

BỘ Y TẾ

HƯỚNG DẪN
QUY TRÌNH KỸ THUẬT
KHÁM BỆNH, CHỮA BỆNH
CHUYÊN NGÀNH LAO VÀ BỆNH PHỔI

*(Ban hành kèm theo Quyết định số 1918/QĐ-BYT ngày 04 tháng 6 năm 2012
của Bộ trưởng Bộ Y tế)*

NHÀ XUẤT BẢN Y HỌC
Hà Nội - 2012

QUYẾT ĐỊNH

Về việc ban hành Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật Khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành lao và bệnh phổi

BỘ TRƯỞNG BỘ Y TẾ

Căn cứ Nghị định số 188/2007/NĐ-CP ngày 27 tháng 12 năm 2007 và Nghị định số 22/2010/NĐ-CP ngày 09/3/2010 của Chính phủ quy định chức năng, nhiệm vụ, quyền hạn và cơ cấu tổ chức của Bộ Y tế;

Căn cứ Biên bản họp ngày 19 - 20/7/2011 của Hội đồng nghiệm thu Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật Khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành Lao và Bệnh phổi của Bộ Y tế;

Theo đề nghị của Cục trưởng Cục Quản lý Khám, chữa bệnh - Bộ Y tế,

QUYẾT ĐỊNH

Điều 1. Ban hành kèm theo Quyết định này 42 Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên khoa lao thuộc chuyên ngành lao và bệnh phổi.

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

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

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

KT. BỘ TRƯỞNG

THỨ TRƯỞNG

Đã ký

Nguyễn Thị Xuyên

Nơi nhận:

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

LỜI NÓI ĐẦU

Bộ Y tế đã xây dựng và ban hành Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật bệnh viện tập I (năm 1999), tập II (năm 2000) và tập III (năm 2005), các quy trình kỹ thuật đó là quy chuẩn về quy trình thực hiện các kỹ thuật trong khám, chữa bệnh.

Tuy nhiên, trong những năm gần đây khoa học công nghệ trên thế giới phát triển rất mạnh, trong đó có các kỹ thuật công nghệ phục vụ cho ngành y tế trong việc khám bệnh, điều trị, theo dõi và chăm sóc người bệnh. Nhiều kỹ thuật, phương pháp trong khám bệnh, chữa bệnh đã được cải tiến, phát minh, nhiều quy trình kỹ thuật chuyên môn trong khám bệnh, chữa bệnh đã có những thay đổi về mặt nhận thức cũng như về mặt kỹ thuật.

Nhằm cập nhật, bổ sung và chuẩn hóa các tiến bộ mới về số lượng và chất lượng kỹ thuật trong khám bệnh, chữa bệnh, Bộ trưởng Bộ Y tế đã thành lập Ban Chỉ đạo xây dựng quy trình kỹ thuật trong khám bệnh, chữa bệnh do Lãnh đạo Bộ Y tế làm Trưởng ban. Trên cơ sở đó Bộ Y tế có các Quyết định thành lập các Hội đồng biên soạn Quy trình kỹ thuật trong khám, chữa bệnh theo các chuyên khoa, chuyên ngành mà Chủ tịch Hội đồng là Giám đốc các Bệnh viện chuyên khoa, đa khoa hoặc các chuyên gia hàng đầu của Việt Nam. Các Hội đồng phân công các Giáo sư, Phó Giáo sư, Tiến sĩ, Bác sĩ chuyên khoa theo chuyên khoa sâu biên soạn các nhóm quy trình kỹ thuật. Mỗi quy trình kỹ thuật đều được tham khảo các tài liệu trong nước, nước ngoài và chia sẻ kinh nghiệm của các đồng nghiệp thuộc chuyên khoa, chuyên ngành. Việc hoàn chỉnh mỗi quy trình kỹ thuật cũng tuân theo quy trình chặt chẽ bởi các Hội đồng khoa học cấp bệnh viện và các Hội đồng nghiệm thu của chuyên khoa đó do Bộ Y tế thành lập. Mỗi quy trình kỹ thuật trong khám bệnh, chữa bệnh đảm bảo được nguyên tắc ngắn gọn, đầy đủ, khoa học và theo một thể thức hống nhất.

Quy trình kỹ thuật trong khám bệnh, chữa bệnh là tài liệu hướng dẫn chuyên môn kỹ thuật, là cơ sở pháp lý để thực hiện tại các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh trong toàn quốc được phép thực hiện kỹ thuật đã được cấp có thẩm quyền phê duyệt theo quy định của Luật Khám bệnh, chữa bệnh đồng thời cũng là cơ sở để xây dựng giá dịch vụ kỹ thuật, phân loại phẫu thuật, thủ thuật và những nội dung liên quan khác. Do số lượng danh mục kỹ thuật trong khám bệnh, chữa bệnh rất lớn mà mỗi quy trình kỹ thuật trong khám, chữa bệnh từ khi biên soạn đến khi Quyết định ban hành chứa đựng nhiều yếu tố, điều kiện nghiêm ngặt nên trong một thời gian ngắn không thể xây dựng, biên soạn và ban hành đầy đủ các quy trình thuật. Bộ Y tế sẽ Quyết định ban hành những quy trình kỹ thuật trong khám bệnh, chữa bệnh cơ bản, phổ biến theo từng chuyên khoa, chuyên ngành và tiếp tục ban hành bổ sung những quy trình kỹ thuật đối với mỗi chuyên khoa, chuyên ngành nhằm đảm bảo sự đầy đủ theo Danh mục kỹ thuật trong khám bệnh, chữa bệnh.

Để giúp hoàn thành các quy trình kỹ thuật này, Bộ Y tế trân trọng cảm ơn, biểu dương và ghi nhận sự nỗ lực tổ chức, thực hiện của Lãnh đạo, Chuyên viên Cục Quản lý khám, chữa bệnh, sự đóng góp của Lãnh đạo các Bệnh viện, các Giáo sư, Phó Giáo sư, Tiến sĩ, Bác sĩ chuyên khoa, chuyên ngành là tác giả hoặc là thành viên của các Hội đồng biên soạn, Hội đồng nghiệm thu quy trình kỹ thuật trong khám bệnh, chữa bệnh và các nhà chuyên môn đã tham gia góp ý cho tài liệu.

Trong quá trình biên tập, in ấn tài liệu khó có thể tránh được các sai sót, Bộ Y tế mong nhận được sự góp ý gửi về Cục Quản lý Khám, chữa bệnh - Bộ Y tế, 138A - Giảng Võ - Ba Đình - Hà Nội. /.

Thủ trưởng Bộ Y tế

Trưởng Ban chỉ đạo

PGS.TS. Nguyễn Thị Xuyên

BAN BIÊN TẬP

Chủ biên

PGS. TS. Nguyễn Thị Xuyên, Thứ trưởng Bộ Y tế

Đồng chủ biên

PGS.TS. Lương Ngọc Khuê, Cục trưởng Cục Quản lý khám, chữa bệnh

PGS. TS. Đinh Ngọc Sỹ, Giám đốc Bệnh viện Mắt Trung ương

Ban thư ký

ThS. Nguyễn Đức Tiến, Trưởng phòng Nghiệp vụ Pháp chế, Cục Quản lý khám, chữa bệnh

ThS. Phạm Thị Kim Cúc, Chuyên viên phòng Nghiệp vụ Pháp chế, Cục Quản lý khám, chữa bệnh

ThS. Phạm Tiến Thịnh, Trưởng phòng Kế hoạch tổng hợp, Bệnh viện Phổi Trung ương.

ThS. Vũ Đỗ, Phó Trưởng khoa Bệnh màng phổi, Bệnh viện Phổi Trung ương

BAN SOẠN THẢO

Hội đồng biên soạn, Hội đồng nghiệm thu

GS.TS. Nguyễn Việt Cồ, Ủy viên Ban chấp hành Hội Lao và Bệnh phổi Việt Nam, Nguyên Giám đốc Bệnh viện Lao và Bệnh Phổi Trung ương

TS. Nguyễn Huy Quang, Vụ Trưởng Vụ Pháp chế

TS. Trần Quý Tường, Phó Cục trưởng Cục Quản lý khám, chữa bệnh

TS. Nguyễn Hoàng Long, Phó Vụ Trưởng Kế hoạch - Tài chính

ThS. Nguyễn Trọng Khoa, Phó Cục trưởng Cục Quản lý khám, chữa bệnh

PGS. TS. Trần Duy Anh, Giám đốc Bệnh viện Trung ương Quân đội 108, Trưởng Bộ môn Gây mê - Hồi sức

PGS.TS. Ngô Quý Châu, Phó Giám đốc Bệnh viện Bạch Mai

PGS.TS. Nguyễn Chi Lăng, Phó Giám đốc Bệnh viện Phổi Trung ương

PGS.TS. Phạm Hòa Bình, Phó Giám đốc Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

PGS.TS. Đỗ Quyết, Phó Giám đốc Bệnh viện Quân Y 103

PGS.TS. Trần Văn Ngọc, Trưởng khoa Hô hấp, Bệnh viện Chợ Rẫy

PGS.TS. Tạ Văn Tờ, Trưởng Khoa Giải phẫu bệnh tế bào, Bệnh viện K

TS. Ngô Văn Toàn, Trưởng khoa Chấn thương chỉnh hình, Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

TS. Hoàng Đình Chân, Trưởng khoa Ngoại lồng ngực, Bệnh viện K

TS. Nguyễn Văn Hưng, Trưởng khoa Vi sinh, Bệnh viện Phổi Trung ương

ThS. Đào Thị Bích Vân, Trưởng khoa Phục hồi chức năng, Bệnh viện Phổi Trung ương

BSCKII. Tạ Chi Phương, Trưởng khoa Ung bướu, Bệnh viện Phổi Trung ương

THAM GIA BIÊN SOẠN

BSCKI. Đàm Tọa, Trưởng khoa Phẫu thuật và chỉnh hình xương, Bệnh viện Phổi Trung ương

MỤC LỤC

<i>Lời nói đầu</i>	5
1 Phẫu thuật giải ép tủy trong lao cột sống cổ	11
2 Phẫu thuật giải ép tủy trong lao cột sống ngực	15
3 Phẫu thuật giải ép tủy trong lao cột sống lưng - thắt lưng	19
4 Phẫu thuật lao cột sống thắt lưng - cùng	22
5 Phẫu thuật chỉnh hình lao cột sống cổ có ghép xương tự thân	25
6 Phẫu thuật chỉnh hình lao cột sống cổ có ghép xương và nẹp vít phía trước	28
7 Phẫu thuật chỉnh hình cột sống có đặt lồng Titan và nẹp vít	31
8 Phẫu thuật đặt lại khớp háng tư thế xấu do lao	35
9 Phẫu thuật thay khớp háng do lao	38
10 Phẫu thuật chỉnh hình khớp gối do lao	41
11 Phẫu thuật thay khớp gối do lao	44
12 Phẫu thuật nạo viêm lao thành ngực	47
13 Phẫu thuật nạo viêm lao khớp ức sườn, khớp ức đòn	50
14 Phẫu thuật nạo viêm lao khớp vai	52
15 Phẫu thuật nạo viêm lao khớp khuỷu	55
16 Phẫu thuật nạo viêm lao khớp cổ - bàn tay	58
17 Phẫu thuật nạo viêm lao xương cánh tay	61
18 Phẫu thuật nạo viêm lao xương cẳng tay	64
19 Phẫu thuật nạo viêm lao xương đốt bàn, ngón tay	67
20 Phẫu thuật nạo viêm lao khớp cùng chậu	69
21 Phẫu thuật nạo viêm lao xương chậu	72
22 Phẫu thuật nạo viêm lao khớp háng	75
23 Phẫu thuật nạo viêm lao khớp gối	78
24 Phẫu thuật nạo viêm lao khớp cổ bàn chân	81
25 Phẫu thuật nạo viêm lao xương đùi	84

26	Phẫu thuật nạo viêm lao xương cẳng chân	87
27	Phẫu thuật nạo viêm lao xương bàn - ngón chân	90
28	Phẫu thuật dẫn lưu áp xe lạnh thất lưng do lao	92
29	Phẫu thuật dẫn lưu áp xe lạnh hố chậu do lao	95
30	Bơm rửa ổ lao khớp	98
31	Phẫu thuật lấy hạch mạc treo trong ổ bụng	100
32	Phẫu thuật bóc tách, cắt bỏ hạch lao to vùng cổ	102
33	Phẫu thuật bóc tách, cắt bỏ hạch lao to vùng nách	104
34	Phẫu thuật bóc tách, cắt bỏ hạch lao to vùng bẹn	106
35	Phẫu thuật chỉnh hình cắt bỏ sẹo xấu do lao hạch cổ	108
36	Phẫu thuật chỉnh hình cắt bỏ sẹo xấu do lao thành ngực	110
37	Phẫu thuật chỉnh hình cắt bỏ sẹo xấu các khớp ngoại biên	112
38	Sinh thiết hạch cổ	114
39	Chọc hút kim nhỏ chẩn đoán tế bào hạch ngoại vi	116
40	Phẫu thuật nạo rò hạch lao vùng cổ	118
41	Phẫu thuật nạo rò hạch lao vùng nách	120
42	Phẫu thuật nạo rò hạch lao vùng bẹn	122

PHẪU THUẬT GIẢI ÉP TỦY TRONG LAO CỘT SỐNG CỔ

I. ĐẠI CƯƠNG

Đây là kỹ thuật vào cột sống cổ bằng đường mổ phía trước để tìm, nạo vét lấy bỏ tổn thương lao, giải ép tủy sống và rễ thần kinh bị chèn ép.

Phẫu thuật này áp dụng cho các đối tượng người bệnh có một hoặc nhiều các yếu tố sau: thể trạng yếu, người cao tuổi, trẻ nhỏ tuổi, tổn thương lao phổi hợp, nhất là lao phổi chưa điều trị ổn định, lao/HIV, phụ nữ mang thai, hoặc qua khám lâm sàng, Xquang (chụp cắt lớp vi tính, cộng hưởng từ) được đánh giá là không có mất vững cột sống, người bệnh không có điều kiện hoặc từ chối ghép xương, nẹp vít. Phẫu thuật cần phối hợp với điều trị nội khoa bằng thuốc chống lao đầy đủ.

II. CHỈ ĐỊNH

- Tổn thương lao cột sống cổ có chèn ép tủy (bởi áp xe, xương chết...) gây liệt hoàn toàn hoặc không hoàn toàn tứ chi.
- Tổn thương lao cột sống cổ không gây liệt nhưng áp xe lạnh lớn gây chèn ép thực quản và đường thở.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Người bệnh có các rối loạn về hô hấp, tim mạch cấp, rối loạn chức năng đông máu, chảy máu, có các bệnh mạn tính kèm theo như suy tim, suy gan, suy thận.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- Phẫu thuật viên nắm vững kỹ thuật mổ cột sống, xử lý tai biến trong và sau phẫu thuật.
- Gây mê viên: gây mê nội khí quản có kinh nghiệm, tránh di lệch thứ phát cột sống cổ khi đặt ống nội khí quản, theo dõi chặt chẽ, tử mĩ người bệnh trong và sau phẫu thuật.

2. Dụng cụ

Bộ dụng cụ phẫu thuật chung.

3. Người bệnh

– Được giải thích kỹ về cuộc phẫu thuật và tình hình bệnh tật, khả năng hồi phục tổn thương.

4. Hồ sơ bệnh án

– Đầy đủ theo qui định, thủ tục hành chính, giấy cam đoan chấp nhận phẫu thuật, thủ thuật và gây mê hồi sức.

– Nhận xét trước mổ về tình trạng người bệnh, mức độ ép tủy.

– Các xét nghiệm về máu, nước tiểu, điện tim, siêu âm trong giới hạn cho phép phẫu thuật.

– Xquang cột sống cổ thẳng, nghiêng thường quy và chụp cắt lớp vi tính hoặc chụp cộng hưởng từ cột sống cổ.

+ Xquang phổi thường quy.

+ Điều trị thuốc chống lao trước phẫu thuật ít nhất 2 tuần.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Tư thế

Người bệnh nằm ngửa, có một gối chèn dưới hai vai, mặt quay về phía đối diện với bên cổ định phẫu thuật để vùng mổ được bộc lộ rõ nhất (đường bộc lộ động mạch cảnh). Phẫu thuật viên nên chọn phía bên có ổ áp xe cạnh sống rõ (nếu có) để vào cột sống thuận lợi hơn.

2. Vô cảm

Gây mê nội khí quản.

3. Kỹ thuật

– Sát trùng rộng rãi vùng mổ bằng dung dịch betadine.

– Đường rạch da: có hai cách:

+ Đường rạch ngang theo nếp lằn cổ, đường này có tính thẩm mỹ, hiện được áp dụng nhiều hơn, sau khi qua da phẫu tích tiếp tục dần dần từ nông đến sâu như trong đường rạch dọc.

+ Đường rạch dọc theo bờ trước cơ ức đòn chũm, tùy vị trí tổn thương ở cao hay thấp hoặc vùng cổ giữa mà có đường rạch da ngắn hoặc dài.

– Rạch da: đi sát bờ trước cơ ức - đòn - chũm, đi qua lớp cân cổ nông, tách và kéo nhẹ cơ ức - đòn - chũm ra phía ngoài.

– Đi qua lớp cân giữa cơ ức và các cơ móng.

– Đi vào khoang giữa bên ngoài là trực mạch máu và bên trong là trực hô hấp - tiêu hóa.

- Kéo nhẹ bó cánh ra phía ngoài cùng với cơ ức - đòn - chũm.
- Gập tĩnh mạch giáp trạng giữa, có thể thắt và cắt bỏ tĩnh mạch này.
- Bộc lộ vào mặt trước bên cột sống, chỉ còn một lớp cơ mỏng che phủ (cơ dài cổ), cơ này thường bị đẩy phồng lên khi có ổ áp xe căng.
- Mở rộng bao áp xe bằng dao điện.
- Hút sạch mủ và tổ chức viêm lao.
- Phẫu thuật viên dùng ngón tay thăm dò nhận định tổn thương và các thành phần liên quan, đánh giá mức độ mất vững cột sống nếu có.
- Dùng thìa nạo, nạo sạch ổ tổn thương đốt sống, lấy bỏ các mảnh đĩa đệm, xương chết; thao tác vùng này cần nhẹ nhàng, tinh tế, tránh đụng dập nhiều, tiết kiệm xương; không kỳ vọng lấy hết được mô viêm xung quanh, bởi ngay sau phẫu thuật cần điều trị bằng thuốc chống lao tích cực đúng quy định.
- Lấy tổ chức tổn thương làm xét nghiệm mô bệnh, lấy mủ nuôi cấy tìm vi khuẩn và làm kháng sinh đồ.
- Thăm dò mặt trước, mặt bên tủy sống, kiểm tra tình trạng tủy.
- Sau khi lấy hết tổ chức viêm, xương chết, cần lau rửa ổ lao bằng nước oxy già 10 thể tích nhiều lần, cầm máu kỹ.
- Đặt hai ống dẫn lưu 7-10 ngày để bơm rửa.
- Đóng lại các lớp cân, dưới da, da.
- Bất động 6-8 tuần với bộ nẹp nhựa cố định ngoài cổ (collier).

VI. THEO DÕI VÀ XỬ LÝ TAI BIẾN

1. Theo dõi

- Mạch, huyết áp, nhiệt độ, nhịp thở.
- Chảy máu vùng mổ.
- Bội nhiễm viêm phổi, đặc biệt lưu ý ở người cao tuổi.
- Viêm đường tiết niệu do đặt ống dẫn lưu nước tiểu.
- Loét vùng cùng cụt do tì đè (do bệnh nhân liệt, nằm lâu).
- Thể trạng suy kiệt do bệnh lý kéo dài.

2. Xử lý

- Tụ máu vết mổ: cắt chỉ vết mổ, lấy máu tụ, cầm máu.
- Giảm đau: Perfangan, Ketogesic, ...
- Kháng sinh phù hợp, hút đờm rãi, có thể phải mở khí quản khi cần để làm thông thoáng đường hô hấp.

- Nếu viêm đường tiết niệu (mủ ở đầu ống dẫn lưu nước tiểu): kháng sinh, bơm rửa bàng quang, thay ống dẫn lưu nước tiểu.
- Tăng cường dinh dưỡng và sức đề kháng.
- Xoa bóp cơ thể ở các điểm tê bì, vận động thụ động tứ chi.
- Lưu ý:
 - + Người bệnh sau phẫu thuật cần được bất động tương đối tại giường 6-8 tuần hoặc mang bộ nẹp ngoài cổ bằng nhựa (collier) và cho tập ngồi dậy sớm sau phẫu thuật 2 đến 3 tuần.
 - + Dùng thuốc chống lao đầy đủ theo phác đồ qui định ngay sau khi phẫu thuật.

PHẪU THUẬT GIẢI ÉP TỦY TRONG LAO CỘT SỐNG NGỰC

I. ĐẠI CƯƠNG

– Cột sống ngực có 12 đốt sống, liên quan nhiều đến phổi, màng phổi, trung thất.

– Lao cột sống ngực thường gặp hơn các nơi khác của cột sống.

– Trên lâm sàng ít gặp lao cột sống ngực cao (D1-D4) bị mất vững cột sống, mặc dù có triệu chứng ép tủy; phẫu thuật dẫn lưu áp xe, nạo viêm thân đốt sống đơn thuần hoặc bằng nội soi qua khoang lồng ngực cũng thường đạt hiệu quả tốt.

– Phẫu thuật kết hợp xương, nẹp vít chỉnh hình lao cột sống vùng cổ - ngực là phẫu thuật khó, cần được thực hiện tại các trung tâm chỉnh hình có thiết bị và kinh nghiệm.

– Phẫu thuật chỉnh hình cột sống ngực thấp thuận lợi hơn do có các đường vào rộng rãi:

+ Có thể mở lồng ngực để dọn dẹp ổ lao, ghép xương, đặt nẹp cố định.

+ Có thể tiến hành chỉnh hình cột sống bằng hai đường mổ riêng biệt trong cùng một lần phẫu thuật: mổ phía trước dọn dẹp ổ lao, chỉnh gù, ghép xương, nẹp vít; mổ phía sau cố định cột sống bằng hệ thống nẹp vít qua cuống cung.

+ Hiện nay nhiều phẫu thuật viên có kinh nghiệm tiến hành phẫu thuật loại này bằng một đường mổ phía sau, có thể cắt qua khớp sườn - mỏm ngang để tiến hành giải ép tủy, ghép xương, đặt nẹp phía trước, rồi đặt nẹp vít qua cuống cung phía sau.

– Phẫu thuật giải ép tủy sống phía sau (laminectomie) hiện ít được áp dụng trong điều trị lao cột sống ép tủy.

– Một số trường hợp mũ áp xe do lao cột sống ngực vỡ vào khoang màng phổi (khoảng 10% số ca lao cột sống ngực) gây ra mũ màng phổi, hoặc vỡ vào nhu mô phổi, phẫu thuật không đơn thuần là giải ép tủy mà có thể cần làm thêm phẫu thuật bóc vỏ màng phổi hoặc xử lý ổ tổn thương vỡ vào nhu mô phổi (thường là ổ bã đậu đã được khu trú lại).

– Trên thực tế lâm sàng không ít trường hợp cần cân nhắc về chỉ định phẫu thuật khi áp dụng cho các đối tượng người bệnh có một hoặc nhiều các yếu tố sau: thể trạng yếu, người cao tuổi, trẻ nhỏ tuổi, tổn thương lao phổi hợp, nhất là lao phổi chưa điều trị ổn định, lao/HIV, phụ nữ mang thai, v.v.. hoặc người có hoàn cảnh đặc biệt, không thể lưu giữ lâu ngày tại bệnh viện, với đối tượng này

cần phẫu thuật sớm loại bỏ ổ lao là chính rồi dùng thuốc chống lao đầy đủ, tích cực, đúng quy định.

– Nhân đây cần nói thêm về một nguy cơ có thể gặp là tình trạng kháng thuốc lao của người bệnh, hoặc một số ít người có biểu hiện dị ứng rất nặng với các loại thuốc chống lao hiện có; điều trị gặp nhiều khó khăn, sau phẫu thuật tình trạng rò mủ kéo dài, dai dẳng nhiều năm.

– Mô tả kỹ thuật vào cột sống ngực bằng đường mổ phía trước qua khoang màng phổi để tìm, nạo vét lấy bỏ tổn thương lao, giải phóng tủy sống bị chèn ép.

II. CHỈ ĐỊNH

Tổn thương lao cột sống ngực có áp xe, xương chết, chèn ép tủy, gù nhẹ (sagittal index < 20 độ), không có mất vững cột sống.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Người bệnh có các rối loạn về hô hấp, tim mạch cấp, rối loạn chức năng đông chảy máu, có các bệnh mạn tính kèm theo như suy tim, suy gan, suy thận.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

– Phẫu thuật viên nắm vững kỹ thuật mổ cột sống, mổ lồng ngực, xử lý tai biến trong và sau phẫu thuật.

– Gây mê viên: gây mê nội khí quản có kinh nghiệm, theo dõi chặt chẽ, tỉ mỉ người bệnh trong và sau phẫu thuật.

2. Dụng cụ

Bộ dụng cụ phẫu thuật ngực.

3. Người bệnh

Được giải thích kỹ về cuộc phẫu thuật và tình hình bệnh tật, khả năng hồi phục tổn thương.

4. Hồ sơ bệnh án

– Đầy đủ theo qui định: thủ tục hành chính, giấy cam đoan chấp nhận phẫu thuật, thủ thuật và gây mê hồi sức.

– Ghi nhận xét trước mổ về tình trạng người bệnh, mức độ ép tủy.

– Các xét nghiệm về máu, nước tiểu, điện tim, siêu âm, trong giới hạn cho phép phẫu thuật.

– Xquang cột sống ngực thẳng, nghiêng thường quy và chụp cắt lớp vi tính hoặc chụp cộng hưởng từ cột sống.

- Xquang phổi thường quy.
- Điều trị bằng thuốc chống lao trước phẫu thuật ít nhất 2 tuần.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Tư thế

Người bệnh nằm nghiêng 90 độ, thường là nghiêng phải, có một gối đỡ giữa thành ngực trái và bàn mông để các khe sườn bên mông được giãn ra hơn.

2. Vô cảm

Gây mê nội khí quản.

3. Kỹ thuật

- Sát trùng rộng rãi vùng mổ bằng dung dịch betadine.
- Đường rạch: tùy vị trí tổn thương ở cao hay thấp để có đường vào thích hợp, nếu tổn thương từ D2 đến D6 thì nên vào khoang lồng ngực qua khe sườn 4-5; tổn thương từ D7 đến D11 thì nên qua khe sườn 7-8.
- Rạch da 8-10 cm, song song với kẽ sườn.
- Cắt các cơ bằng dao điện.
- Cắt cơ gian sườn theo đường bờ trên của xương sườn.
- Thận trọng rạch lá thành màng phổi, tránh gây rách nhiều màng phổi tạng, kiểm tra xem phổi có dính vào thành ngực hay không, nếu có cần gỡ dính tỉ mỉ, bộc lộ hoàn toàn và rõ ràng vùng cột sống bị tổn thương - đây là một thì quan trọng cần lưu ý.
- Ban rộng vết mổ bằng Finochietto.
- Vén và đè phổi về phía trung thất trước.
- Kiểm soát tốt tĩnh mạch chủ trên, Azygott khi thao tác ở vùng đỉnh phổi.
- Kiểm tra đánh giá tổn thương ở cột sống, tìm điểm thuận lợi để mở bao áp xe, cố gắng tránh các mạch liên sườn; nếu có chảy máu động mạch liên sườn thì kẹp đốt hoặc khâu buộc lại.
- Hút hết mủ và tổ chức viêm lao, bã đậu, lấy hết các mảnh xương chết, đĩa đệm bị hỏng, nạo sạch lòng ổ, lau rửa bằng nước ô xy già và betadine, cầm máu kỹ vùng mổ.
- Lấy tổ chức tổn thương làm xét nghiệm mô bệnh, lấy mủ nuôi cấy tìm vi khuẩn và làm kháng sinh đồ.
- Đặt hai ống dẫn lưu vào lòng ổ áp xe (ngoài khoang màng phổi) để bơm rửa, khâu phục hồi thành ổ áp xe, để ống dẫn lưu 7-10 ngày.

- Rửa sạch khoang màng phổi bằng nước muối sinh lý.
- Đặt 1 ống dẫn lưu khoang màng phổi, để ống dẫn lưu 1-2 ngày.
- Kiểm tra an toàn vùng phẫu thuật.
- Đóng thành ngực theo các lớp giải phẫu.

VI. THEO DÕI VÀ XỬ LÝ TAI BIẾN

1. Theo dõi (lưu ý đặc biệt với người cao tuổi).

- Mạch, huyết áp, nhiệt độ, nhịp thở.
- Chảy máu vùng mổ.
- Bội nhiễm viêm phổi, viêm đường tiết niệu.
- Loét vùng cụt do tỳ đè (do bệnh nhân liệt, nằm lâu).
- Thể trạng suy kiệt.

2. Xử lý

- Nếu có chảy máu vùng mổ cần mở vết mổ cầm máu.
- Kháng sinh phù hợp chống bội nhiễm viêm phổi, viêm đường tiết niệu, có thể phải bơm rửa bàng quang khi cần.
- Tăng cường dinh dưỡng và sức đề kháng.
- Xoa bóp cơ thể các điểm tỳ đè nhiều, vận động thụ động tứ chi.
- Lưu ý:
 - + Dùng thuốc chống lao đầy đủ theo phác đồ qui định ngay sau khi phẫu thuật.
 - + Bất động tương đối tại giường phẳng cứng 6 đến 8 tuần.

PHẪU THUẬT GIẢI ÉP TỦY TRONG LAO CỘT SỐNG LƯNG - THẮT LƯNG

I. ĐẠI CƯƠNG

Cột sống vùng lưng, thắt lưng có liên quan đến nhiều tạng ở phía trên là lồng ngực và phía dưới là ổ bụng, có cơ hoành bám D11-D12, nên các kỹ thuật can thiệp vào vùng này có một số đặc điểm riêng. Chúng tôi mô tả kỹ thuật mổ cột sống vùng lưng - thắt lưng D12-L1 phía bên trái cột sống để tìm, nạo vét, lấy bỏ tổn thương lao, giải phóng tủy sống bị chèn ép.

Phẫu thuật này áp dụng cho những trường hợp lao cột sống không có sự phá hủy xương nghiêm trọng, không có gù và không có mất vững cột sống. Phẫu thuật cần kết hợp với điều trị nội khoa bằng thuốc chống lao đầy đủ theo quy định.

II. CHỈ ĐỊNH

Tổn thương lao cột sống lưng - thắt lưng có chèn ép tủy (bởi áp xe, xương chết..) gây liệt hoàn toàn hoặc không hoàn toàn hai chi dưới.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Người bệnh có các rối loạn về hô hấp, tim mạch cấp, rối loạn chức năng đông/ chảy máu.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- Phẫu thuật viên nắm vững kỹ thuật mổ cột sống, mổ lồng ngực, bụng, xử lý tai biến trong và sau phẫu thuật.
- Gây mê viên: gây mê nội khí quản có kinh nghiệm, theo dõi chặt chẽ, tỉ mỉ người bệnh trong và sau phẫu thuật.

2. Dụng cụ

Bộ dụng cụ cột sống.

3. Người bệnh

- Được giải thích kỹ về cuộc phẫu thuật và tình hình bệnh tật, khả năng hồi phục tổn thương.

4. Hồ sơ bệnh án

- Đầy đủ theo quy định: thủ tục hành chính, giấy cam đoan chấp nhận phẫu thuật, thủ thuật và gây mê hồi sức.
- Ghi nhận xét trước phẫu thuật về tình trạng người bệnh, mức độ ép tủy, tiên lượng phục hồi chức năng sau phẫu thuật.
- Các xét nghiệm về máu, nước tiểu, điện tim, siêu âm, trong giới hạn cho phép phẫu thuật.
- Xquang cột sống vùng lưng - thắt lưng thẳng, nghiêng thường quy và chụp cắt lớp vi tính hoặc chụp cộng hưởng từ cột sống.
- Xquang phổi thường quy.
- Điều trị bằng thuốc chống lao trước phẫu thuật ít nhất 2 tuần.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Tư thế

Người bệnh nằm nghiêng 90 độ, có một gối đặt giữa thành ngực phải và bàn mổ để các khe sườn bên mổ được giãn ra hơn.

2. Vô cảm

Gây mê nội khí quản.

3. Kỹ thuật

- Sát trùng rộng rãi vùng phẫu thuật bằng dung dịch betadine.
- Đường rạch da là đường cong khoảng 10-12cm, từ đường trắng bên trái kéo lên trên đến dọc theo xương sườn 10, phía sau dừng lại ở cơ cạnh cột sống. Đây là đường thuận lợi để vào trước D12-L1.
- Cắt các cơ bằng dao điện.
- Cắt cơ gian sườn theo đường bờ dưới của xương sườn 10.
- Thận trọng tách lá thành màng phổi ra khỏi thành ngực, tránh gây rách màng phổi thành, đẩy màng phổi và nhu mô phổi ra phía trước.
- Xác định cơ hoành và ranh giới giữa khoang màng phổi với các thành phần dưới hoành.
- Chân cơ hoành được đánh dấu và cắt qua ở phía trước.
- Ban rộng vết mổ bằng Finocietto.
- Tiếp tục bóc tách để đẩy thận ra trước, bộc lộ phần trên cơ thắt lưng chậu và ra sau dùng ngón tay đẩy nhẹ nhàng lá thành màng phổi lên trên để bộc lộ D12-L1.
- Chân cơ hoành ở phía sau cũng được đánh dấu (bằng khâu dính hai mép cơ) và cắt ngang qua 2-3cm để vào cột sống.
- Bộc lộ rõ vùng mổ D12-L1.

- Xác định nhánh động mạch liên sườn 12 và động mạch thân đốt sống L1, thắt và cắt bỏ chúng; thân đốt sống bộc lộ ngay dưới các mạch này.
- Kiểm tra đánh giá tổn thương ở cột sống, tìm điểm thuận lợi để mở vào ổ áp xe.
- Hút hết mủ và tổ chức viêm lao, bã đậu, lấy hết các mảnh xương chết, đĩa đệm bị hỏng, giải ép tủy và rễ thần kinh, nạo sạch lòng ổ, lau rửa bằng nước ô xy già và betadine, cầm máu kỹ vùng mổ.
- Lấy tổ chức tổn thương làm xét nghiệm mô bệnh, lấy mủ làm xét nghiệm vi sinh: nuôi cấy vi khuẩn, kháng sinh đồ.
- Rửa sạch vùng mổ bằng nước muối sinh lý.
- Đặt hai ống dẫn lưu vào vùng mổ (ngoài khoang màng phổi) để bơm rửa, để ống dẫn lưu 7-10 ngày.
- Kiểm tra an toàn vùng phẫu thuật.
- Khâu phục hồi vết mổ theo các lớp giải phẫu.

Lưu ý:

- Nếu có rách màng phổi hoặc điểm khâu phục hồi chân cơ hoành phía sau không được chắc chắn (do cạnh thành ổ áp xe không vững) thì nên đặt một ống dẫn lưu khoang màng phổi, hút áp lực thấp, rút sau 1 đến 2 ngày.
- Các kỹ thuật chỉnh hình: ghép xương, thay thế thân đốt sống, nẹp vít phía trước hoặc nẹp vít cả hai đường trước và sau cho lao cột sống ngực - lưng, trong trường hợp có chỉ định, có thể áp dụng đường mổ này.

VI. THEO DÕI VÀ XỬ LÝ TAI BIẾN

1. Theo dõi: (lưu ý đặc biệt với người cao tuổi).

- Mạch, huyết áp, nhiệt độ, nhịp thở.
- Chảy máu vùng mổ.
- Bội nhiễm viêm phổi, viêm đường tiết niệu.
- Loét vùng cụt do tì đè (do bệnh nhân liệt, nằm lâu).
- Thể trạng suy kiệt.

2. Xử lý

- Nếu có chảy máu: mở vết mổ cầm máu.
- Kháng sinh chống bội nhiễm viêm phổi, viêm đường tiết niệu.
- Tăng cường dinh dưỡng và sức đề kháng.
- Xoa bóp vận động thụ động
- Lưu ý:
 - + Bất động tương đối tại giường phẳng cứng 6 đến 8 tuần
 - + Dùng thuốc chống lao đầy đủ theo phác đồ quy định ngay sau khi phẫu thuật.

PHẪU THUẬT LAO CỘT SỐNG THẮT LƯNG - CÙNG

I. ĐẠI CƯƠNG

Tổn thương lao cột sống vùng thắt lưng - cùng (hay gặp ở L4-5, S1-2) thường có diễn biến phức tạp: hay gặp mảnh xương chết, áp xe lạnh do lao có thể hình thành tại chỗ hoặc len lỏi vào vùng mặt trước xương cùng, vỡ vào bóng trực tràng hoặc áp xe theo bó cơ đai chậu qua bẹn xuống tam giác đùi, mặt trong đùi, cá biệt áp xe lan xuống tận khoeo chân. Để không bỏ sót tổn thương, cần có chụp phim cộng hưởng từ cột sống hoặc khám xét kỹ lưỡng của siêu âm.

II. CHỈ ĐỊNH

Tổn thương lao cột sống thắt lưng - cùng có xương chết, áp xe cần được loại bỏ, phối hợp với điều trị nội khoa, sớm loại bỏ ổ lao, giải quyết triệu chứng sưng đau cho người bệnh.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Người bệnh có các rối loạn về hô hấp, tim mạch cấp, rối loạn chức năng đông/chảy máu, có các bệnh mạn tính kèm theo như suy tim, suy gan, suy thận.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- Phẫu thuật viên nắm vững kỹ thuật mổ cột sống, phẫu thuật bụng, xử lý tai biến trong và sau phẫu thuật.
- Gây mê viên: gây mê nội khí quản có kinh nghiệm, theo dõi chặt chẽ, tỉ mỉ người bệnh trong và sau phẫu thuật.

2. Dụng cụ

Bộ dụng cụ phẫu thuật chung.

3. Người bệnh

- Được giải thích kỹ về cuộc phẫu thuật và tình hình bệnh tật, khả năng hồi phục tổn thương.

4. Hồ sơ bệnh án

- Đầy đủ theo quy định: thủ tục hành chính, giấy cam đoan chấp nhận phẫu thuật, thủ thuật và gây mê hồi sức.

- Ghi nhận xét trước phẫu thuật về tình trạng người bệnh, mức độ tổn thương.
- Các xét nghiệm về máu, nước tiểu, điện tim, siêu âm, trong giới hạn cho phép phẫu thuật.
- Xquang cột sống vùng thắt lưng - cùng thẳng, nghiêng thường quy và chụp cắt lớp vi tính hoặc chụp cộng hưởng từ cột sống.
- Xquang phổi thường quy.
- Điều trị bằng thuốc chống lao trước phẫu thuật ít nhất 2 tuần.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Tư thế

Người bệnh nằm ngửa, tùy vị trí nơi tổn thương mà có thể kê thêm một gối độn ở phía dưới để bộc lộ vùng mổ được rõ ràng nhất.

2. Vô cảm

Gây mê nội khí quản.

3. Kỹ thuật

- Sát trùng vùng phẫu thuật bằng dung dịch betadine.
- Đường rạch: rạch da 6-8 cm, song song với cung đùi, cách cung đùi khoảng 4 cm, phía sau cách gai chậu trước trên 3 cm.
- Lần lượt rạch cân cơ chéo lớn, cắt ngang qua cơ chéo bé, cắt ngang qua cơ ngang bụng.
- Tách và đẩy phúc mạc nhẹ nhàng vào phía trong, không để rách phúc mạc, nếu rách thì cần khâu lại ngay.
- Dùng van kéo các thành phần của bụng và phúc mạc vào phía trong.
- Bộc lộ cơ đái chậu, lưu ý mạch chậu gốc, niệu quản.
- Thông thường khối áp xe có thể nhận biết bằng mắt thường hoặc bằng tay, bằng kim chọc dò.
- Bộc lộ rõ ổ áp xe, mở bao áp xe bằng dao điện hoặc bằng kẹp phẫu tích.
- Vào thân đốt sống tổn thương.
- Bằng cách này có thể kiểm soát các đốt sống từ L4-5 đến S1-2, chú ý không xâm phạm vào các rễ thần kinh và các tạng liên quan.
- Nên tôn trọng tổ chức xương lành, không lạm dụng lấy đi nhiều xương, tạo khoảng trống lớn, vùng này khó khấn cho chỉnh hình sau khi đã điều trị lao.

- Hút hết mủ và tổ chức viêm lao, bã đậu, lấy hết các mảnh xương chết, đĩa đệm bị hỏng, nạo sạch lòng ổ, lau rửa bằng nước ô xy già và betadine, cầm máu kỹ vùng mổ.

- Lấy tổ chức tổn thương làm xét nghiệm mô bệnh, lấy mủ nuôi cấy tìm vi khuẩn và làm kháng sinh đồ.

- Đặt hai ống dẫn lưu vào lòng ổ áp xe để bơm rửa, để ống dẫn lưu 7-10 ngày.

- Kiểm tra an toàn vùng phẫu thuật.

- Đóng vết mổ theo các lớp giải phẫu.

VI. THEO DÕI VÀ XỬ LÝ TAI BIẾN

1. Theo dõi (lưu ý đặc biệt với người cao tuổi).

- Mạch, huyết áp, nhiệt độ, nhịp thở.

- Chảy máu vùng mổ.

- Bội nhiễm viêm phổi, viêm đường tiết niệu.

- Thể trạng suy kiệt.

2. Xử lý

- Nếu có chảy máu: mở vết mổ cầm máu.

- Kháng sinh chống bội nhiễm.

- Tăng cường dinh dưỡng và sức đề kháng.

- Xoa bóp, vận động thụ động.

- Lưu ý:

- + Bất động tương đối tại giường phẳng cứng 6 đến 8 tuần.

- + Dùng thuốc chống lao đầy đủ theo phác đồ quy định ngay sau khi phẫu thuật.

PHẪU THUẬT CHỈNH HÌNH LAO CỘT SỐNG CỔ CÓ GHÉP XƯƠNG TỰ THÂN

I. ĐẠI CƯƠNG

Là kỹ thuật vào cột sống cổ bằng đường mổ phía trước để nạo vét tổn thương lao, chỉnh hình cột sống có ghép xương tự thân của người bệnh.

Về mặt kỹ thuật, đây là một thì của phẫu thuật ghép xương và đặt nẹp vít cột sống, điểm khác nhau là chỉ định nẹp vít khi có tổn thương xương nhiều và có mất vững cột sống; mặt khác chỉ định nẹp vít ở cột sống cổ cần được làm ở nơi có đầy đủ trang thiết bị phẫu thuật chỉnh hình, máy C-arm. Phẫu thuật cần kết hợp với điều trị nội khoa bằng thuốc chống lao đầy đủ, đúng quy định.

II. CHỈ ĐỊNH

Tổn thương lao cột sống cổ có hủy xương ít, cột sống cổ còn vững.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Người bệnh có các rối loạn về hô hấp, thân nhiệt, mạch nguy cấp, rối loạn chức năng đông chảy máu, có các bệnh mạn tính kèm theo như suy tim, suy gan, suy thận.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

– Phẫu thuật viên nắm vững kỹ thuật giải ép tủy trong lao cột sống, cách ghép xương và xử lý tai biến trong, sau phẫu thuật.

– Bác sĩ gây mê: gây mê nội khí quản, theo dõi chặt chẽ tử mĩ người bệnh trong và sau phẫu thuật.

2. Dụng cụ

Bộ dụng cụ phẫu thuật cột sống, C-arm, khoan mài, kính vi phẫu rất hữu ích cho phẫu thuật viên.

3. Người bệnh

– Được giải thích kỹ về cuộc phẫu thuật và tình hình bệnh tật nhất là có thể liệt tủy.

4. Hồ sơ bệnh án

- Đầy đủ theo qui định: thủ tục hành chính, giấy cam đoan chấp nhận phẫu thuật, thủ thuật và gây mê hồi sức.
- Ghi nhận xét trước phẫu thuật về tình trạng người bệnh, mức độ ép tủy, tiên lượng hồi phục sau phẫu thuật.
- Các xét nghiệm về máu, nước tiểu, điện tim, siêu âm, trong giới hạn cho phép phẫu thuật.
- Xquang cột sống thường quy thẳng nghiêng, chụp cắt lớp vi tính và chụp cộng hưởng từ cột sống cổ rất cần thiết cho đánh giá tổn thương xương, tủy và phần mềm quanh tủy.
- Xquang phổi thường quy xem có lao phổi phối hợp hay không.
- Điều trị bằng thuốc chống lao trước phẫu thuật ít nhất 2 tuần.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Tư thế

Người bệnh nằm ngửa, có một gối chèn dưới hai vai, mặt quay về phía đối diện với bên cổ dự định phẫu thuật và ưỡn nhẹ cột sống để cơ ức - đòn - chũm căng hơn.

2. Vô cảm

Gây mê nội khí quản.

3. Kỹ thuật

- Sát trùng vùng phẫu thuật bằng dung dịch betadine.
- Đường rạch: rạch da 6-8cm theo nếp lằn cổ, đi qua lớp cân cổ nông, tách và kéo nhẹ cơ ức - đòn - chũm ra phía ngoài.
- Đi qua lớp cân giữa cơ ức và các cơ móng.
- Đi vào khoang giữa bên ngoài là trực mạch máu và bên trong là trực hô hấp - tiêu hóa.
- Kéo nhẹ bó cảnh ra phía ngoài cùng với cơ ức - đòn - chũm.
- Gập tĩnh mạch giáp trạng giữa, có thể thắt và cắt bỏ tĩnh mạch này.
- Bộc lộ vào mặt trước bên cột sống, chỉ còn một lớp cơ mỏng che phủ (cơ dài cổ), tách qua cơ này, bộc lộ thân đốt sống bị tổn thương.

Lấy hết tổn thương lao, đĩa đệm bị hủy, nạo thân đốt sống bằng thìa nạo đến tổ chức xương lành, cố gắng bảo tồn dây chằng đốt sống chung trước, sửa sang phần hóc xương được lấy đi một cách khéo léo sao cho khi đặt miếng xương ghép được thuận lợi và chắc chắn.

- Làm sạch ổ nhiều lần bằng nước ô xy già và nước muối sinh lý.
- Ghép xương: xương ghép được lấy từ mào chậu, gọt rửa cho vừa kích thước của phần xương bị mất, trám vào một cách kỹ thuật sao cho mặt ghép tiếp xúc tốt với xương lành trên và dưới, nên để phía ba vỏ xương ra phía sau.
- Khâu dính phần cơ dài cổ phủ lên thân đốt sống vừa được trám xương.
- Kiểm tra an toàn vùng phẫu thuật.
- Đặt một dẫn lưu tránh máu tụ, rút sau 1 ngày.
- Đóng vết mổ theo các lớp giải phẫu.
- Bất động cột sống cổ với nẹp nhựa ngoài cổ (collier) từ 6 đến 8 tuần.

VI. THEO DÕI VÀ XỬ LÝ TAI BIẾN

1. Theo dõi

Mạch, huyết áp, nhiệt độ, nhịp thở,

2. Xử lý

- Thuốc giảm đau.
- Kháng sinh chống bội nhiễm 7-10 ngày.
- Xoa bóp và vận động thụ động.
- Lưu ý: dùng thuốc chống lao đầy đủ theo phác đồ quy định ngay sau khi phẫu thuật,

PHẪU THUẬT CHỈNH HÌNH LAO CỘT SỐNG CỔ CÓ GHÉP XƯƠNG VÀ NẸP VÍT PHÍA TRƯỚC

I. ĐẠI CƯƠNG

Là kỹ thuật vào cột sống cổ bằng đường mổ phía trước để lấy bỏ thương tổn lao, giải ép tủy sống, chỉnh hình cột sống, ghép xương tự thân hoặc xương đồng loại và cố định cột sống bằng nẹp vít phía trước. Phẫu thuật cần phối hợp với điều trị nội khoa bằng thuốc chống lao đầy đủ theo quy định.

II. CHỈ ĐỊNH

Lao cột sống cổ, có áp xe, ép tủy, biến dạng gù, tổn thương thần đốt nghiêm trọng gây mất vững cột sống.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Người bệnh có các rối loạn về hô hấp, thân nhiệt, mạch nguy cấp, rối loạn chức năng đông/ chảy máu, suy tim, suy gan, suy thận.

Không đủ điều kiện trang bị kỹ thuật cần thiết như máy thở, dụng cụ phẫu thuật cột sống cổ.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

– Phẫu thuật viên nắm vững kỹ thuật giải ép tủy, rỗng thân kinh trong lao cột sống cổ, kết hợp xương đường trước, ghép xương, xử lý tai biến trong và sau phẫu thuật.

– Bác sĩ gây mê: gây mê nội khí quản, theo dõi chặt chẽ tử mĩ người bệnh trong và sau phẫu thuật.

2. Dụng cụ

– Bộ dụng cụ phẫu thuật cột sống, kết hợp xương, kerrison các cỡ từ 1 đến 5mm, ống hút nhỏ, xương tự thân hoặc xương đồng loại, C-arm, kính vi phẫu nếu có thì rất hữu ích.

3. Người bệnh

– Được giải thích kỹ về cuộc phẫu thuật và tình hình bệnh tật nhất là có thể liệt tủy.

4. Hồ sơ bệnh án

- Đầy đủ theo qui định: thủ tục hành chính, giấy cam đoan chấp nhận phẫu thuật, thủ thuật và gây mê hồi sức.
- Ghi nhận xét về tình trạng người bệnh, mức độ ép tủy, tiên lượng sau phẫu thuật.
- Các xét nghiệm về máu, nước tiểu, điện tim, siêu âm, trong giới hạn cho phép phẫu thuật.
- Xquang cột sống cổ thẳng nghiêng thường quy, chụp cắt lớp vi tính và chụp cộng hưởng từ cột sống cổ.
- Xquang phổi thường quy.
- Điều trị bằng thuốc chống lao trước phẫu thuật ít nhất 2 tuần.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Tư thế

Người bệnh nằm ngửa, có một gối chèn dưới hai vai, mặt quay về phía đối diện với bên cổ định phẫu thuật để vùng mổ được bộc lộ rõ nhất (đường bộc lộ động mạch cảnh).

2. Vô cảm

Gây mê nội khí quản qua đường mũi.

3. Kỹ thuật

- Sát trùng vùng phẫu thuật bằng dung dịch betadine.
- Đường rạch: có thể đi sát bờ trước cơ ức đòn chũm, từ xương ức, tới góc hàm. Hiện nay ưa dùng hơn là đường rạch da theo nếp lằn cổ 6 đến 8cm.
- Rạch cân cổ nông theo đường bờ trước cơ ức - đòn - chũm. Lách đi vào trong cơ ức - đòn - chũm và bên khí quản, có thể thắt cắt tĩnh mạch cổ trước hoặc một nhánh.
- Tới bó mạch cảnh, đẩy bó mạch ra ngoài cùng với cơ ức - đòn - chũm và đi vào trong là mặt trước của các thân đốt sống, chỉ còn một lớp cơ mỏng che phủ mặt trước đốt sống (cơ dài cổ), cơ này thường bị đẩy phồng lên khi có ổ áp xe căng.
- Mở rộng bao áp xe bằng dao điện.
- Hút sạch mủ và tổ chức viêm lao, lấy hết mảnh đĩa đệm, xương chết.
- Thăm dò, nhận định tổn thương, đánh giá độ mất vững cột sống.
- Nạo sạch lòng ổ tổn thương, bộc lộ đến mặt trước tủy sống.

- Tạo hố mộng đến xương xấp với mục đích khi đặt miếng ghép vào được chắc chắn.
- Cầm máu kỹ vùng mổ.
- Rửa vùng mổ nhiều lần bằng nước ô xy già, betadine.
- Đặt lại xương thẳng trục.
- Ghép xương: xương ghép được lấy từ mào chậu, gọt rũa cho vừa kích thước của phần xương bị mất, trám vào một cách kỹ thuật sao cho mặt ghép tiếp xúc tốt với xương lành trên và dưới, nên để phía ba vỏ xương ra phía sau.
- Có thể dùng lồng titan hoặc một miếng cage thích hợp có nhồi xương đồng loại để ghép, thay thế đoạn đốt sống bị lấy đi.
- Kết hợp xương bằng nẹp vít phía trước để cố định các thân đốt sống cổ lành phía trên và dưới.
- Kiểm tra an toàn vùng phẫu thuật.
- Đặt dẫn lưu vùng mổ.
- Đóng vết mổ theo các lớp giải phẫu.
- Bất động với bộ nẹp nhựa ngoài cổ (collier) cố định từ 3 đến 4 tuần.

VI. THEO DÕI VÀ XỬ LÝ TAI BIẾN

1. Theo dõi

- Mạch, huyết áp, nhiệt độ, nhịp thở.
- Chảy máu vùng mổ.

2. Xử lý

- Tụ máu: cắt chỉ lấy máu tụ.
- Khó thở, đờm rãi khò khè nếu cần thì mở khí quản, đảm bảo thông khí.
- Thuốc giảm đau.
- Kháng sinh chống bội nhiễm 7-10 ngày.
- Chống suy kiệt, tăng cường dinh dưỡng và sức đề kháng.
- Săn sóc chống loét vùng cùng cụt nếu có.
- Xoa bóp và vận động thụ động.
- Lưu ý: dùng thuốc chống lao đầy đủ theo phác đồ quy định ngay sau khi phẫu thuật.

PHẪU THUẬT CHỈNH HÌNH CỘT SỐNG CÓ ĐẶT LỒNG TITAN VÀ NẸP VÍT

I. ĐẠI CƯƠNG

Là kỹ thuật được áp dụng trong điều trị lao cột sống có phá hủy xương nghiêm trọng, mất vững cột sống; phần thân đốt bị hủy được thay thế bằng lồng titan có nhồi ghép xương tự thân hoặc xương đồng loại và cố định bên trong cột sống bằng hệ thống nẹp vít phía trước hoặc phía sau, hoặc cả hai đường trước và sau.

Áp dụng kỹ thuật này cho vùng cột sống cổ ngực được đánh giá là khó, phải được thực hiện bởi các phẫu thuật viên chỉnh hình có kinh nghiệm và có đủ điều kiện trang thiết bị; trên thực tế lao cột sống cổ - ngực cũng ít gặp và ít thấy mất vững cột sống hơn các vùng khác của cột sống. Phẫu thuật cần kết hợp với điều trị nội khoa bằng thuốc chống lao đầy đủ theo quy định.

Ở từng phân đoạn của cột sống có sự thay đổi về kỹ thuật, vật liệu, kích cỡ của lồng titan, nẹp và vít; chúng tôi mô tả kỹ thuật này áp dụng cho tổn thương lao cột sống ngực D9-10.

II. CHỈ ĐỊNH

Tổn thương lao cột sống có hủy xương nhiều, gù cột sống, ép tủy và rễ thần kinh, mất vững cột sống.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Người bệnh có các rối loạn về hô hấp, tim mạch cấp, rối loạn chức năng đông/chảy máu.

Người bệnh có các bệnh mạn tính kèm theo như suy tim, suy gan, suy thận.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

– Phẫu thuật viên nắm vững kỹ thuật mổ cột sống, mổ lồng ngực, bụng, phẫu thuật chỉnh hình, kết hợp xương, xử lý tai biến trong và sau phẫu thuật.

– Gây mê viên: gây mê nội khí quản có kinh nghiệm, theo dõi chặt chẽ, tỉ mỉ người bệnh trong và sau phẫu thuật.

2. Dụng cụ

- Bộ dụng cụ phẫu thuật cột sống.
- Nẹp vít, lồng titan, xương đồng loại.
- Máy Xquang có màn tăng sáng.

3. Người bệnh

– Được giải thích kỹ về cuộc phẫu thuật và tình hình bệnh tật, khả năng hồi phục tổn thương.

4. Hồ sơ bệnh án

– Đầy đủ theo qui định: thủ tục hành chính, giấy cam đoan chấp nhận phẫu thuật, thủ thuật và gây mê hồi sức.

– Ghi nhận xét trước phẫu thuật, đánh giá tình trạng người bệnh, mức độ hủy xương, mức độ mất vững cột sống, mức độ ép tủy, tiên lượng phục hồi chức năng sau phẫu thuật.

– Các xét nghiệm về máu, nước tiểu, điện tim, siêu âm, trong giới hạn cho phép phẫu thuật.

– Xquang cột sống vùng lưng, thất lưng thẳng, nghiêng thường quy và chụp cắt lớp vi tính hoặc chụp cộng hưởng từ cột sống.

– Xquang phổi thường quy xem có tổn thương lao phổi hay không.

– Điều trị bằng thuốc chống lao trước phẫu thuật ít nhất 2 tuần.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

(Mô tả kỹ thuật áp dụng cho người bệnh lao đốt sống ngực D9-10)

1. Tư thế

Người bệnh nằm nghiêng phải 90 độ, cố định người bệnh ở tư thế thẳng trục cột sống.

2. Vô cảm

Gây mê nội khí quản.

3. Kỹ thuật

3.1. Giai đoạn 1

Mở ngực, làm sạch tổn thương, đặt lồng titan.

– Sát trùng vùng phẫu thuật bằng dung dịch betadine.

– Đường rạch: rạch da khoảng 8cm, cắt các cơ bằng dao điện, qua khe sườn 7-8, có thể cắt đoạn sườn 7, giữ lại làm ghép, vào khoang màng phổi phải,

thường có dính màng phổi ít hoặc nhiều, gỡ dính tỉ mỉ, tránh để rách màng phổi tạng, bộc lộ rõ vùng cột sống D9-10 bị lao, lấy hết tổ chức viêm lao ở thân đốt (áp xe, xương chết, mảnh đĩa đệm); nạo sạch đến xương lành.

– Kiểm tra mức độ mất vững cột sống, nắn thử chỉnh gù, nếu hết gù có thể lắp đặt lồng ngay trong thì này; nếu nắn thử mà không hết gù thì tiến hành mổ làm nẹp vít phía sau theo mô tả ở mục b - giai đoạn 2, sau đó quay trở lại tiếp tục làm ở phía trước theo từng bước sau:

– Đục sửa và tạo ổ để lắp đặt lồng titan.

– Kiểm tra vùng trước tủy xem tình trạng tủy sống.

– Đo và dự kiến kích thước lồng titan sẽ đặt thay thế vùng thân đốt.

– Cắt lồng titan theo kích thước đã dự kiến để ghép vừa vào phần thân đốt bị mất.

– Trám xương tự thân của người bệnh (xương sườn hoặc mào chậu) hoặc xương đồng loại vào trong lồng của lồng titan.

– Đặt lồng titan đúng kỹ thuật.

– Tùy thuộc vào đoạn lồng titan dài hay ngắn và sự vững chắc của đoạn lồng sau khi được ghép vào cột sống mà phẫu thuật viên sẽ quyết định có làm nẹp vít phía trước hay không; nếu có, đặt một nẹp phía trước, bắt vít cố định nẹp lên hai đốt sống lành trên và dưới, mục đích chính để giữ cho đoạn ghép không bị di lệch, việc chỉnh gù và cố định cột sống mất vững chủ yếu dựa vào hệ thống nẹp vít cố định từ phía sau qua cuống cung cột sống.

3.2. Giai đoạn 2

Nẹp vít cố định cột sống từ phía sau qua cuống cung cột sống.

– Mở chính giữa sau cột sống D8-11.

– Bộc lộ rõ các cung sau, các mỏm tiếp khớp, các khoang giữa các cung sau từ D8 đến D11.

– Cầm máu kỹ và xác định rõ những cuống sẽ bắt vít ở cả hai bên, có C.arm sẽ thuận lợi rất nhiều cho kỹ thuật.

– Tiến hành khoan và bắt vít thứ tự từng bên, có thể bắt từ 4 đến 6 hoặc 8 vít tùy sự cần thiết, có thể lắp thêm cầu ngang nếu cần.

– Kiểm tra sự hòa hợp, độ vững chắc của cột sống sau khi đã đặt lồng titan ở phía trước và bắt vít ở phía sau.

– Cầm máu kỹ vùng mổ.

– Kiểm tra an toàn vùng phẫu thuật.

– Đặt ống dẫn lưu khoang màng phổi.

– Khâu vết mổ lồng ngực phía trước theo các lớp giải phẫu.

- Đặt ống dẫn lưu vùng mô bất vít phía sau.
- Đóng vết mổ phía sau theo các lớp giải phẫu.
- Lưu ý: với kỹ thuật này, hiện nay nhiều tác giả chủ trương mổ làm nẹp vít chỉnh hình phía sau rồi mới mổ lồng ngực dọn dẹp ổ lao và làm kết hợp xương phía trước; mỗi cách làm có ưu điểm riêng; việc chỉnh gù sẽ thuận lợi hơn khi các tổ chức viêm lao, xương chết, đĩa đệm, mô xơ dính... ở phía trước đã được lấy đi.

VI. THEO DÕI VÀ XỬ LÝ TAI BIẾN

1. Theo dõi

- Mạch, huyết áp, nhiệt độ, nhịp thở.
- Chảy máu vùng mổ.
- Bội nhiễm viêm phổi, viêm đường tiết niệu.

2. Xử lý

- Nếu có chảy máu, cần mổ vết mổ cầm máu.
- Kháng sinh chống viêm phổi, viêm đường tiết niệu.
- Thuốc giảm đau phù hợp, tích cực.
- Tăng cường dinh dưỡng và sức đề kháng.
- Xoa bóp vận động thụ động.

Lưu ý: dùng thuốc chống lao đầy đủ theo đúng phác đồ quy định ngay sau khi phẫu thuật và cho ngồi dậy sớm, tập vận động sau 3 tuần.

PHẪU THUẬT ĐẶT LẠI KHỚP HÁNG TƯ THẾ XẤU DO LAO

I. ĐẠI CƯƠNG

– Khớp háng là một khớp lớn, có áp lực âm cao, chịu lực tì đè nhiều, khi bị tổn thương lao khớp háng, khớp thường nhanh chóng bị hẹp và dính, gập khớp tư thế xấu, người bệnh đau đớn, ngoài ra tổn thương lao khớp cũng hay sinh mủ, mủ hình thành trong khớp, có thể lan xuống đùi tạo thành những bọc mủ lớn nhỏ. Để không bỏ sót tổn thương, cần có phim chụp cộng hưởng từ hoặc khám xét kỹ lưỡng của siêu âm.

+ Lâm sàng: thường bị lao khớp háng một bên, phát hiện và điều trị muộn, hông và đùi thường teo hơn bên lành, gập và khép đùi là chính, có thể có dính gập khớp gối cùng bên kèm theo; ít khi gập biến dạng xoay ngoài; có thể có rò mủ hoặc sẹo nhúm thường ở vùng bẹn đùi hoặc phía sau ngoài mấu chuyển lớn.

+ X quang: ít khi thấy hình ảnh hẹp khe khớp đơn thuần và chỏm xương đùi, ổ khớp còn nguyên vẹn trên phim thường quy, mà thường thấy diện khớp nham nhở, chỏm xương đùi hủy ít hoặc nhiều; phim cắt lớp vi tính cho thấy rõ hơn hình ảnh xương chết, áp xe; phim cộng hưởng từ cho thấy rõ hơn hình ảnh dịch khớp, bao khớp và mô mềm quanh khớp.

– Việc đặt lại khớp háng tư thế xấu do lao nhiều khi rất khó khăn do phần mềm quanh khớp xơ dính; sau khi mở khớp nạo viêm, lấy xương chết nếu có, nạo phần chỏm xương đùi và ổ khớp, đặt lại với dự kiến hàn khớp (arthrodese) sau đó dưới tác dụng của gậy kê kèm giãn cơ kéo nắn chỉnh hình, bó bột chậu - lưng - chân, chỉ có thể cố gắng được chừng nào hay chừng ấy, không cầu toàn.

II. CHỈ ĐỊNH

Tổn thương lao khớp háng đang trong giai đoạn điều trị thuốc chống lao, có biến dạng khớp, người bệnh đau nhiều; phẫu thuật đặt lại tư thế khớp, phối hợp với điều trị nội khoa nhằm giảm thiểu biến chứng và di chứng của bệnh.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Người bệnh có các rối loạn về hô hấp, tim mạch cấp, rối loạn chức năng đông/chảy máu; có các bệnh mạn tính kèm theo như suy tim, suy gan, suy thận.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

– Phẫu thuật viên nắm vững kỹ thuật mổ xương khớp, chỉnh hình, xử lý tai biến trong và sau phẫu thuật.

– Gây mê viên: gây mê có kinh nghiệm, theo dõi chặt chẽ, tỉ mỉ người bệnh trong và sau phẫu thuật.

2. Dụng cụ

Bộ dụng cụ phẫu thuật chung.

3. Người bệnh

Được giải thích kỹ về cuộc phẫu thuật và tình hình bệnh tật, khả năng hồi phục tổn thương.

4. Hồ sơ bệnh án

– Đầy đủ theo qui định: thủ tục hành chính, giấy cam đoan chấp nhận phẫu thuật, thủ thuật và gây mê hồi sức.

– Ghi nhận xét trước phẫu thuật về tình trạng người bệnh, mức độ tổn thương, tiên lượng hồi phục sau phẫu thuật.

– Các xét nghiệm về máu, nước tiểu, điện tim, siêu âm, trong giới hạn cho phép phẫu thuật.

– Xquang khớp háng hai bên thẳng thường quy và chụp cắt lớp vi tính hoặc chụp cộng hưởng từ khớp háng.

– Xquang phổi thường quy.

– Điều trị trước phẫu thuật bằng thuốc chống lao ít nhất 2 tuần.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Tư thế

Người bệnh nằm nghiêng nếu phẫu thuật viên chọn đường bên sau.

2. Vô cảm

Có thể:

– Gây tê tủy sống hoặc gây tê ngoài màng cứng.

– Gây mê nội khí quản kèm giãn cơ khi cần kéo nắn chỉnh hình khớp.

3. Kỹ thuật

– Sát trùng vùng phẫu thuật bằng dung dịch betadine.

– Đường rạch: rạch da 15cm dọc ngoài sát sau mấu chuyển lớn và một phần trên đùi, lên trên, ra sau hướng về phía gai chậu sau trên .

– Lần lượt rạch và tách cân đùi, kéo cơ rộng ngoài, đục xương rời mấu chuyển lớn, kéo các cơ dạng lên trên. Bảo vệ bó mạch thần kinh hông trên, cắt bỏ bao khớp, làm trật háng.

– Nạo hõm khớp, nạo tổ chức viêm, tìm ổ áp xe nạo sạch, lưu ý tìm các mảnh, cục hoặc vụn xương chết, áp xe có khi lan xuống tới vùng tam giác đùi hoặc vùng hông, ụ ngồi.

– Gọt sửa phần chỏm, sửa sang chỏm cho tròn; một số trường hợp chỏm bị hủy cần cắt bỏ các gai xương lỏm chỏm, tưới rửa nhiều lần bằng nước ô xy già, nước bétadine, cầm máu kỹ vùng mổ.

– Đặt lại khớp, tư thế háng gấp 10 đến 15 độ, bàn chân xoay ngoài 15 đến 20 độ, hơi dạng. Hai bàn chân dạng rộng bằng hai vai, bó bột chậu -lưng - chân, để bột 4 tuần.

– Chờ sau khi điều trị lao khỏi và ổn định sẽ xem xét phẫu thuật thay khớp háng toàn phần.

– Đặt hai ống dẫn lưu vào vùng mổ để bơm rửa, để ống dẫn lưu 7-10 ngày.

– Kiểm tra an toàn vùng phẫu thuật.

– Đóng vết mổ theo các lớp giải phẫu.

VI. THEO DÕI VÀ XỬ LÝ TAI BIẾN

1. Theo dõi (lưu ý đặc biệt với người cao tuổi).

– Mạch, huyết áp, nhiệt độ, nhịp thở.

– Chảy máu vùng mổ.

2. Xử lý

– Nếu chảy máu: mở vết mổ lấy máu tụ.

– Thuốc giảm đau tích cực.

– Kháng sinh chống bội nhiễm.

– Xoa bóp vận động thụ động.

– Lưu ý: dùng thuốc chống lao đầy đủ theo phác đồ quy định ngay sau khi phẫu thuật.

PHẪU THUẬT THAY KHỚP HÁNG DO LAO

I. ĐẠI CƯƠNG

Việc thay khớp háng do lao, theo nhiều tác giả là một phẫu thuật rất khó, sau một liệu trình điều trị nhiều tháng, đặc biệt là ở những bệnh nhân đến muộn, khớp thường biến dạng, chỏm xương và hõm khớp nham nhở, phần mềm quanh khớp xơ dính phẫu thuật chỉ có thể thực hiện khi khớp háng còn cử động được và phần mềm quanh khớp được đánh giá là còn khả năng đáp ứng được với phẫu thuật. Chỉ định cần được cân nhắc kỹ lưỡng. Hiện nay rất ít làm phẫu thuật này.

Gần đây, một vài tác giả đã tiến hành phẫu thuật thay khớp háng toàn phần một số ca ở giai đoạn sớm: sau khi điều trị lao 3 tháng, phần mềm quanh khớp còn tốt, mổ thay khớp, sau mổ tiếp tục điều trị thuốc chống lao 15 tháng, kết quả đang còn theo dõi và bàn luận.

II. CHỈ ĐỊNH

Tổn thương lao khớp háng đã điều trị đầy đủ, ổn định, người bệnh đau khớp háng nhiều, phần mềm quanh khớp chưa bị co rút xơ dính.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Người bệnh có các rối loạn về hô hấp, tim mạch cấp, rối loạn chức năng đông/chảy máu.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

– Phẫu thuật viên nắm vững kỹ thuật mổ xương khớp, chỉnh hình, xử lý tai biến trong và sau phẫu thuật.

– Gây mê viên: gây mê có kinh nghiệm, theo dõi chặt chẽ, tử mủ người bệnh trong và sau phẫu thuật.

2. Dụng cụ

Bộ dụng cụ phẫu thuật kết hợp xương, chỏm khớp, hõm khớp nhân tạo, xi măng xương.

3. Người bệnh

– Được giải thích kỹ về cuộc phẫu thuật và tình hình bệnh tật, khả năng hồi phục tổn thương.

4. Hồ sơ bệnh án

- Đầy đủ theo qui định: thủ tục hành chính, giấy cam đoan chấp nhận phẫu thuật, thủ thuật và gây mê hồi sức.
- Ghi nhận xét trước phẫu thuật về tình trạng người bệnh, mức độ tổn thương, khả năng phục hồi chức năng khớp sau phẫu thuật.
- Các xét nghiệm về máu, nước tiểu, điện tim, siêu âm, trong giới hạn cho phép phẫu thuật.
- Xquang khớp háng hai bên thẳng thường quy và chụp cắt lớp vi tính hoặc chụp cộng hưởng từ khớp háng.
- Xquang phổi thường quy.
- Đã điều trị khỏi bệnh lao khớp háng, lâm sàng ổn định.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Tư thế

Tư thế bệnh nhân: nằm nghiêng về bên định thay khớp, cố định bệnh nhân trên bàn mổ, cần nằm nghiêng 90 độ so với sàn nhà. Sát trùng, vệ sinh chân mổ và vùng mổ: dùng bàn chải đánh sạch chân mổ bằng dung dịch rửa tay.

2. Vô cảm

Có thể gây tê ngoài màng cứng hoặc gây tê tủy sống.

Có thể gây mê nội khí quản kèm thuốc giãn cơ.

3. Kỹ thuật

- Rạch da theo đường bên sát phía sau mấu chuyển lớn, dài khoảng 15 đến 20cm tùy phẫu thuật viên.
- Tách cân cơ mông nhỏ, cắt dây chằng chậu đùi, cắt và khâu bao khớp bằng chỉ vicryl 1/0 để chờ.
- Bộc lộ khớp sau khi cắt bao khớp, đánh trật chỏm khớp.
- Dùng thước đo vị trí định cửa cổ xương đùi.
- Đường cắt chéo 45 độ so với thân xương đùi.
- Đặt cửa và cửa để lại khoảng 5mm cổ xương đùi.
- Lấy chỏm xương đùi ra, làm sạch ổ cối (cắt các dây chằng tròn, những gai xương, những tổ chức xương chết, hoại tử).
- + Làm ổ cối:
 - Tư thế bệnh nhân chân gấp 90 độ, khép đùi để cho ổ cối được bộc lộ tốt nhất (Một Hoffman đặt ở bờ dưới bờ ổ cối, một Hoffman đặt ở bờ ngoài ổ cối để bộc lộ rõ hơn).

- Doa ổ cối: lúc đầu chọn cỡ nhỏ để vuông góc với ổ cối để phá khuyết ổ cối, sau đó dùng cỡ lớn hơn, để chếch 45 độ so với mặt bàn; doa cố gắng không để vỡ ổ cối, không lấy nhiều quá làm ổ cối mất vững.
- Đặt ổ cối thủ, dùng thước đo hướng lên vai 20 độ, đặt ổ cối sao cho khớp với bờ khuyết ổ cối.
- Khoan ba vít để vít ổ cối lại cho chắc.
- Đặt nhân ổ cối chỉnh cho hợp lý sau đó đóng cố định cho chặt.
- + Làm phía xương đùi:
 - Dùng hai Hoffman đẩy đầu xương đùi lên cho dễ làm.
 - Dùng dụng cụ phá tủy.
 - Dùng khoan cỡ từ nhỏ đến lớn để làm rộng ống tủy xương đùi đến cỡ 15-16-17-18, có thể dùng cán để làm rộng ống tủy.
 - Lắp chỏm vào và thử xem đặt chưa ở ba tư thế (gấp, duỗi, xoay).
 - Khi thử được rồi thì dùng gạc kéo và xoay trong đồng thời khép đùi và gấp gối 90 độ.
 - Lắp chỏm vào và kiểm tra vị trí tốt, cơ không căng. Đóng chỏm cho chắc.
 - Đặt dẫn lưu và khâu bao khớp cho che phủ khớp.
 - Đóng cân cơ.
 - Khâu da.

VI. THEO DÕI VÀ XỬ LÝ TAI BIẾN

1. Theo dõi

- Thương tổn thần kinh hông.
- Trật khớp.

2. Xử lý

- Trật khớp: nắn lại và kéo liên tục hoặc bột dạng háng.
- Giảm đau tích cực.
- Kháng sinh phù hợp.
- Nếu có tình trạng nhiễm khuẩn: phẫu thuật làm sạch, nhỏ giọt tại chỗ kháng sinh liên tục 7-10 ngày.
- Phục hồi cơ năng cho người bệnh.
- Cho ngồi dậy sớm.
- Sau 5 ngày cho tập vận động nhẹ nhàng khớp háng, tránh khép và xoay trong.
- Sau 10 ngày có thể cho đứng tựa hai tay lên khung để tập đứng, đi.
- Kiểm tra lâm sàng về Xquang.
- Tiếp tục chương trình điều trị phục hồi chức năng.
- Tuyệt đối không ngồi xổm.

PHẪU THUẬT CHỈNH HÌNH KHỚP GỐI DO LAO

I. ĐẠI CƯƠNG

Khớp gối là một khớp to và nông, khi bị tổn thương lao khớp, có thể dễ dàng chọc hút dịch, sinh thiết bao khớp hoặc nội soi khớp chẩn đoán; nếu được chẩn đoán sớm, điều trị kịp thời, bệnh khỏi hoàn toàn, không có di chứng. Tuy nhiên trên thực tế, người bệnh lao khớp gối thường đến muộn, có nhiều biến chứng kèm theo như sưng đau, biến dạng khớp, rò mủ khớp; trên phim Xquang, nhất là phim chụp cắt lớp thường đã có sự hủy xương, đặc biệt là các hốc hủy xương lớn ở đầu dưới xương đùi, ở mâm chày chứa đầy các cục xương chết, chất hoại tử bã đậu nếu không có can thiệp tích cực, bệnh rất lâu khỏi, khớp thường dính cứng tư thế gấp, phần mềm quanh khớp xơ dính nhanh, rất khó cho việc phục hồi chức năng khớp. Phẫu thuật nhằm lấy hết tổ chức viêm lao, xương chết; có nhiều trường hợp phải làm cứng khớp (arthrodèse) mới loại hết được tổn thương và đặt khớp ở tư thế người bệnh có thể đi lại tốt. Phẫu thuật cần phối hợp với điều trị nội khoa đầy đủ.

II. CHỈ ĐỊNH

Tổn thương lao khớp gối có hủy xương nhiều kèm biến dạng khớp gối.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Người bệnh có các rối loạn về hô hấp, tim mạch cấp, rối loạn chức năng đông/chảy máu.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- Phẫu thuật viên nắm vững kỹ thuật mổ xương khớp, chỉnh hình, xử lý tai biến trong và sau phẫu thuật.
- Gây mê viên: gây mê có kinh nghiệm, theo dõi chặt chẽ, tử mĩ người bệnh trong và sau phẫu thuật.

2. Dụng cụ

Bộ dụng cụ phẫu thuật chung.

3. Người bệnh

- Được giải thích kỹ về cuộc phẫu thuật và tình hình bệnh tật, khả năng hồi phục tổn thương.

4. Hồ sơ bệnh án

- Đầy đủ theo qui định: thủ tục hành chính, cam đoan chấp nhận phẫu thuật, thủ thuật và gây mê hồi sức.
- Ghi nhận xét trước phẫu thuật về tình trạng người bệnh, mức độ tổn thương, tiên lượng hồi phục chức năng khớp sau phẫu thuật.
- Các xét nghiệm về máu, nước tiểu, điện tim, siêu âm, trong giới hạn cho phép phẫu thuật.
- Xquang khớp gối thẳng nghiêng thường quy và chụp cắt lớp vi tính hoặc chụp cộng hưởng từ khớp gối.
- Xquang phổi thường quy.
- Điều trị thuốc lao trước phẫu thuật 2 tuần.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Tư thế

Người bệnh nằm ngửa.

2. Vô cảm

Gây tê tủy sống hoặc gây tê ngoài màng cứng.

3. Kỹ thuật

- Sát trùng rộng rãi vùng phẫu thuật bằng dung dịch betadine.
- Đặt ga - rô trên gối càng cao càng tốt, phủ vải riêng chân mổ.
- Đường rạch: có thể lựa chọn:
 - + Nếu khớp còn cử động, phần mềm quanh khớp còn tương đối tốt, rạch da chính giữa trước khớp gối 15-20cm, phía trên cách xương bánh chè 8-10cm, phía dưới cách chỗ bám gân cơ tứ đầu 2-3cm; vào khớp theo đường phía trong xương bánh chè, cắt một phần cơ rộng trong, bộc lộ và lật xương bánh chè ra ngoài, giữ nguyên gân cơ tứ đầu, bộc lộ toàn bộ khối lõi cầu và mâm chày.
 - + Nếu khớp gập, phần mềm quanh khớp xơ dính, dự kiến phải mổ làm cứng khớp, đường rạch da hình chữ U, cắt ngang qua gân cơ tứ đầu, lật xương bánh chè lên trên để bộc lộ khớp được nhiều nhất.
- Kiểm tra đầu dưới xương đùi, đầu trên xương chày, xem tình trạng các diện khớp, bao khớp.
- Có hai tình huống để cân nhắc:
 - + Nếu các diện khớp còn tương đối tốt, sụn khớp chưa bị hư hại nhiều, các hốc hủy xương nhỏ, nông thì nên cố gắng điều trị bảo tồn, chỉ nạo vét, cắt lọc những phần xơ gây dính xung quanh khớp, làm sạch ổ khớp, để khớp tư thế

thẳng trục, gấp 10 độ; đặt một dẫn lưu, khâu phục hồi vùng mô theo các lớp giải phẫu. Có thể bó bột có rạch dọc hoặc nẹp đùi - cẳng - bàn chân khoảng 4 tuần, dùng thuốc lao đầy đủ, chờ vết mổ liền sẹo, cho tập vận động sớm.

+ Nếu tổn thương xương khớp nhiều, phần mềm quanh khớp xơ dính, không duỗi khớp được, cần mổ hàn khớp: lần lượt cắt phía mâm chày, đường cắt vuông góc với trục xương, cắt khoảng 9-10mm, bộc lộ đến xương xốp, nếu có các hốc hủy xương nằm sâu dưới mặt cắt thì chỉ cần nạo vết sạch đến đáy; tương tự tạo mặt cắt phía xương đùi, cắt khoảng 9-10mm, đến tổ chức xương xốp, nạo vết sạch ổ lao, rửa vùng mổ nhiều lần; áp hai mặt cắt khít vào nhau, tư thế khớp thẳng trục và gấp khớp 10 đến 15 độ. Đặt một dẫn lưu tránh máu tụ.

- Khâu phục hồi vùng mô theo các lớp giải phẫu.
- Băng ép vết mổ, tháo ga - rô, để chân cao.
- Bó bột đùi - cẳng - bàn chân có rạch dọc, để bột 4 tuần.
- Cho người bệnh tập phục hồi chức năng sớm.

VI. THEO DÕI VÀ XỬ LÝ TAI BIẾN

1. Theo dõi (lưu ý đặc biệt với người cao tuổi).

Mạch, huyết áp, nhiệt độ, nhịp thở.

2. Xử lý

- Thuốc giảm đau.
- Kháng sinh chống bội nhiễm 7-10 ngày.
- Chống suy kiệt, tăng cường dinh dưỡng và sức đề kháng.
- Xoa bóp vận động thụ động.
- Thường không phải xử lý gì đặc biệt.

PHẪU THUẬT THAY KHỚP GỐI DO LAO

I. ĐẠI CƯƠNG

Việc thay khớp gối do lao, theo nhiều tác giả là một phẫu thuật khó, ít đạt được kết quả mong muốn, sau một liệu trình điều trị nhiều tháng, đặc biệt là ở những bệnh nhân đến muộn, khớp thường biến dạng, phần mềm quanh khớp xơ dính phẫu thuật chỉ có thể thực hiện khi khớp gối còn cử động được và phần mềm quanh khớp được đánh giá là còn khả năng đáp ứng với phẫu thuật. Chỉ định cần được cân nhắc kỹ lưỡng. Hiện nay rất ít làm phẫu thuật này.

Tuy nhiên, trong một số trường hợp lao khớp gối mà người bệnh đau rất nhiều, ảnh hưởng nặng nề đến sinh hoạt, sau khi cân nhắc, đánh giá tình trạng tổn thương xương khớp, phần mềm quanh khớp và sau khi đã điều trị lao đầy đủ, có thể tiến hành thay khớp gối cho người bệnh.

II. CHỈ ĐỊNH

Tổn thương lao khớp gối, đã điều trị ổn định, người bệnh đau nhiều.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Người bệnh có các rối loạn về hô hấp, tim mạch cấp, rối loạn chức năng đông/chảy máu; người bệnh có các bệnh mạn tính kèm theo như suy thận, suy gan.

Khớp gối dự định thay bị xơ dính cứng hoặc sẹo nhân nhúm.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

– Phẫu thuật viên nắm vững kỹ thuật mổ xương khớp, chỉnh hình, xử lý tai biến trong và sau phẫu thuật.

– Gây mê viên: gây mê có kinh nghiệm, theo dõi chặt chẽ, tử mủ người bệnh trong và sau phẫu thuật.

2. Dụng cụ

Bộ dụng cụ phẫu thuật kết hợp xương, khớp gối nhân tạo, xi măng xương

3. Người bệnh

– Được giải thích kỹ về cuộc phẫu thuật và tình hình bệnh tật, khả năng hồi phục tổn thương.

4. Hồ sơ bệnh án

- Đầy đủ theo qui định: thủ tục hành chính, cam đoan chấp nhận phẫu thuật, thủ thuật và gây mê hồi sức.
- Ghi nhận xét trước phẫu thuật về tình trạng người bệnh, mức độ tổn thương, khả năng hồi phục chức năng khớp sau phẫu thuật.
- Các xét nghiệm về máu, nước tiểu, điện tim, siêu âm, trong giới hạn cho phép phẫu thuật.
- Xquang khớp gối thẳng nghiêng thường quy và chụp cắt lớp vi tính hoặc chụp cộng hưởng từ khớp gối.
- Xquang phổi thường quy.
- Đã điều trị thuốc lao đầy đủ.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Tư thế

Người bệnh nằm ngửa.

2. Vô cảm

- Gây tê tủy sống hoặc gây tê ngoài màng cứng.
- Gây mê nội khí quản kèm giãn cơ khi cần.

3. Kỹ thuật

- Sát trùng rộng rãi vùng phẫu thuật bằng dung dịch betadine.
- Ga - rô hơi với áp lực 400mmHg, đặt ở trên càng cao càng tốt.
- Bọc phủ vải riêng chân mổ.
- Đường rạch: rạch da thẳng, chính giữa trước khớp gối, dài 15-20cm, trên cách bờ trên xương bánh chè 8-10cm, dưới cách chỗ bám gân cơ tứ đầu 2-3cm.
- Vào khớp theo đường rạch phía trong xương bánh chè, cắt một phần cơ rộng trong, lật xương bánh chè ra phía ngoài, giữ nguyên gân cơ tứ đầu.
- Bọc lộ toàn bộ khối lõi cầu và mâm chày.
- Dùng dụng cụ định vị, theo các kích cỡ khác nhau, tiến hành cắt khối lõi cầu, cắt theo các bình diện khác nhau.
- Tương tự, dùng dụng cụ định vị, tiến hành cắt đầu trên xương chày.
- Đặt dụng cụ thử xem đã thích hợp chưa.
- Cố định dụng cụ bằng xi măng xương.

- Có thể cắt bỏ nửa sau có sụn của xương bánh chè, hoặc có thể thay xương bánh chè nếu thấy cần.
- Kiểm tra an toàn vùng phẫu thuật.
- Đặt một dẫn lưu.
- Tháo ga - rô, khâu phục hồi vùng mổ, khâu phục hồi diện cắt cơ rộng trong.
- Để chân mổ cao hơn mức ngực khi nằm khoảng 6 giờ.
- Cho người bệnh tập phục hồi chức năng sớm.

VI. THEO DÕI VÀ XỬ LÝ TAI BIẾN

1. Theo dõi (lưu ý đặc biệt với người cao tuổi).

- Mạch, huyết áp, nhiệt độ, nhịp thở.
- Tình trạng mạch ống gót.
- Chảy máu vùng mổ.

2. Xử lý

- Nếu có chảy máu: băng ép vùng mổ, để chân cao theo dõi.
- Thuốc giảm đau tích cực.
- Kháng sinh chống bội nhiễm.
- Xoa bóp, vận động thụ động.

PHẪU THUẬT NẠO VIÊM LAO THÀNH NGỰC

I. ĐẠI CƯƠNG

Lao thành ngực có thể gặp cùng hoặc sau lao màng phổi hoặc sau lao phổi, lao xương sườn, biểu hiện thường là một khối sưng ở thành ngực, phát hiện chủ yếu bằng sinh thiết kim nhỏ hoặc mổ sinh thiết làm mô bệnh; Xquang và siêu âm, đặc biệt là chụp cộng hưởng từ, sẽ giúp phát hiện rõ tổn thương có liên quan đến lao xương sườn hay khối dịch hoặc mũ màng phổi kề cận. Ngoài việc điều trị bằng thuốc chống lao đầy đủ, nhiều trường hợp vẫn phải mổ để nạo viêm mới làm sạch được tổn thương lao.

II. CHỈ ĐỊNH

Tổn thương lao thành ngực không giảm sau điều trị nội khoa, để lại khối sưng nhúc hoặc rò mũ.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Người bệnh có các rối loạn về hô hấp, tim mạch cấp, rối loạn chức năng đông/chảy máu hoặc có bệnh mạn tính kèm theo như suy tim, suy gan, thận.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- Phẫu thuật viên nắm vững kỹ thuật chuyên khoa, xử lý tai biến trong và sau phẫu thuật.
- Gây mê viên: gây mê có kinh nghiệm, theo dõi chặt chẽ, tỉ mỉ người bệnh trong và sau phẫu thuật.

2. Dụng cụ

Bộ dụng cụ phẫu thuật chung.

3. Người bệnh

- Được giải thích kỹ về cuộc phẫu thuật và tình hình bệnh tật, khả năng hồi phục tổn thương.

4. Hồ sơ bệnh án

- Đầy đủ theo qui định: thủ tục hành chính, giấy cam đoan chấp nhận phẫu thuật, thủ thuật và gây mê hồi sức.
- Ghi nhận xét trước phẫu thuật về tình trạng người bệnh, mức độ tổn thương.

- Các xét nghiệm về máu, nước tiểu, điện tim, siêu âm, trong giới hạn cho phép phẫu thuật.
- Xquang ngực thẳng, nghiêng thường quy và chụp cắt lớp vi tính ngực.
- Điều trị bằng thuốc chống lao trước phẫu thuật ít nhất 2 tuần.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Tư thế

Người bệnh nằm ngửa hoặc nghiêng tùy vị trí nơi tổn thương để bộc lộ vùng mổ được rõ ràng nhất.

2. Vô cảm

Gây mê tĩnh mạch

3. Kỹ thuật

- Sát trùng vùng phẫu thuật bằng dung dịch betadine.
- Đường rạch: rạch da 3-4cm chính giữa khối sưng.
- Bộc lộ rõ ổ tổn thương.
- Dùng kẹp phẫu tích Kocher tách, thăm dò xem tổn thương có liên quan đến màng phổi (dày màng phổi, mũ khu trú màng phổi) hay không, dùng thìa nạo nhẹ nhàng nạo vét tổn thương, tránh làm thủng màng phổi không cần thiết; nếu là lao xương sườn gây viêm, áp xe, có vụn xương chết thì có thể cắt bỏ đoạn xương; khi cắt đoạn xương sườn hoặc gặm bỏ xương viêm bằng kim, cần lấy hết các mảnh xương nhọn sắc có thể gây đau hoặc thủng màng phổi.
- Hút hết mũ và tổ chức viêm lao, bã đậu, nạo sạch lòng ổ, lau rửa bằng nước ô xy già và betadine, cầm máu kỹ vùng mổ.
- Lấy tổ chức tổn thương làm xét nghiệm mô bệnh, nuôi cấy vi khuẩn, làm kháng sinh đồ.
- Kiểm tra an toàn vùng phẫu thuật.
- Đặt một ống dẫn lưu, khâu phục hồi vùng mổ.
- Nếu ổ tổn thương nhỏ có thể đặt một bác gác dẫn lưu, khâu 1 đến 2 mũi chỉ phục hồi vùng mổ, thay băng hàng ngày.

VI. THEO DÕI VÀ XỬ LÝ TAI BIẾN

1. Theo dõi

- Mạch, huyết áp, nhiệt độ, nhịp thở.
- Có tràn khí màng phổi không?

2. Xử lý

Thường không có diễn biến gì đặc biệt.

- Kháng sinh chống bội nhiễm 3-5 ngày.
- Nếu có tràn khí màng phổi thì đặt một catheter dẫn lưu.
- Lưu ý: dùng thuốc chống lao đầy đủ theo phác đồ quy định ngay sau khi phẫu thuật.

PHẪU THUẬT NẠO VIÊM LAO KHỚP ỨC SƯỜN, KHỚP ỨC ĐÒN

I. ĐẠI CƯƠNG

Lao khớp ỨC sườn, khớp ỨC đòn được xếp vào bệnh lý lao xương khớp ít gặp, tuy nhiên do đặc điểm hay rò mủ dai dẳng của khớp này mà vấn đề điều trị ngoại khoa vẫn đặt ra. Phẫu thuật cần kết hợp với điều trị nội khoa bằng thuốc chống lao đầy đủ theo đúng quy định.

II. CHỈ ĐỊNH

Tổn thương lao khớp ỨC sườn, khớp ỨC đòn có áp xe hoặc đã rò mủ.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Người bệnh có các rối loạn về hô hấp, tim mạch cấp, rối loạn chức năng đông/chảy máu.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- Phẫu thuật viên nắm vững kỹ thuật chuyên khoa, xử lý tai biến trong và sau phẫu thuật.
- Gây mê viên: gây mê có kinh nghiệm, theo dõi chặt chẽ, tỉ mỉ người bệnh trong và sau phẫu thuật.

2. Dụng cụ

Bộ dụng cụ trung phẫu

3. Người bệnh

Được giải thích kỹ về cuộc phẫu thuật và tình hình bệnh tật, khả năng hồi phục tổn thương.

4. Hồ sơ bệnh án

- Đầy đủ theo qui định: thủ tục hành chính, giấy cam đoan chấp nhận phẫu thuật, thủ thuật và gây mê hồi sức.
- Ghi nhận xét trước phẫu thuật về tình trạng người bệnh, mức độ tổn thương cần xử lý.
- Các xét nghiệm về máu, nước tiểu, điện tim, siêu âm, trong giới hạn cho phép phẫu thuật.

- Xquang ngực thẳng, nghiêng thường quy và chụp cắt lớp vi tính ngực.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Tư thế

Người bệnh nằm ngửa, bộc lộ vùng mổ được rõ ràng nhất.

2. Vô cảm

Gây mê tĩnh mạch.

3. Kỹ thuật

- Sát trùng kỹ vùng phẫu thuật bằng dung dịch betadine.
- Nếu là khối áp xe chưa vỡ mũ thì dùng dao rạch da đủ để luôn được thìa nạo nhỏ nạo vét tổn thương, tránh rạch rộng bởi các khớp này ở rất nông và lâu liền miệng, dễ để lại sẹo xấu.
- Nếu đã có rò mũ khớp thì tiến hành nạo theo đường rò.
- Dùng thìa nạo nhỏ thăm dò tổn thương, cần làm nhẹ nhàng, tránh làm thủng màng phổi, trung thất.
- Nạo sạch tổ chức viêm, mũ, bã đậu hoặc xương chết nếu có.
- Lấy tổ chức tổn thương làm xét nghiệm mô bệnh, lấy mũ nuôi cấy tìm vi khuẩn, làm kháng sinh đồ.
- Dùng gạc ô xy già lau rửa kỹ vùng mổ.
- Kiểm tra an toàn vùng phẫu thuật.
- Đặt một bác gạc nhỏ, thay băng hàng ngày.

VI. THEO DÕI VÀ XỬ LÝ TAI BIẾN

1. Theo dõi

Mạch, huyết áp, nhiệt độ, nhịp thở.

2. Xử lý

Thường không có diễn biến gì đặc biệt.

- + Kháng sinh chống bội nhiễm 3-5 ngày.
- Lưu ý: dùng thuốc chống lao đầy đủ theo phác đồ quy định ngay sau khi phẫu thuật.

PHẪU THUẬT NẠO VIÊM LAO KHỚP VAI

I. ĐẠI CƯƠNG

Khớp vai là một khớp lớn, động, khi bị tổn thương lao khớp vai, khớp thường nhanh chóng bị hẹp và dính, người bệnh đau và hạn chế vận động khớp, ngoài ra tổn thương lao khớp cũng hay sinh mủ, mủ hình thành trong khớp, có thể lan xuống nách, cánh tay tạo thành những bọc mủ lớn nhỏ; có thể rò mủ mặt trước, mặt sau khớp hoặc ở hõm nách. Để không bỏ sót tổn thương, cần có chụp cộng hưởng từ hoặc khám xét kỹ lưỡng của siêu âm.

II. CHỈ ĐỊNH

Tổn thương lao khớp vai có áp xe, xương chết, cần được nạo viêm, dẫn lưu; phẫu thuật có tính chất phối hợp với điều trị nội khoa bằng thuốc chống lao, giải quyết triệu chứng đau cho người bệnh.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Người bệnh có các rối loạn về hô hấp, tim mạch cấp, rối loạn chức năng đông/chảy máu.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

– Phẫu thuật viên nắm vững kỹ thuật mổ xương khớp, xử lý tai biến trong và sau phẫu thuật.

– Gây mê viên: gây mê có kinh nghiệm, theo dõi chặt chẽ, tỉ mỉ người bệnh trong và sau phẫu thuật.

2. Dụng cụ

Bộ dụng cụ phẫu thuật chung.

3. Người bệnh

Được giải thích kỹ về cuộc phẫu thuật và tình hình bệnh tật, khả năng hồi phục tổn thương.

4. Hồ sơ bệnh án

– Đầy đủ theo qui định: thủ tục hành chính, cam đoan chấp nhận phẫu thuật, thủ thuật và gây mê hồi sức.

– Ghi nhận xét trước phẫu thuật, tình trạng người bệnh, mức độ tổn thương.

- Các xét nghiệm về máu, nước tiểu, điện tim, siêu âm, trong giới hạn cho phép phẫu thuật.
- Xquang khớp vai thẳng nghiêng thường quy và chụp cắt lớp vi tính hoặc chụp cộng hưởng từ khớp vai.
- Xquang phổi thường quy.
- Điều trị bằng thuốc chống lao trước phẫu thuật ít nhất 2 tuần.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Tư thế

Người bệnh nằm ngửa, kê vai bên mổ bằng một gối mềm, để cánh tay khép khuỷu vuông góc để trên mình người bệnh.

2. Vô cảm

- Gây mê tĩnh mạch hoặc
- Gây mê nội khí quản.

3. Kỹ thuật

- Sát trùng vùng phẫu thuật bằng dung dịch betadine, bọc riêng vải cánh tay mổ.
- Đường rạch: rạch da dọc theo rãnh delta ngực, bắt đầu ở móm quạ, chệch xuống dưới. Tránh tĩnh mạch đầu. Tách thớ cơ delta bên ngoài tĩnh mạch này. Sẽ thấy bám vào móm quạ có đầu ngón cơ nhị đầu, cơ quạ cánh tay, lớp sâu có cơ dưới bả. Xoay ngoài cánh tay, tránh động mạch mũ cánh tay trước. Có thể đục rời móm quạ, xong kéo mấu xương có đầu ngón cơ nhị đầu và cơ quạ cánh tay xuống dưới. Có thể cắt ngang cơ dưới bả, phần có gân gắn xương. Bộc lộ phần trước bao khớp, mở bao khớp dọc theo đường sụn sẽ thấy chỏm xương cánh tay phần trước và bờ sụn viền ổ chảo. Sau khi đã mở bao khớp, nạo tổ chức viêm, tìm ổ áp xe nạo sạch.
- Lấy tổ chức tổn thương làm xét nghiệm mô bệnh, lấy mủ nuôi cấy tìm vi khuẩn và làm kháng sinh đồ.
- Rửa ổ khớp nhiều lần bằng nước muối sinh lý.
- Đặt hai ống dẫn lưu polytene vào lòng ổ áp xe để bơm rửa, để ống dẫn lưu 7-10 ngày.
- Kiểm tra an toàn vùng phẫu thuật.
- Cho xoay trong cánh tay để đóng bao khớp. Mấu xương đầu móm quạ đặt lại, khâu dính qua xương với 2 mũi khâu. Đóng vết mổ.

Lưu ý: những trường hợp lao khớp vai đã có rò mủ, phẫu thuật thường đơn giản hơn: có thể mở rộng đường rò, theo hướng của đường rò để nạo viêm khớp và đặt dẫn lưu.

VI. THEO DÕI VÀ XỬ LÝ TAI BIẾN

1. Theo dõi

Mạch, huyết áp, nhiệt độ, nhịp thở.

2. Xử lý

- Kháng sinh chống bội nhiễm 3-5 ngày.
- Thuốc giảm đau.
- Thường không phải xử lý gì đặc biệt.
- Lưu ý: dùng thuốc chống lao đầy đủ theo phác đồ quy định ngay sau khi phẫu thuật.

PHẪU THUẬT NẠO VIÊM LAO KHỚP KHUỖU

I. ĐẠI CƯƠNG

Khớp khuỷu là một khớp động, khi bị tổn thương lao khớp khuỷu, khớp thường nhanh chóng bị hẹp và dính ở tư thế gấp hoặc duỗi, khớp thường sưng to, biến dạng, người bệnh đau và hạn chế vận động khớp, ngoài ra tổn thương lao khớp cũng hay sinh mủ, mủ hình thành trong khớp, có thể lan xuống cẳng tay, tạo thành những bọc mủ lớn nhỏ, có thể rò mủ khớp. Để không bỏ sót tổn thương, cần có chụp cắt lớp vi tính khớp hoặc khám xét kỹ lưỡng của siêu âm.

II. CHỈ ĐỊNH

Tổn thương lao khớp khuỷu có áp xe, xương chết, cần được nạo viêm, dẫn lưu, phối hợp với điều trị nội khoa đầy đủ, sớm loại bỏ tổn thương lao, giải quyết triệu chứng đau cho người bệnh.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Người bệnh có các rối loạn về hô hấp, tim mạch cấp, rối loạn chức năng đông/chảy máu.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

– Phẫu thuật viên nắm vững kỹ thuật mổ xương khớp, chỉnh hình, xử lý tai biến trong và sau phẫu thuật.

– Gây mê viên: gây mê có kinh nghiệm, theo dõi chặt chẽ, tỉ mỉ người bệnh trong và sau phẫu thuật.

2. Dụng cụ

Bộ dụng cụ phẫu thuật chung.

3. Người bệnh

– Được giải thích kỹ về cuộc phẫu thuật và tình hình bệnh tật, khả năng hồi phục tổn thương

4. Hồ sơ bệnh án

- Đầy đủ theo qui định: thủ tục hành chính, cam đoan chấp nhận phẫu thuật, thủ thuật và gây mê hồi sức.
- Ghi nhận xét trước phẫu thuật, tình trạng người bệnh, mức độ tổn thương.
- Các xét nghiệm về máu, nước tiểu, điện tim, trong giới hạn cho phép phẫu thuật.
- Xquang khớp khuỷu thẳng nghiêng thường quy và chụp cắt lớp vi tính.
- Xquang phổi thường quy tìm tổn thương lao phổi hợp.
- Điều trị bằng thuốc chống lao trước phẫu thuật ít nhất 2 tuần.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Tư thế

Người bệnh nằm ngửa, kê gối dưới vai; sau khi đặt ga - rô và phủ vải mổ thì để cánh tay xuôi dọc thân mình hay đặt trên một cái bàn nhỏ kê ngang.

2. Vô cảm

Gây tê đám rối cánh tay cùng bên mổ.

3. Kỹ thuật

- Sát trùng vùng phẫu thuật bằng dung dịch betadine.
- Đường rạch: rạch da khoảng 10cm từ trên mỏm trên lồi cầu ngoài xương cánh tay xuống dưới chỏm xương quay. Rạch thẳng vào khớp. Bộc lộ chỏm xương quay và dây chằng vòng, lồi cầu xương cánh tay, bộc lộ đến ròng rọc, bộc lộ mỏm khuỷu; nạo tổ chức viêm, tìm ổ áp xe nạo sạch, lưu ý tìm các ổ mủ, tổ chức bã đậu hoặc vụn xương chết di chuyển xuống vùng mặt trước cẳng tay, lan vào các kẽ cơ.
- Lấy tổ chức tổn thương làm xét nghiệm mô bệnh, lấy mủ nuôi cấy tìm vi khuẩn và làm kháng sinh đồ.
- Rửa ổ nhiều lần bằng nước ô xy già, nước muối sinh lý.
- Đặt hai ống dẫn lưu vào lòng ổ áp xe để bơm rửa, để ống dẫn lưu 7-10 ngày.
- Kiểm tra an toàn vùng phẫu thuật.
- Đóng vết mổ theo các lớp giải phẫu.
- Có thể bó bột cánh - cẳng - bàn tay, để bột 4 tuần.

- Tập vận động phục hồi chức năng khớp sớm.

Lưu ý: nhiều trường hợp người bệnh đến muộn, khớp khuỷu sưng to, biến dạng, dính khớp, rò mủ nhiều điểm quanh khớp, sau khi nạo viêm, cố gắng đặt khớp ở tư thế thuận lợi cho sinh hoạt của người bệnh, nên để khuỷu gấp 90 độ, cẳng tay hơi ngửa, ngón tay chỉ mũi.

VI. THEO DÕI VÀ XỬ LÝ TAI BIẾN

1. Theo dõi

Mạch, huyết áp, nhiệt độ, nhịp thở

2. Xử lý

- Kháng sinh chống bội nhiễm 3-5 ngày.
- Thuốc giảm đau.
- Thường không phải xử lý gì đặc biệt.
- Lưu ý: dùng thuốc chống lao đầy đủ theo phác đồ quy định ngay sau khi phẫu thuật.

PHẪU THUẬT NẠO VIÊM LAO KHỚP CỔ - BÀN TAY

I. ĐẠI CƯƠNG

Khớp cổ bàn tay là một khớp động, khi bị tổn thương lao khớp cổ bàn tay, khớp thường nhanh chóng bị sưng, biến dạng khớp, làm ảnh hưởng nhiều đến chức năng tinh tế của bàn tay, người bệnh thường đau và hạn chế vận động khớp.

Ngoài ra, tổn thương lao khớp cũng hay sinh mủ, mủ hình thành trong khớp, nhanh chóng vỡ rò mủ dai dẳng, sẹo xấu.

II. CHỈ ĐỊNH

Tổn thương lao khớp cổ bàn tay có áp xe, xương chết, cần được nạo viêm, dẫn lưu, phối hợp với điều trị nội khoa đầy đủ, sớm loại bỏ ổ lao, giải quyết triệu chứng đau cho người bệnh.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Người bệnh có các rối loạn về hô hấp, tim mạch cấp, rối loạn chức năng đông/chảy máu.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

– Phẫu thuật viên: nắm vững kỹ thuật mổ xương khớp, chỉnh hình, xử lý tai biến trong và sau phẫu thuật.

– Gây mê viên: gây mê có kinh nghiệm, theo dõi chặt chẽ, tử mủ người bệnh trong và sau phẫu thuật.

2. Dụng cụ

Bộ dụng cụ phẫu thuật chung.

3. Người bệnh

Được giải thích kỹ về cuộc phẫu thuật và tình hình bệnh tật, khả năng hồi phục tổn thương.

4. Hồ sơ bệnh án

- Đầy đủ theo qui định: thủ tục hành chính, cam đoan chấp nhận phẫu thuật, thủ thuật và gây mê hồi sức.
- Ghi nhận xét trước phẫu thuật, tình trạng người bệnh, mức độ tổn thương.
- Các xét nghiệm về máu, nước tiểu, điện tim, trong giới hạn cho phép phẫu thuật.
- Xquang khớp cổ bàn tay thẳng nghiêng thường quy.
- Xquang phổi thường quy xem có tổn thương phổi phổi hợp hay không.
- Điều trị bằng thuốc chống lao trước phẫu thuật ít nhất 2 tuần.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Tư thế

Người bệnh nằm ngửa.

2. Vô cảm

Gây tê đám rối cánh tay cùng bên mổ.

3. Kỹ thuật

- Sát trùng vùng phẫu thuật bằng dung dịch betadine.
- Đặt ga - rô, để cẳng tay quay sấp trên mặt bàn để mở vào phía sau.
- Rạch da thẳng hay chữ S trên khớp cổ tay. Cần tránh sợi cảm giác của thần kinh quay và trụ. Rạch vào khớp bên trong của gân duỗi dài ngón cái và thần kinh liên cốt sau. Rạch dọc theo xương quay vào khớp.
- Lấy bỏ tổ chức viêm lao, mũ áp xe, bao hoạt dịch bị viêm.
- Do khớp ở nông nên khi bị lao, khớp thường sưng rõ, có khi rò mũ, rạch da tiết kiệm, có thể chỉ mở những điểm sưng phồng nhiều nhất, tách cân cơ, nạo tổ chức viêm, tìm ổ áp xe nạo sạch, lấy bỏ những cục, vụn xương chết nếu có.
- Cần tiết kiệm tối đa khi nạo vét tổ chức và xương ở cổ tay và bàn tay.
- Lấy tổ chức viêm và mũ làm mô bệnh, xét nghiệm vi sinh, kháng sinh đồ.
- Lau rửa sạch vùng mổ bằng nước ô xy già và betadine.
- Kiểm tra an toàn vùng phẫu thuật.
- Tháo ga - rô.
- Đặt bác gạc nhỏ, băng ép.

VI. THEO DÕI VÀ XỬ LÝ TAI BIẾN

1. Theo dõi

Mạch, huyết áp, nhiệt độ, nhịp thở

2. Xử lý

- Thuốc giảm đau.
- Kháng sinh chống bội nhiễm 3-5 ngày.
- Xoa bóp vận động thụ động.
- Thường không phải xử lý gì đặc biệt.
- Lưu ý: dùng thuốc chống lao đầy đủ theo phác đồ quy định ngay sau khi phẫu thuật.

PHẪU THUẬT NẠO VIÊM LAO XƯƠNG CÁNH TAY

I. ĐẠI CƯƠNG

Lao thân xương cánh tay ít gặp, thường được phát hiện nhờ xét nghiệm tế bào học đường rò hoặc mô bệnh khi sinh thiết tổn thương. Tuy nhiên, việc mổ nạo viêm lao xương cánh tay, phối hợp với điều trị nội khoa là cần thiết để sớm loại bỏ tổn thương lao.

II. CHỈ ĐỊNH

Tổn thương lao xương cánh tay có áp xe, xương chết, cần được nạo viêm, dẫn lưu.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Người bệnh có các rối loạn về hô hấp, tim mạch cấp, rối loạn chức năng đông/chảy máu.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- Phẫu thuật viên nắm vững kỹ thuật mổ xương khớp, chỉnh hình, xử lý tai biến trong và sau phẫu thuật.
- Gây mê viên: gây mê có kinh nghiệm, theo dõi chặt chẽ, tỉ mỉ người bệnh trong và sau phẫu thuật.

2. Dụng cụ

Bộ dụng cụ phẫu thuật trung phẫu.

3. Người bệnh

Được giải thích kỹ về cuộc phẫu thuật và tình hình bệnh tật, khả năng hồi phục tổn thương.

4. Hồ sơ bệnh án

- Đầy đủ theo qui định: thủ tục hành chính, giấy cam đoan chấp nhận phẫu thuật, thủ thuật và gây mê hồi sức.
- Ghi nhận xét trước phẫu thuật về tình trạng người bệnh, mức độ tổn thương.
- Các xét nghiệm về máu, nước tiểu, điện tim, siêu âm, trong giới hạn cho phép phẫu thuật.
- Xquang xương cánh tay thường quy và chụp cắt lớp vi tính.

- Xquang phổi thường quy tìm tổn thương lao phối hợp.
- Điều trị bằng thuốc chống lao trước phẫu thuật ít nhất 2 tuần.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Tư thế

Người bệnh nằm ở tư thế thuận lợi bộc lộ được vùng tổn thương một cách rõ ràng nhất.

2. Vô cảm

Gây tê đám rối thần kinh cánh tay hoặc gây mê tĩnh mạch.

3. Kỹ thuật

- Sát trùng vùng phẫu thuật bằng dung dịch betadine.
- Người bệnh nằm ngửa, cánh tay để xuôi thân mình và kê cao vai 10cm.
- Có thể để dạng cánh tay, trên một bàn nhỏ.
- Có nhiều đường mổ để vào xương cánh tay, thường đi phía ngoài.
- Tùy vị trí tổn thương của xương mà có đường rạch cao hay thấp, ngắn hoặc dài.
 - Đường rạch da từ ngang mức chỗ bám cơ delta ngang mức nếp gấp khuỷu. Tách vào sâu, tìm thần kinh quay ở phía dưới đường rạch, nằm giữa cơ cánh tay trước và cơ ngửa dài; dùng hai ngón cái banh cơ cánh tay trước và cơ ngửa dài ra hai bên, ở đáy rãnh sẽ thấy thần kinh quay, là mốc quan trọng phải tránh khi nạo viêm xương cánh tay. Rạch theo vách liên cơ đến tận xương. Nạo viêm lao, làm sạch ổ.
 - Nếu có khối sưng mềm tương ứng với tổn thương hoặc có điểm rò mủ áp xe thì phẫu thuật đơn giản hơn: rạch da trực tiếp vào vùng tổn thương hoặc qua miệng vết rò, tuy nhiên vẫn cần lưu ý liên quan giải phẫu của thần kinh quay.
 - Nạo tổ chức sạch tổ chức viêm lao bằng thìa nạo.
 - Lấy tổ chức tổn thương làm xét nghiệm mô bệnh, nuôi cấy tìm vi khuẩn và làm kháng sinh đồ.
 - Rửa sạch bằng nước ôxy già và betadine.
 - Cầm máu kỹ vùng mổ.
 - Đặt hai ống dẫn lưu vào lòng ổ viêm để dẫn lưu, bơm rửa, để ống dẫn lưu 7-10 ngày.
 - Kiểm tra an toàn vùng phẫu thuật.
 - Đóng vết mổ theo các lớp giải phẫu.

VI. THEO DÕI VÀ XỬ LÝ TAI BIẾN

1. Theo dõi

Mạch, huyết áp, nhiệt độ, nhịp thở.

2. Xử lý

- Thuốc giảm đau.
- Kháng sinh chống bội nhiễm 3-5 ngày.
- Lưu ý: dùng thuốc chống lao đầy đủ theo phác đồ quy định ngay sau khi phẫu thuật.

PHẪU THUẬT NẠO VIÊM LAO XƯƠNG CẰNG TAY

I. ĐẠI CƯƠNG

Lao thân xương cẳng tay ít gặp, khi bị tổn thương lao xương cẳng tay, đặc biệt là đầu dưới xương quay, đầu trên xương trụ thường hay có rò mủ, thậm chí lộ thân xương, điều trị vết thương rất lâu liền, để lại sẹo xấu.

II. CHỈ ĐỊNH

Tổn thương lao xương cẳng tay có áp xe, xương chết, cần được nạo viêm, dẫn lưu, phối hợp với điều trị nội khoa, sớm loại bỏ ổ tổn thương lao, giải quyết triệu chứng đau cho người bệnh.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Người bệnh có các rối loạn về hô hấp, tim mạch cấp, rối loạn chức năng đông/chảy máu.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- Phẫu thuật viên nắm vững kỹ thuật mổ xương khớp, chỉnh hình, xử lý tai biến trong và sau phẫu thuật.
- Gây mê viên: gây mê có kinh nghiệm, theo dõi chặt chẽ, tỉ mỉ người bệnh trong và sau phẫu thuật.

2. Dụng cụ

Bộ dụng cụ phẫu thuật chung.

3. Người bệnh

Được giải thích kỹ về cuộc phẫu thuật và tình hình bệnh tật, khả năng hồi phục tổn thương.

4. Hồ sơ bệnh án

- Đầy đủ theo qui định: thủ tục hành chính, cam đoan phẫu thuật, thủ thuật và gây mê hồi sức.
- Ghi nhận xét trước phẫu thuật về tình trạng người bệnh, mức độ tổn thương.
- Các xét nghiệm (về máu, nước tiểu, điện tim, ...) trong giới hạn cho phép phẫu thuật.

- Xquang xương cẳng tay thẳng nghiêng thường quy và chụp cắt lớp vi tính xương cẳng tay.
- Xquang phổi thường quy.
- Điều trị bằng thuốc chống lao trước phẫu thuật ít nhất 2 tuần.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Tư thế

Người bệnh nằm ở tư thế thuận lợi bộc lộ được vùng tổn thương một cách rõ ràng nhất.

2. Vô cảm

Gây tê đám rối thần kinh cánh tay.

3. Kỹ thuật

Có nhiều đường mổ để vào hai xương cẳng tay là xương quay và xương trụ:

3.1. Vào xương quay theo đường sau ngoài

Bệnh nhân nằm ngửa, cánh tay giang ngang, kê trên một bàn nhỏ hay cánh tay để dọc thân mình. Sau khi đặt ga - rô thì phủ vải mổ riêng cánh tay. Đường rạch từ mỏm trên lồi cầu xương cánh tay, hơi lượn cong ra trước, kéo dọc xuống theo hướng mỏm châm quay. Sau đó vào sâu giữa các khối cơ duỗi ở ngoài (cơ ngửa dài, cơ duỗi dài cổ tay quay và cơ duỗi ngắn cổ tay) và cơ duỗi chung các ngón ở trong. Tách cân vào sâu từ dưới lên. Phía dưới sẽ thấy rõ bụng cơ của cơ dạng dài ngón cái và cơ duỗi ngắn ngón cái. Đường rạch tách lên trên sẽ thấy một phần cơ duỗi cẳng tay. Sau khi banh kéo rộng các nhóm cơ, ở phía trên trong sẽ thấy cơ ngửa ngắn, bờ dưới cơ này là nhánh sâu của thần kinh quay; bóc tách cơ ngửa dưới màng xương và kéo nó ra ngoài cùng với thần kinh quay. Bộc lộ được phần lớn xương quay, nếu muốn bộc lộ xuống thấp hơn thì kéo cơ dạng dài ngón cái và cơ duỗi ngắn ngón cái lên trên.

3.2. Vào xương trụ theo đường phía sau

Bệnh nhân nằm ngửa, đặt ga rô và phủ vải mổ riêng cánh tay. Để cánh tay trên bàn nhỏ, khuỷu để gấp và cẳng tay sấp. Sờ bờ sau xương trụ ở ngay dưới da, đường rạch dọc phía sau, song song và cách bờ xương trụ 1cm. Rạch da và cân sẽ đến xương trụ, nằm giữa cơ duỗi cổ tay trụ và cơ gấp cổ tay trụ. Ở phía dưới đường rạch chú ý có nhánh sau của thần kinh trụ.

Trên đây mô tả hai đường vào cơ bản để bộc lộ hai xương cẳng tay; khi bộc lộ được rồi thì việc nạo viêm xương làm như thông lệ; thực tế các ổ viêm xương do lao thường kèm theo các ổ áp xe tự bóc tách các phần mềm đến tận dưới da, hoặc rò mủ ra ngoài, phẫu thuật trở nên đơn giản hơn; chỉ cần rạch da trực tiếp vào vùng tổn thương hoặc qua miệng vết rò.

- Lần lượt tách cân cơ, tách tổ chức đường rò và bộc lộ vùng xương cẳng tay bị tổn thương.
- Nạo sạch tổ chức viêm lao bằng thìa nạo.
- Lấy tổ chức tổn thương làm xét nghiệm mô bệnh, nuôi cấy tìm vi khuẩn và làm kháng sinh đồ.
- Rửa sạch bằng nước ôxy già và betadine.
- Cầm máu kỹ vùng mổ.
- Kiểm tra an toàn vùng phẫu thuật.
- Có thể đặt hai ống dẫn lưu vào lòng ổ viêm để dẫn lưu, bơm rửa, hoặc có thể chỉ đặt một bác gác tùy tình hình thực tế vùng mổ.
- Tháo ga - rô.
- Đóng vết mổ theo các lớp giải phẫu.

VI. THEO DÕI VÀ XỬ LÝ TAI BIẾN

1. Theo dõi

Mạch, huyết áp, nhiệt độ, nhịp thở.

2. Xử lý

- Thuốc giảm đau.
- Kháng sinh chống bội nhiễm 3-5 ngày.
- Thường không có diễn biến gì đặc biệt phải xử lý.
- Lưu ý: dùng thuốc chống lao đầy đủ theo phác đồ quy định ngay sau khi phẫu thuật.

PHẪU THUẬT NẠO VIÊM LAO XƯƠNG ĐỐT BÀN - NGÓN TAY

I. ĐẠI CƯƠNG

Xương đốt bàn - ngón tay gồm rất nhiều xương và khớp nhỏ, khi bị tổn thương lao thường dễ có biến chứng dính khớp, rò mủ, người bệnh đau và hạn chế vận động bàn tay, việc mổ nạo viêm lao xương đốt bàn - ngón tay phối hợp với điều trị nội khoa là cần thiết để sớm loại bỏ tổn thương lao.

II. CHỈ ĐỊNH

Tổn thương lao xương đốt bàn ngón tay có áp xe, xương chết, cần được nạo viêm, dẫn lưu, giải quyết triệu chứng đau cho người bệnh.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Người bệnh có các rối loạn về hô hấp, tim mạch cấp, rối loạn chức năng đông/chảy máu.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- Phẫu thuật viên nắm vững kỹ thuật mổ xương khớp, chỉnh hình, xử lý tai biến trong và sau phẫu thuật.
- Gây mê viên: gây mê có kinh nghiệm, theo dõi chặt chẽ, tỉ mỉ người bệnh trong và sau phẫu thuật.

2. Dụng cụ

Bộ dụng cụ phẫu thuật bàn tay.

3. Người bệnh

Được giải thích kỹ về cuộc phẫu thuật và tình hình bệnh tật, khả năng hồi phục tổn thương.

4. Hồ sơ bệnh án

- Đầy đủ theo qui định: thủ tục hành chính, cam đoan chấp nhận phẫu thuật, thủ thuật và gây mê hồi sức.
- Ghi nhận xét trước phẫu thuật về tình trạng người bệnh, mức độ tổn thương.
- Các xét nghiệm (về máu, nước tiểu, điện tim) trong giới hạn cho phép phẫu thuật.

- Xquang xương đốt bàn ngón tay thẳng nghiêng thường quy và chụp cắt lớp vi tính.
- Xquang phổi thường quy.
- Điều trị bằng thuốc chống lao trước phẫu thuật ít nhất 2 tuần.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Tư thế

Người bệnh nằm ngửa, tay để ở tư thế thuận lợi bộc lộ được vùng tổn thương một cách rõ ràng nhất.

2. Vô cảm

Gây tê đám rối thần kinh cánh tay.

3. Kỹ thuật

- Sát trùng vùng phẫu thuật bằng dung dịch betadine.
- Đường rạch: rạch da trực tiếp vào vùng tổn thương hoặc qua miệng vết rò.
- Lần lượt tách cân cơ, tách tổ chức đường rò và bộc lộ vùng xương đốt bàn - ngón tay bị tổn thương.
- Nạo sạch tổ chức viêm lao bằng thìa nạo; lưu ý khi nạo ở các đốt ngón có thể chỉ cần làm tối thiểu, tránh để hoại tử hoặc cắt cụt không cần thiết.
- Lấy tổ chức tổn thương làm xét nghiệm mô bệnh, nuôi cấy tìm vi khuẩn và làm kháng sinh đồ.
- Rửa sạch bằng nước ôxy già và betadine.
- Cầm máu kỹ vùng mổ.
- Đặt bác gạc vào những điểm rò đã được nạo để cầm máu, thay bác gạc hằng ngày.
- Kiểm tra an toàn vùng phẫu thuật.

VI. THEO DÕI VÀ XỬ LÝ TAI BIẾN

1. Theo dõi

Mạch, huyết áp, nhiệt độ, nhịp thở.

2. Xử lý

- Thuốc giảm đau.
- Kháng sinh chống bội nhiễm 3-5 ngày.
- Thường không có diễn biến gì đặc biệt phải xử lý.
- Lưu ý: dùng thuốc chống lao đầy đủ theo phác đồ quy định ngay sau khi phẫu thuật.

PHẪU THUẬT NẠO VIÊM LAO KHỚP CÙNG CHẬU

I. ĐẠI CƯƠNG

Khớp cùng chậu là một khớp lớn, diễn biến lâm sàng của lao khớp cùng chậu thường âm thầm, thường được phát hiện bởi các khối sưng mềm mại sau khớp, vùng mông cùng bên; phim chụp cắt lớp vi tính hoặc chụp cộng hưởng từ rất có giá trị đánh giá mức độ tổn thương khớp cũng như các ổ áp xe nếu có, đặc biệt là những khối áp xe lớn ở mặt trước khớp dễ nhầm lẫn với một số bệnh lý khác vùng bụng dưới.

II. CHỈ ĐỊNH

Tổn thương lao khớp cùng chậu có áp xe, xương chết, cần được nạo viêm, dẫn lưu, phối hợp với điều trị nội khoa, sớm loại bỏ ổ lao khớp, giải quyết triệu chứng đau cho người bệnh.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Người bệnh có các rối loạn về hô hấp, tim mạch cấp, rối loạn chức năng đông/chảy máu.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- Phẫu thuật viên nắm vững kỹ thuật mổ xương khớp, xử lý tai biến trong và sau phẫu thuật.
- Gây mê viên: gây mê có kinh nghiệm, theo dõi chặt chẽ, tử mủ người bệnh trong và sau phẫu thuật.

2. Dụng cụ

Bộ dụng cụ phẫu thuật chung.

3. Người bệnh

Được giải thích kỹ về cuộc phẫu thuật và tình hình bệnh tật, khả năng hồi phục tổn thương.

4. Hồ sơ bệnh án

- Đây đủ theo qui định: thủ tục hành chính, cam đoan chấp nhận phẫu thuật, thủ thuật và gây mê hồi sức.

- Ghi nhận xét trước phẫu thuật về tình trạng người bệnh, mức độ tổn thương.
- Các xét nghiệm (về máu, nước tiểu, điện tim, siêu âm,...) trong giới hạn cho phép phẫu thuật.
- Xquang khớp cùng chậu hai bên thẳng thường quy và chụp cắt lớp vi tính khớp cùng chậu.
- Xquang phổi thường quy.
- Điều trị bằng thuốc chống lao trước phẫu thuật ít nhất 2 tuần.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Tư thế

Người bệnh nằm nghiêng sấp bộc lộ rõ bên khớp bị lao.

2. Vô cảm

- Gây tê tủy sống.
- Có thể gây mê tĩnh mạch.

3. Kỹ thuật

- Sát trùng vùng phẫu thuật bằng dung dịch betadine.
- Đường rạch: rạch da 4 đến 5cm dọc ngoài sát phía sau khớp cùng chậu, thường là qua vị trí khối áp xe.
- Mở bao áp xe, hút mủ, qua lòng ổ áp xe, sẽ thấy ngay diện sau của khớp.
- Kiểm tra tình trạng tổn thương khớp, thường thấy diện khớp nhám nhỏ, có những trường hợp khớp bị phá hủy nhiều, có mảnh hoặc cục xương chết lớn, sau khi được lấy bỏ, có thể kiểm tra mặt trước khớp khá dễ dàng và lấy hết được ổ áp xe, tổ chức viêm lao ở phía trước.
- Lấy tổ chức tổn thương làm xét nghiệm mô bệnh, lấy mủ làm xét nghiệm nuôi cấy vi khuẩn và làm kháng sinh đồ.
- Làm sạch vùng mổ bằng nước ô xy già, betadine.
- Đặt hai ống dẫn lưu vào vùng mổ để bơm rửa, để ống dẫn lưu 7-10 ngày.
- Kiểm tra an toàn vùng phẫu thuật.
- Đóng vết mổ theo các lớp giải phẫu.

– Lưu ý: một số trường hợp lao khớp cùng chậu có áp xe lớn ở mặt trước khớp, vùng hố chậu, xác định rõ trên phim chụp cắt lớp, siêu âm, có thể áp dụng đường mổ phía trước để dẫn lưu áp xe, nạo viêm khớp (đường mổ hố chậu).

VI. THEO DÕI VÀ XỬ LÝ TAI BIẾN

1. Theo dõi (lưu ý đặc biệt với người cao tuổi)

Mạch, huyết áp, nhiệt độ, nhịp thở.

2. Xử lý

- Thuốc giảm đau.
- Kháng sinh chống bội nhiễm 5-7 ngày.
- Xoa bóp vận động thụ động.
- Lưu ý: dùng thuốc chống lao đầy đủ theo phác đồ quy định ngay sau khi phẫu thuật.

PHẪU THUẬT NẠO VIÊM LAO XƯƠNG CHẬU

I. ĐẠI CƯƠNG

Xương chậu là một xương dẹt lớn, có thể gặp tổn thương lao ở cánh chậu, ngành ngồi - mu, ngành mu - háng, hoặc xương mu, khớp mu. Lâm sàng thường là một khối sưng mềm tương ứng với vùng xương bị tổn thương, trên phim có thể thấy những hốc khuyết xương và hình ảnh ổ áp xe tại chỗ hoặc vùng phụ cận.

II. CHỈ ĐỊNH

Tổn thương lao xương chậu có áp xe, xương chết, cần được nạo viêm, dẫn lưu, phối hợp với điều trị nội khoa, sớm loại bỏ ổ lao xương, giải quyết triệu chứng đau cho người bệnh.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Người bệnh có các rối loạn về hô hấp, tim mạch cấp, rối loạn chức năng đông/chảy máu.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- Phẫu thuật viên nắm vững kỹ thuật mổ xương khớp, xử lý tai biến trong và sau phẫu thuật.
- Gây mê viên: gây mê có kinh nghiệm, theo dõi chặt chẽ, tỉ mỉ người bệnh trong và sau phẫu thuật.

2. Dụng cụ

Bộ dụng cụ phẫu thuật chung.

3. Người bệnh

Được giải thích kỹ về cuộc phẫu thuật và tình hình bệnh tật, khả năng hồi phục tổn thương.

4. Hồ sơ bệnh án

- Đầy đủ theo qui định: thủ tục hành chính, giấy cam đoan chấp nhận phẫu thuật, thủ thuật và gây mê hồi sức.
- Ghi nhận xét trước phẫu thuật về tình trạng người bệnh, mức độ tổn thương.

- Các xét nghiệm (về máu, nước tiểu, điện tim, siêu âm,...) trong giới hạn cho phép phẫu thuật.
- Xquang xương chậu hai bên thẳng thường quy và chụp cắt lớp vi tính xương chậu.
- Xquang phổi thường quy.
- Điều trị trước phẫu thuật bằng thuốc chống lao ít nhất 2 tuần.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Tư thế

Người bệnh nằm nghiêng nếu phẫu thuật viên chọn đường bên sau cho những tổn thương vùng cánh chậu; tư thế nghiêng sấp cho những tổn thương ngành ngồi - háng có rò mủ nếp lằn mông; tư thế nằm ngửa nếu tổn thương ngành mu - háng hoặc khớp mu.

2. Vô cảm

- Gây tê tủy sống.
- Có thể gây mê tĩnh mạch.

3. Kỹ thuật

- Sát trùng rộng rãi vùng phẫu thuật bằng dung dịch betadine.
- Đường rạch: rạch da trực tiếp vào vùng sưng của xương chậu (nên có siêu âm đánh dấu tìm điểm thuận lợi để vào ổ tổn thương gần nhất).
- Lần lượt rạch cân cơ, tách và bộc lộ các cơ, dây chằng khớp.
- Nạo tổ chức viêm, tìm ổ áp xe nạo sạch.
- Lấy tổ chức tổn thương làm xét nghiệm mô bệnh, lấy mủ xét nghiệm nuôi cấy vi khuẩn và làm kháng sinh đồ.
- Khi nạo viêm ngành ngồi - háng (phía sau) cần lưu ý tránh thần kinh hông to và động mạch mông lớn.
- Khi nạo viêm ngành mu - háng (phía trước) cần lưu ý tránh bó mạch thần kinh đùi ở giữa nếp bẹn.
- Rửa ổ tổn thương bằng nước ôxy già và betadine.
- Kiểm tra tình trạng tổn thương xương, khớp.
- Đặt hai ống dẫn lưu vào lòng ổ áp xe để bơm rửa, để ống dẫn lưu 5-7 ngày.
- Kiểm tra an toàn vùng phẫu thuật.
- Đóng vết mổ theo các lớp giải phẫu.

– Có thể chỉ đặt bác gạc đơn thuần và thay băng hàng ngày nếu vết mổ không lớn.

VI. THEO DÕI VÀ XỬ LÝ TAI BIẾN

1. Theo dõi (lưu ý đặc biệt đối với người cao tuổi)

- Mạch, huyết áp, nhiệt độ, nhịp thở.
- Bội nhiễm do vùng mổ chậu hông dễ bị nhiễm trùng.

2. Xử lý

- Thuốc giảm đau.
- Kháng sinh chống bội nhiễm.
- Lưu ý: dùng thuốc chống lao đầy đủ theo phác đồ quy định ngay sau khi phẫu thuật.

PHẪU THUẬT NẠO VIÊM LAO KHỚP HÁNG

I. ĐẠI CƯƠNG

Khớp háng là một khớp lớn, chịu lực tỳ đè nhiều, khi bị tổn thương lao khớp háng, người bệnh đau và hạn chế vận động khớp, đi lại khó khăn; kiểm tra bằng Xquang, có thể chỉ thấy hẹp khe khớp hoặc diện khớp nham nhở; có thể thấy hình ảnh mảnh xương chết, áp xe, có những khối áp xe lớn lan xuống bẹn, đùi, mông, đôi khi lan cả đến vùng hố chậu cùng bên.

Để không bỏ sót tổn thương, cần có chụp cộng hưởng từ hoặc khám xét kỹ lưỡng của siêu âm.

Phẫu thuật áp dụng cho các trường hợp có mủ khớp, chưa có hủy xương khớp nghiêm trọng và chưa có biến dạng khớp đến mức phải đặt lại tư thế khớp.

II. CHỈ ĐỊNH

Tổn thương lao khớp háng có áp xe, cần được dẫn lưu, nạo viêm, phối hợp với điều trị nội khoa, sớm loại bỏ ổ lao, giải quyết triệu chứng đau cho người bệnh.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Người bệnh có các rối loạn về hô hấp, tim mạch cấp, rối loạn chức năng đông/chảy máu.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

– Phẫu thuật viên nắm vững kỹ thuật mổ xương khớp, chỉnh hình, xử lý tai biến trong và sau phẫu thuật.

– Gây mê viên: gây mê có kinh nghiệm, theo dõi chặt chẽ, tỉ mỉ người bệnh trong và sau phẫu thuật.

2. Dụng cụ

Bộ dụng cụ phẫu thuật chung.

3. Người bệnh

Được giải thích kỹ về cuộc phẫu thuật và tình hình bệnh tật, khả năng hồi phục tổn thương.

4. Hồ sơ bệnh án

- Đầy đủ theo qui định: thủ tục hành chính, giấy cam đoan chấp nhận phẫu thuật, thủ thuật và gây mê hồi sức.
- Ghi nhận xét trước phẫu thuật về tình trạng người bệnh, mức độ tổn thương khớp.
- Các xét nghiệm (về máu, nước tiểu, điện tim, siêu âm,...) trong giới hạn cho phép phẫu thuật.
- Xquang khớp háng hai bên thẳng thường quy và chụp cắt lớp vi tính hoặc chụp cộng hưởng từ khớp háng.
- Xquang phổi thường quy tìm tổn thương lao phổi hợp.
- Điều trị bằng thuốc chống lao trước phẫu thuật ít nhất 2 tuần.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Tư thế

Có thể mở vào khớp háng bằng hai đường trước hoặc bên tùy thuộc tổn thương:

- + Người bệnh nằm nghiêng nếu áp xe, xương chết ở trong khớp và lan ra vùng mông.
- + Người bệnh nằm ngửa nếu áp xe, xương chết ở trong khớp và lan xuống bẹn đùi hoặc hố chậu.

2. Vô cảm

- Thường là gây tê tủy sống hoặc gây tê ngoài màng cứng.
- Có thể gây mê nội khí quản kèm giãn cơ khi phẫu thuật cần kéo nắn hoặc bó bột chỉnh hình khớp.

3. Kỹ thuật

(Mô tả đường mổ bên, người bệnh nằm nghiêng).

- Sát trùng vùng phẫu thuật bằng dung dịch betadine.
- Đường rạch: rạch da 10cm dọc ngoài sát sau mấu chuyển lớn ra sau hướng về phía gai chậu sau trên.
- Lần lượt rạch và tách cân đùi, kéo cơ rộng ngoài, kéo các cơ dạng lên trên, rạch bao khớp, tìm ổ áp xe nạo sạch.
- Nếu ổ áp xe tự bóc tách và lan ra vùng phụ cận thì phẫu thuật đơn giản, chỉ cần mở rộng ổ áp xe rồi dùng ngón tay hay thìa nạo có thể kiểm tra vào ổ khớp, nạo sạch tổn thương, bơm rửa.

- Lấy tổ chức tổn thương làm xét nghiệm mô bệnh, lấy mủ nuôi cấy tìm vi khuẩn và làm kháng sinh đồ.
- Đặt hai ống dẫn lưu vào lòng ổ áp xe để bơm rửa, để ống dẫn lưu 7-10 ngày.
- Kiểm tra an toàn vùng phẫu thuật.
- Đóng vết mổ theo các lớp giải phẫu.
- Bó bột chậu - lưng - chân nếu cần.

VI. THEO DÕI VÀ XỬ LÝ TAI BIẾN

1. Theo dõi (lưu ý đặc biệt với người cao tuổi)

- Mạch, huyết áp, nhiệt độ, nhịp thở.
- Chảy máu vùng mổ.
- Bội nhiễm viêm phổi, viêm đường tiết niệu.

2. Xử lý

- Nếu chảy máu: mở vết mổ cầm máu.
- Kháng sinh chống bội nhiễm 5-7 ngày.
- Thuốc giảm đau.
- Chống suy kiệt, tăng cường dinh dưỡng và sức đề kháng.
- Xoa bóp vận động thụ động.
- Lưu ý: dùng thuốc chống lao đầy đủ theo phác đồ quy định ngay sau khi phẫu thuật.

PHẪU THUẬT NẠO VIÊM LAO KHỚP GỐI

I. ĐẠI CƯƠNG

Khớp gối là một khớp lớn, chịu lực tì đè nhiều, khi bị tổn thương lao khớp gối, khớp thường nhanh chóng bị hẹp và dính, biến dạng khớp, gập khớp tư thế xấu, người bệnh đau đớn, ngoài ra tổn thương lao khớp cũng hay sinh mủ, mủ hình thành trong khớp, có thể lan xuống cẳng chân, khoeo chân, tạo thành những bọc mủ lớn nhỏ. Để không bỏ sót tổn thương, cần có chụp cộng hưởng từ hoặc khám xét kỹ lưỡng của siêu âm.

II. CHỈ ĐỊNH

Tổn thương lao khớp gối có áp xe, xương chết, cần được nạo viêm, dẫn lưu, phối hợp với điều trị nội khoa bằng thuốc chống lao, sớm loại bỏ ổ lao khớp, giải quyết triệu chứng đau cho người bệnh.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Người bệnh có các rối loạn về hô hấp, tim mạch cấp, rối loạn chức năng đông/chảy máu.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- Phẫu thuật viên nắm vững kỹ thuật mổ xương khớp, chỉnh hình, xử lý tai biến trong và sau phẫu thuật.
- Gây mê viên: gây mê có kinh nghiệm, theo dõi chặt chẽ, tỉ mỉ người bệnh trong và sau phẫu thuật.

2. Dụng cụ

Bộ dụng cụ phẫu thuật chung, băng bột bó.

3. Người bệnh

Được giải thích kỹ về cuộc phẫu thuật và tình hình bệnh tật, khả năng hồi phục tổn thương.

4. Hồ sơ bệnh án

- Đầy đủ theo qui định: thủ tục hành chính, cam đoan chấp nhận phẫu thuật, thủ thuật và gây mê hồi sức.
- Ghi nhận xét về tình trạng người bệnh, mức độ tổn thương, cân nhắc khả năng cắt đoạn khớp hay không (làm arthrodesis).

- Các xét nghiệm (về máu, nước tiểu, điện tim, siêu âm, ...) trong giới hạn cho phép phẫu thuật.
- Xquang khớp gối thẳng nghiêng thường quy và chụp cắt lớp vi tính hoặc chụp cộng hưởng từ khớp gối.
- Xquang phổi thường quy.
- Điều trị bằng thuốc chống lao trước phẫu thuật ít nhất 2 tuần.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Tư thế

Người bệnh nằm ngửa.

2. Vô cảm

Gây tê tủy sống hoặc tê ngoài màng cứng.

3. Kỹ thuật

- Đặt ga - rô trên khớp gối 15cm.
- Sát trùng vùng phẫu thuật bằng dung dịch betadine.
- Đường rạch: rạch da chính giữa khớp gối, khoảng 15cm. Cắt một phần cơ rộng trong, đi xuống, cắt dọc theo bờ trong xương bánh chè, cách xương bánh chè 1 đến 1,5cm, xuống đến dưới chỗ bám gân cơ tứ đầu; giữ nguyên gân cơ này. Lật xương bánh chè ra ngoài, bộc lộ khớp, cắt lọc tổ chức bao hoạt dịch bị lao, nạo tổ chức viêm, tìm ổ áp xe nạo sạch, lấy hết xương viêm.
- Rửa sạch vùng mổ nhiều lần bằng ô xy già và betadine.
- Đặt hai ống dẫn lưu polytene vào ổ khớp để bơm rửa, để ống dẫn lưu 7-10 ngày.
- Kiểm tra an toàn vùng phẫu thuật.
- Tháo ga - rô.
- Đóng vết mổ theo các lớp giải phẫu.
- Đặt khớp ở tư thế chức năng (gấp khớp 10 đến 15 độ).
- Có thể bó bột đùi - cẳng - bàn chân, bột tròn có rạch dọc.
- Những trường hợp tổn thương lao khớp gối kèm các khối mũ lớn tại khớp hoặc lan xuống cẳng chân, thì chỉ cần chích tháo mũ, nạo viêm, dẫn lưu; nếu áp xe đã tự vỡ, rò mũ thì việc nạo rò cũng đơn giản do khớp ở nông.

VI. THEO DÕI VÀ XỬ LÝ TAI BIẾN

1. Theo dõi

- Mạch, huyết áp, nhiệt độ, nhịp thở.
- Chảy máu vùng mổ.
- Bội nhiễm viêm phổi.
- Tình trạng bàn và ngón chân trong bột (tê, tím, ...).

2. Xử lý

- Thuốc giảm đau, chống viêm tích cực.
- Nếu chảy máu cần xem lại băng ép và để chân cao.
- Kháng sinh chống bội nhiễm phù hợp.
- Tăng cường dinh dưỡng và sức đề kháng.
- Xoa bóp vận động thụ động.
- Lưu ý: dùng thuốc chống lao đầy đủ theo phác đồ quy định ngay sau khi phẫu thuật.

PHẪU THUẬT NẠO VIÊM LAO KHỚP CỔ BÀN CHÂN

I. ĐẠI CƯƠNG

Khớp cổ bàn chân là một khớp lớn, chịu lực tỳ đè nhiều, khi bị tổn thương lao khớp cổ bàn chân, khớp thường nhanh chóng bị hẹp và dính, người bệnh đau và hạn chế vận động khớp, ngoài ra tổn thương lao khớp cũng hay sinh mủ, mủ hình thành trong khớp, thường phá rò dai dẳng, sẹo thường nhăn nhúm và xấu. Trong điều trị lao xương khớp cổ bàn chân, đặc biệt là ở bệnh nhân đến muộn, việc loại bỏ được ổ lao, để khớp dính ở tư thế hàn khớp tự nhiên (hàn 3 khớp: chày - sên, sên - gót, sên - thuyên) cũng đã là tốt, không cầu toàn.

II. CHỈ ĐỊNH

Tổn thương lao khớp cổ bàn chân có áp xe, xương chết, cần được nạo viêm, dẫn lưu, phối hợp với điều trị nội khoa, sớm loại bỏ ổ lao, giải quyết triệu chứng đau cho người bệnh.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Người bệnh có các rối loạn về hô hấp, tim mạch cấp, rối loạn chức năng đông/chảy máu.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- Phẫu thuật viên nắm vững kỹ thuật mổ xương khớp, chỉnh hình, xử lý tai biến trong và sau phẫu thuật.
- Gây mê viên: gây mê có kinh nghiệm, theo dõi chặt chẽ, tỉ mỉ người bệnh trong và sau phẫu thuật.

2. Dụng cụ

Bộ dụng cụ phẫu thuật trung phẫu.

3. Người bệnh

Được giải thích kỹ về cuộc phẫu thuật và tình hình bệnh tật, khả năng hồi phục tổn thương.

4. Hồ sơ bệnh án

- Đầy đủ theo qui định: thủ tục hành chính, cam đoan chấp nhận phẫu thuật, thủ thuật và gây mê hồi sức.
- Ghi nhận xét trước phẫu thuật, tình trạng người bệnh, mức độ tổn thương.

- Các xét nghiệm (về máu, nước tiểu, điện tim, ...) trong giới hạn cho phép phẫu thuật.
- Xquang khớp cổ bàn chân hai bên thẳng thường quy và chụp cắt lớp vi tính.
- Xquang phổi thường quy xem có lao phổi phối hợp hay không.
- Điều trị bằng thuốc chống lao trước phẫu thuật ít nhất 2 tuần.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Tư thế

Người bệnh nằm ngửa.

2. Vô cảm

Gây tê tủy sống.

3. Kỹ thuật

Có nhiều đường để mổ vào khớp cổ chân, thường dùng đường mổ vào phía trước ngoài:

- Bệnh nhân nằm ngửa. Đặt ga - rô, phủ vải riêng cho chân mổ, kê gối dưới cẳng chân cho xoay trong nhẹ. Sờ gân cơ duỗi dài các ngón trước cổ chân và rạch da 10cm ở bên ngoài gân cơ này. Nếu cần, kéo dài đường rạch xuống phía ngón bốn. Tránh làm thương tổn nhánh thần kinh mác nông. Kéo gân cơ duỗi dài các ngón và cơ mác vào trong. Kéo bó mạch thần kinh vào trong. Rạch dọc bao khớp cổ chân, bộc lộ khớp chày - sên. Nếu muốn đến khớp sên - gót thì kéo dài đường rạch da xuống dưới, sau đó mổ ngang chữ T vào khớp Chopart. Từ đó vào được khớp sên - gót.

- Trên đây mô tả đường vào cơ bản để bộc lộ khớp cổ chân; khi bộc lộ được rồi thì việc nạo viêm xương khớp được làm như thông lệ; thực tế các ổ viêm xương do lao thường kèm theo các ổ áp xe tự bóc tách các phần mềm đến tận dưới da, tạo thành các khối sưng mềm, có thể nóng đỏ hoặc không, hoặc rò mủ ra ngoài, phẫu thuật trở nên đơn giản hơn; chỉ cần rạch da trực tiếp vào vùng tổn thương, thường là những điểm sưng phồng rõ hoặc qua miệng vết rò:

- Lần lượt tách cân cơ, tách và bộc lộ bao khớp cổ bàn chân.
- Mổ bao khớp, nạo tổ chức viêm, tìm ổ áp xe nạo sạch.
- Có thể có nhiều ổ áp xe, cần tìm kỹ, nạo sạch bằng thìa nạo.
- Nếu có xương chết cần phải lấy hết.
- Lấy tổ chức tổn thương vùng mổ làm xét nghiệm mô bệnh, lấy mủ nuôi cấy tìm vi khuẩn và làm kháng sinh đồ.
- Kiểm tra mức độ hẹp và dính khớp, nếu dính khớp tư thế xấu có thể cắt bớt mô xơ quanh khớp.

- Lau sạch vùng mổ bằng ô xy già và betadine.
- Kiểm tra an toàn vùng phẫu thuật.
- Đặt bác gạc, băng ép.
- Tháo ga rô.
- Đặt khớp cổ chân tư thế chức năng, làm nẹp bột.

VI. THEO DÕI VÀ XỬ LÝ TAI BIẾN

1. Theo dõi

Mạch, huyết áp, nhiệt độ, nhịp thở.

2. Xử lý

- Thuốc giảm đau.
- Kháng sinh chống bội nhiễm 3-5 ngày.
- Xoa bóp vận động thụ động.
- Thường không phải xử lý gì đặc biệt.
- Lưu ý: dùng thuốc chống lao đầy đủ theo phác đồ quy định ngay sau khi phẫu thuật.

PHẪU THUẬT NẠO VIÊM LAO XƯƠNG ĐÙI

I. ĐẠI CƯƠNG

Lao thân xương đùì ít gặp, thường được phát hiện nhờ tế bào học đường rò hoặc mô bệnh khi sinh thiết tổn thương, tuy nhiên việc mổ nạo viêm lao xương đùì là cần thiết, phối hợp với điều trị nội khoa để sớm loại bỏ tổn thương lao.

II. CHỈ ĐỊNH

Tổn thương lao xương đùì có áp xe, xương chết, cần được nạo viêm, dẫn lưu.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Người bệnh có các rối loạn về hô hấp, tim mạch cấp, rối loạn chức năng đông/chảy máu.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- Phẫu thuật viên nắm vững kỹ thuật mổ xương khớp, chỉnh hình, xử lý tai biến trong và sau phẫu thuật.
- Gây mê viên: gây mê có kinh nghiệm, theo dõi chặt chẽ, tử mĩ người bệnh trong và sau phẫu thuật.

2. Dụng cụ

Bộ dụng cụ phẫu thuật chung.

3. Người bệnh

Được giải thích kỹ về cuộc phẫu thuật và tình hình bệnh tật, khả năng hồi phục tổn thương.

4. Hồ sơ bệnh án

- Đầy đủ theo qui định: thủ tục hành chính, cam đoan chấp nhận phẫu thuật, thủ thuật và gây mê hồi sức.
- Các xét nghiệm (về máu, nước tiểu, điện tim,...) trong giới hạn cho phép phẫu thuật.
- Xquang xương đùì thẳng nghiêng thường quy và chụp cắt lớp vi tính.
- Xquang phổi xem có tổn thương lao phổi phối hợp hay không.

- Điều trị bằng thuốc chống lao trước phẫu thuật ít nhất 2 tuần.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Tư thế

Người bệnh nằm ở tư thế thuận lợi bộc lộ được vùng tổn thương một cách rõ ràng nhất.

2. Vô cảm

Gây tê tủy sống.

3. Kỹ thuật

Có nhiều đường để mổ vào xương đùi; trong lao xương chọn đường mổ vào phía ngoài xương đùi:

- Bệnh nhân nằm ngửa, kê cao mông bên mổ với một cái gối. Rạch dọc mặt ngoài đùi, hướng từ máu chuyển lớn đến trên lồi cầu ngoài của đùi, độ dài tùy theo yêu cầu. Rạch cân theo đường rạch da.

- Bộc lộ 1/3 trên đùi từ phía ngoài: cắt ngang nửa sau của cân đùi, dùng dao điện rạch hình chữ L sát xương tách rời cơ rộng ngoài; vén cơ này ra trước làm lộ 1/3 trên xương đùi.

- Bộc lộ 1/3 dưới xương đùi từ phía ngoài: kéo dài đường rạch da xuống đến lồi củ Gerdy; rạch cân đùi. Muốn bộc lộ lồi cầu ngoài đùi thì cần buộc bó mạch trên ngoài của gối. Luồn ngón tay chỗ vào dưới cơ rộng ngoài từ dưới lên, sau đó tách cả khối cơ rộng ngoài rời khỏi màng liên cơ, làm rõ xương đùi ở sâu.

- Trên đây mô tả đường vào cơ bản để bộc lộ xương đùi; khi bộc lộ được rồi thì việc nạo viêm xương làm như thông lệ; thực tế các ổ viêm xương do lao thường kèm theo các ổ áp xe tự bóc tách các phần mềm đến tận dưới da, hoặc rò mủ ra ngoài, phẫu thuật trở nên đơn giản hơn; chỉ cần rạch da trực tiếp vào vùng tổn thương hoặc qua miệng vết rò:

- Lần lượt tách cân cơ, tách tổ chức đường rò và bộc lộ vùng xương đùi bị tổn thương.

- Nạo sạch tổ chức viêm lao bằng thìa nạo.

- Cân nhắc những trường hợp tổn thương xương nhiều, người cao tuổi, loãng xương có thể bị gãy thứ phát.

- Lấy tổ chức tổn thương làm xét nghiệm mô bệnh, lấy mủ nuôi cấy vi khuẩn, làm kháng sinh đồ.

- Rửa sạch vùng mổ bằng nước ôxy già và betadine.

- Cầm máu kỹ vùng mổ.

- Đặt hai ống dẫn lưu vào lòng ổ viêm để dẫn lưu, bơm rửa, để ống dẫn lưu 7-10 ngày.
- Kiểm tra an toàn vùng phẫu thuật.
- Đóng vết mổ theo các lớp giải phẫu.

VI. THEO DÕI VÀ XỬ LÝ TAI BIẾN

1. Theo dõi

Mạch, huyết áp, nhiệt độ, nhịp thở.

2. Xử lý

- Thuốc giảm đau.
- Kháng sinh chống bội nhiễm 7 ngày.
- Chống suy kiệt, tăng cường dinh dưỡng và sức đề kháng.
- Xoa bóp vận động thụ động.
- Lưu ý: dùng thuốc chống lao đầy đủ theo phác đồ quy định ngay sau khi phẫu thuật.

PHẪU THUẬT NẠO VIÊM LAO XƯƠNG CẰNG CHÂN

I. ĐẠI CƯƠNG

Xương cẳng chân là một xương dài, chịu lực tỳ đè nhiều, khi bị tổn thương lao xương cẳng chân, đặc biệt là xương chày thường hay có rò mủ, thậm chí lộ thân xương chày, điều trị vết thương rất lâu liền, để lại sẹo xấu.

II. CHỈ ĐỊNH

Tổn thương lao xương cẳng chân có áp xe, xương chết, cần được nạo viêm, dẫn lưu, phối hợp với điều trị nội khoa, sớm loại bỏ ổ tổn thương lao, giải quyết triệu chứng đau cho người bệnh.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Người bệnh có các rối loạn về hô hấp, tim mạch cấp, rối loạn chức năng đông/chảy máu.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- Phẫu thuật viên nắm vững kỹ thuật mổ xương khớp, xử lý tai biến trong và sau phẫu thuật.
- Gây mê viên: gây mê có kinh nghiệm, theo dõi chặt chẽ, tỉ mỉ người bệnh trong và sau phẫu thuật.

2. Dụng cụ

Bộ dụng cụ phẫu thuật chung.

3. Người bệnh

Được giải thích kỹ về cuộc phẫu thuật và tình hình bệnh tật, khả năng hồi phục tổn thương.

4. Hồ sơ bệnh án

- Đầy đủ theo qui định: thủ tục hành chính, cam đoan chấp nhận phẫu thuật, thủ thuật và gây mê hồi sức.
- Ghi nhận xét trước phẫu thuật về tình trạng người bệnh, mức độ tổn thương.

- Các xét nghiệm về máu, nước tiểu, điện tim, trong giới hạn cho phép phẫu thuật.
- Xquang xương cẳng chân thường quy và chụp cắt lớp vi tính xương cẳng chân nếu cần.
- Xquang phổi thường quy.
- Điều trị bằng thuốc chống lao trước phẫu thuật ít nhất 2 tuần.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Tư thế

Người bệnh nằm ngửa, kê gối dưới mông hoặc nằm nghiêng.

2. Vô cảm

Gây tê tủy sống.

3. Kỹ thuật

- Sát trùng vùng phẫu thuật bằng dung dịch betadine.
- Đặt ga - rô ở đùi.
- Xoay cẳng chân vào trong.
- Rửa da dọc mặt ngoài cẳng chân, bên ngoài mào chày 2cm.
- Kéo các cơ ra phía ngoài, bộc lộ xương chày đến màng xương.
- Nạo sạch tổ chức viêm lao bằng thìa nạo.
- Lấy tổ chức tổn thương làm xét nghiệm mô bệnh, nuôi cấy tìm vi khuẩn và làm kháng sinh đồ.
- Rửa sạch bằng nước ôxy già và betadine.
- Cầm máu kỹ vùng mổ.
- Đặt hai ống dẫn lưu polytene vào lòng ổ viêm để dẫn lưu, bơm rửa, để ống dẫn lưu 7-10 ngày.
- Kiểm tra an toàn vùng phẫu thuật.
- Tháo ga rô.
- Đóng vết mổ theo các lớp giải phẫu.
- Có thể chỉ đặt bác gạc và thay băng hàng ngày nếu vết mổ không lớn.

VI. THEO DÕI VÀ XỬ LÝ TAI BIẾN

1. Theo dõi

Mạch, huyết áp, nhiệt độ, nhịp thở.

2. Xử lý

- Thuốc giảm đau.
- Kháng sinh chống bội nhiễm 5 đến 7 ngày.
- Thường không có diễn biến gì đặc biệt phải xử lý.
- Lưu ý: dùng thuốc chống lao đầy đủ theo phác đồ quy định ngay sau khi phẫu thuật.

PHẪU THUẬT NẠO VIÊM LAO XƯƠNG BÀN - NGÓN CHÂN

I. ĐẠI CƯƠNG

Xương bàn - ngón chân gồm rất nhiều xương và khớp nhỏ, khi bị tổn thương lao thường dễ có biến chứng dính khớp, rò mủ, đau và hạn chế vận động, ảnh hưởng nhiều đến việc đi lại, sinh hoạt của người bệnh, phẫu thuật nạo viêm lao xương bàn - ngón chân, phối hợp với điều trị nội khoa bằng thuốc chống lao là cần thiết.

II. CHỈ ĐỊNH

Tổn thương lao xương bàn ngón chân có áp xe, xương chết, cần được nạo viêm, dẫn lưu, sớm loại bỏ ổ lao, giải quyết triệu chứng đau cho người bệnh.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Người bệnh có các rối loạn về hô hấp, tim mạch cấp, rối loạn chức năng đông/chảy máu.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- Phẫu thuật viên nắm vững kỹ thuật mổ xương khớp, chỉnh hình, xử lý tai biến trong và sau phẫu thuật.
- Gây mê viên: gây mê có kinh nghiệm, theo dõi chặt chẽ, tử mủ người bệnh trong và sau phẫu thuật.

2. Dụng cụ

Bộ dụng cụ phẫu thuật trung phẫu.

3. Người bệnh

Được giải thích kỹ về cuộc phẫu thuật và tình hình bệnh tật, khả năng hồi phục tổn thương.

4. Hồ sơ bệnh án

- Đầy đủ theo qui định: thủ tục hành chính, cam đoan chấp nhận phẫu thuật, thủ thuật và gây mê hồi sức.
- Ghi nhận xét trước phẫu thuật về tình trạng người bệnh, mức độ tổn thương.
- Các xét nghiệm về máu, nước tiểu, điện tim, trong giới hạn cho phép phẫu thuật.

- Xquang xương bàn - ngón chân thẳng nghiêng thường quy và chụp cắt lớp vi tính nếu cần.
- Xquang phổi thường quy.
- Điều trị bằng thuốc chống lao trước phẫu thuật ít nhất 2 tuần.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Tư thế

Người bệnh nằm ở tư thế thuận lợi bộc lộ được vùng tổn thương một cách rõ ràng nhất.

2. Vô cảm

Gây tê tủy sống.

3. Kỹ thuật

- Sát trùng vùng phẫu thuật bằng dung dịch betadine.
- Đường rạch: rạch da trực tiếp vào vùng tổn thương hoặc qua miệng vết rò.
- Lần lượt tách cân cơ, tách tổ chức đường rò và bộc lộ vùng xương bàn ngón chân bị tổn thương.
- Nạo sạch tổ chức viêm lao bằng thìa nạo; lưu ý khi nạo ở các đốt ngón có thể chỉ cần làm tối thiểu, tránh để hoại tử hoặc cắt cụt không cần thiết.
- Lấy tổ chức tổn thương làm xét nghiệm mô bệnh, nuôi cấy tìm vi khuẩn và làm kháng sinh đồ.
- Rửa sạch vùng mổ bằng nước ôxy già và betadine.
- Cầm máu vùng mổ.
- Kiểm tra an toàn vùng phẫu thuật.
- Đặt bác gạc vào những điểm rò đã được nạo để cầm máu, băng ép, thay bác gạc hàng ngày.

VI. THEO DÕI VÀ XỬ LÝ TAI BIẾN

1. Theo dõi

Mạch, huyết áp, nhiệt độ, nhịp thở.

2. Xử lý

- Thuốc giảm đau.
- Kháng sinh chống bội nhiễm 3-5 ngày.
- Thường không có diễn biến gì đặc biệt phải xử lý.
- Lưu ý: dùng thuốc chống lao đầy đủ theo phác đồ quy định ngay sau khi phẫu thuật.

PHẪU THUẬT DẪN LƯU ÁP XE LẠNH THẮT LƯNG DO LAO

I. ĐẠI CƯƠNG

Là kỹ thuật mở, nạo vét, dẫn lưu tổ chức viêm, áp xe lạnh do lao cột sống vùng lưng - thắt lưng. Áp xe lạnh do lao cột sống vùng này thường là những khối sưng phồng, ít khi nóng đỏ, dễ phát hiện trên lâm sàng, ở hai vị trí là điểm yếu của thắt lưng (tứ giác thắt lưng Grynfeld và tam giác thắt lưng Petit). Thường là các ổ áp xe từ cơ thắt lưng chậu cùng bên lan ra phía sau; một số ít gặp do lao khớp sườn - mỏm ngang D11-12 hoặc do lao gai sau, cung sau của các đốt sống thắt lưng.

II. CHỈ ĐỊNH

Áp xe lạnh do lao cột sống ở những người bệnh có tổn thương lao phối hợp, lao toàn thể toàn trạng yếu, không cho phép phẫu thuật kéo dài, mục đích là làm thoát lưu ổ áp xe, dẫn lưu được phần lớn ổ lao ra ngoài.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Người bệnh có các rối loạn về hô hấp, tim mạch cấp, rối loạn chức năng đông/chảy máu.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- Phẫu thuật viên nắm vững kỹ thuật mổ chuyên khoa, xử lý tai biến trong và sau phẫu thuật.
- Gây mê viên: gây mê nội khí quản có kinh nghiệm, theo dõi chặt chẽ, tỉ mỉ người bệnh trong và sau phẫu thuật.

2. Dụng cụ

Bộ dụng cụ phẫu thuật chung.

3. Người bệnh

Được giải thích kỹ về cuộc phẫu thuật và tình hình bệnh tật, khả năng hồi phục tổn thương.

4. Hồ sơ bệnh án

- Đầy đủ theo qui định: thủ tục hành chính, cam đoan chấp nhận phẫu thuật, thủ thuật và gây mê hồi sức.

- Ghi nhận xét trước phẫu thuật về tình trạng người bệnh, mức độ tổn thương.
- Các xét nghiệm về máu, nước tiểu, điện tim, siêu âm trong giới hạn cho phép phẫu thuật.
- Xquang cột sống vùng lưng, thắt lưng thẳng, nghiêng thường quy và chụp cắt lớp vi tính hoặc chụp cộng hưởng từ cột sống.
- Xquang phổi thường quy tìm tổn thương lao phổi hợp.
- Điều trị bằng thuốc chống lao trước phẫu thuật ít nhất 2 tuần.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Tư thế

Người bệnh nằm nghiêng sấp 110 độ, vị trí ổ áp xe ở phía thuận tiện cho phẫu thuật viên.

2. Vô cảm

Gây mê nội khí quản hoặc gây mê tĩnh mạch.

3. Kỹ thuật

- Sát trùng vùng phẫu thuật bằng dung dịch betadine.
- Đường rạch: rạch da 5-6cm, chính giữa ổ áp xe.
- Cắt các cơ bằng dao điện.
- Thông thường khối áp xe có thể nhận biết bằng mắt thường hoặc bằng tay, bằng kim chọc dò. Mủ lao thường có màu sắc khá đặc trưng: màu vàng kem, có thể loãng hoặc sền sệt như sữa đặc, lợn cợn bã đậu, vụn xương chết.
- Phẫu thuật viên dùng ngón tay hoặc thìa nạo làm sạch lòng ổ, có thể kiểm tra đốt sống bị tổn thương.
- Hút hết mủ và tổ chức viêm lao, bã đậu, lấy hết các mảnh xương chết, đĩa đệm bị hỏng, nạo sạch lòng ổ, lau rửa bằng nước ô xy già và betadine, cầm máu kỹ vùng mổ.
- Lấy tổ chức tổn thương làm xét nghiệm mô bệnh, lấy mủ nuôi cấy tìm vi khuẩn, làm kháng sinh đồ.
- Rửa sạch ổ nhiều lần bằng nước muối sinh lý có pha dung dịch betadine.
- Đặt hai ống dẫn lưu vào lòng ổ áp xe để bơm rửa, để ống dẫn lưu 7-10 ngày.
- Kiểm tra an toàn vùng phẫu thuật.
- Đóng vết mổ theo các lớp giải phẫu.

VI. THEO DÕI VÀ XỬ LÝ TAI BIẾN

1. Theo dõi (lưu ý đặc biệt với người cao tuổi)

- Mạch, huyết áp, nhiệt độ, nhịp thở.
- Bội nhiễm viêm phổi, viêm đường tiết niệu.
- Thể trạng suy kiệt.

2. Xử lý

- Kháng sinh phù hợp chống bội nhiễm.
- Tăng cường dinh dưỡng và sức đề kháng.
- Xoa bóp vận động thụ động.
- Lưu ý: dùng thuốc chống lao đầy đủ theo phác đồ quy định ngay sau khi phẫu thuật.

PHẪU THUẬT DẪN LƯU ÁP XE LẠNH HỔ CHẬU DO LAO

I. ĐẠI CƯƠNG

Tổn thương lao cột sống vùng lưng - thắt lưng thường có áp xe lạnh cơ đái chậu ít hoặc nhiều; không ít trường hợp người bệnh có những khối áp xe rất lớn, hàng lít mủ, thậm chí vài lít, thường gặp ở những người thể trạng yếu, sau đờ, nhiễm HIV phát hiện dễ dàng bằng siêu âm hoặc khám lâm sàng với những ổ áp xe có dung tích lớn.

II. CHỈ ĐỊNH

Tổn thương lao cột sống thắt lưng hoặc thắt lưng - cùng có áp xe lạnh lớn cơ đái chậu một hoặc hai bên cần được dẫn lưu, phối hợp với thuốc điều trị nội khoa, giải quyết triệu chứng sưng đau cho người bệnh.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Người bệnh có các rối loạn về hô hấp, tim mạch cấp, rối loạn chức năng đông/chảy máu.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- Phẫu thuật viên nắm vững kỹ thuật mổ chuyên khoa, xử lý tai biến trong và sau phẫu thuật.
- Gây mê viên: gây mê nội khí quản có kinh nghiệm, theo dõi chặt chẽ, tỉ mỉ người bệnh trong và sau phẫu thuật.

2. Dụng cụ

Bộ dụng cụ phẫu thuật chung.

3. Người bệnh

Được giải thích kỹ về cuộc phẫu thuật và tình hình bệnh tật, khả năng hồi phục tổn thương.

4. Hồ sơ bệnh án

- Đầy đủ theo qui định: thủ tục hành chính, cam đoan chấp nhận phẫu thuật, thủ thuật và gây mê hồi sức.
- Ghi nhận xét trước phẫu thuật về tình trạng người bệnh, mức độ tổn thương.

- Các xét nghiệm (về máu, nước tiểu, điện tim, siêu âm,...) trong giới hạn cho phép phẫu thuật.
- Xquang cột sống vùng lưng, thắt lưng thẳng, nghiêng thường quy và chụp cắt lớp vi tính hoặc chụp cộng hưởng từ cột sống.
- Xquang phổi thường quy tìm tổn thương lao phổi hợp.
- Điều trị bằng thuốc chống lao trước phẫu thuật ít nhất 2 tuần.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Tư thế

Người bệnh nằm ngửa, tùy vị trí nơi tổn thương mà có thể kê thêm một gối độn ở phía dưới để bộc lộ vùng mổ được rõ ràng nhất.

2. Vô cảm

Gây mê nội khí quản hoặc gây mê tĩnh mạch.

3. Kỹ thuật

- Sát trùng vùng phẫu thuật bằng dung dịch betadine.
- Đường rạch: rạch da 6 đến 8cm, song song với cung đùi, cách cung đùi khoảng 4 cm, phía sau cách gai chậu trước trên 2 cm.
- Lần lượt rạch cân cơ chéo lớn, cắt ngang qua cơ chéo bé, cắt ngang qua cơ ngang bong.
- Tách và đẩy phúc mạc nhẹ nhàng vào phía trong, không để rách phúc mạc, nếu rách thì cần khâu lại ngay.
- Dùng van kéo các thành phần của bụng và phúc mạc vào phía trong.
- Bộc lộ cơ đai chậu, lưu ý mạch chậu gốc, niệu quản cả hai bên.
- Thông thường khối áp xe có thể nhận biết bằng mắt thường hoặc bằng tay, bằng kim chọc dò.
- Bộc lộ và mở ổ áp xe.
- Hút hết mủ và tổ chức viêm lao, bã đậu, lấy hết các mảnh xương chết, đĩa đệm bị hỏng, nạo sạch lòng ổ, lau rửa bằng nước ô xy già và betadine, cầm máu kỹ vùng mổ.
- Lấy tổ chức tổn thương làm xét nghiệm mô bệnh, lấy mủ nuôi cấy tìm vi khuẩn và làm kháng sinh đồ.
- Đặt hai ống dẫn lưu vào lòng ổ áp xe để bơm rửa, để ống dẫn lưu 7-10 ngày.
- Kiểm tra an toàn vùng phẫu thuật.
- Đóng vết mổ theo các lớp giải phẫu.

– Nếu áp xe ở hai bên hố chậu thì cần mổ tiếp bên đối diện, kỹ thuật như mô tả trên.

VI. THEO DÕI VÀ XỬ LÝ TAI BIẾN

1. Theo dõi (lưu ý đặc biệt với người cao tuổi)

- Mạch, huyết áp, nhiệt độ, nhịp thở.
- Chảy máu vùng mổ (ít gặp).
- Bội nhiễm viêm phổi, viêm đường tiết niệu.
- Thể trạng suy kiệt.

2. Xử lý

- Kháng sinh phù hợp chống bội nhiễm.
- Tăng cường dinh dưỡng và sức đề kháng.
- Xoa bóp vận động thụ động.
- Lưu ý: dùng thuốc chống lao đầy đủ theo phác đồ quy định ngay sau phẫu thuật.

BƠM RỬA Ổ LAO KHỚP

I. ĐỊNH NGHĨA

Là một động tác góp phần điều trị sau phẫu thuật đối với các ổ lao xương khớp nhằm làm sạch ổ tổn thương lao bằng các dung dịch rửa và sát trùng.

II. CHỈ ĐỊNH

Tổn thương lao xương khớp đã phẫu thuật, có dẫn lưu.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Không có chống chỉ định.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Phẫu thuật viên nắm vững đặc điểm ổ lao xương khớp đã phẫu thuật và đặt dẫn lưu, có thể hướng dẫn cho điều dưỡng viên thực hiện kỹ thuật này tại buồng bệnh.

2. Dụng cụ

Dây truyền dịch, bơm tiêm 10ml, huyết thanh mặn rửa, dung dịch betadine.

3. Người bệnh

Được giải thích kỹ về thủ thuật.

4. Hồ sơ bệnh án

Đầy đủ theo qui định.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Tư thế

Người bệnh nằm ngửa.

2. Vô cảm

Không cần.

3. Kỹ thuật

- Lắp một bộ dây truyền dịch từ chai huyết thanh mặn rửa có pha betadine 1% vào một đầu ống dẫn lưu, để nhỏ giọt 40-50 giọt/phút.
- Dung dịch nói trên sẽ được đưa vào trong lòng ổ áp xe ở cột sống hoặc ổ khớp và được dẫn ra bởi ống dẫn lưu thứ hai (bơm rửa một chiều).
- Kết thúc mỗi lần bơm rửa 500ml, đến khi nước trong (không có cặn mủ) là tốt.
- Mỗi ngày rửa một lần, 5 đến 7 ngày thì ngừng bơm rửa, rút dẫn lưu.

VI. THEO DÕI VÀ XỬ LÝ TAI BIẾN

Thường không có diễn biến gì đặc biệt.

PHẪU THUẬT LẤY HẠCH MẠC TREO TRONG Ổ BỤNG

I. ĐẠI CƯƠNG

Là một động tác mở bụng để lấy hạch mạc treo ruột làm chẩn đoán. Hiện nay nhiều cơ sở có trang bị phẫu thuật nội soi, có thể thực hiện kỹ thuật này một cách thuận lợi và tốt hơn cho người bệnh.

II. CHỈ ĐỊNH

Tổn thương hạch mạc treo: hạch mạc treo to, được xác định trên siêu âm hoặc chụp cắt lớp vi tính, có chẩn đoán là hạch lao hoặc chưa hoàn toàn chắc chắn về chẩn đoán.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Người bệnh có các rối loạn về hô hấp, tim mạch cấp, rối loạn chức năng đông/chảy máu.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Phẫu thuật viên nắm vững kỹ thuật chuyên khoa.

2. Dụng cụ

Bộ dụng cụ phẫu thuật bụng.

3. Người bệnh

Được giải thích kỹ về thủ thuật.

4. Hồ sơ bệnh án

- Đầy đủ theo qui định (thủ tục hành chính, cam đoan chấp nhận phẫu thuật, thủ thuật và gây mê hồi sức).
- Ghi nhận xét trước phẫu thuật về tình trạng người bệnh, mức độ tổn thương.
- Các xét nghiệm (về máu, nước tiểu, điện tim, siêu âm,...) trong giới hạn cho phép phẫu thuật.
- Chụp cắt lớp vi tính hoặc chụp cộng hưởng từ ổ bụng.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Tư thế

Người bệnh nằm ngửa.

2. Vô cảm

Gây mê nội khí quản.

3. Kỹ thuật

- Mở bụng đường trắng giữa, 6cm theo kinh điển.
- Kéo, vén mạc nối lớn, các quai ruột về phía bên, bộc lộ mạc treo ruột.
- Tìm hạch nghi ngờ đã được xác định trên siêu âm hoặc trên phim chụp cắt lớp.
- Phẫu tích nhẹ nhàng, lấy bỏ hạch ra khỏi mạc treo, gửi làm giải phẫu bệnh, xét nghiệm vi sinh, nuôi cấy.
- Thăm dò, kiểm tra các tạng xem có tổn thương phối hợp hay không, lưu ý tìm các hạch khác dọc theo động mạch chủ bụng, cột sống nếu có.
- Cầm máu kỹ vùng mổ.
- Nên đặt một ống dẫn lưu ổ bụng, rút sau 24 giờ.
- Đóng thành bụng theo các lớp giải phẫu.

VI. THEO DÕI VÀ XỬ LÝ TAI BIẾN

Thường không có gì đặc biệt.

PHẪU THUẬT BÓC TÁCH CẮT BỎ HẠCH LAO TO VÙNG CỔ

I. ĐẠI CƯƠNG

Thực tế có thể gặp một hoặc nhiều hạch lao to vùng cổ, hạch thường mềm, di động được; có thể có nhiều lứa tuổi hạch trong cùng một thời gian điều trị. Thông thường người bệnh được điều trị nhiều tháng thuốc lao song hạch không nhỏ đi, việc mổ lấy bỏ hạch là cần thiết.

II. CHỈ ĐỊNH

Tổn thương hạch lao to vùng cổ không đáp ứng với điều trị nội khoa.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Người bệnh có các rối loạn về hô hấp, tim mạch cấp, rối loạn chức năng đông/chảy máu.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- Phẫu thuật viên nắm vững kỹ thuật mổ chuyên khoa.
- Gây mê viên: gây mê có kinh nghiệm, theo dõi chặt chẽ, tỉ mỉ người bệnh trong và sau phẫu thuật.

2. Dụng cụ

Bộ dụng cụ phẫu thuật chung.

3. Người bệnh

Được giải thích kỹ về cuộc phẫu thuật và tình hình bệnh tật, khả năng hồi phục tổn thương.

4. Hồ sơ bệnh án

- Đầy đủ theo qui định: thủ tục hành chính, cam đoan chấp nhận phẫu thuật, thủ thuật và gây mê hồi sức.
- Ghi nhận xét trước phẫu thuật về tình trạng người bệnh, mức độ tổn thương.
- Các xét nghiệm về máu, nước tiểu, điện tim, siêu âm, trong giới hạn cho phép phẫu thuật.
- Xquang phổi thường quy tìm tổn thương phổi hợp (lao phổi, lao hạch trung thất).

- Siêu âm bụng tìm hạch mạc treo, hạch ổ bụng nói chung.
- Đã được điều trị thuốc lao nhiều tháng.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Tư thế

Người bệnh nằm ngửa, mặt quay sang phía bên đối diện, bộc lộ vùng cổ dự định phẫu thuật, kê một gối dưới vai cùng bên.

2. Vô cảm

Gây mê tĩnh mạch hoặc gây mê nội khí quản.

3. Kỹ thuật

- Sát trùng vùng phẫu thuật bằng dung dịch betadine.
- Đường rạch: chọn những đường rạch có lợi nhất để tiếp cận vào khối hạch, tránh được các mạch máu vùng cổ, có thể đi trước hoặc đi sau cơ ức - đòn - chũm, thường chọn đường rạch ngang theo nếp lằn cổ; do da vùng cổ dễ căng dẫn và di động nên sau khi rạch da, có thể tách cân cơ theo hướng dọc với các cơ để đỡ chảy máu.
- Lần lượt rạch cân cổ nông, tách các thành phần liên quan, bộc lộ dần đến vỏ hạch, thông thường vỏ hạch lao hay bị dính vào các tổ chức xung quanh, gỡ dính, bóc tách, tỉ mỉ, nhẹ nhàng, từng bước cô lập hạch đến tận đáy của hạch, cắt và lấy bỏ hạch.
- Cầm máu kỹ vùng mổ bằng dao điện.
- Kiểm tra an toàn vùng phẫu thuật.
- Đóng vết mổ theo các lớp giải phẫu.
- Có thể bóc tách, cắt bỏ nhiều hạch trong một lần phẫu thuật.
- Lấy hạch làm xét nghiệm mô bệnh, nuôi cấy vi khuẩn, làm kháng sinh đồ.

VI. THEO DÕI VÀ XỬ LÝ TAI BIẾN

1. Theo dõi

Mạch, huyết áp, nhiệt độ, nhịp thở.

2. Xử lý

- Thuốc giảm đau.
- Kháng sinh chống bội nhiễm 3-5 ngày.
- Thường không phải xử lý gì đặc biệt.
- Lưu ý: dùng thuốc chống lao đầy đủ theo phác đồ quy định ngay sau khi phẫu thuật.

PHẪU THUẬT BÓC TÁCH CẮT BỎ HẠCH LAO TO VÙNG NÁCH

I. ĐẠI CƯƠNG

Thực tế có thể gặp một hoặc nhiều hạch lao to vùng nách, hạch thường mềm, di động được; có thể có nhiều lứa tuổi hạch trong cùng một thời gian điều trị. Thông thường người bệnh được điều trị nhiều tháng thuốc lao song hạch không nhỏ đi, việc mổ lấy bỏ hạch là cần thiết.

II. CHỈ ĐỊNH

Tổn thương hạch lao to vùng nách không đáp ứng với điều trị nội khoa.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Người bệnh có các rối loạn về hô hấp, tim mạch cấp, rối loạn chức năng đông/chảy máu.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- Phẫu thuật viên nắm vững kỹ thuật mổ chuyên khoa.
- Gây mê viên: gây mê có kinh nghiệm, theo dõi chặt chẽ, tử mủ người bệnh trong và sau phẫu thuật.

2. Dụng cụ

Bộ dụng cụ phẫu thuật trung phẫu.

3. Người bệnh

Được giải thích kỹ về cuộc phẫu thuật và tình hình bệnh tật, khả năng hồi phục tổn thương.

4. Hồ sơ bệnh án

- Đầy đủ theo qui định: thủ tục hành chính, cam đoan chấp nhận phẫu thuật, thủ thuật và gây mê hồi sức.
- Ghi nhận xét trước phẫu thuật về tình trạng người bệnh, mức độ tổn thương.
- Các xét nghiệm về máu, nước tiểu, điện tim, siêu âm, trong giới hạn cho phép phẫu thuật.
- Xquang phổi thường quy tìm tổn thương phối hợp (lao phổi, lao hạch trung thất).

- Siêu âm bụng tìm hạch ổ bụng nếu có.
- Đã điều trị bằng thuốc chống lao nhiều tháng.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Tư thế

Người bệnh nằm ngửa, tay giạng 90 độ, bộc lộ vùng nách dự định phẫu thuật, kê một gối dưới vai cùng bên.

2. Vô cảm

Gây mê tĩnh mạch hoặc gây mê nội khí quản.

3. Kỹ thuật

- Sát trùng vùng phẫu thuật bằng dung dịch betadine.
- Đường rạch: chọn những đường rạch có lợi nhất để tiếp cận vào khối hạch, tránh được các mạch máu vùng nách.
- Lăn lượt rạch da, cân nông ở nách, tách các thành phần liên quan, bộc lộ dần đến vỏ hạch, thông thường vỏ hạch lao hay bị dính vào các tổ chức xung quanh, gỡ dính, bóc tách, từng bước cô lập hạch đến tận đáy của hạch, cắt và lấy bỏ hạch.
- Cầm máu kỹ vùng mổ bằng dao điện.
- Kiểm tra an toàn vùng phẫu thuật.
- Đóng vết mổ theo các lớp giải phẫu.
- Có thể bóc tách, cắt bỏ nhiều hạch trong một lần phẫu thuật.
- Lấy hạch làm xét nghiệm mô bệnh, nuôi cấy vi khuẩn và làm kháng sinh đồ.

VI. THEO DÕI VÀ XỬ LÝ TAI BIẾN

1. Theo dõi

Mạch, huyết áp, nhiệt độ, nhịp thở.

2. Xử lý

- Thuốc giảm đau.
- Kháng sinh chống bội nhiễm 3-5 ngày.
- Thường không phải xử lý gì đặc biệt.
- Lưu ý: dùng thuốc chống lao đầy đủ theo phác đồ quy định ngay sau khi phẫu thuật.

PHẪU THUẬT BÓC TÁCH CẮT BỎ HẠCH LAO TO VÙNG BỤNG

I. ĐẠI CƯƠNG

Thực tế có thể gặp một hoặc nhiều hạch lao to vùng bụng, hạch thường mềm, di động được; có thể có nhiều lứa tuổi hạch trong cùng một thời gian điều trị. Thông thường người bệnh được điều trị nhiều tháng thuốc lao song hạch không nhỏ đi, việc mổ lấy bỏ hạch là cần thiết.

II. CHỈ ĐỊNH

Tổn thương hạch lao to vùng bụng không đáp ứng với điều trị nội khoa.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Người bệnh có các rối loạn về hô hấp, tim mạch cấp, rối loạn chức năng đông/chảy máu.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- Phẫu thuật viên nắm vững kỹ thuật mổ chuyên khoa.
- Gây mê viên: gây mê có kinh nghiệm, theo dõi chặt chẽ, tử mủ người bệnh trong và sau phẫu thuật.

2. Dụng cụ

Bộ dụng cụ phẫu thuật chung.

3. Người bệnh

Được giải thích kỹ về cuộc phẫu thuật và tình hình bệnh tật, khả năng hồi phục tổn thương.

4. Hồ sơ bệnh án

- Đầy đủ theo qui định: thủ tục hành chính, cam đoan chấp nhận phẫu thuật, thủ thuật và gây mê hồi sức.
- Ghi nhận xét trước phẫu thuật về tình trạng người bệnh, mức độ tổn thương.
- Các xét nghiệm về máu, nước tiểu, điện tim, siêu âm, trong giới hạn cho phép phẫu thuật.

- Xquang phổi thường quy tìm tổn thương phổi hợp (lao phổi, lao hạch trung thất).
- Siêu âm bụng tìm tổn thương hạch ổ bụng nếu có.
- Đã điều trị lao nhiều tháng.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Tư thế

Người bệnh nằm ngửa, bộc lộ vùng bẹn dự định phẫu thuật.

2. Vô cảm

Gây mê tĩnh mạch hoặc gây mê nội khí quản.

3. Kỹ thuật

- Sát trùng rộng rãi vùng phẫu thuật bằng dung dịch betadine.
- Đường rạch: chọn những đường rạch có lợi nhất để tiếp cận vào khối hạch, tránh được các mạch máu vùng bẹn.
- Lăn lượt rạch da, cân nông ở bẹn, tách các thành phần liên quan, bộc lộ dần đến vỏ hạch, thông thường vỏ hạch lao hay bị dính vào các tổ chức xung quanh, gỡ dính, bóc tách, từng bước cô lập hạch đến tận đáy của hạch, cắt và lấy bỏ hạch.
- Cầm máu kỹ vùng mổ bằng dao điện.
- Kiểm tra an toàn vùng phẫu thuật.
- Đóng vết mổ theo các lớp giải phẫu.
- Có thể bóc tách, cắt bỏ nhiều hạch trong một lần phẫu thuật.
- Lấy hạch làm xét nghiệm mô bệnh, nuôi cấy tìm vi khuẩn, làm kháng sinh đồ.

VI. THEO DÕI VÀ XỬ LÝ TAI BIẾN

1. Theo dõi

Mạch, huyết áp, nhiệt độ, nhịp thở.

2. Xử lý

- Thuốc giảm đau.
- Kháng sinh chống bội nhiễm 3-5 ngày.
- Thường không phải xử lý gì đặc biệt.
- Lưu ý: dùng thuốc chống lao đầy đủ theo phác đồ quy định ngay sau khi phẫu thuật.

PHẪU THUẬT CHỈNH HÌNH CẮT BỎ SẸO XẤU DO LAO HẠCH CỔ

I. ĐẠI CƯƠNG

Một số trường hợp lao hạch cổ có rò mủ, sau khi điều trị khỏi bệnh lao, vết rò khô, liền miệng, để lại sẹo dính và xấu, người bệnh có nhu cầu thẩm mỹ, có thể phẫu thuật gỡ dính, cắt bỏ sẹo. Thông thường có một hoặc vài vết sẹo nhỏ đường kính dưới 1cm; những trường hợp do chấn thương, do bỏng, sẹo có diện tích lớn cần vá da, chuyển vạt da, vv... không đề cập ở đây.

II. CHỈ ĐỊNH

Lao hạch cổ có vết rò để lại sẹo xấu đã điều trị đầy đủ, khỏi bệnh.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Người bệnh có các rối loạn về hô hấp, tim mạch cấp.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Phẫu thuật viên nắm vững kỹ thuật chuyên khoa.

2. Dụng cụ

Bộ dụng cụ phẫu thuật chung.

3. Người bệnh

Được giải thích kỹ về thủ thuật.

4. Hồ sơ bệnh án

– Đầy đủ theo qui định thủ tục hành chính, cam đoan chấp nhận phẫu thuật, thủ thuật và gây mê hồi sức.

– Ghi nhận xét trước phẫu thuật về tình trạng người bệnh, mức độ tổn thương.

– Các xét nghiệm về máu, nước tiểu, điện tim trong giới hạn cho phép phẫu thuật.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Tư thế

Người bệnh nằm ngửa.

2. Vô cảm

Gây tê tại chỗ. Có thể tiền mê hoặc giảm đau toàn thân tăng cường khi cần.

3. Kỹ thuật

- Tùy vị trí vết sẹo mà có đường rạch da hợp lý, thường là đường song song với nếp lằn cổ.
- Cắt bỏ sẹo theo kiểu hình múi cam.
- Gỡ dính để mép da và tổ chức dưới da được khếp sát vào nhau, không bị căng.
- Sát trùng kỹ vùng mổ.
- Khâu phục hồi vết mổ, khâu trong da bằng chỉ tự tiêu 5/0 (khâu thẩm mỹ).

VI. THEO DÕI VÀ XỬ LÝ TAI BIẾN

Thường không có gì đặc biệt.

PHẪU THUẬT CHỈNH HÌNH CẮT BỎ SẸO XẤU DO LAO THÀNH NGỰC

I. ĐẠI CƯƠNG

Một số trường hợp lao thành ngực có rò mủ, sau khi điều trị khỏi bệnh lao, vết rò khô, liền miệng, để lại sẹo dính và xấu, người bệnh có nhu cầu thẩm mỹ, có thể phẫu thuật gỡ dính, cắt bỏ sẹo. Thông thường có một hoặc vài vết sẹo nhỏ đường kính dưới 1cm; những trường hợp do chấn thương, do bỏng, sẹo có diện tích lớn cần vá da, chuyển vạt da, v.v... không đề cập ở đây.

II. CHỈ ĐỊNH

Lao thành ngực có vết rò để lại sẹo xấu, đã điều trị đầy đủ, khỏi bệnh.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Người bệnh có các rối loạn về hô hấp, tim mạch cấp.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Phẫu thuật viên nắm vững kỹ thuật chuyên khoa.

2. Dụng cụ

Bộ dụng cụ phẫu thuật chung.

3. Người bệnh

Được giải thích kỹ về thủ thuật.

4. Hồ sơ bệnh án

– Đầy đủ theo qui định: thủ tục hành chính, cam đoan chấp nhận phẫu thuật, thủ thuật và gây mê hồi sức.

– Ghi nhận xét trước phẫu thuật về tình trạng người bệnh, mức độ tổn thương.

– Các xét nghiệm về máu, nước tiểu, điện tim, trong giới hạn cho phép phẫu thuật.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Tư thế

Người bệnh nằm tư thế thuận lợi bộc lộ tổn thương.

2. Vô cảm

Gây tê tại chỗ. Có thể tiền mê hoặc giảm đau toàn thân khi cần.

3. Kỹ thuật

– Tùy vị trí và mức độ dính của vết sẹo mà có đường rạch da hợp lý, thường là đường song song với kẽ sườn.

– Cắt bỏ sẹo theo hình múi cam.

– Gỡ dính để mép da và tổ chức dưới da được khếp sát vào nhau, không bị căng.

– Sát trùng kỹ vết mổ.

– Khâu phục hồi vết mổ, khâu trong da với chỉ tự tiêu 5/0 (khâu thẩm mỹ).

VI. THEO DÕI VÀ XỬ LÝ TAI BIẾN

Thường không có gì đặc biệt.

PHẪU THUẬT CHỈNH HÌNH CẮT BỎ SẸO XẤU CÁC KHỚP NGOẠI BIÊN

I. ĐẠI CƯƠNG

Một số trường hợp lao khớp ngoại biên (khớp khuỷu, cổ tay, gối, cổ chân...) có rò mủ, sau khi điều trị khỏi bệnh lao, vết rò khô, liền miệng, để lại sẹo dính và xấu, người bệnh có nhu cầu thẩm mỹ, có thể phẫu thuật gỡ dính, cắt bỏ sẹo. Thông thường có một hoặc vài vết sẹo nhỏ đường kính dưới 1cm; những trường hợp do chấn thương, do bỏng, sẹo có diện tích lớn cần vá da, chuyển vạt da, v.v... không đề cập ở đây.

II. CHỈ ĐỊNH

Lao khớp ngoại biên có vết rò để lại sẹo xấu, đã điều trị đầy đủ, khỏi bệnh.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Người bệnh có các rối loạn về hô hấp, tim mạch cấp.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Phẫu thuật viên nắm vững kỹ thuật chuyên khoa.

2. Dụng cụ

Bộ dụng cụ phẫu thuật chung.

3. Người bệnh

Được giải thích kỹ về thủ thuật.

4. Hồ sơ bệnh án

- Đầy đủ theo qui định: thủ tục hành chính, cam đoan chấp nhận phẫu thuật, thủ thuật và gây mê hồi sức.
- Ghi nhận xét trước phẫu thuật về tình trạng người bệnh, mức độ tổn thương.
- Các xét nghiệm về máu, nước tiểu, điện tim, trong giới hạn cho phép phẫu thuật.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Tư thế

Người bệnh nằm tư thế thuận lợi bộc lộ tổn thương.

2. Vô cảm

Gây tê tại chỗ.

3. Kỹ thuật

- Tùy vị trí và mức độ dính của vết sẹo mà có đường rạch da hợp lý, thường là đường song song với trục của chi.
- Cắt bỏ sẹo theo hình múi cam.
- Gỡ dính để mép da và tổ chức dưới da được khép sát vào nhau, không bị căng.
- Sát trùng kỹ vết mổ.
- Khâu phục hồi vết mổ, khâu trong da với chỉ tỳ tiêu 5/0 (khâu thẩm mỹ).

VI. THEO DÕI VÀ XỬ LÝ TAI BIẾN

Thường không có gì đặc biệt.

SINH THIẾT HẠCH CỔ

I. ĐẠI CƯƠNG

Trong một số trường hợp phát hiện hạch vùng cổ nhưng chẩn đoán chưa rõ ràng việc sinh thiết lấy hạch làm mô bệnh để làm sáng tỏ chẩn đoán.

II. CHỈ ĐỊNH

Hạch vùng cổ chưa rõ nguyên nhân.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Người bệnh có các rối loạn về hô hấp, tim mạch cấp, rối loạn chức năng đông/chảy máu.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- Phẫu thuật viên nắm vững kỹ thuật mổ chuyên khoa.
- Gây mê viên: gây mê có kinh nghiệm, theo dõi chặt chẽ, tỉ mỉ người bệnh trong và sau phẫu thuật.

2. Dụng cụ

Bộ dụng cụ tiểu phẫu.

3. Người bệnh

Được giải thích kỹ về cuộc phẫu thuật và tình hình bệnh tật, khả năng hồi phục tổn thương.

4. Hồ sơ bệnh án

- Đầy đủ theo qui định: thủ tục hành chính, cam đoan chấp nhận phẫu thuật, thủ thuật và gây mê hồi sức.
- Ghi nhận xét trước phẫu thuật về tình trạng người bệnh, sự cần thiết phải làm thủ thuật.
- Các xét nghiệm về máu, nước tiểu, điện tim, trong giới hạn cho phép phẫu thuật.
- Xquang phổi thường quy.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Tư thế

Người bệnh nằm ngửa, mặt quay sang phía bên đối diện, bộc lộ vùng cổ dự định phẫu thuật, kê một gối dưới vai cùng bên.

2. Vô cảm

Gây mê tĩnh mạch, hạch nhỏ có thể gây tê tại chỗ.

3. Kỹ thuật

- Sát trùng vùng phẫu thuật bằng dung dịch betadine.
- Đường rạch: chọn những đường rạch có lợi nhất để tiếp cận vào khối hạch, tránh được các mạch máu vùng cổ, có thể đi trước hoặc đi sau cơ ức - đòn - chũm, chọn đường rạch ngang theo nếp lằn cổ.
- Lần lượt rạch cân cổ nông, tách các thành phần liên quan, bộc lộ dần đến vỏ hạch, gỡ dính, bóc tách nhẹ nhàng, từng bước cô lập hạch đến tận đáy của hạch, cắt và lấy bỏ hạch, gửi làm mô bệnh, xét nghiệm vi sinh, nuôi cấy.
- Cầm máu kỹ vùng mổ bằng dao điện.
- Kiểm tra an toàn vùng phẫu thuật.
- Đóng vết mổ theo các lớp giải phẫu.
- Có thể bóc tách, cắt bỏ nhiều hạch trong một lần phẫu thuật.

VI. THEO DÕI VÀ XỬ LÝ TAI BIẾN

1. Theo dõi

Mạch, huyết áp, nhiệt độ, nhịp thở.

2. Xử lý

- Thuốc giảm đau.
- Kháng sinh chống bội nhiễm 3-5 ngày.
- Thường không phải xử lý gì đặc biệt.

CHỌC HÚT KIM NHỎ CHẨN ĐOÁN TẾ BÀO HẠCH NGOẠI VI

I. ĐẠI CƯƠNG

Kỹ thuật tế bào học bằng chọc hút kim nhỏ là phương pháp lấy dịch hạch để chẩn đoán tế bào. Đây là phương pháp đơn giản, rẻ tiền, có thể áp dụng ở nhiều cơ sở y tế.

II. CHỈ ĐỊNH

Theo chỉ định của bác sĩ lâm sàng: sờ thấy hạch ngoại vi.

Hạch chưa rõ nguyên nhân cần phải phân biệt:

- Hạch viêm hay hạch lao.
- Hạch lao hay hạch ung thư.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Không có chống chỉ định. Tuy nhiên, không nên chọc hút tế bào ở những bệnh nhân có tình trạng chảy máu trầm trọng đã có chống chỉ định ngoại khoa (bệnh rối loạn đông máu) hoặc không nên tiến hành ở những cơ sở mà trình độ chuyên môn còn kém hoặc không được đào tạo chuyên sâu về kỹ thuật này.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Bác sĩ giải phẫu bệnh, kỹ thuật viên hoặc bác sĩ lâm sàng đã được đào tạo về kỹ thuật chọc.

2. Dụng cụ

Kim nhỏ kích cỡ 21-23, bơm tiêm 10ml hay 20ml, bông, gạc, cồn, băng dính, vv...

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Chuẩn bị dụng cụ.
- Giải thích cho bệnh nhân an tâm, giúp thủ thuật được tiến hành dễ dàng. Người bệnh có thể nằm hoặc ngồi tùy theo vị trí hạch tổn thương.
- Thăm khám lâm sàng, xác định vị trí tổn thương.

- Căng da, nhẹ nhàng và dứt khoát đưa kim qua da và tổ chức dưới da vào tổn thương.
- Dùng pít tông và lực ở tay tạo áp lực âm để lấy bệnh phẩm vào lòng kim.
- Xoay kim theo ba hướng khác nhau trong lòng tổn thương đảm bảo đúng và đủ bệnh phẩm. Kim không được rút trong quá trình hút để bệnh phẩm luôn nằm trong lòng kim mà không bị hút vào bơm tiêm.
- Giải phóng áp lực âm một cách từ từ trước khi rút kim.
- Tháo kim khỏi bơm tiêm.
- Làm đầy không khí trong bơm tiêm.
- Lấp bơm tiêm đã có không khí vào kim.
- Đặt nhẹ nhàng một giọt bệnh phẩm lên một đầu lam kính.
- Dàn bệnh phẩm tạo thành phiến đồ bằng cách lấy một lam kính khác đặt đè lên trên và nhẹ nhàng kéo hai lam kính theo hai hướng ngược chiều nhau.
- Phiến đồ để khô rồi cố định bằng cồn tuyệt đối.
- Chuyển tiêu bản đến phòng xét nghiệm tế bào để nhuộm và đọc kết quả.

VI. THEO DÕI VÀ XỬ LÝ TAI BIẾN

Nhìn chung, chọc hút kim nhỏ ít hoặc không có biến chứng và các biến chứng thường nhẹ và có thể kiểm soát được:

- Gây đau cho bệnh nhân, gây cơn choáng nhẹ.
- Chảy máu, tụ máu.
- Chọc nhầm vào mạch máu.
- Chọc vào đỉnh phổi gây tràn khí màng phổi
- Gây nhiễm trùng thứ phát tại chỗ chọc.

PHẪU THUẬT NẠO RÒ HẠCH LAO VÙNG CỔ

I. ĐẠI CƯƠNG

Thực tế có thể gặp người bệnh bị lao hạch cổ với một hoặc nhiều hạch lao bị áp xe hóa, rò mủ dai dẳng, thường để lại sẹo xấu. Việc mổ nạo rò phối hợp với điều trị nội khoa là cần thiết.

II. CHỈ ĐỊNH

Tổn thương hạch lao vùng cổ rò mủ.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Người bệnh có các rối loạn về hô hấp, tim mạch cấp, rối loạn chức năng đông/chảy máu.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- Phẫu thuật viên nắm vững kỹ thuật mổ chuyên khoa.
- Gây mê viên: gây mê có kinh nghiệm, theo dõi chặt chẽ, tỉ mỉ người bệnh trong và sau phẫu thuật.

2. Dụng cụ

Bộ dụng cụ phẫu thuật trung phẫu.

3. Người bệnh

Được giải thích kỹ về cuộc phẫu thuật và tình hình bệnh tật, khả năng hồi phục tổn thương.

4. Hồ sơ bệnh án

- Đầy đủ theo qui định: thủ tục hành chính, cam đoan chấp nhận phẫu thuật, thủ thuật và gây mê hồi sức.
- Ghi nhận xét trước phẫu thuật về tình trạng người bệnh, mức độ tổn thương.
- Các xét nghiệm về máu, nước tiểu, điện tim, trong giới hạn cho phép phẫu thuật.
- Xquang phổi thường quy tìm tổn thương phối hợp (lao phổi, hạch lao trung thất).

- Siêu âm bụng tìm hạch trong ổ bụng nếu có.
- Đã điều trị thuốc lao nhiều tháng.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Tư thế

Người bệnh nằm ngửa, mặt quay sang phía bên đối diện, bộc lộ vùng cổ dự định phẫu thuật, kê một gối dưới vai cùng bên.

2. Vô cảm

Gây mê tĩnh mạch.

3. Kỹ thuật

- Sát trùng vùng phẫu thuật bằng dung dịch betadine.
- Dùng thìa nạo, nạo trực tiếp vào các đường rò, có thể mở rộng đường rò bằng dao điện nếu thấy cần thiết.
- Lưu ý nạo đến tận đáy hạch, tìm các đường thông nhau giữa các hạch bị lao và nạo sạch, cầm máu kỹ.
- Rửa vùng mổ bằng nước ôxy già và betadine.
- Kiểm tra an toàn vùng phẫu thuật.
- Thường không khâu da.
- Đặt các bác gạc nhỏ tẩm betadine vào các đường rò, hàng ngày thay các bác gạc này, trong khoảng 1 tuần.
- Có thể nạo rất nhiều hạch ở hai bên cổ trong một lần phẫu thuật.
- Lấy tổ chức hạch, đường rò làm xét nghiệm mô bệnh, nuôi cấy vi khuẩn và làm kháng sinh đồ vi khuẩn.

VI. THEO DÕI VÀ XỬ LÝ TAI BIẾN

1. Theo dõi

Mạch, huyết áp, nhiệt độ, nhịp thở.

2. Xử lý

- Thuốc giảm đau.
- Kháng sinh chống bội nhiễm 3-5 ngày.
- Thường không phải xử lý gì đặc biệt.
- Lưu ý: dùng thuốc chống lao đầy đủ theo phác đồ quy định ngay sau khi phẫu thuật.

PHẪU THUẬT NẠO RÒ HẠCH LAO VÙNG NÁCH

I. ĐẠI CƯƠNG

Thực tế có thể gặp người bệnh với một hoặc nhiều hạch lao ở nách bị áp xe hóa, rò mủ dai dẳng, thường để lại sẹo xấu. Việc mổ nạo rò phổi hợp với điều trị nội khoa là cần thiết.

II. CHỈ ĐỊNH

Tổn thương hạch lao vùng nách rò mủ.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Người bệnh có các rối loạn về hô hấp, tim mạch cấp, rối loạn chức năng đông/chảy máu.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- Phẫu thuật viên nắm vững kỹ thuật mổ chuyên khoa.
- Gây mê viên: gây mê có kinh nghiệm, theo dõi chặt chẽ, tỉ mỉ người bệnh trong và sau phẫu thuật.

2. Phương tiện

Bộ dụng cụ phẫu thuật trung phẫu.

3. Người bệnh

Được giải thích kỹ về cuộc phẫu thuật và tình hình bệnh tật, khả năng hồi phục tổn thương.

4. Hồ sơ bệnh án

- Đầy đủ theo qui định: thủ tục hành chính, cam đoan chấp nhận phẫu thuật, thủ thuật và gây mê hồi sức.
- Ghi nhận xét trước phẫu thuật về tình trạng người bệnh, mức độ tổn thương.
- Các xét nghiệm về máu, nước tiểu, điện tim, trong giới hạn cho phép phẫu thuật.
- Xquang phổi thường quy tìm tổn thương phổi hợp (lao phổi, hạch lao trung thất).

- Siêu âm bụng tìm hạch trong ổ bụng nếu có.
- Đã điều trị thuốc lao nhiều tháng.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Tư thế

Người bệnh nằm ngửa, mặt quay sang phía bên đối diện, bộc lộ vùng nách dự định phẫu thuật, kê một gối dưới vai cùng bên.

2. Vô cảm

Gây mê tĩnh mạch.

3. Kỹ thuật

- Sát trùng vùng phẫu thuật bằng dung dịch betadine.
- Dùng thìa nạo, nạo trực tiếp vào các đường rò, có thể mở rộng đường rò bằng dao điện nếu thấy cần thiết.
- Lưu ý nạo đến tận đáy hạch, tìm các đường thông nhau giữa các hạch bị lao và nạo sạch, cầm máu kỹ.
- Rửa vùng mổ bằng nước ôxy già và betadine.
- Kiểm tra an toàn vùng phẫu thuật.
- Thường không khâu da.
- Có thể đặt các bác gạc vào miệng các vết rò, thay băng hàng ngày.
- Có thể nạo rất nhiều hạch ở hai bên nách trong một lần phẫu thuật.
- Lấy hạch và tổ chức đường rò làm xét nghiệm mô bệnh, nuôi cấy vi khuẩn và làm kháng sinh đồ vi khuẩn.

VI. THEO DÕI VÀ XỬ LÝ TAI BIẾN

1. Theo dõi

Mạch, huyết áp, nhiệt độ, nhịp thở.

2. Xử lý

- Thuốc giảm đau.
- Kháng sinh chống bội nhiễm 3-5 ngày.
- Thường không phải xử lý gì đặc biệt.
- Lưu ý: dùng thuốc chống lao đầy đủ theo phác đồ quy định ngay sau khi phẫu thuật.

PHẪU THUẬT NẠO RÒ HẠCH LAO VÙNG BỆN

I. ĐẠI CƯƠNG

Thực tế có thể gặp người bệnh với một hoặc nhiều hạch lao vùng bẹn bị áp xe hóa, rò mủ dai dẳng, thường để lại sẹo xấu. Việc mổ nạo rò phối hợp với điều trị nội khoa là cần thiết.

II. CHỈ ĐỊNH

Tổn thương hạch lao vùng bẹn rò mủ.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Người bệnh có các rối loạn về hô hấp, tim mạch cấp, rối loạn chức năng đông/chảy máu.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- Phẫu thuật viên nắm vững kỹ thuật mổ chuyên khoa.
- Gây mê viên: gây mê có kinh nghiệm, theo dõi chặt chẽ, tỉ mỉ người bệnh trong và sau phẫu thuật.

2. Dụng cụ

Bộ dụng cụ phẫu thuật trung phẫu.

3. Người bệnh

Được giải thích kỹ về cuộc phẫu thuật và tình hình bệnh tật, khả năng hồi phục tổn thương.

4. Hồ sơ bệnh án

- Đầy đủ theo qui định: thủ tục hành chính, cam đoan chấp nhận phẫu thuật, thủ thuật và gây mê hồi sức.
- Ghi nhận xét trước phẫu thuật về tình trạng người bệnh, mức độ tổn thương.
- Các xét nghiệm về máu, nước tiểu, điện tim, trong giới hạn cho phép phẫu thuật.
- Xquang phổi thường quy tìm tổn thương phối hợp (lao phổi, lao hạch trung thất).
- Siêu âm bụng tìm tổn thương hạch nếu có.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Tư thế

Người bệnh nằm ngửa, bộc lộ vùng bẹn dự định phẫu thuật.

2. Vô cảm

Gây mê tĩnh mạch.

3. Kỹ thuật

- Sát trùng rộng rãi vùng bẹn bằng dung dịch betadine.
- Dùng thìa nạo, nạo trực tiếp vào các đường rò, có thể mở rộng đường rò bằng dao điện nếu thấy cần thiết.
- Lưu ý tránh các mạch máu, thần kinh vùng bẹn.
- Nạo đến tận đáy hạch, tìm các đường thông nhau giữa các hạch bị lao và nạo sạch, cầm máu kỹ.
- Rửa vùng mổ bằng nước ôxy già và betadine.
- Kiểm tra an toàn vùng phẫu thuật.
- Thường không khâu da.
- Có thể đặt các bác gạc vào miệng các vết rò và thay bác gạc hàng ngày.
- Có thể nạo rất nhiều hạch ở hai bên bẹn trong một lần phẫu thuật.
- Lấy hạch và tổ chức đường rò làm xét nghiệm mô bệnh, nuôi cấy và làm kháng sinh đồ vi khuẩn.

VI. THEO DÕI VÀ XỬ LÝ TAI BIẾN

1. Theo dõi

Mạch, huyết áp, nhiệt độ, nhịp thở.

2. Xử lý

- Thuốc giảm đau.
- Kháng sinh chống bội nhiễm 3-5 ngày.
- Thường không phải xử lý gì đặc biệt.
- Lưu ý: dùng thuốc chống lao đầy đủ theo phác đồ quy định ngay sau khi phẫu thuật.