bôi bằng cồn hay dung dịch sát khuẩn (Povidine) trước khi băng lại bằng băng cá nhân. Hoặc mua bông gạc vô khuẩn ở nhà thuốc tây về để tự băng cho mình. Chú ý, trước khi thay băng ở nhà phải rửa kỹ lưỡng bàn tay bằng xà bông vô khuẩn, để tay tự khô, có thể dùng gạc vô khuẩn (mua ở nhà thuốc tây) để chấm khô ngón tay, có thể xoa cồn vào hai tay trước khi chăm sóc vết mổ. Nếu được yêu cầu hoặc bệnh nhân không thể tự thay băng, bệnh nhân nên đến cơ sở y tế gần nhà nhất để được chăm sóc vết mổ. Không bắt buộc phải băng vết mổ trong những ngày tiếp theo sau mổ và cũng không bắt buộc phải thay băng mỗi ngày.

Thông thường nếu cần phải cắt chỉ, bệnh nhân nên đến bệnh viện hay trung tâm y tế gần nhất để được khám lại và cắt chỉ (sau mổ từ 3 – 5 hay 7 ngày).

V. DIỄN TIẾN VÀ BIẾN CHỨNG SAU MỔ

1. Đau

Đau là triệu chứng thường gặp nhất. Bệnh nhân sẽ đau tại vết mổ sau khi hết tác dụng của thuốc tê. Lúc này thuốc giảm đau (bằng đường uống _ theo toa) sẽ có tác dụng để giúp cho bệnh nhân đỡ khó chịu.

Triệu chứng đau thường kéo dài trong 1 –2 ngày đầu, sau đó giảm dần. Nếu sau khi giảm đau 1 – 2 ngày mà bệnh nhân lại đau lại đó là triệu chứng của nhiễm trùng, bệnh nhân cần đến ngay bệnh viện.

2. Sốt

Bệnh nhân thường không sốt sau mổ tiểu phẫu. Nếu bị sốt trong 1- 2 ngày đầu, bệnh nhân không cần phải lo lắng. Nếu bị sốt kéo dài quá 2 –3 ngày, hoặc sau mổ vài ngày mới sốt đó là triệu chứng của nhiễm trùng. Bệnh nhân cần đến ngay bệnh viện.

3. Nhiễm trùng vết mổ

Là biến chứng quan trọng nhưng ít gặp. Thông thường các biện pháp vệ sinh trước mổ và thực hiện tiểu phẫu một cách vô trùng kèm theo an toàn sau mổ có thể phòng chống nhiễm trùng vết mổ.

Triệu chứng sớm nhất là đau tăng lên tại vết mổ, mặt da xung quanh phù nề, có màu đỏ. Lúc này nên đắp vết mổ bằng cồn 70 độ hay cồn 90 độ. Trễ hơn là chảy dịch vàng hay dịch đục từ vết mổ, hoặc có đầy đủ 4 triệu chứng sưng, nóng, đỏ đau kèm theo dấu hiệu sưng nề chứa mủ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nealon TF, Nealon WH (1994). “ Care of the surgical patient” In Fundamentalskills in surgerry. 4th Edition, WB Saunders, Philadelphia.

THIẾT LẬP MỘT PHÒNG TIỂU PHẪU

Lê Huy Lưu, Nguyễn Tuấn Anh

MỤC TIÊU:

1. *Nêu được các tiêu chuẩn tối thiểu của một phòng tiểu phẫu.*
2. *Kể được các thiết bị cần có trong phòng tiểu phẫu.*
3. *Biết cách chuẩn bị dụng cụ phẫu thuật và vật liệu tiêu hao cho một ca mổ tiểu phẫu.*

Tiểu phẫu là những ca mổ nhỏ thường áp dụng cho các tổn thương trên bề mặt da hoặc niêm. Các phẫu thuật này thường không cần vô cảm toàn thân mà chỉ cần gây tê tại chỗ. Tỷ lệ biến chứng cũng như các nguy cơ khác là rất thấp. Mục đích của tiểu phẫu có thể là điều trị (cắt bỏ các tổn thương) hoặc là để chẩn đoán (chọc hút hay sinh thiết).

Một số trường hợp tiểu phẫu có thể được thực hiện tại phòng hội chẩn hay phòng khám, tuy nhiên, tốt nhất chúng ta cần có phòng chuyên biệt để thực hiện các phẫu thuật loại này. Các nơi đặt phòng tiểu phẫu có thể là khoa khám bệnh, khoa điều trị, khoa cấp cứu (khâu vết thương) hoặc tại các cơ sở y tế có đăng ký ngoại khoa.

Mổ tiểu phẫu không cần tới các dụng cụ quá phức tạp, tuy nhiên, có một số các đòi hỏi về cơ sở hạ tầng cũng như trang thiết bị và dụng cụ cần phải đạt.

I. PHÒNG TIỂU PHẪU

Một căn phòng hình vuông hoặc hình chữ nhật, đủ sáng với diện tích khoảng 15 – 20m², đạt các tiêu chuẩn được chấp nhận rộng rãi như: gọn gàng sạch sẽ, nhiệt độ phù hợp, thông khí tốt, bề mặt dễ lau chùi, tất cả các thiết bị có thể di chuyển được (thuận lợi cho việc vệ sinh), có nơi để dụng cụ và khu vực bồn rửa. Muốn đạt được điều này, cấu tạo căn phòng cần phải có:

- Sàn phòng: phải láng, không có các khe hay lỗ thủng và được làm từ vật liệu chống cháy.
- Tường: phải cứng, chống cháy, không có khe hay lỗ thủng và dễ dàng lau chùi.
- Cửa: loại cửa trượt, tự động đóng mở là tối ưu vì ít gây xáo trộn không khí trong phòng. Loại cửa quay, có thể mở vào trong và ra ngoài, có hệ thống đóng tự động cũng có thể chấp nhận được dù gây xáo động không khí nhiều hơn.
- Hệ thống thông khí trong phòng phải kiểm soát nhiệt độ từ 20-22°C, độ ẩm 60%; lọc khí để loại bỏ vi sinh vật và tránh tích tụ khí mê; trao đổi khí nhanh chóng và không làm xáo động không khí trong phòng.
- Bồn rửa có vòi nước chảy tự động hoặc được điều khiển bằng chân, bình xả phòng cũng cần chảy tự động hoặc có cần điều khiển bằng chân hoặc khuỷu tay.

Trong điều kiện của ta, 1 căn phòng với sàn lát gạch, tường ốp gạch hoặc sơn nước, có gắn máy điều hoà không khí, cửa đóng mở về 2 phía, bồn rửa kèm xả phòng điều khiển bằng chân là có thể chấp nhận được. Phòng tiểu phẫu không cần cách ly vô trùng nhưng bắt buộc phải sạch sẽ. Sau mỗi ca mổ nên dọn dẹp và lau chùi, đặc biệt là các ca mổ nhiễm (như mổ áp xe). Phòng cũng cần có đèn cực tím để khử trùng. Nếu không có hệ thống xử lý chất thải y tế thì chất thải cần phải được đóng gói cẩn thận và thuê các công ty có chức năng xử lý.

II. CÁC THIẾT BỊ TRONG PHÒNG TIỂU PHẪU

1. Bàn mổ

Bàn mổ được đặt ở giữa phòng thuận lợi cho việc đi tới từ 2 bên. Bàn nên làm từ vật liệu có thể chùi rửa được, các bộ phận liên kết với nhau bởi các khớp nối và có thể điều chỉnh độ cao. Trong mọi trường hợp, cấu tạo của bàn nhất thiết phải tạo được sự thoải mái cho người bác sĩ làm việc, cả ở tư thế đứng lẫn khi ngồi. Các giường thấp dùng để khám bệnh không được dùng để làm bàn mổ vì sẽ làm cho bác sĩ mổ trong tư thế khó chịu.

2. Đèn mổ

Để có đủ ánh sáng, độ chiếu sáng của đèn ít nhất phải đạt là 45.000 lux. Đèn có thể được gắn cố định trên tường hoặc trên trần, tuy nhiên với 1 cây đèn di động di chuyển bằng bánh xe cũng có thể chấp nhận được. Các đèn này có thể chuyển hướng, có thể điều chỉnh độ sáng và sự hội tụ. Nên chọn nguồn sáng lạnh, các loại đèn nóng có thể gây nóng cho Bác sĩ cũng như người bệnh, thậm chí làm khô mô vùng mổ. Các loại đèn hiện có là Hallogen, Xenon và đèn LED.



Hình 1. Các thiết bị cơ bản của 1 phòng tiểu phẫu: Bàn mổ (1), Đèn mổ (2), Bàn để khay dụng cụ mổ (3), Máy đốt điện (4), Thùng rác (5), Tủ đựng dụng cụ và vật liệu tiêu hao (6), Can đựng dụng cụ sắc nhọn (7).

3. Bàn dụng cụ

Một cái bàn rời dùng để đặt dụng cụ và các thiết bị khác dùng cho phẫu thuật. Bàn nên được gắn bánh xe và điều chỉnh độ cao được. Bàn được đặt gần phẫu trường, tạo thuận lợi cho phẫu thuật. Tuy mổ tiểu phẫu không cần nhiều dụng cụ nhưng vẫn cần có bàn để tránh phải đặt các dụng cụ trên người bệnh nhân, chúng có thể bị rơi đặc biệt là khi bệnh nhân cử động trong lúc mổ.

4. Máy đốt điện

Một máy đốt điện với chức năng cắt và đốt đơn giản là cần thiết cho một phòng tiểu phẫu.

5. Ghế ngồi

Các trường hợp mổ kéo dài, người mổ sẽ thoải mái hơn nếu được thực hiện ở tư thế ngồi, do đó trang bị một cái ghế chạy bằng bánh xe và có thể thay đổi chiều cao là cần thiết.

6. Tủ và thùng chứa

Tủ dùng để cất giữ các dụng cụ phẫu thuật và vật liệu tiêu hao. Các thùng chứa được đánh dấu phù hợp để chứa các chất thải sinh học, vật sắc nhọn và có hệ thống xử lý chất thải và nước thải theo quy định của pháp luật về y tế.

7. Hệ thống tiết trùng

Bất kỳ một cơ sở y tế nào có thực hiện các phẫu thuật ngoại khoa phải có một máy hấp để tiết trùng các dụng cụ phẫu thuật hoặc hợp đồng với cơ sở bên ngoài để tiết trùng thiết bị.

8. Dụng cụ hồi sức

Mổ tiểu phẫu thường mất rất ít máu và chỉ gây tê tại chỗ nên các biến chứng ảnh hưởng tới huyết động học hay đe dọa tính mạng thì cực kỳ hiếm gặp. Mặc dù vậy, một số bệnh nhân có thể ngất do ảnh hưởng tâm lý khi thấy máu cũng như có thể xảy ra choáng do kích thích thần kinh X (sốc vagal). Ngoài ra gây tê cũng có thể gây dị ứng hoặc hiếm hơn đó là gây choáng phản vệ. Do đó, luôn luôn phải có trong tầm tay các thiết bị hồi sức tim phổi, bao gồm: kim và dây truyền dịch, ống nội khí quản, mặt nạ thở, dụng cụ bóp bóng, dung dịch sinh lý và các thuốc hồi sức (epinephrine, atropine, bicarbonate). Lý tưởng nữa là có thêm máy khử rung.

III. DỤNG CỤ PHẪU THUẬT

Phẫu thuật viên cần phải hiểu rõ tính năng cũng như cách bảo quản các dụng cụ phẫu thuật. Chất lượng, tình trạng và loại dụng cụ sử dụng trong bất cứ thủ thuật nào đều có ảnh hưởng tới kết quả của phẫu thuật. Do đó, việc lựa chọn dụng cụ đúng cho mỗi loại phẫu thuật là một khâu quan trọng. Dưới đây là mô tả ngắn gọn các đặc điểm chính của một số dụng cụ sử dụng trong mổ tiểu phẫu:

- Dao mổ: bao gồm cán dao và lưỡi dao. Dao dùng để rạch da và cắt mô sau khi đã được bộc lộ rõ ràng. Trong mổ tiểu phẫu, chúng ta chỉ cần chuẩn bị cán dao số 3 hoặc số 7 và các lưỡi dao số 10, 11, 15 là phù hợp. Lưỡi dao được gắn lên cán dao theo một rãnh định sẵn trên cán dao. Dao được cầm bằng tay thuận, cách cầm dao để rạch tương tự như cầm bút, tay còn lại giữ căng da và rạch một đường nhỏ vuông góc và chính xác theo hướng định sẵn. Tránh tạo các đường rạch vát, ngoại trừ rạch trong vùng có lông hay tóc, hướng rạch sẽ song song với trục của tóc để tránh tổn thương các nang lông.
- Kéo: được dùng để cắt mô và các vật liệu khác như chỉ, ống dẫn lưu, băng gạc... ngoài ra kéo còn được dùng để phẫu tích. Một bộ tiểu phẫu nên có 1 kéo Mayo dùng để cắt và 1 kéo Metzenbaum dùng để phẫu tích. Không nên dùng kéo phẫu tích (Metzenbaum) để cắt các vật liệu và ngược lại không dùng kéo cắt vật liệu (Mayo) để phẫu tích. Cầm kéo đúng cách là dùng ngón cái và ngón 4 luồn vào vòng tròn ở cán kéo, ngón 2 và 3 đỡ cạnh kéo. Độ dài của kéo Mayo nên là 16-18 cm, kéo Metzenbaum là 14-18cm.
- Kẹp mang kim: là dụng cụ để giữ kim cong trong khi khâu. Hàm của nó được thiết kế đặc biệt để giữ kim một cách an toàn, không hư kim cũng như làm đứt chỉ. Kim được

giữ tại vị trí 2/3 tính từ mũi kim. Một kẹp cầm kim nhỏ hoặc trung bình là phù hợp (12-18cm), tránh sử dụng kẹp mang kim quá dài trong mổ tiểu phẫu.

- Kẹp phẫu tích (nhíp): đây là dụng cụ phụ trợ quan trọng nhất, được cầm bởi tay không thuận để bộc lộ mô giúp tay còn lại dùng dụng cụ chính để cắt, phẫu tích hoặc khâu. Dùng nhíp có chiều dài 12cm là vừa đủ. Cần có cả nhíp có răng và nhíp không răng.
- Kẹp cầm máu: kẹp này dùng để kẹp mô, cầm máu hoặc phẫu tích. Một bộ tiểu phẫu cần có 2-5 kẹp cong, dài khoảng 12-16cm (thường dùng loại Mosquito, Kelly).

Như vậy, một bộ tiểu phẫu cơ bản bao gồm:

- 1 cán dao số 3 hoặc số 7 (lưỡi dao 10, 11, 15)
- 1 kẹp mang kim
- 2 kẹp phẫu tích (có răng và không răng)
- 2 kéo: Mayo và Metzenbaum
- 2-5 cái kẹp cầm máu (Mosquito)



Hình 2. Chuẩn bị cho một ca mổ tiểu phẫu đơn giản

Với các dụng cụ này là đủ để thực hiện hầu hết các ca tiểu phẫu, tuy nhiên trong một số phẫu thuật nhất định, chúng ta cần phải dùng các dụng cụ khác như:

- Dụng cụ banh: đây là các dụng cụ dùng để bộc lộ phẫu trường. Với mổ tiểu phẫu, cần trang bị 2 banh Farabeuf nhỏ là đủ, nếu có điều kiện thì dùng loại Senn Mueller retractor (với 1 đầu là miếng phẳng và 1 đầu có 3 móc). Thậm chí, dụng cụ móc da cũng hữu dụng trong việc bộc lộ phẫu trường.
- Bộ kẹp tiếp liệu: thường bao gồm 1 cây Ring forceps và 1 ống inox được hấp vô trùng, đây là dụng cụ để gắp các vật liệu vô trùng.
- Dụng cụ sinh thiết, dụng cụ nạo...

IV. VẬT LIỆU TIÊU HAO

1. Chỉ khâu

Chỉ có thể được chia theo nguồn gốc của nó (tự nhiên hay tổng hợp), phân chia theo đặc điểm (đơn sợi hay đa sợi), phân chia theo kích thước (tính bằng đơn vị Zero, càng nhiều Zero thì chỉ càng nhỏ). Chỉ dùng trong tiểu phẫu thường dùng kích thước từ 2/0 đến 4/0 hoặc 5/0. Ngoài ra còn được chia theo đặc điểm tan hay không tan, tan nhanh hay tan chậm; có kèm kim hay không, kim tròn hay tam giác, độ cong và độ dài của kim...

Một số loại chỉ phù hợp dùng trong tiểu phẫu:

- Nylon: là chỉ tổng hợp, không tan, đơn sợi. Dùng trong khâu da, kích thước phù hợp cho khâu da là 2/0, 3/0, 4/0 hoặc nhỏ hơn tùy loại da và yêu cầu kỹ thuật.
- Chỉ Chromic, Monosyn: là các loại chỉ tan, đơn sợi
- Chỉ Safil, chỉ Vicryl: là các loại chỉ tan, đa sợi

2. Khăn trải

Bao gồm khăn trải trên bàn dụng cụ và khăn trải che chắn phẫu trường. Khăn có thể làm bằng vải, được giặt sạch và hấp tiệt trùng sau mỗi ca mổ. Hiện trên thị trường có nhiều loại khăn trải dùng 1 lần, rất tiện lợi cho những cơ sở khó khăn trong việc giặt và hấp dụng cụ.

3. Găng vô trùng

Găng phẫu thuật thì phải vô trùng và chỉ dùng 1 lần cho mỗi bệnh nhân. Găng có nhiều kích cỡ khác nhau, khi mổ chúng ta nên chọn loại găng vừa vặn với kích cỡ bàn tay mình. Có nhiều loại găng, có loại có cao su có loại không, có loại có bột talc có loại không có bột talc. Đeo găng phải đúng nguyên tắc đó là mặt trong chỉ được tiếp xúc với mặt trong, mặt ngoài chỉ tiếp xúc với mặt ngoài.

4. Gòn, gạc

Là vật dụng thiết yếu. Chúng ta có thể cho gòn, gạc vào thùng inox để hấp tiệt trùng rồi sử dụng dần hoặc mua các miếng riêng lẻ đã được tiệt trùng và đóng gói.

5. Kim chích

Dùng để gây tê tại chỗ, để chọc hút hay bơm rửa... Thường sử dụng ống chích 5 hoặc 10ml, các ống lớn hơn như 20 hay 50ml đôi khi cũng cần.

6. Thuốc tê

Có thể sử dụng thuốc tê đơn thuần hay thuốc tê có pha Adrenaline nhằm hạn chế chảy máu khi mổ (xem thêm bài Gây tê tại chỗ).

7. Dung dịch rửa, sát trùng

Bao gồm cồn, dung dịch iode (Povidine, Betadine), nước oxy già, nước muối sinh lý .v.v...

V. SỰ CHUẨN BỊ CỦA BÁC SĨ CHO MỘT CUỘC TIỂU PHẪU

Mổ tiểu phẫu cũng có nguy cơ lây truyền các bệnh truyền nhiễm từ người bệnh sang người mổ và ngược lại. Để giảm thiểu nguy cơ này, các biện pháp phòng ngừa phải được thực hiện bởi tất cả các bác sĩ khi thực hiện thủ thuật xâm lấn cho bệnh nhân, bất kể tình trạng huyết

thanh của họ thể nào. Các biện pháp này bao gồm mặc áo mang găng phù hợp, rửa tay đúng cách cũng như thực hiện tốt kỹ thuật tiệt trùng.

Trang phục phẫu thuật: trong khi mổ tiểu phẫu, chúng ta có thể xem xét việc mặc quần áo phẫu thuật hoặc là chỉ mặc áo choàng và mang găng vô trùng. Áo choàng dùng 1 lần là rất hữu ích.

Rửa tay: có nhiều phương pháp rửa tay phẫu thuật khác nhau. Đối với tất cả các trường hợp tiểu phẫu thì chỉ cần rửa tay bằng xà phòng thông thường và rửa kỹ tất cả các nếp gấp trong thời gian ít nhất là 20 giây. Dùng bàn chải cọ rửa thường áp dụng khi thực hiện phẫu thuật lớn. Thời gian từ lúc rửa xong tới khi mang găng không được quá 10 phút.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Wéber G (2008). Basic surgical techniques (textbook).
2. Blanco JMA, Tejero MH (2012). Skills in Minor Surgical Procedures for General Practitioners. Primary Care at a Glance - Hot Topics and New Insights (Book).

GÂY TÊ TẠI CHỖ TRONG MỔ TIỂU PHẪU

Nguyễn Văn Hải, Lý Hữu Tuấn

MỤC TIÊU

1. Kể được tên và đặc điểm của một số loại thuốc tê thường dùng.
2. Nêu và giải thích được các nguyên tắc khi mổ với tê tại chỗ
3. Trình bày các bước thực hiện gây tê tại chỗ trong mổ tiểu phẫu

Hầu hết các tiểu phẫu thuật ở người lớn đều có thể thực hiện được với gây tê tại chỗ. Đây là phương pháp vô cảm đơn giản nhất nên thường được chính phẫu thuật viên thực hiện mà không cần có bác sĩ gây mê. Để có hiệu quả tê cần thiết và mổ an toàn, ngoài kỹ năng mổ, phẫu thuật viên phải biết rõ về thuốc tê, tôn trọng những nguyên tắc cơ bản và thực hiện tốt các bước kỹ thuật của tê tại chỗ. Ở đây không đề cập đến những phương pháp gây tê vùng khác như phong bế thần kinh, gây tê qua tĩnh mạch.

I. CƠ CHẾ TÁC DỤNG CỦA TÊ TẠI CHỖ

Gây tê tại chỗ là phương pháp vô cảm dựa vào 2 cơ chế

- Cơ chế tác dụng ức chế sự dẫn truyền thần kinh: thuốc tê là những dược chất có tính ức chế sự dẫn truyền thần kinh một cách tạm thời. Nó ngăn chặn dẫn truyền luồng thần kinh khi tiếp xúc với mô thần kinh ở những nồng độ thích hợp.
- Cơ chế đè ép áp lực vào các thụ thể thần kinh ở lớp bì: Cơ chế này được tạo ra khi tiêm một lượng dịch đủ lớn vào mô bì (tiêm trong da) gây nên áp lực đè vào thụ thể thần kinh. Cơ chế này giải thích tại sao chúng ta thậm chí có thể gây tê bằng cách bơm nước muối sinh lý vào trong da để mổ.

II. THUỐC TÊ

Dựa vào cấu trúc hóa học, thuốc tê được chia làm 2 nhóm: nhóm amino ester (Procaine, Tetracaine...) và nhóm amino amide (Lidocaine, Bupivacaine, Prilocaine...). Nhóm amino ester hiện nay ít được sử dụng vì chúng có độc tính cao và thường gây dị ứng. Nhóm amino amide được sử dụng nhiều, thông dụng nhất là Lidocaine.

Khi sử dụng thuốc tê để gây tê tại chỗ, phải nắm vững những tính chất của thuốc, nhất là: thời gian để tác dụng, thời gian tác dụng, nồng độ, liều tối đa và độc tính.

- Thời gian để tác dụng là thời gian từ lúc tiêm cho đến khi thuốc tê có tác dụng làm mất cảm giác. Trung bình khoảng 5-10 phút tùy loại thuốc, nồng độ thuốc và nơi gây tê.
- Thời gian tác dụng là thời gian tính từ lúc thuốc tê có tác dụng đến khi hết tác dụng, chia làm 3 mức độ: ngắn (# 1 giờ), trung bình (# 2 giờ), dài (# 3 giờ). Để kéo dài thời gian tác dụng của thuốc tê, người ta thường pha thuốc co mạch vào thuốc tê. Thuốc co mạch thường dùng là Adrenaline với nồng độ 1/200.000. Tác động co mạch của Adrenaline còn giúp giảm chảy máu vùng mổ. Tuy nhiên, việc pha Adrenaline kèm với thuốc tê không được sử dụng để tiêm vào những vùng được nuôi dưỡng bởi một động mạch duy nhất, ví dụ đầu ngón tay, ngón chân, dương vật và chóp mũi bởi nguy cơ gây hoại tử mô.

- Nồng độ thuốc tê là số lượng thuốc tê chứa trong một thể tích thuốc tê, thường tính theo %. Mỗi loại thuốc tê có 1 nồng độ tác dụng riêng biệt. Cùng một loại thuốc tê, nồng độ càng cao thì độc tính càng nhiều.

- Liều tối đa là số lượng thuốc tê tối đa có thể sử dụng trong một lần gây tê để mổ. Quá liều này sẽ gây ngộ độc. Ví dụ một bệnh nhân nếu được gây tê tại chỗ với Lidocaine 2% thì được sử dụng tối đa 300 mg, tức là 15ml thuốc tê. Tuy nhiên, cách tính nồng độ tối đa như trên không dựa vào cân nặng của bệnh nhân. Một số tài liệu cho rằng, khi sử dụng Lidocaine cho bệnh nhân, liều an toàn không nên quá 4mg/kg cân nặng.

- Độc tính của thuốc tê thường được biểu hiện ở 3 nhóm triệu chứng:

▪ Độc tính trên thần kinh trung ương: triệu chứng từ nhẹ đến nặng dần gồm: tê rần ở miệng và lưỡi, mê sảng, ù tai, rối loạn về nhìn, cử chỉ và lời nói bất thường, xoắn vặn cơ, mất ý thức, động kinh toàn thể, hôn mê, ngưng thở.

▪ Độc tính trên tim mạch: do làm chậm dẫn truyền trong cơ tim, ức chế cơ tim và dẫn mạch ngoại vi. Giai đoạn đầu nhịp tim có thể nhanh, tăng huyết áp nhưng sau đó huyết áp giảm, nhịp tim chậm, ngưng tim.

▪ Dị ứng: hiếm gặp với thuốc tê nhóm amide nhưng đôi khi có thể gặp với thuốc tê nhóm ester. Triệu chứng có thể từ nhẹ (kích ứng da) đến sốc phản vệ và tử vong.

Bảng 1. Một số thuốc tê thường dùng trong gây tê tại chỗ

<i>Tên thuốc</i>	<i>Nồng độ thường dùng</i>	<i>Liều tối đa</i>	<i>TG tác dụng</i>	<i>TG để tác dụng</i>
Procaine (Novocaine)	0,5-5%	1000mg	30-45 phút	10 phút
Lidocaine(Xylocaine, Lignocaine)	0,5-2%	300mg	60 phút	5 phút
Bupivacaine (Marcaine)	< 0,2%	100mg	120 phút	10 phút

III. NGUYÊN TẮC KHI MỔ VỚI TÊ TẠI CHỖ

Khi mổ với gây tê tại chỗ, phải tôn trọng các nguyên tắc sau đây:

- Giải thích kỹ cho người bệnh. Giải thích từng bước cái gì sẽ xảy ra khi gây tê (ví dụ: bắt đầu tiêm thuốc sẽ đau chút ít, trong mổ sẽ không đau, sau mổ sẽ có thuốc giảm đau khi thuốc tê hết tác dụng...), giải thích về phương pháp mổ. Giải thích càng rõ, bệnh nhân sẽ tin và hợp tác tốt khi mổ.
- Vô trùng.
- Trừ trường hợp gây tê vùng qua ngã tĩnh mạch (phong bế Bier), không được tiêm thuốc tê vào mạch máu.
- Tôn trọng thời gian để thuốc tê tác dụng, không vội vàng mổ khi bệnh nhân còn đau.
- Luôn nhớ là bệnh nhân vẫn còn tỉnh suốt cuộc mổ, vì vậy, không được có những cử chỉ, lời nói làm bệnh nhân sợ. Ngược lại, trong lúc mổ, có thể và rất nên hỏi thăm bệnh nhân từng lúc để thăm dò đáp ứng đau và phát hiện các phản ứng phụ.

IV. CÁC BƯỚC THỰC HIỆN GÂY TÊ TẠI CHỖ

Đánh giá tình trạng toàn thân, bệnh đi kèm, tiền sử dị ứng, xem thái độ của bệnh nhân với đề nghị gây tê tại chỗ.

Giải thích cho bệnh nhân.

Điều dưỡng lấy mạch, đo huyết áp.

Cho bệnh nhân nằm ở tư thế dễ chịu nhất trên bàn mổ. Lưu ý chọn thể nằm ưu tiên cho bệnh nhân nhưng cũng phải đảm bảo cho phẫu thuật viên có thể thực hiện được phẫu thuật dễ dàng.

Bộc lộ vùng mổ.

Sát trùng vùng mổ.

Phẫu thuật viên rửa tay, mang găng tay vô trùng, trải khăn mổ.

Dùng bơm tiêm 5, 10cc hay hơn hút thuốc tê vừa đủ cho phẫu thuật dự kiến (lưu ý tên thuốc, nồng độ, hạn dùng...).

Tiến hành gây tê từng lớp (còn gọi là gây tê tiêm ngấm – local infiltration):

- Trước tiên là gây tê trong da theo đường mỡ hoặc quanh đường mỡ dự kiến (Hình 1). Khi tiêm thuốc tê đúng vào trong da, da sẽ phù nề lên, có màu trắng bệch, trong khi các lỗ chân lông lõm xuống, cho hình ảnh như da cam.
- Sau đó gây tê dưới da và các lớp sâu hơn nếu cần. Từ lớp dưới da, trước khi bơm thuốc phải rút thử pit-tông của bơm tiêm để đảm bảo không tiêm thuốc vào mạch máu. Nếu rút thử thấy có máu, phải rút kim lại khoảng 1-2 mm, thử lại rồi mới bơm thuốc. Thường sau khi qua da, mỡ đến lớp nào người ta gây tê lớp đó dưới sự nhìn thấy trực tiếp.



Hình 1. Chích thuốc tê trong da: (trái) Theo đường mỡ thẳng, trực tiếp trên tổn thương; (phải) Theo đường mỡ hình ellipse

Đợi cho thuốc tê có tác dụng mới bắt đầu mổ.

Trong lúc mổ, nếu bệnh nhân còn đau phải dừng lại, giải thích cho bệnh nhân, tiêm thuốc tê thêm nếu cần, chờ đợi thêm nếu chưa đủ thời gian để thuốc có tác dụng.

V. MỘT SỐ LỜI KHUYÊN NHẪM LÀM GIẢM SỰ KHÓ CHỊU, ĐAU ĐỚN CHO BN TRONG KHI GÂY TÊ TẠI CHỖ:

- Căng bề mặt da tối đa trong khi tiêm thuốc
- Khuyến khích bệnh nhân nói chuyện để giảm chú ý vào mũi tiêm và để theo dõi dấu hiệu của sốc thần kinh X.
- Dùng kim càng nhỏ càng tốt.
- Có thể gây kích thích nhẹ vùng da khác để giảm cảm giác đau ở vùng da đang tiêm
- Đâm kim vào những vị trí có sẵn sẹo, lỗ, hoặc thậm chí là lỗ chân lông vì những vùng này có ít thụ thể thần kinh. Đối với vết thương hở, đâm kim vào 2 bên bờ vết thương chứ không đâm qua da lành.
- Sau khi kim đi xuyên qua da, nên dừng lại một chút để bệnh nhân giảm đau, thư giãn.
- Bơm thuốc thật chậm, quan sát biểu hiện của bệnh nhân.
- Sử dụng một chỗ đâm kim, gây tê trong da kiểu đẩy kim tịnh tiến dần, sau đó có thể đổi hướng để gây tê trong da bên đối diện hay gây tê dưới da. Tức là số lần đâm kim qua da càng ít càng tốt (giảm đau, giảm chảy máu)
- Trong lúc rút pit-tông để kiểm tra đầu kim, cố gắng không làm dịch chuyển mũi kim để giảm gây đau cho BN.

VI. PHÒNG NGỪA VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN KHI GÂY TÊ TẠI CHỖ

Tai biến trong khi gây tê tại chỗ chủ yếu thuộc 3 nhóm:

1. Sốc phản vệ

Biểu hiện nhẹ nhất là dị ứng, nổi ban, ngứa nơi tiêm. Nặng hơn là khó thở, sốc.

Những điều nên làm:

- Trước mổ: hỏi thật kỹ tiền sử dị ứng thuốc của bệnh nhân, những lần mổ với thuốc tê trước đây. Nếu bệnh nhân khai có tiền sử dị ứng (nhưng không biết có dị ứng với thuốc tê hay không), nên thử test vào trong da một ít rồi xem phản ứng.
- Trong mổ: tiêm thuốc thật chậm, quan sát vẻ mặt, nhịp thở hay bất cứ biểu hiện bất thường nào của bệnh nhân.
- Luôn phải có các thuốc chống sốc phản vệ tại nơi thực hiện tiểu phẫu.

2. Sốc thần kinh X

Sốc thần kinh X xảy ra chủ yếu trên những bệnh nhân quá nhạy cảm đau, có tâm lý quá lo sợ trước việc phải bị tiêm, phải mổ.

Những điều nên làm:

- Trước mổ: hỏi thật kỹ tiền căn ngoại khoa, sản khoa của bệnh nhân trước đây (đã từng được chẩn đoán sốc thần kinh X khi mổ tiểu phẫu, khi sinh thường, khi được thăm khám hậu môn, thăm khám phụ khoa...)
- Trong mổ: tiêm đúng kỹ thuật, hạn chế tối đa gây đau cho bệnh nhân, bắt chuyện với bệnh nhân trong khi tiêm để giảm sự chú ý đến cảm giác đau.

Luôn phải có các thuốc chống sốc thần kinh X tại nơi thực hiện tiểu phẫu.

3. Ngộ độc thuốc tê

Phòng ngừa:

- Dùng thuốc tê đúng liều lượng.
- Hút thở trước khi tiêm thuốc tê.
- Có thể thử thuốc trước khi tiêm.
- Nếu cần một lượng lớn thuốc tê, nên pha loãng và chia làm nhiều lần tiêm.
- Luôn tiêm chậm (không quá 10ml/phút).
- Nhớ hỏi thăm bệnh nhân trong khi tiêm vì bệnh nhân có thể cho biết những triệu chứng nhẹ của ngộ độc trước khi phẫu thuật viên tiêm hết liều thuốc.
- Cảnh giác khi bệnh nhân bắt đầu nói hay có cử động bất thường.

Xử trí:

- Cho thở oxy, nếu cần thì hô hấp nhân tạo.
- Chống co giật ngay bằng Thiopental 100-150mg hoặc Diazepam 5-20mg tiêm tĩnh mạch.
- Nếu tụt huyết áp hoặc ức chế cơ tim xảy ra, tiêm mạch Ephedrine 15-30mg.
- Nếu ngưng tim, phải thực hiện hồi sức hô hấp – tuần hoàn.
- Nếu có sốc phản vệ, xử trí như trong điều trị sốc phản vệ.

Tóm lại, gây tê tại chỗ là phương pháp gây tê dễ thực hiện, ít tốn kém, hồi phục đơn giản. Tuy nhiên, để gây tê hiệu quả và đảm bảo an toàn, ngoài việc hiểu biết về thuốc tê, phải giải thích rõ cho bệnh nhân và thực hiện đúng kỹ thuật. Trong trường hợp bệnh nhân quá sợ, từ chối gây tê thì Eriksson có lời khuyên rất đáng nhớ: “Trừ khi tình trạng người bệnh bắt buộc phải mổ với tê tại chỗ, thật không khôn ngoan nếu cứ cố thuyết phục bệnh nhân mổ với tê tại chỗ trong khi họ thích được gây mê”.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ môn Gây mê Hồi sức (2004). Gây mê Hồi sức. Đại học Y Dược TP.Hồ Chí Minh.
2. Eriksson E (1969). Illustrated handbook in local anaesthesia. Yearbook Medical Publishers Inc.
3. Fuller JK (2005). Surgical technology: principles and practice. 4th Edit, Elsevier Saunders.
4. Scott DB (1989). Techniques of regional anaesthesia. Mediglobe, 1989.
5. Zuber Thomas J. (2004). Local Anesthesia Administration. Minor Surgery, Tr. 71-77

BỘC LỘ TĨNH MẠCH

Lê Văn Quang

MỤC TIÊU

1. *Kể được chỉ định và chống chỉ định của bộc lộ tĩnh mạch*
2. *Liệt kê được dụng cụ cần thiết cho thủ thuật*
3. *Kể được các bước kỹ thuật bộc lộ tĩnh mạch*
4. *Kể được các biến chứng và cách xử lý của bộc lộ tĩnh mạch*

Bộc lộ tĩnh mạch là một trong những thao tác cần thiết trong hồi sức cấp cứu nhằm tìm một tĩnh mạch ngoại biên đủ để đặt được một catheter, giúp cho việc hồi sức (truyền máu, truyền dịch) tích cực. Dù hiện nay, với sự tiến bộ về trang thiết bị và kỹ thuật, đặt catheter vào các tĩnh mạch trung tâm (tĩnh mạch dưới đòn, tĩnh mạch cảnh trong) được dùng nhiều hơn và đã thay thế dần cho cách bộc lộ các tĩnh mạch ngoại biên; nhưng ở những tuyến y tế còn khó khăn về trang bị và kỹ thuật, bộc lộ tĩnh mạch có lẽ vẫn là thủ thuật đơn giản và cần thiết trong hồi sức.

I. CHỈ ĐỊNH VÀ CHỐNG CHỈ ĐỊNH

1. Chỉ định

Khi không thể đặt được đường truyền bằng các kỹ thuật thông thường (kim, kim bướm, catheter...).

Cần đặt thông luôn vào tĩnh mạch để tiêm truyền trong nhiều ngày.

Truyền dịch với khối lượng lớn, dịch có nồng độ cao nhiều ngày.

2. Chống chỉ định

Nhiễm trùng, viêm mô tế bào tại vùng sẽ bộc lộ tĩnh mạch

Rối loạn đông máu nặng

II. DỤNG CỤ

Găng tay vô trùng

Dung dịch sát trùng da (Betadine hay Povidine)

Thuốc tê (thường dùng Lidocain 2%)

Kim và catheter luôn theo kích cỡ cần dùng (tuỳ theo tuổi)

Dao mổ số 11 hay 15

Chỉ phẫu thuật : silk 3-0/kim tam giác, silk 3-0 không kim,

Bộ dụng cụ tiểu phẫu : 5 Kelly hay Mosquito đầu cong, nhíp Adson có máu, nhíp Adson không máu, kẹp cầm kim, kéo Steven, kéo cắt chỉ, thông lòng máng,

Bộ khăn vải tiểu phẫu: khăn lỗ, khăn gói dụng cụ, banh (van) tĩnh mạch

Gạc, băng dính



Hình 1. Kéo, thông lòng máng, van tĩnh mạch



Hình 2. Bộ dụng cụ mổ bóc lột tĩnh mạch

III. KỸ THUẬT

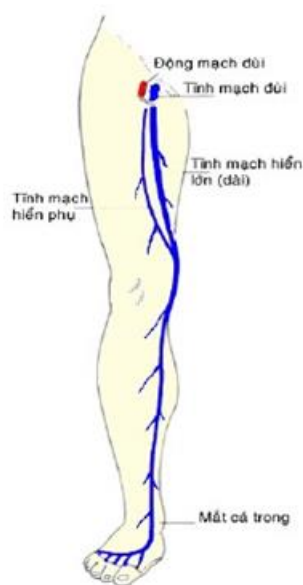
1. Chuẩn bị bệnh nhân

Vị trí bóc lột tĩnh mạch :

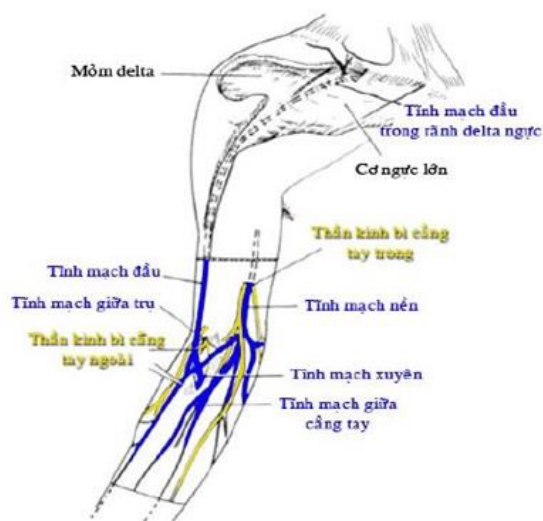
- Tĩnh mạch hiển lớn (Hình 3)
- Tĩnh mạch đầu (Hình 4)
- Tĩnh mạch đáy (tĩnh mạch nền)
- Tĩnh mạch cảnh ngoài

Tư thế : nằm ngửa, vùng chi cần bóc lột tĩnh mạch được kê đỡ cho dễ thao tác.

Sát khuẩn vùng mổ.



Hình 3. Tĩnh mạch hiển lớn



Hình 4. Các tĩnh mạch nông ở cẳng tay

2. Các bước kỹ thuật:

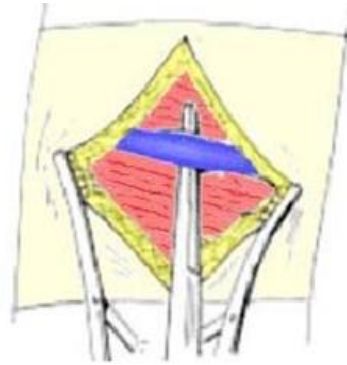
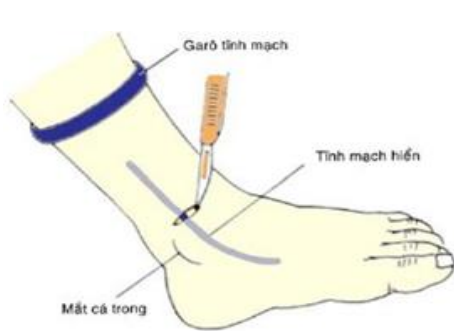
Chú ý kỹ thuật phải thực hiện nhanh, gọn và vô trùng.

BƯỚC 1 : Bóc lột tĩnh mạch

- Rạch da: thẳng góc với đường đi của tĩnh mạch (Hình 5)
- Tìm tách dọc theo đường rạch da để dễ tìm thấy tĩnh mạch (thẳng góc với đường

đi của tĩnh mạch) (Hình 6)

- Bộc lộ tĩnh mạch : một đoạn dài 1 - 1,5cm (Hình 6)
- Luồn thông lòng máng qua phía dưới của đoạn tĩnh mạch đã bộc lộ và nâng lên trên bề mặt da để dễ thao tác (Hình 6)

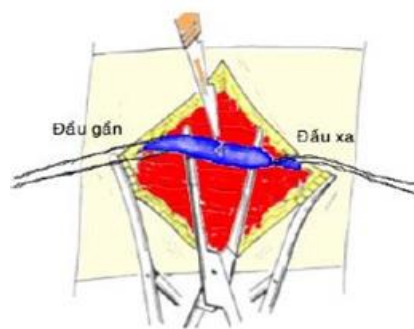
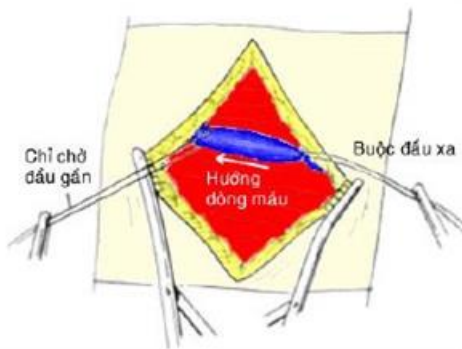


Hình 5. Garô tĩnh mạch

Hình 6. Băng da và bóc tách làm lộ mạch máu

BƯỚC 2 : Chuẩn bị để mở hay chọc kim dẫn vào tĩnh mạch.

- Cột đầu xa của tĩnh mạch để chặn máu chảy về (Hình 7).
- Luồn chỉ chờ sẵn tại đầu gần sẽ cột lại sau khi đã luồn catheter (Hình 7).

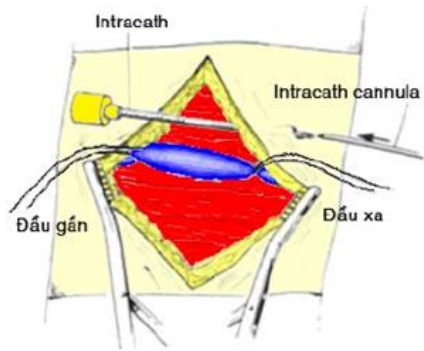


Hình 7. Cột đầu xa và đặt chỉ chờ đầu gần **Hình 8.** Nâng mạch máu bằng thông lòng máng

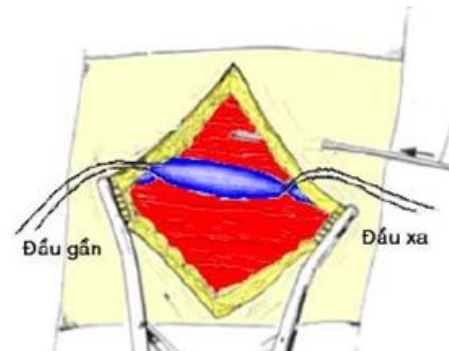
BƯỚC 3 : Đặt catheter luồn vào lòng tĩnh mạch. Có 2 cách:

- Xẻ 1 phần của thành tĩnh mạch (Hình 8), rồi qua chỗ xẻ tĩnh mạch luồn catheter vào tĩnh mạch. Lưu ý cần rút bỏ thông lòng máng trước khi luồn catheter vào lòng tĩnh mạch.
- Không xẻ tĩnh mạch mà đâm kim dẫn đường vào ngay chỗ tĩnh mạch đã bộc lộ, rồi luồn catheter qua lòng kim vào tĩnh mạch.

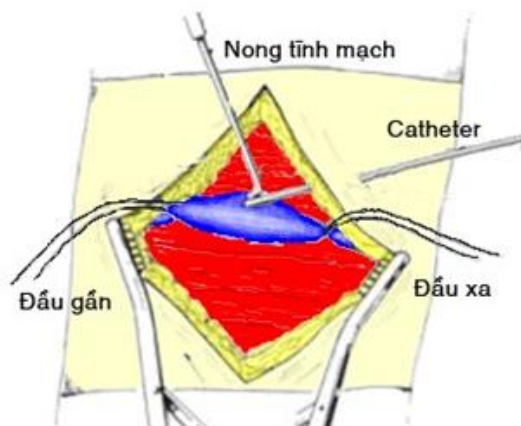
Cả 2 cách trên, cuối thủ thuật, catheter đều để ở ngay vết mổ. Vì vậy còn có một cách khác là đâm kim dẫn đường qua một vị trí khác gần vết mổ, rồi dưới quan sát trực tiếp hướng kim đâm vào tĩnh mạch đã bộc lộ, sau đó luồn catheter và rút kim khỏi tĩnh mạch, vết mổ sau đó được đóng kín (Hình 9, 10, 11).



Hình 9. Dùng kim Intracath tạo vết chọc kim khác



Hình 10. Luồn Catheter qua vết chọc kim theo hướng dẫn của kim Intracath



Hình 11. Đưa catheter vào vị trí đã rạch ở tĩnh mạch và tạo đường truyền

BƯỚC 4 : Cố định catheter.

- Cột chỉ đã để chờ ở đầu gần của tĩnh mạch. Nút chỉ này sẽ cố định catheter vào tĩnh mạch, đồng thời ngăn chặn không cho máu chảy ngược ra khỏi lòng mạch.
- Khâu cột cố định catheter vào da bằng chỉ silk 3-0.
- Khâu vết mổ

3. Hoàn tất thủ thuật

Lau sạch da vùng mổ,
Băng vô trùng,
Dán cố định catheter vào da.

IV. SẴN SÓC – BIẾN CHỨNG

Vùng mổ được băng sạch, vô trùng trong suốt thời gian sử dụng

Thay băng khi bị ướt, thấm máu.

Luôn luôn giữ cho lòng catheter không có máu đông bám vào, và luôn luôn có dịch chảy để tránh gây tắc lòng catheter do máu đông

Mọi thao tác trên catheter phải được vô trùng kỹ lưỡng để tránh nhiễm trùng tại catheter

Catheter cần được rút bỏ sớm khi hết sử dụng.

Biến chứng và cách xử trí:

Chảy máu vết mổ : băng ép

Tuột catheter :bỏ đường truyền, băng ép chống chảy máu

Nhiễm trùng vết mổ tháo bỏ catheter, săn sóc vết mổ

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Oschner & De Bakey, Christopher's Minor Surgery, 8th Edition, 1968, W.B.Saunders.
2. Steven C. Dronen, Clinical procedure in Emergency Medicine, 4th Edition, 2004.

BUỚU BÃ

Nguyễn Văn Hải

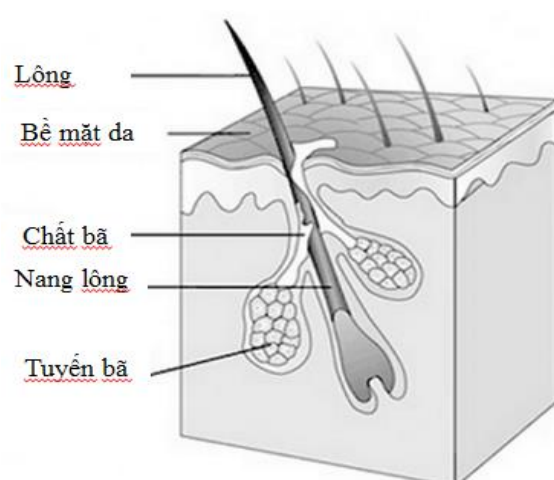
MỤC TIÊU

1. Giải thích được sự hình thành bướu bã
2. Nhận ra biểu hiện lâm sàng của bướu bã và biến chứng của bướu bã
3. Thực hiện được các bước tiểu phẫu và chăm sóc sau mổ bướu bã

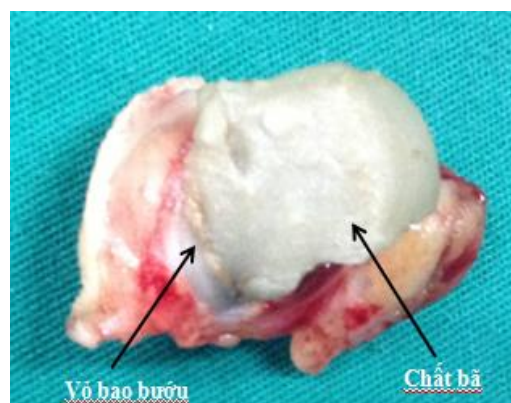
Bướu bã là loại bướu ở da thường gặp, đại đa số là lành tính, rất hiếm khi đi kèm với ung thư da. Vì lộ ra trên bề mặt da nên dễ phát hiện; tuy vậy, bướu thường lớn chậm và không có triệu chứng trừ khi bị viêm nhiễm. Phẫu thuật lấy bỏ bướu bã là một trong những loại tiểu phẫu thường được thực hiện nhất trong thực tế hàng ngày tại các cơ sở y tế. Ở các nước Bắc Mỹ, các bác sĩ gia đình đã qua huấn luyện có thể thực hiện được phẫu thuật và chăm sóc bệnh nhân bị bướu bã.

I. BỆNH SINH

Bình thường, tuyến bã (sebaceous gland) cùng với nang lông ở da tạo thành một đơn vị nang lông tuyến bã (pilosebaceous follicle) (Hình 1). Tuyến bã có nhiệm vụ bài tiết ra một chất như sáp hay dầu – gọi là chất bã. Chất này đi theo một ống, đổ vào nang lông, rồi thoát ra ngoài ở lỗ chân lông, giúp bôi trơn da và lông. Khi ống tuyến bã bị tắc, chất bã sinh ra không được bài xuất, tích tụ lại, dần dần hình thành bướu bã (sebaceous cyst) (Hình 2).



Hình 1. Một đơn vị nang lông tuyến bã



Hình 2. Bệnh phẩm cắt ngang một bướu bã

Tuy nhiên, tắc ống tuyến bã chỉ là một trong các nguyên nhân hình thành bướu bã. Các nguyên nhân khác hay được kể đến là do một nang lông tuyến bã bị vỡ sau khi bị mụn trứng cá (acne) hoặc do chấn thương làm cho lớp biểu mô bề mặt da mọc lộn vào trong da. Vì vậy mà bướu còn có tên gọi phổ biến khác là bướu bọc dạng biểu bì (epidermoid cyst).

Bướu bã khi chưa viêm nhiễm thường có vỏ bọc mỏng nhưng rõ, bên trong thường chứa chất đặc, bở, màu trắng ngà hay vàng kem như phó mát mà thành phần chính là chất sừng (keratin) và mỡ (lipid). Cũng có khi chất bên trong bướu ngả sang màu trắng xám. Thường hỗn chất này có mùi hôi do thành phần mỡ bị biến chất. Có tác giả gọi là mùi của phó mát bị thiu.

Trong quá trình diễn tiến khi không được lấy bỏ, bướu bã có thể bị viêm hay nhiễm trùng. Khi nói bướu bị viêm thì chưa hẳn đã có nhiễm trùng thật sự. Viêm có thể chỉ là thứ phát do vỏ bao bị vỡ, chất bã bị rò rỉ ra ngoài, kích ứng mô xung quanh gây đáp ứng viêm. Còn khi bị nhiễm trùng, bướu có thể tạo thành bọc mủ.

II. BIỂU HIỆN LÂM SÀNG

Bướu bã thường gặp ở da phần thân mình, cổ, mặt, đầu, sau tai, bẹn; trong khi hầu như không gặp ở da lòng bàn tay và bàn chân. Bướu có thể đơn độc hay ở nhiều vị trí cùng lúc phát hiện. Kích thước có thể từ vài milimét đến vài xentimét. Vì xuất phát từ trong da nên bướu thường có tính di động tương đối theo di động của da, trừ khi bị viêm xơ hóa lâu ngày gây dính. Ở chỗ gồ cao nhất của bướu, da có thể có màu trắng xanh hay trắng xám do là chỗ mà vỏ bướu và chất chứa trong bướu ở sát bề mặt da nhất; hoặc nhiều khi lại thấy có một chỗ lõm màu đen, đó là nút chặn được cấu thành bởi chất sừng.



Hình 3. Bướu bã với chỗ lõm da ở trung tâm



Hình 4. Bướu bã bị viêm nhiễm

Khi bướu bị viêm nhiễm, bệnh nhân có thể có đau nhức tại chỗ. Da tại chỗ và quanh bướu tấy đỏ, ấn đau. Nặng hơn, bệnh nhân có thể sốt, đau nhức nhiều, tại chỗ có dấu phập phều của tụ mủ. Ở một số bệnh nhân bướu tự vỡ hay được tự điều trị bằng cách bóp nặn một hay nhiều lần nhưng không hết, có thể thấy sẹo xơ xấu trên mặt bướu.

III. ĐIỀU TRỊ

Điều trị bướu bã là phải phẫu thuật. Qui mô ở mức tiểu phẫu là đủ cho đại đa số trường hợp, trừ khi bướu lớn đến mức không thể mổ với tê tại chỗ. Hiện nay có 4 cách mổ:

- Cắt bỏ rộng: Lấy bỏ hoàn toàn vỏ bao bướu nên tránh được tái phát. Muốn vậy, phải đi đường mổ dài hơn phần bướu lộ trên bề mặt da một chút và phải khâu da, nên sẹo có thể đáng kể.
- Cắt bỏ tối thiểu: Thường dùng cho những bướu bã vùng mặt do yêu cầu thẩm mỹ. Chỉ rạch da 2-3mm, sau đó nặn chất bã ra rồi dùng kẹp kéo lõn vỏ bao bướu ra ngoài qua vết rạch. Vết mổ nhỏ nên không cần khâu hay chỉ khâu 1 mũi, sẹo sẽ ít hơn. Kỹ thuật này được xem là ít xâm hại và cũng thành công nếu lấy trọn được vỏ bướu. Tuy nhiên, nếu lấy không hết vỏ bao bướu hay bướu bị vỡ lúc bóp nặn thì dễ bị tái phát.

- Sử dụng dụng cụ bấm sinh thiết (Punch biopsy) tạo một lỗ vào trung tâm bướu rồi nặn chất bã và vỏ bao bướu ra. Với cách này, sẹo nhỏ nhưng nguy cơ tái phát cũng tương tự cách mổ tối thiểu.
- Rạch dẫn lưu: Áp dụng khi bướu bị nhiễm trùng tạo mủ. Vết rạch để hở không khâu. Sẹo thường xấu và bướu có thể bị tái phát, khi đó phải mổ lại lấy bỏ trọn bướu.

Trường hợp bướu bị viêm, có tác giả như Kitamura vẫn chủ trương cắt bỏ, rửa vết mổ rồi khâu da thì đầu. Tuy nhiên, nhiều tác giả khác khuyên nên điều trị nội khoảng 1 tuần rồi mổ, không nên mổ lúc vỏ bướu còn viêm vì dễ vỡ, khó lấy được hết.

Cho đến nay, không có thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên có đối chứng nào so sánh 3 kỹ thuật: cắt bỏ rộng, cắt bỏ tối thiểu và lấy bỏ bằng dụng cụ bấm sinh thiết trong điều trị bướu bã. Trong nỗ lực tìm kiếm bằng chứng cho thực hành lâm sàng, Moore (2007) ghi nhận cách lấy bỏ bướu bằng dụng cụ bấm sinh thiết tỏ ra ít tốn thời gian và sẹo đẹp hơn so với cắt bỏ rộng (khuyến cáo mức độ B). Tuy vậy, nhiều tác giả vẫn khuyến cáo áp dụng cách cắt bỏ rộng kinh điển để tránh tái phát.

IV. KỸ THUẬT MỔ LẤY TRỌN BƯỚU BÃ

Phần này chỉ mô tả cách cắt bỏ rộng, kinh điển (Traditional wide excision).

1. Chuẩn bị dụng cụ mổ:

Dụng cụ mổ cần thiết để mổ cắt bỏ bướu bã gồm:

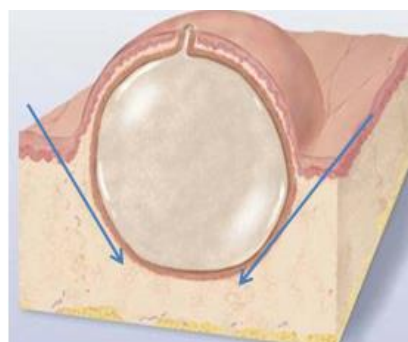
- Khay đựng dụng cụ + khăn vô trùng phủ lên khay
- Khăn lỗ
- Găng tay vô trùng
- 3-4 kẹp cầm máu đầu nhỏ (kẹp Mosquito)
- Dao mổ (nên chọn dao số 11 hay 15)
- Nhíp
- Kéo phẫu tích nhỏ
- Kéo cắt chỉ
- Kẹp mang kim
- Chỉ khâu
- Gạc
- Dung dịch sát trùng (Povidine, Betadine)
- Thuốc tê (Lidocaine hay Xylocaine 2%,...), Adrenaline 1/1000 để pha
- Ống chích + kim để gây tê trong da, gây tê dưới bướu
- Băng dính để băng vết thương

Ngoài ra, nếu phòng tiểu phẫu có điều kiện trang bị máy đốt điện, có thể chuẩn bị sẵn máy đốt phòng khi cần cầm máu mô dưới da.

2. Các bước phẫu thuật:

- Cho bệnh nhân nằm tư thế thuận lợi lên bàn mổ, bộc lộ vùng mổ.
- Sát trùng da bằng dung dịch Povidine hay Betadine.
- Phẫu thuật viên rửa tay, mang găng, trải khăn lỗ.

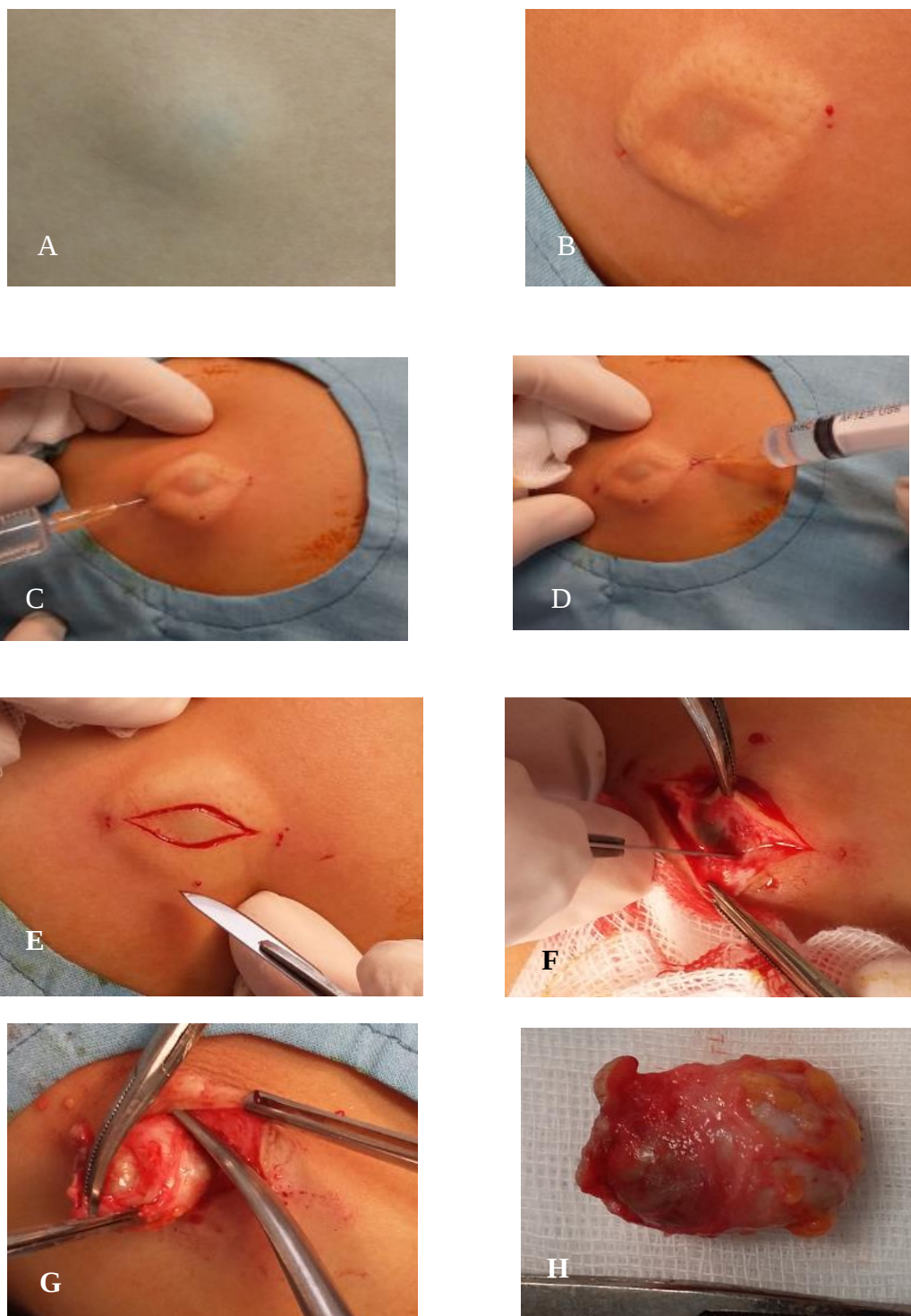
- Gây tê trong da theo đường mô trên bướu hay quanh bướu, gây tê dưới bướu. Lưu ý không chích thuốc tê vào bướu vì sẽ làm tăng áp lực trong bướu dẫn đến vỡ bướu. Có thể kiểm tra việc này bằng cách để ngón tay cái và ngón tay trỏ ôm sát quanh bướu, khi chích thuốc tê mà thấy bướu căng ra là đã chích thuốc vào bướu, phải rút kim và đổi hướng chích.
- Rạch da: nếu bướu không bị viêm, không có sẹo cũ, không có chỗ lõm màu đen ở trung tâm thì có thể rạch đường thẳng qua trung tâm bướu. Nếu bướu bị viêm, có sẹo cũ, có lõm ở trung tâm hay bướu lớn mà ước đoán nếu mổ theo đường thẳng sẽ bị dư 2 mép da nhiều thì rạch da hình ellipse.
- Ở từng mép đường rạch (ở đây đang nói đến đường rạch da hình ellipse), dùng mũi dao tiếp tục rạch từ từ, sâu dần vào trong da, đến vỏ bướu hay sát vỏ bướu thì ngừng lại. Lưu ý là không nên nôn nóng rạch đứt hoàn toàn qua da vì nhiều khả năng sẽ phạm vào vỏ bướu. Người phụ nên dùng kẹp Mosquito cầm mép da của đường rạch kéo căng về một phía trong khi phẫu thuật viên dùng nhíp cầm mép da đối diện kéo theo hướng ngược lại để thấy rõ đường cắt.
- Sau khi thấy rõ giới hạn một bên bướu, tiếp tục dùng kẹp Mosquito và kéo, phẫu tích ôm sát chiều cong của vỏ bướu và cắt rời bướu khỏi mô xung quanh. Tiếp tục làm tương tự với bên đối diện. Nếu có chỗ chảy máu nhiều, phải đốt cầm máu (nếu có máy đốt) hay kẹp rời buộc chỉ.



Hình 5. *Hướng chích thuốc tê: Gây tê trong da theo đường mô (trái),*

Gây tê dưới bướu (phải)

- Sau khi lấy bướu ra ngoài phải kiểm tra xem có rách vỏ bướu chỗ nào không. Nếu có, phải tìm lấy mảnh vỏ bướu còn sót. Cầm máu lại kỹ vết mổ.
- Khâu vết mổ: Thường chỉ cần khâu 1 lớp bằng chỉ không tan, cỡ 3-0 hay 4-0, trừ trường hợp mổ bướu bã ở mặt có thể dùng chỉ nhỏ hơn. Nếu bướu lớn, vùng khuyết sau mổ lấy bướu đáng kể thì phải đóng lớp mỡ dưới da và da riêng.
- Băng kín vết mổ.



Hình 6. Các bước mổ bướu bã: (A) Bướu bã ở lưng; (B) Gây tê trong da theo đường mổ dự kiến; (C) (D) Gây tê lớp sâu dưới bướu; (E) Rạch da hình ellipse; (F) Bóc tách từng bên bướu phần trong da bằng dao, đi sát vỏ bướu; (G) Kết hợp dùng kéo tách bướu khỏi mô dưới da; (H) Lấy trọn bướu ra ngoài.

V. CHĂM SÓC SAU MỔ BƯỚU BÃ

Bệnh nhân sau mổ bướu bã thường có thể về nhà ngay. Cần hướng dẫn bệnh nhân uống thuốc theo toa, cách chăm sóc, các dấu hiệu biến chứng sau mổ.

Kê toa thuốc: nên có thuốc giảm đau uống, thường nhóm Paracetamol là đủ và cũng chỉ cần trong một vài ngày đầu. Kháng sinh có thể sử dụng theo kiểu dự phòng nếu mổ ngoài lúc viêm nhiễm. Trong trường hợp có biến chứng viêm nhiễm, có thể dùng kháng sinh theo kiểu điều trị, thời gian tùy mức độ viêm nhiễm và diễn tiến tại chỗ sau mổ.

Chăm sóc vết thương: Vết mổ sạch thường không cần thay băng mỗi ngày. Vết mổ nhiễm, có mủ, cần phải thay băng mỗi ngày ở y tế địa phương hay bác sĩ gia đình. Thường trung bình sau 1 tuần có thể cắt chỉ vết mổ. Riêng vết mổ ở mặt có thể cắt chỉ sớm hơn (khoảng 4-6 ngày); vết thương ở những vùng da căng, chịu lực có thể cắt chỉ muộn hơn.

Dặn bệnh nhân cần quay lại tái khám ngay khi có các dấu hiệu như: vùng mổ sưng to, đau nhức nhiều, chảy máu hay dịch qua vết mổ.

VI. BIẾN CHỨNG

Tụ máu hay tụ thanh dịch vùng mổ: Thường gặp sau mổ lấy bỏ những bướu bã lớn, để lại khoảng trống đáng kể. Tụ máu, tụ dịch nhiều gây sưng, đau vùng mổ, chập lạnh vết mổ; có khi phải xử trí lại bằng dẫn lưu máu hay dịch tụ. Phòng ngừa tốt nhất là cầm máu kỹ, khâu đóng khoảng chết và băng ép có trọng điểm.

Chảy máu vết mổ: ít khi gặp, thường do cầm máu không kỹ. Xử trí bằng băng ép hay mở vết mổ cầm máu lại nếu chảy nhiều.

Nhiễm trùng vết mổ: biểu hiện bằng đau nhức tại chỗ, sưng đỏ mép vết mổ hay chảy dịch bầm qua vết mổ. Xử trí bằng cắt chỉ để hở vết mổ, chăm sóc tại chỗ kết hợp với kháng sinh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Moore RB, Fagan EB, Hulkower S, et al (2007). What's the best treatment for sebaceous cysts?. The Journal of Family Practice; 56(4): 315-316.
2. Sempowski IP (2006). Sebaceous cysts: Ten tips for easier excision. Canadian Family Physician; 52: 315-317.
3. Zuber TJ (2002). Minimal Excision Technique for Epidermoid (Sebaceous) Cysts. American Family Physician; 65(7): 1409-1412.
4. Blanco JMA, Tejero MH (2012). Skills in Minor Surgical Procedures for General Practitioners. Primary Care at a Glance - Hot Topics and New Insights (Book).

XỬ TRÍ ÁP XE PHẦN MỀM

Nguyễn Văn Hải, Lê Huy Lưu

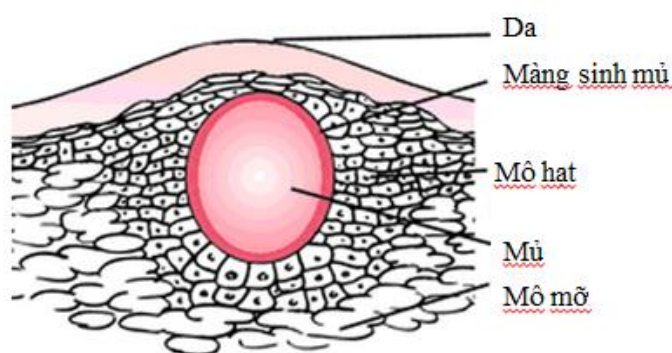
MỤC TIÊU

1. Hiểu được khái niệm, sự hình thành, cấu trúc của áp xe phần mềm
2. Chẩn đoán được áp xe phần mềm.
3. Nắm được nguyên tắc xử lý áp xe phần mềm.
4. Thực hiện đúng cách rạch dẫn lưu và chăm sóc sau mổ áp xe phần mềm.

I. SỰ HÌNH THÀNH VÀ CẤU TRÚC CỦA ÁP XE PHẦN MỀM

Áp xe phần mềm là một ổ tụ mủ khu trú trong mô mềm (ở đây là da và tổ chức mô mềm dưới da) do đáp ứng viêm với vi khuẩn hay ngoại vật. Đáp ứng này có thể coi như là một phản ứng bảo vệ của cơ thể nhằm ngăn chặn sự lan tràn của chất gây nhiễm đến những phần khác của cơ thể.

Vi khuẩn hay ngoại vật gây nhiễm đầu tiên sẽ giết chết các tế bào tại chỗ, dẫn đến phóng thích cytokines. Chất này phát động một đáp ứng viêm làm thu hút bạch cầu đa nhân trung tính và gia tăng dòng máu đến vùng bị viêm nhiễm. Tùy mức độ, hậu quả của đáp ứng viêm tại chỗ có thể dẫn đến hình thành ổ áp xe mà trung tâm là mủ (do mô hoại tử bị rửa ra cộng với xác bạch cầu, vi trùng,...), bao xung quanh là một hàng rào phản ứng viêm còn gọi là màng sinh mủ (pyogenic membrane) (Hình 1). Tiếp đó, quá trình xơ hóa sẽ gia cố thêm cho hàng rào bao quanh, tạo thành vỏ bọc của ổ áp xe.



Hình 1. Sơ đồ cắt ngang ổ áp xe

Áp xe ở da và mô dưới da thường có xu hướng phát triển ra bề mặt da, thậm chí vỡ ra ngoài da.

Áp xe phần mềm có thể xảy ra ở bất cứ phần nào của cơ thể nhưng thường gặp nhất là ở vùng nách, vú, mông và tay chân. Vùng cổ, mặt, lưng cũng hay gặp.

II. NGUYÊN NHÂN

Hầu hết các trường hợp áp xe phần mềm hình thành khi vi trùng xâm nhập qua bề mặt da, ví dụ như qua vết trầy xước hay đâm chọc ở da, qua nang lông, ống tuyến sữa.... Một số trường hợp khác, vi trùng có thể xâm nhập qua đường máu.

Phần lớn tác nhân là *Tụ cầu vàng* (*Staphylococcus aureus*), trong điều kiện bình thường cũng được tìm thấy trên bề mặt da. Loại này gây hoại tử nhanh, hình thành mủ sớm và khu trú với lượng lớn mủ vàng mịn. Áp xe do *Tụ cầu vàng* là thể điển hình của áp xe phần mềm. Gần đây, ở nhiều nơi trên thế giới, xuất độ áp xe phần mềm gia tăng đồng hành với sự xuất hiện chủng *Tụ cầu vàng kháng Methicillin* (*Methicillin-Resistant Staphylococcus aureus – MRSA*).

Tác nhân đứng thứ 2 là Liên cầu (*Streptococcus*) như Liên cầu sinh mủ (*Streptococcus pyogenes*), Liên cầu nhóm B (group B *Streptococcus*). Liên cầu tán huyết alpha thường có xu hướng gây viêm lan rộng, đặc trưng bởi hiện tượng hồng ban, phù, xuất tiết dịch và rất ít hoặc không gây hoại tử. Đây là dạng điển hình của viêm mô tế bào.

Vi trùng Gram âm và kỵ khí hiếm khi gây áp xe ở da và mô mềm.

III. PHÂN LOẠI.

Áp xe phần mềm có thể được phân loại theo:

- Vị trí: ở nông trên bề mặt da hay sâu dưới da. Bài này không đề cập đến áp xe sâu trong nội tạng.
- Nguyên nhân: áp xe nguyên phát do nhiễm trực tiếp từ tác nhân gây bệnh hay thứ phát từ một số bệnh toàn thân (chẳng hạn như lao,...)
- Thời gian: áp xe đang ở giai đoạn cấp tính với đầy đủ triệu chứng của viêm cấp hay ở giai đoạn mà các triệu chứng đã giảm, áp xe ở giai đoạn hình thành (hóa mủ) hoàn toàn hay chưa hoàn toàn.

IV. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng

Phần lớn các áp xe phần mềm được chẩn đoán dựa trên lâm sàng. Bệnh nhân thường than đau và chỉ rõ được chỗ đau cho thầy thuốc. Nhiều bệnh nhân đau đến mất ngủ. Các dấu hiệu nhiễm trùng toàn thân (sốt cao, mạch nhanh,...), sốc nhiễm trùng có thể có trong trường hợp nặng.

Khi khám, dấu hiệu điển hình của áp xe phần mềm là sưng, nóng, đỏ, đau ở một vùng nào đó trên cơ thể. Giai đoạn đầu, áp xe chưa hình thành mủ thì nhìn sẽ thấy một vùng da sưng tấy, nóng nhưng sờ thấy chắc, ấn đau. Khi mủ đã hình thành và phát triển ra nông thì nhìn có thể thấy trên nền màu đỏ của ổ viêm có chỗ màu trắng hay vàng do mủ sắp vỡ, sờ có dấu hiệu phập phều, ấn đau chói. Có khi bệnh nhân tới khám khi áp xe đã vỡ tự phát và chảy mủ hôi ra ngoài.

Tuy nhiên, nếu áp xe ở sâu thì có thể không có dấu hiệu phập phều mặc dù mủ đã hình thành nhiều. Thậm chí nếu ở quá sâu, ta có thể không nhận biết được các dấu hiệu như sưng, đỏ mà chỉ phát hiện được một vùng đau.

Áp xe có thể gây phản ứng viêm theo hệ thống bạch huyết dẫn lưu nên khi khám có thể thấy sưng đau các hạch bạch huyết vùng tương ứng.

2. Cận lâm sàng

Nói chung, các xét nghiệm cận lâm sàng không cần thiết trong đa số các trường hợp và không cần áp dụng thường quy. Tuy nhiên, tối thiểu có thể cần xét nghiệm công thức bạch cầu/máu, xét nghiệm đông-cầm máu để chuẩn bị mổ rạch dẫn lưu. Một số cơ địa đặc biệt cần phải làm thêm một số xét nghiệm như đường/máu, đường/niệu,....

Siêu âm nên được chỉ định trong những trường hợp mà qua thăm khám chưa rõ là viêm mô tế bào lan tỏa hay áp xe, những trường hợp nghi ngờ áp xe ở sâu. Hình ảnh siêu âm của ổ áp xe đã hóa mủ hoàn toàn là một vùng echo trống (anechoic) hay echo kém (hypoechoic), trong khi của ổ áp xe ở giai đoạn sớm có thể là một vùng đồng echo (isoechoic) hay chỉ hơi khác đậm độ với mô xung quanh. Siêu âm trước mổ giúp đo được kích thước, xác định các góc ngách của ổ áp xe.

3. Chọc hút

Chọc hút ổ áp xe vừa giúp chẩn đoán vừa có ý nghĩa điều trị. Chọc hút có mủ giúp xác định chẩn đoán, lấy bệnh phẩm cấy trùng; tuy nhiên, chọc hút không ra mủ không thể loại trừ chẩn đoán hoàn toàn vì có khi kim chọc không tới hay kim quá nhỏ trong khi mủ quá đặc. Chọc hút dẫn lưu cũng thường không có hiệu quả khi mủ đặc hay ổ áp xe lớn.

V. ĐIỀU TRỊ.

Điều trị áp xe phần mềm chủ yếu là rạch tháo mủ và dẫn lưu. Thủ thuật này thường được thực hiện dưới gây tê tại chỗ ở phòng tiểu phẫu. Bác sĩ gia đình hay bác sĩ thực hành tổng quát đã qua huấn luyện có thể thực hiện thủ thuật này trong cấp cứu. Tuy nhiên, nếu áp xe ở các vùng có liên quan đến thẩm mỹ (như vú, mặt,...) hay chức năng (như lòng bàn tay, lòng bàn chân,...) thì nên tham vấn chuyên gia. Ngoài ra, không nên mổ ở phòng tiểu phẫu mà nên đưa vào phòng mổ lớn cho các trường hợp: ổ áp xe lớn, ổ áp xe nằm ở vị trí khó hay trẻ em quá nhỏ, không hợp tác được để mổ dưới gây tê.

1. Chuẩn bị

Bệnh nhân

- Phải giải thích cho bệnh nhân lợi ích và nguy cơ của thủ thuật. Vấn đề đau, chảy máu, sẹo mổ,...cũng phải được giải thích cho bệnh nhân hiểu trước khi ký cam kết mổ.
- Đặt bệnh nhân ở tư thế dễ chịu cho bệnh nhân nhưng phải thuận lợi cho thủ thuật. Bộc lộ vùng mổ đủ rộng.

Dụng cụ: tối thiểu gồm có

- Găng tay phẫu thuật vô trùng
- Khăn mổ có lỗ ở giữa
- Ống chích 5ml, 10ml và kim để gây tê (kim 25 hay 30). Ống chích để bơm rửa.
- Thuốc tê (thường dùng Lidocaine 2%, nên pha loãng ở nồng độ 1%).

- Nước muối sinh lý, nước Oxy già, dung dịch Betadine hay Povidine.
- Cán dao và dao mổ số 11 hay 15.
- 2 kẹp cầm máu (Kelly hay Mosquito đầu cong).
- Que cấy mỡ, bông gòn, gạc vô trùng.
- Chén Inox để đựng dịch rửa.
- Gạc băng vết thương, cuộn dây gạc (mesh) để nhét vào trong ổ áp xe.
- Băng dính

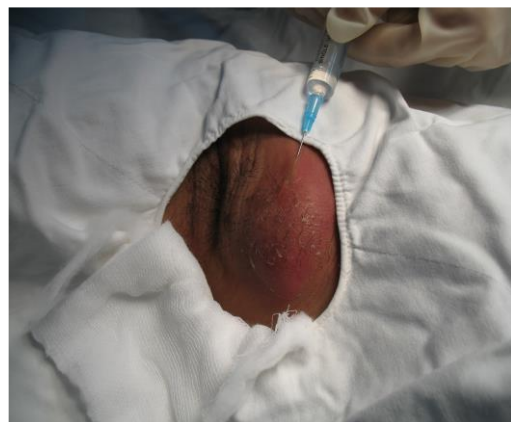
2. Thực hiện

- Sát trùng da vùng mổ bằng dung dịch Chlorhexidine hay Povidine hoặc Betadine. Nên sát trùng theo vòng tròn, từ đỉnh của ổ áp xe đi rộng dần ra ngoài.
- Trải khăn mổ.
- Gây tê trong da theo đường định rạch, đi qua đỉnh ổ áp xe. Lưu ý là môi trường acid của vùng viêm tấy có thể làm ảnh hưởng đến hiệu quả tê tại chỗ. Nên chờ cho đủ thời gian thuốc tê có hiệu lực mới bắt đầu rạch da. Một số trường hợp có thể cần cho thêm thuốc uống hay thuốc đặt hậu môn trước khi mổ để giảm khó chịu của bệnh nhân.
- Rạch da theo đường trục dài, đi qua đỉnh của ổ áp xe.
- Lấy mỡ cấy nếu cần.
- Dùng kẹp Kelly hay Mosquito banh mép đường rạch để thoát mỡ và mô hoại tử. Khi ổ áp xe lớn, có nhiều góc ngách, nên dùng ngón tay thăm dò, phá các góc ngách, lấy bỏ mô hoại tử. Động tác này có thể làm bệnh nhân đau nên phải hết sức nhẹ nhàng.
- Bơm rửa ổ áp xe với nước muối sinh lý. Nếu có nhiều mô hoại tử, áp xe có nhiều góc ngách sâu, thì nên dùng nước muối sinh lý pha với nước oxy già để bơm rửa.
- Kiểm tra chảy máu ở mép vết rạch và trong ổ áp xe. Chảy máu ít có thể tự cầm sau khi nhét mesh và băng ép. Chảy máu nhiều phải cầm máu bằng đốt điện.
- Sát trùng lại trong lòng ổ áp xe với gạc tẩm dung dịch Betadine hay Povidine.
- Nhét mesh vào lòng ổ áp xe để cầm máu (ngay sau mổ), tiếp tục dẫn lưu dịch sau mổ và ngăn mép vết thương đóng lại sớm trong khi bên trong chưa lành. Không nên nhét mesh quá chặt vì sẽ gây đau, thiếu máu nuôi và cản trở thoát lưu mỡ.
- Băng vết thương.
- Minh họa các bước rạch dẫn lưu áp xe phần mềm như trên hình 2 – 7.
- Hiện nay có một số nghiên cứu chứng minh sau khi rạch dẫn lưu mỡ, có thể khâu da thì đầu mà không làm tăng tỉ lệ áp xe tái phát. Tuy vậy, theo kinh điển, vết rạch áp xe nên để hở.
- Do sẹo để lành tự nhiên của vết rạch dẫn lưu áp xe thường xấu. Gần đây có một cách dẫn lưu áp xe mới để hạn chế sẹo như sau:
 - Gây tê tại chỗ
 - Tạo 2 vết chọc bằng dao (mỗi vết khoảng 5-6mm) vào ổ áp xe.
 - Sau khi làm thoát lưu mỡ/mô hoại tử và bơm rửa ổ áp xe xong, luồn một dây cao su qua 2 lỗ vừa tạo, cột nơ để tạo 1 vòng dây cao su lỏng lẻo để lại trong ổ áp xe. Vòng dây cao su này sẽ tiếp tục dẫn lưu dịch trong ổ áp xe sau mổ (Hình 8). Khi hết mỡ thì

cắt và rút vòng dây cao su, sẹo lành về sau của 2 vết rạch ngắn sẽ nhỏ. Trong điều kiện nước ta, nếu không có sẵn dây cao su dẫn lưu chuyên dụng, ta có thể cải biên bằng cách dùng phần gờ lên của miệng bao găng tay phẫu thuật làm dây dẫn lưu cũng được.



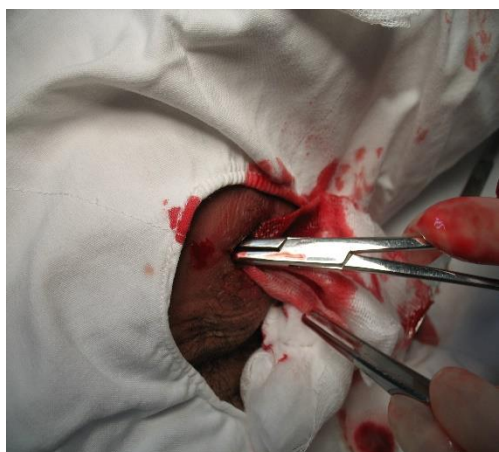
Hình 2. Áp xe vùng nách phải: bộc lộ ổ áp xe và chuẩn bị tư thế thuận lợi, lót vải nhựa dưới vai bệnh nhân (trái), sát trùng vùng mổ (phải).



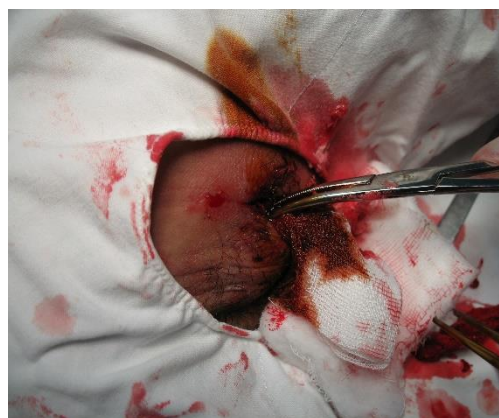
Hình 3. Trải khăn lỗ và che gạc để tránh tràn mủ ra xung quanh (trái), gây tê tại chỗ (phải).



Hình 4. Rạch ngay trên ổ áp xe (trái), dùng Kelly banh rộng để tháo mủ (phải).



Hình 5. Phá các góc ngách và lấy mô hoại tử (trái), bơm rửa với nước oxy già để loại bỏ mô hoại tử trong sâu (phải).



Hình 6. Dùng Betadine sát trùng lại (trái), nhét gạc ổ áp xe (phải).



Hình 7. Băng vết mổ rạch áp xe.



Hình 8. Cách mới để dẫn lưu áp xe phần mềm

(Nguồn hình: Singer AJ, et al [6])

3. Chăm sóc sau mổ

Bệnh nhân có thể về nhà ngay sau mổ hay trong ngày mổ.

Ở bệnh nhân khỏe mạnh, phần lớn áp xe phần mềm được rạch tháo mủ tốt có thể không cần dùng kháng sinh sau mổ. Theo Hội Bệnh Nhiễm Hoa kỳ (IDSA), kháng sinh toàn thân chỉ nên dùng trong các trường hợp: bệnh nặng hay nhiễm trùng đa ổ, có viêm mô tế bào lan rộng, có dấu hiệu nhiễm trùng toàn thân, cơ địa có nhiều bệnh kèm hay suy giảm miễn dịch, tuổi quá trẻ hay quá già, có viêm tĩnh mạch đi kèm, áp xe không đáp ứng với rạch dẫn lưu đơn thuần.

Thay băng vết mổ mỗi ngày hay một, hai ngày/ lần tùy lượng mủ nhiều hay ít. Điều quan trọng là không được để da lành trước khi mô hạt lấp đầy ổ áp xe bên dưới. Những ngày đầu, thay băng, rút bỏ mesh có thể khá đau nên có khi phải cho bệnh nhân thuốc giảm đau trước khi thay băng.

Thời gian lành tùy theo kích thước của ổ áp xe, có thể chỉ vài ngày nếu ổ áp xe nhỏ nhưng cũng có thể mất vài tuần nếu kích thước ổ áp xe lớn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Butler KH (2004). Incision and Drainage. Roberts: Clinical Procedures in Emergency Medicine, 4th ed, pp: 717-746.
2. Marron CD (2010). Superficial sepsis, cutaneous abscess and necrotising fasciitis, in Emergency surgery. Wiley-Blackwell, pp: 115-126.
3. Fitch MT, Mantney DE, McGinnis HD, et al (2007). Abscess Incision and Drainage. N Engl J Med; 357: e20.
4. Stevens DL, Bisno AL, Chambers HF, et al (2005). Practice Guidelines for the Diagnosis and Management of Skin and Soft-Tissue Infections. Clin Infect Dis; 41(15): 1373-1406.
5. Mandell, Bennett, Dolin (2005). Subcutaneous tissue infections and abscesses. Principles and Practice of Infectious Diseases, 6th ed, pp: 1188-1192.

6. Singer AJ, Talan DA (2014). Management of skin abscesses in the era of Methicillin-Resistant *Staphylococcus aureus*. *N Engl J Med*; 370: 1039-1047.
7. Hankin A, Everett WW (2007). Are antibiotics necessary after incision and drainage of cutaneous abscess? *Ann Emerg Med*; doi:10.1016/j.annemergmed.2007.01.018.
8. Singer AJ, Taira BR, Chale S, et al (2013). Primary versus secondary closure of cutaneous abscesses in the emergency department: a randomized controlled trial. *Acad Emerg Med*; 20: 27-32.
9. Singer AJ, Thode HC, Chale S, et al (2011). Primary closure of cutaneous abscesses: a systematic review. *Am J Emerg Med*; 29: 361-366.
10. May AK (2011). Skin and soft tissue infections: The new surgical infection society guidelines. *Surgical infections*; 12(3): 179-184.

KHÂU DA THÌ HAI

Nguyễn Tuấn Anh, Nguyễn Văn Hải

MỤC TIÊU

1. *Lựa chọn đúng chỉ định và điều kiện để khâu da thì hai.*
2. *Thực hiện đúng cách khâu da thì hai tại phòng tiểu phẫu.*

Khâu da thì hai được áp dụng cho những vết thương hay vết mổ bị nhiễm trùng đã được chăm sóc tương đối ổn định. Kỹ thuật thực hiện khâu da thì hai khá đơn giản nên thực tế thường được làm ở phòng tiểu phẫu cho những vết thương không quá lớn. Tuy vậy, để có kết quả tốt, cần phải có hiểu biết cơ bản, lựa chọn bệnh nhân phù hợp, thực hiện đúng qui cách.

I. NHỮNG VẤN ĐỀ CẦN LƯU Ý KHI ĐỂ VẾT THƯƠNG NHIỄM LÀNH TỰ NHIÊN

1. Thời gian lành vết thương

Vết thương có thể phải mất từ vài tuần đến vài tháng để lành hoàn toàn nếu như chúng ta chỉ dùng gạc để che vết thương. Điều này sẽ gây ra khó khăn cho bệnh nhân trong công việc và sinh hoạt. Bệnh nhân có thể sẽ không đi làm hay sinh hoạt như bình thường được khi đang có một vết thương hở, nhất là ở vùng để lộ, vùng cơ quan vận động; ngoài ra, chi phí để chăm sóc vết thương cũng có thể là một gánh nặng về kinh tế.

2. Vị trí vết thương

Vị trí của vết thương cũng khá quan trọng vì nó liên quan đến việc thay băng, chăm sóc tại chỗ. Bệnh nhân không thể tự chăm sóc được mà phải cần thêm người để chăm sóc những vết thương ở vùng lưng hay mông. Ngoài ra, vết thương ở một số vùng cơ thể khó có thể giữ gạc ở đúng vị trí.

3. Đau

Vết thương hở có thể chỉ gây cảm giác khó chịu tại chỗ nhưng cũng có khi gây đau thực sự, phải dùng thuốc giảm đau.

4. Sẹo

Sẹo của vết thương để lành tự nhiên không khâu da thì hai sẽ có xu hướng lớn hơn và xấu hơn so với vết thương được khâu liền mép da. Không ít trường hợp vết thương lành bằng sẹo lồi, sẹo co rút gây khó chịu và mất thẩm mỹ. Đặc biệt là vùng mặt, sẹo co rút sẽ kéo mí mắt xuống gây hở mi dưới. Sẹo co rút ở vùng nách cũng gây hạn chế biên độ hoạt động của vùng vai, ảnh hưởng đến chức năng vận động vùng này.

Sẹo lành của vết thương không khâu da thì hai cũng không ổn định, dễ bị tổn thương do tác động của ánh nắng (tia tử ngoại), va chạm,... Tổn thương lặp đi lặp lại nhiều năm có thể trở thành mạn tính, làm tăng nguy cơ bị ung thư da.

Vì những lẽ nêu trên, một vết thương nhiễm, sau một thời gian được chăm sóc ổn định, nên được khâu da thì hai.

II. LỰA CHỌN CHỈ ĐỊNH VÀ ĐIỀU KIỆN ĐỂ KHÂU DA THÌ HAI

Những trường hợp vết thương không thể khâu kín được nhưng quá trình lành để lại sẹo chấp nhận được thì ta có thể để cho vết thương lành mà không cần khâu lại. Các vết thương tương đối nhỏ (kích thước nhỏ hơn 1,5cm) thì thời gian lành tương đối nhanh, không cần khâu thì hai. Thậm chí, cả những vết thương dài từ 3-4cm mà không thể khâu kín ở thì đầu được cũng có thể để lành tự nhiên với điều kiện không được để lộ gân, xương hay các cấu trúc quan trọng khác. Trên thực tế, khâu da thì hai cần được cân nhắc lựa chọn dựa trên các yếu tố: vị trí vết thương, kích thước vết thương, mức độ bất lợi của việc để lộ cấu trúc bên dưới, yêu cầu thẩm mỹ.

Về điều kiện, khâu da thì hai thường chỉ được đặt ra khi các vết mổ hay vết thương nhiễm trùng đã được chăm sóc ổn định, không còn mủ hay mô hoại tử, đáy sạch, mô hạt mọc tốt.

III. CÁC BƯỚC THỰC HIỆN

1. Chuẩn bị bệnh nhân và dụng cụ

Tùy vị trí vết thương mà lựa chọn tư thế nằm sao cho thoải mái cho bệnh nhân và thuận lợi cho bác sĩ thực hiện phẫu thuật.

Dụng cụ bao gồm :

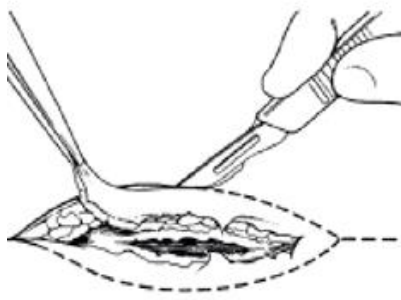
- Găng tay vô khuẩn
- Khăn lỗ
- Gạc
- Nhíp có máu
- Dao
- Kéo
- Thuốc tê Lidocain 2% 10ml
- Kẹp mang kim
- Kéo cắt chỉ
- Chỉ khâu : chỉ tan (Chromic 3.0 hay Vicryl 3.0) dùng để khâu lớp dưới da, chỉ không tan (Nylon hay Silk 2.0, 3.0) dùng để khâu da.

2. Kỹ thuật thực hiện

- ✓ Sát khuẩn quanh vết thương bằng dung dịch Povidine, rửa da bằng nước muối sinh lý cho đến khi thấy sạch.
- ✓ Trải khăn lỗ.
- ✓ Gây tê tại chỗ quanh vết thương. Gây tê trong và dưới da bằng Lidocain 2% dọc theo hai mép vết thương.
- ✓ Dùng dung dịch nước muối sinh lý rửa bên trong vết thương cho đến khi vết thương sạch, không còn giả mạc.
- ✓ Cắt lọc vết thương : dùng nhíp có máu cặp mép vết thương, tiến hành cắt lọc mép da từ lớp nông đến lớp sâu, diện cắt nên thẳng hàng từ ngoài vào trong. Thì này có thể có chảy máu vì vết thương đang lành với nhiều mạch máu tân tạo.



Hình 1. Vết mổ bướu bã áp xe hóa được 2 tuần có đáy sạch, mô hạt tốt (trái); sau khi sát trùng, che chắn, được gây tê quanh mép vết thương (phải).



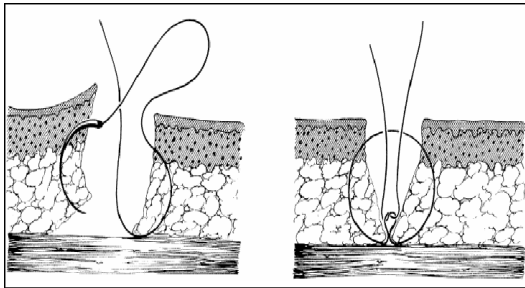
Hình 2. Rạch da, cắt lọc mép vết thương



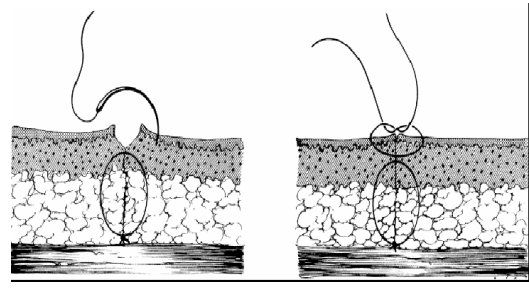
Hình 3. Di động mép da khỏi mô bên dưới để chuẩn bị khâu

- ✓ Do các mép da ở vết thương thường co rút lại nên việc kéo hai mép vết thương lại gần nhau có thể khó khăn. Để khắc phục, chúng ta nên dùng dao hay kéo tách lớp da ra khỏi mô bên dưới, tách rộng vừa đủ để có thể kéo hai mép vết thương vừa sát lại với nhau. Không tách quá rộng vì dễ dẫn đến tụ máu hay tụ dịch dưới da sau mổ.
- ✓ Cầm máu bằng cách chèn ép gạc hay dùng dao điện đốt cầm máu.
- ✓ Khâu vết thương : cần tuân thủ nguyên tắc khâu vết thương
 - Không được để lại khoảng chết

- Dùng loại chỉ thích hợp để khâu các lớp của phần mềm
- Từng lớp của mép vết thương bên này phải được khâu cùng lớp với mép bên kia, hai mép phải được ép kín vào nhau, không được chênh, không được lộn mép da vào trong.
- Kiểu khâu : Thường chỉ cần khâu da và mô dưới da 1 lớp, mũi chữ I hay Donati, chỉ không tan. Nếu lớp mỡ dưới da dày thì có thể khâu mỡ, thường là mũi chữ I, chỉ tan, cột nơ chỉ ở trong (hình 4) hay ở ngoài đều được.



Hình 4.Khâu lớp mỡ với nơ chỉ cột ở trong



Hình 5.Không để lộn mép da vào trong

- ✓ Sau khi khâu xong, dùng gạc vô khuẩn băng kín vết thương.



Hình 6.Hoàn tất khâu da

- ✓ Dẫn dò bệnh nhân phải giữ băng khô và thay băng mỗi ngày tại y tế địa phương.
- ✓ Tái khám sau 1 tuần để đánh giá lại vết thương.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. David, L. Dunn, Jay Phillips (2005), “ Healing by Secondary intention”. Wound closure manual, chapter 1, p. 7.
2. World Health Organization (2009), “ Wound management”. *Best practice guidelines in disaster situations*, chapter 10.

MỤC TIÊU

1. *Hiểu được đặc điểm và tính chất của bướu mỡ.*
2. *Biết cách chẩn đoán bướu mỡ.*
3. *Biết cách chỉ định và phương pháp phẫu thuật bướu mỡ.*

I. ĐẠI CƯƠNG

Bướu mỡ là do sự tăng sinh của những tế bào mỡ trưởng thành trong vỏ bao xơ mỏng nằm ở dưới da, thường giữa da và lớp cơ. Tuy nhiên bướu mỡ cũng có thể gặp ở những mô sâu hơn hay thậm chí ở những cơ quan khác như tim, não, phổi, ruột, sau phúc mạc...(chúng tôi không trình bày trong bài này). Đây là loại bướu mô mềm lành tính thường gặp nhất ở người lớn. Bướu phát triển chậm, thường không đau và không có triệu chứng. Kích thước bướu có thể thay đổi từ cỡ hạt đậu đến vài cen-ti-met đường kính. Chưa có tài liệu nào chứng minh có sự hóa ác ở bướu mỡ. Trong cơ thể có thể gặp một hoặc nhiều bướu mỡ cùng lúc.

II. DỊCH TỄ HỌC VÀ NGUYÊN NHÂN

1. Dịch tễ học

Chiếm 1% trong dân số. Bướu mỡ được mô tả đầu tiên bởi Roux năm 1848, khi tác giả tổng kết những bướu vùng răng miệng với tên gọi là “u lợi vàng” (yellow epulis). Người ta có thể tìm thấy bướu mỡ ở mọi lứa tuổi, nhưng lứa tuổi thường gặp nhất là 40 đến 60. Giới nam thường gặp hơn nữ. Tuy nhiên bướu mỡ đơn độc thường gặp ở nữ, đa bướu mỡ thường gặp ở nam hơn.

Đôi khi bướu mỡ có thể kết hợp với những hội chứng khác như : Đa bướu mỡ di truyền, bệnh Dercum (adiposis dolorosa), hội chứng Gardner, hội chứng Madelung ...

Đa bướu mỡ di truyền là tình trạng di truyền trên NST trội, thường gặp ở nam, đặc trưng bởi những bướu mỡ đối xứng ở chi và thân mình. Đa bướu mỡ có thể kết hợp với hội chứng Gardner : một tình trạng di truyền trội liên quan đến đa polyp ruột, đa u nang, đa u xương. Bệnh Madelung thường thấy ở nam giới nghiện rượu, với đa bướu mỡ đối xứng lành tính ở đầu, cổ, vai và phân xa chi trên (hội chứng cổ ngựa). Những bệnh nhân này đôi khi khó nuốt, tắc nghẽn đường thở và thậm chí đột tử.

Bệnh Dercum (đa bướu mỡ đau) biểu hiện bởi đa bướu mỡ không đều, đau, thường thấy ở thân mình, vai, cánh tay, cẳng tay và đùi. Bệnh này thường xảy ra ở nữ tuổi trung niên sau khi mãn kinh.

U phát triển chậm và tăng kích thước khi bệnh nhân tăng cân nhưng u vẫn không thay đổi kích thước khi bệnh nhân giảm cân. Bệnh hiếm khi có tính chất gia đình.

2. Nguyên nhân

Nguyên nhân chính xác gây bướu mỡ chưa được biết rõ ràng. Tuy nhiên nhiều tác giả cho rằng bướu mỡ có nguyên nhân di truyền, thường có yếu tố di truyền. Béo phì không phải là nguyên nhân của bướu mỡ.

Bướu mỡ bẩm sinh có thể thấy ở trẻ em. Có một số bướu mỡ được phát hiện sau chấn thương nhưng chưa chứng minh được chấn thương là nguyên nhân gây bướu mỡ.

III. BỆNH HỌC

Về đại thể : mô màu vàng, óng ánh. Bướu mỡ có thể có một thùy hoặc nhiều thùy.

Về vi thể : bướu mỡ bao gồm những tế bào mỡ trưởng thành (có thể xen kẽ vài sợi collagen) sắp xếp theo từng thùy. Nhiều thùy được bao bọc bởi một vỏ bao sợi.

Thỉnh thoảng có những bướu mỡ không vỏ bao thâm nhiễm vào trong cơ được gọi là bướu mỡ thâm nhiễm (infiltrating lipoma). Ngoài ra còn có 4 loại bướu mỡ khác được ghi nhận khi sinh thiết là : u mạch mỡ, bướu mỡ đa hình, bướu mỡ tế bào hình thoi và bướu mỡ tuyến.

IV. CHẨN ĐOÁN

1. Vị trí

Bướu mỡ có thể gặp ở bất cứ nơi đâu, hầu hết là ở phần trên của cơ thể, nhưng thường gặp nhất ở cổ, vai, lưng, cánh tay và đùi. Các bướu mỡ chủ yếu nằm ở dưới da, tuy nhiên một số trường hợp có thể nằm ở dưới lớp cân hoặc thậm chí là trong cơ. Bướu mỡ vùng cổ thường là nằm dưới lớp cân.

2. Triệu chứng cơ năng

Khối bướu phát triển chậm thường không có triệu chứng gì. Do đó bệnh nhân thường không để ý đến cho tới khi tự sờ được bướu hay nhìn thấy một khối gồ lên trên mặt da. Trường hợp bướu to có thể chèn ép các cơ quan lân cận gây hạn chế vận động, đặc biệt là bướu ở cánh tay và chân .

Tuy nhiên vấn đề gây khó chịu nhất cho người bệnh chính là khi bướu ở vị trí mà mọi người dễ nhìn thấy .

3. Triệu chứng thực thể

Khám thấy một khối tròn, thường di động nhiều, dùng ngón tay đẩy qua lại dễ dàng. Ấn cảm giác mềm, nhão như cao su, thường không đau. Vùng da xung quanh bướu bình thường.

4. Cận lâm sàng:

Bướu mỡ thường được chẩn đoán chính xác thông qua hỏi tiền sử bệnh và khám lâm sàng. Tuy nhiên đây chỉ là những bướu mỡ đơn giản. Vì thế để chẩn đoán ta cần sử dụng thêm một số cận lâm sàng như :

- Siêu âm : có thể giúp chúng ta chẩn đoán chính xác hơn. Dấu hiệu thấy trên siêu âm là khối cho kém đồng nhất, giới hạn rõ, không tăng sinh mạch máu. Hơn nữa siêu âm còn giúp phân biệt với bướu máu, liposarcoma.
- CT scan : thường sử dụng với những khối u nằm sâu mà không thể sờ nắn tốt khi khám lâm sàng, CTscan giúp xác định bản chất của khối u cũng như đánh giá mức độ lành tính hay ác tính của khối u.
- Sinh thiết : những trường hợp khối u rất to chèn ép các cấu trúc xung quanh, hoặc nghĩ rằng đây không chỉ là bướu mỡ đơn thuần thì có khả năng đây là một dạng bướu

mỡ ác tính (liposarcoma). Trường hợp này ta nên tiến hành sinh thiết khối u gửi giải phẫu bệnh. Lý do phải sinh thiết trong trường hợp này là vì nếu đây thực sự là bướu ác tính thì phẫu thuật điều trị sẽ hoàn toàn khác với bướu mỡ đơn thuần. Sinh thiết có thể thực hiện bằng một trong hai cách sau :

- Sinh thiết bằng kim nhỏ (FNA): rửa sạch bề mặt da trên khối u bằng dung dịch sát khuẩn, sau đó tiến hành gây tê tại chỗ bằng lidocain 2%. Dùng kim nhỏ đâm xuyên qua da vào khối u, sau đó đem đọc dưới kính hiển vi xác định bản chất khối u.
- Sinh thiết khối u : rửa sạch bề mặt da trên khối u bằng dung dịch sát khuẩn, sau đó tiến hành gây tê tại chỗ bằng lidocain 2%. Rạch nhỏ da trên u và sinh thiết 1 phần khối u gửi giải phẫu bệnh.

5. Chẩn đoán phân biệt

Bướu bã : điểm đặc trưng để phân biệt với bướu mỡ là bướu bã có một chấm đen, nhỏ ở trung tâm bướu. Mô xung quanh bướu bã cứng hơn.

Khối áp xe : thường nằm trên nền mô cứng hơn và da xung quanh đỏ.

Liposarcoma (ung thư tế bào mỡ): biểu hiện lâm sàng thường giống như bướu mỡ nhưng thường xuất hiện sau phúc mạc, trong cơ ở vai và chi dưới. Bướu phát triển nhanh tái phát tại chỗ và thường cho di căn. Đôi khi bướu di động kém và gây đau. Chúng ta cần phân biệt bướu mỡ với liposarcoma vì điều trị và tiên lượng hoàn toàn khác nhau. Gần đây cộng hưởng từ (MRI) có thể giúp trong phân biệt bướu mỡ với liposarcoma.

Ngoài ra bướu mỡ còn cần chẩn đoán phân biệt với :

- ✓ Bướu máu
- ✓ Nang thượng bì
- ✓ Hạch di căn
- ✓ Nốt dạng thấp
- ✓ Nốt ban đỏ
- ✓ Khối máu tụ...

V. ĐIỀU TRỊ

Phẫu thuật cắt bỏ bướu vẫn là phương pháp tối ưu và đơn giản nhất để điều trị bướu mỡ. Tuy nhiên không phải lúc nào cũng cần thiết phải phẫu thuật lấy bỏ bướu mỡ (như bướu nhỏ...).

1. Chỉ định

Bướu mỡ thường được phẫu thuật khi :

- Bướu lớn nhanh hay bướu lớn hơn 5 centimet có nguy cơ ác tính .
- Khi cần xác định tính chất mô học đặc biệt để loại trừ liposarcoma.
- Khi bướu có triệu chứng đau, viêm nhiễm chèn ép cơ quan kế cận.
- Lý do thẩm mỹ .

2. Chuẩn bị trước mổ

Giải thích kỹ cho bệnh nhân biết. Làm xét nghiệm về đông máu và cầm máu. Sát trùng da vùng mổ bằng povidone iodine (betadine). Dùng lidocain 1-2% để gây tê. Đánh giá kỹ vị trí và kích thước bướu để xác định đường rạch da sao cho hợp thẩm mỹ và bảo đảm lấy được hết bướu (đặc biệt trong bướu mỡ đa thùy).

3. Kỹ thuật

Vô cảm : thường gây tê tại chỗ vùng bướu bằng lidocain 1-2%(xem bài kỹ thuật gây tê). Trong trường hợp bướu lớn ở vai hay lưng, chúng ta có thể mổ dưới gây mê nội khí quản .

Kỹ thuật mổ : rạch da hình thoi hoặc đường thẳng trực tiếp trên bướu, chiều dài đường rạch thường nhỏ hơn kích thước của bướu. Dùng kẹp Kelly hay Allis giữ phần da hình thoi được rạch bỏ để kéo khi phẫu tích bướu. Sau đó phẫu tích vùng mô mỡ dưới da xung quanh cho đến bướu. Có thể dùng ngón tay trở để lấy bướu. Phẫu tích cẩn thận để tránh tổn thương thần kinh hay mạch máu nằm dưới bướu.

Những điều cần lưu ý khi mổ bướu mỡ

- ✓ Cần chú ý vị trí giải phẫu của bướu để tránh tổn thương những cơ quan lân cận.
- ✓ Bướu mỡ thường không dính với lớp cân cơ bên dưới.
- ✓ Bao sợi xơ phải được lấy hết để tránh tái phát.
- ✓ Phải lấy hết tất cả các thùy (trong bướu mỡ đa thùy) để tránh tái phát.

4. Các phương pháp khác điều trị bướu mỡ

- i. *Chích steroid* : phương pháp này làm bướu co nhỏ lại nhưng không làm mất bướu. Chích Steroid thường chỉ dùng cho những bướu nhỏ hơn 2,5cm đường kính.
- ii. *Chọc hút (liposuction)*: dùng kim và syringe lớn hơn để chọc hút lấy bướu mỡ. Phương pháp này chỉ dùng cho những bướu ở vị trí mà khi mổ có thể để lại sẹo ảnh hưởng đến vấn đề thẩm mỹ (mặt, trán...). Phương pháp này khó có thể lấy hết bướu.

5. Biến chứng khi mổ bướu mỡ

Nhiễm trùng vết mổ : khi vết mổ bị sưng lên, đỏ và có cảm giác đau, lúc này ta cần thiết phải sử dụng kháng sinh điều trị, cắt chỉ vết mổ và chăm sóc vết thương tại chỗ.

Chảy máu : vết mổ có thể chảy máu sau mổ, xử trí bằng cách dùng gạc vô khuẩn đè ép lên vết thương và giữ trong vòng 10 – 15 phút.

Tụ máu : chảy máu dưới da sau mổ có thể gây nên những vết bầm tím, nhưng vết bầm này sẽ tự biến mất sau vài ngày. Trường hợp máu chảy tạo thành những khối máu tụ dưới da thì nên điều trị nội khoa bằng những thuốc cầm máu. Do đó, cần dặn dò kỹ bệnh nhân khi thấy có các vết bầm dưới da và các vết bầm này có xu hướng sưng to lên thì cần phải tái khám ngay để điều trị kịp thời.

Tổn thương thần kinh lân cận gây yếu hoặc liệt vĩnh viễn.

Tổn thương mạch máu lân cận.

Sẹo lớn gây mất thẩm mỹ

Thuyên tắc mỡ.



Hình 1. Bướu mỡ ngực phải



Hình 2. Tê tại chỗ



Hình 3. Rạch da trên bướu mỡ



Hình 4. Bóc tách bướu mỡ khỏi mô xung quanh



Hình 5. Lấy bướu mỡ



Hình 6. Bệnh phẩm



Hình 7. Bướu mỡ to vùng cánh tay trái



Hình 8. Bướu mỡ nằm sát gân duỗi



Hình 9. Bệnh phẩm (mặt da)



Hình 10. Bệnh phẩm (mặt tạng)

VI. TIÊN LƯỢNG

Bướu mỡ thường tiên lượng tốt, hầu hết đều lành tính. Tái phát có thể xảy ra khi mỡ cắt không hết bướu và bao sợi xơ.

VII. ĐIỀU TRỊ SAU MỔ VÀ DẶN DÒ BỆNH NHÂN

Cho thuốc giảm đau dạng uống sau mổ.

Giữ băng vết thương khô và sạch sẽ, bệnh nhân nên tắm rửa và thay băng mỗi ngày.

Cắt chỉ vết mổ sau 5 – 10 ngày tại cơ sở y tế gần nhà.

Tái khám khi thấy vết mổ nhiễm trùng, tụ máu.

Dẫn dò bệnh nhân có thể sinh hoạt bình thường, tuy nhiên nên hạn chế vận động mạnh hoặc cường độ mạnh cho đến khi vết thương lành hẳn (2 – 3 tuần).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Anders KH, AcKerman AB (1999). Neoplasms of the subcutaneous fat, *Fitzpatrick's Dermatology in general medicine 5th ed. New York: McGraw-Hill*, p. 1292-1300.
2. Koh HK, Bhawan J.(1992), Tumors of the skin. *Dermatology 3d ed. Philadelphia: Saunders*, p. 1721-1808.
3. Bassett MD, Schuetze SM, Distech C, et al (2005), Deep-seated, welldifferentiated lipomatous tumors of the chest wall and extremities:the role of cytogenetics in classification and prognostication. *Cancer 2005 Jan 15*, 103(2): p. 409-416.
4. Pereira JA, Schonauer F (2001), Lipoma extraction via small remote incisions. *Br J Plast Surg*; 54(1), p. 25-27.
5. Weiss SW(1996), Lipomatous tumors. *Monogr Pathol*, 38, p. 207-239.
6. WB Saunders (1999). Lipoma (Fatty tumor), p. 387 – 388.
7. Zuber, Thomas J.; Mayeaux, E. J (2004). Lipoma removal. *Minor surgery in practice. 1st ed.*, p. 172-180.

CẮT DA QUI ĐẦU

Nguyễn Văn Hải

MỤC TIÊU

1. *Biết được chỉ định cắt da qui đầu*
2. *Chuẩn bị và thực hiện được kỹ thuật cắt da qui đầu*
3. *Chăm sóc bệnh nhân sau mổ cắt da qui đầu*

I. ĐẠI CƯƠNG

Cắt da qui đầu là phẫu thuật cắt bỏ phần da che phủ qui đầu ở nam giới. Bài này không nói đến thủ thuật dành cho nữ giới, vốn chỉ còn là hủ tục ở một số nước Trung Đông và châu Phi.

Có thể nói, cắt da qui đầu là một trong những phẫu thuật cổ xưa nhất (ra đời từ khoảng 2300 năm trước Công nguyên) và hiện vẫn còn phổ biến nhất trên thế giới. Tại Mỹ, năm 2005, khoảng 56% bé trai sơ sinh được cắt da qui đầu trước khi ra viện và tổng cộng có khoảng 1,2 triệu ca cắt da qui đầu tại các bệnh viện trong cộng đồng; cắt da qui đầu có thể được thực hiện tại nhiều cơ sở, từ phòng khám của bác sĩ gia đình đến bệnh viện công, bệnh viện tư. Theo thống kê của Tổ chức Y tế Thế giới (WHO), cắt da qui đầu chiếm đến 34% trong số các thủ thuật ngoại khoa toàn cầu. Tỷ lệ nam giới được cắt da qui đầu thay đổi từ 1/3 đến 1/6. Những nơi mà nam giới được cắt da qui đầu nhiều nhất là các nước vùng Trung Đông và Châu Phi (>80%), kế đến là Bắc Mỹ và Úc (20-80%), sau cùng là châu Âu và châu Á (< 20%).

II. CHỈ ĐỊNH

Chỉ định cắt da qui đầu ở Việt nam chủ yếu là do hẹp da qui đầu hay da qui đầu dài.

- Hẹp da qui đầu (phimosis) là sự chít hẹp của bao qui đầu làm không thể tuột da qui đầu lên để qui đầu lộ ra một cách trọn vẹn. Hẹp da qui đầu làm cho vệ sinh vùng qui đầu khó, dễ bị nhiễm trùng tiểu, viêm qui đầu (balanitis), viêm da qui đầu (posthitis) hay viêm cả qui đầu và da qui đầu (balanoposthitis). Hẹp khít có thể gây tiểu khó, thậm chí bí tiểu. Một số trường hợp da qui đầu hẹp, khi tuột lên bị thất lại tại rãnh qui đầu, không kéo xuống được, gọi là thất nghệt da qui đầu (paraphimosis); tình huống này phải xử trí cấp cứu.



Hình 1. Hẹp da qui đầu (trái) và thất nghệt da qui đầu (phải)

- Da qui đầu dài là tình trạng da qui đầu, trong trạng thái dương vật không cương, đã che phủ hết qui đầu rồi mà vẫn còn dư có khi đến một vài xentimét. Người có da qui đầu dài, nếu không biết cách vệ sinh kỹ lưỡng, cũng dễ bị ngứa ngáy, nhiễm trùng vùng này.

Trên thế giới, chỉ định cắt da qui đầu hiện nay vẫn còn khá rộng, bao gồm:

- Cắt da qui đầu vì lý do tín ngưỡng hay phong tục ở những người theo đạo Hồi, đạo Do Thái. Cắt da qui đầu vì lý do này còn gọi là cắt da qui đầu không điều trị (nontherapeutic circumcision) hay cắt da qui đầu theo nghi lễ tôn giáo (ritual circumcision).
- Cắt da qui đầu phòng ngừa (circumcision as prophylactic therapy) bao gồm:
 - Phòng nhiễm trùng tiểu ở trẻ em. Đã có nghiên cứu chứng tỏ hẹp da qui đầu, vốn khá phổ biến ở trẻ trong 3 năm đầu đời, có liên quan đến xuất độ nhiễm trùng tiểu. Vì lý do này mà tỉ lệ trẻ sơ sinh được cắt da qui đầu ở một số nơi khá cao, chẳng hạn như ở Bắc Mỹ.
 - Phòng ngừa các bệnh lây truyền qua đường tình dục ở người lớn như chancroid, giang mai, herpes, lậu, HIV. Một báo cáo có sự tham gia của chương trình phòng chống HIV/AIDS của Liên Hiệp Quốc (UNAIDS), WHO và trung tâm phân tích dịch tễ học Nam Phi (SACEMA) công bố năm 2009 cho thấy cứ mỗi 5-15 người đàn ông mới được cắt da qui đầu thì 1 người sẽ tránh được lây HIV qua đường tình dục.
 - Phòng ngừa ung thư dương vật. Chất bựa (smegma) tích tụ lâu ngày giữa da qui đầu hẹp và qui đầu có tác động như một chất sinh ung. Một số báo cáo đã ghi nhận hẹp da qui đầu gặp ở 25-75% ung thư dương vật; nhưng xuất độ thực sự có lẽ còn cao hơn vì, ở nhiều bệnh nhân, ung thư dương vật đã phá hủy hết phần da qui đầu.

III. CHUẨN BỊ TRƯỚC MỔ

1. Bệnh nhân

Vào ngày mổ, tắm rửa bằng xà phòng vùng cơ quan sinh dục, kéo tuột da qui đầu lên rửa sạch (trong trường hợp da qui đầu dài). Nếu da qui đầu hẹp, khó tuột lên để rửa qui đầu thì không nên cố vì sẽ gây thất nghệt da qui đầu (paraphimosis), ngay trước mổ sẽ được sát trùng bằng Betadine.

Nếu lông nhiều, cản trở trường mổ thì phải cạo bớt.

Nên đi tiểu trước khi mổ.

Giải thích rõ để bệnh nhân hợp tác.

Cho ký cam kết mổ. Nếu là trẻ em thì cha (mẹ) hay người giám hộ ký thay.

2. Dụng cụ

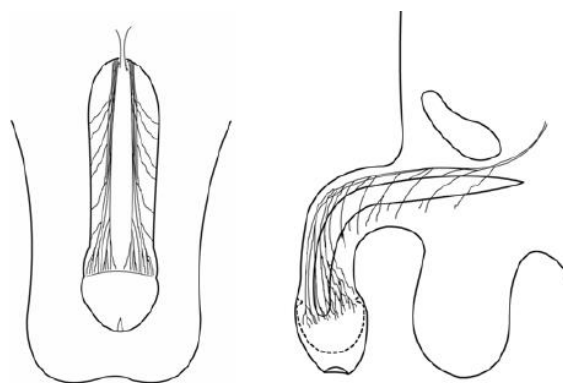
- khay dụng cụ phủ khăn vô trùng
- Khăn lỗ

- 3 kềm Kelly thẳng, 1 kềm Kelly cong, 1 que thăm dò
- 3 kẹp cầm máu Mosquito
- Kéo Metzenbaum, kéo cắt chỉ
- Kẹp mang kim
- Chỉ khâu Chromic gut hay Vicryl 3-0 và 4-0
- Dao (cần cho phương pháp cắt trên kẹp Kelly thẳng)
- Dung dịch Povidone iodine 10% (Betadine hay Povidine)
- Gạc, gạc tẩm vazeline, băng dính
- 1 bơm tiêm 10-15ml, kim 21
- Thuốc tê (thường dùng Lidocaine 1%, không dùng thuốc tê có Adrenaline)
- Nhíp có máu và không máu

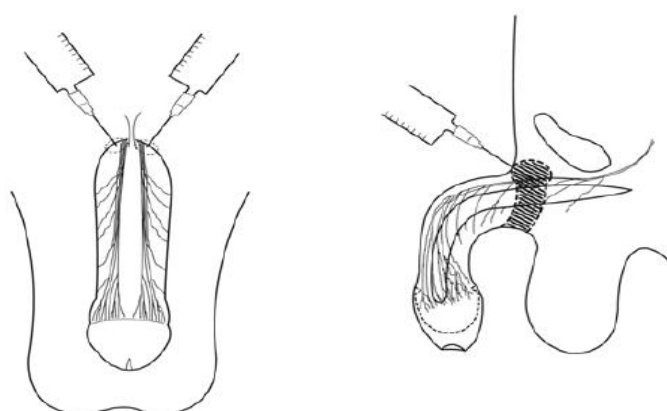
IV. KỸ THUẬT MỔ

Sau đây mô tả theo trình tự kỹ thuật mổ cắt da qui đầu ở người lớn, tại phòng tiểu phẫu, bằng bộ tiểu phẫu thông thường.

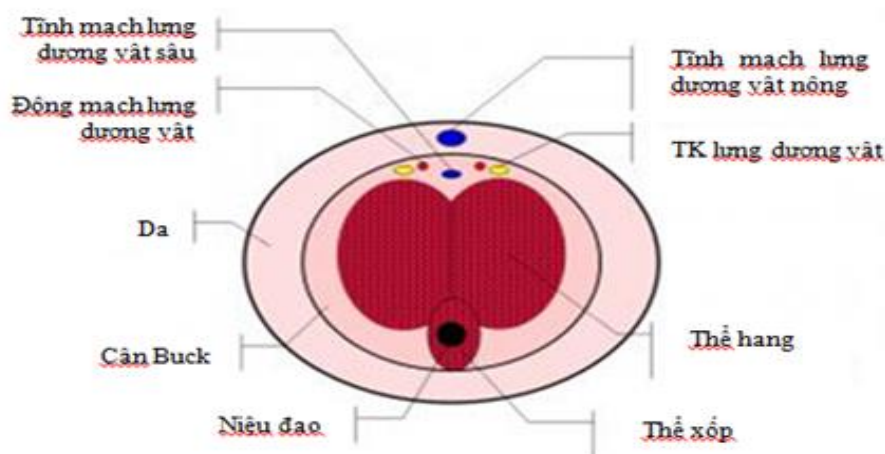
1. Cho bệnh nhân nằm ngửa trên bàn mổ, 2 tay để phía đầu, 2 chân duỗi thẳng. Bộc lộ vùng mổ.
2. Phẫu thuật viên rửa tay, mang găng tay vô trùng.
3. Sát trùng vùng mổ (dương vật, bìu, vùng da xung quanh cơ quan sinh dục) bằng dung dịch Povidone iodine (Betadine). Trải khăn mổ.
4. Gây tê tại chỗ bằng một trong 3 cách:
 - Tiêm thuốc tê vào dưới da vòng quanh phần giữa của dương vật, còn gọi là phong bế nhánh tận thân kinh lưng dương vật (dorsal penile nerve block at the distal branches). Cách này dễ thực hiện nhưng gây phù nề vùng mổ nhiều vì gần chỗ mổ, nên ít được dùng.
 - Tiêm thuốc tê vào dưới da vòng quanh gốc dương vật, còn gọi là phong bế thân kinh lưng dương vật ở gốc dương vật (dorsal penile nerve block at the penile root). Chúng tôi thường tiêm vào dưới da và cả dưới bao cân của vật hang và vật xấp dương vật. Cách này hiệu quả nhất, ít gây phù nề vùng mổ hơn.
 - Phong bế thân kinh lưng dương vật ở khoảng dưới xương mu (dorsal penile nerve block at the subpubic space). Cách này khó về kỹ thuật hơn 2 cách trên, ít hiệu quả hơn gây tê gốc dương vật, thời gian chờ thuốc tê ngấm cũng lâu hơn.



Hình 2. Hai sợi thần kinh lưng dương vật ở 1g và 1lg: nhìn thẳng (trái), nhìn nghiêng (phải)
(nguồn hình; WHO [2])



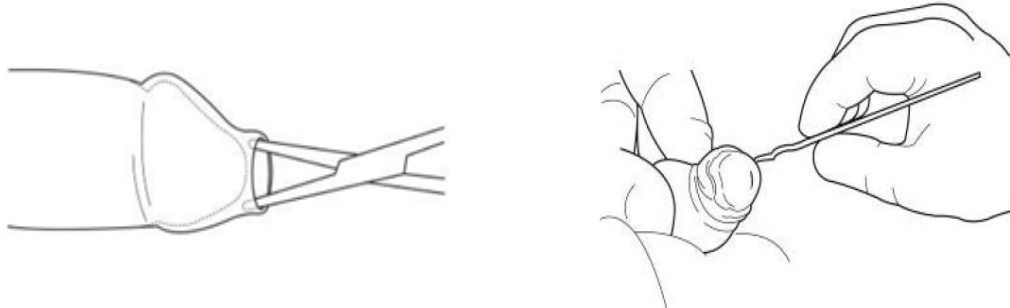
Hình 3. Gây tê quanh gốc dương vật (nguồn hình: WHO [2])



Hình 4. Sơ đồ cắt ngang cho thấy vùng dưới bao cân của thể hang và thể xốp

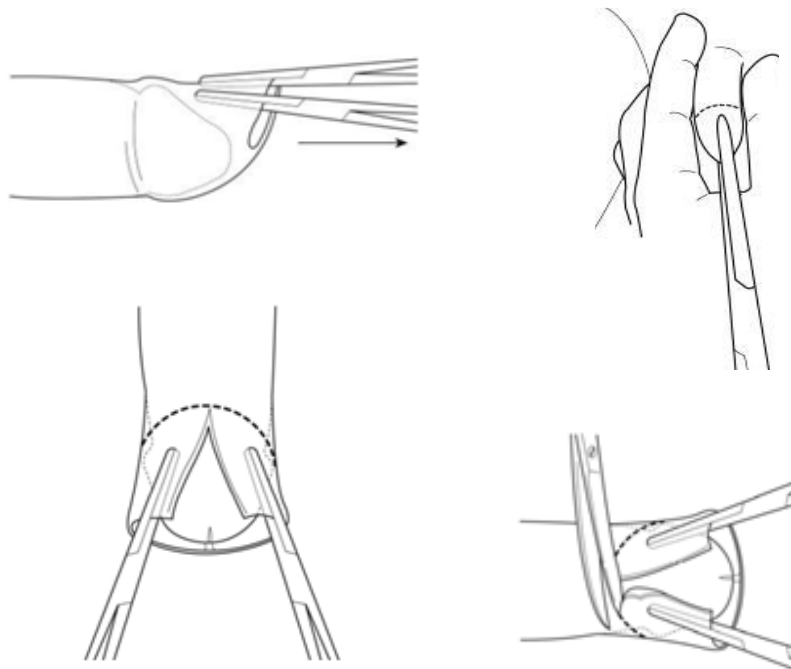
Sau khi chích thuốc tê quanh gốc dương vật, xoa bóp nhẹ 10 – 20 giây để thuốc ngấm. Chờ khoảng 3-5 phút. Dùng nhíp bấu thử da qui đầu xem còn cảm giác đau hay không. Nếu còn, phải chờ thêm 2 – 3 phút nữa rồi thử lại. Nếu vẫn còn cảm giác đau, phải tiêm thêm thuốc tê. Có khi phải tiêm riêng vào vùng dây trắng của dương vật, nhưng thường gây tê quanh gốc dương vật là đủ.

5. Dùng que thăm dò hay đầu kềm Kelly đưa vào lỗ da qui đầu, tách nhẹ nhàng mặt trong da qui đầu khỏi qui đầu, từng bên một, tách đến rãnh vành. Động tác này cần trong trường hợp hẹp da qui đầu đã lâu vì thường có viêm dính mặt trong da qui đầu. Sau khi tách xong, thử tuột da qui đầu lên, nếu cần có thể dùng Kelly nong lỗ da qui đầu. Cần thận tránh làm tổn thương lỗ niệu đạo và qui đầu.



Hình 5. Nong lỗ da qui đầu(trái) và tách dính bằng que thăm dò(phải) (nguồn hình: WHO [2])

6. Bộc lộ qui đầu. Nếu thấy có đóng bựa bản thì rửa bằng nước muối sinh lý rồi lau bằng gạc tẩm Betadine.
7. Dùng 2 kẹp Kelly kẹp vào mép da qui đầu 2 bên đường dọc giữa (hướng 12 giờ) định cắt. Dùng kéo Metzenbaum cắt từ bờ tự do da qui đầu, hướng 12 giờ, đến cách rãnh vành 1cm. Trước khi cắt, để đỡ chảy máu mép cắt, có thể dùng Kelly thẳng kẹp nghiêng da theo đường định cắt.



Hình 6. Cắt da qui đầu (nguồn hình: WHO [2])

8. Từ đỉnh đường cắt vừa tạo, dùng kéo Metzenbaum tiếp tục cắt da qui đầu qua 2 bên. Đường cắt song song và cách rãnh vành khoảng 1cm, đến đường giữa sau là dây thăng dương vật. Nên cắt từng bên một và dừng lại cầm máu từng bên trước khi cắt vạt da qui đầu bên kia.

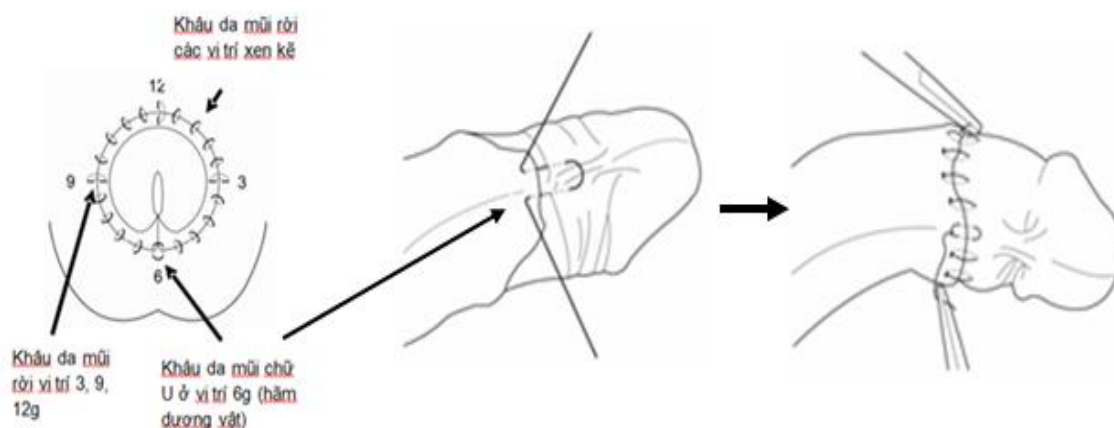
Có cách cắt khác là kéo da qui đầu xuống, dùng 1 Kelly thẳng kẹp da qui đầu theo hướng trước sau, đường kẹp vát theo hướng vát của qui đầu, cách rãnh vành khoảng 1cm (lưu ý không làm tổn thương qui đầu). Sau đó, dùng dao hay kéo cắt sát trên Kelly.

9. Sau khi cắt xong, da qui đầu sẽ tụt lên. Đường cắt da sẽ tách rời đường cắt niêm mạc, để lộ phần mô lỏng lẻo dưới da và các chỗ chảy máu do mạch máu bị cắt đứt. Dùng kẹp mosquito kẹp các chỗ mạch máu đang chảy. Cột hay khâu cột cẩn thận bằng chỉ tan. Lưu ý là phải cầm máu thật kỹ, từng bên một để tránh biến chứng chảy máu và tụ máu sau mổ. Có thể phải cắt thêm phần niêm mạc thừa trước khi khâu với da.



Hình 7. Cầm máu kỹ các điểm chảy máu (nguồn hình: WHO [2])

10. Khâu da với niêm đường cắt da qui đầu bằng chỉ tan (Chromic hay Vicryl) 4-0 mũi rời. Riêng chỗ dây thăng dương vật khâu bằng mũi chữ U.



Hình 8. Khâu da (nguồn hình: WHO [2])

11. Kiểm tra cầm máu lại. Đắp gạc tẩm vazeline lên vết thương và băng lại.



Hình 9. Băng vết thương

Kỹ thuật mổ thắt nghẹt da qui đầu (Paraphimosis)

- Dụng cụ: giống như mổ cắt da qui đầu
- Gây tê: gây tê tại chỗ bằng cách tiêm thuốc vòng giữa mặt mu của dương vật
- Cắt vòng thắt: rạch 1 đường dọc giữa mặt mu của vòng thắt. Đường rạch này phải đủ sâu, qua da, niêm mạc, các thớ xơ làm thắt nghẹt, gần đến vật hang
- Khâu lại đường rạch:
 - Nếu da không bị hoại tử (hiêm), đường rạch này được khâu lại theo chiều ngang
 - Nếu da bị hoại tử, không khâu lại đường rạch này

V. CHĂM SÓC SAU MỔ

Sau mổ, nên giữ bệnh nhân lại khoảng 30 phút trước khi cho về phòng khi có biến chứng sớm. Khi bệnh nhân về, kê toa thuốc giảm đau, kháng sinh uống vài ngày. Dặn bệnh nhân khi đi tiểu gần hết nên dùng gạc hay bông gòn thấm các giọt nước tiểu cuối cùng, đừng để nước tiểu làm ướt băng.

Băng vết mổ nên thay sau 24-48 giờ. Bệnh nhân có thể quay lại nơi mổ để thay băng hay thay băng ở 1 cơ sở y tế khác. Sau khi thay băng lần đầu, nếu vết thương còn rỉ máu thì băng lại với gạc tẩm vazeline và để thêm 24-48 giờ nữa. Nếu vết thương không chảy máu thì không cần băng lại, có thể dùng tăm bông tẩm dung dịch Betadine bôi dọc theo vết thương rồi để hở. Bệnh nhân nên mặc quần lót hơi rộng, thay quần sạch mỗi ngày.

Trong vài ngày đầu, nhất là ngày đầu tiên, dặn bệnh nhân các dấu hiệu cần đến khám lại ngay là chảy máu vết mổ, dương vật sưng to, bầm tím lan rộng, đau nhức nhiều, sốt, tiểu khó, chảy mủ hay bung chỉ vết mổ.....

Bệnh nhân người lớn, dặn tránh giao hợp trong 4-6 tuần, đến khi vết thương lành. Sau đó, nếu có giao hợp, phải dùng bao cao su để tránh sang chấn vùng vết thương trong 6 tháng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hayashi Y, Kojima Y, Mizuno K, et al (2011). Prepuce: Phimosis, Paraphimosis and Circumcision. *TheScientificWorldJOURNAL*; 11: 289-301.
2. WHO, UNAIDS, JHPIEGO (2009). Manual for male circumcision under local anaesthesia. Version 3.1.
3. Huang CJ (2009). Problems of the foreskin and glans penis. *Clin Ped Emerg Med*; 10: 56-59.
4. Lukong CS (2012). Dorsal Slit-Sleeve Technique for Male Circumcision. *Journal of Surgical Technique and Case Report*; 4(2): 94-97.
5. Chung CH (2003). Emergency management of paraphimosis. *Hong Kong J Emerg Med*; 10: 253-257.
6. Merrill CT, Nagamine M, Steiner C (2008). Circumcisions Performed in U.S Community Hospitals, 2005. Statistical Brief # 45.

TIỂU PHẪU KHỐI U VÚ

Phạm Hữu Thông

MỤC TIÊU

- 1. Trình bày được các bệnh lý về khối u vú*
- 2. Giải thích được các cận lâm sàng chẩn đoán u vú*
- 3. Sinh thiết được trọn u vú và một phần u vú*

I. GIẢI PHẪU, SỰ PHÁT TRIỂN VÀ SINH LÝ TUYẾN VÚ

Tuyến vú nằm giữa lớp mô mỡ dưới da và mạc nông của ngực. Mô tuyến vú được tạo thành từ nhiều thùy, mỗi thùy có nhiều tiểu thùy. Các dải mô sợi tạo thành cấu trúc nâng đỡ và chạy thẳng góc vào lớp da, được gọi là dây treo Cooper.

Hạch bạch huyết vùng nách nằm trong lớp mô mỡ lỏng lẻo, số lượng hạch thay đổi tùy thuộc vào kích cỡ bệnh nhân. Trong mẫu bệnh phẩm sau phẫu thuật Halsted, có khoảng 50 hạch giải phẫu bệnh sau mổ có tế bào ung thư.

Hạch nách được mô tả thành 3 nhóm liên quan đến cơ ngực bé. Nhóm I nằm cạnh bờ ngoài cơ ngực bé. Nhóm II nằm sau cơ ngực bé. Nhóm III gồm các hạch dưới đòn nằm ở bờ trong cơ ngực bé. Hạch nhóm III dễ thấy hơn sau khi cắt bỏ cơ ngực bé. Đỉnh của vùng nách là dây chằng sườn đòn (dây chằng Halsted), tại điểm này tĩnh mạch nách đi vào lồng ngực trở thành tĩnh mạch dưới đòn. Hạch bạch huyết nằm giữa cơ ngực lớn và cơ ngực bé xếp vào nhóm hạch gian cơ, hoặc nhóm Rotter's, được mô tả bởi Grossman và Rotter. Trừ trường hợp nhóm hạch này được bộc lộ rõ, không cần phải lấy nhóm hạch này trong phẫu thuật có bảo tồn cơ ngực.

Hệ bạch mạch trong mô vú và da vùng này rất phong phú. Hệ bạch mạch tập trung dưới quầng vú và núm vú tạo thành mạng Sappey, được đặt tên theo nhà giải phẫu mô tả lần đầu năm 1885. Dòng bạch huyết đi từ da đến mạng bạch huyết dưới quầng vú, sau đó đi vào hệ bạch huyết gian tiểu thùy trong nhu mô vú. Nhận biết được dòng chảy của hệ bạch huyết rất quan trọng trong phẫu thuật lấy hạch cạnh gác. Khoảng 75% lượng bạch huyết từ tuyến vú chảy trực tiếp về hệ bạch huyết vùng nách. Một lượng nhỏ chạy xuyên qua lớp cơ ngực và thường chạy về nhóm hạch đường giữa. Dẫn lưu bạch huyết bên trong tuyến vú chiếm khoảng 5% bệnh nhân, kết hợp với dẫn lưu bạch huyết vùng nách trong khoảng 20% bệnh nhân. Đường đi căn chính của ung thư tuyến vú là qua hệ thống bạch huyết, sự xâm lấn tại chỗ của ung thư cũng quan trọng trong việc kiểm soát bệnh.

Trước tuổi dậy thì, tuyến vú được tạo nên bởi chất nền đậm đặc các sợi xơ và các ống tuyến thừa thớt được lót bởi lớp biểu mô. Ở Mỹ, dậy thì bắt đầu khi có sự phát triển của ngực, lông mu ở độ tuổi 9-12, và bắt đầu kinh nguyệt khi 12-13 tuổi. Những thay đổi này được khởi đầu bằng những xung biên độ thấp của hormone kích thích tuyến sinh dục của tuyến yên, hormone này làm tăng nồng độ estradiol trong máu. Trên tuyến vú, hormone này làm tăng sự tích tụ mô mỡ, các ống tuyến phân nhánh và kéo dài hình thành các ống tuyến mới, và sự xuất hiện lần đầu của các tiểu thùy. Quá trình phát triển và phân chia tế bào dưới sự kiểm soát của hormon estrogen, progesterone, hormone tuyến thượng thận, hormone tuyến yên và hiệu quả

đinh dưỡng từ insulin và hormone tuyến giáp. Người ta cũng thấy có vai trò của các yếu tố tăng trưởng tại chỗ.

Hiện tượng vú to trước tuổi dậy thì nói đến tình trạng to ra đối xứng và sự nhô ra của tuyến vú ở những nữ trẻ trước tuổi 12, không kèm theo những thay đổi dậy thì khác. Hiện tượng này có thể xảy ra một bên và không nên nhầm lẫn với sự phát triển của tuyến vú, không có chỉ định sinh thiết tuyến vú trong trường hợp này.

Sự phát triển tiếp sau tuổi dậy thì hoặc phần vú còn lại bao gồm mô mỡ, ống tiết sữa, tiểu thùy. Trong các giai đoạn của chu kỳ kinh nguyệt hoặc đáp ứng với các hormone ngoại tiết, biểu mô tuyến vú và chất nền tiểu thùy trải qua các kích thích mang tính chu kỳ. Đường như phần lớn quá trình là sự nở to và thay đổi về hình thái hơn là sự tăng sản. Trong pha hoàng thể trễ, có sự tích tụ dịch giữa các tiểu thùy có thể gây cảm giác đau và xung huyết tuyến vú.

Những thay đổi sinh lý này có thể dẫn đến những u tân sinh và có thể nhầm với u ác tính. Những khối u không rõ ràng ở những phụ nữ trước mãn kinh thông thường được theo dõi qua kỳ kinh nguyệt trước khi can thiệp.

II. CÁC U THƯỜNG GẶP Ở VÚ

1. Thay đổi sợi bọc và đau vú

Tình trạng liên quan đến bệnh sợi bọc được phát hiện qua lâm sàng, nhũ ảnh hay tiền sử, và thường gặp trong độ tuổi 40-50 kéo dài đến sau mãn kinh. Đáp ứng quá mức của biểu mô và chất nền trong tuyến vú đối với các yếu tố tăng trưởng và hormone tại chỗ cũng như trong máu thường dẫn đến các triệu chứng đau ngực, cảm giác căng tức hay có u. Tình trạng này thường biểu hiện thành triệu chứng như đau ngực có tính chu kỳ, có cảm giác đau và căng khi sờ. Điều này gây lo lắng cho nhiều phụ nữ, tuy nhiên đau ngực thường không phải là triệu chứng của ung thư vú. Haagensen đã ghi nhận triệu chứng của ung thư tuyến vú và thấy rằng đau ngực là triệu chứng tự phát trong 5,4% bệnh nhân. Ở phụ nữ bị đau ngực và có khối u có thể sờ thấy, khối u sẽ được tập trung đánh giá và điều trị. Hormone buồng trứng thông thường ảnh hưởng lên mô tuyến vú gây ra tình trạng đau theo giai đoạn trong chu kỳ kinh. Đau không theo chu kỳ có vẻ tự phát và khó điều trị. Phụ nữ trên 30 tuổi, đau ngực không theo chu kỳ, nên kiểm tra vú bằng thăm khám và chụp nhũ ảnh. Nếu kiểm tra thấy có u, cần tập trung đánh giá khối u đó. Thỉnh thoảng, những nang đơn thuần ở tuyến vú có thể gây đau ngực không theo chu kỳ. Chọc hút dịch nang sẽ làm giảm đau. Phần lớn bệnh nhân có nang vú không cần đánh giá thêm trừ khi đó là nang dạng hỗn hợp, có thêm thành phần mô đặc trong nang.

Bệnh nhân có những thay đổi sợi bọc ở vú có thể sờ thấy những khối này khi thăm khám, mật độ u có thể thay đổi từ mềm đến chắc, đặc. Những nang vú lớn cũng có thể sờ thấy. Trên nhũ ảnh, những u thay đổi sợi bọc là những khối mô đặc khu trú hay lan rộng. Nhờ siêu âm, nang vú được phát hiện ở khoảng 1/3 phụ nữ trong độ tuổi từ 35-50, và phần lớn những nang này không sờ thấy. Tuy nhiên, những nang vú lớn có thể sờ thấy hoặc vú đa nang nhỏ là một dạng của bệnh nang sợi vú. Nang vú có hay không có bệnh nang sợi không phổ biến ở phụ nữ trên 60 tuổi hoặc nhỏ hơn 30 tuổi.

2. U sợi tuyến vú (Fibro-adenoma)

Là u vú lành tính.

Thường gặp nữ 20 – 29 tuổi.

Khối u phát triển từ từ trong vài tháng đến vài năm.

Có 23% trường hợp có nhiều u.

Vú chứa khối u sợi tuyến thường phát triển nhanh và chắc.

Bài tiết estrogen tăng thì u phát triển nhanh.

Đa số u tròn, trơn láng, chắc, giới hạn rõ, di động, da trên u và núm vú bình thường.

Điều trị bằng phẫu thuật cắt bỏ trọn u.

3. U nhú trong nang (Intracystic papilloma)

Do sự tăng sinh của tế bào biểu mô trong ống sữa hoặc trong nang tuyến.

Khối u thường ở vùng trung tâm của vú.

Khoảng 50% trường hợp có dịch máu chảy ra núm vú.

Khối u có kích thước từ một đến vài xen-ti-mét (cm), mềm, giới hạn rõ, di động.

Khoảng 14% trường hợp nhiều u nhú trong một hoặc cả hai vú.

Khối u to kết hợp chứa dịch máu trong nang có thể chuyển ác tính (10% trường hợp).

Điều trị bằng phẫu thuật cắt bỏ trọn u.

Khối u tái phát ở người lớn tuổi được điều trị bằng cắt rộng u vú.

4. Bướu diệp thể (Phylloid tumor)

Thường xuất hiện ở phụ nữ mãn kinh, đầu thời thiếu nữ hay trong thai kỳ.

Do tăng sinh của thượng bì và mô liên kết nhưng chủ yếu là mô liên kết.

Kích thước thường rất to.

Chuyển thành u ác tính thì hiếm và thường ở dạng sarcôm sợi.

Điều trị bằng phẫu thuật cắt u rộng rãi.

5. Bệnh u nang tuyến vú (Cystic Disease)

Thường gặp ở nữ có rối loạn chức năng buồng trứng nguyên phát: tăng tiết estrogen không cân bằng hoặc không đều đặn.

Đa số trường hợp có một u nang đơn thuần, từ một đến vài cm đường kính, thường xuất hiện ở phụ nữ mãn kinh.

Khoảng 30% trường hợp có nhiều u nang.

Dưới 10% trường hợp là bệnh u nang ở cả hai vú.

Có 6% trường hợp chảy dịch trong ở núm vú.

Khám bằng cả hai tay sờ được u nang tròn, căng, di động.

Vỏ nang được gắn kết bằng nhiều mô sợi.

Chọc hút dịch để khẳng định chẩn đoán và trong nhiều trường hợp cũng đủ để điều trị.

Khối u nang dày, thành nhiều sợi thì điều trị tốt nhất là cắt u nang.

Phòng ngừa tái phát u nang bằng nội tiết tố (Progesterone..).

Cần thăm khám định kỳ ở những người bệnh u nang vú để phát hiện kịp thời những trường hợp chuyển ác tính.

6. Carcinôm tuyến vú

Chiếm trên 95% các loại ung thư vú.

Thường gặp ở phụ nữ trong độ tuổi trên 40.

Thời gian phát triển cho đến khi thăm khám được u vú trung bình 8 tháng.

Yếu tố nguy cơ ung thư vú: đã bị ung thư vú bên kia, gia đình có người bị ung thư vú, không sinh đẻ, không cho con bú, có thương tổn lành tính ở tuyến vú, có kinh sớm và mãn kinh trễ.

Triệu chứng thăm khám nghi ngờ carcinôm tuyến vú là: (1)một khối u đơn độc trong vú ở phụ nữ trên 35 tuổi, (2)khối u cứng và gồ ghề, (3)sờ rõ u khi thăm khám do teo mô mỡ trên khối u, (4)khối u kém di động, (5)thâm nhiễm hoặc co rút da hoặc núm vú.

Thường có di căn hạch vùng.

Điều trị đa mô thức bằng phẫu thuật cắt vú, nạo vét hạch, hóa trị, xạ trị và liệu pháp nội tiết (khi tế bào u dương tính với thụ thể estrogen và progesteron).

7. Sarcôm vú

Hiếm gặp (chiếm 1 – 2% trong các loại ung thư vú).

Thường gặp ở phụ nữ 45 – 55 tuổi.

Triệu chứng thường gặp là khối u phát triển nhanh, kích thước to và đau.

Xâm lấn gây loét sùi ra da.

Kích thước to và không xâm lấn hạch nách là điểm khác biệt với carcinôm tuyến vú.

Điều trị bằng phẫu thuật cắt vú.

III. HÌNH ẢNH HỌC CỦA KHỐI U VÚ

- Siêu âm vú: (1) khối u lành cho phản âm kém, đồng nhất, tăng âm phía sau, bờ rõ và đều; (2) khối u ác cho phản âm hỗn hợp, không đồng nhất, thường có vôi hóa, bờ không rõ và không đều. Siêu âm hướng dẫn làm FNA.

- Chụp tuyến vú (nhũ ảnh): phát hiện khối u ở giai đoạn sớm tốt hơn siêu âm, qua đó còn hướng dẫn để làm FNA.

- Chụp cộng hưởng từ: có giá trị cao trong đánh giá ung thư vú và hạch di căn.

IV. TẾ BÀO HỌC CỦA KHỐI U VÚ

Chọc hút bằng kim nhỏ (FNA: Fine Needle Aspiration) để chẩn đoán tế bào học của u vú là rất cần thiết. Độ nhạy và độ đặc hiệu thay đổi tùy theo từng loại u vú. Kết hợp thăm khám lâm sàng, hình ảnh học với tế bào học cho phép chẩn đoán chính xác u vú từ 90 – 95%.

V. SINH THIẾT KHỐI U VÚ

Chỉ định trong những trường hợp sau: (1) khối u vú lành tính có chỉ định cắt bỏ (u sợi tuyến, u nhú trong nang, u nang...), trường hợp này coi như sinh thiết trọn u; (2) khối u vú nghi ngờ ác tính hoặc không xác định được bản chất rõ ràng qua thăm khám lâm sàng, hình ảnh học và tế bào học, trường hợp này chỉ sinh thiết 1 mảnh.

1. Dụng cụ

Dao mổ số 10 hoặc số 15, cán dao, dao điện

Kẹp phẫu tích có máu

Kẹp cầm máu (Mosquitos, Kelly)

Kẹp mang kim

Kéo phẫu tích, kéo cắt chỉ

Dụng cụ banh (Farabeuf)

Kim liền chỉ Viryl 2.0 và 4.0, Nylon 3.0

Khăn lỗ, găng tay

Thuốc tê tại chỗ, ống tiêm và kim tiêm

Thuốc sát trùng

2. Kỹ thuật

- Đội nón, mang khẩu trang.
- Rửa tay, lau tay, mang găng.
- Sát trùng vùng mổ và trải khăn lỗ lên vùng mổ.
- Tiêm thuốc tê vào vùng mổ theo từng lớp.
- Rạch da theo đường vòng quanh quầng vú hoặc trực tiếp trên khối u. Nếu nghi ngờ u ác tính thì phải tính đường rạch da sao cho nằm trong vùng cắt bỏ khi mổ cắt vú tận gốc về sau.
- Phẫu tích mô mỡ dưới da để bộc lộ vùng mô tuyến vú bị thương tổn.
- Phẫu tích vào mô tuyến vú để bộc lộ u vú và cắt lấy trọn thương tổn theo đường bờ với mô vú lành.
- *Sinh thiết một phần*: chỉ định khi khối u quá to. Cắt một mảnh gồm 2/3 mô bệnh và 1/3 mô lành và diện cắt 1,5 – 2 cm là được.
- Cầm máu bằng đốt điện hoặc khâu.

- Khâu lại mô vú bằng chỉ Viryl 2.0 hay 3.0. (Có thể không khâu lại khoảng trống của mô vú, vì nếu cầm máu tốt, huyết thanh hình thành trong khoảng trống này sẽ chuyển thành mô sợi).
- Khâu lại mô dưới da bằng chỉ Viryl 4.0 và đóng da bằng chỉ Viryl 4.0 khâu trong da (hoặc chỉ Nylon 3.0).
- Băng ép lên vùng mổ trong 24 giờ.
- Cho mẫu thử vào lọ và gửi phòng giải phẫu bệnh.

VI. CHĂM SÓC SAU MỔ

- Toa thuốc: dùng kháng sinh dự phòng, thuốc giảm đau - kháng viêm nhóm non-steroid
- Chăm sóc vết mổ: không cần thay băng, giữ khô vết mổ trong 3 ngày, cắt chỉ vết mổ sau 7 ngày. Dẫn bệnh nhân tái khám sau 1 tuần, 2 tuần, 1 tháng hoặc khi có biểu hiện bất thường như: chảy máu, sưng đau, đỏ da, chảy dịch ở vết mổ hoặc sốt

VII. BIẾN CHỨNG

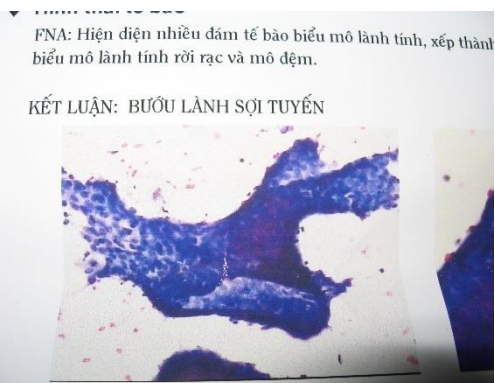
- Chảy máu: thường xảy ra trong 24-48 giờ sau mổ, xử trí bằng băng ép và theo dõi: nếu không cầm máu được thì phải mổ lại để cầm máu. Phòng ngừa: cầm máu kỹ bằng đốt điện hay khâu lúc mổ.
- Nhiễm trùng vết mổ: thường xảy ra sau mổ 4-5 ngày, biểu hiện bằng sưng, nóng, đỏ, đau hay chảy dịch đục ở vết mổ. Xử trí bằng cắt chỉ, banh rộng vết mổ và thay băng mỗi ngày kết hợp dùng kháng sinh. Phòng ngừa: phòng mổ phải sạch, có máy lạnh, dụng cụ mổ phải vô trùng và kỹ thuật mổ phải tốt.
- Tái phát: các khối u vú đều có khả năng tái phát hay phát triển khối u mới ở vú cùng bên hay đối bên, vì vậy sau mổ bệnh nhân cần tái khám định kỳ mỗi 6 tháng hay khi nghi ngờ có u vú.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hunt KK, Green MC, Buchholz TA. Diseases of the breast, in Sabiston Textbook of Surgery, 19th edition. 824-869.
2. Skandalakis JE et al. Breast, in Surgical Anatomy and technique.99-121.
3. Frank Netter. Atlas giải phẫu người (Nguyễn Quang Quyền dịch). NXB Y học. 1995, 167-169.



Hình 1. Dụng cụ mổ



Hình 2. Tế bào học



Hình 3. Vị trí khối u



Hình 4. Phẫu tích mô vú lấy khối u



Hình 5. Khâu trong da



Hình 6. Khối u sợi tuyến

SINH THIẾT HẠCH NGOẠI BIÊN

Lý Hữu Tuấn

MỤC TIÊU:

1. *Nắm được phân bố các nhóm hạch ngoại biên*
2. *Cách tiếp cận hạch ngoại biên bất thường*
3. *Kỹ thuật sinh thiết hạch, biết cách xử lý tại biến biến chứng.*

I. GIẢI PHẪU

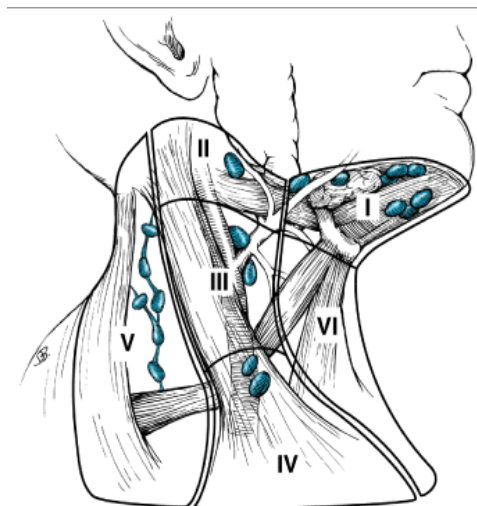
Bình thường hệ thống mạch limphô và hạch limphô phân bố song song với hệ động tĩnh mạch của cơ thể: thăm khám lâm sàng thường không sờ được hạch limphô ngoại biên. Khi bệnh lý liên quan xảy ra, hạch ngoại biên có thể phát triển một cách bất thường ở từng vùng hay toàn cơ thể. Hạch limphô to lên, mật độ trở nên chắc hay cứng, không còn di động dễ dàng...

Hạch ngoại biên bao gồm: các nhóm hạch cổ, hạch nách, hạch bẹn, hạch khoeo...trong đó tình huống gặp nhiều nhất là sờ được các nhóm hạch cổ, có hoặc không kèm theo bệnh lý toàn thân.

Các hạch vùng bẹn và nách tương đối đơn giản, nằm trên đường đi của bó mạch đùi và bó mạch nách. Các hạch này có thể thuộc một bệnh cảnh toàn thân (vd lao hạch, lymphoma) hoặc là di căn từ một ổ nguyên phát nào đó.

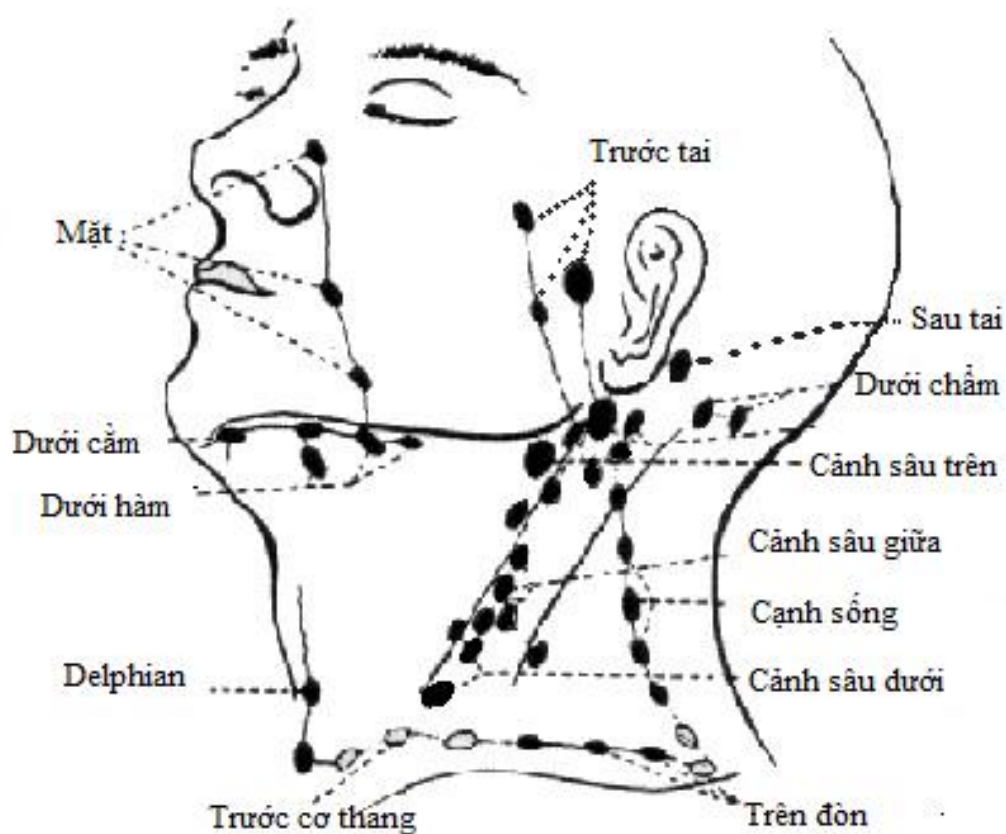
Về giải phẫu vùng cổ, có nhiều cách phân vùng các nhóm hạch. Trong đó, được sử dụng nhiều nhất, dễ nhớ nhất và được xem như một bảng phân loại tương đối thống nhất giữa BS nội khoa, ngoại khoa, BS chuyên khoa ung thư, BS xạ trị...là bảng phân loại dưới đây:

Nhóm hạch	Vị trí
I	Ia: Nhóm hạch dưới cằm
	Ib: Nhóm hạch dưới hàm
II	Nhóm hạch 1/3 trên TM cảnh trong
III	Nhóm hạch 1/3 giữa TM cảnh trong
IV	Nhóm hạch 1/3 dưới TM cảnh trong
V (nhóm hạch thuộc tam giác cổ sau)	Va: Nhóm hạch cạnh sống
	Vb: Nhóm hạch cổ ngang
VI (nhóm hạch trước cổ)	Nhóm hạch ở quanh khí quản- thực quản



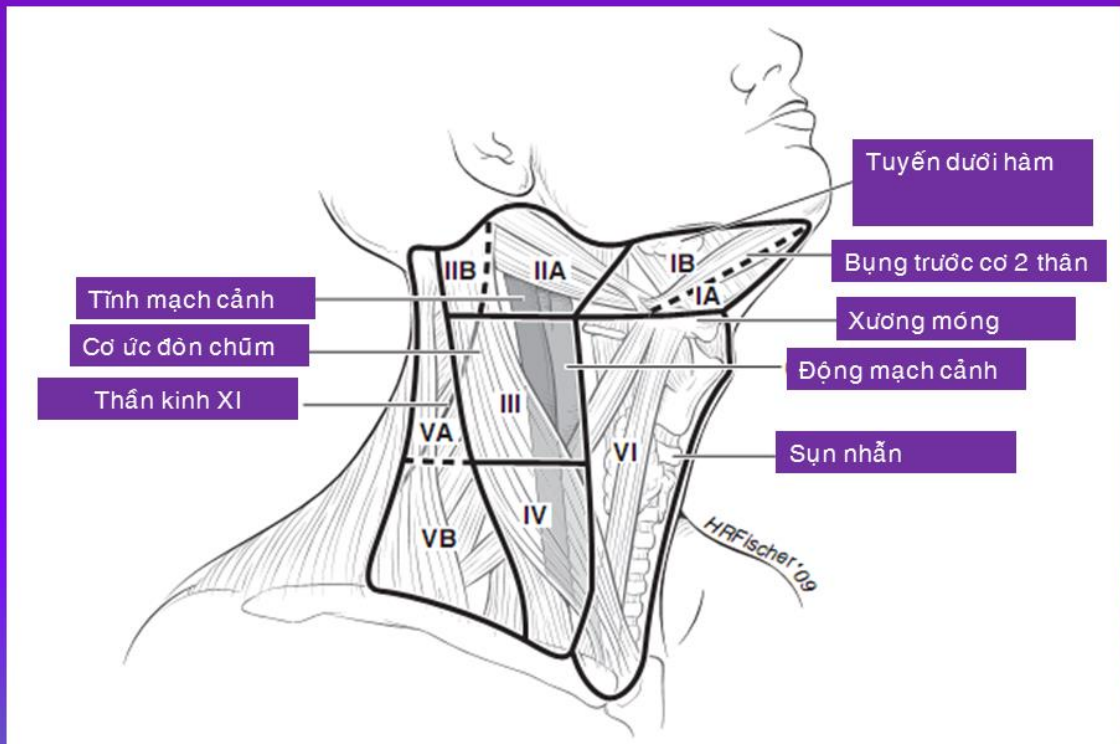
Hình 1. Vị trí các nhóm hạch

Một số tác giả phân nhóm VI ra thành nhóm VI (bao gồm các hạch trước cổ, nằm trên hõm ức) và nhóm VII (bao gồm các hạch cạnh khí quản, nằm dưới hõm ức, thuộc trung thất trên).



Hình 2. Phân chia các nhóm hạch cổ và tên cụ thể các hạch

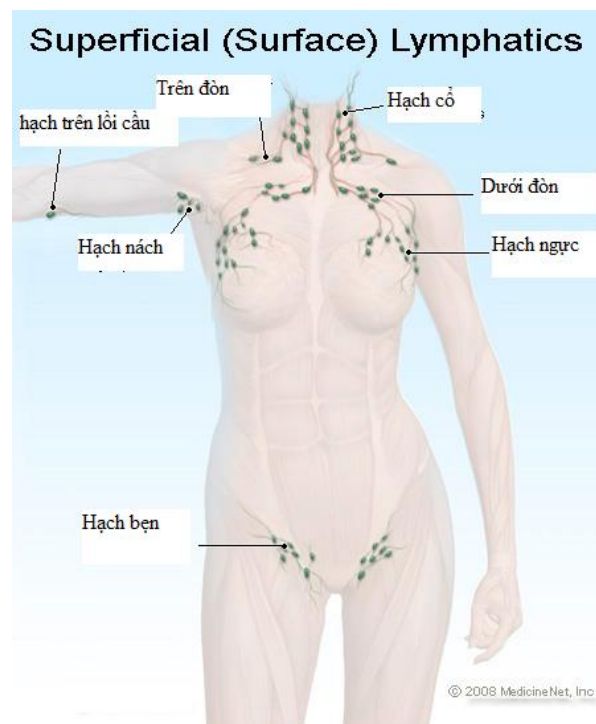
Sơ đồ phân chia các nhóm hạch cổ



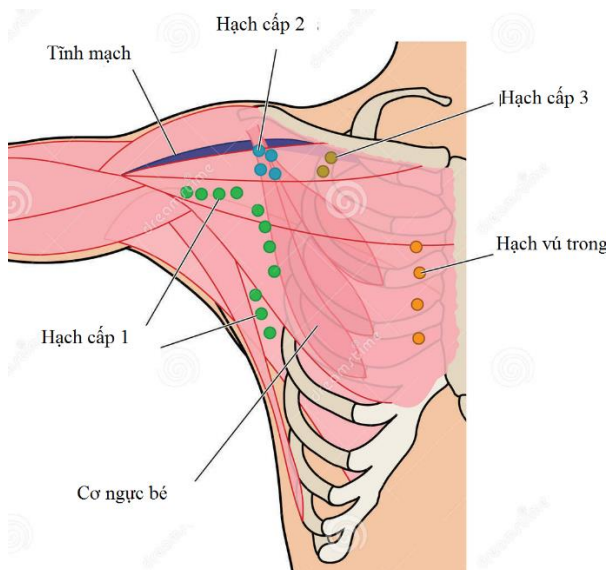
David S. Cooper et al, *THYROID* volume 19, number 11, 2009

25

Hình 3. Một cách phân nhóm hạch cổ khác



Hình 4. Phân bố hệ lympho ngoại biên



Hình 5. Các nhóm hạch nách



Hình 6. Hạch bẹn mọc thành chùm 2 bên

II. NHỮNG ĐIỀU CẦN LƯU Ý KHI KHÁM HẠCH

Khi phát hiện 1 khối ở vùng cổ, cần phân biệt đây là hạch hay khối u ở vùng cổ (thường gặp nhất là u tuyến mang tai, u tuyến dưới hàm, bướu giáp, u mạch máu...). Trong bất cứ trường hợp nào nghi ngờ, ta cần phải kiểm tra bằng siêu âm (hoặc CT scan) vùng cổ để xác định chẩn đoán.

Các tính chất gợi ý khi khám hạch:

- Hạch mềm, di động, ấn đau thường là hạch viêm cấp tính do một ổ nhiễm trùng nào gần đó.
- Hạch cứng, ít hoặc không di động, ấn không đau thường là hạch của ung thư di căn
- Nhiều hạch lớn, thường đứng thành chùm, ở nhiều vùng khác nhau thường liên quan đến một bệnh hệ thống (lymphoma, lao, hoặc nhiễm trùng tăng bạch cầu đơn nhân...). Ngược lại, hạch đơn độc thường liên quan đến ung thư.
- Những hạch mọc thành chùm, ít di động, chắc, đàn hồi là điển hình của Lymphoma

Sự liên quan của hạch và ung thư nguyên phát:

- Các nhóm hạch cổ phía trên (số I, II và III) thường là di căn từ các ung thư vùng đầu mặt cổ. Trong khi nhóm hạch cổ phía dưới (IV, VI) thường là di căn từ tuyến giáp hoặc một ung thư ở nơi khác ngoài vùng đầu mặt cổ:
 - Nhóm hạch số I thường là di căn từ lưỡi, môi, miệng hầu hoặc da mặt.
 - Nhóm hạch số II và III thường là di căn từ miệng hầu, hạ hầu và thanh quản.
 - Nhóm hạch số IV thường là di căn từ ung thư đường tiêu hóa trên, ung thư tuyến giáp.
 - Nhóm hạch số V thường liên quan đến ung thư vùng mũi hầu, ung thư tuyến giáp, ung thư tế bào gai hay melanoma từ vùng da đầu phía sau và tai.
 - Nhóm hạch số VI thường liên quan đến ung thư tuyến giáp, hạ hầu, thực quản cổ.

- Đối với vùng nách, hạch thường là di căn từ ung thư vú, khối u ở chi trên.
- Đối với vùng bẹn, hạch thường là di căn từ vùng chi dưới, ung thư ống hậu môn, vùng tầng sinh môn.

Nguyên tắc khám và chọn hạch sinh thiết:

- Khám hạch ngoại biên toàn thân và đối xứng nhau để phát hiện bệnh lý hệ thống.
- Khi phát hiện được 1 hạch to bất thường, khám đầy đủ các tính chất của hạch để có hướng chẩn đoán trước mổ.
- Khi nghi ngờ hạch là di căn từ ổ ung thư nguyên phát, tùy vào vị trí hạch, khám các cơ quan, vùng da liên quan.
- Khi chọn hạch sinh thiết trên một BN có nhiều hạch, nên chọn những hạch cứng chắc, ít hoặc không di động, không đau chứ không nên chọn những hạch mềm mại, di động nhiều, ấn đau (dù rằng có thể sẽ khó sinh thiết hơn) vì khả năng sinh thiết đúng hạch bệnh lý sẽ cao hơn.
- Chọn hạch sinh thiết có kích thước tương đối to từ 1 – 2 cm và ở vị trí dễ bộc lộ và thao tác.
- Hạch vùng nách thường nằm sâu dưới lớp mỡ dưới da. Thăm khám vùng này đôi khi khó khăn, có khi phải nhờ đến siêu âm để xác định lại số hạch, vị trí. Trong những trường hợp hạch nằm sâu, cạnh mạch máu lớn, dính chắc, ta có thể chỉ sinh thiết một mẫu hạch hoặc có khi phải thực hiện phẫu thuật ở phòng mổ. Sinh thiết hạch vùng này nếu vùng phẫu tích lớn rất dễ bị tụ dịch sau mổ.
- Hạch vùng bẹn thường nằm nông, dễ thăm khám, dễ sinh thiết. Tuy nhiên cũng phải cẩn thận khi hạch nằm ngay sát động tĩnh mạch đùi, dính chắc.

III. HƯỚNG XỬ TRÍ KHI PHÁT HIỆN MỘT BN CÓ HẠCH NGOẠI BIÊN BẤT THƯỜNG

Nếu hạch có tính chất nghi ngờ viêm cấp tính từ một ổ nhiễm trùng lân cận (dù tìm được ổ nguyên phát hay không), ta có thể dùng kháng sinh (đường uống) và khám lại sau 1-2 tuần để đánh giá. Nếu BN đã được dùng KS thời gian > 2 tuần mà hạch vẫn còn, không nên tiếp tục điều trị nội khoa.

Nếu hạch có tính chất nghi ngờ ác tính hoặc lao, sinh thiết là cần thiết. Có 2 loại sinh thiết: sinh thiết bằng kim nhỏ (FNA) và sinh thiết qua mổ tiểu phẫu. FNA hiện tại là phương pháp được ưa chuộng bởi những ưu điểm như: ít đau (có thể không cần gây tê), nhẹ nhàng về mặt tâm lý (nhất là đối với những BN quá lo sợ, hồi hộp khi phải chịu một cuộc mổ). Tuy nhiên, dù sao FNA cũng là một phương pháp xâm lấn, có thể gây chảy máu, hoặc lấy không đúng mô hạch (gây KQ âm tính giả). Theo một số nghiên cứu, giá trị chẩn đoán chính xác của FNA có thể lên đến 90% . FNA được chỉ định tốt nhất trong những trường hợp : u vùng đầu mặt cổ, nhân tuyến giáp, chưa phân biệt được rõ ràng hạch hay cấu trúc nang (qua SA chọc hút

dịch nang XN ± sinh thiết), nghi ngờ hạch là di căn từ một ổ ung thư nguyên phát khác (đã xác định), nghi ngờ hạch lao.

Trong trường hợp đã thăm khám kỹ và kết quả FNA cho kết quả âm tính, ta cần phải tiến hành sinh thiết qua phẫu thuật. Vai trò của tiểu phẫu sinh thiết hạch hiện nay khá hạn chế trong các trường hợp: không thực hiện được FNA hoặc kết quả FNA không giúp cho chẩn đoán, BN đã có chẩn đoán Lymphoma (cần ST hạch lại để đánh giá điều trị) hoặc rất nghi ngờ bị Lymphoma.

Đối với bệnh lý Lymphoma, FNA có thể giúp xác định được chẩn đoán bệnh, tuy nhiên không thể định được type bệnh, do đó không giúp được cho điều trị. Chính vì vậy, khi BN đã có chẩn đoán (hoặc nghi ngờ nhiều) là Lymphoma, nên chỉ định mổ ST hạch ngay từ đầu.

Theo một số tác giả, đối với trường hợp chưa phân biệt được Lymphoma hay hạch di căn (chủ yếu từ carcinoma tb gai , vì tính chất hạch khá giống nhau), FNA vẫn nên được ưu tiên chỉ định. Có thể sau khi kết quả FNA xác định là Lymphoma, BN sẽ phải trải qua thêm một cuộc mổ để lấy mẫu hạch giúp cho điều trị. Tuy nhiên, việc chỉ định FNA ngay từ đầu sẽ giúp giảm bớt chỉ định mổ trên những BN có hạch di căn. Trên những BN này , đặc biệt là những BN có hạch di căn từ carcinoma tb gai, vết thương sẽ rất khó lành, dễ nhiễm trùng, rò kéo dài.

IV. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Chống chỉ định của mổ sinh thiết hạch bao gồm:

- Rối loạn đông máu (TQ, TCK kéo dài)
- Giảm tiểu cầu (thường không thể mổ được nếu tiểu cầu $< 60.000/\text{mm}^3$. Từ $60.000-100.000/\text{mm}^3$: nếu thật sự cần thiết có thể mổ được nhưng phải cầm máu hết sức cẩn thận, nên dùng dao điện, cắt đốt mô tối thiểu, phải băng ép 24h sau mổ và theo dõi chảy máu)
- Tiền căn dị ứng, shock phản vệ đối với thuốc tê (có thể test thử thay đổi nhóm thuốc tê)
- Tiền căn shock Vagal trong khi tiêm chích, mổ dưới gây tê, do thủ thuật sản khoa (những trường hợp này nên dùng phương pháp vô cảm tốt hơn là gây mê)

Thận trọng:

- BN lớn tuổi
- Có bệnh nội khoa đi kèm: tăng huyết áp, thiếu máu cơ tim, rối loạn nhịp tim, đái tháo đường...
- BN suy giảm miễn dịch (HIV, do thuốc...) hoặc đang có NT toàn thân cấp tính.

V. KỸ THUẬT THỰC HIỆN

Thông thường theo các bước sau đây:

- Soạn bộ tiểu phẫu đầy đủ .

- Dựa vào kết quả của thăm khám lâm sàng và siêu âm (nếu có) để chọn vị trí sinh thiết hạch và đường mổ thích hợp. Cần lưu ý các điểm sau:
 - Đường mổ dài hơn kích thước hạch cần sinh thiết khoảng 1-1,5cm để dễ bóc tách.
 - Tránh các vị trí gần các động tĩnh mạch lớn. Đường mổ không được cắt ngang các động tĩnh mạch này (trừ trường hợp bất khả kháng). Nếu cắt ngang mạch máu lớn, phải cột 2 đầu mạch máu bằng chỉ.
 - Đường mổ nên đi theo nếp da để sự lành vết thương được tốt và thẩm mỹ.
 - Trong những trường hợp nghi ngờ hạch vùng cổ là do di căn từ khối u vùng đầu mặt cổ (vd K giáp, K tuyến mang tai...) thì đường rạch da nên nằm trong phạm vi vùng da có thể bị lấy bỏ trong lần mổ thứ 2 (nạo hạch cổ).
- Gây tê tại chỗ (xem thêm bài “kỹ thuật gây tê tại chỗ”)
- Rạch da theo đường đã chọn, chú ý cầm máu tốt (có thể dùng dao đốt điện) để thấy rõ phẫu trường vì do tính chất giải phẫu nên đường mổ nằm gần hệ thống động tĩnh mạch và thần kinh nhất là tại vùng cổ, trên đòn, nách.
- Bóc tách bộc lộ hạch theo lớp (nếu hạch nằm sâu) bằng Kelly và ngón tay, sau đó tách rời hạch cần sinh thiết với các tổ chức xung quanh cho đến cuống hạch, kẹp cuống bằng Kelly và cột bằng chỉ không tiêu.
- Trong một số trường hợp nếu hạch quá lớn và quá dính thì chỉ cần lấy sinh thiết một phần và khâu úp khép phần còn lại bằng chỉ tiêu.
- Cầm máu và khâu lại theo lớp. Nếu là tách cơ (bằng Kelly) thì không cần khâu lại.



Hình 7. *Khám và chọn hạch sinh thiết*



Hình 8. Bộ dụng cụ sinh thiết hạch



Hình 9. Rạch da theo nếp da cổ



Hình 10. Bóc tách bọc lộ đến cuống hạch (nếu được)

VI. TAI BIẾN VÀ CÁCH PHÒNG NGỪA

Các tai biến của mổ sinh thiết hạch:

1. Trước mổ

Sốc phản vệ do thuốc tê

Sốc Vagal khi gây tê tại chỗ, khi bắt đầu rạch da

Ảnh hưởng do độc tính của thuốc tê (xem thêm bài “Kỹ thuật gây tê tại chỗ”)

2. Trong mổ

Chảy máu: thường gặp trong 2 trường hợp:

- Chảy máu rỉ rả: khi BN có rối loạn đông máu, giảm tiểu cầu, đang dùng thuốc kháng đông (thường là không phát hiện được trước mổ) hoặc BN nữ đang trong giai đoạn hành kinh → cầm máu thật kỹ bằng dao đốt điện (hoặc bipolar nếu có điều kiện), dùng gạc đè ép trong 3-5 phút. Phòng ngừa bằng cách:
 - Hỏi về chu kỳ kinh nguyệt, tiền căn rối loạn đông máu, thuốc đang sử dụng.

- Làm XN kiểm tra tiểu cầu và chức năng đông cầm máu trước mổ (nhất là đối với BN có bệnh nội khoa kèm theo, BN lớn tuổi, cuộc mổ dự kiến sẽ khó khăn).
- Chảy máu do tổn thương mạch máu lớn: nguy hiểm nhất là khi làm tổn thương bó mạch cảnh. Trong trường hợp này, cần bình tĩnh chèn gạc vào chỗ rách (có thể dùng 2 ngón tay đè vào trên-dưới mạch máu), thăm sát kỹ thương tổn, khâu lại chỗ rách bằng chỉ Prolene hoặc gọi BS chuyên khoa mạch máu nếu quá khả năng. Phòng ngừa bằng cách:
 - Chọn lựa những hạch xa bó mạch cảnh.
 - Trong lúc mổ luôn để ý đường đi của bó mạch cảnh.
 - Chỉ sinh thiết 1 mẫu đối với những hạch dính chắc vào mạch máu lớn.
 - Khi không biết rõ sang thương là khối hạch hay mạch máu, nên dùng kim nhỏ chọc dò trước khi quyết định cắt ngang hay bóc tách.
- BN than mệt, nặng ngực, động kinh hay thay đổi tri giác trong lúc mổ: thường là do cơn cao huyết áp đột ngột hoặc do ảnh hưởng của thuốc tê : cần ngưng ngay phẫu thuật (nếu đang trong giai đoạn cầm máu thì nhét gạc ngay vào vết mổ, không cố gắng khâu hay đốt điện), kiểm tra lại sinh hiệu BN, làm những biện pháp sơ cứu ban đầu và cố gắng tìm ra nguyên nhân.

3. Sau mổ:

Chảy máu sau mổ: thường biểu hiện bằng sưng nề vùng mổ, tụ máu dưới da. Biến chứng này gặp nhiều nhất trong vòng 24-48h đầu sau mổ. Nếu ở mức độ nhẹ, có thể điều trị nội khoa (thuốc cầm máu, truyền yếu tố đông máu (nếu thiếu), băng ép) và theo dõi. Nếu diễn tiến ngày càng nặng, có biểu hiện chèn ép các mô lân cận, sốc... phải mổ cấp cứu tìm điểm chảy máu.

Nhiễm trùng vết mổ: phải cắt chỉ, tách rộng vết thương, dùng kháng sinh trong 5-7 ngày rồi đánh giá lại vết mổ.

Tê, dị cảm một vùng da nào đó: có thể do chèn ép thần kinh tạm thời (do thao tác PT, do tụ dịch tụ máu sau mổ) hoặc do tổn thương thần kinh vĩnh viễn (cắt ngang qua, bỏng do đốt điện). Thông thường, nếu cắt ngang qua TK bằng kéo hay dao, BN sẽ mất cảm giác 1 vùng da (thường là nhỏ). Nếu là bỏng do đốt điện, BN sẽ đau mạn tính, dị cảm, rất khó điều trị.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Roseman B.J. (2007). Neck Mass. ACS Surgery: Principles and Practice.
2. Chandra R.K. (2007) . Disorder of the head and neck . Schwartz's Principles of Surgery

XỬ TRÍ VẾT THƯƠNG PHẦN MỀM

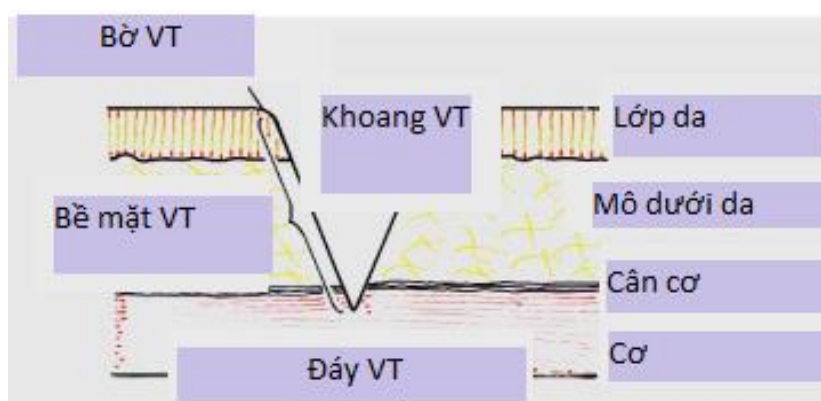
Trần Đức Huy, Nguyễn Văn Hải

MỤC TIÊU

1. Phân loại được vết thương phần mềm, đánh giá mức độ nặng của vết thương
2. Nắm được các yếu tố ảnh hưởng các trình lành vết thương
3. Biết cách xử trí vết thương đơn giản và trong một số tình huống đặc biệt
4. Phát hiện biến chứng sớm vết thương và cách xử trí

I. ĐỊNH NGHĨA

Vết thương là sự mất liên tục của mô cơ thể gây ra bởi lực tác động bên ngoài do chấn thương hay do phẫu thuật. Vết thương phần mềm bao gồm những tổn thương ở lớp da, dưới da, lớp cân và lớp cơ. Vết thương gây chảy máu, đồng thời sự mất liên tục của da làm xâm nhập các tác nhân gây bệnh vào cơ thể. Vết thương do phẫu thuật thường trong điều kiện vô trùng, theo từng lớp giải phẫu rõ ràng và thường được khâu kín. Vết thương do chấn thương, ngược lại, có thể hở hoặc kín. Lực tác động gây tổn thương có thể là cơ học, nhiệt, hóa chất hoặc tia xạ. Trọng tâm của bài đề cập chủ yếu đến vết thương mô mềm do chấn thương cơ học.



Hình 1. Sơ đồ vết thương đơn giản (Nguồn: György Weber [5])

II. PHÂN LOẠI VẾT THƯƠNG PHẦN MỀM

1. Phân loại theo nguyên nhân chấn thương

Vết thương đâm

Gây ra bởi dụng cụ sắc nhọn, thường được đánh giá sơ sài. Nguy cơ nhiễm trùng kị khí cao vì sâu, có thể tổn thương mạch máu thần kinh lớn nằm dưới sâu.

Vết thương rạch

Cũng gây bởi vật nhọn. Vết thương thường nông và thẳng, bờ sắc gọn và không có mô dập nát, tương tự các vết thương phẫu thuật, nên thường dễ lành (Hình 2).

Vết thương cắt

Tương tự vết thương rạch, nhưng do dụng cụ cùn gây ra nên tổn thương dập nát nhiều và bờ nhám nhò (Hình 3).



Hình 2.*Vết thương rạch*



Hình 3.*Vết thương cắt*

Vết thương dập nát

Chấn thương do áp lực vật nặng gây tổn thương mô, có thể kín hoặc hở. Bờ vết thương không còn rõ và dập nát. Vết thương thường sưng phù và gây đau nhiều (Hình 4).

Vết thương xé

Gây ra bởi lực xé hoặc kéo mạnh có thể đưa đến cắt đứt một phần mô tổn thương .

Vết thương đạn bắn

Vết thương gồm lỗ vào, khoang tổn thương, có hoặc không có lỗ ra. Vết thương thường kèm theo dị vật, độ nặng khoang tổn thương rất thay đổi.

Vết thương cắn

Vết thương dập nát và lỏm chồm do răng hoặc móng của súc vật hoặc do người. Vì thế nguy cơ nhiễm trùng cao (Hình 4).



Hình 4. Vết thương cắt

Vết thương hóa chất

Axit: nồng độ thấp gây kích ứng da, tiết nhầy; nồng độ cao gây hoại tử khô (coagulation necrosis). Điều trị tương tự như vết thương bỏng.

Ba-zơ: thường đưa đến hoại tử ướt (colliquative necrosis). Mô liên kết trở nên lỏng lẻo làm hoại tử lan theo chiều sâu. Điều trị tương tự vết thương bỏng.

Vết thương do tia xạ

Bức xạ ion hóa có thể gây hồng ban hoặc viêm da, để muộn có thể đưa đến xơ hóa hoặc loét.

2. Phân loại theo độ nhiễm bẩn

Vết thương sạch: là vết thương phẫu thuật trong điều kiện vô trùng

Vết thương sạch – nhiễm: là vết thương sạch nhưng có phơi nhiễm với vi sinh vật bởi mô xung quanh, bởi phẫu thuật viên... như phẫu thuật đường tiêu hóa, đường hô hấp...

Vết thương nhiễm: mức độ phơi nhiễm cao. Thường từ vết thương có mũ, hay rò từ đường tiêu hóa, vết thương chấn thương không dị vật.

Vết thương bẩn: vết thương còn dị vật, vết thương điều trị muộn, vết thương chấn thương kéo dài.

3. Phân loại theo thời gian chấn thương

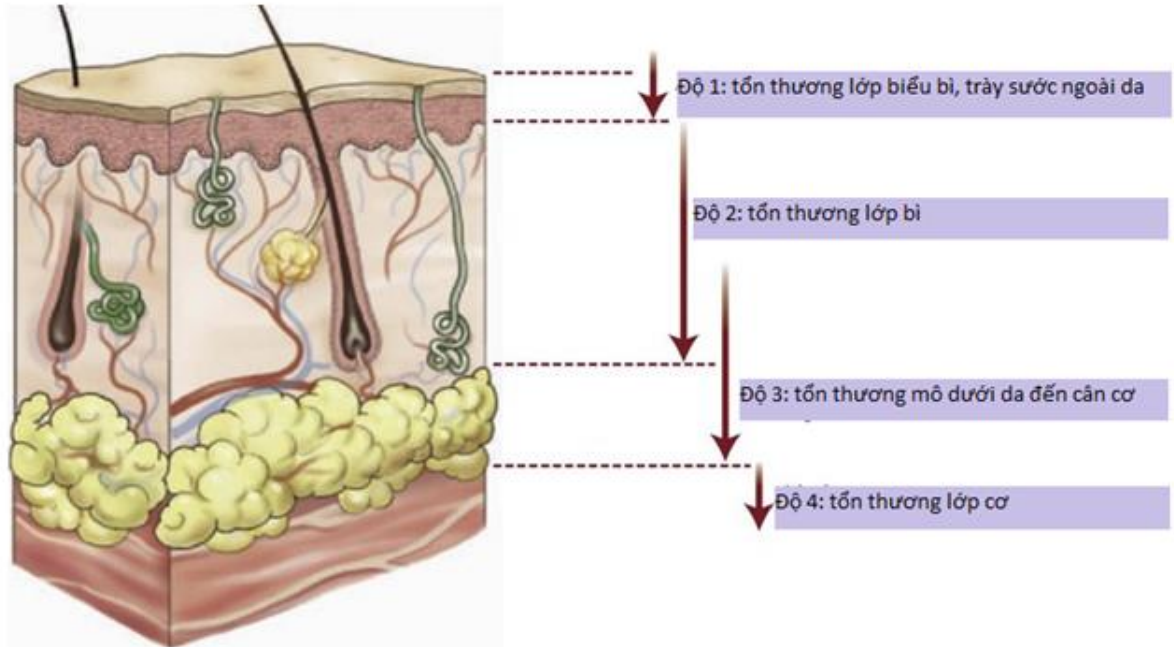
Vết thương cấp:

- Mới: được can thiệp điều trị trong 8 giờ đầu
- Cũ: điều trị muộn sau 8 giờ kèm tổn thương mất liên tục da.

Vết thương mạn:

- Không lành sau 4 tuần dù đã được điều trị.
- Sau 8 tuần chưa lành và không được điều trị.
- Quá trình lành thương bị gián đoạn (liên quan đến các khiếm khuyết mạch máu, thần kinh, đái tháo đường, mất mô nhiều)

4. Phân loại theo độ sâu vết thương



Hình 5.Độ sâu của vết thương

Thầy thuốc phải luôn lưu ý những tổn thương đi kèm như:

- Nứt sọ gây vết thương sọ não, tụ máu trong hoặc ngoài sọ.
- Thấu ngực, kèm tổn thương khoang màng phổi, nhu mô phổi, tim và mạch máu trong trung thất.
- Thấu bụng kèm theo những tổn thương cơ quan trong ổ bụng.
- Gãy xương, đứt gân, tổn thương mạch máu, thần kinh.

Khi tiếp nhận bệnh cấp cứu, thầy thuốc cần:

- Đánh giá nhanh tình trạng toàn thân.
- Thống kê đầy đủ thương tổn, nên vẽ hình mô tả chi tiết các tổn thương
- Đưa ra kế hoạch săn sóc, điều trị toàn diện đầy đủ.

III. CÁC YẾU TỐ ẢNH HƯỞNG LÊN SỰ LÀNH VẾT THƯƠNG

Sự lành vết thương trải qua 3 giai đoạn: viêm, tăng sinh và tái cấu trúc với sự tham gia của rất nhiều tế bào và yếu tố thể dịch. Quá trình này, vì thế, rất dễ bị ảnh hưởng bởi nhiều yếu tố tác động, có thể làm chậm sự lành vết thương. Các yếu tố thường được đề cập đến là:

- **Yếu tố tại chỗ:**
 - Vị trí vết thương

- Tồn thương đi kèm
- Cơ chế chấn thương (rạch, dập nát,...)
- Độ nhiễm bẩn
- Mất mô nhiều
- Tồn thương mạch máu
- Tì đè nhiều
- Phơi nhiễm xạ
- **Yếu tố toàn thân:**
 - Suy dinh dưỡng, thiếu vitamin hay khoáng chất
 - Bệnh đi kèm (ung thư, tiểu đường, tim mạch, suy thận, bệnh thần kinh ngoại biên,..)
 - Thuốc (Corticoid, chống ung thư, ức chế miễn dịch, chống đông hay chống kết tập tiểu cầu, Nicotine).
 - Suy giảm miễn dịch (Hóa trị, AIDS)
 - Hút thuốc lá
 - Lớn tuổi

IV. XỬ TRÍ VẾT THƯƠNG PHẪU MỀM

1. Vết thương phẫu thuật (Vết mổ)

Rạch da

Chuẩn bị vùng da trước mổ: vệ sinh, cạo lông, sát trùng và che chắn.

Đường rạch da nên song song với đường Langer (nếp da).

Căng da cân xứng 2 mép vết da để đường rạch da sắc gọn.

Hướng rạch da phải thẳng góc với da và dứt khoát (mép vết thương nham nhở làm chậm quá trình lành vết thương).

Chiều dài đường mổ dài vừa đủ để thao tác phẫu thuật an toàn.

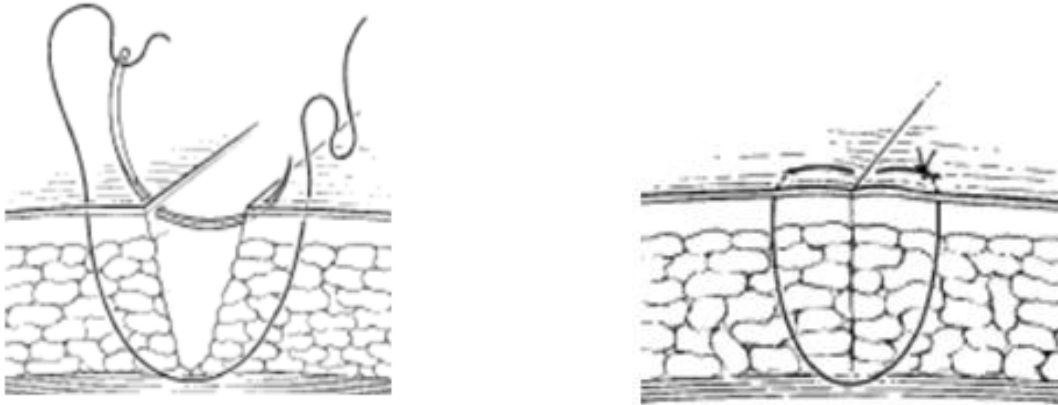
Hạn chế tối đa tổn thương mạch máu và thần kinh.

Khâu vết thương (áp dụng cho cả vết thương do chấn thương)

Cân cơ và mô dưới da có thể khâu tăng cường bằng chỉ tan. Không cần thiết khâu lớp mỡ (có thể làm hoại tử mỡ).

Khi đâm kim chú ý:

- Khoảng cách đến mép da đủ rộng và đối xứng 2 bên, khoảng cách giữa 2 mũi khâu vừa đủ.
- Lấy đủ sâu (không chừa khoảng chết), lấy đủ rộng (mô bên dưới hơi nhiều hơn bề mặt), lấy đều 2 bên.



Hình 6. Khâu vết thương không để lại khoảng chết

Khi cột chỉ chú ý:

- Không cột quá chặt hay quá lỏng.
- Nơ chỉ để về một bên, không để nằm giữa đường khâu.
- Không được lộn mép da vào trong hay mép da này chồng lên mép da kia.

Chọn lựa loại chỉ:

- Chỉ dù gì cũng là vật lạ nên chọn lựa cỡ chỉ nhỏ nhất, dùng lượng ít nhất có thể được.
- Chỉ tan dùng để khâu lớp cân cơ, lớp mỡ, khâu dưới da. Thường dùng chỉ Chromic (giá thành rẻ nhưng gây dị ứng nhiều), Vicryl (mắc hơn, ít dị ứng hơn). Nên dùng loại tan nhanh (Monocryl) để khâu mỡ và mô dưới da.
- Chỉ không tan thường dùng để khâu da.
- Cỡ chỉ: Chọn chỉ cỡ nhỏ (4/0, 5/0) cho vùng da mỏng, cần thẩm mỹ (mặt, lòng bàn tay, vú). Các vùng da còn lại sử dụng cỡ 3/0, 2/0.

Mũi khâu:

- Mũi chữ I (khâu rời đơn giản) thường sử dụng nhất, có thể áp dụng cho tất cả các lớp mô. Ưu điểm đơn giản, dễ thực hiện, thường áp dụng cho vết thương chấn thương do nguy cơ nhiễm trùng cao.
- Mũi khâu rời Donati rất thường sử dụng trong khâu da do có tác dụng canh đều mép da và tăng cường lực kéo 2 mép.
- Mũi khâu rời chữ U chủ yếu dùng khâu cân cơ, khâu ép cầm máu, rất ít khi dùng trong khâu da.
- Mũi khâu rời chữ X, số 8, chỉ dùng trong khâu cân cơ.
- Khâu vắt liên tục áp dụng cho tất cả loại mô nhưng ít dùng cho khâu da. Ưu điểm là tiết kiệm thời gian, nơ cột và chỉ. Khuyết điểm là khó điều chỉnh theo chiều dài vết thương và hạn chế dùng cho các vết thương có nguy cơ nhiễm trùng.
- Mũi khâu dưới da hay trong da có tác dụng tăng tính thẩm mỹ, khép vết mổ, có thể khâu rời (chữ U ngược) hoặc khâu liên tục. Không dùng khi vết thương có nguy cơ nhiễm trùng, tụ dịch, chảy máu.

2. Vết thương do chấn thương

Chuẩn bị bệnh nhân và dụng cụ

Phải đảm bảo việc thăm khám toàn thân để thống kê đầy đủ thương tổn của người bệnh, nhất là phải chụp X-quang để loại trừ khả năng còn dị vật bằng kim loại hay gãy xương kèm theo.

Giải thích một cách tường tận cho bệnh nhân hay người thân của bệnh nhân, phải yêu cầu người bệnh ký giấy cam kết.

Đặt bệnh nhân trong tư thế thoải mái, dễ dàng cho việc chăm sóc vết thương

Chuẩn bị dung dịch sát khuẩn, dung dịch tưới rửa, thuốc tê, dụng cụ phẫu thuật, găng phẫu thuật, chỉ khâu, ánh sáng đầy đủ.

Rửa vết thương

Sát khuẩn da lành ở xung quanh và xa mép vết thương bằng những dung dịch sát khuẩn như: cồn 70⁰ hay Povidine hay Betadine (hình 7).

Tưới rửa lên vết thương bằng nước muối đẳng trương (hình 8), dùng ống chích bơm nước muối xịt vào đáy vết thương hay các góc ngách. Nếu có nhiều đất cát hay dị vật, cần thiết phải cọ rửa bằng bàn chải (vô khuẩn). Vết thương càng sạch càng mau lành và ít bị nhiễm trùng. Nên rửa vết thương với nhiều nước cho đến khi thật sạch.

Nhiều khi phải gây tê quanh vết thương trước khi tưới rửa để bệnh nhân giảm đau (Hình 9). Việc gây tê càng cần thiết nếu cần phải cọ rửa vết thương bằng bàn chải.



Hình 7. Sát khuẩn da xung quanh



Hình 8. Rửa vết thương.



Hình 9. Gây tê quanh vết thương



Hình 10. Tưới rửa vết thương với nước muối sinh lý

Bảng 1. Các dịch rửa – sát khuẩn vết thương[2]	
Oxy già (H ₂ O ₂)	Dung dịch 3%, giúp loại bỏ mô hoại tử. Cho bóng khí trên bề mặt. Có tác dụng trong vài phút, cần rửa lại bằng nước muối sinh lý
Dịch Betadine, Braunol	Dịch sát khuẩn chứa Iod (khác với cồn-Iod) có tác dụng trực tiếp lên vết thương
Octenisept	Dịch sát khuẩn không gây kích ứng, dùng được cho cả da và niêm mạc
Thuốc mỡ Vaseline	Giảm sự bám dính của gạc lên vết thương
Thuốc mỡ Betadine	Ngăn nhiễm trùng và bám dính của gạc lên vết thương
Thuốc mỡ Neogranormon	Kích thích mô hạt, thích hợp thoa bề mặt các vết loét, tróc da
Thuốc mỡ Burow	Thoa trên gạc giữ ẩm (steam bandages), giúp tiêu mủ
Fibrolan, Iruxol mono, Mesalt ointment	Chứa enzyme ly giải sợi giúp kích thích mô hạt, thoa trên vết loét, hậu môn nhân tạo, đường rò

Thăm sát vết thương

Trải khăn lỗ vô khuẩn để bảo vệ vết thương

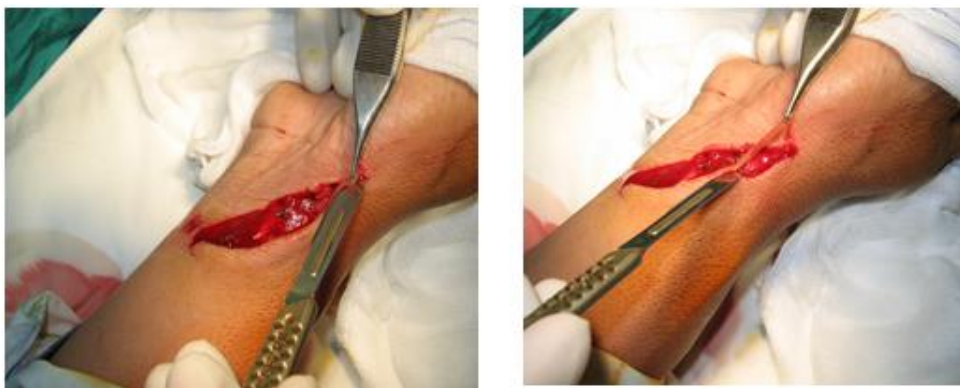
Banh rộng vết thương và các góc ngách để đánh giá đầy đủ mức độ tổn thương, tìm các tổn thương phối hợp và tìm lấy bỏ dị vật. Tìm dị vật bằng tay tốt hơn bằng dụng cụ. Việc làm

này cần hết sức thận trọng vì động tác thô bạo có thể làm nặng thêm cho bệnh nhân hay làm tổn thương cho thầy thuốc.

Cắt lọc

Dùng dao sắc để cắt lọc mép vết thương (Hình 11). Mép vết thương không sắc gọn, bị bầm dập phải được cắt lọc tỉ mỉ. Việc cắt lọc này còn nhằm mục đích tạo cho vết thương hướng theo nếp lằn da. Đường rạch da và các lớp dưới phải tạo được một mặt phẳng thẳng góc với mặt da, như vậy đảm bảo được việc tưới máu một cách thuận lợi đến tận lớp nông nhất của da.

Ở những lớp sâu hơn của da, có thể dùng kéo để cắt lọc mô hoại tử ở hai bên thành hay ở đáy vết thương. Hai tổ chức được nuôi dưỡng kém nhất là lớp mỡ và lớp cân. Phần cơ bị hoại tử có màu bầm đen, khi cắt lọc đến phần cơ lành lặn chúng ta sẽ thấy các thớ cơ co rút lại và rướm máu.



Hình 11. Cắt lọc vết thương

Cầm máu và dẫn lưu

Đôi khi phải cầm máu sớm nơi vết thương khi máu chảy nhiều, chảy thành dòng hay thành tia. Có thể dùng kẹp cầm máu để làm ngưng chảy máu, nhưng phải lưu ý tác dụng nghiền nát thành mạch máu lớn khi dùng kẹp cầm máu.

Việc cắt lọc mô hoại tử của vết thương cho đến tổ chức còn sống sẽ làm cho thành của vết thương (sau cắt lọc) bị rướm máu. Tình trạng chảy máu này thường tự cầm rất nhanh, phẫu thuật viên có thể dùng gạc tẩm dung dịch nước muối sinh lý ấm hay dung dịch oxy già. Trong trường hợp thất bại hay đối với những chảy máu thành tia từ mạch máu lớn, phải khâu cột hay cột cầm máu (bằng chỉ tan như catgut hay chỉ tan tổng hợp). Việc dẫn lưu chỉ cần thực hiện cho một vài trường hợp đặc biệt như sau:

- Vết thương phức tạp còn nhiều góc ngách, còn khoảng chết.
- Vết thương đến muôn mà cần khâu kín vết thương.

Thường dùng một chùm chỉ để dẫn lưu (đối vết thương ở đầu, mặt), lam cao su mỏng (penrose) hay ống dẫn lưu nhỏ có nhiều lỗ.

Khâu vết thương

Có nhiều phương tiện dùng để khâu kín vết thương, thông thường nhất là khâu bằng chỉ. Nếu vết thương ở vùng mặt, có thể dùng băng keo để hàn kín hai mép da thay vì phải khâu da. Cách khâu vết thương cũng tương tự như trong vết thương phẫu thuật.

Các bước thực hiện tuân tự như trên là xử trí chung cho các vết thương phần mềm, tuy nhiên, tùy loại vết thương mà cách thức xử trí cũng có khác nhau. Sau đây là một số cách xử trí:

- Xử trí tạm thời tại chỗ (tại hiện trường): nhằm mục đích cầm máu và ngăn nhiễm trùng thứ phát. Nội dung bao gồm kiểm soát chảy máu, che chắn bằng vải hay gạc sạch (nếu có gạc vô trùng càng tốt).
- Xử trí thì đầu hoàn toàn: nội dung bao gồm rửa sạch, gây tê, cắt lọc (trừ da mặt, da bàn tay phải cắt lọc hết sức tiết kiệm), khâu kín vết thương nếu đến trước 12 giờ. Các vết thương bắt buộc phải khâu kín thì đầu là vết thương thấu ngực, thấu bụng, vết thương đầu có rách màng cứng.
- Cắt lọc, rửa sạch, cầm máu, khâu da thừa có hay không kèm dẫn lưu, hoặc để hở da cho các vết thương đến trễ, có dấu hiệu nhiễm trùng; vết thương do đạn bắn, dập nát; vết thương có nhiều góc ngách, chưa lấy hết dị vật, nhất là những thương tích do chiến tranh. Tùy thời gian đến viện, vị trí vết thương và mức độ nhiễm của vết thương mà có thể:
 - Khâu thừa kèm dẫn lưu.
 - Khâu thì đầu muộn (sau 3-8 ngày).
 - Khâu thì 2 sớm (sau 14 ngày).
 - Khâu thì 2 muộn (4 tuần sau).
 - Để lành tự nhiên rồi phẫu thuật tạo hình sau đó.

Bảng dưới đây hệ thống lại cách xử trí các loại tổn thương thường gặp:

Bảng 2 . Xử trí theo loại vết thương	
<i>Độ nặng vết thương</i>	<i>Xử trí</i>
Bầm da	Sát trùng bằng Betadine Giữ khô, băng thun.
Bầm da, có nguy cơ nhiễm trùng (rách da)	Rửa bằng Oxy già, rửa lại bằng nước muối sinh lí Sát trùng mỗi ngày bằng betadine, băng vô trùng.
Vết thương cắt, rạch	Rửa bằng Betadine Cầm máu, rửa, cắt lọc mép vết thương. Để hở, băng vô trùng, khâu da muộn
Vết thương dập nát	Rửa bằng Betadine Cầm máu, rửa, cắt lọc mép vết thương. Để hở, băng vô trùng, khâu da muộn. Có thể cần ghép mô (cơ, da)

Vết thương cần	Rửa bằng Betadine, không được khâu da thì đầu Cầm máu, rửa, cắt lọc mép vết thương. Để hở, băng vô trùng, khâu da muộn. Chích ngừa đại
Vết thương đâm, đạn bắn	Rửa bằng Betadine, thăm dò đường đâm, loại bỏ dị vật Cầm máu, rửa, cắt lọc mép vết thương. Để hở, băng vô trùng, khâu da muộn. Kháng sinh dự phòng
Vết thương nhiễm (vết thương chiến tranh, vết thương nhiễm bẩn, có dị vật, mép nham nhở, cơ địa miễn dịch kém)	Banh rộng vết thương Cắt lọc vết thương Loại bỏ mô tiết dịch, hoại tử, dị vật Rửa bằng oxy già và nước muối (hoặc dịch sát khuẩn khác) Rửa vết thương mỗi ngày cho đến khi hết phản ứng viêm, băng vô trùng Cấy vi khuẩn Đề vùng vết thương nghỉ ngơi bằng thoa kem, chườm lạnh, thuốc mỡ Kích thích mô hạt với Mikulitz, Dermasin... Khử mùi bằng gạc chứa than hoạt và muối Alginate

Dẫn lưu

Dẫn lưu vết thương có nhiều loại, thường gặp là để hở vết thương hoàn toàn. Ngoài ra có thể dẫn lưu bằng ống hoặc Penrose (mảnh cao su mềm vô trùng) khi có khâu kín vết thương

Chỉ định:

- Vết thương có chỉ định khâu kín nhưng có nhiều khoảng chết (do thiếu mô) hay góc ngách.
- Vết thương nguy cơ nhiễm trùng nhưng không để hở được (vết thương bụng, ngực, sọ não)

Nên đặt dẫn lưu ra vị trí thấp nhất của vết thương và không đi qua vết thương. Có định dẫn lưu tại bề mặt da. Chăm sóc ống dẫn lưu tương tự chăm sóc vết mổ.

Băng vết thương

Sau khi xử trí, vết thương phải được bảo vệ bằng cách băng kín.

Băng vết thương nhằm mục đích: giữ ẩm, loại bỏ dịch tiết, bảo vệ vết thương khỏi nhiệt và tác động cơ học, tạo hàng rào ngăn vi trùng, cho phép trao đổi khí.

Điều kiện lý tưởng cho các loại băng vết thương là: không gây dính, dễ gỡ khỏi vết thương, không để lại dị vật, không độc, không dị ứng, khó phơi nhiễm.

Cấu trúc của một băng vết thương gồm các lớp sau:

- Lớp tiếp xúc trực tiếp vết thương: vô trùng, không dị ứng, không kích ứng
- Lớp tẩm hoạt chất (Vaselin, paraffin, chất chống khuẩn, nước muối...), giúp giữ ẩm vết thương.
- Lớp hấp thu
- Lớp cố định (băng dính).

Điều trị tiếp tục sau xử trí vết thương

Chích ngừa uốn ván vẫn còn là qui định bắt buộc trong điều trị vết thương phần mềm ở Việt Nam. Đối với các vết thương nhiễm-bẩn, dị vật, sâu, nhiều góc ngách cần chích phòng ngừa uốn ván theo lịch như bảng 3.

Bảng 3. Chỉ định chích ngừa uốn ván [6]		
<i>Tiền căn chích ngừa</i>	<i>VAT</i>	<i>SAT</i>
<i>Không biết</i>	+	+
<i>Chích nhắc > 10 năm</i>	+	+
<i>Chích nhắc 5-10 năm</i>	+	-
<i>Chích nhắc < 5 năm</i>	-	-

Chỉ định kháng sinh dự phòng khi vết thương có nguy cơ nhiễm trùng cao. Dùng một liều duy nhất trước can thiệp phẫu thuật trong vòng 2 giờ. Nếu vết mổ nhiễm trùng, dùng kháng sinh điều trị, có thể kéo dài 3-5 ngày. Chọn lựa kháng sinh chủ yếu phổ Gram dương.

Nếu vết thương có nghi ngờ nhiễm trùng kị khí hoặc nhiều dị vật bẩn, cần dùng kháng sinh phổ rộng kết hợp chống kị khí.

Sử dụng thuốc giảm đau thông thường, ít khi phải dùng thuốc giảm đau trung ương. Thận trọng khi dùng thuốc kháng viêm không Steroid (NSAID) vì khả năng gây viêm loét ở dạ dày tá tràng.

Thay băng: bệnh nhân có thể thay băng tại trung tâm y tế gần nhà. Đôi khi có thể tự thay băng ở nhà. Không bắt buộc phải thay băng hàng ngày. Khi vết thương không còn chảy dịch thì không cần thay băng, ngay cả trong trường hợp vết thương để hở. Sau khi vết thương được khâu kín 24 giờ mà không chảy dịch cũng không cần phải băng vết thương.

Nếu có điều kiện, nên khám lại bệnh nhân vào ngày hôm sau, sau khi xử trí vết thương và trước khi cắt chỉ.

Dặn bệnh nhân phải sớm trở lại bệnh viện khi có một trong những triệu chứng sau:

- Đau tăng thêm, đau lan rộng
- Sốt cao, sốt tăng dần hay sốt lại sau một thời gian đã giảm sốt.
- Vùng vết thương sưng nề hay bầm tím ngày một nhiều hơn.

Bệnh nhân có thể tắm hàng ngày, khi tắm không sợ làm ướt vết thương đã được khâu kín. Đối với vết thương để hở nên hạn chế nước vùng vết thương, sau khi tắm xong có thể thay băng.

V. BIẾN CHỨNG SỚM SAU XỬ TRÍ VẾT THƯƠNG PHẦN MỀM

1. Tụ dịch

Khoảng chết (khoang vết thương) chứa đầy thanh dịch, bạch huyết hoặc máu. Triệu chứng gồm sưng, phập phều, thường ít khi đau, đỏ, nóng. Cần phân biệt với tụ máu và áp xe (đau, đỏ, nóng rõ rệt, có thể có sốt).

Điều trị bằng chọc hút dịch hiện còn tranh cãi và tùy thuộc vào lượng dịch và tốc độ tái lập. Điều trị chủ yếu bằng chọc hút dịch và băng ép thường thành công mặc dù có thể kéo dài nhiều tuần. Nếu thất bại, có thể đặt dẫn lưu kín trong điều kiện vô trùng ở phòng mổ.

Biện pháp phòng ngừa gồm:

- Không để lại khoảng chết khi đóng vết thương
- Dẫn lưu dự phòng khi vết thương mất mô nhiều, bệnh phân béo phì, nguy cơ nhiễm trùng.

2. Tụ máu

Do không cầm máu tốt hoặc có rối loạn đông máu (nguyên phát hoặc thứ phát). Máu tụ có nguy cơ nhiễm trùng cao. Triệu chứng gồm sưng, đỏ, nóng, đau, màu sắc da thay đổi theo thời gian. Nếu khối máu tụ *lớn, lan nhanh, đau nhiều hoặc gây mất cảm giác* cần can thiệp điều trị. Nếu phát hiện sớm, có thể chọc hút và băng ép. Trong trường hợp đến muộn hoặc thất bại, cần mở vết mổ thám sát, lấy máu tụ, cầm máu trong điều kiện vô trùng.

Biện pháp phòng ngừa gồm:

- Cầm máu tốt từ lần xử trí đầu tiên
- Kiểm soát rối loạn đông cầm máu nếu có
- Tránh để lại khoảng chết, chú ý dẫn lưu khi vết mổ mất mô nhiều.

3. Bung vết thương

Có thể bung một phần hay hoàn toàn. Nguyên nhân do kỹ thuật mổ (cột chỉ lỏng, tuột chỉ trong khâu liên tục), cắt chỉ quá sớm, vết mổ quá căng do tăng áp lực bên dưới hoặc ở vùng vận động nhiều, vết mổ nhiễm trùng.

Nếu không có nhiễm trùng, có thể khâu lại trong điều kiện vô trùng bằng cách di động 2 mép vết thương, khâu lại bằng chỉ cỡ lớn hoặc áp dụng mũi khâu chữ U để làm giảm áp lực. Nếu vết thương nhiễm trùng, điều trị như nhiễm trùng vết mổ (đề cập bên dưới).

4. Nhiễm trùng vết thương

Có thể thay đổi từ nhẹ đến rất nặng. Tần suất khoảng 2,6% sau vết thương phẫu thuật (theo CDC) và có liên quan trực tiếp đến mức độ nhiễm bẩn của vết thương. Triệu chứng bao gồm sưng, nóng, đỏ, đau, chảy mủ hoặc dịch bẩn từ vết thương, cây dịch vết thương có vi trùng. Nhiễm trùng có thể ở nông (da và mô dưới da) hoặc sâu (cân cơ).

Khi có các triệu chứng gợi ý gồm: (1) đau không tương xứng khám lâm sàng, (2) vết phỏng tím, (3) chảy máu rỉ rả, (4) bong lột da, (5) mất cảm giác, (6) tràn khí dưới da, (7) diễn tiến lan rộng nhanh, (8) có kèm triệu chứng toàn thân như sốt, mạch nhanh, thì cần lưu ý có nhiễm trùng sâu bên dưới hoặc nhiễm trùng hoại thư sinh hơi.

Điều trị bằng cách tách rộng vết thương tại các vị trí nhiễm trùng; phá bỏ các khoảng chết; rửa bằng nước muối sinh lý, nước oxy già hoặc Betadine; cầm máu; cắt lọc mô hoại tử; thay băng mỗi ngày hoặc nhiều lần trong ngày tùy mức độ nhiễm trùng; hạn chế vận động. Chỉ định dùng kháng sinh trong các trường hợp: nhiễm trùng nông lan rộng (>5cm), sốt trên 38,5°C, mạch nhanh trên 100lần/phút, nhiễm trùng sâu, có hoại thư. Dùng kháng sinh phổ rộng chủ yếu diệt vi trùng Gram dương, lưu ý tụ cầu kháng Methicillin (MRSA) và vi trùng kỵ khí.

VI. SỰ LÀNH VẾT THƯƠNG BẤT THƯỜNG

1. Vết thương mạn tính

Là những vết thương không lành về giải phẫu và chức năng sau 3 tháng. Thường xảy ra trên cơ địa có yếu tố nguy cơ. Điều trị bao gồm chăm sóc vết thương tại chỗ, kiểm soát tốt các yếu tố nguy cơ nào có thể kiểm soát được (bệnh động mạch ngoại biên, suy tĩnh mạch mạn, đái tháo đường, điều trị ung thư bằng hóa hay xạ trị, bất động lâu hay nằm liệt một chỗ, dinh dưỡng kém, nhiễm trùng, hút thuốc lá,...)

Sử dụng hệ thống VAC, kháng sinh khi có nhiễm trùng.

2. Sẹo phì đại và sẹo lồi

Sẹo phì đại thường xuất hiện ở vùng da dày. Chủ yếu gồm sợi collagen và nguyên bào sợi. Chỉ giới hạn tại đường rạch da và thường tự thoái lui sau 12-18 tháng.

Sẹo lồi ít gặp hơn, nguyên nhân chưa biết rõ và được xem như u lành tính. Bờ sẹo thường rõ, lồi hẳn khỏi da giống u, màu nâu hồng, chắc. Nguyên nhân là do tăng sinh quá mức mô dưới da. Thường xuất hiện vùng trước xương ức, cơ den-ta, và tai. Sẹo không đau, nhưng phát triển to dần, gây mất thẩm mỹ. Sẹo lớn, kèm co rút, ở gần các khớp có thể gây giới hạn vận động. Cách điều trị nào tốt nhất vẫn còn bàn cãi. Chích corticoid vào sẹo chỉ giúp cải thiện ở những sẹo tương đối không lớn, phải chích từ giai đoạn sớm và phải đảm bảo kỹ thuật chích vô trùng. Cắt bỏ sẹo có khi lại tạo sẹo lồi lớn hơn.



Hình 12. Sẹo lồi (trái) và sẹo phì đại (phải) (nguồn hình: Boros M [2])

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Williams NS, Bulstrode CJK, O'Connell PR (2008), "*Wounds, tissue repair and scars*", In: Bailey & Love's Short practice of surgery, 25th Edit, Hodder Arnold, chapter 3.
2. Boros M (2006), "*Wounds*", In: *Surgical Techniques*.
3. WHO, *Prevention and management of wound infection*, Department of Violence and Injury Prevention and Disability and the Department of Essential Health Technologies.
4. Armstrong DG (2013), *Wound healing and risk factors for non-healing*, in *uptodate.com*, Wolters Kluwer.
5. György Wéber (2008), "*Wounds and the basic principles of wound management*", In: *Basic surgical techniques*, University of Pécs, Medical School.
6. Ashley SW (2012), "*Acute wound care*", In: *ACS surgery*, BC Decker Inc.

POLYP SỢI THUỜNG BÌ

Lý Hữu Tuấn

MỤC TIÊU

1. Nhận diện, phân biệt được sang thương polyp sợi thượng bì
2. Thực hiện được các thủ thuật lấy bỏ polyp sợi thượng bì

I. GIỚI THIỆU

Polyp sợi thượng bì (fibroepithelial polyp, fibroepitheliomatous polyp) là một sang thương lành tính của da, còn được biết đến với nhiều tên gọi khác nhau như mụn thịt (skin tag, acrochordon), u nhú gai (squamous papilloma), u sợi mềm (soft fibroma)... Về mặt mô học, chúng được cấu tạo bởi biểu mô gai lành tính. Về mặt đại thể, những sang thương này thường có cuống. Trên lâm sàng hay gặp 2 loại:

Mụn thịt (skin tag):

- Những nốt nhỏ màu da hoặc tăng sắc tố
- Kích thước khoảng 1-3mm
- Số lượng thường nhiều
- Hay xuất hiện ở cổ, nách, lưng trên và mi mắt ở những người tuổi trung niên.
- Ngoài ra cũng hay gặp ở người béo phì, có thai, mãn kinh hay có các rối loạn nội tiết (to đầu chi). Mụn thịt xuất hiện nhiều trong một thời gian ngắn có thể liên quan đến tăng nguy cơ bị polyp đường tiêu hóa.
- Thường không gây triệu chứng gì mà chỉ khó chịu về mặt thẩm mỹ

U nhú (papilloma):

- Màu da hoặc tăng sắc tố
- Kích thước to hơn mụn thịt, có khi đến 10 cm.
- Có thể xuất hiện ở những vị trí khác nhau (đùi, mông, thân mình...)
- Số lượng thường ít
- Thường gây khó chịu về mặt thẩm mỹ, thỉnh thoảng có triệu chứng ngứa do cọ sát với áo quần, hoặc hoại tử do xoắn ở cuống.



Hình 1. Mụn thịt ở cổ



Hình 2. U nhú ở đầu vú

II. LÂM SÀNG

Polyp sợi thượng bì có thể được chẩn đoán bằng lâm sàng với đặc điểm đại thể khá điển hình. Trong đa số trường hợp, bệnh nhân phát hiện sang thương từ lâu, ngày càng lớn dần về kích thước và/ hoặc tăng dần về số lượng (thường chậm).

Sang thương thường không gây triệu chứng gì đặc biệt. Bệnh nhân than phiền chủ yếu là vì mất thẩm mỹ. Trong một số ít trường hợp, sang thương kích thước lớn có thể gây ngứa do cọ sát vào áo quần, hoặc hiếm hơn, có thể bị chảy máu bề mặt, hoại tử bề mặt do va quệt, hoặc do xoắn quanh cuống gây thiếu máu nuôi.

Trên lâm sàng, đôi khi cần chẩn đoán phân biệt những sang thương không có cuống với một số u lành khác như: mụn cóc (bề mặt thường sần sùi, tính chất dễ lây lan), mắt cá (thường ở lòng bàn chân, ấn đau thốn), u mỡ (nằm sâu dưới da, giới hạn không rõ), u bã đậu (nằm sâu dưới da, thường giới hạn rõ, có ngòi, màu hơi đen)... Ngược lại, không phải sang thương có cuống (polypoid) nào cũng là polyp sợi thượng bì, như một số trường hợp nevi, u mạch máu, và melanoma cũng có thể có cuống.



Hình 3. Một trường hợp sang thương có cuống ngăn cản phân biệt với các u ác tính của da

III. ĐIỀU TRỊ

Vì đây là một sang thương lành tính, nên việc điều trị tùy thuộc vào bệnh nhân (đa phần là vì lý do thẩm mỹ). Việc gửi giải phẫu bệnh thường quy là không cần thiết (chỉ làm trong một số ít trường hợp sang thương không có cuống, đại thể không điển hình của polyp sợi thượng bì mô).

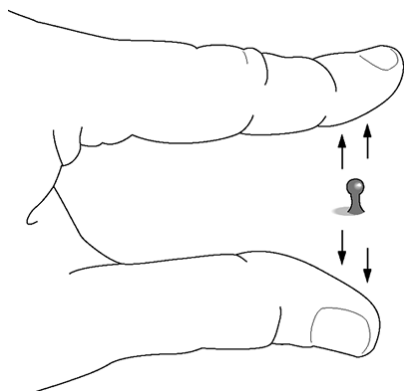
Có nhiều cách điều trị polyp sợi thượng bì, từ nội khoa (dùng hóa chất bôi ngoài da) đến ngoại khoa (dùng kéo cắt, dùng dao điện, dùng laser...). Việc lựa chọn phương pháp điều trị sẽ tùy thuộc vào ý muốn của bệnh nhân, tùy thuộc vào kích thước tổn thương, vị trí tổn thương. Trong phạm vi bài viết này, chúng tôi chỉ chú trọng đến điều trị ngoại khoa (hiện vẫn đang được chỉ định rộng rãi trên thế giới).

1. Điều trị mụn thịt (skin tag)

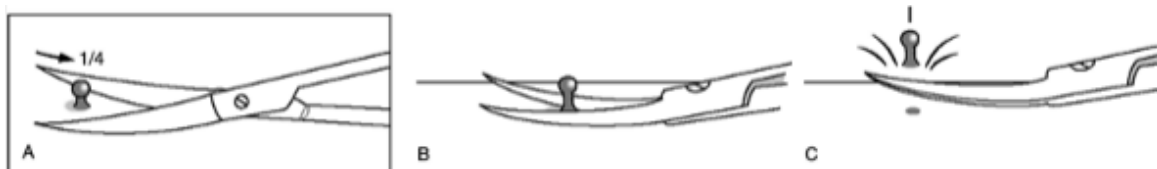
Đặc điểm của mụn thịt là kích thước rất nhỏ, số lượng rất nhiều, nên số lần điều trị có thể cũng sẽ nhiều (cho đến khi đáp ứng được yêu cầu thẩm mỹ của bệnh nhân). Mụn thịt hiện nay có thể được cắt bỏ bằng kéo, bằng dao điện hoặc bằng laser. Phân đông các tác giả khuyến cáo nên sử dụng kéo để cắt mụn thịt vì những ưu điểm của nó so với 2 phương tiện còn lại: không đòi hỏi trang bị đắt tiền, cho kết quả thẩm mỹ tốt, không cần gây tê tại chỗ trong đa số trường hợp, thực hiện nhanh.

Dụng cụ cần chuẩn bị: thuốc sát trùng, gạc, một cây kéo đầu nhọn, lưỡi cong (thường được gọi là kéo cắt móng mắt – iris scissor), ống chích + lidocain 2% (dùng gây tê trong những trường hợp mụn thịt có cuống rộng >2mm)

Các bước cần nhớ khi cắt bỏ mụn thịt bằng kéo:



Hình 4. Dùng 2 ngón tay căng vùng da xung quanh mụn thịt để làm căng các đầu TK cảm giác đau → BN không thấy đau khi cắt

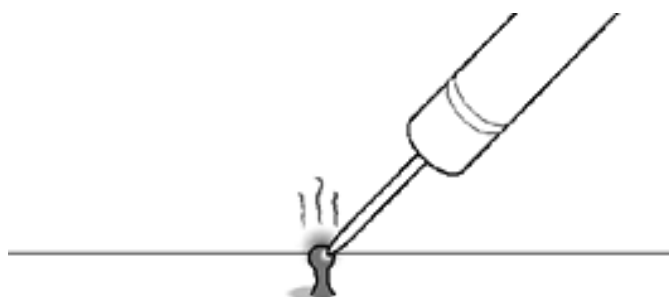


Hình 5. Cắt mụn thịt bằng kéo

Kéo sử dụng phải sắc bén. Không nên sử dụng đầu kéo để cắt. Nên để mụn thịt ở vị trí khoảng ¼ chiều dài của lưỡi kéo. Thao tác nhanh để bệnh nhân không cảm thấy đau. Sau khi cắt có thể dùng băng keo cá nhân băng lại (nếu có chảy máu). Có thể thoa một số loại kháng sinh ngoài da sau khi cắt.

Ưu điểm của sử dụng kéo so với dao điện chính là do không làm tổn thương sâu lớp dưới da nên thường không gây đau, ít chảy máu, không có sẹo hoặc thay đổi sắc tố da sau mổ. Để bảo đảm không cắt sâu vào lớp dưới da, không được sử dụng Kelly để nắm mụn thịt lên (vì có thể sẽ kéo cả lớp dưới da lên). Chỉ dùng tay căng da và cắt trực tiếp bằng kéo.

Đối với phương tiện dao điện, ta nên sử dụng loại đầu đốt nhọn, đốt trực tiếp lên trên mụn thịt, và dùng gạc chùi sạch mô hoại tử. Lưu ý rằng phải gây tê trước khi đốt, và hạn chế tối đa việc đốt lan rộng da lành xung quanh, hoặc đốt quá sâu.

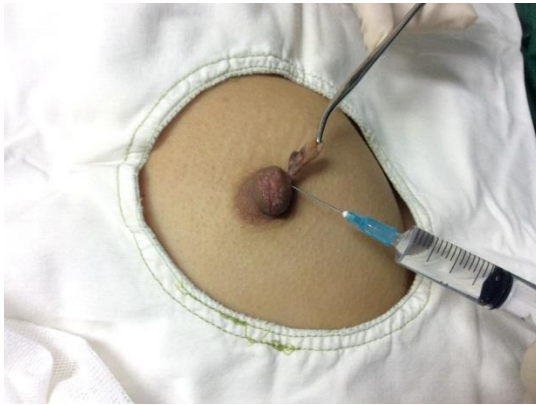


Hình 6. Cắt mụn thịt bằng dao điện

2. Điều trị u nhú (papilloma)

Khác với mụn thịt, u nhú thường xuất hiện đơn độc, kích thước lớn, có cuống (có thể rộng hoặc hẹp). Chính vì vậy, người ta ưu tiên sử dụng dao điện để cắt u nhú (vì hiệu quả cầm máu của dao điện). Đối với trường hợp này, chúng ta cần gây tê tại chỗ ngay dưới vị trí u nhú bằng lidocain 2% trước khi cắt.

Trong trường hợp u nhú lớn, có thể dùng kelly hoặc tay người phụ kéo u nhú thẳng lên (để bộc lộ rõ cuống). Cắt ngang cuống ở diện cắt ngang bề mặt da, không cần cắt sâu xuống lớp dưới da (sử dụng chế độ CUT của máy đốt điện). Nếu bề mặt diện cắt chảy máu, có thể đốt cầm máu nông bề mặt (sử dụng chế độ COAGULATION của máy đốt điện).



Hình 7. Gây tê ngay dưới sang thương



Hình 8. Cắt sang thương bằng dao điện

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Zuber, Thomas J.; Mayeaux, E. J , “Atlas of Primary Care Procedures” (1st Edition), 2004, Lippincott Williams & Wilkins

SINH THIẾT DA

Trần Quang Đại

MỤC TIÊU

1. *Nắm được chỉ định sinh thiết da, lựa chọn vùng da sinh thiết*
2. *Thực hiện được các kỹ thuật sinh thiết da*

I. ĐỊNH NGHĨA

Sinh thiết da là thủ thuật lấy một mẫu da khỏi cơ thể, mẫu da sau đó được xử lý để quan sát dưới kính hiển vi.

Có nhiều cách để lấy mẫu phụ thuộc vào vị trí và kích thước của sang thương da. Mẫu da sau khi lấy khỏi cơ thể được ngâm trong dung dịch formaldehyde và chuyển đến khoa Giải phẫu bệnh.

Sinh thiết da thường được sử dụng để chẩn đoán ung thư da và một số bệnh khác về da. Khi có một vùng da bất thường trên cơ thể thay đổi về màu sắc, kích thước, hình dạng hoặc mới xuất hiện hoặc một sang thương loét lâu lành, chúng ta cần phải kiểm tra sang thương da đó có phải là ung thư hay không. Ung thư da là dạng ung thư khá thường gặp và sinh thiết da, cho đến nay, vẫn là một phương tiện hữu ích để chẩn đoán xác định trước khi điều trị.

II. CHỈ ĐỊNH

Sinh thiết da được dùng để chẩn đoán:

- Sang thương da chưa rõ bản chất (vẩy nến, ung thư da...).
- Nhiễm khuẩn hoặc nhiễm nấm trên da.

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Chuẩn bị bệnh nhân

Bệnh nhân không cần chuẩn bị đặc biệt trước thủ thuật nhưng cần lưu ý những vấn đề sau ở bệnh nhân:

- Sử dụng các loại thuốc kháng viêm như prednisolone có thể thay đổi những quan sát thấy được dưới kính hiển vi của sang thương.
- Dùng thuốc.
- Có vấn đề về tình trạng đông máu hoặc sử dụng thuốc kháng đông.
- Bệnh nhân mang thai.

2. Lựa chọn vùng sinh thiết

Khi có nhiều sang thương trên cơ thể bệnh nhân nên tránh sinh thiết ở vùng mặt (vì lý do thẩm mỹ), các vị trí khó lành vết thương (ví dụ da vùng trước xương chày, đặc biệt ở bệnh nhân đái tháo đường hoặc có thiếu máu nuôi), vùng cơ denta hoặc vùng ngực (nguy cơ tạo sẹo lồi), vùng bẹn và vùng nách (dễ nhiễm trùng).

Với sang thương có dạng bóng nước, mụn nước: nên sinh thiết trọn sang thương và chọn những sang thương mới xuất hiện trong vòng 48 giờ.

Với sang thương không có dạng bóng nước: lấy trọn sang thương nếu kích thước nhỏ. Đối với sang thương có kích thước lớn, sinh thiết tại vị trí rìa sang thương hoặc phần dày nhất hoặc phần có màu sắc bất thường nhất. Luôn lấy kèm một phần da lành kế bên vị trí lấy mẫu.

3. Cách thực hiện

Có thể đánh dấu xung quanh vùng da sinh thiết vì một số sang thương có thể mờ đi sau khi tiêm thuốc tê.

Vùng da sinh thiết cần sát khuẩn trước khi thực hiện thủ thuật. Các dung dịch sát khuẩn thường được sử dụng isopropyl alcohol, povidone- iodine, chlorhexidine gluconate.

Bác sĩ đội nón, đeo khẩu trang và mang găng vô trùng.

Sát khuẩn vùng mổ.

Trải khăn có lỗ vô khuẩn lên vùng da sinh thiết.

Gây tê tại chỗ với Lidocaine 1% hoặc 2%. Có thể pha thêm epinephrine vào lidocaine; epinephrine là chất gây co mạch giúp giảm chảy máu, kéo dài thời gian tê, hạn chế ngộ độc lidocaine. Tránh sử dụng epinephrine ở những bệnh nhân có sang thương ở đầu, chóp mũi hoặc tiền căn có bệnh tim mạch.

Để giảm đau, khi chích tê có thể sử dụng kim nhỏ (30G), pha 1ml NaHCO₃ với 9ml lidocaine, chích thẳng góc với bề mặt da. Chích sâu trong lớp da ít đau hơn so với chích ở lớp nông, nhưng cần thời gian lâu hơn để thuốc tê có tác dụng.

Đối với sang thương nhỏ, tê trực tiếp lên sang thương hoặc vùng sát bên. Đối với sang thương lớn, nên tê xung quanh chu vi của diện cắt.

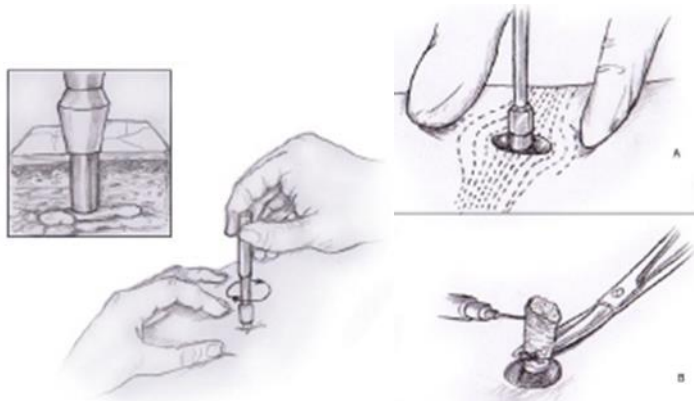
Có 3 kiểu sinh thiết da chính được ghi nhận:

1. **Nạo sinh thiết (shave biopsy):** Sau khi gây tê tại chỗ, sử dụng dao mổ để nạo lấy lớp da phía trên của sang thương. Không cần khâu da. Thường dễ dàng cầm máu bằng băng ép. Kỹ thuật này được sử dụng cho những sang thương gồ lên bề mặt da và về mô học chỉ khu trú trong lớp da. Đối với sang thương có thay đổi sắc tố da không nên dùng phương pháp này (vì không đánh giá được giai đoạn nếu sang thương có kết quả là melanoma).



Hình 1. Nạo sinh thiết

2. **Sinh thiết khuôn (punch biopsy)** : sau khi gây tê, một dụng cụ sắc như khuôn cắt được đặt lên trên sang thương, ấn xuống, và xoay chậm để lấy một mẫu da hình tròn có đủ các lớp của sang thương. Không cần khâu da nếu vết thương nhỏ. Đường kính khuôn cắt thường từ 3-10mm. Thường áp dụng để sinh thiết da hoặc cắt bỏ những sang thương da nhỏ.

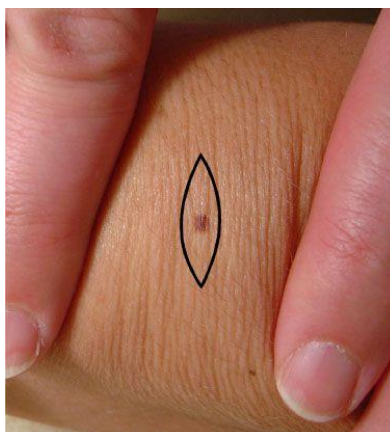


Hình 2. Sinh thiết khuôn

3. **Cắt da (excision)**: chọn đường rạch da thường song song với nếp nhăn da, xác định bằng cách dùng ngón trỏ và ngón cái ấn kéo làm chùng lớp da. Khi lành sẹo sẽ thẩm mỹ hơn so với đường rạch vuông góc với nếp da.

Sau khi gây tê tại chỗ, dùng dao mổ rạch xung quanh lấy trọn sang thương, và một phần da lành xung quanh, mẫu da nên lấy sâu đến lớp mỡ dưới da. Khâu da đóng lại vết thương. Nếu sang thương quá lớn, có thể phải xoay vạt da hoặc ghép da. Mục đích của thủ thuật ngoài việc xác định chẩn đoán còn là để lấy trọn sang thương trên da, do đó, nên hạn chế việc chỉ lấy một phần sang thương để chẩn đoán nếu sang thương đó có thể cắt trọn.

Cắt da được chọn khi sang thương lớn, sâu, và nằm ở vị trí khó cắt khuôn. Hoặc khi cần thực hiện nhiều xét nghiệm trên mẫu sinh thiết (nuôi cấy, nhuộm hóa mô miễn dịch, giải phẫu bệnh).



Hình 3. Đánh dấu vùng da sinh thiết

IV. KẾT QUẢ GIẢI PHẪU BỆNH

Bình thường	Mẫu da chỉ có các tế bào da bình thường
Bất thường	Sang thương lành tính của da : nốt ruồi, u nhú da, mụn cóc, da sừng hóa tiết bã, sẹo lồi, u mạch máu, và u da lành tính như u sợi thần kinh, u sợi bì.
	Ung thư da như ung thư tế bào đáy, ung thư tế bào vảy, melanoma,...
	Các bệnh khác như lupus, vẩy nến, viêm mạch máu.
	Nhiễm khuẩn da hoặc nấm.

➤ **Có thể cần làm thêm xét nghiệm nếu:**

Mẫu sinh thiết nhỏ không đủ số tế bào để đưa ra chẩn đoán chính xác.

Tế bào bất thường không nằm trong mẫu da sinh thiết.

Sang thương thay đổi sau lần sinh thiết đầu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Patrick CA, Barbara MM. Skin Biopsy Techniques For The Internist. J Gen Intern Med. 1998 Jan; 13(1): 46-54

CHỌC HÚT DỊCH Ổ BỤNG

Phạm Hồng Phú.

MỤC TIÊU

1. *Nắm vững chỉ định và chống chỉ định của chọc hút dịch ổ bụng.*
2. *Nắm vững kỹ năng thực hiện thủ thuật.*
3. *Nắm vững tai biến và biến chứng của chọc hút dịch ổ bụng.*

I. TỔNG QUAN

Chọc hút ổ bụng là một thủ thuật an toàn và hiệu quả, có vai trò vừa chẩn đoán vừa điều trị. Các nguyên nhân thường gặp của dịch ổ bụng: tăng áp lực tĩnh mạch cửa do xơ gan (81%); dịch tiết (12%) do ung thư (10%) hoặc lao (2%); quá tải tuần hoàn hệ thống (3%) do suy tim mạn, tổn thương thận cấp, suy thận mạn, hội chứng thận hư và tắc nghẽn bạch huyết (4%) do ung thư. Trong bụng ngoại khoa, dịch ổ bụng có thể là dịch của viêm tụy cấp, mủ hay dịch tiêu hóa (do viêm phúc mạc), máu (do chấn thương gây tổn thương tạng), dịch tiết do ung thư lan tràn trong ổ bụng.

II. CHỈ ĐỊNH

- Hỗ trợ xác định nguyên nhân gây ra dịch ổ bụng (chấn thương bụng kín, vết thương thấu bụng, viêm phúc mạc nguyên phát hay thứ phát, viêm tụy, ung thư di căn, lao...).

- Hỗ trợ điều trị trong trường hợp báng bụng mức độ nặng ảnh hưởng đến hô hấp.

Lưu ý: Đối với các trường hợp xơ gan mất bù, chọc tháo dịch ổ bụng được thực hiện khi báng bụng kháng trị lợi tiểu.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

1. Tuyệt đối:

Đau bụng cấp đã có chỉ định phẫu thuật (viêm ruột thừa, thủng tạng rỗng,...).

2. Tương đối:

- Đông máu nội mạch rải rác (DIC - Disseminated intravascular coagulation disorder) hoặc đang sử dụng thuốc kháng đông (Aspirin, Heparin,...).

Các trường hợp có rối loạn đông máu do xơ gan không phải là chống chỉ định tuyệt đối, do đó, không cần thiết truyền huyết tương tươi động lạnh hoặc tiểu cầu nhằm điều chỉnh chỉ số INR và tiểu cầu trước khi thực hiện thủ thuật.

- Trướng hơi nhiều các quai ruột.
- Nhiều sẹo mổ cũ.
- Có thai.
- Bàng quang căng mà không đặt thông tiểu được.
- Nhiễm trùng hoặc tụ máu vùng da chọc dò.

IV. ĐÁNH GIÁ BỆNH NHÂN TRƯỚC THỦ THUẬT

Bệnh nhân không cần nhịn đói trước thủ thuật.

Cho bệnh nhân đi tiểu để làm trống bàng quang.

1. Khám bụng:

- Phát hiện có các chấm xuất huyết hoặc bầm máu dưới da hay không.
- Xác định các vùng da có sẹo mổ cũ, nhiễm trùng hoặc tụ máu.
- Nếu có cầu bàng quang, cần làm trống bàng quang bằng đi tiểu hoặc đặt thông tiểu.
- Nếu dạ dày trướng hơi nhiều, có thể đặt thông dạ dày.
- Khám phát hiện gan và lách to để tránh chạm thương.

2. Chẩn đoán hình ảnh:

- *Siêu âm bụng*: đánh giá lượng dịch ổ bụng, tính chất của dịch (dịch báng, máu,...) và xác định vị trí an toàn để chọc dò.
- *X quang bụng đứng không sửa soạn*: xác định có hơi tự do trong ổ bụng trước can thiệp thủ thuật hay không.

V. DỤNG CỤ

- 01 chai dung dịch Betadin.
- Lidocaine 1% hoặc 2%.
- 01 bộ dây dẫn có chạc ba nối với bình hút chân không dung tích 1000ml.
- 01 khăn vải có lỗ.
- 01 dao mổ số 11.
- 01 kim chọc hút dài ít nhất 3 cm.
- 01 đôi găng vô trùng.
- Tăm bông sát trùng và gòn gạc.
- Các lọ đựng dung dịch chọc hút.



Hình 1. Các dụng cụ chọc hút dịch ổ bụng
(Nguồn: Wiese SS, et al [3]).

❖ **Lựa chọn kim chọc hút:** Về nguyên tắc, kim càng nhỏ càng ít tai biến do khả năng chạm thương mạch máu và ruột thấp. Tùy vào thể tạng bệnh nhân, chúng ta sẽ lựa chọn kim chọc hút khác nhau:

- Chọc hút dịch để chẩn đoán:
 - Bệnh nhân ốm: kim 22G dài từ 1,5-2 cm.
 - Bệnh nhân béo phì: kim chọc dò tủy sống 22G dài 5 cm.
- Chọc tháo dịch báng: kim có kích thước lớn 15-16G.

VI. THAO TÁC THỰC HIỆN:

Bước 1: giải thích.

Giải thích cho bệnh nhân và thân nhân hiểu rõ chỉ định, tai biến, biến chứng của thủ thuật và ký cam kết trước khi tiến hành làm thủ thuật.

Bước 2: chuẩn bị tư thế bệnh nhân.

Bệnh nhân nằm ngửa, hai chân thẳng, hai tay để xuôi theo thân mình hoặc đưa lên đầu. Người thực hiện thủ thuật đứng cùng bên chọc dò.



Hình 2. Tư thế nằm ngửa (Nguồn: Wiese SS, et al [3])

Bước 3: xác định vị trí chọc dò.

Các vị trí thường được lựa chọn chọc dò là hạ sườn phải, hố chậu phải, hố chậu trái và hạ sườn trái. Bên cạnh đó, một vài tác giả đề nghị vị trí tại đường giữa bụng. Vị trí thường được chọn là bên trái vì ít nguy cơ chạm thương các quai ruột nổi trên dịch báng vùng giữa bụng. Nếu bên trái không thuận lợi, có thể chọn hố chậu phải vì ở vị trí này manh tràng khá di động.

Hiện nay, đa số các trường hợp đều được áp dụng siêu âm đánh dấu vị trí chọc dò: xác định vị trí dịch bụng nhiều nhất, gợi ý tính chất dịch bụng, tránh nguy cơ chạm thương tạng, đo độ sâu thành bụng.



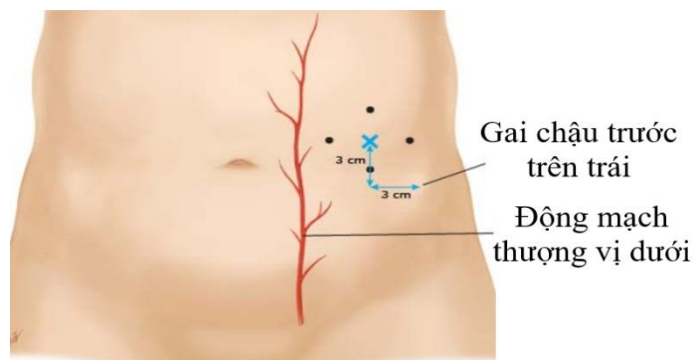
Hình 3. Siêu âm bụng đánh dấu vị trí chọc hút an toàn (Nguồn: uptodate)

Đối với những nơi không thực hiện được siêu âm đánh dấu, vị trí chọc dò được xác định là vị trí gồ đục thấp nhất của ổ bụng.



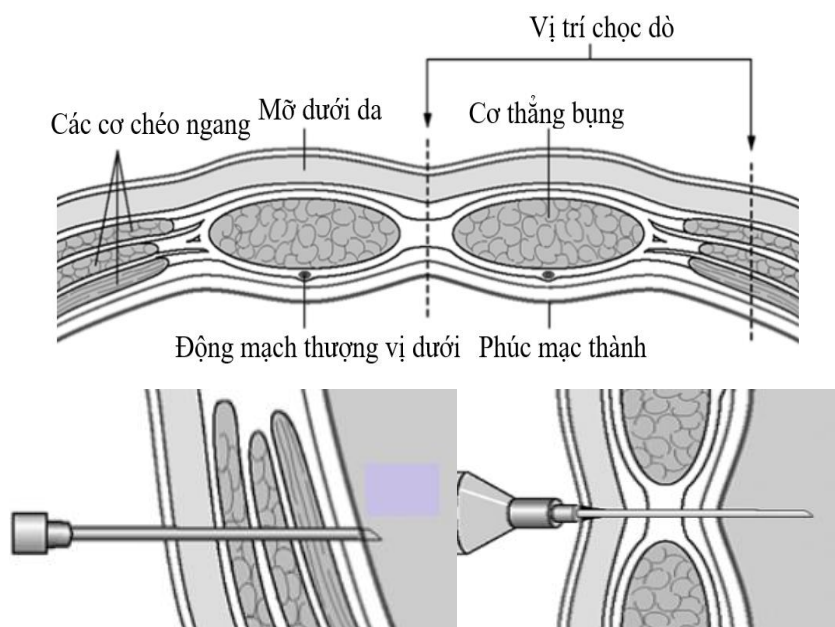
Hình 4. Gồ thành bụng xác định vị trí chọc dò.
(Nguồn: uptodate)

Ổ đường bên: Một vài tác giả đưa ra vị trí chọc dò tránh chạm thương động mạch thượng vị dưới là vào trong và lên trên 3 cm so với gai chậu trước trên bên trái (2, 4).



Hình 5. Vị trí chọc hút bên trái (Nguồn: uptodate)

Ổ đường giữa: Vị trí dưới rốn 2 cm trên đường giữa (2).



Hình 6. Giải phẫu học thành bụng tại các vị trí chọc dò đường giữa và bên.

Trái: Hướng kim xuyên các cơ chéo, cơ ngang bụng (vị trí chọc dò đường bên).

Phải: Hướng kim xuyên cân giữa hai bó cơ thẳng bụng (vị trí chọc dò đường giữa).

(Nguồn: Juber TJ, et al [1]).

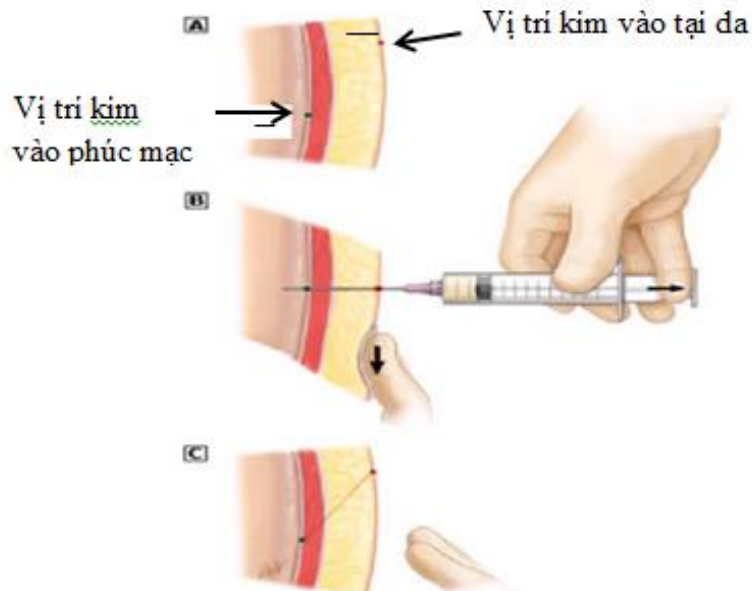
Bước 4: sát trùng da tại vị trí chọc dò bằng dung dịch Betadin quanh điểm chọc dò với bán kính ≥ 5 cm (4).

Bước 5: gây tê tại chỗ: tiêm vào da và lớp mô dưới da dung dịch Lidocain 3-5 ml. Lui pit-tông từng đợt khi tiêm thuốc tê để tránh bơm thuốc vào mạch máu. Khi đến lớp phúc mạc, tiêm thuốc rộng ra xung quanh để gây tê lớp phúc mạc (2).

Bước 6: chọc dò kim vào xoang phúc mạc.

- Nếu chọc tháo dịch báng bằng kim lớn 18G, nên rạch da bằng dao khoảng 3mm trước.

- Hướng kim chọc dò trong thành bụng:
 - Không có hướng dẫn của siêu âm: áp dụng kỹ thuật “đường Z” giúp hạn chế dịch báng rò theo đường kim chọc dò (1, 2, 4).



Hình 7. Kỹ thuật “đường Z” (Nguồn: Wiese SS, et al [3])

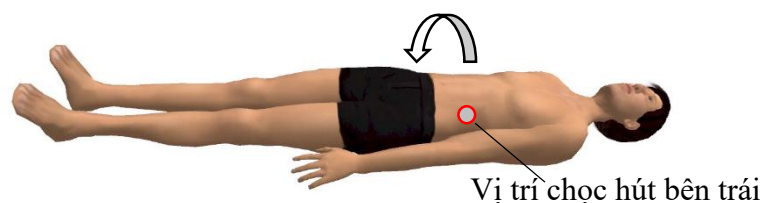
A- Vị trí đường kim vào tại da và phúc mạc.

B- Kéo da bằng tay không thuận về một phía so với vị trí chọc hút. Chọc kim từ da hướng vào xoang phúc mạc. Lùi nhẹ pit-tông rút dịch báng nhằm chắc chắn đầu kim trong ổ bụng.

C- Sau khi ngưng thủ thuật, chúng ta rút kim và không kéo da, hai vị trí đường kim vào tại da và phúc mạc thành không thẳng hàng.

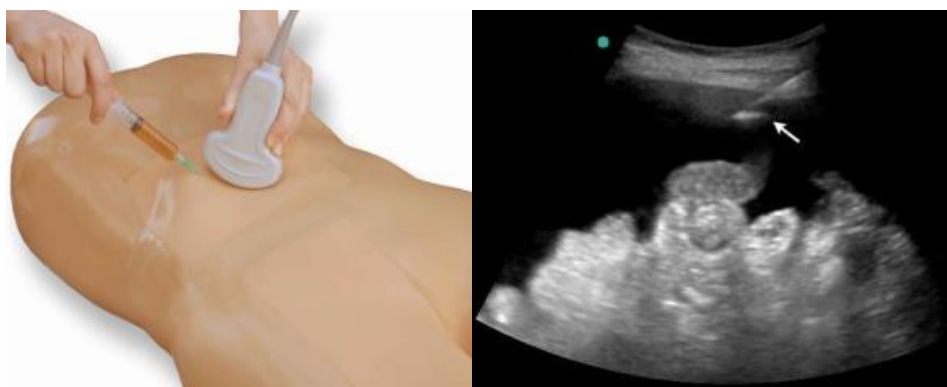
Lưu ý:

1. Bệnh nhân nằm ngửa, sau đó xoay nhẹ hông cùng phía chọc hút xuống giường để các quai ruột di chuyển ra xa vùng chọc kim.



Hình 8. Tư thế nằm ngửa, xoay nhẹ hông trái (Nguồn: Wiese SS, et al [3]).

2. Nếu có bất kỳ kháng lực nào trên đường đi của kim thì ngừng lại, rút kim và đổi hướng chọc kim mới.
 3. Khi đầu kim đến lớp phúc mạc, tay cầm kim sẽ có cảm giác “căng”, lúc này không được đẩy kim mà xoay kim 90^0 quanh trục, quan sát có dịch chảy trong lòng kim.
 4. Không nên vừa chọc dò vừa kéo lùi pit-tong liên tục để tạo lực hút vì nguy cơ hút ruột về phía mũi kim.
- Dưới hướng dẫn của siêu âm:
 - Đối với các trường hợp trường hơi nhiều các quai ruột, nhiều sẹo mổ cũ, có thai, bàng quang căng mà không đặt thông tiểu được, nên chọc dò dưới hướng dẫn của siêu âm.
 - Kỹ thuật “đường Z” được thực hiện bằng cách hướng đường kim đi chéo trong thành bụng dưới hướng dẫn của siêu âm.



Hình 9. Chọc dò ổ bụng dưới hướng dẫn siêu âm (Nguồn: uptodate)

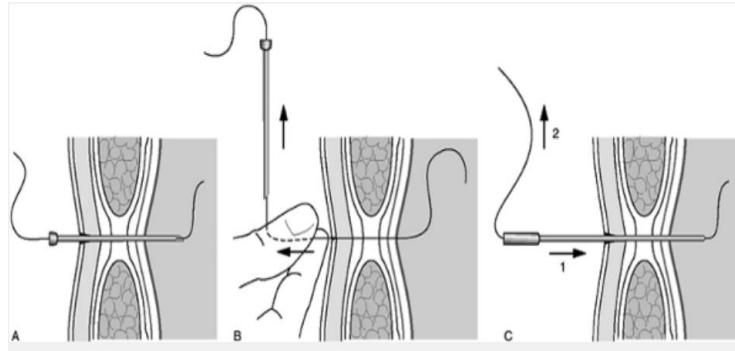
A- Hướng kim nằm trong mặt phẳng của đầu dò siêu âm.

B- Hình ảnh siêu âm cho thấy hướng đi của kim trong thành bụng.

(Mũi tên: đầu kim trong xoang phúc mạc).

Bước 7: luồn nòng nhựa vào xoang phúc mạc.

Lưu ý: Trong trường hợp chấn thương nghi xuất huyết nội mà chọc hút không ra gì, nếu vẫn nghi ngờ, có thể bơm vào xoang phúc mạc 500-1000ml dung dịch Lactate Ringer hoặc Natri Chloride 0,9% được làm ấm. Kẹp lại ống, và xoay nghiêng bệnh nhân nhẹ nhàng qua hai bên (1, 5). Sau đó, nối dây dẫn vào bình chân không hoặc với ống tiêm có chạc ba rồi hút dịch, kèm nghiêng nhẹ người bệnh nhân cùng bên chọc hút (1, 4). Lấy dịch gởi đi xét nghiệm đếm tế bào hồng cầu, bạch cầu.



Hình 10. Luồn nòng nhựa vào xoang phúc mạc theo que dẫn

(Nguồn: Juber TJ, et al [1])

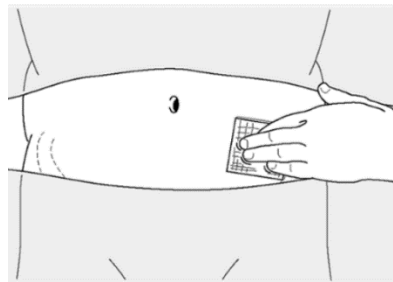
A- Luồn quai dẫn vào trong lòng kim.

B- Một tay lùi kim dần, một tay giữ quai dẫn.

C- Luồn nòng nhựa theo quai dẫn vào xoang phúc mạc và rút quai dẫn.

Bước 8: băng ép vị trí chọc dò.

Sau khi hút đủ lượng dịch cần thiết, rút nòng nhựa nhẹ nhàng ra khỏi thành bụng và băng ép trực tiếp vào vị trí chọc hút. Nếu sau 5 phút, dịch vẫn còn rò rỉ tại vị trí chọc hút, khâu lại vết thương và tiếp tục băng ép gạc (1).



Hình 11. Băng ép gạc tại vị trí chọc hút (Nguồn: Juber TJ, et al [1]).

VII. XÉT NGHIỆM DỊCH CHỌC HÚT

Không nên chọc tháo quá 1500 ml mỗi lần vì nguy cơ thay đổi huyết động ở những bệnh nhân có nồng độ Albumin máu thấp dưới 2,5 g/dl.

Dịch chọc hút được đựng trong các lọ bệnh phẩm, ngoài trừ các xét nghiệm đặc biệt sẽ có các ống nghiệm chuyên biệt (cấy kháng sinh đồ, tế bào học, Albumin, Protein)

Xét nghiệm dịch báng:

1. Soi nhuộm Gram
2. Cấy kháng sinh đồ: 10ml cho mỗi chai cấy kỵ khí và ái khí.
3. Tế bào học: 2-3 ml dịch trong ống EDTA.
 - Tế bào lạ

- Hồng cầu: số lượng bạch cầu lớn hơn 100000 tế bào/mm³ gợi ý chấn thương bụng nặng (vỡ gan, lách, chảy máu mạc treo ruột,...).
 - Bạch cầu: số lượng bạch cầu > 500 tế bào/mm³ gợi ý viêm phúc mạc do vi trùng.
4. Hóa sinh: ít nhất 5 ml dịch
- Protein và Albumin: đựng trong ống nhựa không có chất phụ gia (ống nắp đỏ). Xác định chênh lệch nồng độ Albumin máu và dịch ổ bụng (SAAG - serum-ascites albumin gradient) cùng với các xét nghiệm khác để gợi ý nguyên nhân.
 - Glucose
 - LDH (Lactate Dehydrogenase)
 - Amylase: tăng cao so với Amylase máu gợi ý viêm tụy hoặc thủng ruột.

Bảng 1: Các nguyên nhân gây ra dịch bụng dựa theo SAAG (2).

SAAG < 1,1	SAAG ≥ 1,1
Hội chứng thận hư (Protein toàn phần ≥ 2,5 g/dl).	Xơ gan (Protein toàn phần < 2,5 g/dl).
Ung thư di căn ổ bụng (cần làm thêm xét nghiệm tế bào học).	Suy tim mạn (Protein toàn phần ≥ 2,5 g/dl).
Lao màng bụng.	Viêm gan do rượu.
Viêm tụy (Amylase dịch > 100 U/L, tế bào bạch cầu trong dịch > 250/mm ³).	Viêm phúc mạc nhiễm khuẩn thứ phát (tế bào bạch cầu trong dịch > 250/mm ³).
	Hội chứng Budd-Chiari.
	Viêm màng ngoài tim co thắt.

VIII. CHĂM SÓC BỆNH NHÂN

Đối với những trường hợp báng bụng do ung thư di căn cần chọc tháo dịch nhiều lần, cần có dung dịch truyền tĩnh mạch và gắn monitor theo dõi huyết động. Huyết động thường bị ảnh hưởng khi chọc tháo ≥ 5000 ml dịch báng.

Cần truyền bù 8 mg Albumin cho mỗi lít dịch báng chọc hút.

IX. TAI BIẾN - BIẾN CHỨNG

1. Tai biến

- Trượt ống nhựa khỏi thành bụng (0,9%).
- Phải chọc dò lại (2,9%).
- Không thực hiện được (0,9%).
- Đau tại vị trí chọc dò (1,4%).
- Chảy máu tại vị trí chọc dò (3,3%).

- Thủng ruột (0,6%).

2. **Biến chứng**

- Tụ máu thành bụng (0,2-0,5%).
- Chảy dịch báng kéo dài tại vị trí chọc dò (1,9%).
- Sốt (1,9%).
- Viêm phúc mạc nhiễm khuẩn thứ phát (2,4%).
- Hội chứng gan-thận (1,9%).

3. **Tỉ lệ tử vong**

- Tỉ lệ tử vong của thủ thuật thấp, thay đổi tùy theo nghiên cứu, từ 0,016% đến 0,39%.

Lưu ý:

- Siêu âm không làm giảm tỉ lệ tai biến – biến chứng của chọc hút dịch ổ bụng (OR 1.34, 95%CI (0.37; 4.84)).
- Rối loạn đông máu không làm tăng nguy cơ chảy máu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Zuber T J, Mayeaux E.J. Abdominal Paracentesis (2004) General Prodecure - Atlas of Primary Care Procedures 1st - Lippincott Williams & Wilkins, p45-50.
2. DeWaay D (2013) Paracentesis - Division of General Internal Medicine and Geriatrics - Hospital Medicine.
3. Wiese SS, Mortensen C, Bendtsen F (2011). Few complications after paracentesis in patients with cirrhosis and refractory ascites - Dan Med Bul; 01/2011;58(1):212.
4. Runyon BA(2015) Diagnostic and therapeutic abdominal paracentesis. 2016UpToDate.
5. Nguyễn Đình Hồi (2004) Khám bụng - Ngoại khoa cơ sở: Triệu chứng học ngoại khoa. Nhà xuất bản Y học TPHCM; tr 96-7.
6. Vacutainer BD (2010) Tube Guide - Venous Blood Collection.
7. De Gottardi A, Thévenot T, Spahr L, Morard I, Bresson-Hadni S, Torres F, et al (2009) Risk of Complications After Abdominal Paracentesis in Cirrhotic Patients: A Prospective Study - Clinical Gastroenterology and Hepatology.7(8):p 906-9.
8. Pache, M. Bilodeau (2005) Severe haemorrhage following abdominal paracentesis for ascites in patients with liver disease. Aliment Pharmacol Ther. Blackwell Publishing Ltd;21;p 525–9.

CHỌC HÚT DỊCH MÀNG PHỔI

Phạm Hồng Phú

MỤC TIÊU

1. *Nắm vững chỉ định chọc hút dịch màng phổi.*
2. *Nắm vững kỹ năng thực hiện thủ thuật.*
3. *Nắm vững tai biến và biến chứng của thủ thuật.*

I. TỔNG QUAN

Chọc hút dịch màng phổi là một thủ thuật thường hay thực hiện nhằm đánh giá hoặc điều trị tràn dịch màng phổi. Hàng năm tại Mỹ, khoảng 1,5 triệu trường hợp tràn dịch màng phổi và 75% trường hợp trong số đó được xác định nguyên nhân dựa trên kết quả xét nghiệm dịch chọc hút màng phổi.

Thông thường, màng phổi có khoảng 10-20 ml dịch nồng độ Protein thấp có vai trò bôi trơn trong suốt các thì hô hấp. Sự cân bằng áp lực trong khoang màng phổi dựa trên áp lực thủy tĩnh, áp lực thẩm thấu, tính thấm mao mạch và sự dẫn lưu mạch bạch huyết. Bất kỳ bệnh lý nào tác động một trong các thành phần này đều gây ra tràn dịch màng phổi.

II. CHỈ ĐỊNH

Xác định nguyên nhân gây ra dịch màng phổi.

Tràn dịch màng phổi ảnh hưởng đến hô hấp hoặc không đáp ứng điều trị nội khoa.

Viêm mủ màng phổi.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Đang chảy máu nặng trong lồng ngực (cần dẫn lưu hay mổ khẩn).

Rối loạn đông máu.

Đang thở máy.

Nhiễm trùng hoặc tụ máu vùng da chọc dò.

Ho hoặc nấc cụt không kiểm soát.

IV. ĐÁNH GIÁ BỆNH NHÂN TRƯỚC THỦ THUẬT

Bệnh nhân không cần nhịn đói trước thủ thuật.

1. Khám ngực:

Phát hiện có các chấm xuất huyết hoặc bầm máu dưới da hay không?

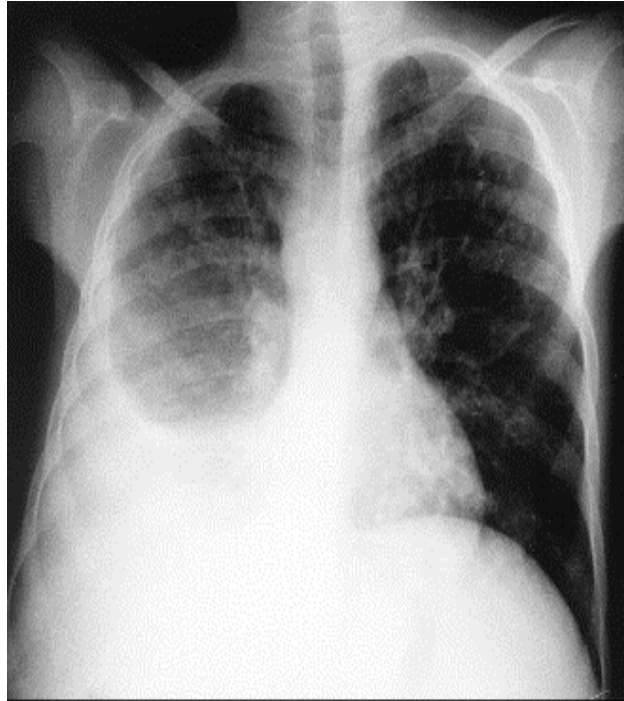
Xác định các vùng da nhiễm trùng hoặc tụ máu.

Hội chứng 3 giảm (rung thanh giảm, gõ đục, âm phế bào giảm), ranh giới đục trong

2. Chẩn đoán hình ảnh:

X quang ngực thẳng: ước lượng dịch màng phổi và loại trừ tràn khí màng phổi kèm theo.

- Mờ góc sườn hoành hai bên: 100-150 ml dịch.
- Mờ nửa một bên phổi: 1000-1500 ml dịch.
- Mờ hoàn toàn một bên phổi: 2500-3000 ml dịch.



Hình 1. *Tràn dịch một nửa phổi phải*

Siêu âm ngực: đánh giá lượng dịch màng phổi, tính chất của dịch (dịch báng, máu,...) và xác định vị trí an toàn để chọc dò.

V. DỤNG CỤ

- 01 chai dung dịch Betadin.
- 02 ống Lidocaine 1%.
- 01 bộ dây dẫn có chạc ba nối với bình kín dung tích 1000ml.
- 01 khăn vải có lỗ.
- 01 dao mổ số 11.
- 01 kim chọc hút 22G.
- 01 ống tiêm 10 ml.
- 01 đôi găng vô trùng.
- Tăm bông sát trùng và gòn gạc.
- Các lọ đựng dung dịch chọc hút.



Hình 2. *Các dụng cụ chọc hút dịch màng phổi*

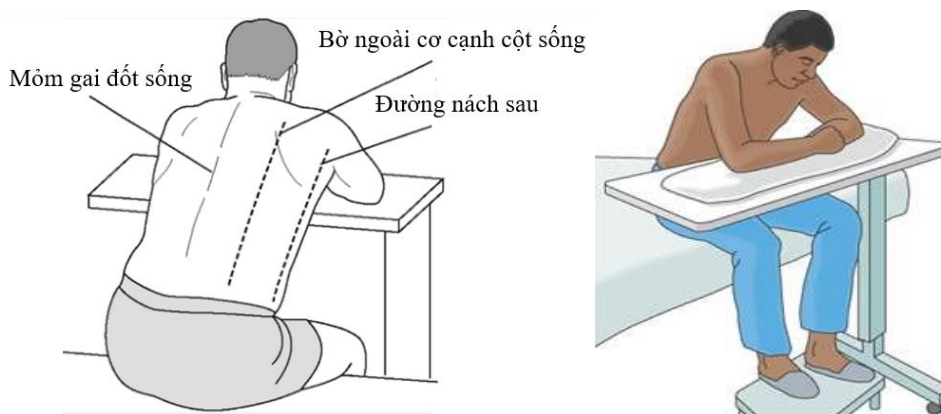
VI. THAO TÁC THỰC HIỆN

Bước 1: giải thích.

Giải thích cho bệnh nhân và thân nhân hiểu rõ chỉ định, tai biến, biến chứng của thủ thuật và ký cam kết trước khi tiến hành làm thủ thuật.

Bước 2: chuẩn bị tư thế bệnh nhân.

Tư thế ngồi: hai cánh tay xếp lại đặt phía trước ngực, trên mặt bàn ngang ngực. Thân người thẳng, nghiêng nhẹ về phía trước. Hai chân để trên ghế giúp ngồi vững hơn.



Hình 3. Tư thế ngồi chọc hút dịch màng phổi.

Lưu ý: bệnh nhân không ngồi nghiêng về phía trước quá nhiều sẽ làm dịch màng phổi di chuyển ra xa vị trí chọc dò, tăng nguy cơ tràn khí màng phổi sau thủ thuật.

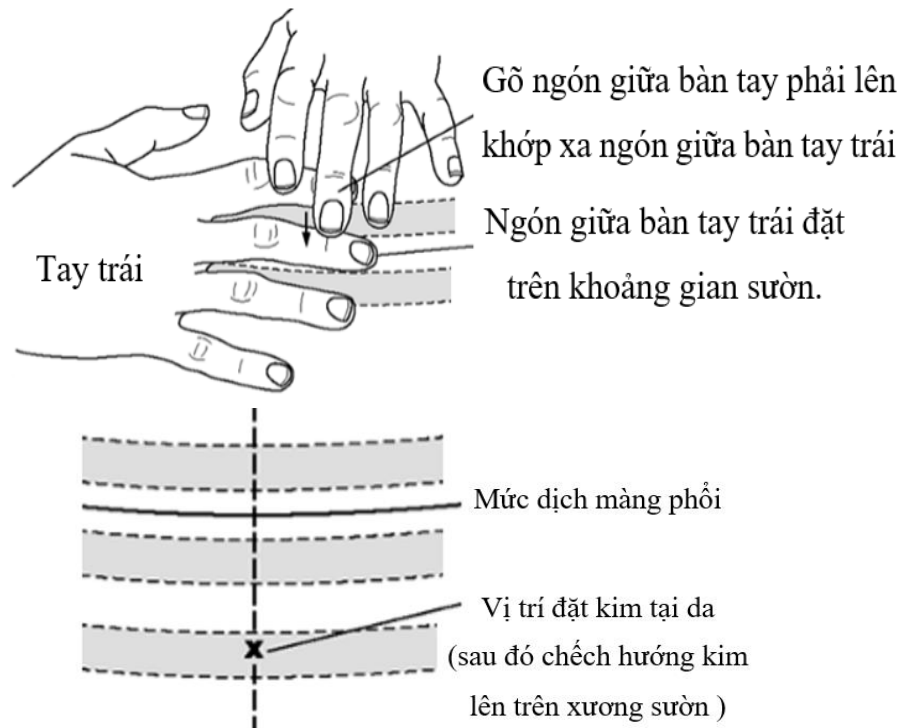
Tư thế nằm: nếu bệnh nhân không thể ngồi, cho bệnh nhân nằm ngửa, đầu cao 30-45°. Hai tay để lên trên hoặc dưới đầu. Cánh tay phía chọc hút được giữ căng bởi tay còn lại, nhằm làm giãn khoảng cách giữa các xương sườn thuận lợi cho việc chọc hút.



Hình 4. Tư thế nằm chọc hút dịch màng phổi.

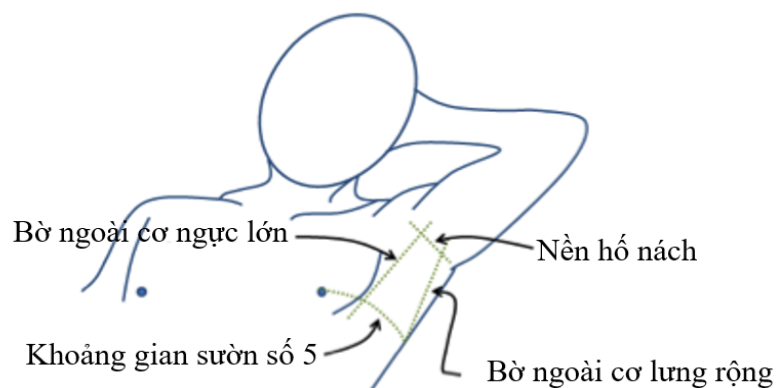
Bước 3: xác định vị trí chọc dò.

1. Xác định mức độ tràn dịch màng phổi bằng cách gõ lên thành ngực (tiếng gõ trong của phổi chuyển thành gõ đục của dịch, nếu tràn dịch toàn bộ phổi sẽ không có tiếng gõ trong).



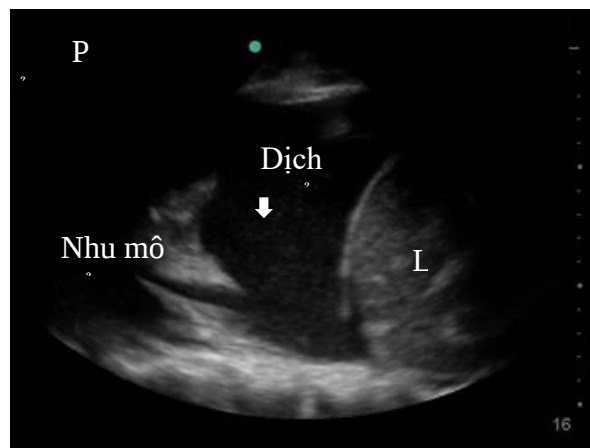
Hình 5. Xác định vị trí chọc dò bằng phương pháp gõ lên thành ngực

- Tư thế ngồi: vị trí có thể chọc kim là từ khoảng gian sườn dưới mức dịch màng phổi đến bờ trên xương sườn số 8 (không chọc kim ở vị trí thấp hơn vì nguy cơ chạm thương gan hoặc lách), giữa đường nách sau và bờ ngoài cơ cạnh cột sống (Hình 3)
- Tư thế nằm: “tam giác an toàn” chọc hút được tạo bởi khoảng gian sườn số 5, bờ ngoài cơ ngực lớn và bờ ngoài cơ lưng rộng.



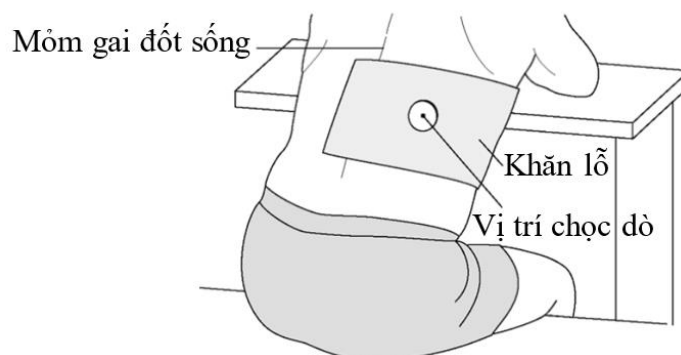
Hình 6. Xác định vị trí an toàn chọc dò tư thế nằm.

Hiện nay, vai trò siêu âm đánh dấu vị trí chọc dò được đánh giá cao giúp bác sĩ lâm sàng xác định vị trí dịch màng phổi nhiều nhất, gợi ý tính chất dịch, ít nguy cơ chạm thương tạng (gan, lách) và đo độ dày thành ngực.



Hình 7. Siêu âm ngực đánh dấu vị trí chọc hút an toàn.

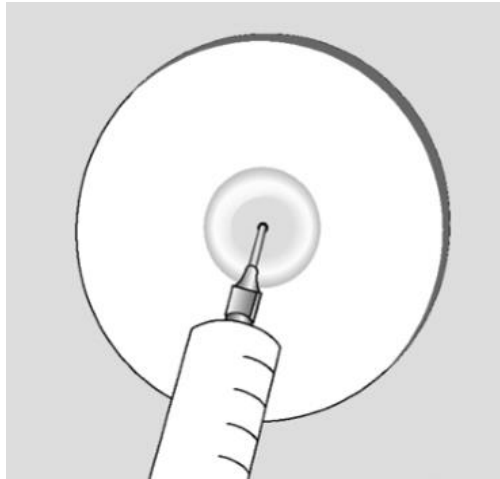
Bước 4: sát trùng da tại vị trí chọc dò bằng dung dịch Betadin quanh điểm chọc dò với bán kính ≥ 5 cm. Phủ khăn lố lên thành ngực, vị trí chọc dò nằm trung tâm vòng tròn.



Hình 8. Phủ khăn lố lên vị trí chọc dò.

Bước 5: gây tê tại chỗ

Lấy 1 ml dung dịch Lidocain 1% để gây tê lớp mô dưới da. Tiêm Lidocain vào lớp dưới da tạo thành một vòng tròn như bánh xe. Sau đó, hướng mũi kim lên bờ trên xương sườn đến màng phổi. Tiêm Lidocain mỗi 2 mm trên đường đi của kim, trước khi tiêm, lùi nhẹ Pit-tông để kiểm tra đầu kim có vào mạch máu không. Khi thấy dịch màng phổi trong lòng kim, lùi nhẹ kim và tiêm hết phần thuốc tê còn lại.

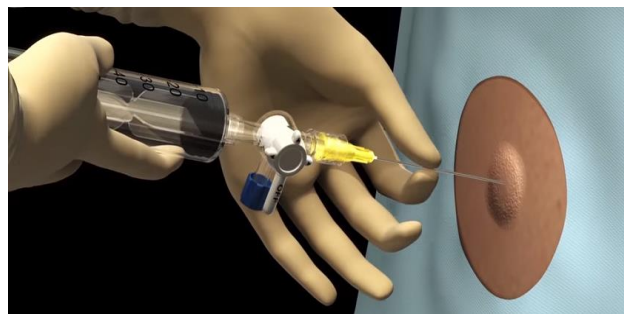


Hình 9. *Tê dưới da bằng dung dịch Lidocain 1%.*

Lưu ý độ dày từ da đến màng phổi và hướng đi của kim chích thuốc tê để ước đoán vị trí và chiều dài trong thành ngực của kim chọc hút.

Bước 6: chọc dò kim vào xoang màng phổi.

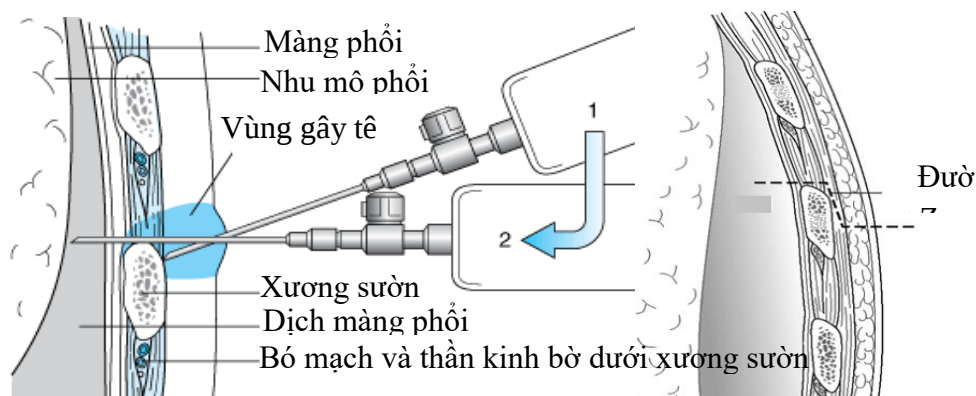
- Nếu chọc tháo dịch bằng kim lớn 18G, nên rạch da bằng dao khoảng 3mm trước.
- Cách cầm kim chọc hút: tay không thuận giữ nhẹ thân kim, tay thuận giữ chặt ống tiêm. Tất cả tạo thành một khối di chuyển cùng nhau hướng vào thành ngực.



Hình 10. *Cách cầm kim chọc hút.*

(Nguồn: Medical Animation - TrinsicAnimation.YouTube.)

- Hướng kim chọc dò trong thành ngực:
 - Không có hướng dẫn của siêu âm: thực hiện kỹ thuật “đường Z” nhằm hạn chế rò dịch màng phổi theo đường kim.



Hình 11. Kỹ thuật “Đường Z”

Trái: Hướng kim từ da vào xương sườn (1). Sau đó, chỉnh hướng kim chéo lên, trượt trên bờ trên xương sườn dưới (2) hướng vào màng phổi.

Phải: Sau khi rút kim, hướng kim đi sẽ tạo thành “đường Z” trong thành ngực.

- Dưới hướng dẫn của siêu âm:

- Đối với những trường hợp tràn dịch màng phổi lượng ít, bệnh nhân không hợp tác (hôn mê, lớn tuổi,...) cần chọc hút dịch màng phổi để xét nghiệm nên thực hiện dưới hướng dẫn của siêu âm.
- Kỹ thuật “đường Z” được thực hiện bằng cách hướng đường kim đi chéo trong thành ngực dưới hướng dẫn của siêu âm. Hướng kim vẫn đi trên bờ trên xương sườn dưới.



Hình 12. Chọc hút dịch màng phổi dưới hướng dẫn của siêu âm.

Trái: Hướng kim nằm trong mặt phẳng của đầu dò siêu âm.

Phải: Hình ảnh siêu âm cho thấy hướng đi của kim trong thành ngực.

Bước 7: dẫn lưu dịch trong xoang màng phổi.

Sau khi hút đủ lượng dịch cần thiết để làm xét nghiệm, nếu tiếp tục tháo dịch màng phổi để giảm khó thở cho bệnh nhân, chúng ta nối dây dẫn từ chạc ba vào bình kín dung tích 1000 ml. Sau đó, hút dịch vào ống tiêm 10 ml và xoay chạc ba để bơm dịch từ ống tiêm vào bình.



Hình 13. Dẫn lưu dịch màng phổi vào bình kín

Lưu ý:

1. Toàn bộ hệ thống dẫn lưu xoang màng phổi phải kín để tránh khí vào gây ra tràn khí màng phổi.
2. Không được chọc tháo quá 1500 ml dịch màng phổi vì sẽ gây ra tình trạng phù phổi do phổi giãn nở nhanh. Biểu hiện ban đầu là suy hô hấp diễn tiến.

Bước 8: Băng ép vị trí chọc dò.

Rút kim chọc dò khỏi thành ngực nhẹ nhàng. Sát trùng lại và băng ép tại vị trí chọc dò.

VII. XÉT NGHIỆM DỊCH CHỌC HÚT

Soi nhuộm Gram.

Cấy kháng sinh đồ.

Tế bào học:

- Tế bào lạ: tế bào lạ với nhân lớn gợi ý tế bào trung mô tái hoạt và không phải ung thư. Nếu xuất hiện các tế bào ác tính, gợi ý nguyên nhân là ung thư.
- Bạch cầu.
- Hồng cầu.

Hóa sinh:

- Xét nghiệm các chất này trong máu cùng lúc để tính tỉ lệ
 - LDH (Lactate Dehydrogenase)
 - Protein
 - Glucose: bình thường tỉ lệ Glucose dịch/Glucose huyết thanh là 2/3. Nếu Glucose dịch thấp hơn nhiều trong huyết thanh gợi ý viêm khớp dạng thấp (≤ 16 mg/dl) hay viêm mủ màng phổi (< 40 mg/dl).
 - pH: Bình thường $> 7,3$.
- + Nếu pH $< 7,3$ thực hiện thêm khí máu động mạch để so sánh với pH máu.

- + pH = 7,2 - 7,3 gợi ý lao hoặc ung thư.
- + pH < 7,2 gợi ý viêm mủ màng phổi.
- Creatinin: nếu nghi ngờ tăng Urê máu.
- Không cần xét nghiệm chất này trong máu cùng lúc:
 - Triglycerid và nhuộm Sudan: nếu dịch màu trắng đục như sữa trong tràn dịch dưỡng chấp.
 - Amylase: nếu nghi ngờ viêm tụy hoặc rò thực quản.
 - Nồng độ bổ thể C3 và C4, yếu tố dạng thấp (RF – Rheumatoid Factors) và tế bào LE: nếu nghi ngờ viêm khớp dạng thấp.

VIII. NGUYÊN NHÂN

Tràn dịch màng phổi được chia thành dịch thấm và dịch tiết. Tùy theo từng loại tương ứng có các nguyên nhân khác nhau.

Bảng 1. Phân loại tràn dịch màng phổi.

	DỊCH THẤM	DỊCH TIẾT
Cơ chế	Mất cân bằng áp lực thủy tĩnh và áp lực keo.	Mất cân bằng dẫn lưu mạch bạch huyết.
<i>Màu sắc</i>	Vàng trong	Trong hoặc đục
<i>Tỉ trọng</i>	< 1,016	> 1,016
<i>pH</i>	< 7,3	> 7,3
<i>Protein</i>	< 3 g/dl	> 3 g/dl
<i>Protein dịch/huyết thanh</i>	< 0,5	> 0,5
<i>LDH</i>	< 200 UI	> 200 UI
<i>LDH dịch/huyết thanh</i>	< 0,6	> 0,6.
<i>Glucose huyết thanh/ dịch</i>	< 1	> 1
<i>Fibrinogen kết tủa</i>	Không	Có
<i>Bạch cầu</i>	Số lượng tế bào bạch cầu rất thấp với bạch cầu đơn nhân chiếm ưu thế	Số lượng tế bào bạch cầu cao (> 2500/mm ³) với bạch cầu đa nhân hoặc Lympho chiếm ưu thế

Bảng 2. Nguyên nhân thường gặp gây tràn dịch màng phổi dịch thấm.

Nguyên nhân	Protein (g/dl)	LDH (UI)
Suy tim sung huyết	0,6 - 3,8	10 – 190
Thấm phân phúc mạc	< 1,0	< 100
Tắc nghẽn niệu quản	< 1,0	< 175
Hội chứng thận hư	< 1,0	< 100

Lưu ý: trong các nguyên nhân tràn dịch màng phổi dịch thấm, khoảng 20% trường hợp do thuyên tắc phổi và 6% do ung thư.

Bảng 3. Nguyên nhân thường gặp gây tràn dịch màng phổi dịch tiết.

Nguyên nhân	Protein (g/dl)	LDH (UI)
Viêm phổi	1,4 – 6,1	> 400
Lao	> 4,0	< 700
Nấm Blastomyces	4,2 – 6,6	> 225
Nấm Histoplasma	4,1 – 5,7	200 – 425
Hội chứng siêu vi	3,2 – 4,9	LDH dịch/huyết thanh > 0,6
Mycoplasma	1,8 – 4,9	LDH dịch/huyết thanh > 0,6
Ung thư	1,5 – 8,0	300
U trung mô	3,5 – 5,5	36 – 600
Viêm gan	3,0 – 5,0	LDH dịch/huyết thanh > 0,6
Viêm khớp dạng thấp	≤ 7,3	> 1000
Nhồi máu cơ tim	3,7	202
Hội chứng tăng ure máu	2,1 – 6,7	102 - 770

IX. CHĂM SÓC BỆNH NHÂN SAU THỦ THUẬT

Thở Oxy qua canula nếu bệnh nhân có triệu chứng khó thở.

Đối với các trường hợp chọc tháo trên 1000 ml dịch màng phổi, cần gắn Monitor theo dõi sinh hiệu của bệnh nhân (1).

Chụp lại X quang ngực thẳng để kiểm tra lượng dịch còn lại trong xoang màng phổi, có tràn khí màng phổi không.

X. TAI BIẾN - BIẾN CHỨNG

1. Tai biến:

Tràn khí màng phổi (6-19%) do dùng kim lớn hoặc bệnh nhân ho nhiều trong lúc thực hiện thủ thuật.

Chảy máu (2%) (do rách nhu mô phổi, bó mạch dưới xương sườn,...), tuy nhiên, phải mở ngực cầm máu nếu không thể kiểm soát chảy máu sau 30 - 60 phút.

2. Biến chứng:

- Phù phổi sau chọc tháo nhiều dịch màng phổi 1000 - 1500ml, đặc biệt trong 24 giờ đầu và những trường hợp xẹp phổi kéo dài trên 7 ngày.
- Nhiễm trùng da tại vị trí chọc dò.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Zuber TJM, E. J (2004) Thoracentesis. Atlas of Primary Care Procedures 1st - Lippincott Williams & Wilkins, p19-30.
2. Oxford Medical University (2011) Practical Procedures: Seldinger Intercostal Drain Insertion.
3. Leonard Gomella, Steven Haist (2007) Bedside Procedures. Clinician's Pocket Reference - The McGraw-Hill Companies.
4. B. Lokay (2013) Chapter 12: Respiratory System: Anatomy and Physiology, Assesment, Disorders - Ternopil State Medical University I.Ya. Gorbachevskogo.
5. Signe Skovgaard Wiese, Christian Mortensen, Flemming Bendtsen (2011) Few complications after paracentesis in patients with cirrhosis and refractory ascites - Dan Med Bul; 01/2011;58(1):212.