Thực hiện theo Quyết định Số: 201/QĐ-BYT “Về việc ban hành tài liệu “Hướng dẫn quy trình kỹ thuật chuyên ngành Ngoại khoa- chuyên khoa Phẫu thuật tiêu hóa và Phẫu thuật nội soi ” ban hành ngày 16 tháng 01 năm 2014. ([link](https://kcb.vn/wp-content/uploads/2015/07/Ph%E1%BA%ABu-thu%E1%BA%ADt-ti%C3%AAu-h%C3%B3a-v%C3%A0-Ph%E1%BA%ABu-thu%E1%BA%ADt-n%E1%BB%99i-soi.pdf))

PHẪU THUẬT CỤC MÁU ĐÔNG DO TRĨ TẮC MẠCH

# I. ĐẠI CƯƠNG

Kỹ thuật gây tê tại chỗ, rạch lấy cục máu đông do búi trĩ tắc mạch, thường là trĩ ngoại. Không can thiệp vào các vị trí khác của ống hậu môn.

# II. CHỈ ĐỊNH

Trĩ ngoại tắc mạch

# III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Sa trĩ tắc mạch lan rộng hoại tử hay đang có viêm nhiễm hậu môn.

# IV. CHUẨN BỊ

Xem bài nguyên tắc chung phẫu thuật vùng hậu môn trực tràng

# V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Tư thế: người bệnh nằm ngửa tư thế sản khoa

2. Vô cảm: tê tại chỗ

3. Kỹ thuật

- Thăm hậu môn, xác định lại chẩn đoán.

- Tiêm thấm dung dịch Xylocain pha Adrenalin để dễ phẫu tích bóc tách.

- Rạch niêm mạc ngay trên cục máu đông.

- Phẫu tích niêm mạc lấy cục máu đông.

- Có thể để mở hay khâu niêm mạc bằng chỉ tiêu nhanh loại 4.0.

# VI. THEO DÕI

- Thường diễn biến đơn giản.

- Đề phòng choáng do dị ứng thuốc. Cần nằm

lại theo dõi 1 – 2 giờ.

- Cho kháng sinh, thuốc giảm đau, nhuận tràng.

- Theo dõi chảy máu hoặc nhiễm khuẩn.

# VII. XỬ TRÍ TAI BIẾN

- Choáng do dị ứng thuốc. Cần nằm lại theo dõi 1 – 2 giờ.

- Chảy máu chỗ bóc tách: băng ép.

THẮT TRĨ NỘI BẰNG VÒNG CAO SU

# I. ĐẠI CƯƠNG

Phương pháp điều trị đơn giản, được thực hiện bằng cách lồng vào gốc búi trĩ nội một vòng cao su. Búi trĩ sẽ hoại tử chậm và rụng sau 7 - 10 ngày.

# II. CHỈ ĐỊNH

Trĩ nội độ 2 và độ 3 nhỏ.

# III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

1. Trĩ độ 3 lớn, độ 4, trĩ hỗn hợp, trĩ huyết khối, trĩ ngoại.

2. Hậu môn viêm nhiễm.

3. Bệnh rối loạn về đông máu, bệnh toàn thân ở giai đoạn cấp, suy giảm miễn dịch HIV dương tính; chỉ điều trị trĩ khi các bệnh đó ổn định.

# IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện: bác sĩ chuyên khoa ngoại tổng quát.

2. Phương tiện: cần có thêm ống soi hậu môn, dụng cụ thắt trĩ và vòng cao su,

bơm tiêm, thuốc tê, nguồn sáng tốt.

3. Người bệnh: hồ sơ bệnh án, chẩn đoán qua nội soi hậu môn – trực tràng. Giải thích kĩ để người bệnh hiểu và cộng tác, không cần cạo lông thụt tháo phân;đi tiểu trước khi làm thủ thuật.

# V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1.Tư thế: nằm ngửa, nghiêng phải ngiêng trái theo yêu cầu của bác sĩ làm thủ thuật.

2. Kỹ thuật

2.1. Thăm hậu môn, soi hậu môn xác định lại chẩn đoán, chọn các búi trĩ sẽ thắt.

2.2. Lau sạch ống hậu môn, bôi thuốc khử khuẩn Betadine. Nếu còn ít phân có

thể đặt một miếng gạc đẩy về phía trực tràng, lấy ra sau khi làm xong thủ thuật.

2.3. Đặt lại ống soi hậu môn, cho dụng cụ thắt trĩ vào, dùng kìm hay máy hút

kéo búi trĩ vào trong ống hình trụ, bật lẫy cho vòng cao su ôm vào gốc búi trĩ.

Có thể thắt 1 - 2 hay 3 búi trĩ trong một lần điều trị.

2.4. Thắt ở trên đường lược ít nhất 5mm (vùng không đau).

2.5. Các lần thắt vòng điều trị cách nhau ít nhất 3 tuần lễ.

2.6. Theo dõi tình trạng người bệnh, phát hiện choáng, điều trị ngay.

# VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

1. Theo dõi

- Mạch, huyết áp trước và sau khi thắt.

- Người bệnh cần nhịn đi ngoài 24 giờ.

- Cho thuốc giảm đau paracetamol, nhuận tràng, an thần.

- Ngâm hậu môn trong nước ấm 2lần/ngày trong 7 ngày.

2. Xử trí

- Đau: do vòng thắt quá thấp, phải tháo vòng đặt lại cao hơn.

- Tuột vòng do đi ngoài sớm: đặt lại vòng.

- Chảy máu khi trĩ rụng, tắc mạch trĩ: theo dõi hoặc dùng thuốc (Daflon,

viêm đạn trĩ). Trường hợp chảy máu nhiều cần kiểm tra lại cầm máu.

- Nhiễm khuẩn nặng: 3 dấu hiệu sốt cao, đau nhiều và bí đái.

(Điều trị kháng sinh, truyền dịch, nhịn ăn uống)

CẮT CÁC U LÀNH VÙNG ĐẦU - CỔ ĐƯỜNG KÍNH DƯỚI 5CM

# I. ĐẠI CƯƠNG

- U vùng da đầu – cổ thường gặp như u phần mềm da đầu (u mỡ, u bã đậu, hạch, …) có đường kính dưới 5cm

# II. CHỈ ĐỊNH

- U có bản chất là u lành tính

- U gây cộm vướng, ảnh hướng đến chức năng sống hoặc thẩm mĩ

# III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- U không có chỉ định phẫu thuật ( Vd: u có tính chất ác tính, u nằm vị trí sâu hoặc lân cận mạch máu vùng cổ)

- Người bệnh quá già yếu, người bệnh có các bệnh lý nền (suy tim, suy thận nặng, đái tháo đường).

# IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện: bác sĩ chuyên khoa ngoại tổng quát

2. Phương tiện

- Bộ dụng cụ phẫu thuật phần mềm.

- Phương tiện gây tê tại chổ

3. Hồ sơ bệnh án

- Theo quy định của Bộ Y tế

- Chú ý mô tả khối u, kích thước.

# V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Vô cảm: Tê tại chỗ

2. Tư thế người bệnh

Tùy từng loại u, vị trí của u mà chuẩn bị tư thế cho phù hợp

3. Đường rạch da

- Tùy từng loại u có thể rạch quanh u hoặc trên u

4. Phẫu tích, cắt u

- Phẫu tích u ra khỏi tổ chức lành xung quanh, đặc biệt chú y các các cấu trúc quan trọng như (thần kinh – mạch máu)

- Căt u khi phẫu tích xong.

- Cầm máu kỹ: Cầm máu bằng Bibolar hoặc dao điện. Trường hợp cần thiết có thể đặt dẫn lưu kín hút liên tục

5. Đóng vết mổ: theo các lớp giải phẫu

# VI. THEO DÕI TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

Chảy máu: Có thể chảy từ mép da, mạch máu nhỏ trong quá trình phẫu thuật à Xử trí: cắt chỉ cầm máu lại.

SUY TĨNH MẠCH MẠN TÍNH Ở CHÂN

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Ở các nước tiên tiến như Châu Âu - Mỹ, bệnh lý tĩnh mạch có một ý nghĩa y tế - xã hội khá quan trọng vì bệnh rất thường gặp chiếm tỉ lệ bệnh lưu hành 25% trong dân số, trong đó có hơn 70% là nữ và khoảng 35% ở những người  đang làm việc, 65% bệnh nhân trên 60 tuổi.

Ở Việt Nam chưa có những công trình nghiên cứu dịch tễ học bệnh tĩnh mạch, tuy nhiên lượng bệnh nhân đến khám các bệnh viện ngày càng tăng.

**II. CHẨN ĐOÁN**

1. Bệnh nhân đến khám bệnh vì các lí do:

- Tĩnh mạch giãn dạng mạng lưới dưới da.

- Biểu hiện các búi tĩnh mạch dãn ngoằn ngoèo.

- Phù chân, mỏi chân, nặng chân, dị cảm chân, vộp bẻ.

- Loét mặt trong cẳng chân, trên mắt cá chân.

2. Khám lâm sàng:

- Thăm hỏi bệnh sử, tiền căn bệnh tĩnh mạch, nghề nghiệp…

- Tìm các dấu hiệu theo phân loại CEAP (bảng phân loại suy giãn tĩnh mạch).

3. Chẩn đoán cận lâm sàng:

- Siêu âm tĩnh mạch xác định:

- Dòng phụt ngược ở tĩnh mạch sâu, hiển lớn hay tĩnh mạch xuyên.

- Đo đường kính của tĩnh mạch đùi, tĩnh mạch hiển để chẩn đoán

4. Phân loại suy tĩnh mạch: phân loại CEAP

Theo Lâm Sàng

C0: bệnh nhân không có triệu chứng.

C1: Giãn mao mạch dưới da hoặc giãn tĩnh mạch dạng lưới kích thước tĩnh mạch giãn < 3mm.

C2: Giãn tĩnh mạch thành búi > 3mm.

C3: Phù chân.

C4: Thâm nhiễm thay đổi màu sắc da vùng trên mắc cá trong.

C5: Loét chân đã lành.

C6: Loét chân đang diễn tiến.

**III. ĐIỀU TRỊ**

***1. Nguyên tắc hoặc mục đích điều trị:***

a. Điều trị dòng máu phụt ngược trong lòng tĩnh mạch sâu, tĩnh mạch nông và tĩnh mạch xuyên.

b. Điều trị búi tĩnh mạch giãn tại chỗ.

c. Điều trị chăm sóc bệnh nhân loét tĩnh mạch.

***2. Điều trị đặc hiệu***

a. Điều trị bằng thuốc:

Diosmin và Hesperidin có hiệu quả đối với các triệu chứng vọp bẻ, tê, nặng chân…

Rutosides có hiệu quả đối với triệu chứng phù chân.

Pentoxifylline, Diosmin- Hesperidin, PGE – 1, Nitrate kẽm trong điều trị loét do tĩnh mạch.

b. Điều trị bằng băng ép áp lực

- Băng ép là phương pháp điều trị bệnh suy tĩnh mạch chi dưới chuẩn mực nhất.

- Băng ép giải quyết được các vấn đề bệnh suy tĩnh mạch: điều trị triệu chứng suy tĩnh mạch, phòng ngừa biến chứng sau phẫu thuật stripping, điều trị loét tĩnh mạch, dự phòng loét tái phát.

- Trong trường hợp bệnh nhân già, bệnh nhân béo phì, bệnh nhân có bệnh động mạch kèm theo thì băng ép không có hiệu quả.

- Băng ép sử dụng vớ y khoa hoặc băng thun.

c. Điều trị bằng phẫu thuật rút bỏ tĩnh mạch( phẫu thuật stripping, phlebectomy)

- Phẫu thuật stripping chỉ định cho mọi trường hợp cần bỏ đi tĩnh mạch hiển lớn hoặc tĩnh mạch hiển bé.

- Phẫu thuật stripping rút bỏ tĩnh mạch hiển lớn từ vị trí đổ vào tĩnh mạch đùi cho tới dưới gối. Cột các nhánh bên gần chỗ đổ vào tĩnh mạch đùi để giảm tái phát.

- Cắt bỏ các búi tĩnh mạch giãn tại những vị trí mà phẫu thuật stripping không lấy hết.

- Băng ép sau mổ để giảm biến chứng tụ máu vết mổ.

- Biến chứng thường gặp: chảy máu, tụ máu vết mổ, huyết khối tĩnh mạch sâu, nhiễm trùng vết mổ chiếm 1%, tổn thương thần kinh hiển chiếm tỉ lệ 5%.

d. Điều trị bằng nhiệt( RFA, Laser Therapy)

- RFA và laser nội mạch là 2 phương pháp sử dụng nhiệt để làm tắc tĩnh mạch loại bỏ dòng phụt ngược.

- Chỉ định cho những tĩnh mạch hiển giãn không ngoằn ngoèo, dễ luồn catheter.

- Các biến chứng có thể gặp: huyết khối tĩnh mạch sâu, phỏng da, nhiễm trùng, viêm tĩnh mạch, di cảm da. Các biến chứng ít gặp và nhẹ.

e. Điều trị bằng xơ hóa

- Xơ hóa là phương pháp chích chất gây xơ dưới dạng dung dịch hoặc dưới dạng bọt khí vào trong lòng tĩnh mạch gây phá hủy lớp tế bào nội mạc gây viêm dính trong lòng tĩnh mạch.

- Chỉ định cho những tĩnh mạch hiển giãn < 12mm.

- Chống chỉ định trong những trường hợp: di ứng thuốc tê, di ứng thuốc gây xơ, huyết khối tĩnh mạch sâu cấp tính, bệnh lý đông máu, bệnh động mạch ngoại biên ABI < 0,8, đang mang thai. Chống chỉ định tương đối: thông liên nhĩ, đau đầu migraines, hội chứng Klippel – Trenaunay.

**IV. TÁI KHÁM VÀ THEO DÕI:**

- Tái khám 1 tuần sau can thiệp.

- Tái khám mỗi tháng để điều trị thuốc trợ tĩnh mạch ít nhất 6 tháng.

-  Hướng dẫn tập vận động, trách tư thế xấu ảnh hưởng đến tĩnh mạch.