

1. CẮT RUỘT THỪA MỖ MỞ LAU RỬA Ổ BỤNG, ĐIỀU TRỊ VIÊM PHỨC MẠC RUỘT THỪA

I. ĐẠI CƯƠNG.

Cắt ruột thừa mổ mở là phẫu thuật cắt ruột thừa viêm và mạc treo ruột thừa qua đường rạch đủ rộng trên thành bụng. Phẫu thuật có thể kèm theo là lau, rửa và làm sạch ổ phúc mạc viêm lấy giả mạc hoặc loại bỏ ổ áp xe trong ổ bụng do viêm ruột thừa.

II. CHỈ ĐỊNH.

- Viêm ruột thừa cấp không đủ điều kiện mổ nội soi ổ bụng.
- Áp xe ruột thừa trong ổ bụng không đủ điều kiện điều trị can thiệp tối thiểu.
- Viêm phúc mạc ruột thừa mà ổ bụng quá bần, quá chướng hơi không mổ nội soi được.

III. CHUẨN BỊ.

- Bác sĩ chuyên khoa ngoại tổng hợp, kíp mổ có người phụ mổ, dụng cụ viên phẫu thuật
- Bác sĩ gây mê hồi sức và kíp phụ gây mê.
- Người bệnh phải được để nhịn ăn uống ít nhất 6 giờ trước ca mổ nếu phải gây mê nội khí quản và mổ bụng lau rửa toàn bộ.
- Các xét nghiệm cơ bản, chụp tim phổi kiểm tra điện tâm đồ.

IV. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH.

- Tư thế: người bệnh nằm ngửa và được đặt thông tiểu.
- Vô cảm bằng gây tê tùy sống hoặc gây mê nội khí quản, mặt nạ thanh quản tùy mức độ dự kiến của can thiệp, có thể phối hợp gây tê ngoài màng cứng tùy sống để giảm đau sau mổ.
- Kỹ thuật:

Rạch da: theo đường mổ ruột thừa bình thường (đường Mc Burney) nếu là ruột thừa viêm không có kèm theo yếu tố bất thường khác, hoặc theo đường trắng bên phải, hoặc đường trắng giữa kéo dài tùy theo yêu cầu phẫu thuật. Gỡ dính hoặc lần theo các quai ruột hồi tràng đến gốc ruột thừa tại đáy manh tràng, nhất thiết phải tìm thấy và xác định gốc ruột thừa. Nếu có ổ áp xe trong ổ bụng do ruột thừa thì phải loại bỏ bằng cách hút rửa làm sạch và gỡ hết tổ chức viêm, nếu ổ áp xe dính chặt quá có thể không gỡ nhưng phải dẫn lưu. Cố gắng làm sạch tối đa vùng hố chậu phải, tiểu khung, và ổ bụng bằng cách rửa nước muối đẳng trương, lau hút sạch và dẫn lưu đưa ra thành bụng bên phải.

Cắt ruột thừa: là kỹ thuật quan trọng nhất. Bộc lộ ruột thừa rõ ràng từ đầu ruột thừa đến gốc nơi tận cùng của ba dải cơ dọc manh tràng. Bộc lộ mạc treo ruột thừa trong đó có động mạch ruột thừa. Cặp cắt ruột thừa sát gốc buộc bằng chỉ hoặc các vật liệu khác như clip. Cặp cắt mạc treo ruột thừa bằng cách buộc chỉ hoặc clip hoặc dụng cụ khác. Nếu gốc ruột thừa viêm mủ nát hoại tử rộng hoặc ứ mủ phải cắt lọc làm sạch rồi dùng chỉ khâu đóng hai lớp.

Đóng bụng theo các lớp cân cơ, da hoặc đóng bụng một lớp toàn thể mũi rời nếu ổ bụng viêm phúc mạc nặng.

V. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN.

1. Theo dõi.

Theo dõi chăm sóc và xử trí biến chứng thông thường:

Biến chứng áp xe tồn dư trong ổ phúc mạc do xử trí vùng hố chậu phải không triệt để, do biến chứng tại góc ruột thừa, do rò manh tràng. Áp xe giữa các quai ruột, áp xe tiểu khung đặc biệt là trường hợp sau mổ viêm phúc mạc toàn thể cần theo dõi chặt chẽ.

Nếu có nhiễm khuẩn trong ổ bụng phải điều trị kháng sinh, chọc hút dẫn lưu, tách vết mổ dẫn lưu hoặc mổ để loại bỏ nguyên nhân.

Biến chứng nhiễm trùng vết mổ, làm vết mổ sưng nóng đỏ đau ứ mủ, phải cắt chỉ tách vết tách vết mổ làm sạch và điều trị kháng sinh.

Khi dẫn lưu ổ bụng hết chảy dịch nên làm siêu âm bụng kiểm tra hoặc căn cứ vào khám lâm sàng tốt cho rút dẫn lưu.

2. Chăm sóc sau mổ.

Điều trị giảm đau sau mổ cần thuốc giảm đau hiệu quả đường uống, tiêm hoặc truyền liên tục vào đường gây tê ngoài màng cứng, tiêm tự động tĩnh mạch kiểm soát liều.

Cho người bệnh ăn sớm nếu nhu động ruột về bình thường.

Nếu không có biểu hiện biến chứng nhiễm trùng có thể cho ra viện sớm.

2. ĐIỀU TRỊ PHẪU THUẬT VIÊM PHÚC MẠC TIÊN PHÁT

I. ĐẠI CƯƠNG.

Viêm phúc mạc có nhiều nguyên nhân và xử trí trong phẫu thuật khác nhau theo nguyên nhân. Tuy nhiên phần này chỉ đề cập việc xử trí viêm phúc mạc toàn thể tiên phát. Đây là một cấp cứu ngoại khoa thường gặp, cần phải xử trí phẫu thuật cấp cứu mục đích dẫn lưu mủ, lau rửa ổ bụng.

II. CHỈ ĐỊNH.

Viêm phúc mạc toàn thể.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH.

Viêm phúc mạc do phế cầu đã được kháng định (xét nghiệm vi khuẩn).

IV. CHUẨN BỊ.

1. Người thực hiện.

Người thực hiện đã có kinh nghiệm phẫu thuật, đặc biệt là phẫu thuật tiêu hóa, và gây mê hồi sức có kinh nghiệm.

2. Phương tiện.

- Bộ dụng cụ phẫu thuật bụng.
- Bộ dụng cụ phẫu thuật tiêu hóa.
- Dao mô điện.

3. Người bệnh.

- Các xét nghiệm cơ bản.
- Chụp x quang phổi, điện tâm đồ.
- Siêu âm, hoặc chụp cắt lớp vi tính.
- Kháng sinh mạnh, phổ rộng, dùng sớm đường tĩnh mạch. Nên dùng Métronidazol phối hợp với Cephalosporine thế hệ thứ 3.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH.

1. Tư thế.

- Người bệnh nằm ngửa . Có thể độn lưng nếu nghi ngờ các tổn thương ở tụy tá tràng.
- Đặt thông dạ dày.
- Đặt dẫn lưu bàng quang.

2. Vô cảm.

Gây mê nội khí quản.

3. Kỹ thuật.

3.1. Rửa da:

- Đường trắng giữa trên dưới rốn rộng rãi để đảm bảo thăm dò được toàn bộ ổ bụng.
- Nếu Người thực hiện có kinh nghiệm, có phương tiện có thể thực hiện phẫu thuật nội soi.

3.2. Thăm dò toàn bộ ổ bụng theo nguyên tắc: Trên xuống dưới toàn bộ đường tiêu hóa, các tạng trong bụng: Gan, Lách...; Sau phúc mạc: Tụy, Thận...; Tiểu

khung: Phần phụ. Nếu có tổn thương xử trí theo thương tổn. Cần kiểm tra kỹ tránh bỏ sót tổn thương.

- Lấy mũ xét nghiệm vi khuẩn. Cần làm soi tươi trực tiếp và nuôi cấy.

Yêu cầu mũ phải lấy và chuyển ngay cho khoa vi sinh từ lúc vào ổ bụng.

- Trước khi đóng bụng, cần rửa bụng nhiều huyết thanh mặn, ấm, pha Betadine

- Đặt dẫn lưu: Các vị trí cần đặt là rãnh đại tràng 2 bên và ở Douglas. Yêu cầu dẫn lưu to, tốt nhất dùng dẫn lưu tráng silicone. Ngoài ra theo các vị trí có tổn thương: vùng tụy, hố lách, trên gan ...

- Đóng bụng 1 lớp toàn thể: lấy toàn bộ các lớp của thành bụng.

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TẠI BIÊN.

1. Theo dõi .

3.1. Như những trường hợp phẫu thuật nói chung, đặc biệt lưu ý các dẫn lưu về màu sắc, số lượng. Nếu thấy dẫn lưu ra màu đỏ, ra nhiều bất thường cần báo Người thực hiện xem lại ngay.

3.2. Trong 6 giờ đầu sau phẫu thuật cần theo dõi mạch, huyết áp, nhiệt độ mỗi giờ 1 lần. Trong ngày tiếp theo theo dõi 2 lần/ ngày.

3.3. Sau phẫu thuật phối hợp tối thiểu 2 loại kháng sinh như phân trên. Tuy nhiên kháng sinh có thể chỉnh sau khi có kết quả kháng sinh đồ. Thời gian dùng kháng sinh kéo dài 7 đến 10 ngày hoặc hơn tùy theo diễn biến của người bệnh.

3.4. Các dẫn lưu sẽ được rút theo chỉ định của bác sĩ điều trị: thể trạng người bệnh tiến triển tốt, dẫn lưu không ra, kiểm tra siêu âm không còn mũ hoặc không có ổ khu trú.

3.5. Cần lưu ý bồi phụ đủ nước, điện giải, protein máu, truyền máu nếu cần thiết.

2. Tai biến và xử trí.

2.1. Trong phẫu thuật.

- Chảy máu do tổn thương mạch trong quá trình tiến hành thăm dò, ví dụ: Rách mạch máu mạc treo ruột tùy tình huống có thể khâu bằng chỉ tiêu chậm số 4 hoặc 5, hoặc cắt đoạn ruột.

- Thủng ruột nên khâu lại chỉ tiêu số 3 hoặc 4. khâu 2 lớp. Thủng dạ dày: Khâu lại chỉ tiêu chậm, lưu ống thông dạ dày để hút sau mổ.

- Thủng vào tá tràng: nên mời tuyến trên chi viện ngay vì XỬ trí phức tạp tùy theo từng trường hợp cụ thể.

- Cắt phải niệu quản, nếu không mất nhiều có thể nối ngay chỉ tiêu chậm số 4/0 và đặt modelage. Nếu bị mất đoạn nhiều nên đưa dẫn lưu đoạn trên ra ngoài, đầu dưới thắt lại và đánh dấu bằng một sợi chỉ màu (cần ghi rõ trong biên bản phẫu thuật) để dễ tìm khi phẫu thuật lại. Gửi sớm người bệnh lên tuyến trên.

- Thủng bàng quang khâu lại bàng quang chỉ tiêu chậm số 3, 2 lớp và dẫn lưu bàng quang sông Pezzer hoặc Foley.

- Hồi sức tích cực, truyền máu nếu cần thiết.

2.2. Sau phẫu thuật.

- Chảy máu từ thành bụng bên ngoài, nếu nhẹ có thể băng ép và theo dõi, nếu chảy nhiều cần mở vết thương kiểm tra để khâu cầm máu.

- Chảy máu trong ổ bụng: dẫn lưu ra nhiều máu đỏ tươi, tụt huyết áp, nên mổ lại kiểm tra để cầm máu.
- Áp xe tồn dư, cần theo dõi. Nếu áp xe nhỏ, dưới 5 cm, thể trạng người bệnh tiến triển tốt, tiêu hóa thông, có thể theo dõi điều trị nội khoa.
- Áp xe lớn, sốt, tùy theo mức độ và khu trú có thể chọc hút dẫn lưu lại dưới siêu âm hoặc mổ lại để dẫn lưu.
- Tắc ruột sớm do dính, theo dõi điều trị nội khoa : ống thông dạ dày, kháng sinh, truyền dịch. Tuy nhiên nếu điều trị nội thất bại cần phẫu thuật, tùy theo mức độ sẽ gỡ dính, hoặc dính nhiều làm mở thông ruột trên chỗ tắc.

3. PHẪU THUẬT CẮT RUỘT THỪA NỘI SOI Ổ BỤNG

I. ĐẠI CƯƠNG.

Cắt ruột thừa nội soi ổ bụng là kỹ thuật mổ nội soi để cắt bỏ ruột thừa bệnh lý hoặc cắt ruột thừa để áp dụng các kỹ thuật khác.

Bệnh lý ruột thừa là viêm ruột thừa cấp tính, mạn tính, ung thư ruột thừa, carcinoid ruột thừa, các kỹ thuật liên quan có thể là lấy ruột thừa để tạo hình thay thế niệu quản, tạo hình đại tràng, thụt đại tràng trong mổ...

Phẫu thuật cắt ruột thừa nội soi thường phải làm cùng với xử trí vùng thương tổn phúc mạc tại chỗ hoặc cả khoang phúc mạc ổ bụng trong trường hợp ruột thừa bị vỡ mũ làm bần vùng hố chậu, tiêu khung hoặc lan tràn mũ trong bụng gây viêm phúc mạc toàn thể.

II. CHUẨN BỊ

1. Người bệnh: phải nhịn ăn uống ít nhất 6 giờ trước khi mổ.

- Vệ sinh.
- Thông tiểu.
- Xét nghiệm cơ bản, chụp phổi, điện tim.

2. Phương tiện: Thiết bị mổ nội soi cơ bản, bộ troca mổ nội soi một lỗ hoặc dụng cụ mổ nội soi phối hợp bàn tay (gel platform).

3. Người thực hiện:

Là phẫu thuật viên ngoại khoa có trình độ mổ nội soi cơ bản.

Bác sĩ gây mê: gây mê nội khí quản.

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH.

- Gây mê nội khí quản.
- Tư thế nằm ngửa, nếu mổ qua đường âm đạo thì để mở dạng chân gập đùi và gối như khám phụ khoa.
- Bố trí bàn mổ: Người thực hiện bên phải, hoặc giữa hai chân nếu mổ qua đường âm đạo. Người phụ camera đứng bên phải Người thực hiện. Màn hình để bên trái hoặc ngang vai trái người bệnh. Dụng cụ viên và bàn dụng cụ ngang nơi gối trái người bệnh.

Bước 1: Đặt các trocar, một trocar cho camera, hai trocar cho dụng cụ hoặc một trocar cho cả ba gồm ống soi, hai dụng cụ. Có thể sử dụng một đường rạch nhỏ, chung cho các trocar trên một platform hoặc thêm một đường rạch nhỏ cho một platform luôn bàn tay hỗ trợ khi cần rửa hút ổ bụng viêm phúc mạc, có thể đặt platform và các trocar dụng cụ qua đường âm đạo của người bệnh.

Bơm hơi trong ổ bụng áp lực từ 15 - 12 mmHg.

Bước 2: Kiểm tra ổ bụng đánh giá phúc mạc và các tạng.

Bước 3: Phẫu tích bộc lộ ruột thừa và mạc treo ruột thừa đến sát gốc.

Bước 4: Cắt ruột thừa khỏi manh tràng, đóng kín gốc bằng buộc chỉ, cặp clip hoặc dụng cụ cắt khâu (Stapler) đồng thời cắt và cầm máu mạc treo ruột thừa bằng dao điện nội soi, hoặc các nguồn năng lượng khác, bằng stapler.

Bước 5: Bơm dịch muối rửa Natriclorua đẳng trương rửa ổ phúc mạc và hút và làm sạch nếu có viêm phúc mạc toàn bộ hoặc khu trú. Chú ý tùy theo tình trạng nhiễm bẩn viêm phúc mạc và điều kiện kỹ thuật phẫu thuật viện sẽ quyết định kéo dài thời gian bơm rửa ổ bụng với dụng cụ nội soi hoặc chuyển sang mổ nội soi phối hợp trợ giúp của bàn tay.

Phải bơm hút nhiều lần tại các vị trí khác nhau trong ổ bụng, cố gắng bóc hút hết các giả mạc trên thành ruột, giữa các quai ruột.

Bước 6: Lấy bệnh phẩm ra đặt dẫn lưu ổ bụng nếu có viêm phúc mạc, đóng các vị trí trocar trên thành bụng.

V. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ BIẾN CHỨNG THÔNG THƯỜNG.

Biến chứng áp xe tồn dư trong ổ phúc mạc do xử trí vùng hố chậu phải không triệt để, do biến chứng tại gốc ruột thừa, do rò manh tràng. Áp xe giữa các quai ruột, áp xe tiểu khung.

Nếu có nhiễm khuẩn trong ổ bụng phải điều trị kháng sinh, chọc hút dẫn lưu, tách vết mổ dẫn lưu hoặc mổ để loại bỏ nguyên nhân.

Biến chứng nhiễm trùng vết mổ, làm vết mổ sưng nóng đỏ đau ứ mủ: cắt chỉ tách vết tách vết mổ nhất là vị trí troca rôn, làm sạch và điều trị kháng sinh.

VI. CHĂM SÓC SAU MỔ.

Điều trị giảm đau sau mổ cần ít thuốc giảm đau, nếu có chỉ cần thuốc giảm đau tiêm là đủ.

Cho người bệnh ăn sớm nếu nhu động ruột về bình thường.

Nếu không có biểu hiện biến chứng nhiễm trùng có thể cho ra viện sớm.

4. ĐIỀU TRỊ ÁP XE RUỘT THỪA TRONG Ổ BỤNG BẰNG PHẪU THUẬT NỘI SOI

I. ĐẠI CƯƠNG.

Áp xe ruột thừa là biến chứng của viêm ruột thừa cấp được các mạc nối lớn, mạc treo ruột và ruột non bao bọc tạo thành một ổ mù vì thế còn có tên gọi là viêm phúc mạc khu trú. Áp xe ruột thừa thường được chỉ định điều trị chọc hút, dẫn lưu. Nếu áp xe ruột thừa không nằm ở hố chậu phải mà nằm ở giữa khoang bụng hoặc ở tiểu khung thì cần mổ để giải quyết cùng lúc ổ áp xe và cắt ruột thừa viêm.

II. CHỈ ĐỊNH.

1. Áp xe ruột thừa trong ổ bụng (nằm giữa khoang bụng).
2. Áp xe ruột thừa nằm ở tiểu khung.
3. Áp xe ruột thừa ở hố chậu phải.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH.

1. Đám quánh ruột thừa.
2. Tiền sử người bệnh có nhiều lần mổ bụng.
3. Người bệnh có bệnh nặng kèm theo (bệnh tim, mạch vành và lao phổi).

IV. CHUẨN BỊ:

1. Người thực hiện: Người thực hiện là bác sỹ ngoại tổng quát được đào tạo về kỹ thuật mổ nội soi (có chứng chỉ hợp lệ).

2. Phương tiện:

- Phòng mổ có đầy đủ điều kiện tiến hành nội soi qua ổ bụng.
- Bộ nội soi ổ bụng: Monitor, camera, nguồn sáng, nguồn CO2.
- Hệ thống máy bơm và rửa hút dịch ổ bụng.
- Hệ thống dao điện lưỡng cực và đơn cực, dao cắt đốt siêu âm.
- Các dụng cụ vén gan, kẹp ruột, panh, kẹp, kéo chuyên biệt cho mổ nội soi ổ bụng.
- Bộ dụng cụ mổ bụng thường dùng (chuẩn bị khi phải chuyển mổ mở).

3. Người bệnh.

- Các xét nghiệm cơ bản (sinh hóa, huyết học, nước tiểu).
- Chụp phổi, điện tâm đồ (với người > 65 tuổi).
- Bữa ăn cuối cùng trước lúc mổ cách xa ít nhất 6 tiếng.

4. Hồ sơ bệnh án.

- Các thủ tục hành chính và chuyên môn được hoàn tất đầy đủ theo qui định (bệnh án chi tiết, giấy cam đoan tự nguyện mổ bằng phẫu thuật nội soi ...)

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH.

1. Vô cảm: Gây mê nội khí quản.

2. Kỹ thuật:

- Tư thế:
 - . Người bệnh: Nằm ngửa, tay trái để dọc theo thân người, đầu thấp.
 - . Kíp phẫu thuật: Người thực hiện đứng bên trái người bệnh, phụ 1 đứng bên trái Người thực hiện, phụ 2 đứng bên phải, dụng cụ viên đứng bên phải người bệnh.
- Tiến hành thủ thuật bơm hơi vào ổ bụng và đặt các trocar:
 - . Bơm hơi ổ bụng có 2 phương pháp: Bơm hơi bằng kim Veress hoặc bơm hơi theo phương pháp mở.

. Vị trí đặt trocar: Trocar 10 mm đặt trên hoặc dưới rốn. Sau khi bơm hơi và dưới sự hướng dẫn của camera, đặt tiếp trocar thứ 2: Trocar 5mm ở vị trí đường giữa trên xương mu; trocar thứ 3: trocar 10mm ở hố chậu trái, cách trocar thứ 2 từ 8 – 10 cm. Có thể đặt thêm trocar thứ 4 vùng hố chậu phải nếu cần thiết.

- Kỹ thuật cắt ruột thừa nội soi:

. Quan sát toàn ổ bụng đánh giá tình trạng ổ áp xe: Hút dịch tiết hoặc dịch mủ (nếu có) ở khoang bụng tự do, lấy mẫu dịch để xét nghiệm vi khuẩn và làm kháng sinh đồ.

. Phẫu tích để vào ổ áp xe, nếu thấy mủ trào ra phải hút ngay không để mủ tràn vào khoang bụng, chú ý không làm tổn thương các quai ruột non cạnh ổ áp xe.

. Tìm ruột thừa viêm và cắt ruột thừa theo kỹ thuật mổ nội soi: Trong trường hợp áp xe ruột thừa, mạc treo ruột thừa thường phù nề, khó phẫu tích rõ động mạch ruột thừa thì có thể cầm máu bằng dao cắt đốt lưỡng cực, dao siêu âm hoặc kẹp clips tại gốc ruột thừa.

. Buộc và cắt ruột thừa sát gốc (có thể cắt gốc ruột thừa bằng máy cắt ruột nội soi (stapler)). . Hút rửa và làm sạch ổ áp xe.

. Kiểm tra các quai ruột và toàn ổ bụng.

. Đặt dẫn lưu tại vị trí ổ áp xe và túi cùng Douglas, rút bỏ sau 3 ngày.

. Khâu lại thành bụng tại các lỗ đặt trocar.

VI. THEO DÕI VÀ CHĂM SÓC SAU MỔ.

1. Truyền dịch ngày đầu sau phẫu thuật.

2. Có thể uống nước sau 24 giờ.

3. Điều trị phối hợp hai loại kháng sinh.

4. Rút dẫn lưu theo từng trường hợp cụ thể.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ.

1. Tai biến của bơm hơi ổ bụng.

- Kích thích nhịp tim.

- Tràn khí các khoang: trước màng bụng, dưới da, khoang màng phổi.

- Tắc mạch phổi do hơi.

2. Tai biến do chọc trocar.

- Tổn thương các tạng trong ổ bụng: Chuyển mổ mở.

- Tổn thương các mạch máu trong ổ bụng: Chuyển mổ mở.

- Chảy máu thành bụng: Khâu cầm máu.

- Nhiễm khuẩn các lỗ đặt trocar: cắt chỉ, thay băng hàng ngày.

3. Tai biến trong mổ.

- Thủng, rách ruột non khi phẫu tích vào ổ áp xe: Chuyển mổ mở.

- Chảy máu không kiểm soát được do tình trạng viêm dính tại ổ áp xe: Mổ mở.

4. Tai biến sau mổ.

- Tụ máu trong ổ bụng, thành bụng.

- Áp xe thành bụng, trong ổ bụng: dẫn lưu áp xe.

- Thoát vị qua lỗ trocar.

- Tắc ruột sau mổ.

- Rò manh tràng.
- Viêm mủm ruột thừa còn lại.

5. PHẪU THUẬT NỘI SOI ĐIỀU TRỊ THÙNG Ổ LOÉT HÀNH TÁ TRÀNG ĐƠN THUẦN

I. ĐẠI CƯƠNG.

- Thủng ổ loét dạ dày – tá tràng là một biến chứng cấp tính thường gặp của bệnh loét dạ dày – tá tràng. Thủng ổ loét là một biến chứng cần điều trị cấp cứu.

- Trước đây, năm 1944 Taylor đã đề xướng phương pháp hút liên tục để điều trị thủng ổ loét dạ dày - tá tràng và phương pháp này đã từng được áp dụng trong những năm 1970 - 1980. Nay phương pháp này đã không còn được áp dụng do tỷ lệ thất bại và biến chứng cao, mà chỉ là sự chuẩn bị trước mổ.

- Ngày nay, phẫu thuật là phương pháp chủ yếu nhất để điều trị biến chứng này được hầu hết các tác giả trong nước và trên thế giới sử dụng. Có hai thái độ xử trí đối với thủng ổ loét trong cấp cứu là:

- Khâu lỗ thủng đơn thuần: Mục đích chính là xử trí biến chứng thủng.

Khâu lỗ thủng ổ loét dạ dày đã được Mikulicz thử nghiệm thực hiện lần đầu tiên năm 1884 và Heusner thực hiện thành công năm 1891. Trong suốt hơn 100 năm qua khâu lỗ thủng là một biện pháp điều trị chính của biến chứng thủng ổ loét dạ dày- tá tràng. Phương pháp này có ưu điểm là đơn giản, dễ thực hiện nhưng nhược điểm là ổ loét vẫn còn, bệnh vẫn tiếp tục tiếp diễn vẫn còn nguy cơ biến chứng thủng, chảy máu, hẹp môn vị.

- Phẫu thuật triệt căn ngay thì đầu: Xử trí biến chứng thủng và điều trị loét.

- Phương pháp phẫu thuật khâu lỗ thủng đơn thuần phối hợp với cắt dây thần kinh X nhằm mục đích điều trị triệt căn bệnh loét nhưng kết quả vẫn chưa được tốt như lý thuyết.

Ngay sau khi phẫu thuật nội soi ra đời với trường hợp cắt túi mật qua nội soi đầu tiên năm 1987, các Người thực hiện đã nghĩ tới việc áp dụng kỹ thuật này trong việc điều trị thủng ổ loét dạ dày - tá tràng. Năm 1989, P.Mouret đã thông báo trường hợp khâu thủng ổ loét dạ dày đầu tiên qua nội soi ổ bụng và từ đó phương pháp này đã được áp dụng có hiệu quả và lan rộng tại một số trung tâm phẫu thuật nội soi trên thế giới.

II. CHỈ ĐỊNH.

- Người bệnh có chẩn đoán thủng ổ loét hành tá tràng đơn thuần.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH.

1. Chống chỉ định của phẫu thuật nội soi:

- Thể trạng người bệnh quá yếu và có nhiều bệnh phối hợp.

2. Chống chỉ định của phẫu thuật nội soi:

- Tiền sử mổ viêm phúc mạc, tắc ruột.

- Cổ trướng tự do hoặc cổ trướng khu trú.

- Thoát vị thành bụng, thoát vị rốn.

- Nhiễm khuẩn tại chỗ thành bụng.

- Bệnh lý rối loạn đông máu.

3. Chống chỉ định bơm hơi ổ bụng:

- Bệnh mạch vành.

- Bệnh van tim.

- Bệnh tâm phế mãn.

IV. CHUẨN BỊ.

1. Người thực hiện: Người thực hiện chuyên khoa tiêu hóa và nội soi và gây mê hồi sức có kinh nghiệm.

2. Phương tiện: Bộ phẫu thuật nội soi đồng bộ.

3. Người bệnh:

- Các xét nghiệm cơ bản.
- Xquang bụng không chuẩn bị.
- Kháng sinh dự phòng trước mổ.

V. CÁC BƯỚC TIỀN HÀNH.

1. Tư thế: Người bệnh nằm tư thế đầu cao, chân thấp một góc 15 - 30 độ (tư thế Trendenburt), hai chân dạng một góc 90 độ. Màn hình chính và các thiết bị được đặt ngang vị trí vai phải người bệnh, Người thực hiện đứng giữa 2 chân người bệnh, hoặc đứng phía bên trái người bệnh.

2. Vô cảm: Người bệnh gây mê nội khí quản.

3. Kỹ thuật:

Kỹ thuật bơm hơi mở kiểu Hasson với áp lực 12mm Hg, lưu lượng 2,5 l/h. Qua đường rạch dưới rốn hoặc trên rốn (chiều dài đường rạch phụ thuộc vào đường kính của trocar định dùng) dùng kim Veress bơm khí CO₂ vào màng bụng với áp lực từ 9 tới 12mmHg). Canule Hasson là một cách thay thế cho kim Verres. Thông thường dùng 4 trocar, 3 trocar 10mm và 1 trocar 5mm. Trocar đầu tiên 10mm dùng cho ống soi đặt ở cạnh rốn, ống soi 10mm nghiêng 30 độ được sử dụng. Sau khi đặt trocar đầu tiên, tiến hành quan sát toàn bộ ổ bụng, bản thân việc soi ổ bụng là một công cụ chẩn đoán có giá trị, vì vậy cần khảo sát kỹ lưỡng toàn bộ ổ bụng. Các Trocar khác được đặt dưới sự hướng dẫn của nội soi, bao gồm một trocar 10mm ở vùng thượng vị dùng que gạt vén gan và dây chằng tròn để bộc lộ mặt trước dạ dày, môn vị và hành tá tràng. Đánh giá tình trạng lỗ thủng bao gồm vị trí, đường kính, độ xơ chai ảnh hưởng đến các cơ quan xung quanh, với lỗ thủng dạ dày đánh giá xem có biểu hiện ác tính không. Đánh giá tình trạng ổ bụng, mức độ bẩn, giả mạc. Trocar 10mm để thao tác đặt ở trên đường vú trái, dưới bờ sườn 5cm. Trocar trợ giúp đặt ở đường nách trước phải ngang rốn.

- **Thì 1:** Hút sạch thức ăn, chất bẩn, giả mạc trong ổ bụng..

- **Thì 2:** Với lỗ thủng dạ dày, cần xén mép lỗ thủng để làm sinh thiết hệ thống.

Nhiều phương pháp mổ nội soi đã được mô tả. Một là phương pháp Walsh và cộng sự. Sau khi đã xác nhận đóng kín lỗ thủng, nó được để nguyên; tiến hành rửa và dẫn lưu phúc mạc. Trong trường hợp lỗ thủng chưa được mạc nối lấp kín, người bệnh được chuyển sang mổ mở, và tiến hành đóng mạc nối đơn giản. Phương pháp này sau đó đã được các Người thực hiện khác chấp nhận. Khi tiến hành khâu kèm tăng cường bằng miếng vá mạc nối, khâu 3 mũi qua phần tá tràng nhìn thấy ở 2 bên lỗ thủng và thắt chặt để đóng kín lỗ thủng. Khâu qua nội soi cuống mạc nối vắt qua lỗ thủng sẽ hoàn tất việc đóng. Khi mạc nối nhỏ, có thể dùng dây chằng liềm thay thế.

Phương pháp khâu thủng: dùng chỉ liền kim loại tiêu chậm Vicryl 2.0 hoặc 3.0 dài khoảng 18 - 20cm là vừa. Dùng que vén gan nâng mặt dưới gan bộc lộ lỗ thủng, tiến hành khâu thủng. Nếu lỗ thủng < 0,5 cm khâu một mũi chữ X, hướng khâu đi theo trục của ống tiêu hoá, sau đó thắt chỉ khép kín lỗ thủng. Nếu lỗ thủng lớn hơn

thường phải khâu 2 – 3 mũi rời, khâu theo chiều của ống tiêu hoá để khi thắt chỉ đường khâu nằm ngang không gây hẹp tá tràng. Sau khi khâu phủ mạc nối lớn lên đường khâu và dùng chỉ cố định vào đường khâu.

- **Thì 3:** Rửa ổ bụng.

Rửa khoang phúc mạc là một trong những phần quan trọng nhất của phẫu thuật, chiếm một phần đáng kể của phẫu thuật. Rửa đảm bảo sạch toàn bộ các chất bẩn và giả mạc trong bụng. Rửa từng khoang trong ổ bụng kết hợp với thay đổi tư thế người bệnh để rửa sạch các khoang. Cần chú ý đặc biệt đến việc rửa khoang trên gan và dưới gan, rãnh bên, khoang dưới cơ hoành trái và hố chậu phải. Nếu ổ bụng sạch không cần đặt dẫn lưu, nếu bị viêm phúc mạc muộn, đặt dẫn lưu dưới gan phải. Khoang phúc mạc thường được dẫn lưu. Mặc khác, một số tác giả không chủ trương dẫn lưu khoang phúc mạc.

- Thì IV: Rút Trocar, tháo hơi đóng các lỗ.

VI. THEO DÕI.

Chăm sóc sau mổ: Ống thông dạ dày được giữ cho đến khi người bệnh có nhu động ruột, thời gian đặt xông dạ dày ít nhất là 48 giờ. Cho ăn trở lại sau khi rút ống thông dạ dày. Dẫn lưu ổ bụng nếu có sẽ được rút khi không còn chảy dịch, thường sau 24 giờ. Kháng sinh dùng theo chế độ kháng sinh điều trị, được dùng tới 5 ngày hoặc đến khi hết sốt. Dùng các thuốc giảm tiết dịch dạ dày. ức chế bơm proton hoặc chất chẹn thụ thể H2 được bắt đầu ngay sau mổ. Người bệnh dậy vận động sau mổ 24 giờ.

VII. XỬ TRÍ TAI BIẾN.

- Chảy máu: phải mổ lại ngay cầm máu.
- Bục chỗ khâu: khâu lại chỗ bụng hoặc dẫn lưu.
- Áp xe tồn dư: có thể mổ lại hoặc điều trị kháng sinh, hoặc chọc hút.

6. KHÂU LỖ THÙNG DẠ DÀY HÀNH TÁ TRÀNG

I. ĐẠI CƯƠNG.

Khâu lỗ thủng dạ dày hành tá tràng là kỹ thuật thường gặp được thực hiện trong cấp cứu mục đích làm kín và liền lỗ thủng đồng thời lau rửa sạch ổ bụng.

Khâu lỗ thủng có thể thực hiện đơn thuần hoặc kèm theo các kỹ thuật phối hợp: tạo hình môn vị, cắt thần kinh X, nối vị tràng...Khâu lỗ thủng có thể thực hiện bằng mở bụng thông thường hoặc qua nội soi ổ bụng.

II. CHỈ ĐỊNH.

1. Lỗ thủng lành tính, bờ mềm mại, không gây hẹp đường xuống tá tràng.
2. Lỗ thủng do vật sắc nhọn từ ngoài vào hoặc từ trong ra.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH.

1. Lỗ thủng do ung thư, hoại tử, bờ ổ loét tổ chức mủn nát.
2. Lỗ thủng to do ổ loét xơ chai làm hẹp đường xuống tá tràng.

IV. CHUẨN BỊ.

1. **Người thực hiện:** Người thực hiện tiêu hóa và bác sỹ gây mê hồi sức.
2. **Phương tiện:** Bộ đại phẫu tiêu hóa.
3. **Người bệnh:**

- Xét nghiệm cơ bản: Xét nghiệm công thức máu, đông máu, chụp tim phổi, điện tim...

- Chụp bụng không chuẩn bị đứng

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH.

1. **Tư thế:** Nằm ngửa.

2. **Vô cảm:** Gây mê nội khí quản.

3. **Kỹ thuật:**

- Rửa da: Đường trắng giữa trên dưới rốn.

- Thăm dò, đánh giá:

+ Tình trạng ổ bụng sạch hay bẩn. Lấy dịch ổ bụng cấy vi khuẩn, làm kháng sinh đồ.

+ Vị trí của lỗ thủng: ở hành tá tràng hay ở dạ dày, mặt trước hay mặt sau, ở bờ cong lớn hay bờ cong nhỏ, gần tâm vị hay môn vị...

+ Kích thước lỗ thủng: To hay nhỏ.

+ Tính chất lỗ thủng: Bờ mềm mại hay xơ chai, mủn nát.

+ Lỗ thủng có gây hẹp đường xuống tá tràng hay không.

- Khâu lỗ thủng: Trước khi khâu lỗ thủng bao giờ cũng cắt lọc bờ ổ loét để sinh thiết và khâu ổ loét dễ liền hơn. Chỉ khâu khi tổ chức bờ lỗ thủng mềm mại không bị xé, không gây hẹp, không bị ung thư. Nếu không khâu được thì sử dụng biện pháp khác như cắt dạ dày (bán phần hoặc toàn bộ), dẫn lưu lỗ thủng ra ngoài, nối vị tràng...

Lỗ thủng nhỏ (khoảng 1 cm), khâu lỗ thủng một lớp toàn thể mũi rời bằng chỉ tự tiêu chậm 3/0 hoặc 4/0. Lấy kim khâu cách 0,5 cm ở một bên mép lỗ thủng hướng về phía lỗ thủng từ thanh cơ hết niêm mạc, lấy kim ra sau đó mới khâu tiếp từ trong lỗ thủng từ niêm mạc ra thanh cơ ở mép lỗ thủng bên kia cách mép cũng khoảng 0,5 cm. Các mũi khâu cách nhau khoảng 0,3 - 0,5 cm, chú ý khâu hết 2 góc lỗ thủng. Thực hiện hết các mũi khâu rời mới buộc từng nút. Lỗ thủng rộng có thể khâu vắt (tương tự khâu mũi rời), không nhất thiết phải khâu 2 lớp. Sau khi khâu, lỗ thủng phải kín, hết các lớp, không gây hẹp đường xuống tá tràng. Kiểm tra có

hẹp hay không bằng cách đặt 2 ngón tay ở trên và dưới đường khâu, khi 2 đầu ngón tay chạm nhau dễ (cách 2 lớp thành ruột) là được. Lưu ống thông dạ dày ở vị trí chảy tốt nhất, cố định ở mũi người bệnh bằng băng dính hoặc dây buộc.

- Rửa ổ bụng: Thì quan trọng của cuộc mổ là phải rửa ổ bụng sạch ở tất cả các khoang, giữa các quai ruột. Lấy hết thức ăn, lấy tối đa giả mạc có thể được. Rửa nhiều lần bằng huyết thanh ấm, những lần đầu có thể pha betadin loãng. Trước khi kết thúc nên dùng gạc lớn ẩm lau và thấm.

- Dẫn lưu: Tối thiểu phải đặt một dẫn lưu silicon lớn (28 F), cắt thêm 1- 2 lỗ bên ở dưới gan. Nếu ổ bụng bẩn đặt thêm dẫn lưu ở Douglas, hố lách. Không nên đặt dẫn lưu bằng cao su, dẫn lưu nhỏ vì rất dễ tắc.

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN.

1. Theo dõi.

- Như theo dõi hậu phẫu người bệnh mổ đường tiêu hóa có gây mê nội khí quản: mạch, huyết áp, nhiệt độ, hô hấp...

- Nhịn ăn, uống tối thiểu đến khi có lưu thông tiêu hóa trở lại. Lưu thông dạ dày đến khi cho ăn. Nuôi dưỡng tĩnh mạch khi bắt người bệnh nhịn.

- Cho thuốc giảm tiết axit (kháng H1, ức chế bơm proton) ngay từ khi sau mổ
- Kháng sinh, giảm đau, an thần...

2. Tai biến và xử trí.

- Chảy máu sau mổ.

+ Chảy máu trong ổ bụng: Ít gặp, do thao tác khi mổ, rửa ổ bụng làm rách mạc nối, mạc treo, lách... Tùy mức độ mất máu mà quyết định điều trị bảo tồn hay mổ lại.

+ Chảy máu tiêu hóa: Do khâu không hết lớp niêm mạc. Thông dạ dày ra máu hoặc ỉa phân đen. Điều trị bảo tồn bằng truyền máu, giảm tiết axit, rửa thông dạ dày (rửa nhẹ nhàng bằng nước ấm). Nếu chảy máu nhiều, dai dẳng nên mổ lại.

- Xi bục đường khâu: Do tổ chức lỗ thủng mủn nát, chỉ buộc lỏng quá hoặc chặt quá (xé tổ chức), khâu thừa quá hoặc mỏng quá, dạ dày căng quá. Người bệnh có dấu hiệu viêm phúc mạc (sốt, bụng trướng, đau...), dẫn lưu ra dịch tiêu hóa, thông dạ dày ra dịch nâu bẩn. Cần mổ lại sớm, khâu lại hoặc dẫn lưu lỗ thủng, rửa ổ bụng dẫn lưu lại. Nên mở thông hồng tràng để nuôi dưỡng đường ruột.

- Áp xe tồn dư sau mổ: Do rửa ổ bụng không sạch, dẫn lưu không tốt (dẫn lưu nhỏ, tắc, đặt không đúng vị trí...). Người bệnh sốt kéo dài, kèm các triệu chứng kích thích của ổ dịch (ỉa lỏng, ỉa són, nấc...) siêu âm, chụp cắt lớp có các ổ dịch đọng (dưới hoành, Douglas...). Điều trị nội bằng kháng sinh, dẫn lưu ổ dịch qua siêu âm, xoay lại dẫn lưu... Không kết quả mở bụng lại dẫn lưu ổ áp xe.

- Hẹp đường xuống tá tràng: Thường gặp khi khâu ổ loét hành tá tràng xơ chai. Sau mổ người bệnh chậm có lưu thông tiêu hóa trở lại, thông dạ dày ra nhiều dịch ứ đọng, có thể gặp bệnh cảnh bục chỗ khâu do dạ dày căng. Cần mổ lại tạo hình môn vị, nối vị tràng hoặc cắt đoạn dạ dày.

7. NỐI VỊ TRÀNG

I. ĐẠI CƯƠNG.

Nối vị tràng là phẫu thuật làm miệng nối thông giữa dạ dày và quai đầu hồng tràng khi đường xuống tá tràng bị tắc nghẽn, cản trở (do u, loét hẹp, cắt thần kinh X toàn bộ...) hoặc chủ động không cho thức ăn qua tá tràng (vỡ tá tràng, túi thừa tá tràng lớn...).

II. CHỈ ĐỊNH.

1. Đường xuống tá tràng bị tắc nghẽn do u ở hang vị, tá tràng, bóng Vater, tụy nhân...

2. Đường xuống tá tràng lưu thông kém do cắt thần kinh X toàn bộ, tạo hình môn vị.

3. Chủ động không cho thức ăn qua tá tràng, thường kèm theo đóng môn vị: Vỡ tá tràng, túi thừa tá tràng lớn không cắt bỏ được.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH.

1. Tình trạng toàn thân quá nặng, nhiều bệnh phối hợp, albumin máu thấp... Cần điều chỉnh nước điện giải, máu, albumin... để mổ.

2. U xâm lấn hết dạ dày.

3. Di căn nhiều nơi, thời gian sống quá ngắn.

IV. CHUẨN BỊ.

1. Người thực hiện: Người thực hiện tiêu hóa và bác sỹ gây mê hồi sức

2. Phương tiện: Bộ đại phẫu tiêu hóa

3. Người bệnh:

- Xét nghiệm cơ bản: xét nghiệm công thức máu, sinh hóa máu, đông máu, chụp tim phổi, điện tim ...

- Soi dạ dày: chẩn đoán chính xác nguyên nhân gây tắc.

- Chụp dạ dày có cản quang: đánh giá hình thể dạ dày và chẩn đoán xác định hẹp môn vị.

- Rửa dạ dày trước mổ.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH.

1. Tư thế: Nằm ngửa.

2. Vô cảm: Gây mê nội khí quản.

3. Kỹ thuật:

- Rạch da: Đường trắng giữa trên dưới rốn

- Thăm dò, đánh giá:

+ Đánh giá tổn thương (lý do chỉ định nối vị tràng), tình trạng ổ bụng (sạch hay bẩn, có cổ trướng không, có di căn không).

+ Đánh giá tình trạng dạ dày, nhất là vùng dự kiến làm miệng nối, tổ chức có đủ tốt để làm miệng nối không, vị trí làm miệng nối đủ lưu thông không.

+ Vị trí quai ruột cao nhất có thể nối với dạ dày (tốt nhất là quai hồng tràng đầu tiên) tổ chức đủ tốt không, mạc treo có căng không...

+ Mạc treo đại tràng ngang có mềm mại không để làm miệng nối qua mạc treo hay trước mạc treo.

- Kỹ thuật làm miệng nối: Trình bày kỹ thuật nối qua mạc treo đại tràng ngang 2 lớp với mặt sau hang vị.

+ Mở mạc treo đại tràng ngang: ở vị trí mỏng, ít mạch máu nhất, dài khoảng 8 cm. Đính bờ dưới chỗ mở với mặt sau dạ dày, chỗ đính cách bờ cong lớn khoảng 2 cm (để làm miệng nối), cách môn vị khoảng 4 cm. Đính tiếp bờ trên chỗ mở gần với cung mạch bờ cong lớn để trống phần dạ dày khoảng 2 cm làm miệng nối.

+ Chuẩn bị quai hồng tràng: nên chọn quai hồng tràng đầu tiên cách góc Treitz 6 - 8 cm, xoay quai ruột để chiều nhu động từ quai tới (từ góc Treitz) qua miệng nối hướng về phía môn vị rồi đến quai đi. Quai ruột với dạ dày khung tá tràng tạo thành hình chữ phi (ϕ).

+ Làm miệng nối: Chiều dài miệng nối khoảng 6 cm, cách môn vị cũng khoảng 4 cm (chỗ thấp nhất của dạ dày). Mở dạ dày, mở ruột non tương xứng, cầm máu tốt chỗ mở (bằng khâu, đốt điện...), làm sạch dạ dày trước khi nối. Khâu thanh cơ mép sau chỗ mở dạ dày (trừ niêm mạc khâu sau) với thanh cơ mép sau chỗ mở ruột (cũng trừ niêm mạc) bằng chỉ tiêu 3/0 - 4/0 mũi rời hoặc mũi vắt. Khâu lớp trong mặt sau lấy chỉ niêm mạc hoặc toàn thể bằng mũi rời hoặc mũi vắt, thực hiện tương tự cho hết lớp trong mặt trước, chú ý khâu kín 2 góc. Khâu thanh cơ mép trước chỗ mở dạ dày với thanh cơ mép trước chỗ mở ruột, chú ý khâu kín 2 góc.

- Các thay đổi kỹ thuật.

+ Làm miệng nối một lớp: lấy toàn bộ chiều dày thành ống tiêu hóa (niêm mạc ít, thanh cơ nhiều để niêm mạc lộn vào trong) mũi rời hoặc mũi vắt.

+ Làm miệng nối trước mạc treo đại tràng ngang: có thể nối thẳng vào mặt trước hang vị hoặc giải phóng mạc nối lớn để nối vào mặt sau hang vị. Quai tới đủ dài để khỏi căng nhưng không nên quá 20 cm tránh hội chứng quai tới.

- Rửa ổ bụng: Nếu ổ bụng bẩn do thủng dạ dày, tá tràng.

- Dẫn lưu: Nếu ổ bụng bẩn.

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN.

1 Theo dõi.

- Nhịn ăn, nuôi dưỡng tĩnh mạch, lưu thông dạ dày đến khi có lưu thông tiêu hóa trở lại.

- Theo dõi thông dạ dày, tình trạng bụng để phát hiện các biến chứng chảy máu miệng nối, hẹp miệng nối, xì bục miệng nối.

2. Tai biến và xử trí.

- Chảy máu sau mổ.

+ Chảy máu trong ổ bụng: ít gặp, do thao tác khi mổ, rửa ổ bụng làm rách mạc nối, mạc treo, lách... Tùy mức độ mất máu mà quyết định điều trị bảo tồn hay mổ lại.

+ Chảy máu tiêu hóa: Do khâu không hết lớp niêm mạc, cầm máu chỗ mở không tốt. Thông dạ dày ra máu hoặc ỉa phân đen. Điều trị bảo tồn bằng truyền máu, giảm tiết axit, rửa thông dạ dày (rửa nhẹ nhàng bằng nước ấm). Nếu chảy máu nhiều, dai dẳng nên mổ lại.

- Xì bục đường khâu: Do tổ chức dạ dày mủn nát, chỉ buộc lỏng quá hoặc chặt quá (xé tổ chức), khâu thưa quá hoặc mỏng quá. Người bệnh có dấu hiệu viêm phúc mạc (sốt, bụng trướng, đau...), dẫn lưu ra dịch tiêu hóa, thông dạ dày ra dịch nâu bẩn. Cần mổ lại sớm, làm lại miệng nối, cắt dạ dày hoặc dẫn lưu chỗ xì. Nên mở thông hồng tràng để nuôi dưỡng đường ruột.

- Tắc, hẹp miệng nối: thường do làm miệng nối nhỏ quá, xoắn miệng nối, dính 2 mép miệng nối vào nhau, miệng nối để cao quá... Sau mổ người bệnh chậm có lưu

thông tiêu hóa trở lại, thông dạ dày ra nhiều dịch ứ đọng. Có thể soi dạ dày đánh giá, chẩn đoán. Điều trị nội giảm phù nề viêm miệng nổi, nếu không đỡ phải mổ lại, làm lại miệng nổi.

8. TẠO HÌNH MÔN VỊ

I. ĐẠI CƯƠNG.

Tạo hình môn vị là phẫu thuật với mục đích làm thức ăn đi qua môn vị dễ dàng, được thực hiện khi có hẹp ở môn vị, hành tá tràng (phì đại môn vị, loét xơ chai hành tá tràng gây hẹp môn vị...) hoặc nhu động của dạ dày bị giảm (cắt thần kinh X, tạo hình thực quản bằng dạ dày...). Có nhiều phương pháp tạo hình môn vị, mỗi phương pháp có chỉ định, ưu nhược điểm riêng.

II. CHỈ ĐỊNH.

1. Môn vị, hành tá tràng bị tắc nghẽn do phì đại cơ môn vị, loét hành tá tràng xơ chai gây hẹp...

2. Đường xuống tá tràng lưu thông kém do cắt thần kinh X toàn bộ, tạo hình thực quản bằng dạ dày.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH.

1. Tình trạng toàn thân quá nặng, nhiều bệnh phối hợp, albumin máu thấp... Cần điều chỉnh nước điện giải, máu, albumin... để mổ.

2. Tổn thương gây hẹp có tính chất ác tính.

3. Tình trạng ổ bụng quá bẳn (thủng ổ loét hành tá tràng).

IV. CHUẨN BỊ.

1. Người thực hiện: Người thực hiện tiêu hóa và bác sỹ gây mê hồi sức.

2. Phương tiện: Bộ đại phẫu tiêu hóa.

3. Người bệnh:

- Xét nghiệm cơ bản: xét nghiệm công thức máu, sinh hóa máu, đông máu, chụp tim phổi, điện tim ...

- Soi dạ dày: chẩn đoán chính xác nguyên nhân gây tắc.

- Chụp dạ dày có cản quang: đánh giá hình thể dạ dày, chẩn đoán xác định hẹp môn vị.

- Rửa dạ dày trước mổ.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH.

1. Tư thế: Nằm ngửa.

2. Vô cảm: Gây mê nội khí quản.

3. Kỹ thuật:

- Rạch da: Đường trắng giữa trên dưới rốn.

- Thăm dò, đánh giá:

+ Đánh giá tổn thương (lý do tạo hình môn vị), tình trạng ổ bụng (sạch hay bẳn, có cổ trướng không, có di căn không).

- Kỹ thuật tạo hình môn vị kiểu Heineke – Mikulicz.

+ Giải phóng khối tá tràng đầu tụy.

+ Rạch phía trước môn vị khoảng 6 cm (3cm về phía hang vị, 3cm về phía tá tràng), đường rạch theo chiều vuông góc với cơ môn vị. Chú ý cầm máu tốt đường rạch, tốt nhất mở bằng dao điện. Trên thực tế không nhất thiết mở dài tới 6 cm như kinh điển, nhưng cần đánh giá đường thông từ dạ dày xuống tá tràng đủ rộng đồng thời kiểm tra tổn thương nếu có qua chỗ mở.

+ Khâu 2 mũi chỉ ở vị trí cơ môn vị ở 2 mép đường rạch kéo ra 2 phía biên đường rạch dọc thành đường ngang. Khâu lại chỗ mở bằng mũi rời hoặc mũi vát, một lớp hoặc 2 lớp bằng chỉ tiêu.

- Kỹ thuật tạo hình môn vị kiểu Finney.

+ Giải phóng khối tá tràng đầu tụy rộng rãi.

+ Khâu đánh dấu 3 mũi (mũi đầu ở bờ trên môn vị, mũi 2 cách mũi đầu 10cm về phía tá tràng, mũi 3 cách mũi đầu 10cm về phía bờ cong lớn dạ dày). Căng 3 mũi

chỉ, mở một đường từ hang vị (cách môn vị 4 - 5 cm) qua môn vị xuống D2. Cầm máu tốt đường mở.

+ Đóng lại chỗ mở theo kỹ thuật một lớp hoặc 2 lớp (thường dùng mũi khâu vắt) sao cho đầu đường mở (ở hang vị) khâu với cuối đường mở (ở D2). Đảm bảo đường khâu phải kín, đủ chặt, cầm máu tốt.

- Kỹ thuật tạo hình môn vị kiểu Jaboulay.

+ Chỉ định khi vùng môn vị không mở qua được do tổ chức xơ chai

+ Giải phóng khối tá tràng đầu tụy rộng rãi.

+ Mở hang vị mặt trước bờ cong lớn và mở trước D2, kích thước đường mở 4-5 cm. Cầm máu tốt đường mở.

+ Làm miệng nối giữa 2 chỗ mở theo kỹ thuật làm miệng nối tiêu hóa.

- Rửa ổ bụng: Nếu ổ bụng bẩn do thủng dạ dày, tá tràng.

- Dẫn lưu: Nếu ổ bụng bẩn.

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN.

1. Theo dõi.

- Nhịn ăn, nuôi dưỡng tĩnh mạch, lưu thông dạ dày đến khi có lưu thông tiêu hóa trở lại.

- Theo dõi thông dạ dày, tình trạng bụng để phát hiện các biến chứng chảy máu miệng nối, hẹp miệng nối, xì bục miệng nối.

2. Tai biến và xử trí.

- Chảy máu sau mổ.

+ Chảy máu trong ổ bụng: ít gặp, do thao tác khi mổ, rửa ổ bụng làm rách mạc nối, mạc treo, lách... Tùy mức độ mất máu mà quyết định điều trị bảo tồn hay mổ lại.

+ Chảy máu tiêu hóa: do khâu không hết lớp niêm mạc, cầm máu chỗ mở không tốt. Thông dạ dày ra máu hoặc ỉa phân đen. Điều trị bảo tồn bằng truyền máu, giảm tiết axit, rửa thông dạ dày (rửa nhẹ nhàng bằng nước ấm). Nếu chảy máu nhiều, dai dẳng nên mổ lại.

- Xì bục đường khâu: Do tổ chức mủn nát, chỉ buộc lỏng quá hoặc chặt quá (xé tổ chức), khâu thừa quá hoặc mỏng quá. Người bệnh có dấu hiệu viêm phúc mạc (sốt, bụng trướng, đau...), dẫn lưu ra dịch tiêu hóa, thông dạ dày ra dịch nâu bẩn. Cần mổ lại sớm, làm lại miệng nối, cắt dạ dày hoặc dẫn lưu chỗ xì. Nên mở thông hồng tràng để nuôi dưỡng.

- Tắc, hẹp miệng nối: thường do làm miệng nối nhỏ quá, xoắn miệng nối, dính 2 mép miệng nối vào nhau... Sau mổ người bệnh chậm có lưu thông tiêu hóa trở lại, thông dạ dày ra nhiều dịch ứ đọng. Điều trị nội giảm phù nề viêm miệng nối, nếu không đỡ phải mổ lại, làm lại miệng nối.

9. NỐI RUỘT NON - ĐẠI TRÀNG

I. ĐẠI CƯƠNG.

Nối thông ruột non - đại tràng là phẫu thuật tạo miệng nối lưu thông đường tiêu hóa trực tiếp giữa ruột non với đại tràng.

II. CHỈ ĐỊNH.

1. Tắc ruột do các nguyên nhân:

1.1. U đại tràng không có khả năng cắt bỏ do:
- U to, xâm lấn hoặc đã di căn tới các tạng khác gây tắc ruột hoàn toàn.
- U đại tràng có khả năng cắt được. Nhưng tình trạng toàn thân của người bệnh, điều kiện cơ sở phẫu thuật, Người thực hiện không chuyên khoa không cho phép thực hiện phẫu thuật cắt đại tràng.

1.2. Lao hồi - manh tràng, tổn thương lao gây tắc ruột hoàn toàn.

1.3. Dính ruột, tình trạng người bệnh nặng không cho phép cắt ruột.

2. Sau khi cắt đại tràng do u, do lao, do dính nhiều, do hoại tử tắc mạch,...

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH.

Không nên làm miệng nối khi điều kiện tại chỗ và toàn thân không cho phép: tình trạng người bệnh suy kiệt, nhiễm khuẩn nặng ổ bụng (viêm phúc mạc, áp xe tồn dư),... không đảm bảo an toàn miệng nối, dễ gây bục, rò miệng nối.

IV. CHUẨN BỊ.

1. Người thực hiện: Người thực hiện ngoại chung hoặc Người thực hiện chuyên khoa tiêu hóa.

2. Phương tiện.

3. Người bệnh.

- Làm đủ các xét nghiệm chẩn đoán, chẩn đoán khả năng phẫu thuật, ...
- Bồi phụ dinh dưỡng, nước - điện giải
- Đặt ống hút dạ dày nếu có dấu hiệu tắc ruột.
- Dùng kháng sinh dự phòng nếu cần thiết.
- Thụt tháo sạch đại tràng, trong phẫu thuật theo kế hoạch.
- Giải thích cho người bệnh và gia đình biết rõ bệnh và tình trạng toàn thân, về khả năng phẫu thuật sẽ thực hiện, về các tai biến, biến chứng, di chứng có thể gặp do bệnh, do phẫu thuật, do gây mê, do cơ địa của người bệnh. Giải đáp những khúc mắc của người bệnh về bệnh tật, về phẫu thuật, ... trong phạm vi cho phép.

4. Hồ sơ bệnh án.

- Hoàn thành các thủ tục hành chính theo qui định. Người bệnh và gia đình ghi hồ sơ như đã nêu ở mục 3 trên đây (ghi rõ đã được giải thích rõ ràng và hiểu về những điều bác sỹ giải thích nêu trên).

- Hoàn thiện đầy đủ các bước khám lâm sàng, cận lâm sàng cần thiết để có chẩn đoán xác định bệnh (tùy thuộc các phương tiện, cơ sở y tế, nhưng cần phải có một hoặc đầy đủ các tiêu chuẩn chẩn đoán xác định như phim chụp đại tràng có cản quang hoặc nội soi đại tràng hoặc chụp cắt lớp vi tính), đánh giá các hậu quả của bệnh như tình trạng tắc ruột, viêm phúc mạc, di căn các tạng do ung thư, ...

Đánh giá tình trạng toàn thân như tuổi, cơ địa, những bệnh mãn tính nặng phối hợp có ảnh hưởng tới cuộc phẫu thuật, trong thời kỳ hậu phẫu. Đánh giá khả năng phẫu thuật để chuẩn bị cho cuộc mổ diễn ra an toàn và hiệu quả nhất.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH.

1. Vô cảm: gây mê tĩnh mạch hoặc nội khí quản.

2. Kỹ thuật.

2.1. Đường rạch.

Đường trắng giữa trên dưới rôn. Có thể mổ nội soi hoặc nội soi hỗ trợ nếu điều kiện người bệnh, cơ sở y tế cho phép và Người thực hiện có thể thực hiện được.

2.2. Thăm dò xác định tổn thương.

- Đánh giá thương tổn: thương tổn chính, tình trạng các tạng khác trong ổ bụng.
- Xác định vị trí nối tắt: chọn vị trí ruột nối phù hợp (mạch nuôi tốt, hồng, mềm mại, không để quá nhiều đoạn ruột bị loại trừ,..). Trong trường hợp cắt đại tràng, tiến hành miệng nối sau khi đã cắt khối u và các thương tổn liên quan.

- Làm miệng nối:

Thông thường nối hồi - đại tràng ngang nếu tổn thương nằm ở vùng hồi manh tràng, đại tràng lên, đại tràng góc gan, đại tràng ngang.

Có thể nối hồi tràng – đại tràng sigma hay trực tràng nếu tổn thương ở thấp hơn,...tùy thuộc tình huống cụ thể.

- Kỹ thuật khâu nối: thực hiện miệng nối có thể bằng nối tay hay nối máy; dùng kỹ thuật nối một lớp hoặc hai lớp, nối tận – bên hay bên – bên là tùy thuộc vào điều kiện sẵn có và do Người thực hiện quyết định.

c. Lau sạch ổ bụng, đóng thành bụng. Có thể đặt dẫn lưu hay không tùy thuộc tình trạng thực tế cuộc mổ.

VI. THEO DÕI.

1. Thời kỳ hậu phẫu.

- Trong 24 giờ đầu:

Theo dõi tình trạng toàn thân, tri giác, đo mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở.

Truyền dịch, dùng kháng sinh, thuốc giảm đau,... theo chỉ định ghi trong bệnh án.

- Những ngày sau:

Truyền dịch, dùng kháng sinh,...theo y lệnh trong hồ sơ.

Theo dõi lưu thông ruột, khi có trung tiện cho ăn nhẹ cháo, sữa.

Theo dõi tình trạng ổ bụng, vết mổ, toàn thân, cho người bệnh vận động sớm. Phát hiện và xử trí các biến chứng do bệnh, do phẫu thuật, do cơ địa,...

2. Sau thời kỳ hậu phẫu.

Người bệnh thường diễn biến thuận lợi: ăn uống được, lưu thông ruột tốt. Tuy nhiên trong giai đoạn này có thể có các biến chứng do bệnh ung thư tiếp tục tiến triển gây đau, ăn uống kém, sút cân hay khối u vỡ, chảy máu, di căn xa,...

Đối với các người bệnh mắc bệnh lao, viêm không đặc hiệu khác cần chuyển tới cơ sở điều trị chuyên khoa phù hợp.

VII. XỬ TRÍ TAI BIẾN.

- Lưu thông miệng nối không tốt: hẹp, bán tắc,...

- Biến chứng chảy máu: tại miệng nối hay trong ổ bụng.

- Bục miệng nối: gây viêm phúc mạc hay rò tiêu hóa.

- Áp xe tồn dư trong ổ bụng.

Tùy theo các biến chứng có thể gặp và tình trạng cụ thể mà phải theo dõi điều trị bảo tồn hay phẫu thuật lại. Phẫu thuật XỬ TRÍ các biến chứng sẽ thực hiện phụ thuộc tình huống cụ thể tại chỗ và toàn thân, cũng như điều kiện tại cơ sở y tế.

10. MỞ THÔNG DẠ DÀY

I. ĐẠI CƯƠNG.

Mở thông dạ dày là phẫu thuật tạo ra lỗ thông trực tiếp từ ngoài vào trong lòng dạ dày để nuôi dưỡng người bệnh hoặc để hút làm giảm áp lực trong lòng dạ dày.

Về kỹ thuật đây không phải là phẫu thuật phức tạp nhưng không được coi là một phẫu thuật nhỏ vì thường được làm trên những người bệnh có thể trạng toàn thân rất kém, suy kiệt như ung thư giai đoạn cuối hoặc được làm trong những phẫu thuật lớn ổ bụng như cắt khối tá tụy, viêm tụy cấp hoại tử...

Kỹ thuật mở thông dạ dày cần được làm một cách hoàn hảo để tránh dò dịch gây nhiễm trùng, viêm loét thành bụng xung quang và có thể thay ống thông khi cần thiết.

II. CHỈ ĐỊNH.

1. Mở thông dạ dày để nuôi dưỡng người bệnh.

Mở thông dạ dày tạm thời được dùng trong những trường hợp sau:

+ Tồn thương thực quản do bỏng, hẹp thực quản mà dạ dày không bị tổn thương.

+ Trong các phẫu thuật lớn ổ bụng mà dự kiến phải nuôi dưỡng người bệnh qua đường tiêu hóa tích cực và lâu dài: cắt khối tá tụy, viêm tụy cấp hoại tử, cắt toàn bộ dạ dày...

- Mở thông dạ dày vĩnh viễn:

+ Trường hợp ung thư thực quản không còn chỉ định mổ vì nhiều lý do tại chỗ như u lan rộng ra trung thất, dò khí thực quản hoặc toàn thân như người bệnh quá già yếu có bệnh lý tuần hoàn và hô hấp...

+ Trường hợp ung thư vùng họng hầu

2. Mở thông dạ dày để giảm áp.

Trong trường hợp cần phải hút dạ dày lâu dài mở thông dạ dày giúp tránh được những nguy cơ do đặt sonde mũi dạ dày lâu dài có thể gây ra như viêm loét tại chỗ, nhiễm trùng đường hô hấp...

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH.

Mở thông dạ dày là kỹ thuật không quá phức tạp có thể thực hiện được dưới gây mê toàn thân hoặc tại chỗ nên không có chống chỉ định.

IV. CHUẨN BỊ MỔ.

- Người mổ: Là Người thực hiện chuyên khoa tiêu hóa.

- Phương tiện mổ: Bộ đồ mổ trung phẫu thuật

- Trước mổ cần làm các xét nghiệm cơ bản và các thăm dò để đánh giá tình trạng hô hấp và tim mạch của người bệnh nhằm lựa chọn phương pháp vô cảm thích hợp.

- Người bệnh cần được nhịn ăn 6 giờ trước phẫu thuật.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH.

1. Tư thế: Người bệnh nằm ngửa, kê gối ở đáy ngực, Người thực hiện đứng bên phải người bệnh, người phụ và dụng cụ viên đứng bên đối diện.

2. Phương pháp vô cảm:

- Gây mê toàn thân là phương pháp được ưu tiên lựa chọn người giúp Người thực hiện có thể mở bụng, thăm dò và thực hiện kỹ thuật được thuận lợi.

Chống chỉ định gây mê toàn thân khi có dò khí phế quản với thực quản, ung thư vùng họng hầu không thể đặt nội khí quản được, suy hô hấp nặng...

- Gây tê tại chỗ chỉ nên được sử dụng khi có chống chỉ định gây mê toàn thân hoặc khi gây mê toàn thân có nhiều nguy cơ.

3. Đường mổ.

Đường trắng giữa trên rốn, cách mũi ức 2cm, chiều dài đường mổ phụ thuộc vào mức độ dày của thành bụng. Không nên sử dụng đường mổ trắng bên hoặc dưới sườn vì vết mổ sẽ gần với lỗ dưới ra của ống thông dạ dày dẫn đến nguy cơ nhiễm trùng thành bụng cao.

4. Thăm dò.

Đặt van tự động để ban vết mổ, đặt một van để nâng gan lên trên. Kéo nhẹ dạ dày xuống dưới, thăm dò để phát hiện tổn thương ở dạ dày, nhất là vùng tâm phình vị hoặc cơ hoành (nếu có) trong trường hợp ung thư thực quản.

5. Kỹ thuật.

Có nhiều phương pháp mở thông dạ dày. Dưới đây là kỹ thuật mở thông dạ dày kiểu Witzel và Fontan kỹ thuật được sử dụng phổ biến nhất.

5.1. Mở thông dạ dày kiểu Witzel.

- Sau khi thăm dò ổ bụng, người phụ kéo dạ dày xuống dưới để bộc lộ phình vị dạ dày.

- Dùng 2 cặp Allis cặp tạo nếp thành trước phình vị, nên chọn nơi có nghèo mạch máu nhất, có thể thay cặp Allis bằng 2 mũi chỉ khâu treo thành ruột lên

- Rạch thanh mạc cơ ở giữa 2 cặp Allis hoặc 2 mũi chỉ khâu, đường rạch dài 1 - 1,5cm.

- Cầm máu kỹ lớp dưới niêm mạc và niêm mạc bằng dao điện hoặc các mũi chỉ khâu sau đó mở 1 lỗ nhỏ ở chỗ đã cầm máu.

- Hút sạch dịch trong dạ dày.

- Luồn ống thông Pezzer số 23 hoặc Foley số 22 vào dạ dày.

- Khâu kín lỗ mở dạ dày bằng các mũi chỉ rời hoặc 1 đường khâu túi quanh ống thông.

- Khâu tạo 1 đường hầm dài 8 - 10cm để vùi ống thông vào thành dạ dày.

Vị trí đi ra của ống thông tương ứng với vị trí đưa ống ra ngoài ổ bụng.

- Đục 1 lỗ nhỏ ở thành bụng tương ứng với vị trí ra của ống thông ở dạ dày để luồn ống ra ngoài ổ bụng. Không bao giờ được đưa ống trực tiếp qua vết mổ vì nguy cơ nhiễm trùng vết mổ rất cao.

- Khâu dính dạ dày quanh ống thông vào thành bụng bằng 3-4 mũi chỉ không tiêu.

- Khâu cố định ống thông vào da.

- Lau sạch ổ bụng, kiểm tra sau đó đóng vết mổ như thường quy.

5.2. Kỹ thuật mổ thông dạ dày kiểu Fontan.

- Kéo mặt trước dạ dày càng cao càng tốt bằng 1 cặp Allis hoặc Babcock.

- Khâu 1 mũi thanh mạc cơ xung quanh cặp Allis bằng chỉ tiêu chậm 0.0.

- Rạch thanh mạc cơ ở giữa đường khâu túi.

- Cầm máu lớp dưới niêm mạc sau đó mở 1 lỗ nhỏ qua niêm mạc bằng dao điện hoặc bằng panh, lỗ mở niêm mạc có kích thước tương ứng với ống thông.

- Luồn ống thông vào trong lòng dạ dày.

- Khâu vòng 2 túi vùi quanh ống thông.

- Đưa ống thông ra ngoài ổ bụng qua 1 đường rạch ở thành bụng tương ứng với vị trí ống thông trên dạ dày.
- Khâu cố định thanh mạc cơ dạ dày quanh ống thông với phúc mạc thành bụng.

VII. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN.

1. Theo dõi sau mổ.

- Trong 48 giờ đầu sau mổ ống thông được nối với chai dẫn lưu để dịch dạ dày tự chảy ra nhằm làm giảm áp lực trong dạ dày bảo vệ cho vết mổ ở dạ dày.

- Từ ngày thứ 2 sau mổ bắt đầu truyền thức ăn qua ống thông để nuôi dưỡng người bệnh lúc đầu là dung dịch đường Glucose sau đó là sữa và cháo, súp đã được xay nhỏ, khối lượng thức ăn tăng dần theo nhu cầu và tùy theo sự đáp ứng của người bệnh.

- Cho kháng sinh dự phòng trước khi tiến mê và 24 giờ đầu sau mổ.

2. Tai biến và xử trí tai biến.

- Chảy máu sau mổ: thường xảy ra khi cầm máu không tốt chỗ mổ niêm mạc dạ dày các triệu chứng là sonde dạ dày ra máu đỏ hoặc nôn máu, ỉa phân đen. Nếu chảy ít có thể điều trị bằng rửa dạ dày bằng nước lạnh và thuốc giảm tiết axít dạ dày, nếu chảy máu nhiều phải mổ lại để cầm máu.

- Nhiễm trùng vết mổ: thay băng làm sạch và dùng kháng sinh điều trị.

- Dò dịch dạ dày qua chân ống thông: tạm thời ngừng cho ăn qua ống thông và mổ cho dịch dạ dày chảy qua ống xuống chai dẫn lưu đồng thời làm sạch tại chỗ tránh loét da.

- Nếu dò nhiều: rút bỏ ống thông hoặc thay bằng ống to hơn.

11. PHẪU THUẬT CÁC KHỐI U SAU PHÚC MẠC

I. ĐẠI CƯƠNG

- Trong thực tiễn lâm sàng, trước một người bệnh có khối u thuộc khoang sau ổ phúc mạc, mà không thấy liên hệ trực tiếp tới một tạng rỗng hoặc tạng đặc cụ thể nào thì được gọi là u sau phúc mạc. Các công cụ chẩn đoán hình ảnh như siêu âm, CT. Scanner, MRI, ... sẽ giúp ích cho phẫu thuật viên trong việc xác định hình

dạng, vị trí, kích thước và mức độ xâm lấn của khối u sau phúc mạc, đồng thời giúp đánh giá khả năng phẫu thuật cắt bỏ khối u.

- Phẫu thuật có vai trò quan trọng nhất trong việc kiểm soát các khối u sau phúc mạc, có thể đạt mục đích điều trị khối u đối với các khối u lành tính và các khối u ác tính ở giai đoạn sớm còn khu trú tại chỗ. Hoặc giúp giảm chèn ép, giảm thiểu u tối đa, và phối hợp với các phương pháp điều trị khác như xạ trị và hóa trị liệu.

- Hiện tại mổ mở vẫn được coi là phương pháp cơ bản được dùng trong việc cắt bỏ các khối u sau phúc mạc. Một số trường hợp chọn lọc, khi khối u nhỏ còn khu trú, kèm theo ê kíp phẫu thuật viên giàu kinh nghiệm có thể tiến hành phẫu thuật nội soi cắt khối u sau phúc mạc.

II. CHỈ ĐỊNH

Các trường hợp u sau phúc mạc, thể trạng chung cho phép người bệnh có thể vượt qua một cuộc đại phẫu thuật.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Các trường hợp có chống chỉ định chung của phẫu thuật và gây mê hồi sức.
- Người bệnh và gia đình họ không chấp nhận phẫu thuật.
- U xâm lấn rộng không còn khả năng cắt bỏ.

IV. CHUẨN BỊ

1. Dụng cụ phẫu thuật: bộ đại phẫu ổ bụng.

2. Người thực hiện: 1 phẫu thuật viên chính, hai phụ mổ, 1 kíp gây mê hồi sức và dụng cụ viên.

3. Người bệnh.

- Giải thích cho người bệnh và thân nhân của họ hoặc người giám hộ (nếu người bệnh không đủ năng lực và hành vi chịu trách nhiệm về quyết định của mình), về chỉ định phẫu thuật sẽ được áp dụng để điều trị bệnh cho người bệnh và các tai biến, biến chứng có thể xảy ra trong và sau phẫu thuật.

- Hoàn thiện các thủ tục hồ sơ bệnh án, cho người bệnh và người nhà của họ ký giấy cam đoan chấp nhận gây mê hồi sức và phẫu thuật.

- Vệ sinh thân thể, chuẩn bị ruột bằng đường uống và thụt tháo đại tràng 2 ngày trước mổ.

- Dự trữ 1 đến 2 đơn vị máu cùng nhóm ABO và Rh, để sẵn sàng truyền máu bổ sung nếu có mất máu nhiều trong mổ.

- Dùng kháng sinh dự phòng.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Vô cảm: Người bệnh được gây mê toàn thân hoặc tê tủy sống có thể kết hợp làm giảm đau ngoài màng cứng để kiểm soát đau trong và sau mổ.

2. Tư thế.

- Người bệnh nằm ngửa hai chân dạng hoặc duỗi thẳng, tư thế phụ khoa nếu khối u ở tiểu khung, gắn các cơ quan tiêu hóa và niệu sinh dục.

- Sát khuẩn rộng vùng mổ và bộ phận sinh dục bằng dung dịch Polyvidine 10 và cồn 70 độ.

- Phẫu thuật viên chính đứng bên phải, hoặc bên trái người bệnh, tùy thuộc vào u ở tầng trên hay dưới mạc treo đại tràng ngang. Phụ 1 và phụ 2 đứng đối diện phẫu thuật viên chính. Đối với phẫu thuật viên thuận tay trái thì ngược lại.

3. Kỹ thuật.

- Đường mổ: thường áp dụng đường giữa trên dưới rốn, có thể mở rộng nhiều lên trên hay dưới tùy thuộc vào vị trí u. Đối với các trường hợp u bên phải hay trái so với cột sống có thể đi đường trắng bên tương ứng, đi trong hay ngoài phúc mạc.

- Bộc lộ khoang sau phúc mạc quanh khối u, phẫu tích kiểm soát các nguồn mạch vào và ra khỏi khối u.

- Có thể phải cắt một phần hoặc cắt tạng bị khối u xâm lấn vào: cắt đoạn ruột, cắt lách, cắt tuyến thượng thận...

- Kiểm tra cầm máu kỹ, lập lại khoang phúc mạc về trạng thái ban đầu.

- Đặt dẫn lưu vùng mô, và đóng kín thành bụng theo các lớp giải phẫu.

VI. CHĂM SÓC VÀ THEO DÕI SAU MỔ

- Nuôi dưỡng sau mổ bằng đường tĩnh mạch, đảm bảo cân bằng nước, điện giải, cho ăn nhẹ ngay vào ngày thứ 2 sau mổ hoặc khi có nhu động ruột trở lại.

- Dùng kháng sinh, giảm đau, chống viêm giảm phù nề.

- Theo dõi thể tích nước tiểu 24 giờ, tính chất dịch dẫn lưu, khối lượng dịch dẫn lưu. Rút ống dẫn lưu 3 đến 4 ngày sau mổ nếu dịch không còn.

VII. TAI BIẾN VÀ BIẾN CHỨNG

- Mất máu trong mổ: thường do thương tổn các mạch lớn như động mạch chủ bụng, các mạch mạc treo tràng, mạch thận, mạch chậu...

- Thủng tạng rỗng, ruột non, đại trực tràng.

- Hoại tử ruột do nhồi máu hoặc xoắn mạc treo ruột.

- Dò hoặc bục miệng nối tiêu hóa.

- Các tai biến, biến chứng của gây mê hồi sức...

- Tùy vào kết quả của mô bệnh học mà quyết định có hóa hoặc xạ trị bổ trợ không.

12. PHẪU THUẬT CẮT U MẠC TREO (kèm theo cắt ruột non)

I. ĐỊNH NGHĨA

- U mạc treo là những khối u trong phúc mạc không xuất phát từ các tạng đặc hay rỗng

- Đặc điểm:

- . U lớn từ hậu cung mạc nối có thể dính vào cuống lách, tụy, đại tràng, dạ dày.
- . U xuất phát từ phúc mạc, phát triển lan ra mạc treo ruột, thành ruột.
- . U xuất phát từ lá thành sau phúc mạc phát triển ra ổ bụng.
- Mô bệnh học:
 - . Sarcôm, u trung biểu mô ác tính, GIST.
 - . U lympho ác tính hodgkin hoặc không hodgkin.
 - . U di căn của dạ dày, đại tràng.
- Phẫu thuật có giá trị trong chẩn đoán và điều trị u mạc treo.

II. CHỈ ĐỊNH

U phúc mạc, u lá thành phúc mạc, được đánh giá:

- Lâm sàng: theo trình tự của chẩn đoán u bụng; bao giờ cũng phải thăm âm đạo, trực tràng, tinh hoàn (loại trừ tinh hoàn lạc chỗ).
- Cận lâm sàng: siêu âm ổ bụng, chụp CT ổ bụng. Chụp mạch nếu cần. Xét nghiệm chỉ điểm khối u.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Người bệnh thể trạng quá yếu, không thể thực hiện gây mê được.
- Cơ sở thiếu các trang thiết bị cần thiết cho chẩn đoán, phẫu thuật bụng – tiêu hóa và phẫu thuật viên thiếu kinh nghiệm.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện.

Nhóm gây mê hồi sức và phẫu thuật viên ngoại tiêu hóa - bụng có kinh nghiệm.

2. Phương tiện.

- Bộ dụng cụ đại phẫu ổ bụng.
- Máy hút, dao điện, ...

3. Người bệnh.

- Các xét nghiệm cơ bản phục vụ cho phẫu thuật: công thức máu, nhóm máu, chức năng đông máu, điện tâm đồ, chụp phổi, chụp cắt lớp ổ bụng, giải phẫu bệnh (sinh thiết u, nếu có thể).

- Giải thích cho người bệnh và gia đình người bệnh hiểu, biết trước các nguy cơ bệnh tật cũng cách chăm sóc về sau và đồng ý ký giấy xin phẫu thuật.

- Kháng sinh dự phòng trước phẫu thuật.
- Chuẩn bị kỹ đại tràng trước mổ: thụt tháo, uống thuốc tẩy (Fortrans).
- Dự trữ máu (với u to, nguy cơ mất máu nhiều).

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Tư thế: người bệnh nằm ngửa, đầu hơi cao.

2. Vô cảm: gây mê nội khí quản.

3. Kỹ thuật.

- Đường rạch: rộng rãi, bọc vết mổ cẩn thận. Đường rạch là đường trắng giữa trên và dưới rốn (có thể kéo dài khi cần, có thể mở thêm đường ngang hay dưới bờ sườn).

- Thăm dò: đây là bước đầu tiên quan trọng trong mổ để đánh giá vị trí xuất phát khối u trên đại thể cũng như tình trạng xâm lấn các tạng xung quanh mà quyết định chiến lược phẫu thuật.

- Phẫu thuật:

. Phẫu thuật lấy u trong vỏ.

. Phẫu thuật lấy u đơn thuần.

. Phẫu thuật lấy u có hoặc không kèm theo cắt một phần của ống tiêu hóa (dạ dày, đại tràng, ruột non).

. Khi u to, xâm lấn vào thành ruột non hay đại tràng, cần phải cắt u kèm theo cắt đoạn ruột non bị xâm lấn (xem bài cắt đoạn ruột, cắt đại tràng phải hay trái, cắt đoạn dạ dày) và tái lập lưu thông tiêu hóa.

- Xét nghiệm trong mổ:

. Sinh thiết tức thì trong mổ.

. Chọc hút thăm dò khối u: u nang, u máu, nang tụy.

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

1. Theo dõi.

- Theo dõi người bệnh sau phẫu thuật.

- Thay băng hàng ngày.

- Cho ăn trở lại với người bệnh phẫu thuật không kèm theo phẫu thuật ống tiêu hóa khi người bệnh có trung tiện. Các người bệnh mô có liên quan.

- Chú ý: thủng tạng, nhồi máu mạc treo để kịp thời xử trí.

2. Xử trí.

- Chảy máu: khâu kỹ vùng sinh thiết, vùng mổ, thận trọng với khối u lớn, nhiều mạch tăng sinh.

- Việc điều trị sau mổ như xạ trị, hóa trị phụ thuộc vào mô bệnh học sau mổ.

13. PHẪU THUẬT CẮT U MẠC TREO (không cắt ruột non)

I. ĐỊNH NGHĨA

- U mạc treo là những khối u trong phúc mạc không xuất phát từ các tạng đặc hay rỗng

- Đặc điểm (đại thể):

- . U lớn từ hậu cung mạc nối có thể dính vào cuống lách, tụy, đại tràng, dạ dày.
- . U xuất phát từ phúc mạc, phát triển lan ra mạc treo ruột, thành ruột.
- . U xuất phát từ lá thành sau phúc mạc phát triển ra ổ bụng.

- Mô bệnh học:

- . Sarcôm, u trung biểu mô ác tính, GIST.
 - . U lympho ác tính hodgkin hoặc không hodgkin.
- U di căn của dạ dày, đại tràng, buồng trứng, tụy...

- Phẫu thuật có vai trò trong chẩn đoán và điều trị u mạc treo.

II. CHỈ ĐỊNH

U phúc mạc, u lá thành phúc mạc, được đánh giá:

- Lâm sàng: theo trình tự của chẩn đoán u bụng; bao giờ cũng phải thăm âm đạo, trực tràng, tinh hoàn (loại trừ tinh hoàn lạc chỗ).

- Cận lâm sàng: siêu âm ổ bụng, chụp CT ổ bụng. Chụp mạch nếu cần. Xét nghiệm chỉ điểm khối u.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Người bệnh thể trạng quá yếu, không thể thực hiện gây mê được.

- Cơ sở thiếu các trang thiết bị cần thiết cho chẩn đoán, phẫu thuật bụng – tiêu hóa và phẫu thuật viên thiếu kinh nghiệm.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện.

Nhóm gây mê hồi sức và phẫu thuật viên ngoại tiêu hóa - bụng có kinh nghiệm.

2. Phương tiện.

- Bộ dụng cụ đại phẫu ổ bụng.

- Máy hút, dao điện, ...

3. Người bệnh.

- Các xét nghiệm cơ bản phục vụ cho phẫu thuật: công thức máu, nhóm máu, chức năng đông máu, điện tâm đồ, chụp phổi, chụp cắt lớp ổ bụng, giải phẫu bệnh (sinh thiết u, nếu có thể).

- Giải thích cho người bệnh và gia đình người bệnh hiểu, biết trước các nguy cơ bệnh tật cũng cách chăm sóc về sau và đồng ý ký giấy xin phẫu thuật.

- Kháng sinh dự phòng trước phẫu thuật.

- Chuẩn bị kỹ đại tràng trước mổ: thụt tháo, uống thuốc tẩy (Fortrans).

- Dự trữ máu (với u to, nguy cơ mất máu nhiều).

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Tư thế: người bệnh nằm ngửa, đầu hơi cao.

2. Vô cảm: gây mê nội khí quản.

3. Kỹ thuật.

- Đường rạch: rộng rãi, bọc vết mổ cẩn thận. Đường rạch là đường trắng giữa trên và dưới rốn (có thể kéo dài khi cần, có thể mở thêm đường ngang hay dưới bờ sườn).

- Thăm dò: đây là bước đầu tiên quan trọng trong mổ để đánh giá vị trí xuất phát khối u trên đại thể cũng như tình trạng xâm lấn các tạng xung quanh mà quyết định chiến lược phẫu thuật. Phẫu thuật lấy u triệt căn, công phá u tối đa, phẫu thuật lấy u trong vỏ hay chỉ sinh thiết.

- Phẫu thuật:

. Phẫu thuật lấy u đơn thuần.

. Phẫu thuật lấy u có hoặc không kèm theo cắt các bộ phận của đường tiêu hóa (dạ dày, đại tràng, ruột non).

- Xét nghiệm trong mổ:

. Sinh thiết tức thì trong mổ.

. Chọc hút thăm dò khối u: u nang, u máu, nang tụy.

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

1. Theo dõi.

- Theo dõi người bệnh sau phẫu thuật.

- Thay băng hàng ngày.

- Cho ăn trở lại với người bệnh phẫu thuật không kèm theo phẫu thuật ống tiêu hóa khi người bệnh có trung tiện. Các người bệnh mổ có liên quan.

- Chú ý: thủng tạng, nhồi máu mạc treo để kịp thời xử trí.

2. Xử trí.

- Chảy máu: khâu kỹ vùng sinh thiết, vùng mổ, thận trọng với khối u lớn, nhiều mạch tăng sinh.

- Việc điều trị sau mổ như xạ trị, hóa trị phụ thuộc vào mô bệnh học sau mổ.

14. NỘI SOI BÀNG QUANG

I. ĐẠI CƯƠNG

Soi bàng quang là một thủ thuật đưa máy soi vào lòng bàng quang qua đường niệu đạo, để quan sát trực tiếp niêm mạc bàng quang, các lỗ niệu quản, cổ bàng quang, nhằm mục đích chẩn đoán và điều trị.

II. CHỈ ĐỊNH

- Đái máu, đái mủ, đái dưỡng chấp, đái buốt, đái rắt.
- Chụp thận ngược dòng.
- Sinh thiết bàng quang để chẩn đoán xác định tổn thương.
- Đánh giá bàng quang sau đợt điều trị k bàng quang.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Co thắt niệu đạo, hẹp niệu đạo, đứt niệu đạo do chấn thương.
- U phì đại tiền liệt tuyến.
- Viêm cấp niệu đạo do các nguyên nhân.
- Lao bàng quang.
- Thể trạng suy kiệt nặng.

IV. CHUẨN BỊ

1. Dụng cụ.

- Máy nội soi bàng quang cứng hay mềm vô khuẩn, cỡ thích hợp với người bệnh.

- Nong niệu đạo các cỡ.
- Hệ thống cung cấp ánh sáng lạnh.
- Kìm sinh thiết.
- Màn hình.
- Hệ thống máy vi tính có các hình, máy in kết quả.
- Bình đựng dung dịch có giá treo và hệ thống dẫn nước có khoá.
- Bàn soi theo tư thế sản khoa.
- Toan, khăn có lỗ, gạc, bông, găng tay vô trùng.
- Kìm Kocher, bơm tiêm 5ml.
- Lọ đựng bệnh phẩm có dung dịch Formol 10%.
- Kim lấy bệnh phẩm.
- Tạp dề.

2. Thuốc:

- Thuốc tiêm trước soi theo y lệnh: Atropin sunphat 1/4 mg x 2 ống. Midazolam 5mg/ml x 1/2 ống.

- Dung dịch sát trùng Povidine iodine 10%.
- Jelly bôi trơn hoặc dầu Parafin.
- Dung dịch sorbitol 3 , hoặc nước muối 0,9 . Nước cất.

3. Người bệnh.

- Thông báo giải thích cho người bệnh và người nhà người bệnh biết về thủ thuật sẽ làm, giúp người bệnh yên tâm và ký giấy làm can đoan trước soi.

- Kiểm tra hồ sơ bệnh án đầy đủ, phiếu chỉ định soi, phim Xquang, kết quả siêu âm.

- Tiêm thuốc theo y lệnh trước soi 15 phút.
- Đặt người bệnh nằm theo tư thế sản khoa.
- Rửa sạch bộ phận sinh dục ngoài bằng xà phòng.

IV. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Điều dưỡng rửa tay, đội mũ, đeo khẩu trang, tạp dề.
- Giúp bác sỹ đeo găng tay vô khuẩn.
- Sát khuẩn lỗ tiểu bằng dung dịch Povidine 10%.
- Chuẩn bị lấy thuốc gây tê (theo chỉ định).
- Phụ bác sỹ nong niệu đạo.
- Bác sỹ đưa máy soi vào bàng quang theo các thì như thông tiểu nam hoặc nữ.
- Nối hệ thống dây dẫn nước tiểu ra và hệ thống dung dịch vào bàng quang qua máy nội soi.
- Cho nước vào bàng quang mỗi lần khoảng 200 ml làm căng bàng quang.
- Nếu soi phát hiện có tổn thương.
- Điều dưỡng phối hợp với bác sỹ bấm sinh thiết tổn thương. (Đưa kim sinh thiết vào bàng quang qua hệ thống máy nội soi, chọn vị trí sinh thiết theo y lệnh của bác sỹ, mở kim và đóng kim sinh thiết nhẹ nhàng).
- Lấy bệnh phẩm vào lọ đựng Formol 10 có định bệnh phẩm.
- Sau khi bác sỹ rút máy nội soi:
 - . Sát khuẩn lỗ niệu đạo và bộ phận sinh dục ngoài (ở nữ).
 - . Thu dọn dụng cụ.
 - . Giúp người bệnh ra khỏi bàn khám và mặc quần.
 - . Ghi phiếu theo dõi chăm sóc.
 - . Hướng dẫn người bệnh lấy kết quả sau soi.

V. ĐÁNH GIÁ GHI HỒ SƠ BÁO CÁO

Nhận định tình trạng người bệnh.

- Sắc mặt, tình trạng đau.
- Màu sắc nước tháo ra.
- Tình trạng tiểu sau soi (đái máu, đái buốt..)
- Tình trạng sốt.

Phát hiện dấu hiệu bất thường báo cáo bác sỹ soi để xử trí kịp thời.

VI. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH

Hướng dẫn người bệnh nghỉ ngơi và ăn uống sau khi soi và phát hiện các dấu hiệu bất thường báo cho thầy thuốc biết.

15. NỘI SOI BÀNG QUANG LẤY DỊ VẬT, SỎI

I. ĐẠI CƯƠNG:

Nội soi bàng quang lấy sỏi, dị vật là một thủ thuật dùng dụng cụ để lấy sỏi, dị vật qua đường nội soi bàng quang.

II. CHỈ ĐỊNH:

Sỏi, dị vật bàng quang.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH:

Nhiễm trùng đường niệu thấp đang tiến triển.

Phi đại lành tính tuyến tiền liệt có kích thước to.

U vùng tiểu khung có chèn ép tắc nghẽn đường niệu.

IV. CHUẨN BỊ:

Người thực hiện

01 bác sĩ, 01 điều dưỡng.

Phương tiện

Máy soi bàng quang cứng (kim loại) hoặc mềm(sợi).

Bộ cấp quang dẫn truyền hình ảnh và màn hình video.

Nguồn ánh sáng lạnh.

Nguồn nước vô trùng và hệ thống dẫn nước vào máy.

Dụng cụ gấp sỏi, dị vật bàng quang: dùng kẹp hoặc dùng rọ dormia: 01 bộ.

Giường kiểu khám phụ khoa có thể điều chỉnh lên xuống tự động. –Găng vô trùng: 02 đôi

Cồn betadin sát trùng: 01 lọ

Gạc vô khuẩn: 02 gói

Kẹp vô trùng: 01 cái

Quần áo mổ: 02 bộ

Mũ, khẩu trang: 02 bộ

Thuốc giảm đau (Felden, mobic...), gây tê tại chỗ (Xylocain).

Người bệnh

Cần được giải thích kỹ trước khi làm thủ thuật, tiêm thuốc giảm đau trước khi tiến hành thủ thuật (Felden, mobic..) và cần được gây tê tại chỗ bằng xylocain (thường dùng loại gel) bơm qua đường niệu đạo.

Hồ sơ bệnh án

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH:

Kiểm tra hồ sơ

Kiểm tra người bệnh

Thực hiện kỹ thuật

Giảm đau cho người bệnh: tiêm thuốc giảm đau trước khi tiến hành thủ thuật (Felden, mobic..), gây tê tại chỗ bằng xylocain (thường dùng loại gel) bơm qua đường niệu đạo.

Tư thế người bệnh nằm theo tư thế sản khoa.

Soi kiểm tra: đặt máy soi bàng quang, cho nước vào bàng quang kiểm tra tình trạng bàng quang, xác định vị trí, kích thước của sỏi, dị vật.

Đưa kẹp để gấp sỏi hoặc luồn sỏi vào rọ dormia kéo ra ngoài.

Đối với sỏi quá to nhiều khi phải phá vỡ nhỏ sỏi ra bằng sóng xung động siêu âm hoặc laserr rồi lấy sỏi.

VI. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ:

Thủng bàng quang

Rất ít xảy ra, xử trí ngoại khoa.

Chảy máu

Theo dõi, dùng thuốc cầm máu, truyền máu trong trường hợp mất quá nhiều máu.

Nhiễm khuẩn

Do có nhiễm khuẩn cũ hoặc nhiễm khuẩn do làm thủ tục kéo dài và không vô khuẩn tuyệt đối. Điều trị kháng sinh và theo dõi.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Choe JH, Kwak KW, Hong JH, et all (2008) Efficacy of lidocaine spray as topical anesthesia for outpatient rigid cystoscopy in women: a prospective, randomized, double-blind trial. Urology; 71(4): 561-6.

Wolf JS Jr, Bennett CJ, Dmochowski RR, et all. (2008) Best practice policy statement on urologic surgery antimicrobial prophylaxis. J Urol; 179(4): 1379-90.

Zhang ZS, Tang L, Wang XL, et al (2011) Seeing Is Believing: A Randomized Controlled Study from China of Real-Time Visualization of Flexible Cystoscopy to Improve Male Patient Comfort. J Endourol.

Clark KR, Higgs MJ. (1990) Urinary infection following out-patient flexible cystoscopy. Br J Urol. 66(5): 503-5.

16. PHẪU THUẬT NỘI SOI SAU PHỨC MẠC LẤY SỎI NIỆU QUẢN 1/3 TRÊN VÀ SỎI BỂ THẬN

I. ĐẠI CƯƠNG:

- Đây là phẫu thuật ít xâm lấn trong điều trị sỏi niệu quản 1/3 trên và sỏi bể thận đơn thuần. Dù phẫu thuật tán sỏi nội soi ngược dòng bằng ống mềm phát triển, hay kỹ thuật đặt máy nội soi niệu quản ống cứng tiếp cận sỏi tốt đến đâu thì cũng khó thay thế được phẫu thuật nội soi sau phẫu phúc mạc khi điều trị những bệnh nhân

có sỏi kích thước lớn, có hẹp, gấp niệu quản.
- Đường mổ sau phúc mạc có nhiều ưu điểm hơn với đường mổ bụng: Sinh lý, dễ tiếp cận niệu quản, tránh rò nước tiểu vào ổ bụng, hạn chế tổn thương các tạng trong ổ bụng, tránh được nguy cơ tắc ruột.

II. CHUẨN BỊ BỆNH NHÂN:

1. Chỉ định:

Sỏi niệu quản 1/3 trên từ đoạn hông lưng tới đoạn bả thận có kích thước lớn, ít có khả năng điều trị nội khoa thành công.

Sỏi kích thước lớn, không có chỉ định tán sỏi nội soi, tán sỏi ngoài cơ thể.

Không có tiền sử mổ sau phúc mạc bên sỏi niệu quản.

Không có bệnh lý gây chống chỉ định gây mê.

Không có bệnh lý rối loạn đông máu.

2. Giải thích các nguy cơ:

Trước mổ: Không phẫu thuật gây suy giảm, mất chức năng thận có sỏi niệu quản hoặc gây úm tử thận, gây tăng huyết áp.

Trong phẫu thuật: Tai biến do gây mê (co thắt khí phế quản, dị ứng thuốc,...) do phẫu thuật: Chảy máu, tổn thương thận, niệu quản, sỏi chạy lên thận; chuyển mổ mở, cắt thận, hồi sức kéo dài, ...

Sau mổ: Hẹp niệu quản, sót sỏi, thận không phục hồi được chức năng,...

3. Gây mê nội khí quản.

III. PHẪU THUẬT NỘI SOI SAU PHÚC MẠC:

1. Tư thế bệnh nhân – Tạo khoang sau phúc mạc”

- Đặt sond niệu đạo – bàng quang.

Nghiêng 90° từ bên có sỏi sang bên đối diện sao cho vùng hông lưng bên có sỏi ở trên cao, có độn gối ở hông lưng dưới.

Bơm bóng tạo khoang sau phúc mạc:

- Rạch da 8 – 10mm vị trí đặt trocar 10: dùng pice tách các lớp dưới da, qua cơ vào khoang sau phúc mạc. Đưa bóng vào khoang, bơm bóng V = 500-600 ml khí. Hoặc dùng tay để tạo khoang sau phúc mạc. Cũng có thể đặt trocar 10 với đầu tù vào để tạo khoang.

2. Đặt trocar – Mở rộng phẫu trường

Đặt trocar 10mm chưa nòng đầu tù vào vị trí rạch da, bơm hơi. Đưa Optic vào soi kiểm tra.

Đặt trocar 10mm thứ 2: bờ dưới xương sườn 12 đường nách sau

Đặt trocar 5mm : trước gai chậu trước trên

Dùng dụng cụ phẫu tích làm rộng khoang sau phúc mạc sao cho đủ rộng phẫu trường nội soi để thực hiện phẫu thuật.

3. Phẫu tích tìm niệu quản, giải phóng đoạn niệu quản chứa sỏi:

Dựa vào bờ trong cơ thắt lưng chậu chúng ta phẫu tích vào cân Georta:

Niệu quản sau phúc mạc, bắt chéo phía sau bó mạch sinh dục, màu trắng ngà, có

nhu động càng đi về phía thận càng to, đoạn trên sỏi thường ứ nước căng giãn. Tìm niệu quản cần bám sát theo cơ thắt lưng chậu.

Đoạn niệu quản chứa sỏi thường xơ dính, phẫu tích mặt trước đoạn này. Dùng pince mềm của sỏ cặp chặn trên phía sỏi.

4. Mở niệu quản lấy sỏi, đặt sond JJ hoặc sond Modelage, khâu lại niệu quản:

Dùng dụng cụ mở niệu quản sao cho đủ lấy ứng với kích thước viên sỏi.

Dùng pince Kelly di động nậy sỏi, gắp sỏi ra ngoài, nước tiểu trào ra

Dùng ống hút hút hết dịch hoặc bơm nước vào đoạn niệu quản trên sỏi

Luồn sond JJ hoặc luồn sond Modelage bằng đoạn sond Plastic cỡ số 6 hoặc 8 Fr đi từ trên thận xuống niệu quản, bàng quang.

Khâu chỉ Vicryl số 4.0 hoặc 5.0 đoạn niệu quản mở lấy sỏi.

5. Cầm máu kỹ , lau hút rửa dịch nước tiểu, máu cục. Đặt 1 dẫn lưu vào vùng sau phúc mạc. Khâu các lỗ trocar.

a. Điều trị sau mổ:

Kháng sinh tĩnh mạch, giảm đau, chống phù nề.

Chăm sóc, lưu sond niệu đạo 3-4 ngày.

Dẫn lưu: theo dõi số lượng, màu sắc. Thông thường rút dẫn lưu sau 24h - 18h.

Ra viện: Tư vấn chế độ ăn, đi lại, lao động kèm đơn thuốc uống và hẹn tái khám để rút ống sond JJ hoặc Modelade

TIN TỨC LIÊN QUAN

- QUY TRÌNH KỸ THUẬT TÁN SỎI NIỆU QUẢN BẰNG LASER
- PHÁC ĐỒ NỘI SOI KHOANG BỤNG CHẨN ĐOÁN TRONG CHẤN THƯƠNG BỤNG
- PHẪU THUẬT TẠO HÌNH BAO QUY ĐẦU Ở TRẺ EM
- PHẪU THUẬT TẠO HÌNH CẮM LẠI NIỆU QUẢN VÀO VÀO BÀNG QUANG (CLNQVBQ)
- CẮM LẠI NIỆU QUẢN VÀO BÀNG QUANG TRONG NIỆU QUẢN CỤ ĐẠI
- CẮM LẠI NIỆU QUẢN VÀO BÀNG QUANG TRONG TRƯỜNG HỢP MÁT MÔ NIỆU QUẢN

17. ĐẶT ÓNG THÔNG NIỆU QUẢN QUA NỘI SOI (SONDE JJ) CÓ TIỀN MÊ

I. ĐẠI CƯƠNG:

- Đặt sonde JJ là thủ thuật luồn một ống rỗng bằng nhựa dẻo được thiết kế đặc biệt vào niệu quản và đưa lên bể thận.

- Mục đích:

+ Sonde JJ giúp nước tiểu có thể chảy từ thận xuống đến bàng quang. Bằng cách này, thận tiếp tục hoạt động và giảm tổn thương do tắc nghẽn, đồng thời tránh những cơn đau quặn dữ dội khi thận không được dẫn lưu tốt

+ Sonde JJ còn bảo vệ niệu quản, giúp niệu quản lành vết thương.

+ Đặt sonde JJ có thể giúp niệu quản giãn rộng, giúp các tiếp cận vào niệu quản dễ thành công hơn.

II. CHỈ ĐỊNH:

Khi có tắc nghẽn hoặc dự phòng tắc nghẽn ở niệu quản hoặc thận.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH:

Nhiễm khuẩn đường niệu: viêm bàng quang, viêm niệu đạo vì dễ gây viêm bể thận ngược dòng

IV. CHUẨN BỊ:

1. Người thực hiện: 1 bác sỹ, 1 điều dưỡng, 1 kỹ thuật viên Xquang, 1 kỹ thuật viên gây mê.

2. Phương tiện, dụng cụ:

- Máy Xquang

- Máy soi bàng quang cứng (kim loại) hoặc mềm(sợi).

- Bộ cáp quang dẫn truyền hình ảnh và màn hình video

- Nguồn ánh sáng lạnh.

- Nguồn nước vô trùng và hệ thống dẫn nước vào máy.

- Giường kiểu khám phụ khoa có thể điều chỉnh lên xuống tự động.

- Găng vô trùng 2 đôi

- Cồn Betadin sát trùng: 1 lọ

- Gạc vô trùng: 1 gói

- Kẹp vô trùng: 1 cái

- Quần áo mổ : 2 bộ

- Mũ, khẩu trang: 2 bộ

- Bộ sonde JJ: 1 bộ

- Thuốc gây mê hoặc gây tê tùy sống tùy từng trường hợp

- Thuốc mê và tiền mê: midazolam 5mg từ 1 – 4 ống, fantanyl 0,1 mg từ 1 – 3 ống, propofol 20 ml 1-4 ống 240

- Máy theo dõi lifescope và dụng cụ cấp cứu: mặt nạ, bóng bóp, nội khí quản

3. Người bệnh: cần được giải thích kỹ trước khi làm thủ thuật,

- Nhịn ăn trước khi làm thủ thuật 06 giờ.

- Đặt đường truyền tĩnh mạch

- Tiêm thuốc gây mê hoặc gây tê tùy sống

4. Hồ sơ bệnh án

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH:

1. Kiểm tra hồ sơ
2. Kiểm tra người bệnh
3. Thực hiện kỹ thuật:
 17. Giảm đau cho Người bệnh: bằng tiêm thuốc gây mê hoặc gây tê tuỷ sống
 18. Tư thế Người bệnh nằm theo tư thế sản khoa
 19. Soi kiểm tra: đặt máy soi bàng quang, cho nước và bàng quang kiểm tra tình trạng bàng quang, xác định vị trí 2 lỗ niệu quản và quan sát tình trạng lỗ niệu quản cần đặt sonde JJ
 20. Đưa sonde JJ ngược dòng từ niệu đạo vào bàng quang, lên niệu quản, lên bể thận qua ống soi bàng quang
 21. Kiểm tra vị trí của sonde JJ bằng XQuang.

VI. BIẾN CHỨNG VÀ XỬ TRÍ:

- Nhiễm khuẩn ngược dòng: điều trị kháng sinh
- Đái máu: theo dõi, dùng thuốc cầm máu, truyền máu trong trường hợp mất quá nhiều máu.
- Thủng niệu quản: xử trí ngoại khoa
- Biến chứng liên quan tới gây mê: tụt huyết áp, suy hô hấp, buồn nôn hoặc nôn. Tiến hành truyền dịch, thở oxy.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Dyer RB, Chen MY, Zagoria RJ, et al (2002) Complications of ureteral stent placement. Radiographics; 22:1005–1022
2. Ringel A, Richter S, Shalev M, Nissenkorn I. (2000) Late complications of ureteral stents. Eur Urol; 38:41–44 241
3. Maan Z, Patel D, Moraitis K, et al. (2010) Comparison of stent-related symptoms between conventional double-J stents and a new-generation thermoexpandable segmental metallic stent: a validated-questionnaire-based study. J Endourol; 24:589–593
4. Papatsoris AG, Buchholz N. (2010) A novel thermo-expandable ureteral metal stent for the minimally invasive management of ureteral strictures. J Endourol; 24:487–491
5. Akay AF, Aflay U, Gedik A, et al (2007) Risk factors for lower urinary tract infection and bacterial stent colonization in patients with a double J ureteral stent. Int Urol Nephrol; 39:95–98

18. RÚT SONDE JJ NỘI SOI QUA ĐƯỜNG NIỆU QUẢN, BÀNG QUANG

I. ĐẠI CƯƠNG:

- Sonde JJ (Stent niệu quản) là một loại sonde dùng để đặt bên trong niệu quản để dẫn lưu nước tiểu từ thận xuống bàng quang; có thể được đặt qua da hay qua nội soi bàng quang. Sonde có dạng 2 đầu cong ngược nhau, ống có cản quang và có nhiều lỗ dọc theo suốt chiều dài sonde.

- Sonde JJ không nên để lưu trong người bệnh quá lâu. Sonde cần được rút đúng thời hạn tránh nguy cơ bám cận sỏi vào ống, làm tắc ống, có thể gây nhiễm trùng.

II. CHỈ ĐỊNH:

Chỉ định rút sonde JJ khi sonde JJ đã để lưu trong cơ thể người bệnh đủ thời hạn (thường sau phẫu thuật 03 tuần).

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH:

Rối loạn đông máu nặng.

Nhiễm trùng bàng quang nặng.

Người bệnh đang bị nhiễm trùng bộ phận sinh dục (lậu, giang mai,...).

IV. CHUẨN BỊ:

Người thực hiện: 01 bác sĩ và 01 điều dưỡng.

Phương tiện

- Bộ dụng cụ nội soi:
 - + Cáp dẫn quang: 01 cái
 - + Trocar để vào bàng quang: 01 cái
 - + Grasping forcep: 01 cái
 - + Camera nội soi: 01 cái
- Gạc vô trùng: 01 gói (05 miếng)
- Dung dịch sát khuẩn: betadine 10% hoặc thuốc đỏ.
- Nước muối sinh lý 0,9%: 1000ml
- Gel xylocain 2% và chlorhexadin.
- Găng vô trùng: 02 đôi
- Săng có lỗ vô trùng: 01 cái

Người bệnh

- Người bệnh được giải thích rõ về chỉ định, quá trình diễn ra cũng như biến chứng có thể xảy ra của soi bàng quang và rút sonde JJ.

- Ký cam kết

Hồ sơ bệnh án

Mang hồ sơ bệnh án của người bệnh đến phòng nội soi

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH:

1. Kiểm tra hồ sơ

2. Kiểm tra người bệnh

Đo huyết áp, nhịp tim trước khi soi.

3. Thực hiện kỹ thuật

- Cho người bệnh nằm ở tư thế sản khoa, bộc lộ cơ quan sinh dục.
- Sát trùng vùng hạ vị và bộ phận sinh dục cho người bệnh.
- Trải khăn vô khuẩn lên bộ phận sinh dục người bệnh.
- Bơm lidocain 2% dạng gel vào lỗ sáo của người bệnh nhằm gây tê niêm mạc dọc đường đi của ống soi (đối với nữ giới thì không cần).
- Bôi trơn ống nội soi.
- Nâng dương vật người bệnh lên thẳng đứng 90o, từ từ đưa ống soi vào. Sau đó vừa đẩy ống thẳng qua lỗ tiểu vào niệu đạo rồi vào bàng quang. Trong lúc thực hiện quan sát nét mặt người bệnh (Đối với nữ: đưa thẳng ống qua lỗ tiểu vào bàng quang).

+ Cho thoát hết nước tiểu tồn lại trong bàng quang ra ngoài rồi cho đường truyền dung dịch natriclorua 0,9% chảy vào bàng quang.

+ Quan sát tổng thể bàng quang, xác định sonde JJ.

+ Đưa kẹp vào lòng bàng quang qua hệ thống soi.

+ Kẹp ống sonde JJ và nhẹ nhàng rút sonde JJ niệu quản.

+ Rút ống nội soi ra cho vào bồn rửa, kết thúc thủ thuật.

+ Vệ sinh lại vùng sinh dục cho người bệnh.

VI. THEO DÕI:

- Trong thủ thuật: toàn trạng, mạch, huyết áp,...

- Sau thủ thuật: tình trạng đau, đái máu, nhiễm trùng,...

VII. TAI BIẾN:

Chấn thương bàng quang niệu đạo, nặng có thể gây thủng bàng quang, rách niệu đạo.

VIII. XỬ TRÍ:

Tùy theo tai biến xảy ra có biện pháp phù hợp.

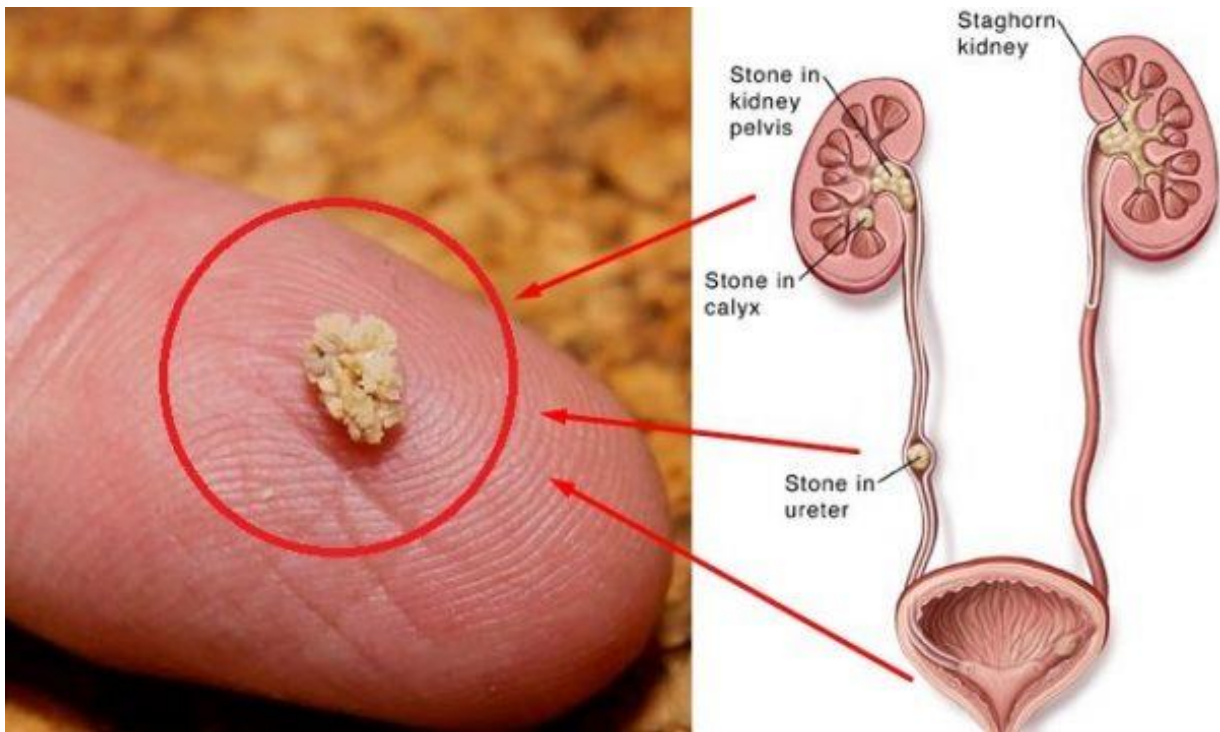
19. TÁN SỎI NIỆU QUẢN QUA NỘI SOI

I. TỔNG QUAN:

Niệu quản là con đường duy nhất với chức năng dẫn nước tiểu từ thận xuống bàng quang. Ống niệu quản với kích thước khá hẹp nên khi xuất hiện sỏi rất dễ gây tắc nghẽn, ảnh hưởng trực tiếp đến quá trình lưu thông nước tiểu và có thể xuất hiện những biến chứng nguy hiểm như: thận ứ nước, **giãn đài bể thận**, gây nhiễm trùng, viêm thận dẫn đến suy thận.

Vì thế, **sỏi niệu quản** dù chỉ rất nhỏ chỉ từ vài mm đến khoảng 1.2 cm thì tuyệt đối không được chủ quan. Việc điều trị sỏi niệu quản cần được thực hiện càng sớm càng tốt.

Hiện nay, các phương pháp tán sỏi nội soi đã tạo ra một cuộc cách mạng lớn trong điều trị sỏi đường tiết niệu. Các phương pháp này đã và đang được áp dụng rộng rãi, thay thế mổ mở trước đó nhờ ưu thế ít xâm lấn, không đau hoặc rất ít đau, thời gian nằm viện ngắn, sạch sỏi, tỷ lệ biến chứng thấp.



II. CÁC PHƯƠNG PHÁP TÁN SỎI NIỆU QUẢN QUA NỘI SOI:

Có 3 phương pháp tán sỏi qua nội soi phổ biến hiện nay là:

- Tán sỏi nội soi qua da đường hầm nhỏ bằng laser
- **Tán sỏi nội soi ngược dòng** bằng laser
- Tán sỏi nội soi ống mềm bằng laser

2.1. Tán sỏi nội soi ngược dòng bằng laser

Chỉ định:

- Sỏi niệu quản $\frac{1}{3}$ giữa và $\frac{1}{3}$ dưới
- **Sỏi bàng quang** > 1cm hoặc < 1cm mà không thể tự thoát theo đường tiểu

Ưu điểm:

- Không có vết mổ
- Không đau
- Nằm viện 1 ngày

Cách thực hiện:

- Đầu tiên, bác sĩ cần đặt một ống soi niệu quản được dẫn từ niệu đạo vào tới bàng quang.
- Xác định vị trí lỗ niệu quản dưới hướng dẫn của siêu âm và luồn một dây dẫn lên tới niệu quản để tạo thành một đường dẫn giúp ống soi tiếp cận tới vùng sỏi.
- Sau đó, bác sĩ sẽ đưa dây laser vào bên trong một đường ống rỗng được đặt bên trong ống soi niệu quản. Khi dây laser tiếp cận sỏi, khởi động máy tán sỏi và tạo ra năng lượng để tán sỏi thành từng mảnh sỏi nhỏ.
- Sau khi việc tán sỏi hoàn tất, các mảnh sỏi nhỏ này sẽ được đưa ra ngoài theo đường dẫn đã tạo trước đó, loại bỏ sỏi sỏi nhanh chóng mà không có bất kỳ vết mổ nào.

2.2. Tán sỏi qua da đường hầm nhỏ bằng laser**Chỉ định:**

- Sỏi thận > 1.5cm
- Sỏi niệu quản $\frac{1}{3}$ trên và >1.5cm

Ưu điểm:

- Vết mổ 5cm
- Ít xâm lấn, ít đau
- Nằm viện 3 ngày

Cách thực hiện:

- Đầu tiên, tại vị trí lưng, bác sĩ sẽ phải rạch một đường trên da với kích thước rất nhỏ (0.5-1cm).
- Sau đó, tạo một đường hầm nhỏ dẫn tới niệu quản nhờ hướng dẫn của siêu âm. Sau khi đã có đường hầm sẽ nhẹ nhàng đưa máy nội soi vào và bắt đầu tìm sỏi.
- Khi đã tiếp cận được sỏi, khởi động máy tán sỏi, sử dụng năng lượng laser tán sỏi thành nhiều mảnh nhỏ rồi thực hiện hút sạch sỏi ra ngoài theo đường hầm.
- Cuối cùng, bác sĩ sẽ phải đặt một ống thông từ thận xuống tới bàng quang để kiểm tra quá trình lưu thông nước tiểu. Sau 24 – 48h ống này sẽ được lấy ra khi cho kết quả hoạt động bình thường.

2.3. Tán sỏi nội soi ống mềm bằng laser**Chỉ định:**

- Sỏi thận < 2.5cm
- Các trường hợp đã áp dụng [tán sỏi ngoài cơ thể](#) trước đó nhưng không cho hiệu quả.

Ưu điểm:

- Không có vết mổ
- Không đau
- Nằm viện 2 ngày

III. CÁCH TIẾN HÀNH:

Tán sỏi nội soi ống mềm bằng laser sẽ được thực hiện sau khi đã tán sỏi ngoài cơ thể để lấy các mảnh sỏi còn lại, nhờ đó đảm bảo sỏi được sẽ lấy ra ngoài toàn bộ và không bị sót lại, mang đến hiệu quả điều trị cao nhất, an toàn nhất.

3. Giải đáp những thắc mắc khác về tán sỏi niệu quản qua nội soi

3.1. Tán sỏi niệu quản qua nội soi có đau không?

Với 3 phương pháp tán sỏi qua nội soi đã kể bên trên, khi thực hiện điều trị, người bệnh sẽ hầu như là không đau hoặc ít đau (với phương pháp tán sỏi qua da đường hầm nhỏ bằng laser cần rạch 1 đường nhỏ).

Các phương pháp nội soi này sẽ tán sạch sỏi một cách nhẹ nhàng, êm ái nhất. Nhờ vậy, với những người bệnh sợ mổ, sợ đau thì đây sẽ chính là giải pháp tối ưu dành cho bạn.

3.2. Tán sỏi niệu quản qua nội soi có nguy hiểm không?

Tán sỏi niệu quản qua nội soi là giải pháp điều trị hiện đại mang lại hiệu quả cao và an toàn. Tuy nhiên bất kỳ phương pháp điều trị nào thì cũng đều tiềm ẩn những rủi ro và nội soi tán sỏi cũng không ngoại lệ.

Tuy nhiên, bác sĩ chuyên khoa tiết niệu đều khẳng định rằng tỷ lệ biến chứng sau khi nội soi tán sỏi là rất thấp. Các biến chứng có thể xuất hiện nhưng thường nhẹ và hầu hết chỉ là tình trạng tạm thời, có thể hết khi điều trị nội khoa nên người bệnh có thể hoàn toàn yên tâm khi lựa chọn các phương pháp này.

2.3. Sỏi có thể tái phát sau điều trị không?

Trên thực tế, trường hợp tái sỏi sau điều trị là hoàn toàn có thể xảy ra. Tình trạng này xuất phát từ nhiều nguyên nhân như cơ địa, môi trường sống và phần lớn là từ chế độ sinh hoạt ăn uống hằng ngày mà sỏi sẽ xuất hiện trở lại dù đã tán sạch sỏi trước đó.

Chính vì thế, dù đã tán sỏi niệu quản thành công, người bệnh cũng không được chủ quan mà cần tiến hành thăm khám định kỳ theo chỉ định của bác sĩ, đồng thời kết hợp cùng chế độ ăn uống, tập luyện thể thao điều độ để hạn chế thấp nhất khả năng tái sỏi.

Như vậy, với những thông tin được cung cấp bên trên, chúng ta đã hiểu hơn về các phương pháp **tán sỏi niệu quản qua nội soi**. Đầu tiên, người bệnh cần được thăm khám với bác sĩ chuyên khoa để nắm bắt tình trạng bệnh từ đó để đưa ra phương án điều trị phù hợp nhất.

20. PHẪU THUẬT CẮT BÚI TRĨ ĐƠN THUẦN

I. ĐẠI CƯƠNG.

Kỹ thuật cắt búi trĩ sa đơn độc độ 3 hoặc độ 4. Không can thiệp vào các vị trí khác của ống hậu môn.

II. CHỈ ĐỊNH.

1. Sa búi trĩ nội đơn độc, có thể kèm tắc mạch.
2. Sa búi trĩ đơn độc kết hợp nứt kẽ hay rò hậu môn.
3. Trĩ ngoại tắc mạch.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Sa trĩ vòng hay có viêm nhiễm hậu môn.

IV. CHUẨN BỊ

Xem phần nguyên tắc chung phẫu thuật vùng hậu môn trực tràng.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH.

1. Tư thế: người bệnh nằm ngửa hoặc nằm sấp.

2. Vô cảm: (xem phần phẫu thuật vùng hậu môn).

3. Kỹ thuật.

- Thăm hậu môn, xác định lại chẩn đoán.
- Dùng panh cặp búi trĩ, kéo nhẹ ra ngoài.
- Tiêm thấm dung dịch Xylocain có adrenalin pha loãng để dễ phẫu tích bóc tách búi trĩ.
- Phẫu tích cắt búi trĩ từ da tới niêm mạc hậu môn trực tràng khỏi lớp cơ tròn trong tới gốc búi trĩ.
- Khâu thắt gốc búi trĩ bằng chỉ chậm tiêu Vicryl 2.0, cắt búi trĩ. Có thể để mở hay khâu khép niêm mạc da bằng chỉ tiêu nhanh loại 4.0 (Vicryl Rapid, Safil Quick).

VI. THEO DÕI.

- Thường diễn biến đơn giản. Đề phòng choáng do dị ứng thuốc. Cần nằm lại theo dõi 1 – 2 giờ.
- 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 gốc búi trĩ: khâu lại.

21. 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 phần nguyên tắc chung phẫu thuật vùng hậu môn trực tràng).

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH.

1. Tư thế: người bệnh nằm ngửa hoặc nằm sấp.

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.

22. PHẪU THUẬT CẮT TRĨ BẰNG PHƯƠNG PHÁP MILLIGAN – MORGAN

I. ĐẠI CƯƠNG.

Phẫu thuật cắt bỏ từng búi riêng rẽ, điều trị bệnh trĩ ở mức độ nặng hoặc đã dùng các phương pháp nội khoa, điều trị thủ thuật thất bại. Phẫu thuật cắt trĩ cần giữ lại các cầu da niêm mạc vừa đủ để tránh hẹp hậu môn, đại tiện mất tự chủ sau mổ.

II. CHỈ ĐỊNH.

- Trĩ độ 3, độ 4, sa trĩ tắc mạch.
- Trĩ đã được điều trị bằng các phương pháp khác thất bại còn sa và chảy máu.
- Trĩ kèm các bệnh cần phẫu thuật khác ở hậu môn: nứt kẽ, rò,...

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH.

(xem phần nguyên tắc chung phẫu thuật vùng hậu môn – trực tràng).

IV. CHUẨN BỊ.

(xem phần nguyên tắc chung phẫu thuật vùng hậu môn – trực tràng).

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH.

1. Tư thế.

(xem phần nguyên tắc chung phẫu thuật vùng hậu môn – trực tràng).

2. Vô cảm.

(xem phần nguyên tắc chung phẫu thuật vùng hậu môn – trực tràng).

3. Kỹ thuật.

3.1. Nong hậu môn, bộc lộ các búi trĩ. Đặt 9 panh tại 3 vị trí: 3h, 8h, 11h; theo hàng: ở mép hậu môn, trên đường lược và góc búi trĩ tạo nên tam giác trình bày.

3.2. Phẫu tích cắt từng búi trĩ: thường bắt đầu ở búi 3h. Tiêm thấm dung dịch Xylocain có adrenalin pha loãng để dễ phẫu tích bóc tách. Sau khi cắt da ở mép hậu môn, phẫu tích bóc tách búi trĩ từ da tới niêm mạc hậu môn trực tràng lớp cơ tròn trong tới góc búi trĩ (cắt dây chằng Parks). Khâu thắt góc búi trĩ bằng chỉ chậm tiêu 2.0. Đặt miếng gạc nhỏ dưới góc búi trĩ, kéo nhẹ ra phía ngoài có tác dụng cầm máu tạm các mạch nhỏ.

3.3. Thực hiện tương tự với các búi trĩ ở các vị trí còn lại (8h và 11 giờ).

Sau khi thắt góc 3 búi trĩ chính, kiểm tra lại vết mổ, cầm máu bằng đốt điện. Cắt các búi trĩ, để mỏm cụt dài khoảng 5mm.

3.4. Lây các búi trĩ phụ dưới các cầu niêm mạc.

3.5. Sửa lại các cầu da niêm mạc cho cân đối, đều đặn. Nếu các cầu da niêm mạc quá dài (để lại di tích da thừa sau này), có thể cắt ngắn cho vừa vặn và khâu lại bằng chỉ chậm tiêu 5.0, mũi rời.

3.6. Kiểm tra lại vết mổ: cầm máu tốt, ống hậu môn không bị hẹp (đút lọt dễ dàng ngón trỏ). Có thể đặt một miếng băng có tác dụng cầm máu như loại surgical hay spongel ép nhẹ lên vết mổ. Băng mỡ với betadine.

VI. THEO DÕI.

(xem phần nguyên tắc chung phẫu thuật vùng hậu môn – trực tràng).

1. Thường cho kháng sinh, thuốc giảm đau 3 ngày – 5 ngày loại metronidazol, paracetamol. Ngày đầu dùng đường tiêm, từ ngày thứ 2 dùng đường uống. Uống

thêm thuốc nhuận tràng, tránh táo bón đọng phân trong trực tràng gây kích thích đại tiện, gây đau kéo dài. Bắt đầu ăn trở lại sau mổ 12 giờ.

2. Săn sóc tại chỗ: thường đặt viên đạn trĩ vào hậu môn 1 viên/ngày. Ngâm rửa hậu môn vào chậu nước ấm pha thuốc tím hoặc dung dịch sát trùng nhẹ 2 – 3 lần/ngày.

VII. XỬ TRÍ BIẾN CHỨNG.

- Chảy máu: thường do vết thương dễ mở, nên người bệnh đại tiện có dính ít máu. Nếu mức độ chảy máu nhiều, không tự cầm cần kiểm tra lại vết mổ để cầm máu bằng đốt điện hay khâu.

- Đau nhiều: dùng thuốc giảm đau kết hợp ngâm hậu môn nước ấm.

- Bí đái: thường gặp sau gây tê tùy sống, hoặc do người bệnh đau nhiều cũng gây khó tiểu tiện. Nếu cần thiết phải đặt ống thông bàng quang.

- Hẹp hậu môn: sau mổ cần đặt thuốc hàng ngày, đưa sâu ngón tay vào trong lòng trực tràng, tránh các mép cầu da niêm mạc dính sớm gây hẹp hậu môn. Trong khi mổ, cần phẫu tích tỉ mỉ, đúng lớp, tránh gây chảy máu nhiều phải khâu cầm máu và đốt điện nhiều làm hoại tử cầu da niêm mạc. Đây là nguyên nhân gây hẹp hậu môn.

- Mất tự chủ hậu môn thường tồn tại trong vòng 30 ngày sau mổ. Nguyên nhân do lớp niêm mạc hậu môn bị cắt bỏ, chưa tái tạo và phục hồi chức năng nhận cảm thành phần phân chứa trong lòng trực tràng. Do phẫu thuật ảnh hưởng tới hoạt động của hệ thống cơ thắt hậu môn. Do người bệnh sợ đi ngoài làm ứ đọng phân trong lòng trực tràng, gây kích thích đại tiện (người bệnh chỉ rặn được một ít phân, cảm giác đi không hết phân và đi ngoài nhiều lần trong ngày). Vì vậy cần động viên người bệnh đi ngoài sớm, dùng nhuận tràng. Trong trường hợp cần thiết phải thụt tháo, lấy phân ứ đọng trong trực tràng.

23. PHẪU THUẬT TRĨ BẰNG PHƯƠNG PHÁP FERGUSON

I. ĐẠI CƯƠNG.

Phẫu thuật cắt bỏ từng búi riêng rẽ, điều trị bệnh trĩ ở mức độ nặng hoặc đã dùng các phương pháp nội khoa, điều trị thủ thuật thất bại. Đây là kỹ thuật cải tiến từ phẫu thuật Milligan - Morgan (1937). Sau khi thắt gốc, cắt búi trĩ, các cầu da niêm mạc không để mở mà sẽ được khâu kín lại (Ferguson 1959).

II. CHỈ ĐỊNH.

Tương tự chỉ định trong phẫu thuật cắt trĩ theo phương pháp Milligan - Morgan, cụ thể:

- Trĩ độ 3, độ 4, sa trĩ tắc mạch.
- Trĩ đã được điều trị bằng các phương pháp khác thất bại còn sa và chảy máu.
- Trĩ kèm các bệnh cần phẫu thuật khác ở hậu môn: nứt kẽ, rò,...

II. CHỐNG CHỈ ĐỊNH.

(xem phần nguyên tắc chung phẫu thuật vùng hậu môn – trực tràng).

III. CHUẨN BỊ.

(xem phần nguyên tắc chung phẫu thuật vùng hậu môn – trực tràng).

IV. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH.

1. Tư thế.

(xem phần nguyên tắc chung phẫu thuật vùng hậu môn – trực tràng).

2. Vô cảm.

(xem phần nguyên tắc chung phẫu thuật vùng hậu môn – trực tràng).

3. Kỹ thuật.

3.1. Nong hậu môn, bộc lộ các búi trĩ.

3.2. Đặt van Hill - Ferguson (van bán nguyệt che phần còn lại của ống hậu môn trực tràng để bộc lộ búi trĩ sẽ cắt).

3.3. Phẫu tích cắt từng búi trĩ: thường bắt đầu ở búi 3h. Tiêm thấm dung dịch Xylocain có Adrenalin pha loãng để dễ phẫu tích bóc tách. Sau khi cắt da ở mép hậu môn, phẫu tích bóc tách búi trĩ từ da tới niêm mạc hậu môn trực tràng khỏi lớp cơ tròn trong tới gốc búi trĩ (cắt dây chằng Parks). Khâu thắt gốc búi trĩ bằng chỉ chậm tiêu (thường dùng loại Vicryl 2.0). Cầm máu diện cắt búi trĩ. Khâu mép cắt từ trong ra ngoài. Tức là mũi khâu đầu tiên từ niêm mạc trực tràng tới niêm mạc hậu môn và kết thúc ở da rìa hậu môn. Có thể khâu mũi rời hoặc khâu vắt. Nên dùng loại chỉ nhỏ, tự tiêu (Vicryl 4.0 hoặc 5.0).

3.4. Thực hiện tương tự với các búi trĩ còn lại (8h và 11 h).

3.5. Kiểm tra lại vết mổ: cầm máu, hậu môn không hẹp (đút lọt dễ dàng ngón trỏ). Có thể đặt một miếng băng có tác dụng cầm máu như loại surgicel hay spongel ép nhẹ lên vết mổ. Băng mỡ với betadine.

V. THEO DÕI.

(xem phần nguyên tắc chung phẫu thuật vùng hậu môn – trực tràng và cắt trĩ phương pháp Milligan- Morgan).

- Thường cho kháng sinh, thuốc giảm đau 3 ngày – 5 ngày loại metronidazol, paracetamol. Ngày đầu dùng đường tiêm, từ ngày thứ 2 dùng đường uống. Uống thêm thuốc nhuận tràng, tránh táo bón đọng phân trong trực tràng gây kích thích đại tiện, gây đau kéo dài. Bắt đầu ăn trở lại sau mổ 12 giờ.

- Săn sóc tại chỗ: giữ sạch vết mổ (sau đại tiện rửa sạch hậu môn, thấm khô). Thường không cần đặt viên đạn điều trị trĩ (Proctolog) vào hậu môn.

Không ngâm rửa hậu môn tránh bực đường khâu da niêm mạc.

VI. XỬ TRÍ BIẾN CHỨNG.

- Chảy máu: ít gặp, do vết thương đã được khâu chủ động, Thường đại tiện có dính ít máu. Nếu mức độ chảy máu nhiều (do khâu cầm máu không tốt), không tự cầm, cần kiểm tra lại vết mổ để cầm máu bằng đốt điện hay khâu.

- Đau: dùng thuốc giảm đau loại paracetamol.

- Bí đái: thường gặp sau gây tê tủy sống, hoặc do người bệnh đau nhiều cũng gây khó tiểu tiện. Nếu cần thiết phải đặt sonde bàng quang.

- Hẹp hậu môn: trong khi mổ, cần phẫu tích tỉ mỉ, đúng lớp, tránh gây chảy máu nhiều phải khâu cầm máu và đốt điện nhiều làm hoại tử cầu da niêm mạc. Đây là nguyên nhân gây hẹp hậu môn. Hoặc cắt mất nhiều niêm mạc do búi trĩ to, khi khâu lại mép niêm mạc làm hẹp hậu môn. Trong trường hợp này có thể rạch mở nhỏ niêm mạc giữa 2 đường khâu.

- Mất tự chủ hậu môn (xem bài phẫu thuật cắt trĩ phương pháp Milligan - Morgan).

24. PHẪU THUẬT ÁP XE CẠNH HẬU MÔN

I. ĐẠI CƯƠNG.

Áp xe cạnh hậu môn là cấp cứu thường gặp của vùng hậu môn trực tràng. Nguồn gốc của nhiễm khuẩn bắt nguồn từ viêm các tuyến Hermann và Desfosses. Từ đây nhiễm trùng lan tỏa tới các khoang quanh hậu môn trực tràng, tạo ra các thể áp xe khác nhau. Nếu không được chẩn đoán điều trị kịp thời, áp xe sẽ lan rộng phá hủy hệ thống cơ thắt, hoặc tự vỡ ra ngoài tạo nên các đường rò, gọi là bệnh rò hậu môn (sẽ có bài riêng). Áp xe hậu môn cần được phẫu thuật dẫn lưu sớm. Kháng sinh không có tác dụng điều trị khỏi bệnh.

II. CHỈ ĐỊNH.

Áp xe cạnh hậu môn được chỉ định phẫu thuật cấp cứu hoặc cấp cứu có trì hoãn.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH.

Chống chỉ định chung của can thiệp Ngoại khoa

IV. CHUẨN BỊ.

(xem phần nguyên tắc chung phẫu thuật vùng hậu môn - trực tràng).

Nếu tại cơ sở y tế có các phương tiện chẩn đoán, hai phương tiện chẩn đoán hình ảnh (siêu âm đầu dò trực tràng và cộng hưởng từ) có tác dụng tốt trong chẩn đoán ổ áp xe, đường rò, lỗ trong và liên quan với hệ thống cơ thắt hậu môn.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH.

1. Tư thế.

(xem phần nguyên tắc chung phẫu thuật vùng hậu môn - trực tràng).

2. Vô cảm.

(xem phần nguyên tắc chung phẫu thuật vùng hậu môn - trực tràng).

3. Kỹ thuật.

Nguyên tắc kỹ thuật:

- Bảo tồn tối đa cấu trúc giải phẫu và chức năng sinh lý của hệ thống cơ thắt hậu môn để bảo đảm chức năng tự chủ của ống hậu môn.

- Không tạo ra các sẹo làm biến dạng vùng tầng sinh môn, ống hậu môn trực tràng gây đau và ảnh hưởng tới chức năng đại tiện.

Cụ thể:

- Đường rạch tùy vị trí áp xe, đủ rộng, phá vỡ các vách ngăn nếu có; có thể rạch hình chữ thập hay cắt bỏ một phần da phủ áp xe để tránh liền vết mổ ở phần nông, phía ngoài (còn đọng dịch mũ ở lớp sâu). Lấy sạch tổ chức viêm hoại tử, tránh thương tổn thần kinh, mạch máu. Bơm rửa huyết thanh, oxy già, betadine.

Mở ngỏ áp xe, mở cơ tròn nếu tìm được lỗ trong, đường rò thấp cho phép mở cơ không ảnh hưởng tới chức năng tự chủ hậu môn. Lấy mũ cấy vi khuẩn và làm kháng sinh đồ.

- Một số tình huống cụ thể:

- Áp xe liên cơ thắt: mở cơ tròn trong dẫn lưu trực tiếp ổ áp xe vào lòng trực tràng. Đường rạch nên kéo dài ra ngoài da để có tác dụng dẫn lưu tốt, tránh ứ đọng mũ ở chỗ sâu, phần thấp.

- Áp xe hình móng ngựa: rạch 2 đường nhỏ 2 bên hậu môn dẫn lưu áp xe ra da, nên đặt ống dẫn lưu nhỏ để bơm rửa sau mổ cho ổ áp xe nhanh sạch, chóng lấp đầy vết thương.

- Đối với các ổ áp xe lan rộng, đường rò góc ngách phức tạp, chỉ nên rạch mở áp xe. Khi tình trạng tại chỗ ổn định sẽ đánh giá đầy đủ để mổ thì tiếp theo.

- Trong trường hợp áp xe lan rộng, nhiễm trùng hoại tử, toàn trạng người bệnh nặng, nhiều bệnh phối hợp có thể phải phối hợp rạch dẫn lưu tại chỗ, làm hậu môn nhân tạo đại tràng và điều trị tích cực.

- Giải quyết lỗ trong: trong trường hợp có định hướng của siêu âm và tìm thấy lỗ trong, đường rò không xuyên cao, không phức tạp, có thể giải quyết 1 thì.

VI. THEO DÕI.

(xem phần nguyên tắc chung phẫu thuật vùng hậu môn - trực tràng).

1. Ngâm hậu môn 2 - 3 lần/ ngày, dùng nước ấm, có thể pha loãng với dung dịch Betadine.

2. Thay băng 2 lần / ngày với các dung dịch sát khuẩn sao cho vết thương liền từ sâu ra nông, tránh khép miệng sớm vết thương.

VII. XỬ TRÍ TAI BIẾN.

1. Đau sau mổ: thông thường sau khi mở ổ áp xe tình trạng người bệnh sẽ tốt hơn: hết sốt, đỡ đau, cảm giác thoải mái hơn. Dùng thuốc giảm đau loại paracetamol, ngâm hậu môn nước ấm cũng là biện pháp giảm đau tốt.

2. Chảy máu: tùy mức độ, có thể băng ép hoặc đốt điện, khâu cầm máu.

3. Trường hợp nhiễm trùng nặng, toàn trạng người bệnh kém, suy kiệt cần điều trị tích cực: ngâm rửa sạch tại chỗ, kháng sinh toàn thân mạnh, nâng cao thể trạng, chữa các bệnh phối hợp.

25. PHẪU THUẬT RÒ HẬU MÔN

I. ĐẠI CƯƠNG.

Rò hậu môn là bệnh thường gặp của vùng hậu môn trực tràng. Nguồn gốc của nhiễm khuẩn bắt nguồn từ viêm các tuyến Hermann và Desfosses. Từ đây nhiễm trùng lan tỏa tới các khoang quanh hậu môn trực tràng. Tạo ra các thể áp xe khác nhau. Nếu không được chẩn đoán điều trị kịp thời, áp xe sẽ lan rộng phá hủy hệ thống cơ thắt, hoặc tự vỡ ra ngoài tạo nên các đường rò. Bài này không đề cập các loại rò do các nguyên nhân khác như bệnh Crohn, ung thư thể chế nhày, bệnh Verneuil, hay rò ruột từ trên cao...

II. CHỈ ĐỊNH.

Rò hậu môn là bệnh lý ngoại khoa, cần được chỉ định phẫu thuật. Kháng sinh không có tác dụng điều trị khỏi bệnh.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH.

Chống chỉ định chung của can thiệp ngoại khoa.

IV. CHUẨN BỊ.

(xem phần nguyên tắc chung phẫu thuật vùng hậu môn - trực tràng).

Nếu tại cơ sở y tế có các phương tiện chẩn đoán, hai phương tiện chẩn đoán hình ảnh (siêu âm đầu dò trực tràng và cộng hưởng từ) có tác dụng tốt trong chẩn đoán ổ áp xe, đường rò, lỗ trong và liên quan với hệ thống cơ thắt hậu môn.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH.

1. Tư thế.

(xem phần nguyên tắc chung phẫu thuật vùng hậu môn - trực tràng).

2. Vô cảm.

(xem phần nguyên tắc chung phẫu thuật vùng hậu môn - trực tràng).

3. Kỹ thuật.

Nguyên tắc kỹ thuật:

- Bảo tồn tối đa cấu trúc giải phẫu và chức năng sinh lý của hệ thống cơ thắt hậu môn để bảo đảm chức năng tự chủ của ống hậu môn.
- Không tạo ra các sẹo làm biến dạng vùng tăng sinh môn, ống hậu môn trực tràng gây đau và ảnh hưởng tới chức năng đại tiện.
- Tìm thấy và giải quyết được lỗ trong (lỗ nguyên phát).

Cụ thể:

3.1. Đánh giá thương tổn:

- Nong hậu môn.
- Thăm trực tràng đánh giá sơ bộ khối áp xe, đường rò, tương quan giữa đường rò và cơ thắt hậu môn.
- Bơm hơi hoặc oxy già từ lỗ ngoài, quan sát đường lược, tìm khí đi vào lỗ trong, có thể bơm xanh methylen.
- Nếu xác định được lỗ trong, phẫu tích lấy đường rò từ lỗ ngoài.
- Cầm máu, để ngỏ đường mở rò.
- Băng vết mổ mỡ với dung dịch betadine.
- Lấy mũ cấy vi khuẩn và làm kháng sinh đồ.
- Gửi bệnh phẩm xét nghiệm giải phẫu bệnh.

3.2. Một số loại rò phức tạp:

- Rò liên cơ thắt: mở cơ tròn trong dẫn lưu trực tiếp vào lòng trực tràng. Đường rạch nên kéo dài ra ngoài da để có tác dụng dẫn lưu tốt, tránh ứ đọng mủ ở chỗ sâu, phân thấp.

- Rò hình móng ngựa: đây là loại rò phức tạp, phẫu thuật thường phải làm nhiều thì để tránh đường rạch quá rộng tạo ra sẹo xấu, gây đau, hẹp hậu môn nếu việc thay băng săn sóc vết thương không tốt.

- Rò kép: đây là loại rò có 2 lỗ nguyên phát tạo 2 đường rò độc lập. Vì vậy khi giải quyết bệnh sẽ phải cắt vòng cơ thắt ở 2 nơi nguy cơ làm yếu cơ thắt gây đại tiện không tự chủ. Do vậy về nguyên tắc chỉ được mở cơ tròn 2 nơi khi cả 2 đường rò đều ở nông, xuyên cơ thắt phân thấp. Nếu một trong 2 đường rò xuyên cơ thắt cao thì phải phẫu thuật nhiều thì.

- Rò hình chữ Y: đây là thể rò có 1 lỗ trong, 2 lỗ ngoài nối với nhau tạo hình chữ Y hay chữ V. Cần có siêu âm đầu dò trực tràng đánh giá trước tránh nhầm với thể rò kép nêu trên.

- Rò xuyên cơ thắt cao hay rò trên cơ thắt: cần phẫu thuật nhiều thì để bảo toàn cơ thắt.

3.3. Giải quyết lỗ trong: giải quyết lỗ trong là một trong những nguyên tắc để điều trị bệnh rò hậu môn. Trong trường hợp có định hướng của siêu âm và tìm thấy lỗ trong, đường rò không xuyên cao, không phức tạp, có thể giải quyết 1 thì. Thường dùng phẫu thuật mở ngò. Một số phương pháp khác có thể áp dụng: lấy đường rò sau đó đóng kín lỗ trong bằng cách khâu trực tiếp, hạ niêm mạc trực tràng hoặc bơm keo sinh học vào đường rò. Các biện pháp này chỉ nên áp dụng cho đường rò chủ yếu tổ chức viêm xơ, không có áp xe hay hoại tử lan rộng.

VI. THEO DÕI.

(xem phần nguyên tắc chung phẫu thuật vùng hậu môn - trực tràng).

- Ngâm hậu môn 2 - 3 lần/ ngày, dùng nước ấm, có thể pha loãng với dung dịch betadine.

- Thay băng 2 lần/ngày với các dung dịch sát khuẩn sao cho vết thương liền từ sâu ra nông, tránh khép miệng sớm vết thương.

VII. XỬ TRÍ TẠI BIÊN.

Đau sau mổ: thông thường người bệnh đau ít. Dùng thuốc giảm đau paracetamol, ngâm hậu môn nước ấm cũng là biện pháp giảm đau tốt.

Chảy máu: tùy mức độ, có thể băng ép hoặc đốt điện, khâu cầm máu.

Trường hợp nhiễm trùng nặng, toàn trạng người bệnh kém, suy kiệt cần điều trị tích cực: ngâm rửa sạch tại chỗ, kháng sinh toàn thân mạnh, nâng cao thể trạng, chữa các bệnh phối hợp.

26. PHẪU THUẬT RÒ HẬU MÔN HÌNH MÓNG NGỰA

I. ĐẠI CƯƠNG.

Rò hậu môn là bệnh thường gặp của vùng hậu môn trực tràng. Nguồn gốc của nhiễm khuẩn bắt nguồn từ viêm các tuyến Hermann và Desfosses. Từ đây nhiễm trùng lan tỏa tới các khoang quanh hậu môn trực tràng, tạo ra các thể áp xe khác nhau.

Rò hậu môn hình móng ngựa là một thể rò phức tạp. Thường lỗ nguyên phát nằm ở vị trí 6h (tư thế phụ khoa). Áp xe lan sang bên vào khoang hố ngồi trực tràng, sau đó vỡ ra da, tạo thành một thể rò đặc biệt, thương tổn hình móng ngựa.

II. CHỈ ĐỊNH.

Rò hậu môn được chỉ định phẫu thuật. Kháng sinh không có tác dụng điều trị khỏi bệnh.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH.

Không có chống chỉ định

IV. CHUẨN BỊ.

(xem phần nguyên tắc chung phẫu thuật vùng hậu môn - trực tràng và phẫu thuật rò hậu môn).

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH.

1. Tư thế:

(xem phần nguyên tắc chung phẫu thuật vùng hậu môn - trực tràng và phẫu thuật rò hậu môn).

2. Vô cảm:

(xem phần nguyên tắc chung phẫu thuật vùng hậu môn - trực tràng và phẫu thuật rò hậu môn).

3. Kỹ thuật:

Nguyên tắc kỹ thuật:

Xem phần phẫu thuật rò hậu môn.

Cụ thể:

Để đảm bảo nguyên tắc phẫu thuật nêu trên (không làm thương tổn cơ thắt, không để lại sẹo quá rộng hay sẹo làm biến dạng, hẹp ống hậu môn), thường phẫu thuật được chia làm 3 thì, các thì kế tiếp nhau sau một thời gian nhất định (thường 3 - 4 tuần):

a/ Thì 1:

- Đặt chỉ hoặc dây cao su nối giữa 2 lỗ rò ở hai bên mông.
- Đặt chỉ hoặc dây cao su nối giữa lỗ trong với 1 trong 2 lỗ rò ngoài.

b/ Thì 2:

- Rạch da nối giữa 2 lỗ ngoài.
- Đặt lại sợi chỉ nối giữa lỗ trong và lỗ ngoài mới nằm ở vị trí 6h trên đường rạch nối giữa 2 lỗ ngoài nêu trên.

c/ Thì 3:

Mở ngõ đường rò: nối giữa lỗ trong với lỗ ngoài vị trí 6h, cắt mở cơ tròn bán phần.

Hiện nay, với phương tiện siêu âm đầu dò trực tràng cho thấy rõ hình thái, mức độ phức tạp của thương tổn, đường rò cao hay thấp, mà kỹ thuật có thể thay đổi:

đối với thể áp xe móng ngựa có thể chỉ phẫu thuật một thì, giải quyết lỗ trong ngay. Để đường mở ra da không quá rộng, có thể làm như sau: mở ngõ áp xe, nạo sạch tổ chức hoại tử, đặt 2 dẫn lưu nhỏ hai bên để bơm rửa sạch ổ áp xe sau mổ.

VI. THEO DÕI.

(xem phần nguyên tắc chung phẫu thuật vùng hậu môn - trực tràng và bài phẫu thuật rò hậu môn).

- Ngâm hậu môn 2 - 3 lần/ ngày, dùng nước ấm, có thể pha loãng với dung dịch betadine. Thay băng 2lần/ngày với các dung dịch sát khuẩn sao cho vết thương liền từ sâu ra nông, tránh khép miệng sớm vết thương.

- Nếu đặt dẫn lưu, thì hàng ngày bơm rửa với dung dịch nước muối và betadine. Dẫn lưu thường rút sau 1 tuần bơm rửa. Người bệnh ra viện sẽ tiếp tục tự săn sóc như nêu ở phần trên.

VII. XỬ TRÍ TAI BIẾN.

(xem phần nguyên tắc chung phẫu thuật vùng hậu môn - trực tràng và bài phẫu thuật rò hậu môn).

27. ĐIỀU TRỊ NÚT KẼ HẬU MÔN

I. ĐẠI CƯƠNG.

Nứt kẽ hậu môn là ổ loét ở niêm mạc hậu môn, thường nằm ở đường giữa phía sau (6 giờ - tư thế sản khoa), có khi ở phía trước (12h) hoặc cả trước sau (2 ổ loét). Nứt hậu môn thường kèm theo tăng trương lực cơ tròn trong. Giả thuyết cho rằng đây là nguyên nhân gây ra bệnh. Do vậy, việc điều trị chủ yếu nhằm triệt tiêu sự co cứng của cơ tròn trong. Một số phương pháp được áp dụng : dùng thuốc, nong hậu môn, cắt mở cơ tròn trong. Ổ loét có thể được lấy đi cùng với phẫu thuật hoặc tự hết khi trương lực cơ tròn trong trở về bình thường.

II. CHỈ ĐỊNH.

1. Nứt kẽ hậu môn mới (cấp tính):

Điều trị nội khoa kết hợp chế độ vệ sinh ăn uống.

Thuốc bôi tại chỗ như nitroglycerin hoặc thuốc tiêm Roltox (Botulin A).

Phong bế ổ loét bằng xylocain, lidocain,...kết hợp nong hậu môn.

2. Nứt kẽ hậu môn mãn:

- Nếu chưa bị bội nhiễm: cắt mở cơ tròn trong phía bên hoặc phía sau kèm lấy bỏ ổ loét và tạo hình hậu môn.

- Nhiễm khuẩn vết loét: cắt bỏ ổ loét kèm mở cơ tròn trong tại vị trí ổ loét (điều trị như một áp xe, rò hậu môn, xuyên cơ thất thấp).

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH.

- Tồn thương ác tính

- Rách, nứt niêm mạc hậu môn nhiều vị trí do niêm mạc mỏng.

IV. CHUẨN BỊ.

(xem phần nguyên tắc chung phẫu thuật vùng hậu môn - trực tràng).

1. Để tránh đau cho người bệnh, không soi hậu môn, thắt tháo trước phẫu thuật trong trường hợp cơ hậu môn co thắt.

2. Cần chẩn đoán phân biệt với ung thư thể loét ở hậu môn, bệnh lây nhiễm (quan hệ tình dục qua đường hậu môn).

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH.

1. Tư thế người bệnh.

(xem phần nguyên tắc chung phẫu thuật vùng hậu môn - trực tràng).

2. Vô cảm.

(xem bài nguyên tắc chung phẫu thuật vùng hậu môn - trực tràng).

3. Các kỹ thuật.

- Phong bế ổ nứt kẽ: tiêm thuốc tê xylocain 0,5 - 1% ở dưới và quanh ổ loét, có thể tiêm thêm vài giọt Quinin urê vào ổ loét.

- Nong hậu môn: nong nhẹ nhàng, từ từ bằng bộ dụng cụ từ số nhỏ đến số to hoặc nong bằng ngón tay, bóng hơi.

- Cắt mở cơ tròn trong phía bên:

Kỹ thuật của Parks: rạch da ở vị trí 3h, dài 1cm, dùng lưỡi dao mảnh, đầu nhọn cắt cơ tròn trong khoảng 10mm (không quá đường lược), sâu 5mm. Khâu niêm mạc Vicryl 5.0.

Kỹ thuật kín của Notara dùng ngón tay trở đặt trong lỗ hậu môn làm mốc, bằng lưỡi dao nhỏ (phẫu thuật mắt), đâm vào rãnh liên cơ tròn ở mép hậu môn vị trí 3h, quay lưỡi dao, cắt cơ tròn từ ngoài vào trong.

Cắt cơ tròn phía sau kèm tạo hình hậu môn (Arnous):

Dùng dao rạch một đường hình tam giác ở phía sau, đáy phía ngoài. Phẫu tích vật da niêm mạc từ ngoài vào trong lấy đi ổ loét, mảnh da thừa lên tới niêm mạc trực tràng, để lộ ra cơ tròn trong.

Mở cơ tròn trong bằng một vết cắt dài khoảng 10mm, sâu 3 - 5mm.

Hạ niêm mạc trực tràng khâu nối với da rìa hậu môn, khâu mũi rời, chỉ tiêu chậm. Thường dùng loại vicryl 4.0 hoặc 5.0.

VI. THEO DÕI.

(xem phần nguyên tắc chung phẫu thuật vùng hậu môn – trực tràng và cắt trĩ phương pháp Ferguson)

- Thường cho kháng sinh, thuốc giảm đau 3 ngày – 5 ngày loại metronidazol, paracetamol. Ngày đầu dùng đường tiêm, từ ngày thứ 2 dùng đường uống. Uống thêm thuốc nhuận tràng, tránh táo bón đọng phân trong trực tràng gây kích thích đại tiện, gây đau kéo dài. Bắt đầu ăn trở lại sau mổ 12 giờ.

- Săn sóc tại chỗ: giữ sạch vết mổ (sau đại tiện rửa sạch hậu môn, thấm khô). Thường không cần đặt viên đạn trĩ vào hậu môn. Không ngâm rửa hậu môn tránh bục đường khâu da niêm mạc.

VII. XỬ TRÍ BIẾN CHỨNG.

- Chảy máu: ít gặp, do vết thương đã được khâu chủ động, Thường đại tiện có dính ít máu. Nếu mức độ chảy máu nhiều (do khâu cầm máu không tốt), không tự cầm, cần kiểm tra lại vết mổ để cầm máu bằng đốt điện hay khâu.

- Đau: dùng thuốc giảm đau loại paracetamol.

- Bí đái: thường gặp sau gây tê tủy sống, hoặc do người bệnh đau nhiều cũng gây khó tiểu tiện. Nếu cần thiết phải đặt sonde bàng quang.

- Mất hoặc giảm tự chủ đại tiện: thường mức độ nhẹ và tự khỏi hoặc tập phục hồi chức năng sẽ cải thiện

28. KHÂU NỐI CƠ THẤT HẬU MÔN

I. ĐẠI CƯƠNG.

Đứt cơ thắt hậu môn có thể gây ra mất tự chủ hậu môn. Đây là hậu quả của các phẫu thuật can thiệp vào hệ thống cơ thắt như là phẫu thuật điều trị rò hậu môn và chấn thương (do đẽ đường dưới, do vết thương). Phẫu thuật bao gồm khâu nối cơ thắt, tái tạo lại vùng hậu môn, tầng sinh môn.

II. CHỈ ĐỊNH.

1. Mất tự chủ hậu môn do đứt cơ thắt sau phẫu thuật, chấn thương hay do vết thương. Khi các vết thương ở hậu môn – tầng sinh môn đã ổn định, ít nhất 4 tháng sau chấn thương hay phẫu thuật lần cuối.

2. Người bệnh tỉnh táo, minh mẫn, thần kinh chi phối hệ thống cơ thắt còn nguyên vẹn và hoạt động tốt.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH.

1. Thương tổn cơ tròn quá rộng, trên một nửa chu vi hậu môn.
2. Vết thương chưa lành hẳn (< 4 tháng).
3. Mất tự chủ hậu môn do nguyên nhân thần kinh. Người bệnh già yếu, cơ thắt nhão, kém trương lực.
4. Nhiễm trùng vùng hậu môn, tầng sinh môn.

IV. CHUẨN BỊ.

(xem phần nguyên tắc chung phẫu thuật vùng hậu môn – trực tràng).

Lưu ý: cần chuẩn bị đại tràng sạch.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH.

1. **Tư thế:** phụ khoa.
2. **Vô cảm:** gây mê toàn thân hay gây tê vùng. Thường gây tê tùy sống.
3. **Kỹ thuật:** (Đối với kỹ thuật tạo hình cơ thắt của Musset có bài riêng).
 - 3.1. Đường rạch vòng theo nếp hậu môn hay ở mép hậu môn hoặc đường rạch hình nan hoa.
 - 3.2. Lấy sẹo ở da và niêm mạc.
 - 3.3. Phẫu tích các khối cơ tròn khỏi tổ chức xơ dính.
 - 3.4. Khâu cơ tròn hậu môn: nối trực tiếp bằng các mũi chữ U, chỉ chậm tiêu như Vicryl 2.0 hay số 0. Kiểm tra ống hậu môn không hẹp.
 - 3.5. Khâu niêm mạc hậu môn. Khâu từ trong ra ngoài, thường dùng chỉ chậm tiêu như vicryl 4.0. Có thể khâu vát hoặc khâu mũi rời.
 - 3.6. Khâu lớp dưới da và da.

VI. THEO DÕI.

(xem phần nguyên tắc chung phẫu thuật vùng hậu môn – trực tràng).

- Thường cho kháng sinh 7 ngày loại metronidazol. Nuôi dưỡng tĩnh mạch 4 - 5 ngày. Dùng giảm đau loại paracetamol. Cho thuốc làm táo phân 3 ngày. Ví dụ: loại Immodium 2 - 4 viên/ngày. Bắt đầu ăn trở lại sau mổ 4 - 5 ngày. Khi đó lại cho thuốc nhuận tràng.

- Săn sóc tại chỗ: giữ sạch vết mổ (sau đại tiện rửa sạch hậu môn, thấm khô). Không ngâm rửa hậu môn tránh bục đường khâu.

- Nên đặt sonde bàng quang 3 ngày để thuận tiện cho việc giữ vệ sinh vùng mổ.

- Sau mổ 4 tuần hướng dẫn người bệnh tập cơ thắt bằng các động tác đơn giản như nín thắt cơ tròn trong động tác đại tiện.

VII. XỬ TRÍ BIẾN CHỨNG.

- Chảy máu: ít gặp, do vết thương đã được khâu chủ động.

- Đau: dùng thuốc giảm đau loại paracetamol.

- Nhiễm trùng vết mổ: đây là lý do chính làm cho phẫu thuật thất bại. Nên phải giữ vệ sinh sạch sẽ tối đa. Nếu vết mổ nhiễm trùng, thay băng hàng ngày 2 - 3 lần.

Trong trường hợp các đường khâu nối nhiễm trùng bục chỉ, sẽ mổ lại sau khi vết thương đã ổn định. Ít nhất trên 4 – 6 tháng.

29. PHẪU THUẬT CẮT TÚI MẬT NỘI SOI

I. ĐẠI CƯƠNG.

Phẫu thuật cắt túi mật nội soi là phẫu thuật thường gặp nhất trong các phẫu thuật điều trị bệnh lý gan mật. Phillipe Mouret thực hiện lần đầu tiên vào năm 1987 tại Lyon – Pháp và ở Việt Nam vào năm 1992.

II. CHỈ ĐỊNH.

- Sỏi túi mật có triệu chứng hoặc kích thước lớn.
- Viêm túi mật.
- Polyp túi mật có triệu chứng, đa polyp hoặc polyp có kích thước > 1cm.

III . CHỐNG CHỈ ĐỊNH.

- Chống chỉ định của phẫu thuật nội soi ổ bụng nói chung: tiền sử mổ bụng, không thể bơm CO2 khoang ổ bụng (do suy tim, bệnh hô hấp...).
- Chống chỉ định của phẫu thuật ổ bụng nói chung: rối loạn đông máu nặng, bệnh lý tim mạch hô hấp không cho phép thực hiện gây mê toàn thân.

IV . CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện: Người thực hiện chuyên khoa tiêu hoá đã được đào tạo phẫu thuật nội soi cơ bản.

2. Phương tiện:

- Bàn mổ có thể dạng chân, quay các chiều.
- Giàn máy mổ nội soi: nguồn sáng, máy bơm khí, khí CO2, màn hình, dao điện (đơn cực và lưỡng cực).
- Bộ dụng cụ mổ nội soi: 04 trocar (02 trocar 10mm; 02 trocar 5mm); panh có răng – không răng; móc đốt điện; kìm cặp clip; kìm cặp kim; kéo; ống kính 90° hoặc 45°.

3. Người bệnh:

- Các xét nghiệm cơ bản phục vụ cuộc mổ, lưu ý tiền sử đau, sốt, vàng da là các triệu chứng của sỏi ống mật chủ kèm theo.
- Các xét nghiệm đánh giá chức năng gan.
- Siêu âm ổ bụng tối thiểu hai lần khẳng định không có bất thường ở đường mật chính.

V . CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Tư thế.

- Người bệnh nằm ngửa, 2 chân có thể khép hoặc dạng 90°, tay phải khép, tay trái dạng 90°. Màn hình đặt ở phía đầu bên tay phải người bệnh.
- Người thực hiện đứng bên trái người bệnh, người phụ cầm camera đứng phía dưới Người thực hiện hoặc giữa 2 chân, dụng cụ viên đứng phía dưới

2. Vô cảm.

- Mê nội khí quản.
- Có đặt ống thông dạ dày, không cần đặt ống thông bàng quang.

3. Kỹ thuật.

- Mở bụng theo Kỹ thuật mini-open ở dưới rốn để đặt trocar 10mm. Bơm hơi ổ bụng, duy trì áp lực trong ổ bụng 10 – 12 mmHg.
- Đưa camera quan sát, lựa chọn vị trí đặt các trocar tiếp theo: trocar 10mm dưới mũi ức; trocar 5mm ở bờ ngoài cơ thẳng to ngang bên phải rốn; trocar 5mm ở dưới bờ sườn phải đường nách giữa.
- Chỉnh bàn tư thế đầu cao, nghiêng trái tối đa.

- Dùng panh có răng đưa qua lỗ trocar dưới sườn cầm vào đáy túi mật đẩy lên trên và sang phải tới đa để bộc lộ vùng cổ túi mật và cuống gan.
- Dùng panh không răng đưa qua lỗ trocar bờ ngoài cơ thẳng cầm vào phễu túi mật, quan sát xem có bất thường ống mật chủ (có giãn?), ống cổ túi mật (có giãn?).
- Dùng móc dao điện phẫu tích vào tam giác Calot ở mặt sau và mặt trước, bộc lộ được động mạch túi mật, ống cổ túi mật.
- Cặp clip vào động mạch túi mật và ống cổ túi mật, phải nhìn rõ ống gan chung khi cặp, dùng kéo cắt động mạch túi mật và ống cổ túi mật. Dùng móc điện giải phóng giường túi mật tỉ mỉ, cầm máu giường túi mật.
- Cho túi mật vào túi nylon, lau sạch ổ bụng, cầm máu kỹ. Trường hợp viêm nhiễm, dịch mật đục bầy có thủng túi mật nên đặt dẫn lưu dưới gan và đưa và ở lỗ Trocar dưới sườn phải.
- Lấy túi mật qua lỗ trocar rón, đóng các lỗ trocar bằng chỉ tiêu.

VI. THEO DÕI.

- Rút sonde dạ dày khi kết thúc phẫu thuật.
- Cho ăn sau 6 - 8h.
- Ngồi dậy, đi lại sau 6 - 8h.
- Ra viện sau 24 - 48h.

VII. XỬ TRÍ TAI BIẾN.

- Chảy máu trong ổ bụng: do tuột clip động mạch túi mật hoặc từ giường túi mật -> nội soi kiểm tra hoặc mổ mở để cầm máu.
- Viêm phúc mạc: do tuột clip ống cổ túi mật hoặc thương tổn đường mật chính -> mổ bụng kiểm tra và xử trí theo thương tổn.
- Áp xe tồn dư: thường gặp ở vị trí hố túi mật -> điều trị kháng sinh kết hợp chọc hút dưới siêu âm.

30. PHẪU THUẬT NANG THÙNG TINH

I. ĐẠI CƯƠNG.

Nang thừng tinh hay còn gọi là u nang thừng tinh là hiện tượng ứ đọng dịch trong ống phúc tinh mạc do ống này không tắc hoàn toàn. Bình thường ở trẻ nam, trong thời kỳ bào thai, khi tinh hoàn di chuyển từ ổ bụng xuống bìu kéo theo lớp phúc mạc tạo thành một ống gọi là ống phúc tinh mạc, ống này thông từ bụng tới khoang màng tinh hoàn. Sau khi sinh ống này sẽ đóng lại và teo đi. Trong trường hợp ống phúc tinh mạc không bị teo đi, gọi là bệnh còn ống phúc tinh mạc, làm thông thương giữa khoang màng ngoài tinh hoàn và ổ bụng, dịch ổ bụng sẽ tự do chảy xuống khoang màng tinh hoàn, gây nên tình trạng tràn dịch màng tinh hoàn. Còn trường hợp ống này teo đóng lại không kín, dịch màng bụng tiết ra tụ lại trong ống, gọi là nang thừng tinh. Nang thừng tinh có thể nằm ngay cực trên của tinh hoàn (do ống chỉ tắc ở đầu dưới) hay cũng có thể nằm ở ống bẹn (do ống đóng kín hai đầu).

II. CHỈ ĐỊNH.

Thông thường nang thừng tinh có thể tự khỏi trong vòng 2 năm đầu đời của trẻ. Chỉ định can thiệp ngoại khoa được đặt ra nếu sau 2 tuổi nang thừng tinh vẫn còn tồn tại để tránh nguy cơ thoát vị và ảnh hưởng đến sự phát triển của tinh hoàn.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Không có chống chỉ định.

IV. CHUẨN BỊ.

1. Người thực hiện.

Phẫu thuật viên chuyên khoa tiết niệu (01 phẫu thuật viên, 02 trợ thủ viên)

2. Phương tiện.

01 bộ dụng cụ phẫu thuật tiết niệu, gạc lớn, gạc nhỏ, chỉ liên kim, chỉ lin.

3. Người bệnh.

Được giảm đau bằng các phương pháp giảm đau vùng (tê tủy sống) hay gây mê và được chuẩn bị theo qui trình chuẩn bị người bệnh trước mổ trong ngoại khoa.

4. Hồ sơ bệnh án.

Hồ sơ bệnh án được chuẩn bị đầy đủ bao gồm các xét nghiệm chẩn đoán bệnh và các xét nghiệm cơ bản phục vụ cho cuộc mổ. Giấy chấp nhận phẫu thuật và thủ thuật có chữ kí cam kết của người bệnh và của thầy thuốc.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH.

1. Bước 1: Tư thế người bệnh.

Người bệnh được nằm tư thế ngửa đầu thấp. Sát trùng, phủ toan chuẩn bị trường mổ.

2. Bước 2: Bộc lộ ống bẹn và thừng tinh.

- Rạch da dọc theo đường nếp gấp da ống bẹn (chiều ngang) ngay phía trên củ mu dài khoảng 2 cm.

- Qua các lớp đến cân Scarpa, mở cân Scarpa để đến cân cơ chéo ngoài. Có thể đốt và cắt nếu gặp tĩnh mạch thượng vị nông.

- Rạch cân cơ chéo ngoài dọc theo các thớ sợi của nó, để vào ống bẹn. Chú ý tránh làm tổn thương thần kinh sinh dục đùi nằm ngay dưới cân cơ chéo ngoài. Sau đó bộc lộ thừng tinh ra khỏi ống bẹn.

3. Bước 3: Tìm và bộc lộ ống phúc tinh mạc.

- Sau khi bộc lộ được thừng tinh, tiến hành tách các sợi cơ bìu ra để xác định ống phúc tinh mạc. Thông thường ống phúc tinh mạc sẽ nằm ngay trên mặt trước giữa của thừng tinh.

- Sau khi xác định được ống phúc tinh mạc, nhẹ nhàng bóc tách nó ra khỏi thừng tinh, phẫu tích càng nhiều càng tốt cho tới sát lỗ bẹn trong. Chú ý không làm tổn thương các thành phần nằm trong thừng tinh. Trường hợp cấu trúc giải phẫu của ống phúc tinh mạc không rõ ràng, nên mở ra xem có ruột, mạc nối hay bàng quang bên trong hay không.

4. Bước 4: Thắt và cắt nang thừng tinh.

- Khi đầu trên của ống phúc tinh mạc đã được phẫu tích đến sát lỗ bẹn trong. Tiến hành thắt và cắt tại vị trí này. Nếu cần thiết có thể khâu lại.

Chú ý: Phải kiểm tra kỹ xem có ruột, mạc nối hay bất kì thành phần nào trong ống phúc tinh mạc trước khi buộc và cắt. Nếu lỗ bẹn trong rộng quá có thể khâu tạo hình lại lỗ bẹn trong.

- Phần còn lại của ống phúc tinh mạc được mở dọc xuống sát túi cùng và cắt bỏ, tuy nhiên, không cần thiết phải lấy hết phần phần này. Nếu cần thiết có thể đưa tinh hoàn qua vết mổ, đốt và thắt hết các máu phụ tinh hoàn và mào tinh hoàn.

5. Bước 5: Đóng vết mổ.

Đóng vết mổ theo các lớp giải phẫu bao gồm, cân cơ chéo ngoài, cân Scarpa, tổ chức dưới da và da.

VI. THEO DÕI.

Sau phẫu thuật cần theo dõi các biến chứng như tụ máu bìu, tràn dịch màng tinh hoàn, nang thừng tinh tái phát, hay tắc ruột, đái máu.

VII. XỬ TRÍ TẠI BIÊN.

Tùy theo từng loại biến chứng mà có các phương pháp xử trí khác nhau.

31. PHẪU THUẬT NỘI SOI SAU PHÚC MẠC LẤY SỎI NIỆU QUẢN 1/3 TRÊN VÀ SỎI BỂ THẬN

I. ĐẠI CƯƠNG:

- Đây là phẫu thuật ít xâm lấn trong điều trị sỏi niệu quản 1/3 trên và sỏi bể thận đơn thuần. Dù phẫu thuật tán sỏi nội soi ngược dòng bằng ống mềm phát triển, hay

kỹ thuật đặt máy nội soi niệu quản ống cứng tiếp cận sỏi tốt đến đâu thì cũng khó thay thế được phẫu thuật nội soi sau phúc mạc khi điều trị những bệnh nhân có sỏi kích thước lớn, có hẹp, gấp niệu quản.
- Đường mổ sau phúc mạc có nhiều ưu điểm hơn với đường mổ bụng: Sinh lý, dễ tiếp cận niệu quản, tránh rò nước tiểu vào ổ bụng, hạn chế tổn thương các tạng trong ổ bụng, tránh được nguy cơ tắc ruột.

II. CHUẨN BỊ BỆNH NHÂN:

1. Chỉ định:

Sỏi niệu quản 1/3 trên từ đoạn hông lưng tới đoạn bả thận có kích thước lớn, ít có khả năng điều trị nội khoa thành công.

Sỏi kích thước lớn, không có chỉ định tán sỏi nội soi, tán sỏi ngoài cơ thể.

Không có tiền sử mổ sau phúc mạc bên sỏi niệu quản.

Không có bệnh lý gây chông chỉ định gây mê.

Không có bệnh lý rối loạn đông máu.

2. Giải thích các nguy cơ:

Trước mổ: Không phẫu thuật gây suy giảm, mất chức năng thận có sỏi niệu quản hoặc gây ú mủ thận, gây tăng huyết áp.

Trong phẫu thuật: Tai biến do gây mê (co thắt khí phế quản, dị ứng thuốc,...) do phẫu thuật: Chảy máu, tổn thương thận, niệu quản, sỏi chạy lên thận; chuyển mổ mở, cắt thận, hồi sức kéo dài, ...

Sau mổ: Hẹp niệu quản, sót sỏi, thận không phục hồi được chức năng,...

3. Gây mê nội khí quản.

III. PHẪU THUẬT NỘI SOI SAU PHÚC MẠC:

1. Tư thế bệnh nhân – Tạo khoang sau phúc mạc”

- Đặt sond niệu đạo – bàng quang.

Nghiêng 90° từ bên có sỏi sang bên đối diện sao cho vùng hông lưng bên có sỏi ở trên cao, có độn gối ở hông lưng dưới.

Bơm bóng tạo khoang sau phúc mạc:

- Rạch da 8 – 10mm vị trí đặt trocar 10: dùng pice tách các lớp dưới da, qua cơ vào khoang sau phúc mạc. Đưa bóng vào khoang, bơm bóng V = 500-600 ml khí. Hoặc dùng tay để tạo khoang sau phúc mạc. Cũng có thể đặt trocar 10 với đầu tù vào để tạo khoang.

2. Đặt trocar – Mở rộng phẫu trường

Đặt trocar 10mm chưa nòng đầu tù vào vị trí rạch da, bơm hơi. Đưa Optic vào soi kiểm tra.

Đặt trocar 10mm thứ 2: bờ dưới xương sườn 12 đường nách sau

Đặt trocar 5mm : trước gai chậu trước trên

Dùng dụng cụ phẫu tích làm rộng khoang sau phúc mạc sao cho đủ rộng phẫu trường nội soi để thực hiện phẫu thuật.

3. Phẫu tích tìm niệu quản, giải phóng đoạn niệu quản chứa sỏi:

Dựa vào bờ trong cơ thắt lưng chậu chúng ta phẫu tích vào cân Georta:

Niệu quản sau phúc mạc, bắt chéo phía sau bó mạch sinh dục, màu trắng ngà, có nhu động càng đi về phía thận càng to, đoạn trên sỏi thường ứ nước căng giãn. Tìm niệu quản cần bám sát theo cơ thắt lưng chậu.

Đoạn niệu quản chứa sỏi thường xơ dính, phẫu tích mặt trước đoạn này. Dùng pince mềm của sỏi cặp chặn trên phía sỏi.

4. Mở niệu quản lấy sỏi, đặt sond JJ hoặc sond Modelage, khâu lại niệu quản:

Dùng dụng cụ mở niệu quản sao cho đủ lấy ứng với kích thước viên sỏi.

Dùng pince Kelly di động nẩy sỏi, gấp sỏi ra ngoài, nước tiểu trào ra

Dùng ống hút hút hết dịch hoặc bơm nước vào đoạn niệu quản trên sỏi

Luồn sond JJ hoặc luồn sond Modelage bằng đoạn sond Plastic cỡ số 6 hoặc 8 Fr đi từ trên thận xuống niệu quản, bàng quang.

Khâu chỉ Vicryl số 4.0 hoặc 5.0 đoạn niệu quản mở lấy sỏi.

5. Cầm máu kỹ, lau hút rửa dịch nước tiểu, máu cục. Đặt 1 dẫn lưu vào vùng sau phúc mạc. Khâu các lỗ trocar.

a. Điều trị sau mổ:

Kháng sinh tĩnh mạch, giảm đau, chống phù nề.

Chăm sóc, lưu sond niệu đạo 3-4 ngày.

Dẫn lưu: theo dõi số lượng, màu sắc. Thông thường rút dẫn lưu sau 24h - 18h.

Ra viện: Tư vấn chế độ ăn, đi lại, lao động kèm đơn thuốc uống và hẹn tái khám để rút ống sond JJ hoặc Modelade

TIN TỨC LIÊN QUAN

- QUY TRÌNH KỸ THUẬT TÁN SỎI NIỆU QUẢN BẰNG LASER
- PHÁC ĐỒ NỘI SOI KHOANG BỤNG CHẨN ĐOÁN TRONG CHẤN THƯƠNG BỤNG
- PHẪU THUẬT TẠO HÌNH BAO QUY ĐẦU Ở TRẺ EM
- PHẪU THUẬT TẠO HÌNH CẮM LẠI NIỆU QUẢN VÀO VÀO BÀNG QUANG (CLNQVBQ)
- CẮM LẠI NIỆU QUẢN VÀO BÀNG QUANG TRONG NIỆU QUẢN CỤ ĐẠI
- CẮM LẠI NIỆU QUẢN VÀO BÀNG QUANG TRONG TRƯỜNG HỢP MẮT MÔ NIỆU QUẢN

32. PHẪU THUẬT MỞ LẤY SỎI THẬN

Mở hở lấy sỏi thận là phương pháp điều trị sỏi thận cổ điển. Với sự xuất hiện của các phương pháp tán sỏi công nghệ cao ít xâm lấn, hiện nay mổ mở ít được áp dụng tuy nhiên trong một số trường hợp nhất định đây vẫn là phương pháp giúp lại bỏ sỏi hiệu quả. Vậy mổ hở lấy sỏi chỉ định trong trường hợp nào? Mổ lấy sỏi có đau

không? Để biết rõ hơn về phương pháp này, bạn đọc có thể tham khảo bài viết dưới đây.

I. ĐẠI CƯƠNG:

1. Mô hở lấy sỏi thận:

Sỏi thận là bệnh lý sỏi tiết niệu thường gặp nhất, chiếm tới 40%. Bệnh cần phải điều trị sớm, nếu không sẽ gây tắc nghẽn đường dẫn tiêu và ảnh hưởng xấu đến chức năng thận. Hiện nay, với sự phát triển của y học, các phương pháp điều trị sỏi thận ít xâm lấn đã dần thay thế phương pháp mổ hở như **tán sỏi qua da**, tán sỏi ngoài cơ thể, tán sỏi nội soi ngược dòng,... Tuy nhiên, phẫu thuật mổ hở lấy sỏi thận vẫn được chỉ định trong trường hợp sỏi thận ở vị trí phức tạp hay kích thước lớn mà các phương pháp khác không thực hiện được.



Mô hở lấy sỏi thận là phương pháp điều trị sỏi thận cổ điển, thích hợp với sỏi san hô và sỏi có kích thước lớn

2. Mổ lấy sỏi thận được chỉ định trong những trường hợp nào?

Phương pháp mổ hở lấy sỏi thận được áp dụng trong các trường hợp:

- Trường hợp sỏi san hô phức tạp hoặc nhiều viên, sỏi thận có đường kính > 2.5cm đi kèm hẹp bể thận niệu quản mà không có chỉ định tán sỏi.
- Sỏi thận và sỏi niệu quản phối hợp ở nhiều vị trí
- Sỏi thận đi kèm với dị dạng đường tiết niệu như trào ngược bàng quang – niệu quản hay phình to niệu quản.
- Sỏi thận có biến chứng ứ nước, nhiễm trùng.

Không áp dụng phương pháp mổ mở lấy sỏi thận trong trường hợp có thể thực hiện được bằng phương pháp tán sỏi qua da, **tán sỏi ngoài cơ thể** hoặc tán sỏi nội soi ngược dòng.

3. Quy trình mổ hở lấy sỏi thận:

3.1 Chuẩn bị:

- Trước khi mổ, người bệnh được làm đầy đủ các xét nghiệm cơ bản và đánh giá chức năng thận 2 bên.
- Siêu âm hoặc chụp cắt lớp vi tính để đánh giá số lượng, hình dạng sỏi và mức độ ảnh hưởng của sỏi và các bệnh lý tiết niệu (nếu có) đến chức năng thận,
- Người bệnh được điều trị ổn định các bệnh nội khoa khác như tăng huyết áp, đái tháo đường,.. trước khi can thiệp phẫu thuật, trừ trường hợp khẩn cấp cần mổ cấp cứu.
- Thụt tháo, nhịn ăn và vệ sinh vùng phẫu thuật và toàn thân.
- Sử dụng kháng sinh dự phòng trước mổ để phòng ngừa nhiễm trùng.

3.2 Các bước thực hiện mổ hở lấy sỏi thận:

Bước 1: Tư thế bệnh nhân

Bệnh nhân được hướng dẫn nằm nghiêng 90 độ, chân dưới co, chân trên duỗi, có kê gối độn dưới thắt lưng.

- Tiến hành gây mê nội khí quản và gây mê tủy sống.

Bước 2:

- Mở ổ bụng theo đường sườn thắt lưng, vào khoang sau phúc mạc, bộc lộ thận niệu quản.
- Tùy vào vị trí của sỏi mà tiến hành mở bề thận – niệu quản hay nhu mô thận. Bơm hút rửa bề thận, lấy những mảnh sỏi nhỏ.

Bước 3:

- Kiểm tra sỏi ở những vị trí khác (nếu có) như các đài thận nhỏ, niệu quản dưới mà không thể lấy hết được thì sẽ dùng ống soi mềm để quan sát và tán sỏi bằng năng lượng laser. Sỏi sau khi tán nhỏ sẽ được bơm rửa và lấy sỏi.
- Kiểm tra sự lưu thông từ niệu quản xuống bàng quang, đặt ống thông JJ. Sau đó khâu lại nhu mô và bề thận bằng chỉ tiêu chậm.
- Trong trường hợp bệnh nhân có các bệnh mắc kèm như hẹp khúc nối bề thận – niệu quản thì tiến hành tạo hình lại bề thận – niệu quản.

Bước 4:

- Làm sạch ổ mổ, đặt dẫn lưu ổ mổ.
- Kiểm tra và đếm lại gạc mổ.

- Khâu và băng lại vết mổ.

3.3. Sau mổ hở lấy sỏi thận:

- Bệnh nhân được theo dõi toàn trạng: huyết động, tình trạng ổ bụng, đau sau mổ, số lượng và màu sắc nước tiểu, tình trạng lưu thông tiêu hóa có vấn đề gì bất thường hay không.
- Kháng sinh dự phòng: sử dụng kháng sinh phối hợp nhóm cephalosporin và quinolon từ 5 đến 7 ngày.
- Theo dõi dẫn lưu ổ bụng: màu sắc, số lượng dịch. rút dẫn lưu ổ mổ 2-3 sau mổ. Phát hiện rò nước tiểu sau mổ nếu thấy > 50ml nước tiểu/ngày và kéo dài.
- Rút sonde dẫn tiểu sau 2-3 ngày.
- Bệnh nhân được ra viện sau 5-7 ngày và hẹn tái khám sau 2-4 tuần để siêu âm, chụp X-quang đánh giá sự phục hồi của thận và nội soi bàng quang rút sonde niệu quản.

4. Biến chứng có thể xảy ra:

4.1 Biến chứng trong mổ:

- Chảy máu do tổn thương mạch thận, động mạch chủ, nhu mô thận cần khâu để cầm máu
- Rách phúc mạc, tổn thương các tạng xung quang như ruột non, đại tràng: cần phối hợp với phẫu thuật viên tiêu hóa để xử trí.

4.2 Biến chứng sau phẫu thuật:

- Chảy máu nhiều sau mổ: mổ lại để kiểm tra cầm máu
- Tụ dịch hoặc áp xe: Nếu khối dịch < 5cm thì có thể dẫn lưu dưới siêu âm, nếu khối dịch lớn thì cần mổ lại để dẫn lưu và làm sạch.
- Rò nước tiểu: nếu sonde dẫn tiểu bị tắc hoặc gập thì tiến hành đặt lại, nếu không hết thì phẫu thuật để xử lý chỗ rò.

5. Chăm sóc sau mổ hở lấy sỏi thận:

Sau khi xuất viện, bệnh nhân vẫn cần được thực hiện theo những hướng dẫn sau:

Chăm sóc vết mổ:

Sau khi mổ, bệnh nhân cần được thay băng thường xuyên 1-2 lần/ngày. Nếu vết mổ bị chảy máu, mưng mủ, bệnh nhân sốt, khó thở, bạn nên thông báo cho bác sĩ để được xử lý kịp thời.

Theo dõi dẫn lưu:

Nếu nhận thấy có bất thường về màu sắc, lượng nước tiểu, có máu hoặc mủ trong nước tiểu thì cần thông báo ngay với điều dưỡng hoặc sĩ.

Vận động sau mổ:

Sau mổ, bệnh nhân nên vận động nhẹ nhàng để tránh dính ruột nhưng không nên thay đổi tư thế đột ngột. Trước khi ngồi dậy và di chuyển cần khóa ống nối để dịch không bị chảy ngược vào trong.

Chế độ dinh dưỡng:

Nên ăn các loại thức ăn mềm, dễ tiêu hóa như cháo, súp, phở,... vì khi phẫu thuật xong cơ thể còn khá yếu và hệ tiêu hóa chưa hoạt động bình thường. Ăn nhiều rau xanh, trái cây tươi để **bổ sung vitamin** và chất xơ giúp cải thiện chức năng tiêu hóa.

Hạn chế các đồ ăn chiên rán nhiều đường, muối để giảm áp lực lên thận. Tránh sử dụng bia, rượu, cà phê,..và các chất kích thích khác để không ảnh hưởng đến quá trình phục hồi. Các đồ ăn cay nóng, đồ nếp có thể làm chậm quá trình liền sẹo.

Hiện nay, mổ hở lấy sỏi thận đã được thay thế bằng các biện pháp ít xâm lấn khác như nội soi lấy sỏi, tán sỏi qua da, tán sỏi ngoài cơ thể, tán sỏi nội soi ống mềm..Tuy nhiên, phẫu thuật hở lấy sỏi vẫn được chỉ định trong điều trị sỏi thận kích thước lớn, phức tạp, ở nhiều vị trí...

33. QUY TRÌNH KỸ THUẬT MỔ MỞ CẮT TÚI MẬT

I. ĐẠI CƯƠNG:

Cắt túi mật là một thủ tục phẫu thuật để loại bỏ túi mật - một cơ quan hình quả lê nằm ngay dưới gan vào phía trên bên phải của bụng. Túi mật thu thập và lưu trữ mật - một chất dịch tiêu hóa được sản xuất trong gan.

II. CHỈ ĐỊNH:

- Sỏi mật trong túi mật (sỏi mật).
- Sỏi mật trong ống dẫn mật (choledocholithiasis).
- Viêm túi mật.
- Viêm tụy

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH:

- Người bệnh có rối loạn đông máu, nhiễm trùng toàn thân nặng,
- Có chống chỉ định gây mê toàn thân: bệnh lý tim mạch, hô hấp nặng.

IV. CHUẨN BỊ:

1. Người thực hiện: phẫu thuật viên chuyên khoa ngoại chung, tiêu hoá hoặc gan mật.

2. Người bệnh:

- Vệ sinh sạch sẽ, ăn nhẹ đến 18h ngày hôm trước.
- Được giải thích về quy trình, nguy cơ tai biến của phẫu thuật.
- Thụt tháo sạch đại tràng.
- Sáng ngày mổ: nhịn ăn, sát khuẩn vùng bụng.
- Tại thời điểm rạch da: kháng sinh dự phòng.

3. Phương tiện:

- Dụng cụ phẫu thuật tiêu hoá thông thường.
- Chỉ khâu mạch máu Prolene 4/0, 5/0; chỉ Vicryl 2/0, 3/0.
- Dao điện, máy hút.
- Hệ thống van kéo tự động (nếu có).

4. **Dự kiến thời gian phẫu thuật:** 60 - 90 phút

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Tư thế:

- Người bệnh nằm ngửa, có thể kê tám độn dưới lưng ngang vị trí mũi ức. Tay phải dạng, tay trái khép.
- Phẫu thuật viên đứng bên phải người bệnh, bác sĩ phụ 1 đứng bên trái, phụ 2 (nếu có) đứng trên bác sĩ phụ 1.

2. **Vô cảm:** Gây mê nội khí quản, có giãn cơ.

3. Kỹ thuật:

- Bước 1: mở bụng: rạch da đường trắng giữa trên rốn hoặc đường dưới sườn phải
- Bước 2: đánh giá tổn thương túi mật: viêm, hoại tử, sỏi túi mật.... thăm dò các tạng khác trong ổ bụng : gan, dạ dày.....
- Bước 3: cắt túi mật xuôi dòng: cầm máu các mạch máu nhỏ đi ra từ giương túi mật, bộc lộ động mạch túi mật, ống cổ túi mật, cắt túi mật tránh làm tổn thương ống mật chủ

- Bước 4: lau rửa sạch ổ bụng, đặt dẫn lưu dưới gan
- Bước 5: đóng bụng theo các lớp giải phẫu

VI. THEO DÕI VÀ NGUYÊN TẮC XỬ TRÍ TAI BIẾN, BIẾN CHỨNG

1.Theo dõi:

- Trong 24h đầu: người bệnh thở oxy, theo dõi sát mạch, huyết áp, nhiệt độ, nước tiểu, dẫn lưu.
- Làm xét nghiệm công thức máu, đông máu cơ bản, sinh hoá: chức năng gan thận, điện giải ngày thứ 1 sau mổ.
- Vào ngày thứ 3 sau mổ có thể cho ăn trở lại, thức ăn từ lỏng đến đặc dần, số lượng tăng dần.

2.Xử trí biến chứng:

- Chảy máu:
 - . Truyền máu, hồi sức tích cực.
 - . Can thiệp nút mạch dưới điện quang hoặc mổ lại cầm máu.
- Áp xe, ổ dịch tồn dư:
 - . Điều trị kháng sinh liều cao
 - . Dẫn lưu dưới hướng dẫn siêu âm

34. QUY TRÌNH MỞ THÔNG TÚI MẬT

I. ĐẠI CƯƠNG:

Túi mật có 3 phần: đáy, thân, cổ túi mật. Đáy túi mật nằm ở chỗ khuyết của bờ gan trước. Đáy túi mật tự do là nơi - để mở thông túi mật.

II. CHỈ ĐỊNH:

- Túi mật căng to dọa vỡ
- Túi mật căng to so sỏi ống mật chủ
- Viêm tụy cấp mở thông túi mật để giảm áp
- Chấn thương gan
- Hoặc những tình huống khẩn cấp không cho phép làm tối đa

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH:

- Người bệnh có rối loạn đông máu, nhiễm trùng toàn thân nặng,
- Có chống chỉ định gây mê toàn thân: bệnh lý tim mạch, hô hấp nặng.

IV. CHUẨN BỊ:

1. Người thực hiện: phẫu thuật viên chuyên khoa ngoại chung, tiêu hoá hoặc gan mật.

2. Người bệnh:

- Vệ sinh sạch sẽ, ăn nhẹ đến 18h ngày hôm trước.
- Được giải thích về quy trình, nguy cơ tai biến của phẫu thuật.
- Thụt tháo sạch đại tràng.
- Sáng ngày mổ: nhịn ăn, sát khuẩn vùng bụng.
- Tại thời điểm rạch da: kháng sinh dự phòng.

3. Phương tiện:

- Dụng cụ phẫu thuật tiêu hoá thông thường.
- Chỉ khâu mạch máu Prolene 4/0, 5/0; chỉ Vicryl 2/0, 3/0.
- Dao điện, máy hút.
- Hệ thống van kéo tự động (nếu có).

4. Dự kiến thời gian phẫu thuật: 60 - 90 phút

IV. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH:

1. Tư thế:

- Người bệnh nằm ngửa, có thể kê tấm đệm dưới lưng ngang vị trí mũi ức. Tay phải dạng, tay trái khép.
- Phẫu thuật viên đứng bên phải người bệnh, bác sĩ phụ 1 đứng bên trái, phụ 2 (nếu có) đứng trên bác sĩ phụ 1.

2. Vô cảm: Gây mê nội khí quản, có giãn cơ.

3. Kỹ thuật:

- Bước 1: rạch da đường thẳng giữa trên rốn hoặc dưới sườn phải
- Bước 2: tìm túi mật, trên gạc xung quanh để tránh dịch mật tràn vào ổ bụng
- Bước 3: thăm khám túi mật
- Bước 4: mở túi mật, khâu mũi túi, đặt sonde malecot dẫn lưu đường mật
- Bước 5: khâu cố định túi mật vào thành bụng hoặc cuộn mạc nối lớn để cách ly với ổ bụng

- Bước 6: đóng bụng theo giải phẫu

VII. THEO DÕI VÀ NGUYÊN TẮC XỬ TRÍ TAI BIẾN, BIẾN CHỨNG

1.Theo dõi:

- Trong 24h đầu: người bệnh thở oxy, theo dõi sát mạch, huyết áp, nhiệt độ, nước tiểu, dẫn lưu.
- Làm xét nghiệm công thức máu, đông máu cơ bản, sinh hoá: chức năng gan thận, điện giải ngày thứ 1 sau mổ.
- Vào ngày thứ 3 sau mổ có thể cho ăn trở lại, thức ăn từ lỏng đến đặc dần, số lượng tăng dần.

2.Xử trí biến chứng:

a. Chảy máu:

- . Truyền máu, hồi sức tích cực.
- . Can thiệp nút mạch dưới điện quang hoặc mổ lại cầm máu.

b. Áp xe, ổ dịch tồn dư:

- . Điều trị kháng sinh liều cao
- . Dẫn lưu dưới hướng dẫn siêu âm

35. QUY TRÌNH MỔ MỞ LÁY SỎI ỐNG MẬT CHỦ KHÔNG DẪN LƯU ĐƯỜNG MẬT

I. ĐẠI CƯƠNG:

- Sỏi ống mật chủ (OMC) là bệnh thường gặp ở nước ta. Trước đây, sỏi OMC chiếm tới 80 - 90% trong tổng số sỏi mật; gần đây, do tỷ lệ sỏi túi mật ngày càng gia tăng, làm tỷ lệ sỏi OMC giảm đáng kể (khoảng 50 - 60%).
- Khác với sỏi OMC ở các nước Âu, Mỹ (chủ yếu là sỏi Cholesterol và di chuyển từ túi mật xuống); bệnh lý sỏi OMC ở Việt Nam rất phức tạp, thành phần chủ yếu của sỏi OMC là sắc tố mật, nhân là xác hay trứng giun đũa. Yếu tố giun chui đường mật và nhiễm trùng đóng vai trò quan trọng trong cơ chế hình thành sỏi.

II. CHỈ ĐỊNH:

- Sỏi ống mật chủ đơn độc

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH:

- Nhiều sỏi ống mật chủ
- Nhiễm trùng đường mật
- Sỏi bùn
- Nguy cơ tắc mật cao
- Các bệnh nội khoa mạn tính, tim mạch hô hấp

IV. CHUẨN BỊ:

1. Người thực hiện: phẫu thuật viên chuyên khoa ngoại chung, tiêu hoá hoặc gan mật.

2. Người bệnh:

- Vệ sinh sạch sẽ, ăn nhẹ đến 18h ngày hôm trước.
- Được giải thích về quy trình, nguy cơ tai biến của phẫu thuật.
- Thụt tháo sạch đại tràng.
- Sáng ngày mổ: nhịn ăn, sát khuẩn vùng bụng.
- Tại thời điểm rạch da: kháng sinh dự phòng.

3. Phương tiện:

- Dụng cụ phẫu thuật tiêu hoá thông thường.
- Chỉ khâu mạch máu Prolene 4/0, 5/0; chỉ Vicryl 2/0, 3/0.
- Dao điện, máy hút.
- Hệ thống van kéo tự động (nếu có).

4. Dự kiến thời gian phẫu thuật: 60 - 90 phút

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH:

1. Tư thế:

- Người bệnh nằm ngửa, có thể kê tấm đệm dưới lưng ngang vị trí mũi ức. Tay phải dạng, tay trái khép.
- Phẫu thuật viên đứng bên phải người bệnh, bác sĩ phụ 1 đứng bên trái, phụ 2 (nếu có) đứng trên bác sĩ phụ 1.

2. Vô cảm: Gây mê nội khí quản, có giãn cơ

3. Kỹ thuật:

- Bước 1: rạch da đường trắng giữa trên rốn hoặc hạ sườn phải

- Bước 2: đánh giá tổn thương
- Bước 3: bộc lộ ống mật chủ
- Bước 4: mở ống mật chủ, khâu treo và cầm máu ống mật chủ
- Bước 5: lấy sỏi ống mật chủ
- Bước 6: kiểm tra và nong cơ oddi
- Bước 7: khâu lại ống mật chủ
- Bước 8: đặt dẫn lưu dưới gan
- Bước 9: đóng bụng theo giải phẫu

V. THEO DÕI VÀ NGUYÊN TẮC XỬ TRÍ TAI BIẾN, BIẾN CHỨNG

1.Theo dõi:

- Trong 24h đầu: người bệnh thở oxy, theo dõi sát mạch, huyết áp, nhiệt độ, nước tiểu, dẫn lưu.
- Làm xét nghiệm công thức máu, đông máu cơ bản, sinh hoá: chức năng gan thận, điện giải ngày thứ 1 sau mổ.
- Vào ngày thứ 3 sau mổ có thể cho ăn trở lại, thức ăn từ lỏng đến đặc dần, số lượng tăng dần.

2.Xử trí biến chứng:

a. Chảy máu:

- . Truyền máu, hồi sức tích cực.
- . Can thiệp nút mạch dưới điện quang hoặc mổ lại cầm máu.

b. Áp xe, ổ dịch tồn dư:

- . Điều trị kháng sinh liều cao
- . Dẫn lưu dưới hướng dẫn siêu âm.

36. QUY TRÌNH MỔ MỞ ỐNG MẬT CHỦ LẤY SỎI DẪN LƯU ĐƯỜNG MẬT

I. ĐẠI CƯƠNG:

- Sỏi ống mật chủ (OMC) là bệnh thường gặp ở nước ta. Trước đây, sỏi OMC chiếm tới 80 - 90% trong tổng số sỏi mật; gần đây, do tỷ lệ sỏi túi mật ngày càng gia tăng, làm tỷ lệ sỏi OMC giảm đáng kể (khoảng 50 - 60%).
- Khác với sỏi OMC ở các nước Âu, Mỹ (chủ yếu là sỏi Cholesterol và di chuyển từ túi mật xuống); bệnh lý sỏi OMC ở Việt Nam rất phức tạp, thành phần chủ yếu của sỏi OMC là sắc tố mật, nhân là xác hay trứng giun đũa. Yếu tố giun chui đường mật và nhiễm trùng đóng vai trò quan trọng trong cơ chế hình thành sỏi.

II. CHỈ ĐỊNH:

- Sỏi ống mật chủ
- Tắc mật cấp
- Viêm phúc mạc mật
- Thâm mật phúc mạc
- Nhiễm trùng đường mật
- Viêm tụy cấp do sỏi ống mật chủ
- Sỏi đường mật trong gan

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH:

- Người bệnh có rối loạn đông máu, nhiễm trùng toàn thân nặng,
- Có chống chỉ định gây mê toàn thân: bệnh lý tim mạch, hô hấp nặng.

IV. CHUẨN BỊ:

1. Người thực hiện: phẫu thuật viên chuyên khoa ngoại chung, tiêu hoá hoặc gan mật.

2. Người bệnh:

- Vệ sinh sạch sẽ, ăn nhẹ đến 18h ngày hôm trước.
- Được giải thích về quy trình, nguy cơ tai biến của phẫu thuật.
- Thụt tháo sạch đại tràng.
- Sáng ngày mổ: nhịn ăn, sát khuẩn vùng bụng.
- Tại thời điểm rạch da: kháng sinh dự phòng.

3. Phương tiện:

- Dụng cụ phẫu thuật tiêu hoá thông thường.
- Chỉ khâu mạch máu Prolene 4/0, 5/0; chỉ Vicryl 2/0, 3/0.
- Dao điện, máy hút.
- Hệ thống van kéo tự động (nếu có).

4. Dự kiến thời gian phẫu thuật: 60 - 90 phút

5. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH:

1. Tư thế:

- Người bệnh nằm ngửa, có thể kê tấm đệm dưới lưng ngang vị trí mũi ức. Tay phải dạng, tay trái khép.

- Phẫu thuật viên đứng bên phải người bệnh, bác sĩ phụ 1 đứng bên trái, phụ 2 (nếu có) đứng trên bác sĩ phụ 1.

2. Vô cảm: Gây mê nội khí quản, có giãn cơ.

3. Kỹ thuật:

- Bước 1: mở bụng: rạch da đường trắng giữa trên rốn hoặc đường dưới sườn phải
- Bước 2: đánh giá tổn thương
- Bước 3: bộc lộ ống mật chủ
- Bước 4: mở ống mật chủ, khâu treo và cầm máu ống mật chủ
- Bước 5: lấy sỏi ống mật chủ
- Bước 6: kiểm tra và nong cơ oddi
- Bước 7: đặt dẫn lưu kehr và cố định
- Bước 8: đặt dẫn lưu dưới gan
- Bước 9: đóng bụng theo giải phẫu.

VI. THEO DÕI VÀ NGUYÊN TẮC XỬ TRÍ TAI BIẾN, BIẾN CHỨNG:

1.Theo dõi:

- Trong 24h đầu: người bệnh thở oxy, theo dõi sát mạch, huyết áp, nhiệt độ, nước tiểu, dẫn lưu.
- Làm xét nghiệm công thức máu, đông máu cơ bản, sinh hoá: chức năng gan thận, điện giải ngày thứ 1 sau mổ.
- Vào ngày thứ 3 sau mổ có thể cho ăn trở lại, thức ăn từ lỏng đến đặc dần, số lượng tăng dần.

2.Xử trí biến chứng:

a. Chảy máu:

- . Truyền máu, hồi sức tích cực.
- . Can thiệp nút mạch dưới điện quang hoặc mổ lại cầm máu.

b. Áp xe, ổ dịch tồn dư:

- . Điều trị kháng sinh liều cao
- . Dẫn lưu dưới hướng dẫn siêu âm

37. PHẪU THUẬT NỘI SOI MỞ ỐNG MẬT CHỦ LẤY SỎI + CẮT TÚI MẬT

I. ĐẠI CƯƠNG

Phẫu thuật mở ống mật chủ lấy sỏi + cắt túi mật là một phương pháp mổ nội soi được dùng để can thiệp lấy sỏi Đường mật + cắt bỏ túi mật do túi mật có sỏi hoặc polyp hoặc bệnh cơ tuyến túi mật. Nội dung chính yếu của phương pháp mổ này bao gồm: tiếp cận các thành phần trong ổ bụng bằng cách mở ổ bụng; phẫu tích, bộc lộ tam giác gan mật, ống mật chủ, cắt túi mật và xẻ ống mật chủ hoặc ống gan chung; lấy sỏi Đường mật; khâu lại chỗ xẻ Đường mật với có hoặc không kết hợp đặt dẫn lưu Đường mật.

II. CHỈ ĐỊNH

* Chỉ định:

Sỏi Đường mật ngoài gan (sỏi ống mật chủ, ống gan chung và ngã 3 Đường mật) mà ERCP (nội soi mật tụy ngược dòng) điều trị bị thất bại ở thì trước đó hoặc cùng lúc mổ cắt túi mật.

* Sỏi Đường mật ngoài gan mà không thực hiện ERCP để lấy sỏi được như:

Sỏi to: kích thước sỏi > 2 cm ở nơi không có phương tiện tán sỏi cơ học qua ERCP, hoặc kích thước sỏi > 3 cm.

Sỏi Đường mật ngoài gan được phát hiện trong lúc mổ nội soi cắt túi mật (không biết hoặc nghi ngờ có sỏi Đường mật trước mổ). Trong trường hợp này, để điều trị sỏi Đường mật thì bác sĩ phẫu thuật có thể lựa chọn mở ống mật chủ lấy sỏi hay ERCP. Sự lựa chọn được thực hiện dựa vào điều kiện từng nơi, phác đồ hoặc chuyên gia từng nơi, tình trạng cụ thể của người bệnh và sự nhận định thực tế của bác sĩ phẫu thuật.

* Chỉ định cần thảo luận:

Thay đổi cấu trúc giải phẫu bình thường do phẫu thuật: cắt toàn bộ dạ dày + nối thực quản - hồng tràng, cắt bán phần dưới dạ dày + nối dạ dày - hồng tràng, phẫu thuật Whipple (cắt khối tá tụy), ...

Sỏi Đường mật trong gan kèm Đường kính ống mật chủ ≥ 8 mm.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH:

Sỏi Đường mật trong và ngoài gan.

Chống chỉ định của phẫu thuật nội soi ổ bụng nói chung: không thể bơm CO₂ khoang ổ bụng (suy tim, bệnh hô hấp nặng...).

Chống chỉ định của phẫu thuật ổ bụng nói chung: rối loạn đông máu nặng, bệnh lý tim mạch hô hấp không cho phép thực hiện gây mê toàn thân.

IV. CHUẨN BỊ:

1. Người thực hiện:

Người thực hiện là bác sĩ phẫu thuật chuyên khoa Ngoại tiêu hoá-gan mật tụy đã được đào tạo phẫu thuật nội soi căn bản hoặc giảng viên của một trung tâm hoặc tổ chức hoặc đơn vị huấn luyện phẫu thuật nội soi. Ngoài ra, cần phải có 1 kíp mổ bao gồm: bác sĩ gây mê, bác sĩ phụ mổ (có thể thay thế bằng dụng cụ viên được huấn luyện phụ mổ), kỹ thuật viên gây mê, dụng cụ viên.

2. Phương tiện:

Bàn mổ có thể dạng chân, quay các chiều.

Hệ thống máy mổ nội soi ổ bụng.

Bộ dụng cụ mổ nội soi ổ bụng, dao hàn mạch.

Bộ dụng cụ mổ mật: Forceps gấp sỏi như Mirizzi hoặc Randall loại thẳng và cong, Kehr đủ số (thường dùng từ 14 - 20F), bộ nong Đường mật (nếu có).

Kim chỉ khâu Đường mật: loại chỉ tan chậm như Vicryl 3.0 hoặc safil 3.0,...

Bộ nội soi Đường mật trong mổ: nếu có.

3. Người bệnh:

Các xét nghiệm cơ bản phục vụ cuộc mổ.

Các xét nghiệm đánh giá chức năng gan, chức năng hô hấp.

Siêu âm ổ bụng, chụp cộng hưởng từ Đường mật hoặc chụp cắt lớp vi tính (nếu có) để chẩn đoán sỏi Đường mật và khảo sát kích thước Đường mật ngoài gan.

4. Hồ sơ bệnh án:

Hoàn thành các thủ tục hành chính theo quy định: bệnh án chi tiết, biên bản hội chẩn, biên bản khám trước khi gây mê, giấy cam đoan đồng ý phẫu thuật.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH:

1. Kiểm tra hồ sơ:

Biên bản hội chẩn, cam kết phẫu thuật, biên bản duyệt mổ, biên bản khám tiền phẫu và tiền mê.

2. Kiểm tra người bệnh:

Đúng người (tên, tuổi,...), đúng bệnh.

3. Thực hiện kỹ thuật:

a. Tư thế:

Người bệnh nằm ngửa, 2 chân có thể khép hoặc dạng 90°, tay phải dạng hoặc khép, tay trái thường được khép. Màn hình đặt ở phía đầu bên tay phải người bệnh nếu người mổ chính đứng giữa 2 chân người bệnh. Trường hợp người mổ chính đứng bên trái người bệnh thì màn hình đặt ở bên phải người bệnh ngang mức hông.

Người mổ phụ 1: cầm camera đứng phía dưới người thực hiện hoặc giữa 2 chân.

Người mổ phụ 2 (nếu có): đứng phía trên bên trái hoặc bên phải người bệnh để vén gan, cầm ống hút. Dụng cụ viên đứng phía dưới bên trái hoặc phải người bệnh tùy theo người mổ chính đứng bên trái hay giữa 2 chân người bệnh.

b. Vô cảm:

Mê nội khí quản. Có đặt ống thông dạ dày.

c. Kỹ thuật:

Đặt trocar số 1 (thường gọi là trocar rôn) ở ngay dưới rôn: có thể áp dụng kỹ thuật mở hay kín, trocar được sử dụng là trocar 10mm.

Bơm hơi ổ bụng (CO₂), duy trì áp lực trong ổ bụng 10 - 12 mmHg.

Đưa camera quan sát, lựa chọn vị trí đặt các trocar tiếp theo: 1 trocar 10mm 2 trocar 5mm. Vị trí của các trocar này thường là dưới mũi ức, dưới sườn phải và trái.

Phẫu tích, bộc lộ tam giác gan mật. Clip + cắt động mạch túi mật và ống túi mật.

Cắt giường túi mật. Một số trường hợp đặc biệt như ống túi mật quá to, ống túi mật

trong viêm túi mật cấp phải cột hoặc khâu cột ống túi mật, dùng clip sẽ không an toàn.

Phẫu tích, bộc lộ ống mật chủ. Thông thường phải mở lớp phúc mạc phủ trước ống mật chủ, phẫu tích mô mỡ xung quanh thì sẽ thấy rõ thành trước ống mật chủ.

Trong những trường hợp khó, việc nhận định ống mật chủ không dễ dàng. Trong trường hợp này, người mổ có thể dùng kỹ thuật chọc thăm dò Đường mật.

Thường dùng kim chọc dò tủy sống hoặc kim Chiba, kim Secalon.

Mở ống mật chủ.

Dùng kiềm gấp sỏi thẳng và cong qua lỗ trocar thượng vị để lấy sỏi trong ống mật, đồng thời đưa qua Oddi xuống tá tràng (có thể không thực hiện).

Dùng máy nội soi Đường mật để soi trong mổ: sẽ đưa ống soi qua trocar thượng vị. Soi Đường mật để lấy sỏi, kiểm tra sạch sỏi và tình trạng thông thương của đoạn cuối ống mật chủ và cơ vòng Oddi.

Đặt dẫn lưu Đường mật hoặc không tùy tình trạng tổn thương.

Khâu ống mật chủ: bằng chỉ tan chậm, thường là loại 3.0. Có thể mũi rời hoặc mũi liên tục. Dụng cụ sử dụng trong thì mổ này là kẹp mang kim, kẹp phẫu tích và có thể hút hỗ trợ để bộc lộ phẫu trường.

Hút rửa sạch. Đặt 1 dẫn lưu dưới gan qua lỗ trocar dưới sườn.

Lấy bệnh phẩm, đóng các lỗ trocar bằng chỉ tan.

VI. THEO DÕI:

Rút ống thông mũi - dạ dày và cho ăn lại sớm sau mổ.

Theo dõi tình trạng đau bụng, sốt, phản ứng thành bụng, dẫn lưu dưới gan.

Ra viện sau 3 - 5 ngày nếu không có bệnh kèm theo.

VII. XỬ TRÍ TAI BIẾN:

1. Tai biến trong mổ

Chảy máu trong ổ bụng: do tổn thương mạch máu vùng cuống gan hoặc lỗ trocar.

Xử lý theo thương tổn.

2. Biến chứng sau mổ

Viêm phúc mạc: do xì chỗ khâu ống mật chủ hoặc hoặc thương tổn Đường mật chính hoặc tổn thương Đường tiêu hóa thì mổ lại để xử trí theo thương tổn.

Áp xe tồn lưu: điều trị nội khoa (điều trị kháng sinh kết hợp chọc hút dưới siêu âm)

+ theo dõi sát và xem xét mổ lại khi cần.

38. PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT TÚI MẬT, MỞ ÓNG MẬT CHỦ LẤY SỎI, ĐẶT DẪN LƯU KEHR

I. ĐẠI CƯƠNG:

Phẫu thuật mở ống mật chủ lấy sỏi nội soi là phương pháp mổ qua đường nội soi ổ bụng để lấy bỏ sỏi ở đường mật ngoài gan (bao gồm ống mật chủ, ống gan chung) có hoặc không kết hợp đặt dẫn lưu đường mật.

II. CHỈ ĐỊNH:

- Sỏi đường mật ngoài gan (không giới hạn kích thước và số lượng).
- Đường mật ngoài gan giãn > 1cm.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH:

- Chống chỉ định của phẫu thuật nội soi ổ bụng nói chung: tiền sử mổ bụng, không thể bơm CO₂ khoang ổ bụng (suy tim, bệnh hô hấp...).
- Chống chỉ định của phẫu thuật ổ bụng nói chung: rối loạn đông máu nặng, bệnh lý tim mạch hô hấp không cho phép thực hiện gây mê toàn thân.

IV. CHUẨN BỊ:

1. Người thực hiện:

Người thực hiện chuyên khoa tiêu hoá đã được đào tạo phẫu thuật nội soi cơ bản.

2. Phương tiện:

- Bàn mổ có thể dạng chân, quay các chiều.
- Giàn máy mổ nội soi: nguồn sáng, máy bơm khí, khí CO₂, màn hình, dao điện (đơn cực và lưỡng cực).
- Bộ dụng cụ mổ nội soi: 05 trocar (02 trocar 10mm; 03 trocar 5mm); panh có răng – không răng; quạt; ống hút; móc đốt điện; kìm cặp clip; kìm cặp kim; kéo; ống kính 900 hoặc 450.
- Bộ dụng cụ mổ mật: Mirizzi cong nhỏ, Bénique các cỡ, Kehr đủ số.
- Bộ nội soi đường mật trong mổ: nếu có.

3. Người bệnh:

- Các xét nghiệm cơ bản phục vụ cuộc mổ
- Các xét nghiệm đánh giá chức năng gan, chức năng hô hấp.
- Siêu âm ổ bụng, chụp cộng hưởng từ đường mật (nếu có) khẳng định có sỏi đường mật ngoài gan.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Tư thế:

- Người bệnh nằm ngửa, 2 chân có thể khép hoặc dạng 90°, tay phải khép, tay trái dạng 90°. Màn hình đặt ở phía đầu bên tay phải người bệnh.

- Người thực hiện đứng giữa 2 chân hoặc bên trái người bệnh, người phụ cầm camera đứng phía dưới Người thực hiện hoặc giữa 2 chân, dụng cụ viên đứng phía dưới.

2. Vô cảm:

- Mê nội khí quản.
- Có đặt ống thông dạ dày, không cần đặt ống thông bàng quang.

3. Kỹ thuật:

- Mở bụng theo Kỹ thuật mini-open ở dưới rốn để đặt trocar 10mm (trocar 1). Bơm hơi ổ bụng, duy trì áp lực trong ổ bụng 10 – 12 mmHg.
- Đưa camera quan sát, lựa chọn vị trí đặt các trocar tiếp theo: trocar 10mm dưới mũi ức (trocar 2); trocar 5mm ở bờ ngoài cơ thẳng to ngang bên phải rốn (trocar 3); trocar 5mm ở dưới bờ sườn phải đường giữa đòn (trocar 4).
- Chỉnh bàn tư thế đầu cao, nghiêng trái tối đa.
- Dùng kẹp hoặc ống hút đưa qua trocar 4 để nâng gan và túi mật khỏi cuống gan, bộc lộ nhìn rõ ống mật chủ.
- Dùng panh không răng đưa qua lỗ trocar 3, đưa móc đốt điện qua lỗ trocar 2 để mở dọc mặt trước ống mật chủ.
- Dùng Mirizzi đưa qua lỗ trocar 4 để lấy sỏi ống mật chủ, ống gan chung đồng thời đưa qua Oddi xuống tá tràng.
- Đưa ống nhựa qua lỗ trocar 4 vào ống mật chủ để bơm rửa đường mật, qua lỗ trocar 4 đưa Kehr số phù hợp để đặt vào ống mật chủ.

HƯỚNG DẪN QUY TRÌNH KỸ THUẬT BỆNH VIỆN

- Nếu có máy nội soi đường mật trong mổ sẽ đưa ống kính qua lỗ trocar 4, soi đường mật kiểm tra sạch sỏi và Oddi thông có thể đóng kín ống mật chủ.
- Khâu kín ống mật chủ bằng dụng cụ qua lỗ trocar số 3 và số 5. Thường khâu 2 - 3 mũi rời bằng chỉ Vicryl 3.0.
- Cắt túi mật nếu có chỉ định.
- Lau rửa ổ bụng, đặt 1 dẫn lưu dưới gan qua lỗ trocar số 3.
- Đưa Kehr qua lỗ trocar số 4.
- Lấy túi mật hoặc sỏi trong túi nylon qua lỗ trocar rốn, đóng các lỗ trocar bằng chỉ tiêu.

VI. THEO DÕI:

- Rút sonde dạ dày sau 24-48h.
- Cho ăn khi có trung tiện hoặc sau 72h.
- Ngồi dậy, đi lại sau 48-72h.
- Chụp Kehr sau 7 ngày, nếu không có sốt sỏi hay dị vật và thuốc xuống tá tràng tốt
◇ buộc Kehr và chỉ rút Kehr sau tối thiểu 3-4 tuần.
- Ra viện sau 7 – 10 ngày.

VII. XỬ TRÍ TAI BIẾN

- Chảy máu trong ổ bụng: do tổn thương mạch máu vùng cuống gan hoặc tuột clip

39. PHẪU THUẬT NỘI SOI ĐẨY BÃ THỨC ĂN XUỐNG ĐẠI TRÀNG ĐIỀU TRỊ TẮC RUỘT DO BÃ THỨC ĂN

I. ĐẠI CƯƠNG

Phẫu thuật nội soi hoặc nội soi hỗ trợ đẩy bã thức ăn được thực hiện để điều trị tắc ruột do bã thức ăn nhằm tìm ra tất cả các bã thức ăn trong ống tiêu hóa và chủ động đưa hết các khối bã di chuyển xuống đại tràng mà không cần phải mở ống tiêu hóa.

II. CHỈ ĐỊNH

Người bệnh bị bán tắc ruột hoặc tắc ruột cơ học hoàn toàn do bã thức ăn đang di chuyển trong ruột non.

III. CHUẨN BỊ

1. Người bệnh: phải nhịn ăn uống ít nhất 6 giờ trước khi mổ

- Đặt thông dạ dày
- Vệ sinh
- Thông tiểu
- Xét nghiệm cơ bản, chụp phổi, điện tim.
- Nếu có rối loạn cân bằng nước và điện giải cần điều chỉnh sớm.

2. Phương tiện: Thiết bị mổ nội soi cơ bản, bộ trocar mổ nội soi một lỗ hoặc dụng cụ mổ nội soi phối hợp bàn tay (gel platform).

3. Người thực hiện:

Là phẫu thuật viên ngoại khoa có trình độ mổ nội soi cơ bản.

Bác sĩ gây mê: gây mê nội khí quản

IV. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Gây mê nội khí quản
- Tư thế nằm ngửa
- Bố trí bàn mổ: Người thực hiện bên phải, người phụ camera đứng bên phải Người thực hiện. Màn hình để bên trái hoặc ngang vai trái người bệnh. Dụng cụ viên và bàn dụng cụ ngang nơi gối trái người bệnh.
- Bước 1 đặt các trocar, một trocar cho camera, hai trocar cho dụng cụ hoặc một trocar cho cả ba gồm ống soi, hai dụng cụ. Có thể sử dụng một đường rạch nhỏ để đặt chung cho các trocar trên một platform hoặc thêm một đường rạch nhỏ cho một gel platform luôn bàn tay hỗ trợ khi cần dùng tay đẩy khối bã thức ăn. Bơm hơi trong ổ bụng áp lực từ 15 - 12 mmHg.
- Bước 2: dùng camera quan sát ổ bụng kiểm tra chẩn đoán đúng là có tắc ruột khi thấy các quai ruột giãn trên và xẹp dưới chỗ tắc là khối bã thức ăn bị nghẹt trong lòng ruột
- Bước 3: Dùng hai kẹp ruột loại không chấn thương loại lớn, cặp thứ nhất nhắc quai ruột bên trên cặp thứ hai bóp nhẹ vào khối bã làm thay đổi hình dạng thôn dài khối và tác động đẩy xuống đoạn ruột tiếp theo bên dưới, hai cặp ruột luân phiên liên tiếp đến khi khối đi qua van xuống đại tràng, chú ý thao tác cần nhẹ vừa đủ tác động nhưng không gây thương tổn thanh mạc ruột và không làm tụ máu mạc treo ruột non. Trường hợp khối bã nghẹt chắc trong quai ruột có thể rạch mở 3 cm trên thành bụng tại hố chậu phải gần góc hồi manh tràng để đưa quai ruột và khối ra

ngoài dùng tay nắn xuống, các quai ruột cũng luân chuyển lên xuống cho đến khi tới góc manh tràng. Một cách khác là rạch 4 cm theo chiều ngang trên xương mu, đặt một gel platform rồi luồn một bàn tay vào trong ổ bụng phối hợp với một cặp ruột không chấn thương loại to như nói trên nắn cho khối bã đi xuống đại tràng.

- Bước 4: Kiểm tra toàn bộ ống tiêu hóa từ dạ dày, tá tràng trở xuống để chắc chắn không còn các khối bã khác vẫn đang di chuyển trong đường tiêu hoá.

- Bước 5: Rút các dụng cụ và đóng các lỗ mổ trên thành bụng.

V. TAI BIẾN VÀ CÁCH XỬ TRÍ

- Tai biến rách thanh mạc ruột khi thao tác: thanh mạc hay thậm chí ruột bị thủng rách do thao tác quá mạnh. Cần phải lấy kim chỉ cỡ 4/0 khâu lại thành ruột bằng các mũi rời. Cần làm sạch ổ bụng nếu thủng ruột làm các chất bẩn tràn ra.

- Tai biến chảy máu, tụ máu do rách mạc treo ruột non. Hút sạch máu chảy, nhanh chóng cặp mạch máu và cầm máu bằng chỉ khâu, buộc hay các dụng cụ khác.

VI. THEO DÕI SAU MỔ

- Theo dõi diễn biến sau mổ như các ca thông thường.

- Chú ý rút thông tiểu ngay sau mổ, lưu thông dạ dày hút dịch đọng trong khoảng 3 ngày, khi thấy dấu hiệu nhu động bình thường hoặc người bệnh trung tiện đại tiện được thì rút thông dạ dày.

- Theo dõi hoạt động của hệ thống tiêu hóa, nếu người bệnh không không chướng bụng, có thể cho ăn sớm.

- Hướng dẫn người bệnh khi ra viện thực hiện chế độ ăn uống hợp lý, tránh tái phát.

TIN TỨC LIÊN QUAN

- PHẪU THUẬT NỘI SOI CHỐNG TRÀO NGƯỢC DẠ DÀY - THỰC QUẢN
- PHẪU THUẬT NỘI SOI ĐIỀU TRỊ CƠ THẮT TÂM VỊ
- PHẪU THUẬT NỘI SOI ĐIỀU TRỊ THOÁT VỊ HOÀNH
- PHẪU THUẬT CẮT RUỘT THỪA NỘI SOI Ổ BỤNG
- PHẪU THUẬT NỘI SOI ĐIỀU TRỊ THÙNG Ổ LOÉT HÀNH TÁ TRÀNG ĐƠN THUẦN
- ĐIỀU TRỊ ÁP XE RUỘT THỪA TRONG Ổ BỤNG BẰNG PHẪU THUẬT NỘI SOI
- PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT NỐT RUỘT NON
- PHẪU THUẬT CẮT TÚI MẬT NỘI SOI
- PHẪU THUẬT MỔ ỐNG MẬT CHỦ LẤY SỎI NỘI SOI
- NGUYÊN TẮC CHUNG PHẪU THUẬT VÙNG HẬU MÔN - TRỰC TRÀNG

40. QUY TRÌNH PHẪU THUẬT NỘI SOI GỖ DÍNH RUỘT

I. ĐẠI CƯƠNG:

- Phần lớn các người bệnh trải qua phẫu thuật bụng đều có dính ruột sau mổ, trong số các người bệnh tắc ruột này thì nguyên nhân dính chiếm 65% -75%.
- Phẫu thuật nội soi điều trị tắc ruột được tin là làm giảm nguy cơ gây dính so với mổ mở trên thực nghiệm và lâm sàng.

II. CHỈ ĐỊNH:

- Người bệnh được chẩn đoán tắc ruột sau mổ, có chỉ định phẫu thuật.
- Số lần phẫu thuật vì tắc ruột không quá 3 lần.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH:

- Người bệnh có chống chỉ định của bơm hơi ổ bụng: bệnh tim-phổi nặng, tăng áp lực nội sọ.
- Rối loạn đông máu nặng.
- Người bệnh tắc ruột sau mổ có dấu hiệu viêm phúc mạc...

IV. CHUẨN BỊ:

1. Người thực hiện kỹ thuật:

- Phẫu thuật viên có kinh nghiệm trong phẫu thuật nội soi ổ bụng, đã được đào tạo để thực hiện phẫu thuật nội soi.
- Bác sĩ gây mê hồi sức: Có kinh nghiệm trong gây mê hồi sức phẫu thuật nội soi.
- Dụng cụ viên: Đã được đào tạo qua lớp kỹ thuật viên dụng cụ nội soi.

2. Phương tiện, dụng cụ:

- Hệ thống giàn máy phẫu thuật nội soi
- Các dụng cụ nội soi cơ bản.
- Hệ thống dao hàn mạch, máy cắt nối ống tiêu hóa nội soi.
- Hệ thống máy thở, cấp động mạch.
- Bàn mổ có thể thay đổi tư thế người bệnh trong mổ...

3. Người bệnh:

- Được thăm khám tỉ mỉ, phát hiện các bệnh lý phối hợp.
- Được giải thích về kế hoạch điều trị và đồng ý thực hiện phẫu thuật nội soi.
- Người bệnh được bồi phụ nước điện giải trước mổ, đặt Sonde dạ dày, Sonde tiểu.
- Được bác sĩ gây mê hồi sức khám trước mổ.

4. Hồ sơ bệnh án:

Hoàn thành các thủ tục hành chính theo quy định: bệnh án chi tiết, biên bản hội chẩn, biên bản khám trước khi gây mê, giấy cam đoan đồng ý phẫu thuật.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH:

1. Kiểm tra hồ sơ: Đầy đủ theo quy định Bộ Y tế.

2. Kiểm tra người bệnh: Đúng người (tên, tuổi,...), đúng bệnh.

3. Thực hiện kỹ thuật:

3.1. Vô cảm: Người bệnh được gây mê nội khí quản.

3.2. Tư thế người bệnh, vị trí kẹp mổ:

- Người bệnh nằm ngửa, với tư thế đầu cao hay thấp, nghiêng phải hay trái tùy theo yêu cầu khi mổ. Người bệnh cần được đặt ống thông đái, sonde dạ dày.

- Vị trí kẹp mô:

Tùy thuộc vào vị trí thăm dò và xử lý thương tổn. Thông thường phẫu thuật viên đứng khác bên đối với vị trí thăm dò hay xử lý thương tổn. Ví dụ để can thiệp tầng trên ổ bụng, phẫu thuật viên đứng giữa 2 chân người bệnh, để can thiệp tầng dưới ổ bụng, phẫu thuật viên đứng về phía đầu người bệnh. Người phụ cầm camera đứng cùng bên với phẫu thuật viên. Màn hình được để vuông góc với hướng nhìn của phẫu thuật viên.

3.3. Kỹ thuật:

- **Vị trí đặt trocar:**

Trocar đầu tiên được đặt là trocar 10 dành cho camera. Để vào được khoang bụng bằng nội soi cần lên kế hoạch và có hiểu biết rõ trong ổ bụng cũng như giải phẫu thành bụng để tránh biến chứng. Vị trí của các đường mổ trước, vị trí dẫn lưu, các mạch thành bụng, tiền sử viêm phúc mạc. Tất cả các yếu tố trên ảnh hưởng tới chọn vị trí đặt trocar đầu tiên. Khi vị trí quanh rốn có nghi ngờ thì vị trí 1/4 trên rốn bên trái thường được lựa chọn do phúc mạc ít bị dính và lách nằm sâu trong hố lách.

Hình 1: Vị trí đặt trocar

- Thường trocar này được đặt bằng kỹ thuật mở của Hasson với trocar đầu tù và nhìn trực tiếp vào ổ bụng qua lỗ mở qua thành bụng để đặt trocar.

- Đảm bảo đủ không gian để tiến hành phẫu thuật gỡ dính là một yếu tố quan trọng trong điều trị tắc ruột bằng phẫu thuật nội soi. Với áp lực bơm hơi lên tới 15mmHg và tốc độ bơm tới 2 lít, người bệnh đã giãn cơ tốt, ngủ sâu mà không đau khoảng không để phẫu tích thì nguy cơ mổ mở cao. Bơm hơi ổ bụng thường không vượt quá 12mmHg, kết hợp với giãn cơ tốt, OTDD tốt để nhằm bộc lộ rộng rãi.

Với camera thì hai loại ống kính 00 và 300

được khuyến sử dụng để có khoảng nhìn tốt. Kết hợp với nghiêng bàn phẫu thuật hợp lý để dồn ruột về một vị trí giúp làm tăng

khoảng không làm việc. Người bệnh có thể nằm tư thế đầu dốc hoặc cao, có thể nghiêng bàn sang các bên để có khoảng không tốt nhất trong ổ bụng.

Hình 2: Phẫu tích gỡ dính theo khái niệm hình tam giác 447

Tiếp theo là bơm hơi và dùng ống kính camera để quan sát đánh giá ổ bụng và đặt các lỗ trocar tiếp theo. Thường trocar số hai lựa chọn cho tay phải của phẫu thuật viên và phẫu thuật viên đứng đối diện với khu vực bụng trước nhất. Sau khi có được trocar thứ hai thì có thể dùng kéo để phẫu tích, đây là một dụng cụ rất tốt trong việc gỡ dính, khi ruột quá dính vào thành bụng có thể phẫu tích sâu vào thành bụng để hạn chế tổn thương thanh cơ của ruột. Một khi đã đặt được hai trocar thì có thể tiến hành gỡ dính các tạng khỏi thành bụng. Sau đó đặt trocar thứ ba theo nguyên lý tam

giác, đây là 1 ổ trocar để dùng dụng cụ kẹp nâng ruột để thực hiện gỡ dính. Tuy nhiên số lượng trocar và vị trí phải dựa vào tình trạng bệnh lý trong ổ bụng và di chuyển camera giữa các trocar để có thể nhìn thấy rõ nhất. Về nguyên tắc, số lượng, vị trí trocar tùy thuộc vào hình thể người bệnh, thương tổn.

- Kỹ thuật xử trí tổn thương:

Cách tốt nhất là xác định vị trí tắc bằng lần theo quai ruột và nhận ra ranh giới giữa quai phòng và quai xẹp. Đây là vị trí có nguyên nhân gây tắc. Nếu vị trí ranh giới không xác định rõ ngay từ đầu thì có thể lần ngược từ góc hồi manh tràng lên để tìm ranh giới này, và đôi khi có thể tìm thấy nguyên nhân là tắc do dây chằng hoặc do dính ruột. Khi thực hiện kẹp giữ các quai ruột chú ý tránh co kéo các quai ruột giãn hoặc cặp bằng các dụng cụ chấn thương để gây tổn thương ruột. Tùy theo khả năng thực hiện có thể cắt nối qua nội soi hay mổ nhỏ đưa quai ruột tổn thương ra thành bụng để xử trí.

Khi nguyên nhân gây tắc ruột đã được xử lý, tiến hành kiểm tra quai ruột về tình trạng mạch, nhu động, tình trạng thanh mạc.

41. QUY TRÌNH PHẪU THUẬT THOÁT VỊ BỆN PHƯƠNG PHÁP LICHTENSTEIN

I. ĐẠI CƯƠNG:

Thoát vị bẹn là tình trạng một tạng trong ổ bụng rời khỏi vị trí chui qua ống bẹn xuống bìu, là loại hay gặp trong các loại thoát vị thành bụng. Lichtenstein là phương pháp được sử dụng phổ biến hiện nay.

II. CHỈ ĐỊNH:

- Tuyệt đối: Cho các trường hợp bị nghẹt.
- Tương đối: Đối với các trường hợp không nghẹt nên chỉ định mổ chương trình nếu bệnh nhân không có các chống chỉ định.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH:

- Những bệnh nhân có yếu tố nguy cơ phẫu thuật (THA, tiểu đường, suy tim, già yếu,...).
- Những bệnh nhân có yếu tố nguy cơ tái phát sau mổ cao. Chỉ nên mổ khi đã giải quyết được các yếu tố nguy cơ này.

IV. CHUẨN BỊ:

1. Người thực hiện:

Người thực hiện là bác sĩ ngoại tiêu hóa và bác sĩ gây mê hồi sức có kinh nghiệm.

2. Phương tiện:

- Dụng cụ mổ hở, đồ ban chuyên dụng Mảnh ghép nhân tạo với kích cỡ phù hợp

3. Người bệnh:

- Giải thích cho người bệnh và gia đình biết rõ tình trạng bệnh tại chỗ và tình trạng chung của người bệnh, về khả năng phẫu thuật sẽ thực hiện, về các tai biến, biến chứng, di chứng có thể gặp do bệnh, do phẫu thuật, do gây mê 6 tê giảm đau, do cơ địa của người bệnh. Giải đáp những khúc mắc của người bệnh về bệnh tật, về phẫu thuật,...trong phạm vi cho phép. - Ngày phẫu thuật: Bơm thuốc để bệnh nhân đi cầu, không cần tẩy sạch như phẫu thuật đại trực tràng. - Ngày phẫu thuật: nhịn ăn, uống, đi tiêu trước khi lên bàn mổ.

4. Hồ sơ bệnh án:

- Làm bệnh án đầy đủ - Thực hiện các xét nghiệm tiền phẫu cơ bản - Siêu âm Doppler vùng bẹn bìu

5. Các bước tiến hành:

a. Vô cảm: tê tùy sống

b. Tư thế: nằm ngửa

c. Người thực hiện: Phẫu thuật viên chính đứng bên bẹn bị thoát vị, phụ 1 đứng bên đối diện, phụ 2 (nếu có) đứng cạnh phẫu thuật viên chính.

d. Kỹ thuật: Rạch da đường phân giác góc bẹn Bóc tách cân cơ tìm túi thoát vị Đánh giá tạng thoát vị Đưa tạng thoát vị vào trong ổ bụng Khâu cột cổ túi Đặt và khâu cố định mảnh ghép vào thành sau ống bẹn bằng những mũi khâu vắt liên tục Xẻ đôi mảnh ghép và khâu lại, ôm sát thừng tinh tại lỗ bẹn sâu Khâu cân cơ chéo ngoài Khâu da và băng ép

6. Theo dõi:

a. Thời kỳ hậu phẫu:

- Theo dõi tình trạng toàn thân và tại vùng phẫu thuật:

- Mạch, huyết áp, nhịp thở, nhiệt độ, tri giác
- Theo dõi tại vết mổ: chảy máu, chảy dịch, đau:
- Dùng thuốc giảm đau

- Có thể dùng kháng sinh điều trị nếu phẫu thuật viên thấy cần
- Cho người bệnh ăn nhẹ, tập vận động sớm.
- Chăm sóc vết mổ: thay băng hàng ngày, khi có hiện tượng bất thường như chảy máu, thấm dịch nhiều phải kiểm tra vết mổ.

b. Sau thời kỳ hậu phẫu:

- Cắt chỉ vết mổ sau 7 ngày - Tái khám định kì sau phẫu thuật 2 tuần

7. Xử trí tai biến:

- Chảy máu trong mổ: kiểm tra kĩ lại vết mổ, tìm chỗ chảy máu, cầm máu kĩ các vị trí chảy máu
- Rách thủng bàng quang: mời hội chẩn bác sĩ chuyên khoa niệu tại phòng mổ
- Khâu vào ruột, thủng ruột: mở bụng đường giữa thám sát xử trí tùy thương tổn – Sung hoặc teo tinh hoàn: mời khám bác sĩ chuyên khoa nam sau mổ
- Nhiễm trùng vết mổ: sử dụng kháng sinh, chăm sóc thay băng vết mổ 2 lần/ ngày.

42. QUY TRÌNH PHẪU THUẬT NỘI SOI THÁO LỒNG RUỘT VÀ CỐ ĐỊNH MANH TRÀNG

I. ĐẠI CƯƠNG:

- Lòng ruột là tình trạng một đoạn ruột và phần mạc treo Tương ứng tự chui lồng vào đoạn ruột kế tiếp, là cấp cứu bụng thường gặp ở trẻ em. Bệnh hiếm gặp ở người lớn và dễ bị bỏ sót. Ở trẻ em thường tự phát trong khi người lớn thường có sang thương nguyên phát ở ruột.
- Lòng ruột có thể xảy ra ở ruột non-ruột non hay ruột non- đại tràng hay lồng hồi-manh đại tràng.

- Điều trị lồng ruột bao gồm điều trị bảo tồn tháo lồng bằng hơi hoặc nước và phẫu thuật. Gần đây, phẫu thuật nội soi (PTNS) cũng được áp dụng trong điều trị lồng ruột đặc biệt vùng hồi manh tràng.

II. CHỈ ĐỊNH:

1. Chỉ định tháo lồng ruột:

Các trường hợp lồng ruột non-ruột non hoặc lồng hồi-manh đại tràng mà:

Có chống chỉ định thực tháo ruột.

Khi tháo lồng bằng hơi hoặc bằng nước thất bại.

Thời gian tới sau 24 tiếng.

Không có bằng chứng tổn thương nguyên phát (u, túi thừa, ban xuất huyết Henoch-Schonlein...).

Lồng ruột tái phát nhiều lần (>2 lần) mà chưa chắc chắn nguyên nhân (nội soi tháo lồng kết hợp chẩn đoán).

2. Chỉ định cố định hồi manh tràng:

Lồng ruột vùng hồi manh tràng tái phát trên 2 lần.

Không có nguyên nhân nguyên phát gây lồng ruột.

Tháo lồng được hoàn toàn (bằng hơi/nước hoặc qua PTNS).

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH:

Các chống chỉ định chung của PTNS gồm: rối loạn đông máu, rối loạn huyết động, bệnh tim phổi nặng.

Tắc ruột hoàn toàn hoặc ruột chướng nhiều.

Viêm phúc mạc.

IV. CHUẨN BỊ:

1. Người thực hiện kỹ thuật:

phẫu thuật viên chuyên khoa tiêu hóa, ở trẻ em là bác sĩ phẫu nhi, có khả năng khâu nội soi.

2. Người bệnh:

Đủ các xét nghiệm tiền phẫu.

Đủ các hình ảnh học (siêu âm, ± X quang cắt lớp điện toán để loại trừ tắc ruột, viêm phúc mạc, lồng ruột thứ phát, kèm xoắn manh tràng, hội chứng manh tràng di động...).

Bồi hoàn nước, điện giải, kháng sinh dự phòng.

Đặt ống thông dạ dày.

Giải thích về cuộc mổ, nguy cơ chuyển mổ mở, nguy cơ cắt đoạn ruột nếu tổn thương nguyên phát đi kèm, tái phát sau mổ...

3. Thiết bị:

Bộ dụng cụ và dàn máy PTNS tiêu chuẩn, đặc biệt cần 2 kẹp mềm để thao tác ruột không gây sang chấn. Đối với trẻ nhỏ cần bộ dụng cụ nhỏ (trocar và dụng cụ 3mm).

4. Hồ sơ bệnh án:

Hoàn thành các thủ tục hành chính theo quy định: bệnh án chi tiết, biên bản hội chẩn, biên bản khám trước khi gây mê, giấy cam đoan đồng ý phẫu thuật.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH:

1. Kiểm tra hồ sơ:

Tên tuổi người bệnh, chẩn đoán, chỉ định, chống chỉ định

2. Kiểm tra người bệnh:

Đúng người (tên, tuổi,...), đúng bệnh.

3. Thực hiện kỹ thuật:

Vô cảm: Mê nội khí quản

4. Tư thế:

Người bệnh nằm ngửa, 2 chân dạng.

Phẫu thuật viên đứng giữa 2 chân, phụ 1 đứng bên phải người bệnh.

Dàn máy nội soi bên phải hoặc về phía đầu người bệnh.

Tuy nhiên, tùy thuộc vị trí khối lồng trên khám lâm sàng và hình ảnh học, phẫu thuật viên có thể đổi sang vị trí bên phải hoặc bên trái. Cố gắng đảm bảo vị trí phẫu thuật viên cùng với kính soi, khối lồng và màn hình hiển thị nằm trên 1 Đường thẳng.

5. Kỹ thuật:

Đặt trocar kính soi (10mm) tại vị trí rốn (nên dùng phương pháp mở), bơm CO₂.

Quan sát toàn bộ ổ bụng có viêm phúc mạc, có tắc ruột, có sang thương kết hợp (viêm túi thừa, viêm ruột thừa, u), đặt tiếp 2 trocar thao tác (5mm) tùy thuộc vị trí khối lồng.

Dùng 2 kẹp mềm thao tác trên khối lồng. Một tay kéo cổ lồng (đoạn ruột gần-intussusceptum) ra khỏi đầu lồng (đoạn ruột xa-intussuscepiens).

Cân nhắc lực kéo vừa phải tránh làm tổn thương thành ruột.

Khi tháo lồng thành công, kiểm tra lại đoạn ruột lồng có tổn thương thiếu máu hay hoại tử. Kiểm tra lại toàn bộ ruột đánh giá sự lưu thông tiêu hóa.

6. Cân nhắc chuyển mổ mở khi:

Nội soi có tổn thương khác kèm theo: viêm, u...

Có viêm phúc mạc.

Tổn thương thành ruột.

Khối lồng dính quá chặt, không thể tháo bằng dụng cụ nội soi.

Ruột chướng nhiều không tháo tác được.

7. Khâu cố định manh tràng nếu có chỉ định:

Người bệnh nằm Tư thế đầu thấp, nghiêng trái.

Xác định manh tràng, ruột thừa và đoạn cuối hồi tràng.

Kiểm tra chắc chắn không có tổn thương nguyên phát.

Cắt ruột thừa.

Khâu từ 3-5 mũi cố định lần lượt các vị trí manh tràng, gốc ruột thừa và đoạn cuối hồi tràng (chỉ khâu lớp thanh cơ) vào thành bụng bên bằng chỉ không tan.

Khâu lại các lỗ đặt trocar.

VI. THEO DÕI:

Như mọi trường hợp phẫu thuật tiêu hóa.

Người bệnh có thể rút ống thông dạ dày và cho ăn sớm vào ngày thứ 1. Vận động sớm.

Theo dõi các biến chứng liệt ruột, tắc ruột sớm sau mổ.

Người bệnh có thể xuất viện sau 3-5 ngày tùy tình trạng người bệnh.

Theo dõi xa: tắc ruột do dính, lồng ruột tái phát vẫn có thể xảy ra.

VII. XỬ TRÍ TAI BIẾN:

1. Tai biến trong mổ:

Các tai biến chung như: tai biến liên quan đến trocar (chảy máu, thủng ruột, rách mạc treo...), chảy máu trong ổ → xử trí tương tự mọi trường hợp khác.

Thủng ruột do cầm kéo ruột → chuyển ổ mổ mở khâu thủng, rửa bụng bằng nội soi hoặc mổ mở.

2. Biến chứng sau mổ:

Nhiễm trùng vết mổ → chăm sóc vết mổ.

3. Bung gốc ruột thừa sau cắt ruột thừa:

Nếu viêm phúc mạc hậu phẫu → mổ lại.

Nhập viện trở lại vì áp xe tồn lưu → điều trị kháng sinh ± mổ lại tùy trường hợp.

Viêm phúc mạc hậu phẫu do bỏ sót tổn thương thành ruột → mổ lại.

Liệt ruột, tắc ruột sớm sau mổ: ít gặp, thường điều trị bảo tồn thành công.