

XIII.0147 PHẪU THUẬT CẮT U THÀNH ÂM ĐẠO

I. ĐẠI CƯƠNG

Các khối u thành âm đạo bao gồm các khối u lành tính và ác tính xuất phát từ âm đạo, cách thức phẫu thuật đối với mỗi loại là khác nhau:

- U lành tính: Lấy u đơn thuần
- U ác tính: Cắt rộng âm hộ sâu vào phía trong hoặc cắt bỏ âm đạo và tử cung rộng kèm theo vét hạch chậu 2 bên như trong ung thư cổ tử cung.

II. CHỈ ĐỊNH

- Các khối u lành tính ở âm đạo: u nang, u xơ cơ ...gây cảm giác khó chịu.
- Các khối u ác tính ở âm đạo

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Người bệnh già yếu, mắc các bệnh nội khoa nặng không có khả năng gây mê hoặc gây tê tùy sống.
- Ung thư âm đạo lan rộng hoặc di căn xa vượt quá khả năng phẫu thuật.

IV. CHUẨN BỊ

1. Phương tiện

- Trường hợp các u lành tính, kích thước nhỏ chỉ cần gây tê tại chỗ; đối với các u lớn và ung thư âm đạo cần gây tê tùy sống hoặc gây mê nội khí quản.
- Bộ phẫu thuật phụ khoa ổ bụng.
- Máy hút, dao điện, kim chỉ tốt.
- Các loại dịch truyền thay máu và các thuốc hồi sức.
- Thuốc tiền mê, gây mê, ống nội khí quản.

2. Người thực hiện

- Bác sỹ chuyên khoa gây mê - hồi sức.
- Bác sỹ phẫu thuật chuyên khoa ung thư hoặc chuyên khoa sản phụ khoa.

3. Người bệnh

- Hồ sơ bệnh án đầy đủ có khai thác các bệnh nội khoa, ngoại khoa đã phẫu thuật từ trước đặc biệt là tại ổ bụng, đầy đủ các xét nghiệm cần thiết và có chỉ định mổ rõ ràng.
- Giải thích cho người bệnh và người nhà của người bệnh lý do phải phẫu thuật. Động viên, an ủi người bệnh.
- Trong trường hợp người bệnh nặng suy kiệt, thiếu máu phải hồi sức trước khi phẫu thuật.
- Kháng sinh dự phòng.

- Thuốc ngủ buổi tối trước ngày phẫu thuật.
- Thụt tháo trước khi phẫu thuật.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Vô cảm: tê tại chỗ đối với u lành tính kích thước nhỏ, gây mê nội khí quản hoặc tê tủy sống đối với các khối u lớn và ung thư âm đạo tùy thuộc vào tình trạng người bệnh, kinh nghiệm của bác sỹ gây mê hồi sức.

2. Tư thế

- Người bệnh nằm tư thế phụ khoa, bàn phẫu thuật hơi thấp về phía đầu
- Vị trí phẫu thuật viên: bên trái người bệnh, trợ thủ viên đứng đối diện, tốt nhất là có hai trợ thủ viên

3. Kỹ thuật

3.1. Phẫu thuật nang ở âm đạo

3.1.1. Nang nhỏ

- Đường rạch ngang theo hình vòng cung quanh nang
- Tách xuống sâu quá đáy nang và cắt đứt đơn giản
- Khâu lại thành âm đạo sau khi đã cầm máu bằng chỉ tiêu

3.1.2. Nang lớn

- Nang lớn ở sâu cần chú ý rạch ở chỗ lõm của nang để bóc tách vòng xuống dưới nang (đường rạch phải đủ rộng), đảm bảo đủ niêm mạc lúc khâu kín khoang bóc tách
- Thường bóc tách rộng, chảy máu nhiều, cần khâu cầm máu nhiều lớp chéo lên nhau tránh tạo đường hầm để ép 2 thành bên âm đạo với nhau

3.1.3. Nang nằm giữa vách âm đạo-trực tràng

- Rạch rộng tầng sinh môn
- Bóc tách cẩn thận, không rạch quá sâu làm tổn thương đến trực tràng bằng cách cho ngón trỏ bàn tay trái vào trực tràng để thăm dò hướng dẫn đường bóc tách
- Khâu cầm máu nhiều lớp chéo lên nhau tránh đường hầm để ép 2 thành bên âm đạo với nhau

3.2. Phẫu thuật khối u xơ cơ ở âm đạo

Tùy theo từng loại u mà có phương pháp cắt bỏ khác nhau:

- U xơ nhỏ: rạch quanh khối u, bóc tách tận đáy u và cắt dễ dàng như trường hợp bóc nang.
- U xơ có cuống: rạch vòng quanh cuống và cắt sâu đáy cuống. Cặp cầm máu và khâu thành âm đạo một hoặc hai lớp tùy theo độ sâu và độ rộng của khoang bóc tách.

Chú ý: không nên xoắn cuống u, vì lúc xoắn có thể làm tổn thương đến bàng quang hoặc trực tràng khi u ở thành trước hoặc thành sau âm đạo.

- U xơ to: u xơ to phát triển rộng choán hết cả âm đạo làm âm đạo phồng lên, làm thay đổi giải phẫu của bàng quang, niệu đạo, niệu quản và trực tràng nên phẫu thuật khó khăn hơn. Trong các trường hợp trên cần chú ý:

- + Thăm dò kỹ vị trí bàng quang, trực tràng
- + Thăm dò khối lượng khối u và tình trạng dính của khối u vào thành âm đạo do viêm nhiễm lâu.
- + Thăm dò cuống xuất phát của khối u.
- + Điều trị kháng sinh chống viêm nhiễm trước khi phẫu thuật.

3.3. Kỹ thuật

- Giải phóng khối u:

- + Dùng ngón tay vạch quanh khối u, vừa gỡ dính vừa thăm dò khối u và các phủ tạng lân cận.
- + Dùng dao cắt khối u thành từng mảnh để dễ dàng tách và lấy hết đáy cuống khối u khỏi âm đạo.
- + Cần lấy hết đáy cuống khối u.

3.4. Phẫu thuật các khối u ác tính ở âm đạo

Tùy theo vị trí của khối u ác tính mà phương pháp phẫu thuật sẽ khác nhau:

- Khối u ở 1/3 dưới âm đạo: cắt rộng âm hộ sâu vào phía trong, đảm bảo diện cắt âm tính (qua sinh thiết tức thì).
- Khối u ở 1/3 giữa và 1/3 trên: cắt toàn bộ âm đạo, cắt tử cung rộng và vét hạch chậu 2 bên (giống ung thư cổ tử cung).

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

- Các biến chứng của gây tê, gây mê: buồn nôn, nôn, sốc phản vệ... Xử trí: dừng cuộc phẫu thuật và hồi sức tích cực.
- Chảy máu sau mổ có thể do tuột chỉ cuống mạch, do chảy máu từ mỏm cắt vì khâu cầm máu không tốt, do rối loạn đông máu. Biểu hiện bằng choáng tụt huyết áp, tình trạng thiếu máu cấp, ổ bụng có dịch... phải mổ lại để cầm máu đồng thời với việc hồi sức tích cực, điều chỉnh rối loạn đông máu, bồi phụ thể tích tuần hoàn.
- Máu tụ ngoài phúc mạc do không kiểm soát tốt tình trạng cầm máu. Thường chỉ cần theo dõi và điều trị nội khoa, hồi sức tuần hoàn nếu không thấy khối máu tụ to lên thì không cần mổ lại.

- Gây thương tổn đường tiết niệu chủ yếu là thương tổn niệu đạo, bàng quang và niệu quản trong các trường hợp u lớn, diện phẫu tích rộng. phải mổ lại để phục hồi thương tổn.
- Thủng trực tràng do u ở vách trực tràng âm đạo. phải khâu lỗ thủng.
- Áp xe tiểu khung sau mổ do nhiễm trùng đọng dịch sau mổ trong trường hợp phẫu thuật ung thư 2/3 trên âm đạo do diện phẫu tích rộng ở tiểu khung. phải tiến hành hồi sức, điều trị bằng kháng sinh phối hợp, liều cao và mổ lại để rửa ổ bụng hoặc dẫn lưu ổ áp xe qua âm đạo nếu có thể.