

MỞ THÔNG DẠ DÀY

Mã số: X-416

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 banh 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 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 hình vị dạ dày.

- Dùng 2 cặp Allis cặp tạo nếp thành trước hình 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 luôn 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.

VI. CÁC TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- 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.

VII. ĐIỀU TRỊ VÀ THEO DÕI SAU PHẪU THUẬT

- 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 tiền mê và 24 giờ đầu sau mổ.

MỞ BỤNG THĂM DÒ

Mã Số: X-451

I. ĐẠI CƯƠNG

Phẫu thuật thăm dò ổ bụng được sử dụng trong chấn thương bụng, vết thương bụng để phát hiện các tổn thương vỡ tạng rỗng khi không chẩn đoán loại trừ được chắc chắn trước mổ. Phẫu thuật thăm dò cũng được sử dụng trong các trường hợp ung thư các tạng trong ổ bụng để đánh giá giai đoạn u khi không chắc chắn được khả năng cắt bỏ trước mổ. Hiện nay phẫu thuật thăm dò ổ bụng thường được tiến hành qua nội soi ổ bụng.

II. CHỈ ĐỊNH

- Chấn thương bụng, vết thương bụng: nghi ngờ có tổn thương tạng rỗng không loại trừ được chắc chắn trước mổ.
- Đa chấn thương có sốc: nghi ngờ chảy máu trong ổ bụng hoặc nghi ngờ vỡ tạng rỗng
- Ung thư các tạng trong ổ bụng: thăm dò khả năng cắt u (không chắc chắn cắt được u trước mổ).

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Khi chẩn đoán trước mổ đã chắc chắn.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện:

- 01 Phẫu thuật viên chuyên khoa tiêu hóa hoặc ngoại chung
- 02 phẫu thuật viên phụ
- 01 bác sỹ gây mê
- Kíp dụng cụ viên, chạy ngoài, phụ mê: 03 điều dưỡng

2. Người bệnh:

- Người bệnh và gia đình được giải thích rõ trước mổ về tình trạng bệnh và tình trạng chung, về những khả năng phẫu thuật sẽ thực hiện, về những tai biến, biến chứng, di chứng có thể gặp do bệnh, do phẫu thuật, do gây mê, tê, giảm đau, do cơ địa của người bệnh.

- Nâng cao thể trạng, cân bằng những rối loạn do hậu quả của bệnh hoặc do cơ địa, bệnh mãn tính, tuổi.

- Điều trị ổn định các bệnh nội khoa như cao huyết áp, đái đường,... trước khi can thiệp phẫu thuật (trừ trường hợp mổ cấp cứu). Truyền máu nếu thiếu máu nhiều.

- Nhịn ăn, nhịn uống, vệ sinh vùng phẫu thuật và toàn thân.
- Kháng sinh dự phòng

3. Phương tiện: Bộ dụng cụ đại phẫu, chỉ khâu, máy cắt nối...

4. Dự kiến thời gian phẫu thuật: 60 phút

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Tư thế: Người bệnh nằm ngửa, kê gối đệm dưới lưng ngang đốt sống lưng 12 (D12).

2. Vô cảm: gây mê toàn thân có giãn cơ

3. Kỹ thuật:

- **Bước 1:** Mở bụng đường trắng giữa trên dưới rốn, đánh giá tổn thương các tạng một cách có hệ thống theo thứ tự:

+ Nửa bụng bên phải: đánh giá toàn bộ đại tràng phải và mạc treo tương ứng, tá tràng, hang môn vị, vùng sau phúc mạc phải, gan, cuống gan, túi mật, thăm dò cơ hoành phải.

+ Tầng trên mạc treo đại tràng ngang: đánh giá mặt trước dạ dày, vùng sau mạc nối nhỏ, đại tràng ngang và mạc treo tương ứng. lỗ thực quản cơ hoành.

+ Nửa bụng bên trái: đánh giá đại tràng trái và mạc treo tương ứng. lách, vùng sau phúc mạc bên trái.

+ Vùng tiểu khung: đánh giá trực tràng trong phúc mạc, bàng quang, tử cung phần phụ, mạch chậu 2 bên

+ Vùng giữa bụng (tầng dưới mạc treo đại tràng ngang): kiểm tra toàn bộ ruột non và mạc treo tương ứng từ góc Treitz đến góc hồi manh tràng, động mạch và tĩnh mạch chủ bụng

- **Bước 2:** Xử trí tổn thương tùy trường hợp, lau rửa bụng, dẫn lưu, đóng bụng

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

- Chảy máu: thường trong 48h đầu hoặc những ngày tiếp theo. Chảy máu đỏ tươi, số lượng nhiều qua dẫn lưu, toàn trạng thay đổi (nhợt, lo âu, mạch nhanh, huyết áp hạ) cần mổ lại kiểm tra, cầm máu.

- Theo dõi áp xe tồn dư, theo dõi tình trạng bụng miệng nối, nhiễm trùng vết mổ để có chỉ định can thiệp kịp thời.

- Theo dõi tình trạng chung: viêm phổi...

- Truyền dịch: tính đủ năng lượng, lượng dịch vào cho từng người bệnh cụ thể.

- Kháng sinh: sử dụng kháng sinh dự phòng hoặc sử dụng kháng sinh điều trị khi có chỉ định, tùy thuộc hoàn cảnh cụ thể.

MỞ BỤNG THĂM DÒ, SINH THIẾT

Mã Số: X-452

I. ĐẠI CƯƠNG

Phẫu thuật thăm dò ổ bụng, sinh thiết được sử dụng để chẩn đoán bản chất mô học của các khối u trong ổ bụng mà không có biện pháp sinh thiết u trước mổ. Hiện nay, phẫu thuật thăm dò ổ bụng, sinh thiết thường được tiến hành qua nội soi ổ bụng.

II. CHỈ ĐỊNH

Các khối u trong ổ bụng không rõ bản chất mô học.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Các khối u trong ổ bụng có thể sinh thiết qua nội soi ống tiêu hóa, dưới hướng dẫn của siêu âm hoặc chụp cắt lớp vi tính.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện:

- 01 Phẫu thuật viên chuyên khoa tiêu hóa hoặc ngoại chung
- 02 phẫu thuật viên phụ
- 01 bác sỹ gây mê
- Kíp dụng cụ viên, chạy ngoài, phụ mê: 03 điều dưỡng

2. Người bệnh:

- Người bệnh và gia đình được giải thích rõ trước mổ về tình trạng bệnh và tình trạng chung, về những khả năng phẫu thuật sẽ thực hiện, về những tai biến, biến chứng, di chứng có thể gặp do bệnh, do phẫu thuật, do gây mê, tê, giảm đau, do cơ địa của người bệnh.

- Nâng cao thể trạng, cân bằng những rối loạn do hậu quả của bệnh hoặc do cơ địa, bệnh mãn tính, tuổi.

- Điều trị ổn định các bệnh nội khoa như cao huyết áp, đái đường,... trước khi can thiệp phẫu thuật (trừ trường hợp mổ cấp cứu). Truyền máu nếu thiếu máu nhiều.

- Nhịn ăn, nhịn uống, vệ sinh vùng phẫu thuật và toàn thân.

- Kháng sinh dự phòng

3. Phương tiện: Bộ dụng cụ đại phẫu, chỉ khâu, máy cắt nối...

4. Dự kiến thời gian phẫu thuật: 60 phút

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Tư thế: Người bệnh nằm ngửa, kê gối đệm dưới lưng ngang đốt sống lưng 12 (D12).

2. Vô cảm: gây mê toàn thân có giãn cơ

3. Kỹ thuật:

- **Bước 1:** Mở bụng đường trắng giữa trên dưới rốn, tìm và bộc lộ tạng có khối u.

- **Bước 2:** Khâu cầm máu quanh vị trí dự định sinh thiết. Dùng dao nhọn khoét phần u bên trong chỗ khâu cầm máu (khoảng 1 cm), sâu vào như mô tạng có khối u. Gửi mẫu sinh thiết làm giải phẫu bệnh tức thì. Nếu kết quả chưa thấy tổ chức u thì làm lại sinh thiết sâu hơn vào khối u hoặc sinh thiết vị trí khác.

- **Bước 3:** Khâu cầm máu vị trí đã sinh thiết, đóng bụng.

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

- Chảy máu: thường trong 48h đầu hoặc những ngày tiếp theo. Chảy máu đỏ tươi, số lượng nhiều qua dẫn lưu, toàn trạng thay đổi (nhợt, lo âu, mạch nhanh, huyết áp hạ) cần mổ lại kiểm tra, cầm máu.

- Theo dõi áp xe tồn dư, nhiễm trùng vết mổ để có chỉ định can thiệp kịp thời.

- Theo dõi tình trạng chung: viêm phổi...

- Truyền dịch: tính đủ năng lượng, lượng dịch vào cho từng người bệnh cụ thể.

- Kháng sinh: sử dụng kháng sinh dự phòng hoặc sử dụng kháng sinh điều trị khi có chỉ định, tùy thuộc hoàn cảnh cụ thể.

NÓI VỊ TRÀNG

Mã Số: X-453

I. ĐẠI CƯƠNG

Nói vị tràng phải theo 3 nguyên tắc: 1. ở vị trí thấp nhất, 2. thuận chiều như động, 3. miệng nói đủ rộng. Hiện nay nói vị tràng áp dụng nhiều trong bệnh lý ung thư, cho nên việc chọn vị trí thấp nhất phải dựa vào vị trí tổn thương, không giống như trong tổn thương loét hành tá tràng.

II. CHỈ ĐỊNH

Hẹp môn vị do loét hành tá tràng xơ chai, đóng móm tá tràng nguy cơ cao. Chèn ép tá tràng do các khối u vùng tá tràng đầu tụy không có khả năng cắt bỏ. Những trường hợp khối u phần thấp dạ dày gây hẹp đường xuống, xâm lấn tổ chức xung quanh không còn khả năng cắt bỏ hay do người bệnh có thể trạng kém, bệnh lý kèm theo không cho phép kéo dài thời gian mổ, có thể nói vị tràng cho người bệnh ăn uống được.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Chống chỉ định đối với phẫu thuật nói chung

Có chỗ hẹp, tắc nghẽn ở ruột non và đại tràng

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện:

- Phẫu thuật viên chính chuyên khoa tiêu hóa hoặc ngoại chung
- 02 phẫu thuật viên phụ
- 01 bác sỹ gây mê
- Kíp dụng cụ viên, chạy ngoài, phụ mê: 03 điều dưỡng

2. Người bệnh:

- Người bệnh và gia đình được giải thích rõ trước mổ về tình trạng bệnh và tình trạng chung, về những khả năng phẫu thuật sẽ thực hiện, về những tai biến, biến chứng, di chứng có thể gặp do bệnh, do phẫu thuật, do gây mê, tê, giảm đau, do cơ địa của người bệnh

- Nâng cao thể trạng, cân bằng những rối loạn do hậu quả của bệnh hoặc do cơ địa, bệnh mãn tính, tuổi

- Điều trị ổn định các bệnh nội khoa như cao huyết áp, đái đường,... trước khi can thiệp phẫu thuật (trừ trường hợp mổ cấp cứu). Truyền máu nếu người bệnh có thiếu máu nhiều

- Nhịn ăn, thụt tháo, vệ sinh vùng phẫu thuật và toàn thân
- Kháng sinh dự phòng

3. Phương tiện: Bộ dụng cụ đại phẫu, chỉ khâu, máy cắt nối...

4. Dự kiến thời gian phẫu thuật: 60 phút

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Tư thế: người bệnh nằm ngửa

2. Vô cảm: gây mê nội khí quản. trường hợp chống chỉ định gây mê nội khí quản có thể gây tê ngoài màng cứng và gây tê tại chỗ

3. Kỹ thuật:

- **Bước 1:** đường mở bụng: mở bụng đường trắng giữa trên rốn.

- **Bước 2:** đánh giá tổn thương tại chỗ và tình trạng toàn thân để xác định chỉ định.

- **Bước 3:** giải phóng dạ dày tìm vị trí nối.

+ Giải phóng mạc nối lớn chỗ bám sát mạc treo đại tràng ngang

+ Tìm vị trí nối vị tràng, tuân thủ nguyên tắc thấp nhất (ngay trên bờ chỗ hẹp khoảng 2-3 cm, cách bờ cong lớn 1,5-2 cm), đúng chiều như động (quai nối chữ Phi), đủ rộng (khoảng 8-10 cm), miệng nối phải đi bằng con đường ngắn nhất.

- **Bước 4:** làm miệng nối vị tràng qua mạc treo đại tràng ngang (trong trường hợp mạc treo bị co rút hoặc khối u xâm lấn có làm miệng nối trước đại tràng ngang hoặc nối Roux-en-Y), có thể 1 lớp hoặc 2 lớp.

- **Bước 5:** cố định mạc treo và cầm máu. Cố định mạc treo đại tràng ngang vào dạ dày, miệng nối ở dưới mạc treo trong trường hợp nối qua mạc treo đại tràng ngang.

- **Bước 6:** kiểm tra và đóng bụng.

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

- Chảy máu: thường trong 48h đầu hoặc những ngày tiếp theo. Chảy máu đỏ tươi, số lượng nhiều qua dẫn lưu, toàn trạng thay đổi (nhợt, lo âu, mạch nhanh, huyết áp tụt) cần mổ kiểm tra lại, cầm máu.

- Theo dõi áp xe tồn dư, tình trạng bọc miệng nối, nhiễm trùng vết mổ để có chỉ định can thiệp kịp thời.

- Theo dõi tình trạng chung: mạch, huyết áp, viêm phổi

+ Truyền dịch: tính đủ năng lượng, lượng dịch vào cho từng người bệnh cụ thể.

+ Kháng sinh: sử dụng kháng sinh dự phòng hoặc sử dụng kháng sinh điều trị khi có chỉ định, tùy thuộc hoàn cảnh thể.

+ Cho người bệnh ăn lại khi có trung tiện.

CẮT DẠ DÀY HÌNH CHÊM

Mã Số: X-454

I. ĐẠI CƯƠNG

Trong điều trị phẫu thuật, không phải tổn thương nào cũng phải cắt đoạn hay toàn bộ dạ dày. Một số bệnh lý có chỉ định cắt dạ dày hình chêm làm phẫu thuật nhẹ nhàng hơn, bảo tồn được tối đa dạ dày mà không làm thay đổi kết quả phẫu thuật.

II. CHỈ ĐỊNH

Ung thư dạ dày giai đoạn sớm, tại chỗ

U dạ dày không thuộc biểu mô

Loét lành tính dạ dày

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Chống chỉ định đối với phẫu thuật nói chung

Ung thư dạ dày tiến triển

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện:

- Phẫu thuật viên chính chuyên khoa tiêu hóa hoặc ngoại chung
- 02 phẫu thuật viên phụ
- 01 bác sỹ gây mê
- Kíp dụng cụ viên, chạy ngoài, phụ mê: 03 điều dưỡng

2. Người bệnh:

- Người bệnh và gia đình được giải thích rõ trước mổ về tình trạng bệnh và tình trạng chung, về những khả năng phẫu thuật sẽ thực hiện, về những tai biến, biến chứng, di chứng có thể gặp do bệnh, do phẫu thuật, do gây mê, tê, giảm đau, do cơ địa của người bệnh

- Nâng cao thể trạng, cân bằng những rối loạn do hậu quả của bệnh hoặc do cơ địa, bệnh mãn tính, tuổi

- Điều trị ổn định các bệnh nội khoa như cao huyết áp, đái đường,... trước khi can thiệp phẫu thuật (trừ trường hợp mổ cấp cứu). Truyền máu nếu người bệnh có thiếu máu nhiều

- Nhịn ăn, thụt tháo, vệ sinh vùng phẫu thuật và toàn thân

- Kháng sinh dự phòng

3. Phương tiện: Bộ dụng cụ đại phẫu, chỉ khâu, máy cắt nối...

4. Dự kiến thời gian phẫu thuật: 90 phút

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Tư thế: người bệnh nằm ngửa.

2. Vô cảm: gây mê nội khí quản. trường hợp chống chỉ định gây mê nội khí quản có thể gây tê ngoài màng cứng.

3. Kỹ thuật:

- Bước 1: mở bụng đường trắng giữa trên dưới rốn hoặc mổ nội soi
- Bước 2: đánh giá tổn thương
 - + Đánh giá dịch ổ bụng, tình trạng phúc mạc.
 - + Đánh giá cơ quan khác trong ổ bụng.
 - + Đánh giá tổn thương tại chỗ.
 - + Đánh giá di căn hạch.
- Bước 4: bộc lộ tổn thương, nếu tổn thương nằm mặt sau thì phải tách mạc nối lớn khỏi đại tràng
- Bước 5: cắt bỏ tổn thương có thể bằng echolon hoặc cắt bằng dao đơn cực xong khâu lại, đảm bảo cắt hết tổn thương
- Bước 6: cầm máu kỹ diện bóc tách, có thể đặt dẫn lưu nếu cần thiết.
- Bước 7: đóng bụng theo bình diện giải phẫu.

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

- Chảy máu: thường trong 48h đầu hoặc những ngày tiếp theo. Chảy máu đỏ tươi, số lượng nhiều qua dẫn lưu, toàn trạng thay đổi (nhợt, lo âu, mạch nhanh, huyết áp tụt) cần mổ kiểm tra lại, cầm máu.
- Theo dõi áp xe tồn dư, tình trạng bụng miệng nối, nhiễm trùng vết mổ để có chỉ định can thiệp kịp thời.
- Theo dõi tình trạng chung: mạch, huyết áp, viêm phổi
 - + Truyền dịch: tính đủ năng lượng, lượng dịch vào cho từng người bệnh cụ thể
 - + Kháng sinh: sử dụng kháng sinh dự phòng hoặc sử dụng kháng sinh điều trị khi có chỉ định, tùy thuộc hoàn cảnh cụ thể.
 - + Cho người bệnh ăn lại khi có trung tiện.

CẮT ĐOẠN DẠ DÀY

Mã Số: X-455

I. ĐẠI CƯƠNG

Hiện nay với sự phát triển và ứng dụng rất tốt thuốc ức chế tiết acid dịch vị đã làm thay đổi kết quả điều trị trong bệnh lý loét dạ dày tá tràng. Tỷ lệ phẫu thuật cắt đoạn dạ dày chỉ còn trong một số trường hợp nhất định, chủ yếu là trong các trường hợp nghi ngờ hoặc đã chẩn đoán là ung thư.

II. CHỈ ĐỊNH

Loét hành tá tràng có biến chứng thủng, hẹp, chảy máu, điều kiện cho phép (tại chỗ và toàn thân)

Ung thư dạ dày vùng hang môn vị gây biến chứng thủng, hẹp, chảy máu mà điều kiện toàn thân không cho phép nạo vét hạch.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Chống chỉ định đối với phẫu thuật nói chung

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện:

- Phẫu thuật viên chính chuyên khoa tiêu hóa hoặc ngoại chung
- 02 phẫu thuật viên phụ
- 01 bác sỹ gây mê
- Kíp dụng cụ viên, chạy ngoài, phụ mê: 03 điều dưỡng

2. Người bệnh:

- Người bệnh và gia đình được giải thích rõ trước mổ về tình trạng bệnh và tình trạng chung, về những khả năng phẫu thuật sẽ thực hiện, về những tai biến, biến chứng, di chứng có thể gặp do bệnh, do phẫu thuật, do gây mê, tê, giảm đau, do cơ địa của người bệnh

- Nâng cao thể trạng, cân bằng những rối loạn do hậu quả của bệnh hoặc do cơ địa, bệnh mãn tính, tuổi

- Điều trị ổn định các bệnh nội khoa như cao huyết áp, đái đường,... trước khi can thiệp phẫu thuật (trừ trường hợp mổ cấp cứu). Truyền máu nếu người bệnh có thiếu máu nhiều

- Nhịn ăn, thụt tháo, vệ sinh vùng phẫu thuật và toàn thân

- Kháng sinh dự phòng

3. Phương tiện: Bộ dụng cụ đại phẫu, chỉ khâu, máy cắt nối...

4. Dự kiến thời gian phẫu thuật: 180 phút

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Tư thế: người bệnh nằm ngửa

2. Vô cảm: gây mê nội khí quản. Trường hợp nguy cơ cao khi gây mê nội khí quản có thể gây tê ngoài màng cứng và gây tê tại chỗ.

3. Kỹ thuật:

- Bước 1: đường mổ trắng giữa trên dưới rốn hoặc trên rốn

- Bước 2: đánh giá thương tổn trong ổ

- Bước 3: xác định mốc cắt dạ dày:

+ dưới môn vị 2-3 cm

+ Bờ cong nhỏ: chỗ động mạch vị trái gặp bờ cong nhỏ

+ Bờ cong lớn: chỗ gặp nhau của động mạch vị mạc nối phải và trái

- Bước 4: Đóng móm tá tràng kín, trong trường hợp khó đóng móm tá tràng nên đặt dẫn lưu móm tá tràng và đặt hệ thống dẫn lưu cạnh móm tá tràng.

- Bước 5: Lập lại lưu thông theo kiểu Billroth I (Péan), hoặc Billroth II (Polya, Frinsterer) hay Roux-en-Y tùy theo kinh nghiệm của phẫu thuật viên. Miệng nối trước hoặc qua mạc treo đại tràng ngang.

- Bước 6: lau rửa sạch ổ bụng, đặt dẫn lưu

- Bước 7: đóng bụng theo các lớp giải phẫu.

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

- Chảy máu: thường trong 48h đầu hoặc những ngày tiếp theo. Chảy máu đỏ tươi, số lượng nhiều qua dẫn lưu, toàn trạng thay đổi (nhợt, lo âu, mạch nhanh, huyết áp tụt) cần mổ kiểm tra lại, cầm máu.

- Theo dõi áp xe tồn dư, tình trạng bục miệng nối, nhiễm trùng vết mổ để có chỉ định can thiệp kịp thời.

- Theo dõi tình trạng chung: mạch, huyết áp, viêm phổi

+ Truyền dịch: tính đủ năng lượng, lượng dịch vào cho từng người bệnh cụ thể.

+ Kháng sinh: sử dụng kháng sinh dự phòng hoặc sử dụng kháng sinh điều trị khi có chỉ định, tùy thuộc hoàn cảnh cụ thể.

CẮT ĐOẠN DẠ DÀY VÀ MẠC NỔI LỚN

Mã Số: X-456

I. ĐẠI CƯƠNG

Ung thư dạ dày là bệnh lý đứng hàng đầu trong các bệnh lý ung thư tại Việt Nam. Người bệnh thường đến trong giai đoạn muộn nên kết quả điều trị sống sau 5 năm không cao.

II. CHỈ ĐỊNH

Ung thư dạ dày tiến triển

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện:

- Phẫu thuật viên chính chuyên khoa tiêu hóa hoặc ngoại chung
- 02 phẫu thuật viên phụ
- 01 bác sỹ gây mê
- Kíp dụng cụ viên, chạy ngoài, phụ mê: 03 điều dưỡng

2. Người bệnh:

- Người bệnh và gia đình được giải thích rõ trước mổ về tình trạng bệnh và tình trạng chung, về những khả năng phẫu thuật sẽ thực hiện, về những tai biến, biến chứng, di chứng có thể gặp do bệnh, do phẫu thuật, do gây mê, tê, giảm đau, do cơ địa của người bệnh

- Nâng cao thể trạng, cân bằng những rối loạn do hậu quả của bệnh hoặc do cơ địa, bệnh mãn tính, tuổi

- Điều trị ổn định các bệnh nội khoa như cao huyết áp, đái đường,... trước khi can thiệp phẫu thuật (trừ trường hợp mổ cấp cứu). Truyền máu nếu người bệnh có thiếu máu nhiều

- Nhịn ăn, thụt tháo, vệ sinh vùng phẫu thuật và toàn thân

- Kháng sinh dự phòng

3. Phương tiện: Bộ dụng cụ đại phẫu, chỉ khâu, máy cắt nối...

4. Dự kiến thời gian phẫu thuật: 180 phút

IV. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Tư thế: người bệnh nằm ngửa, kê gối đệm dưới lưng ngang đốt sống lưng (D12)

2. Vô cảm: gây mê nội khí quản. trường hợp nguy cơ cao khi gây mê nội khí quản có thể gây tê ngoài màng cứng.

3. Kỹ thuật:

- Bước 1: đường mở bụng: mở bụng đường trắng giữa trên dưới rốn.
- Bước 2: đánh giá tổn thương
 - + Đánh giá dịch ổ bụng, tình trạng phúc mạc.
 - + Đánh giá cơ quan khác trong ổ bụng.
 - + Đánh giá tổn thương tại chỗ.
 - + Đánh giá di căn hạch.
- Bước 4: làm động tác Kocher. Cắt dây chằng gan tá tràng, gan đại tràng. Hạ toàn bộ đại tràng góc gan. Giải phóng tá tràng nhìn rõ bờ trái động mạch chủ bụng, tĩnh mạch thận trái.
- Bước 5: tách mạc nối lớn khỏi đại tràng
- Bước 6: thắt các mạch vị phải, vị trái, vị mạc nối phải, vị mạc nối trái sát gốc: nạo vét hạch nhóm 1, 7, 8 9, 11, 12. Phần tích lấy mạc nối nhỏ lên sát thực quản bụng.
- Bước 7: đóng mỏm tá tràng (nối Billroth II). Có thể đóng mỏm 2 hay 3 lớp tùy phẫu thuật viên.
- Bước 8: cắt bán phần dạ dày và lập lại lưu thông tiêu hóa một lớp hoặc hai lớp tùy phẫu thuật viên theo Billroth I, II (trước hoặc qua mạc treo đại tràng ngang)
- Bước 9: cầm máu kỹ diện bóc tách và đặt dẫn lưu dưới gan và đóng bụng theo bình diện giải phẫu.

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

- Chảy máu: thường trong 48h đầu hoặc những ngày tiếp theo. Chảy máu đỏ tươi, số lượng nhiều qua dẫn lưu, toàn trạng thay đổi (nhợt, lo âu, mạch nhanh, huyết áp tụt) cần mổ kiểm tra lại, cầm máu.
- Theo dõi áp xe tồn dư, tình trạng bực miệng nối, nhiễm trùng vết mổ để có chỉ định can thiệp kịp thời.
- Theo dõi tình trạng chung: mạch, huyết áp, viêm phổi.
- Truyền dịch: tính đủ năng lượng, lượng dịch vào cho từng người bệnh cụ thể.
- Kháng sinh: sử dụng kháng sinh dự phòng hoặc sử dụng kháng sinh điều trị khi có chỉ định, tùy thuộc hoàn cảnh cụ thể.
- Cho người bệnh ăn lại khi có trung tiện.

CẮT TOÀN BỘ DẠ DÀY

Mã Số: X-457

I. ĐẠI CƯƠNG

Ung thư dạ dày đứng hàng đầu trong các bệnh lý ung thư tại Việt Nam. Người bệnh thường đến trong giai đoạn muộn, kết quả điều trị sống sau 5 năm không cao.

II. CHỈ ĐỊNH

Ung thư dạ dày giai đoạn tiến triển, vị trí tâm vị và thân vị hoặc thể thâm nhiễm toàn bộ

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Chống chỉ định chung của phẫu thuật

IV. CHUẨN BỊ

- Người thực hiện:

- 01 Phẫu thuật viên chuyên khoa tiêu hóa hoặc ngoại chung
- 02 phẫu thuật viên phụ
- 01 bác sỹ gây mê
- Kíp dụng cụ viên, chạy ngoài, phụ mê: 03 điều dưỡng

- Người bệnh:

- Người bệnh và gia đình được giải thích rõ trước mổ về tình trạng bệnh và tình trạng chung, về những khả năng phẫu thuật sẽ thực hiện, về những tai biến, biến chứng, di chứng có thể gặp do bệnh, do phẫu thuật, do gây mê, tê, giảm đau, do cơ địa của người bệnh.

- Nâng cao thể trạng, cân bằng những rối loạn do hậu quả của bệnh hoặc do cơ địa, bệnh mãn tính, tuổi.

- Điều trị ổn định các bệnh nội khoa như cao huyết áp, đái đường,... trước khi can thiệp phẫu thuật (trừ trường hợp mổ cấp cứu). Truyền máu nếu thiếu máu nhiều.

- Nhịn ăn, nhịn uống, vệ sinh vùng phẫu thuật và toàn thân.

- Kháng sinh dự phòng

- **Phương tiện:** Bộ dụng cụ đại phẫu, chỉ khâu, máy cắt nối...

- **Dự kiến thời gian phẫu thuật:** 180 phút

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Tư thế: người bệnh nằm ngửa, kê gối đệm dưới lưng ngang đốt sống lưng (D12)

2. Vô cảm: gây mê nội khí quản. trường hợp chống chỉ định gây mê nội khí quản có thể gây tê ngoài màng cứng.

3. Kỹ thuật:

- Bước 1: đường mở bụng: mở bụng đường trắng giữa trên dưới rốn.
 - Bước 2: đánh giá tổn thương
 - + Đánh giá dịch ổ bụng, tình trạng phúc mạc.
 - + Đánh giá cơ quan khác trong ổ bụng.
 - + Đánh giá tổn thương tại chỗ.
 - + Đánh giá di căn hạch.
 - Bước 3: làm động tác Kocher. Cắt dây chằng gan tá tràng, gan đại tràng. Hạ toàn bộ đại tràng góc gan. Giải phóng tá tràng nhìn rõ bờ trái động mạch chủ bụng, tĩnh mạch thận trái.
 - Bước 4: tách mạc nối lớn khỏi đại tràng
 - Bước 5: thắt các mạch vị phải, vị trái, vị mạc nối phải, vị mạc nối trái sát gốc: nạo vét hạch nhóm 1, 7, 8 9, 11, 12. Phẫu tích lấy mạc nối nhỏ lên sát thực quản bụng.
 - Bước 6: đóng mồm tá tràng (nối Billroth II). Có thể đóng mồm 2 hay 3 lớp tùy phẫu thuật viên.
 - Bước 7: cắt toàn bộ dạ dày và nối thực quản hồng tràng Roux-en-Y
- Cắt đôi quai hồng tràng đầu tiên, tạo quai Y dài 40-60 cm. chú ý không để quai Y ngắn quá hoặc dài quá gây nên hội chứng trào ngược và quai Y. đưa quai hồng tràng lên nối thực quản qua mạc treo đại tràng ngang
- Bước 8: cố định mạc treo, cầm máu kỹ diện bóc tách và đặt dẫn lưu dưới gan.
 - Bước 9: đóng bụng theo bình diện giải phẫu.

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

- Chảy máu: thường trong 48h đầu hoặc những ngày tiếp theo. Chảy máu đỏ tươi, số lượng nhiều qua dẫn lưu, toàn trạng thay đổi (nhợt, lo âu, mạch nhanh, huyết áp tụt) cần mổ kiểm tra lại, cầm máu.
- Theo dõi áp xe tồn dư, tình trạng bục miệng nối, nhiễm trùng vết mổ để có chỉ định can thiệp kịp thời.
- Theo dõi tình trạng chung: mạch, huyết áp, viêm phổi
- Truyền dịch: tính đủ năng lượng, lượng dịch vào cho từng người bệnh cụ thể.
- Kháng sinh: sử dụng kháng sinh dự phòng hoặc sử dụng kháng sinh điều trị khi có chỉ định, tùy thuộc hoàn cảnh cụ thể.
- Cho người bệnh ăn lại khi có trung tiện.

NẠO VẾT HẠCH D1

Mã Số: X-459

I. ĐẠI CƯƠNG

Ung thư dạ dày thường được chẩn đoán muộn. Trên 50% người bệnh được chẩn đoán ở giai đoạn vượt qua xâm lấn vùng. Mặc dù tiên lượng người bệnh ung thư dạ dày gần đây được cải thiện nhờ những phác đồ điều trị hóa chất hoặc hóa xạ trị kết hợp hiệu quả nhưng điều trị phẫu thuật vẫn là phương pháp điều trị triệt để cơ bản nhất đối với ung thư dạ dày giai đoạn tiến triển. Nạo vét hạch có vai trò quan trọng trong phẫu thuật triệt để điều trị ung thư dạ dày, tuy nhiên mức độ nạo vét hạch được thực hiện khác nhau giữa các nước. Các phẫu thuật viên Nhật Bản, Hàn Quốc thực hiện nạo vét hạch D2, các phẫu thuật viên phương Tây thực hiện nạo vét hạch D1, kết quả phẫu thuật của các nghiên cứu khó so sánh với nhau, đặc điểm di căn hạch của người bệnh ung thư dạ dày ở các nước cũng khác nhau.

II. CHỈ ĐỊNH

Tất cả người bệnh được chẩn đoán ung thư dạ dày đã có di căn xa hoặc xâm lấn không còn khả năng điều trị triệt để nhưng có biến chứng bắt buộc phải cắt dạ dày.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Thể trạng người bệnh không cho phép thực hiện phẫu thuật cắt dạ dày.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện:

- 01 Phẫu thuật viên chuyên khoa tiêu hóa hoặc ngoại chung
- 02 phụ mổ
- Kíp gây mê: 01 Bác sĩ gây mê, 01 Điều dưỡng phụ gây mê
- Kíp dụng cụ: 01 Dụng cụ viên, 01 nhân viên chạy ngoài

2. Người bệnh

- Được chẩn đoán bệnh, xét nghiệm sinh học, đánh giá toàn trạng bệnh phối hợp và được điều trị, nuôi dưỡng, cân bằng đủ đảm bảo cho cuộc phẫu thuật dự kiến.

- Nâng cao thể trạng, cân bằng những rối loạn do hậu quả của bệnh hoặc do cơ địa, bệnh mãn tính, tuổi...

- Người bệnh và gia đình được giải thích rõ trước mổ về tình trạng bệnh và tình trạng chung, về những khả năng phẫu thuật sẽ thực hiện, về những tai biến, biến chứng, di chứng có thể gặp do bệnh, do phẫu thuật, do gây mê, tê, giảm đau, do cơ địa của người bệnh.

- Nhịn ăn, thật tháo, vệ sinh vùng phẫu thuật và toàn thân.

3. Phương tiện: bộ dụng cụ đại phẫu, dao siêu âm, Ligasure, chỉ phẫu thuật, thuốc, dịch truyền,...

4. Dự kiến thời gian phẫu thuật: 30 phút

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Tư thế: Người bệnh nằm ngửa, kê gối dưới lưng ngang đốt sống D12

2. Vô cảm: gây mê toàn thân có giãn cơ

3. Kỹ thuật:

- **Bước 1:** Mở bụng đường trắng giữa trên dưới rốn, đánh giá tổn thương.

+ Đánh giá dịch ổ bụng, tình trạng phúc mạc.

+ Đánh giá các cơ quan khác trong ổ bụng.

+ Đánh giá tổn thương tại chỗ.

+ Đánh giá di căn hạch.

- **Bước 2:** Làm động tác Kocher. Cắt dây chằng gan tá tràng, gan đại tràng. Hạ toàn bộ đại tràng góc gan. Giải phóng tá tràng nhìn rõ bờ trái động mạch chủ bụng, tĩnh mạch thận trái.

- **Bước 3:** Tách mạc nối lớn khỏi đại tràng vào hậu cung mạc nối, thắt các mạch vị trái, vị phải, vị mạc nối phải sát gốc, cắt dạ dày dưới môn vị, đóng mỏm tá tràng

- **Bước 4:** Nạo vét các nhóm hạch tùy theo vị trí của ung thư dạ dày

+ Ung thư 1/3 dưới dạ dày: nạo vét hạch nhóm 3 (đọc bờ cong nhỏ), nhóm 4 (đọc bờ cong lớn), nhóm 5 (trên môn vị), nhóm 6 (dưới môn vị).

+ Ung thư dạ dày 1/3 giữa: nạo vét hạch nhóm 1 (bờ phải tâm vị), nhóm 3, nhóm 4, nhóm 5, nhóm 6.

+ Ung thư dạ dày 1/3 trên: nạo vét hạch nhóm 1, nhóm 2 (bờ trái tâm vị), nhóm 3, nhóm 4.

- **Bước 5:** cắt dạ dày, lập lại lưu thông tiêu hóa, đặt dẫn lưu, đóng bụng

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

- Chảy máu: thường trong 48h đầu hoặc những ngày tiếp theo. Chảy máu đỏ tươi, số lượng nhiều qua dẫn lưu, toàn trạng thay đổi (nhợt, lo âu, mạch nhanh, huyết áp hạ) cần mổ lại kiểm tra, cầm máu.

- Theo dõi áp xe tồn dư, theo dõi tình trạng bụng miệng nối, nhiễm trùng vết mổ để có chỉ định can thiệp kịp thời.

- Theo dõi tình trạng chung: viêm phổi...

- Truyền dịch: tính đủ năng lượng, lượng dịch vào cho từng người bệnh cụ thể.

Ngoại Tiêu hóa

- Kháng sinh: sử dụng kháng sinh dự phòng hoặc sử dụng kháng sinh điều trị khi có chỉ định, tùy thuộc hoàn cảnh cụ thể.
- Cho ăn lại khi người bệnh có trung tiện.

NẠO VẾT HẠCH D2

Mã Số: X-460

I. ĐẠI CƯƠNG

Ung thư dạ dày thường được chẩn đoán muộn, trên 50% người bệnh được chẩn đoán ở giai đoạn vượt qua xâm lấn vùng. Mặc dù tiên lượng người bệnh ung thư dạ dày gần đây được cải thiện nhờ những phác đồ điều trị hóa chất hoặc hóa xạ trị kết hợp hiệu quả nhưng điều trị phẫu thuật vẫn là phương pháp điều trị triệt để cơ bản nhất đối với ung thư dạ dày giai đoạn tiến triển. Nạo vét hạch có vai trò quan trọng trong phẫu thuật triệt để điều trị ung thư dạ dày, tuy nhiên mức độ nạo vét hạch được thực hiện khác nhau giữa các nước. Các phẫu thuật viên Nhật Bản, Hàn Quốc thực hiện nạo vét hạch D2, các phẫu thuật viên phương Tây thực hiện nạo vét hạch D1, kết quả phẫu thuật của các nghiên cứu khó so sánh với nhau, đặc điểm di căn hạch của người bệnh ung thư dạ dày ở các nước cũng khác nhau.

II. CHỈ ĐỊNH

Tất cả người bệnh được chẩn đoán ung thư dạ dày còn khả năng điều trị triệt để.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Ung thư dạ dày đã có di căn xa hoặc xâm lấn tạng không có khả năng điều trị triệt để hoặc thể trạng người bệnh không cho phép thực hiện phẫu thuật triệt để.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện:

- 01 Phẫu thuật viên chuyên khoa tiêu hóa hoặc ngoại chung
- 02 phụ mổ
- Kíp gây mê: 01 Bác sĩ gây mê, 01 Điều dưỡng phụ gây mê
- Kíp dụng cụ: 01 Dụng cụ viên, 01 nhân viên chạy ngoài

2. Người bệnh

- Được chẩn đoán bệnh, xét nghiệm sinh học, đánh giá toàn trạng bệnh phối hợp và được điều trị, nuôi dưỡng, cân bằng đủ đảm bảo cho cuộc phẫu thuật dự kiến.

- Nâng cao thể trạng, cân bằng những rối loạn do hậu quả của bệnh hoặc do cơ địa, bệnh mãn tính, tuổi...

- Người bệnh và gia đình được giải thích rõ trước mổ về tình trạng bệnh và tình trạng chung, về những khả năng phẫu thuật sẽ thực hiện, về những tai biến, biến chứng, di chứng có thể gặp do bệnh, do phẫu thuật, do gây mê, tê, giảm đau, do cơ địa của người bệnh.

- Nhịn ăn, thật tháo, vệ sinh vùng phẫu thuật và toàn thân.

3. Phương tiện: bộ dụng cụ đại phẫu, dao siêu âm, Ligasure, máy cắt nối, chỉ phẫu thuật, thuốc, dịch truyền,...

4. Dự kiến thời gian phẫu thuật: 60 phút

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Tư thế: Người bệnh nằm ngửa, kê một gối đệm dưới lưng ngang đốt sống lưng 12 (D12).

2. Vô cảm: gây mê toàn thân có giãn cơ

3. Kỹ thuật:

- **Bước 1:** Mở bụng đường trắng giữa trên dưới rốn, đánh giá tổn thương.

+ Đánh giá dịch ổ bụng, tình trạng phúc mạc.

+ Đánh giá các cơ quan khác trong ổ bụng.

+ Đánh giá tổn thương tại chỗ.

+ Đánh giá di căn hạch.

- **Bước 2:** làm động tác Kocher. Cắt dây chằng gan tá tràng, gan đại tràng. Hạ toàn bộ đại tràng góc gan. Giải phóng tá tràng nhìn rõ bờ trái động mạch chủ bụng, tĩnh mạch thận trái.

- **Bước 3:** tách mạc nối lớn khỏi đại tràng vào hậu cung mạc nối, thắt các mạch vị trái, vị phải, vị mạc nối phải sát gốc, cắt dạ dày dưới môn vị, đóng mỏm tá tràng

- **Bước 4:** nạo vét các nhóm hạch tùy theo vị trí của ung thư dạ dày

+ Ung thư 1/3 dưới dạ dày: nạo vét hạch nhóm 1 (bờ phải tâm vị), nhóm 7 (đọc động mạch vị trái), nhóm 8 (đọc động mạch gan chung), nhóm 9 (đọc động mạch thận tạng)

+ Ung thư dạ dày 1/3 giữa: nạo vét hạch nhóm 2 (bờ trái tâm vị), nhóm 7, nhóm 8, nhóm 9, nhóm 10 (tại rốn lách), nhóm 11 (đọc động mạch lách)

+ Ung thư dạ dày 1/3 trên: nạo vét hạch nhóm 5 (trên môn vị), nhóm 6 (dưới môn vị), nhóm 7, nhóm 8, nhóm 9, nhóm 10, nhóm 11

- **Bước 5:** cắt dạ dày, lập lại lưu thông tiêu hóa, đặt dẫn lưu, đóng bụng

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

- Chảy máu: thường trong 48h đầu hoặc những ngày tiếp theo. Chảy máu đỏ tươi, số lượng nhiều qua dẫn lưu, toàn trạng thay đổi (nhợt, lo âu, mạch nhanh, huyết áp hạ) cần mổ lại kiểm tra, cầm máu.

- Theo dõi áp xe tồn dư, theo dõi tình trạng bục miệng nối, nhiễm trùng vết mổ để có chỉ định can thiệp kịp thời.

- Theo dõi tình trạng chung: viêm phổi...

Ngoại Tiêu hóa

- Truyền dịch: tính đủ năng lượng, lượng dịch vào cho từng người bệnh cụ thể.
- Kháng sinh: sử dụng kháng sinh dự phòng hoặc sử dụng kháng sinh điều trị khi có chỉ định, tùy thuộc hoàn cảnh cụ thể.
- Cho ăn lại khi người bệnh có trung tiện.

KHÂU LỖ THÙNG DẠ DÀY - TÁ TRÀNG

Mã Số: X-463

I. ĐẠI CƯƠNG

Khâu lỗ thùng dạ dày tá tràng là một kỹ thuật thường quy trong phẫu thuật tiêu hóa. Hiện nay hầu hết đã được thực hiện qua phẫu thuật nội soi.

II. CHỈ ĐỊNH

Lỗ thùng lành tính, bờ mềm mại, không gây hẹp. loại trừ được tổn thương do ung thư

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Chống chỉ định chung của phẫu thuật ổ bụng

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện:

- 01 Phẫu thuật viên chuyên khoa tiêu hóa hoặc ngoại chung
- 02 phẫu thuật viên phụ
- 01 bác sỹ gây mê
- Kíp dụng cụ viên, chạy ngoài, phụ mê: 03 điều dưỡng

2. Người bệnh:

- Người bệnh và gia đình được giải thích rõ trước mổ về tình trạng bệnh và tình trạng chung, về những khả năng phẫu thuật sẽ thực hiện, về những tai biến, biến chứng, di chứng có thể gặp do bệnh, do phẫu thuật, do gây mê, tê, giảm đau, do cơ địa của người bệnh.

- Nâng cao thể trạng, cân bằng những rối loạn do hậu quả của bệnh hoặc do cơ địa, bệnh mãn tính, tuổi.

- Điều trị ổn định các bệnh nội khoa như cao huyết áp, đái đường,... trước khi can thiệp phẫu thuật (trừ trường hợp mổ cấp cứu). Truyền máu nếu thiếu máu nhiều.

- Nhịn ăn, nhịn uống, vệ sinh vùng phẫu thuật và toàn thân.

- Kháng sinh dự phòng

3. Phương tiện: Bộ dụng cụ đại phẫu, chỉ khâu, máy cắt nối...

4. Dự kiến thời gian phẫu thuật: 90 phút

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Tư thế: người bệnh nằm ngửa,

2. Vô cảm: gây mê nội khí quản. trường hợp chống chỉ định gây mê nội khí quản có thể gây tê ngoài màng cứng.

3. Kỹ thuật:

- Bước 1: mở bụng đường trắng giữa trên dưới rốn hoặc mổ nội soi.
- Bước 2: đánh giá tổn thương
 - + Đánh giá dịch ổ bụng, tình trạng phúc mạc. cấy dịch ổ bụng.
 - + Đánh giá cơ quan khác trong ổ bụng.
 - + Đánh giá tổn thương tại chỗ.
- Bước 3: khâu lỗ thủng chữ X, U. nếu nghi ngờ tổn thương ác tính phải sinh thiết. Với ổ loét xơ chai: khoét bỏ, khâu mũi rời theo chiều ngang, tránh hẹp.
- Bước 4: hút rửa sạch ổ bụng
- Bước 5: đặt dẫn lưu dưới gan.
- Bước 6: đóng bụng theo bình diện giải phẫu.

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

- Theo dõi và xử trí các biến chứng
 - + Chảy máu: thường trong 48h đầu hoặc những ngày tiếp theo. Chảy máu đỏ tươi, số lượng nhiều qua dẫn lưu, toàn trạng thay đổi (nhợt, lo âu, mạch nhanh, huyết áp tụt) cần mổ kiểm tra lại, cầm máu.
 - + Theo dõi áp xe tồn dư, tình trạng bực miệng nổi, nhiễm trùng vết mổ để có chỉ định can thiệp kịp thời.
 - + Theo dõi tình trạng chung: mạch, huyết áp, viêm phổi
 - + Truyền dịch: tính đủ năng lượng, lượng dịch vào cho từng người bệnh cụ thể.
 - + Kháng sinh: sử dụng kháng sinh dự phòng hoặc sử dụng kháng sinh điều trị khi có chỉ định, tùy thuộc hoàn cảnh cụ thể.
 - + Cho người bệnh ăn lại khi có trung tiện.

QUY TRÌNH PHẪU THUẬT NEWMANN

Mã Số: X-464

I. ĐẠI CƯƠNG

Thủng dạ dày - tá tràng là một biến chứng cấp cứu của loét dạ dày - tá tràng hoặc của ung thư dạ dày, hậu quả gây viêm phúc mạc. Đây là một cấp cứu ngoại khoa ngày càng ít gặp do hiệu quả điều trị nội khoa bệnh loét dạ dày tá tràng. Chẩn đoán thường dễ vì đại đa số các trường hợp triệu chứng khá điển hình, rõ rệt. Điều trị phẫu thuật tùy theo nguyên nhân: với ổ loét dạ dày - tá tràng, chủ yếu là khâu lỗ thủng kết hợp điều trị nội khoa bệnh loét mang lại kết quả tốt, tránh được các biến chứng của cắt dạ dày; với ung thư dạ dày phải cắt dạ dày. Tuy nhiên, trong những trường hợp tổn thương lỗ thủng phức tạp không khâu được, thể trạng người bệnh già yếu, nhiều bệnh nặng toàn thân phối hợp thì lựa chọn duy nhất là phẫu thuật Newmann.

II. CHỈ ĐỊNH

Thủng dạ dày - tá tràng do loét dạ dày - tá tràng hoặc do ung thư dạ dày: tổn thương lỗ thủng phức tạp không khâu được, người bệnh có bệnh nặng toàn thân phối hợp không cho phép cắt dạ dày.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Tổn thương thủng có khả năng khâu lỗ thủng hoặc cắt dạ dày.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện:

- 01 Phẫu thuật viên chuyên khoa tiêu hóa hoặc ngoại chung
- 02 phụ mổ
- Kíp gây mê: 01 Bác sĩ gây mê, 01 Điều dưỡng phụ gây mê
- Kíp dụng cụ: 01 Dụng cụ viên, 01 nhân viên chạy ngoài

2. Người bệnh

- Được chẩn đoán bệnh, xét nghiệm sinh học, đánh giá toàn trạng bệnh phối hợp và được điều trị, nuôi dưỡng, cân bằng đủ đảm bảo cho cuộc phẫu thuật dự kiến.

- Nâng cao thể trạng, cân bằng những rối loạn do hậu quả của bệnh hoặc do cơ địa, bệnh mãn tính, tuổi...

- Người bệnh và gia đình được giải thích rõ trước mổ về tình trạng bệnh và tình trạng chung, về những khả năng phẫu thuật sẽ thực hiện, về những tai biến, biến chứng, di chứng có thể gặp do bệnh, do phẫu thuật, do gây mê, tê, giảm đau, do cơ địa của người bệnh.

- Nhịn ăn, thật tháo, vệ sinh vùng phẫu thuật và toàn thân.

3. Phương tiện: bộ dụng cụ đại phẫu, dao siêu âm, Ligasure, máy cắt nối, chỉ phẫu thuật, thuốc, dịch truyền,...

4. Dự kiến thời gian phẫu thuật: 60 phút

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Tư thế: Người bệnh nằm ngửa, kê một gối đệm dưới lưng ngang đốt sống lưng 12 (D12).

2. Vô cảm: gây mê toàn thân có giãn cơ

3. Kỹ thuật:

- **Bước 1:** Mở bụng đường trắng giữa trên dưới rốn, đánh giá tổn thương.

+ Đánh giá dịch ổ bụng, tình trạng phúc mạc.

+ Đánh giá vị trí, kích thước lỗ thủng

+ Đánh giá nguyên nhân gây thủng: loét lành tính hay ung thư.

- **Bước 2:** Nếu thấy lỗ thủng quá to, tổ chức xung quanh lỗ thủng xơ cứng, mũn nát hoặc thủng do ung thư, khâu dễ bục, tình trạng người bệnh yếu không cho phép cắt ngay dạ dày thì dẫn lưu lỗ thủng ra ngoài bằng một ống thông Pezzer lớn. Lúc này chỉ đặt qua lỗ thủng ống cao su to sau đó cuộn mạc nối lớn xung quanh ống cao su và dính vào dạ dày và thành bụng. Có thể phối hợp với thắt môn vị, nối vị tràng hoặc mở thông hồng tràng để nuôi dưỡng.

- **Bước 3:** Rửa sạch bụng, đặt nhiều dẫn lưu, đóng bụng.

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

- Chảy dịch dạ dày qua lỗ thủng gây áp xe tồn dư hoặc viêm phúc mạc: người bệnh sốt, dẫn lưu chảy dịch tiêu hóa. Tiếp tục điều trị kháng sinh, nhịn ăn, nuôi dưỡng qua mở thông hồng tràng và tìm cách dẫn lưu dịch ra ngoài (tách vết mổ hoặc dẫn lưu dưới hướng dẫn của siêu âm)

- Theo dõi tình trạng chung: viêm phổi, nhiễm trùng vết mổ...

- Truyền dịch: tính đủ năng lượng, lượng dịch vào cho từng người bệnh cụ thể.

- Kháng sinh: sử dụng kháng sinh điều trị toàn thân, phối hợp kháng sinh.

KHÂU CÂM MÁU Ổ LOÉT DẠ DÀY

Mã Số: X-465

I. ĐẠI CƯƠNG

Chảy máu ổ loét là một cấp cứu nguy hiểm do đáy ổ loét thủng thông vào một động mạch nuôi của dạ dày tá tràng. Trong trường hợp các điều trị nút mạch tiêm xơ không giải quyết được thì cần phẫu thuật cấp cứu. Phẫu thuật khâu cầm máu ổ loét thường phải phối hợp với phẫu thuật thắt động mạch nuôi của dạ dày tá tràng.

II. CHỈ ĐỊNH

Chảy máu do loét dạ dày tá tràng

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Không có chống chỉ định tuyệt đối.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện:

- 01 Phẫu thuật viên chuyên khoa tiêu hóa hoặc ngoại chung
- 02 phụ mổ
- Kíp gây mê: 01 Bác sĩ gây mê, 01 Điều dưỡng phụ gây mê
- Kíp dụng cụ: 01 Dụng cụ viên, 01 nhân viên chạy ngoài

2. Người bệnh

- Được chẩn đoán bệnh, xét nghiệm sinh học, đánh giá toàn trạng bệnh phối hợp và được điều trị, nuôi dưỡng, cân bằng đủ đảm bảo cho cuộc phẫu thuật dự kiến.

- Nâng cao thể trạng, cân bằng những rối loạn do hậu quả của bệnh hoặc do cơ địa, bệnh mãn tính, tuổi...

- Người bệnh và gia đình được giải thích rõ trước mổ về tình trạng bệnh và tình trạng chung, về những khả năng phẫu thuật sẽ thực hiện, về những tai biến, biến chứng, di chứng có thể gặp do bệnh, do phẫu thuật, do gây mê, tê, giảm đau, do cơ địa của người bệnh.

- Nhịn ăn, thực tháo, vệ sinh vùng phẫu thuật và toàn thân.

3. Phương tiện: bộ dụng cụ đại phẫu, dao siêu âm, Ligasure, chỉ phẫu thuật, thuốc, dịch truyền,...

4. Dự kiến thời gian phẫu thuật: 90 phút

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

Tư thế nằm ngửa, kê gối lưng

Bước 1: Rửa da đường trắng giữa vào bụng

Bước 2: Mở dạ dày theo đường rạch dọc mặt trước dạ dày. Kiểm tra phát hiện thương tổn loét chảy máu trực tiếp vào đường tiêu hóa.

Bước 3: Phẫu tích ổ loét phía bên ngoài tương ứng bộc lộ vị trí chảy máu. Dùng chỉ phẫu thuật khâu đóng ổ loét và cầm máu. Cần phối hợp phẫu thuật thắt động mạch nuôi dạ dày gây chảy máu (động mạch vị phải, động mạch vị trái, động mạch vị tá tràng..)

Bước 3: Kiểm tra hiệu quả cầm máu

Bước 4: Khâu đóng mặt trước dạ dày bằng chỉ phẫu thuật hoặc máy khâu ống tiêu hóa. Lưu ống thông mũi dạ dày

Bước 5: Đóng bụng

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

- Theo dõi hậu phẫu như thường quy
- Theo dõi hội chứng thiếu máu, các dấu hiệu chảy máu tái phát
- Theo dõi liền vết mổ và tình trạng ổ bụng
- Phát hiện biến chứng chảy máu tái phát: xử trí điều trị bảo tồn hoặc phải mổ lại cầm máu (cắt dạ dày)

CẮT THẦN KINH X TOÀN BỘ

Mã Số: X-466

I. ĐẠI CƯƠNG

Cắt thần kinh X là phẫu thuật loại bỏ hoàn toàn cấu trúc dẫn truyền và chức năng chi phối của thần kinh X khi thân thần kinh đi vào ổ bụng qua lỗ hoành nhằm mục đích giảm tiết acid dạ dày điều trị bệnh loét dạ dày tá tràng. Cắt thần kinh X chọn lọc là cắt cấu trúc dẫn truyền và chức năng chi phối của các nhánh và thân dây X trước đi vào dạ dày kể từ sau nhánh gan của X trước, cắt nhánh và dây thần kinh X sau đi vào dạ dày kể từ sau nhánh tạng của X sau. Cắt thần kinh X siêu chọn lọc là chỉ cắt các nhánh thần kinh X trước và sau đi vào chi phối vùng thân phình vị của dạ dày, để lại các nhánh chân ống chi phối vùng hang vị.

II. CHỈ ĐỊNH

Điều trị bệnh loét dạ dày tá tràng mãn tính, điều trị loét miệng nối dạ dày ruột, có thể phối hợp với phẫu thuật tạo van chống trào ngược điều trị GERD.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Không có chống chỉ định tuyệt đối

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện:

- 01 Phẫu thuật viên chuyên khoa tiêu hóa hoặc ngoại chung
- 02 phụ mổ
- Kíp gây mê: 01 Bác sĩ gây mê, 01 Điều dưỡng phụ gây mê
- Kíp dụng cụ: 01 Dụng cụ viên, 01 nhân viên chạy ngoài

2. Người bệnh

- Được chẩn đoán bệnh, xét nghiệm sinh học, đánh giá toàn trạng bệnh phối hợp và được điều trị, nuôi dưỡng, cân bằng đủ đảm bảo cho cuộc phẫu thuật dự kiến.

- Nâng cao thể trạng, cân bằng những rối loạn do hậu quả của bệnh hoặc do cơ địa, bệnh mãn tính, tuổi...

- Người bệnh và gia đình được giải thích rõ trước mổ về tình trạng bệnh và tình trạng chung, về những khả năng phẫu thuật sẽ thực hiện, về những tai biến, biến chứng, di chứng có thể gặp do bệnh, do phẫu thuật, do gây mê, tê, giảm đau, do cơ địa của người bệnh.

- Nhịn ăn, thực tháo, vệ sinh vùng phẫu thuật và toàn thân.

3. Phương tiện: bộ dụng cụ đại phẫu, dao siêu âm, Ligasure, chỉ phẫu thuật, thuốc, dịch truyền,...

4. Dự kiến thời gian phẫu thuật: 90 phút

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- **Bước 1:** Rạch da đường trắng giữa trên rốn vào ổ bụng
- **Bước 2:** Phẫu tích vùng tâm phình vị bộc lộ thực quản bụng. Người phụ mổ kéo căng dạ dày vùng tâm vị để làm căng dây X.
- **Bước 3:** Dùng dụng cụ phẫu tích bóc tách thân X trước khỏi thực quản, cắt thân X trước (các nhánh) bằng dao điện hoặc buộc thắt.
- **Bước 4:** Dùng dụng cụ phẫu tích bóc tách các nhánh thân thần kinh X sau phía sau thực quản bụng.
- **Bước 5:** Cắt hết các nhánh thân X sau. Kiểm tra các nhánh phụ toàn bộ vùng lỗ hoành và phình vị dạ dày để cắt bỏ triệt để.
- **Bước 6:** Khâu phục hồi góc tâm phình vị và cấu trúc lỗ hoành
- **Bước 7:** Phối hợp với các phẫu thuật dẫn lưu dạ dày như nối vị tràng, cắt hang vị hoặc tạo hình môn vị
- **Bước 8:** Đóng bụng theo thường quy.

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

Chăm sóc toàn diện sau mổ theo thường quy.

Theo dõi các biến chứng liệt ruột cơ năng, liệt dạ dày: điều trị triệu chứng, hút dạ dày, bù nước, điện giải, nuôi dưỡng tĩnh mạch

Theo dõi phát hiện biến chứng chảy máu, tổn thương tạng lân cận như dạ dày, gan... để quyết định điều trị bảo tồn hay mổ lại.

TẠO HÌNH MÔN VỊ

Mã Số: X-470

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 bần (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:

Ngoại Tiêu hóa

+ Đánh giá tổn thương (lý do tạo hình môn vị), tình trạng ổ bụng (sạch hay bẩn, 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 (3 cm về phía hang vị, 3 cm 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 bên đường rạch dọc thành đường ngang. Khâu lại chỗ mở bằng mũi rời hoặc mũi vắt, 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 10 cm về phía tá tràng, mũi 3 cách mũi đầu 10 cm 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

Ngoại Tiêu hóa

+ 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.

- Xi 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.

CẮT RUỘT THỪA, DẪN LƯU Ổ APXE

Mã Số: X-508

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

1. Tư thế: Người bệnh nằm ngửa và được đặt thông tiểu.

2. Vô cảm: Bằng gây tê tủy 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 tủy sống để giảm đau sau mổ.

3. 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 mủn 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 mũ rời nếu ổ bụng viêm phúc mạc nặng.

V. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

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 gốc 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.

- 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.

CẮT TÚI THỪA ĐẠI TRÀNG

Mã Số: X-513

I. ĐẠI CƯƠNG

Túi thừa đại tràng là những cấu trúc dạng túi phát triển trong thành của đại tràng. Do thành đại tràng yếu so với các vị trí khác, hay gặp ở đại tràng sigma, đại tràng trái, manh tràng và cũng có thể gặp ở toàn bộ đại tràng. Thường gặp ở các nước phương Tây và các nước phát triển do liên quan đến chế độ ăn ít chất xơ và tăng theo tuổi (65% ở độ tuổi trên 85). Gần đây bệnh có gia tăng ở các nước đang phát triển. Người bệnh có túi thừa đại tràng có thể không biểu hiện triệu chứng hoặc biểu hiện một số triệu chứng (đầy hơi, rối loạn tiêu hoá, ỉa máu...). Chẩn đoán dựa vào cắt lớp vi tính và nội soi ống mềm. Điều trị nội là chủ yếu và chỉ phẫu thuật khi có biến chứng.

II. CHỈ ĐỊNH

- Thủng đại tràng do túi thừa.
- Áp xe quanh đại tràng.
- Chảy máu do túi thừa.
- Tắc: hẹp đại tràng, gây dính ruột.
- Khối viêm giả u.
- Rò: bàng quang, âm đạo, ruột, da...
- Điều trị nội khoa không kết quả.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Thể trạng người bệnh quá yếu, cần hồi sức tích cực trước phẫu thuật.
Người bệnh có các bệnh mãn tính nặng phối hợp. Ví dụ như bệnh tim, phổi...

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện: Phẫu thuật viên tiêu hoá hay ngoại chung

2. Người bệnh:

- Xét nghiệm cơ bản.
- XQuang ngực, siêu âm bụng.
- Nội soi đại tràng toàn bộ.
- Chụp cắt lớp vi tính.
- Chuẩn bị đại tràng theo quy định.

Người bệnh và gia đình phải được giải thích rõ trước mổ về tình trạng bệnh và tình trạng chung, về những khả năng phẫu thuật sẽ thực hiện, về những tai biến, biến chứng, di chứng có thể gặp do bệnh, do phẫu thuật, do gây mê, 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.

3. Phương tiện: Bộ phẫu thuật đại phẫu, chỉ tiêu châm và không tiêu,...

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Tùy thuộc vào vị trí và biến chứng của túi thừa mà phẫu thuật viên quyết định điều trị phẫu thuật cắt đại tràng phải, cắt đại tràng trái, cắt toàn bộ đại tràng hay phẫu thuật Hartmann...

- Phẫu thuật có thể mổ mở hoặc mổ nội soi tùy thuộc vào tổn thương và toàn trạng của người bệnh.

1. Tư thế:

- Người bệnh nằm ngửa.
- Phẫu thuật viên đứng bên phải (nếu túi thừa đại tràng phải) hoặc bên trái (nếu túi thừa đại tràng trái, sigma) hoặc theo thói quen.
- Phụ mổ thứ 1 đứng đối diện phẫu thuật viên, phụ 2 đứng bên phải phẫu thuật viên.

- Dụng cụ viên đứng bên phải phụ mổ thứ nhất.

2. Vô cảm: Gây mê nội khí quản hay tê vùng (ngoài màng cứng).

3. Kỹ thuật: Thời gian mổ dự kiến 120 - 180 phút.

- Đường vào ổ bụng: theo một trong những đường sau tùy thuộc vào túi thừa nằm ở bên phải hay bên trái của đại tràng.

- Kiểm tra thương tổn, toàn bộ đại - trực tràng và các cơ quan trong ổ bụng.

- Phẫu tích đại tràng khỏi khỏi tổ chức dính.

- Cắt và buộc động mạch và tĩnh mạch.

- Cắt nối đại tràng: dùng máy nối hay khâu tay.

- Trong trường hợp đánh giá tình trạng thương tổn, điều kiện toàn thân hay phương tiện không cho phép nên đưa hai đầu ra thành bụng là hậu môn nhân tạo hay phẫu thuật kiểu Hartmann.

- Dẫn lưu: nên đặt dẫn lưu (dưới gan, Douglas, hoặc hố lách tùy tổn thương ở đại tràng trái hay phải).

- Đóng bụng: đóng một, hai hay ba lớp tùy theo thói quen và kinh nghiệm của phẫu thuật viên. Nếu vết mổ có nguy cơ bị nhiễm khuẩn thì đóng một lớp.

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

1. Theo dõi:

- Thông thường như sau các trường hợp phẫu thuật bụng khác.
- Sau phẫu thuật phối hợp 2 loại kháng sinh từ 7 – 10 ngày.

- Cần lưu ý bồi phụ đủ nước, điện giải, protein máu (dựa vào chỉ số Albumin và Protein máu), truyền máu sau mổ (nếu có thiếu máu).

2.Tai biến:

Biến chứng và nguyên tắc xử trí:

2.1: Trong phẫu thuật: Tổn thương các tạng, tùy theo từng tình huống mà xử trí phù hợp.

2.2: Sau phẫu thuật:

- Chảy máu sau mổ.
- Áp xe tồn dư sau mổ: xác định bằng siêu âm hoặc chụp cắt lớp vi tính.
- Kiểm tra hệ thống dẫn lưu, tách vết mổ đặt lại hệ thống dẫn lưu hỗ trợ, dẫn lưu ổ áp xe dưới hướng dẫn siêu âm tùy thuộc vị trí ổ áp xe.
- Tiêu chảy: Tiêu chảy thường xảy ra trong vài tuần lễ đầu sau mổ. Tùy vào mức độ mất nước và điện giải có thể bù nước và điện giải bằng uống bổ sung Oserol hay truyền dịch bổ sung.
- Tai biến HMNT: xem bài làm HMNT.
- Tắc ruột.

CẮT ĐẠI TRÀNG PHẢI HOẶC ĐẠI TRÀNG TRÁI NÓI NGAY

Mã Số: X-518

I. ĐẠI CƯƠNG

Cắt đại tràng phải là phẫu thuật bao gồm: cắt bỏ 10 - 15cm hồi tràng, manh tràng, đại tràng lên, một phần đại tràng ngang bên phải, cùng mạc treo tương ứng. Lập lại lưu thông đường tiêu hóa bằng nối hồi tràng với đại tràng ngang. Miệng nối có thể được làm ngay hoặc lần phẫu thuật sau.

II. CHỈ ĐỊNH

Thường áp dụng nhất cho các trường hợp u ở đại tràng từ van hồi - manh tràng đến đại tràng góc gan.

Một số trường hợp khác: lao hồi manh tràng, polyp ung thư hóa, xoắn đại tràng, lồng ruột hoại tử, khối u ở sau phúc mạc hay mạc treo đại tràng, vết thương hoặc chấn thương đại tràng không có khả năng bảo tồn

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Thể trạng người bệnh quá yếu, cần hồi sức tích cực trước phẫu thuật.

Người bệnh già yếu có các bệnh nặng phối hợp.

Ung thư đã di căn xa, xâm lấn vào các tạng lân cận, đặc biệt là di căn phúc mạc không có khả năng cắt bỏ.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Người thực hiện tiêu hóa và bác sỹ gây mê hồi sức có kinh nghiệm.

2. Người bệnh

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

Các xét nghiệm cơ bản chẩn đoán.

Nhất thiết phải chụp đại tràng, soi đại tràng và làm sinh thiết.

Nội soi dạ dày - tá tràng trong trường hợp u to nghi thâm nhiễm tá tràng.

Nếu nghi ngờ có thâm nhiễm hay rò vào các cơ quan khác cần thăm dò, chẩn đoán rõ ràng.

Chuẩn bị đại tràng theo quy định.

Đặc biệt cần lưu ý nâng cao thể trạng người bệnh trước phẫu thuật bằng nuôi dưỡng qua đường tĩnh mạch.

3. Phương tiện: bộ đại phẫu tiêu hóa, các phương tiện cần có kèm theo như dao điện, dao mổ siêu âm, phương tiện khâu nối máy.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Tư thế: nằm ngửa, đặt sonde bàng quang.

2. Vô cảm: gây mê nội khí quản

3. Kỹ thuật

- Rửa da: đường trắng giữa trên và dưới rốn.

- Thăm dò đánh giá thương tổn và toàn bộ ổ bụng. Thận trọng trước khi quyết định cắt đại tràng nếu thấy tổn thương thâm nhiễm vào dạ dày, khối tá tụy hoặc thành bụng sau.

- Cắt đại tràng:

- Buộc thắt 2 đầu ruột: đầu trên (hồi tràng) cách góc hồi manh tràng từ 10cm đến 15cm; đầu dưới (đại tràng ngang).

- Giải phóng đại tràng bắt đầu từ góc manh tràng, đại tràng lên... cho đến nửa đại tràng phải. Cần bộc lộ rõ tá tràng, tĩnh mạch chủ dưới, niệu quản để tránh làm tổn thương đến các cơ quan này.

- Cắt mạc treo đại tràng, hồi tràng. Đối với ung thư cần cắt các mạch máu sát gốc để lấy hết các hạch, các hạch này cần được ghi chú riêng từng vị trí để thử giải phẫu bệnh.

- Cắt hồi tràng và đại tràng ngang ở chỗ đã được buộc.

- Lập lại lưu thông đường tiêu hóa:

+ Miệng nối hồi - đại tràng ngang với chỉ không tiêu hoặc tiêu chậm 4/0 kiểu tận – tận, tận – bên hoặc bên – bên. Có thể sử dụng máy cắt nối nếu có điều kiện.

- Dẫn lưu dưới gan – rãnh đại tràng phải.

- Đóng bụng: 2 hoặc 3 lớp.

VI. THEO DÕI

- Như mọi trường hợp phẫu thuật đường tiêu hóa nói chung.

- Sau phẫu thuật phối hợp 2 loại kháng sinh từ 5 đến 7 ngày.

- Bồi phụ đủ nước - điện giải, năng lượng hàng ngày, protein máu.

- Khi có trung tiện bắt đầu cho ăn cháo sữa.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

1. Trong phẫu thuật

- 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 đoạn nhiều có thể nối lại ngay và đặt modelage. Nếu bị mất đoạn thì dẫn lưu đầu 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.

2. Sau phẫu thuật

- Chảy máu trong ổ bụng : phải phẫu thuật lại ngay.
- Viêm phúc mạc do bọc miệng nối : phẫu thuật lại đưa 2 đầu ruột ra ngoài, nếu đầu dưới ngắn thì đóng lại và cố định vào thành bụng trước (cần ghi rõ vị trí cố định trong biên bản phẫu thuật), lau rửa kỹ và dẫn lưu ổ bụng.
- Áp xe tồn dư trong ổ bụng : Xác định chính xác vị trí ổ áp xe bằng chụp bụng không chuẩn bị (thẳng, nghiêng), siêu âm hoặc chụp cắt lớp. Các tình huống cụ thể:
 - + Áp xe nhỏ, đường kính < 5cm, ở nông có thể chọc hút dưới sự hướng dẫn của siêu âm, hoặc tách vết mổ.
 - + Áp xe lớn, ở sâu có thể chọc hút dưới sự hướng dẫn của siêu âm hay chích dẫn lưu ngoài phúc mạc.
 - + Áp xe nằm giữa các quai ruột cần phẫu thuật lại làm sạch ổ áp xe và dẫn lưu ổ bụng.
- Tắc ruột sớm sau mổ: theo dõi tình trạng diễn biến, hút sonde dạ dày, bồi phụ nước điện giải. Nếu cần thiết phải mổ lại kiểm tra và giải quyết nguyên nhân.

LÀM HẬU MÔN NHÂN TẠO

Mã Số: X-524

I. ĐẠI CƯƠNG

Hậu môn nhân tạo (HMNT) là hậu môn ở đại tràng do phẫu thuật viên tạo ra để dẫn lưu một phần hay toàn bộ phân ở trong đại tràng ra ngoài ổ bụng.

II. CHỈ ĐỊNH

- Thủng đại tràng do:
 - + Phẫu thuật viên gây ra trong khi mổ,
 - + Chấn thương hay vết thương đại tràng,
 - + Bệnh lý: Ung thư, loét, bệnh Crohn, viêm loét đại trực tràng chảy máu...
- Vết thương tầng sinh môn, đứt cơ thắt do chấn thương hoặc trong sản khoa (HMNT để bảo vệ, giữ cho vết mổ bên dưới sạch)...
- Tắc ruột do u đại tràng.
- Chuẩn bị cho việc cắt bỏ đại tràng có khối u.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

1. Thể trạng người bệnh quá yếu, cần hồi sức tích cực trước phẫu thuật.
2. Người bệnh già yếu có các bệnh phối hợp tim, phổi nặng

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện: Phẫu thuật viên tiêu hóa hay ngoại chung

2. Người bệnh:

- Xét nghiệm chẩn đoán, đánh giá bệnh phối hợp, toàn trạng người bệnh...
- Người bệnh và gia đình phải được giải thích rõ trước mổ về tình trạng bệnh và tình trạng chung, về những khả năng phẫu thuật sẽ thực hiện, về những tai biến, biến chứng, di chứng có thể gặp do bệnh, do phẫu thuật, do gây mê, tê, giảm đau, do cơ địa của người bệnh.

3. Phương tiện: Bộ dụng cụ đại phẫu.

4. Dự kiến thời gian phẫu thuật: 90 phút

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Tư thế:

- Người bệnh nằm ngửa.
- Phẫu thuật viên đứng bên phải hoặc bên trái tùy theo thói quen hay vị trí tổn thương ở đại - trực tràng.
- Phụ mổ thứ 1 đứng đối diện phẫu thuật viên.

- Dụng cụ viên đứng bên phải phụ mổ thứ nhất.

2. Vô cảm: Gây mê nội khí quản hay tê vùng (ngoài màng cứng, tê tại chỗ).

3. Kỹ thuật:

- Đường vào ổ bụng: Đường giữa hoặc bờ ngoài cơ thẳng.

- Kiểm tra vị trí khối u, tìm đại tràng trên u (thường là đại tràng ngang hoặc đại tràng xích ma) đoạn di động nhất để đưa ra thành bụng. Không nên để HMNT ngay tại vết mổ bụng hoặc sát ngay cạnh vết mổ vì dễ làm nhiễm trùng vết mổ và toác vết mổ.

+ Nếu tách cơ thành bụng chưa đủ rộng để quai đại tràng chui qua thì có thể dùng kéo khoét cân và cơ thành một lỗ tròn hoặc bầu dục để đại tràng không bị kẹt và sau này phân ra được dễ dàng.

- Cho đại tràng ra ngoài thành bụng: Kéo quai đại tràng ra khoảng 4-6cm. Xác định đại tràng xích ma hoặc đại tràng ngang dựa vào kích thước và dải cơ dọc. Nếu là đại tràng ngang thì cần tách mạc nối lớn ra khỏi đại tràng ngang ở đoạn cần làm HMNT. Nếu đưa 2 đầu ruột riêng biệt thì khâu 2 cạnh lại với nhau trước khi đưa ra.

- Đặt que thủy tinh (có thể dùng hoặc không dùng que thủy tinh): chọn chỗ mạc treo không có mạch máu sát thành đại tràng, chọc thủng một lỗ. Cho qua lỗ thủng này một que thủy tinh hoặc nhựa cứng dài 10-15cm. Đại tràng sẽ gập trên que đẩy theo hình chữ ô-mê-ga (Ω).

- Khâu tạo cửa bằng 2 - 3 mũi rời ở mỗi bên thành ruột (trong trường hợp KHNT có cửa).

- Cố định đoạn trên và đoạn dưới đại tràng vào phúc mạc: đảm bảo đoạn trên không bị xoắn, gập và 2 đoạn trên, dưới không bị căng.

- Mở đại tràng: mở đại tràng ngay sau khi đóng thành bụng hoặc sau 24 giờ. Mở dọc theo cơ dọc hoặc ngang quá nửa đại tràng

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

1. Theo dõi:

- Thông thường như sau các trường hợp phẫu thuật bụng khác.

- Theo dõi tình trạng lưu thông và tại chỗ của HMNT.

2. Xử trí tai biến:

a. Tai biến - biến chứng sớm:

- Tổ chức dưới da quanh hậu môn bị nhiễm khuẩn: sau mổ ngày thứ 5, thứ 6. Da quanh HMNT tấy đỏ, sưng to và đau. Sốt 38-38,5°C. Tách mũi chỉ cố định HMNT vào da ngay ổ áp xe để dẫn lưu mủ ra.

- Rò: Sau mổ một đến hai tuần, quanh hậu môn có thể có một hay nhiều áp xe vỡ ra tạo thành đường rò. Nếu đường rò chưa vào HMNT thì có thể chỉ cần rạch rộng lỗ rò; nếu rò vào HMNT ở người bệnh làm HMNT vĩnh viễn nên làm lại.

- Thoát vị thành bụng cạnh HMNT: thường do đường rạch thành bụng (vị trí đưa ruột ra làm HMNT) quá rộng. Xử trí bằng cách mổ lại để cho ruột hay mạc nối lớn vào trong ổ bụng, cố định lại HMNT và khâu lại thành bụng bằng chỉ không tiêu.

- Tụt HMNT: Hậu môn có thể tụt toàn bộ hoặc hoàn toàn do cố định HMNT không chắc chắn, mạch máu nuôi không tốt, mạc treo căng, thể trạng người bệnh suy kiệt... Muốn tránh biến chứng này, khi làm HMNT phải cố định phúc mạc quanh đại tràng, cố định thêm đại tràng vào cân, da bằng nhiều mũi rời và không để đại tràng bị căng.

- Hoại tử HMNT: Phát hiện màu sắc của hậu môn bị biến đổi (mất đi màu hồng bóng của niêm mạc mà chuyển sang màu nhợt đỏ có những chấm đen) sau đó toàn bộ đại tràng trở nên tím đen. Nguyên nhân do đại tràng không được nuôi dưỡng do vết mổ quanh hậu môn quá hẹp hay hậu môn nhân tạo quá căng hay mạch máu nuôi dưỡng đoạn đại tràng đưa ra bị tổn thương. Người bệnh phải được phát hiện sớm và mổ làm lại HMNT.

- Tắc ruột sớm: Thường xảy ra 2 - 3 tuần sau mổ, sau khi HMNT đã hoạt động tốt. Nguyên nhân thường do ruột non chui vào khe giữa thành bụng bên và quai đại tràng đưa ra làm HMNT. Để tránh biến chứng này khi làm HMNT nên cố định đoạn đại tràng và mạc treo với thành bụng.

b. Tai biến - biến chứng muộn:

- Hậu môn và vùng da xung quanh trĩ xuống: Nhìn nghiêng thấy hậu môn và da thành bụng trĩ xuống làm thành một cái hõm và lâu dần hậu môn sẽ bị thu hẹp. Nguyên nhân gây tai biến này là quai đại tràng được chọn dùng làm hậu môn quá ngắn. Xử trí nếu hậu môn bị hẹp sẽ phẫu thuật làm lại hậu môn.

- Niêm mạc hậu môn và da quanh hậu môn bị thương tổn:

+ Niêm mạc lòi ra ngoài hậu môn: Nếu niêm mạc lòi quá 1cm và viêm nhiễm lâu ngày, đẩy vào không được. Điều trị bằng tiêm xơ dưới niêm mạc hay cắt bỏ đoạn niêm mạc lòi ra.

+ Da và niêm mạc bị tổn thương do phân hay hồ dán gây hồng da. Trên da thấy những mụn hay những ổ loét nhỏ. Mỗi khi lau chùi hậu môn hay dán túi mới, người bệnh thấy xót và đau. Thay dụng cụ HMNT (vòng sắt,...) và vệ sinh sạch quanh HMNT.

- Chức năng của hậu môn bị rối loạn:

+ Phân đóng cục ở trong đoạn đại tràng dưới: thường gặp trong trường hợp HMNT không có cựa. Mỗi khi phân đùn ra, một ít lọt vào đoạn dưới, dần dần phân đóng cục và có thể gây tắc đoạn dưới. Nguyên nhân do không làm cựa, làm không đúng hay làm đúng nhưng rút que thủy tinh dưới cựa quá sớm. Có thể xử trí bằng khâu niêm mạc đầu dưới.

+ Phân lỏng: Có thể do chế độ ăn hoặc do thuốc (bột than, bột bismut).

Ngoại Tiêu hóa

+ Phân tự động đùn ra: Hầu hết các trường hợp phân đều tự đùn ra, có thể điều chỉnh chế độ ăn táo bón hoặc hướng dẫn cho người bệnh tự thụt tháo.

- Hẹp HMNT: Khó cho ngón tay vào HMNT. Nguyên nhân do viêm thanh mạc đại tràng hoặc viêm thành bụng. Xử trí bằng nong HMNT. Nếu không được thì làm lại HMNT.

- Sa niêm mạc đại tràng qua HMNT: đại tràng thoát qua hậu môn ra ngoài. Có nhiều thể:

+ Thể ống: Thường gặp ở những trường hợp HMNT được làm bằng môn của đại tràng trên. Toàn bộ hậu môn là hình một cái ống niêm mạc đại tràng. Niêm mạc mặt ngoài nối liền với da. Giữa mặt ngoài và mặt trong là thanh mạc và trong khe.

+ Thể hình chữ T: Thường gặp trong kiểu hậu môn có cựa. Cựa thoát ra ngoài giữa hai lỗ hậu môn làm thành một chữ T, kéo luôn cả mạc treo và có khi cả ruột non ra ngoài.

+ Thể hình nấm: Trong kiểu hậu môn có cựa. Cựa thoát ra ngoài giữa hai lỗ HMNT làm thành một khối giống như một cái nấm, nắn qua cái nấm này có thể thấy ruột non.

+ Cả 3 khối sa ngày càng lớn, có thể gây tắc ruột non hoặc đại tràng. Về điều trị nếu HMNT vĩnh viễn thì nên cắt bỏ hậu môn cũ làm lại; nếu HMNT có tính chất tạm thời (hậu môn trên u), cắt bỏ đoạn đại tràng có khối u và có hậu môn.

LẤY DỊ VẬT TRỰC TRÀNG

Mã Số: X-526

I. ĐẠI CƯƠNG

Dị vật trực tràng có 2 nguồn: dị vật nuốt vào đường tiêu hóa trôi xuống trực tràng và dị vật đâm từ ngoài vào. Dị vật trực tràng từ ngoài vào thường kèm theo vết thương tầng sinh môn. Lấy dị vật trực tràng đi kèm xử trí vết thương tầng sinh môn

II. CHỈ ĐỊNH

Các tổn thương trực tràng xác định do dị vật

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH Không có chống chỉ định

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện: Phẫu thuật viên tiêu hóa hoặc PTV ngoại chung

2. Người bệnh: Thường đến viện trong tình trạng cấp cứu. Cho kháng sinh dự phòng, truyền dịch.

3. Phương tiện: Van hậu môn, tốt nhất có van Hill Ferguson, bộ dụng cụ trung phẫu.

4. Dự kiến thời gian phẫu thuật: 90 phút

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Tư thế: Phụ khoa, có thể nằm sấp.

2. Vô cảm: Gây mê toàn thân, gây tê vùng hoặc gây tê tại chỗ.

3. Kỹ thuật:

- Lấy bỏ dị vật trong vết thương(sỏi, đá, mảnh tre...)
- Làm sạch vết thương bằng oxy già, betadine
- Kiểm tra kỹ thương tổn ở trực tràng và cơ thắt. Nếu dị vật xuyên thủng thành trực tràng, tổn thương cơ thắt thì xử trí như vết thương tầng sinh môn phức

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

1. Theo dõi:

- 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.
 - + Khi phẫu thuật bằng gây tê tùy sống, người bệnh thường bí đái trong ngày đầu, có thể phải đặt sonde bàng quang.
- Dùng thuốc giảm đau, kháng sinh nếu cần; thuốc nhuận tràng, thuốc an thần buổi tối. Thường truyền dịch 500ml - 1000ml sau mổ.

- Cho người bệnh ăn nhẹ, tập vận động sớm.

- Săn sóc vết mổ: thay băng hàng ngày, khi có hiện tượng bất thường như chảy máu, thấm dịch nhiều phải kiểm tra vết mổ. Ngâm hậu môn trong nước ấm trong một số phẫu thuật theo chỉ định của bác sỹ phẫu thuật.

- 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.

- San sóc tại chỗ: giữ sạch vết mổ (sau đại tiện rửa sạch hậu môn, thấm khô).

2. Xử trí tai biến:

- Chảy máu: Ít gặp, có thể khâu cầm máu.

- Nhiễm trùng vết thương: Cắt lọc tổ chức hoại tử, trong 1 số trường hợp cần làm hậu môn nhân tạo

KHÂU LỖ THÙNG, VẾT THƯƠNG TRỰC TRÀNG

Mã Số: X-534

I. ĐẠI CƯƠNG

Vết thương trực tràng do chấn thương hay vết thương được điều trị phẫu thuật tùy thuộc vết thương ở trong phúc mạc hay dưới phúc mạc.

II. CHỈ ĐỊNH

Vết thương trực tràng phụ thuộc vào:

- Vị trí (trong phúc mạc hay ngoài phúc mạc),
- Thời gian (vết thương sạch trước 24 giờ hay vết thương bẩn sau 24 giờ),
- Kích thước (vết thương rộng >1cm hay vết thương nhỏ < 1cm)...

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH: Không có chống chỉ định.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện: Phẫu thuật viên tiêu hóa hay ngoại chung.

2. Người bệnh:

- Xét nghiệm cơ bản, đánh giá bệnh phối hợp, toàn trạng người bệnh...
- Người bệnh và gia đình phải được giải thích rõ trước mổ về tình trạng bệnh và tình trạng chung, về những khả năng phẫu thuật sẽ thực hiện, về những tai biến, biến chứng, di chứng có thể gặp do bệnh, do phẫu thuật, do gây mê, 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.

3. Phương tiện: Bộ dụng cụ phẫu thuật tiêu hóa kèm val hậu môn.

4. Dự kiến thời gian phẫu thuật: 90 phút

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Tư thế: Tư thế sản khoa.

2. Vô cảm: Gây mê nội khí quản.

3. Kỹ thuật:

- Nếu vết thương trực tràng đoạn trong phúc mạc thì được xử trí như vết thương đại tràng

- Nếu vết thương dưới phúc mạc khâu vết thương toàn thể và làm hậu môn nhân để dẫn lưu phân hoàn toàn tùy theo tình trạng tổn thương của đại tràng. Tháo rửa hết phân trong lòng trực tràng. Dẫn lưu trước xương cụt nếu cần thiết (bóc tách khoang giữa xương cụt và trực tràng).

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

1. Điều trị sau mổ: Kháng sinh, truyền dịch, giảm đau....

2. Theo dõi:

a. *Tại chỗ:* Đánh giá tình trạng vết thương trực tràng (bục chỗ khô, chảy máu...)

b. *Toàn thân:*

- Tình trạng bụng: Khám phát hiện biến chứng áp xe tồn dư, chảy máu sau mổ hay biến chứng tắc ruột sớm...

- Hậu môn nhân tạo: (xem biến chứng trong phẫu thuật làm hậu môn nhân tạo).

- Biến chứng toàn thân: Viêm phổi, loét do nằm lâu...

c. Đóng hậu môn nhân tạo: Sau mổ khoảng 3-6 tháng. Trước khi đóng phải soi đại tràng để kiểm tra đại tràng trước khi đóng.

2. Xử trí tai biến: Tùy thuộc vào các biến chứng có thể điều trị nội khoa hay phải mổ lại.

a. Bí đại: thông đại, chú ý vô khuẩn.

b. Chảy máu: thay băng kiểm tra. Nếu cần thiết phải cầm máu.

c. Đau tại vết mổ: dùng thuốc giảm đau toàn thân hoặc tại chỗ. Hạn chế đặt gạc trong lòng ống hậu môn.

d. Phòng hẹp hậu môn, nhất là sau mổ cắt trĩ, phải bảo tồn lớp niêm mạc hậu môn đủ và được nuôi dưỡng tốt.

PHẪU THUẬT CẮT TRĨ KINH ĐIỆN (PHƯƠNG PHÁP MILLIGAN-MORGAN)

MÃ SỐ: X-549

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

Không có chống chỉ định tuyệt đối.

Chống chỉ định phẫu thuật (PT) chung cho các bệnh lý nội khoa khác liên quan gây mê - hồi sức, bệnh lý đông

cầm máu, đái tháo đường chưa kiểm soát, lao, HIV,...

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện: Người thực hiện tiêu hóa hay ngoại chung được đào tạo chuyên sâu hoặc có chứng chỉ về phẫu thuật vùng hậu môn trực tràng - tầng sinh môn.

2. Phương tiện:

- Đèn chiếu sáng tốt, ánh sáng lạnh.

- Bộ dụng cụ phẫu thuật hậu môn: có ống soi hậu môn, van hậu môn, que thăm dò, dao điện, máy hút, panh, kéo, kẹp phẫu tích,...

- Các loại chỉ khâu, thuốc bôi trơn (vaselin), oxy già, xanh metylen,...

- Bàn phẫu thuật: thường đặt được người bệnh tư thế phụ khoa, bàn có thể xoay được các tư thế.

- Bàn để dụng cụ: nên có 2 bàn (bàn để dụng cụ chung và bàn để dụng cụ cần thiết trong khi mổ đặt trước mặt Người thực hiện 50cmX30cm).

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 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.

- Tối hôm trước ngày phẫu thuật:

+ Thụt tháo sạch phân, có thể thụt thuốc tẩy như Fleet,...Không cần tẩy sạch như phẫu thuật đại trực tràng.

+ Dùng thuốc an thần như seduxen 5mg X 1 viên, uống lúc 20 giờ.

+ Cạo lông quanh hậu môn: nên thực hiện trên bàn phẫu thuật sau khi gây tê vùng hoặc gây mê.

- Ngày phẫu thuật: nhịn ăn, uống, đi tiểu trước khi lên bàn mổ.

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). 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. Đối với các thủ thuật đơn giản hơn (ví dụ lấy máu cục do trĩ tắc mạch, người bệnh có thể thực hiện thủ thuật và ra về ngay trong ngày. Hay người bệnh phải mổ cấp cứu như áp xe cạnh hậu môn) thì các bước chuẩn bị có thể rút gọn đơn giản hơn, phù hợp với từng trường hợp cụ thể.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Tư thế: tư thế sản khoa.

2. Vô cảm: tê tuỷ sống

3. Kỹ thuật:

- 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 gốc búi trĩ tạo nên *tam giác trình bày*.

- 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 2.0. Đặt miếng gạc nhỏ dưới gốc búi trĩ, kéo nhẹ ra phía ngoài có tác dụng cầm máu tạm các mạch nhỏ.

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

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

- Lấy các búi trĩ phụ dưới các cầu niêm mạc. Sửa lại các cầu da niêm mạc cho cân đối, đều đặn. Nếu các cầu 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.

- 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

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: 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 để 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 đại: thường gặp sau gây tê tủy sống, hoặc do người bệnh đau nhiều cũng gây khó tiêu 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.

PHẪU THUẬT LONGO

Mã số: X-552

I. ĐẠI CƯƠNG

Là phương pháp phẫu thuật sử dụng máy cắt nội tự động niêm mạc trực tràng, nhằm treo các búi trĩ vào lại ống hậu môn, đảm bảo chức năng sinh lý của các búi trĩ.

II. CHỈ ĐỊNH

Trĩ độ III

Có thể độ IV

Trĩ hỗn hợp có tạo vòng.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Trĩ tắc mạch, apxe hậu môn kèm theo.

Chống chỉ phẫu thuật (PT) chung cho các bệnh lý nội khoa khác liên quan gây mê hồi sức, bệnh lý đông

cầm máu, HIV, Lao, đái tháo đường chưa kiểm soát, ...

IV. CHUẨN BỊ

1. Cán bộ chuyên khoa:

Phẫu thuật viên (PTV) chuyên khoa ngoại tổng quát theo phê duyệt của Giám đốc bệnh viện.

2. Người bệnh:

- Được giải thích những lợi ích cũng tai biến có thể xảy ra trong và sau PT.

Giải thích các biến chứng sớm cũng như muộn. Tái phát trĩ.

- Thực hiện các XÉT NGHIỆM cần thiết theo qui định.

- Nội soi trực tràng nên làm để loại trừ hoặc phát hiện các bệnh lý khác kèm theo, có thể phẫu thuật trong ngày hoặc mổ chương trình,

- Tối hôm trước ngày phẫu thuật: nhịn ăn uống từ 22h đêm.

+ Thụt tháo sạch phân trước mổ bằng thuốc (Fleet Enema, Evacnema, ...) ngay trước mổ 30-60 phút, phẫu thuật hậu môn cũng cần đại tràng sạch nhưng trong đa số trường hợp không nghiêm khắc như phẫu thuật đại tràng.

+ Có thể được uống thuốc an thần như Seduxen tối trước mổ.

- Ngày phẫu thuật: Nhịn ăn, uống và cần đi tiểu trước khi vào phòng mổ

3. Phương tiện

- Ngoài các dụng cụ thông thường cần có: Đèn chiếu sáng tốt, rọi, ánh sáng lạnh. Bộ dụng cụ phẫu thuật hậu môn, máy cắt nội tự động (PPH03, EEA33,...),

dao điện (đơn cực, dao siêu âm, dao Ligasure, ...) máy hút, chỉ chậm tiêu 3.0, chỉ silk1.0, chỉ không tiêu Prolene 2.0, gel bôi trơn, xanh methylen.

- Bàn phẫu thuật: Đặt người bệnh ở tư thế phụ khoa, đùi dạng, háng và gối gấp, mông kéo ra khỏi rìa bàn 10-15cm.

4. Hồ sơ bệnh án

Ghi rõ diễn tiến bệnh, tình trạng toàn thân và bệnh lý khác theo quy định của Bộ y tế.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

Vô cảm thường là tê tủy sống, phương pháp khác tùy theo đánh giá của bác sĩ gây mê, hồi sức.

Nong và cố định hậu môn bằng CAD33, khâu mũi túi dưới niêm (thường bắt đầu và kết thúc ở 6h, hoặc kỹ thuật Beltloop, double string), trên đường lược 2cm (có thể thay đổi) bằng Propylen 2.0.

Đặt Anvil máy qua mũi túi, cột mũi túi. Kiểm tra thành sau âm đạo (nếu là bệnh nhân nữ).

Bấm máy cắt nối tự động.

Lấy máy ra, nong hậu môn kiểm tra miệng cắt.

Khâu cầm máu bằng chỉ tiêu chậm (nếu có).

Kiểm tra ghi nhận phần niêm mạc được cắt bỏ.

Có thể cắt bớt da thừa kèm theo.

Có thể chích Xanh Methylen giảm đau sau mổ.

VI. THEO DÕI

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

PHẪU THUẬT ĐIỀU TRỊ ĐỨT CƠ THẮT HẬU MÔN

MÃ SỐ: X-569

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 đẻ đường dưới, do vết thương). Phẫu thuật bao gồm khâu nối cơ thắt, tái tạo lại vùng hậu môn, tăng sinh môn.

II. CHỈ ĐỊNH

- 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 – tăng sinh môn đã ổn định, ít nhất 4 tháng sau chấn thương hay phẫu thuật lần cuối.

- 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

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

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện: Phẫu thuật viên tiêu hóa hay ngoại chung được đào tạo chuyên sâu hoặc có chứng chỉ về phẫu thuật vùng hậu môn trực tràng – tăng sinh môn.

2. Phương tiện:

- Đèn chiếu sáng tốt, ánh sáng lạnh.
- Bộ dụng cụ phẫu thuật hậu môn: Có ống soi hậu môn, van hậu môn, que thăm dò, dao điện, máy hút, panh, kéo, kẹp phẫu tích,...
- Các loại chỉ khâu, thuốc bôi trơn (vaselin), oxy già, xanh metylen,...
- Bàn phẫu thuật: Thường đặt được người bệnh tư thế phụ khoa, bàn có thể xoay được các tư thế.
- Bàn để dụng cụ: nên có 2 bàn (bàn để dụng cụ chung và bàn để dụng cụ cần thiết trong khi mổ đặt trước mặt phẫu thuật viên 50cmX30cm).

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 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.

- Tối hôm trước ngày phẫu thuật:

+ Thụt tháo sạch phân, có thể thụt thuốc tẩy như Fleet,...Không cần tẩy sạch như phẫu thuật đại trực tràng.

+ Dùng thuốc an thần như seduxen 5mg X 1 viên, uống lúc 20 giờ.

+ Cao lông quanh hậu môn: nên thực hiện trên bàn phẫu thuật sau khi gây tê vùng hoặc gây mê.

- Ngày phẫu thuật: nhịn ăn, uống, đi tiểu trước khi lên bàn mổ.

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). 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.

- Đối với các thủ thuật đơn giản hơn (ví dụ lấy máu cục do trĩ tắc mạch, người bệnh có thể thực hiện thủ thuật và ra về ngay trong ngày. Hay người bệnh phải mổ cấp cứu như áp xe cạnh hậu môn) thì các bước chuẩn bị có thể rút gọn đơn giản hơn, phù hợp với từng trường hợp cụ thể.

- Lưu ý: cần chuẩn bị đại tràng sạch như mổ đại trực tràng.

5. Dự kiến thời gian phẫu thuật: 90 – 120 phút

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Tư thế: Phụ khoa

2. Vô cảm: Gây mê toàn thân hay gây tê vùng. Thường gây tê tủy sống.

3. Kỹ thuật: (Đối với kỹ thuật tạo hình co thắt của Musset có bài riêng)

- Đường rạch vòng theo nếp hậu môn hay ở mép hậu môn hoặc đường rạch hình nan hoa. - Lấy sẹo ở da và niêm mạc.

- Phẫu tích các khối cơ tròn khỏi tổ chức xo dính.

- Khâu cơ tròn hạ u môn: nối trực tiếp bằng các mũi chữ U, chỉ chạ m tiêu nhu Vicryl 2.0 hay số 0. Kiểm tra ống hạ u môn không hẹp.

- Khâu niêm mạc hạ u môn. Khâu từ trong ra ngoài, thu ờng dùng chỉ chạ m tiêu nhu vicryl 4.0. Có thể khâu vắt hoạ c khâu mũi rời.

- Khâu lớp du ới da và da.

VI. THEO DÕI

- Theo dõi tình trạng toàn thân và tại vùng phẫu thuật:
Mạch, huyết áp, nhịp thở, nhiệt độ, tri giác

1. Theo dõi:

- 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.
 - + Khi phẫu thuật bằng gây tê tủy sống, người bệnh thường bí đái trong ngày đầu, có thể phải đặt sonde bàng quang.
- Dùng thuốc giảm đau, kháng sinh nếu cần; thuốc nhuận tràng, thuốc an thần buổi tối. Thường truyền dịch 500ml - 1000ml sau mổ.
- Cho người bệnh ăn nhẹ, tập vận động sớm.
- Săn sóc vết mổ: thay băng hàng ngày, khi có hiện tượng bất thường như chảy máu, thấm dịch nhiều phải kiểm tra vết mổ. Ngâm hậu môn trong nước ấm trong một số phẫu thuật theo chỉ định của bác sỹ phẫu thuật.

2. Xử trí tai biến:

- Bí đái: Thông đái, chú ý vô khuẩn.
- Chảy máu: Thay băng kiểm tra. Nếu cần thiết phải cầm máu.
- Đau tại vết mổ: Dùng thuốc giảm đau toàn thân hoặc tại chỗ. Hạn chế đặt gạc trong lòng ống hậu môn.
- Phòng hẹp hậu môn, nhất là sau mổ cắt trĩ, phải bảo tồn lớp niêm mạc hậu môn đủ và được nuôi dưỡng tốt.
 - + Theo dõi tại vết mổ: Chảy máu, chảy dịch, đau.
 - + Khi phẫu thuật bằng gây tê tủy sống, người bệnh thường bí đái trong ngày đầu, có thể phải đặt sonde bàng quang.
- Dùng thuốc giảm đau, kháng sinh nếu cần; thuốc nhuận tràng, thuốc an thần buổi tối. Thường truyền dịch 500ml – 1000ml sau mổ.
- Cho người bệnh ăn nhẹ, tập vận động sớm.
- Săn sóc vết mổ: Thay băng hàng ngày, khi có hiện tượng bất thường như chảy máu, thấm dịch nhiều phải kiểm tra vết mổ. Ngâm hậu môn trong nước ấm trong một số phẫu thuật theo chỉ định của bác sỹ phẫu thuật.
- Thường cho kháng sinh 7 ngày loại metronidazol. Nuôi du ống 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 - 5ngày. Khi đó lại cho thuốc nhuận tràng.

Ngoại Tiêu hóa

- Săn sóc tại chỗ: Giữ sạch vết mổ (sau đại tiện rửa sạch hậu môn, thấm khô). Không ngâm rửa hậu môn tránh bụi 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 co thắt bằng các động tác đơn giản như nín thở co tròn trong động tác đại tiện.

VII. XỬ TRÍ BIẾN CHỨNG

- **Chảy máu:** thường 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 nổi nhiễm trùng bụi chỉ, sẽ mổ lại sau khi vết thương đã ổn định. Ít nhất trên 4 – 6 tháng.