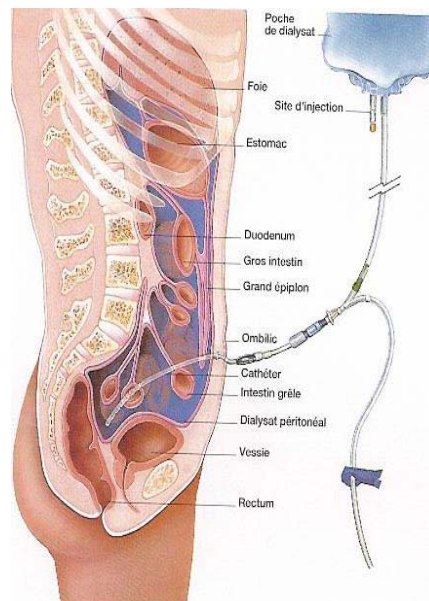


Kỹ thuật đặt thông Tenckhoff trong thẩm phân phúc mạc tại bệnh viện HUDERF(Brussels) cho bệnh nhi suy thận mãn

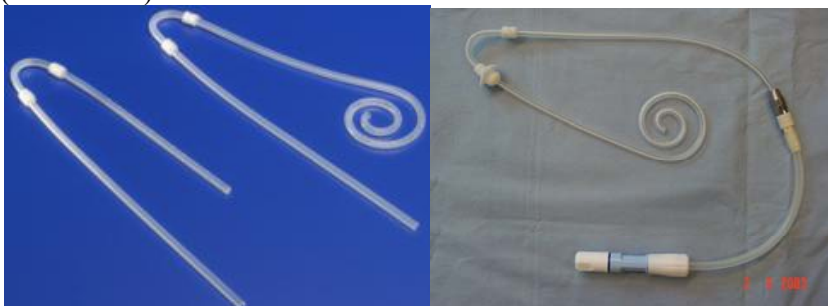


Suy thận là một trong 10 bệnh thường gặp ở trẻ em, và đứng hàng thứ 4 trong các nguyên nhân gây tử vong. Thẩm phân phúc mạc (TPPM) là một phương pháp lọc máu ngoài thận, sử dụng chính phúc mạc của khoang bụng làm màng lọc tự nhiên, phương pháp này đã được nghiên cứu áp dụng điều trị từ những năm 40 của thế kỷ XVIII. Trong quá trình phát triển, nó luôn được cải tiến về phương tiện và kỹ thuật, đã hạ thấp được tỷ lệ tử vong. Do đó, TPPM nhanh chóng đạt được vị trí quan trọng trong điều trị suy thận cấp, suy thận mãn và một số ngộ độc.

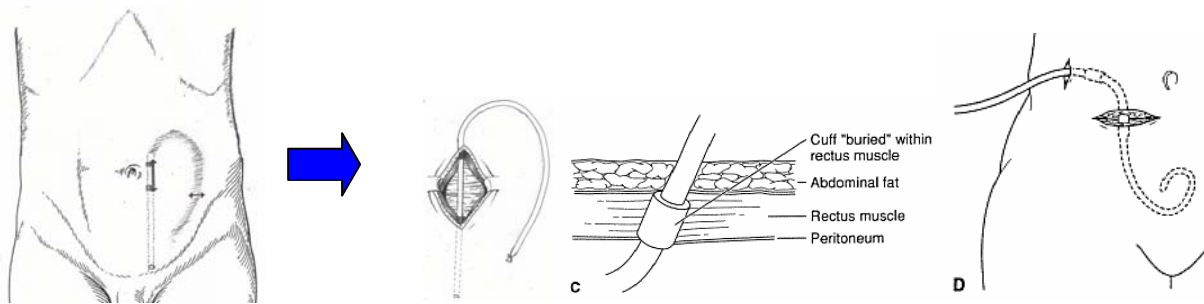
Hiện nay trên thế giới, TPPM đã được chấp nhận sâu rộng như là một giải pháp trong liệu trình điều trị thay thế thận, đang tiếp tục phát triển, áp dụng rộng rãi trên bệnh nhân suy thận cấp và ngày càng mở rộng chương trình điều trị ngoại trú (CAPD) trên bệnh nhân suy thận mãn.

Để tiến hành tốt thẩm phân phúc mạc, mà biến chứng đáng sợ nhất đó là nhiễm trùng, đặc biệt là viêm phúc mạc trong quá trình thẩm phân; ngoài những yêu cầu đòi hỏi cao về kỹ thuật vô trùng, thì khâu đầu tiên đặt thông màng bụng đóng vai trò cực kỳ quan trọng. Sau đây xin giới thiệu về khía cạnh ngoại khoa các bước kỹ thuật đặt thông Tenckhoff (swan neck) tại bệnh viện nhi HUDERF(Brussels)

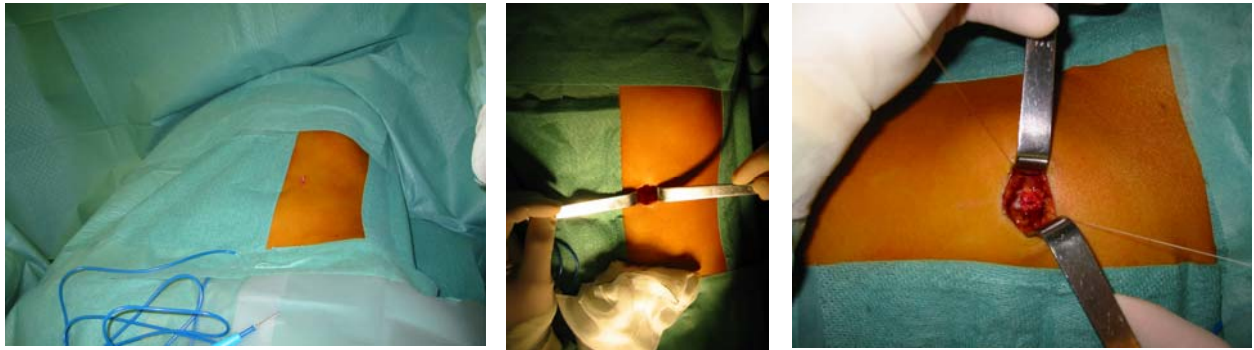
1. Dụng cụ: (Tenckhoff)



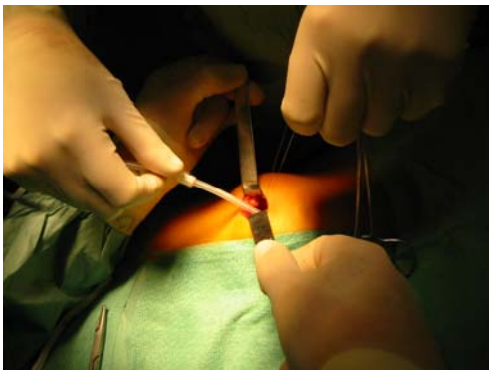
2. Kỹ thuật mổ: bên mổ thông thường là bên trái, đối bên với tay thuận, là bên bệnh nhân thường nằm ngửa.



a. Vị trí rạch da: sau khi đo chiều dài thông Tenckhoff cách xương mu 3cm, tiến hành rạch da bên trái rón vị trí ở giữa cơ thẳng bụng, mổ tới phúc mạc



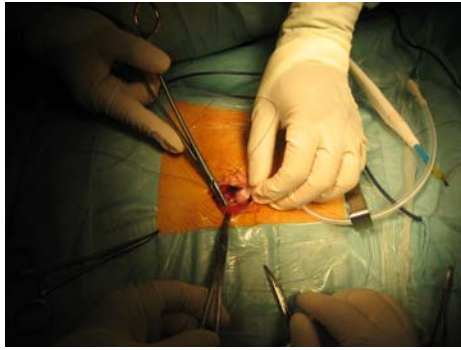
b. Đặt catheter Tenckhoff vào trong phúc mạc



c. Kiểm tra sự thông thương của catheter



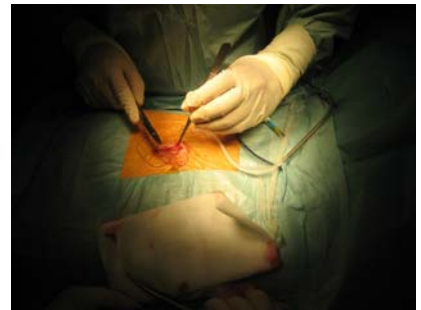
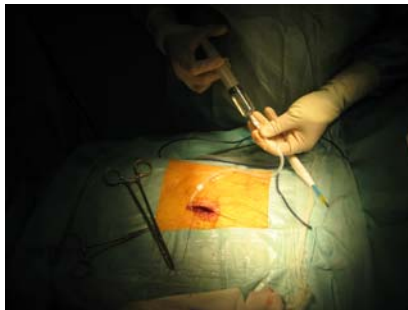
d. Đóng lại phúc mạc thật kỹ và sau đó khâu 1 mũi vào Cuff thứ nhất và khâu lại lớp cơ



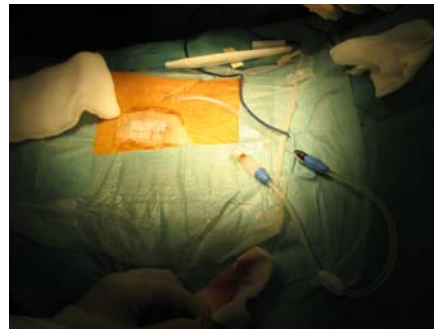
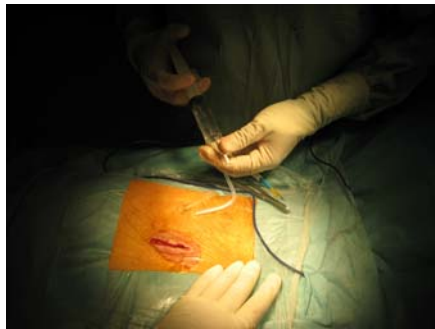
e. Sau đó lại kiểm tra lại sự thông thương của catheter

f. Tạo đường hầm của catheter để giảm thiểu nhiễm trùng

g. Đóng lại lớp cân cơ thẳng bụng



h. Kiểm tra lại tín thông thương và khâu lại lớp dưới da và lớp da



3. Chăm sóc: bệnh nhân nằm tại giường 24h sau mổ, băng ép vết mổ
4. Biến chứng: rò dịch, nhiễm trùng, viêm phúc mạc(thường là Staphylocoque dore), tắc catheter, chảy máu, thủng ruột, phù nề vùng bìu