



SỞ Y TẾ TP. HỒ CHÍ MINH
BỆNH VIỆN BÌNH DÂN

HƯỚNG DẪN
QUY TRÌNH KỸ THUẬT
NĂM 2021

Lưu hành nội bộ

QUY TRÌNH CAN THIỆP NỘI MẠCH ĐIỀU TRỊ TỔN THƯƠNG ĐỘNG MẠCH KHOEO DO CHẤN THƯƠNG

ĐẠI CƯƠNG

Động mạch khoeo là động mạch duy nhất cung cấp máu cho vùng cẳng chân, hệ thống tuần hoàn bàng hệ của vùng khoeo nghèo nàn, chấn thương động mạch khoeo (CTĐMK) thường đi kèm với tình trạng chấn thương mô mềm, gãy xương - trật khớp, tổn thương thần kinh nghiêm trọng, khiến cho CTĐMK có nguy cơ đoạn chi cao trong chấn thương mạch máu ngoại biên. Phương pháp điều trị CTĐMK hiện nay chủ yếu là phẫu thuật mổ mở kinh điển, đòi hỏi phẫu thuật viên có kinh nghiệm. Bệnh nhân cần nhiều thời gian để hồi phục, hạn chế hoạt động hàng ngày hoặc gặp phải triệu chứng đau mãn tính sau phẫu thuật.

Cùng với sự phát triển của công nghệ giá đỡ kim loại (Stent), đặc biệt là stent Nitinol, với đặc tính siêu đàn hồi, chịu được sự gấp duỗi, vận động của khớp gối. Tỷ lệ can thiệp nội mạch trong chấn thương động mạch đã tăng lên hàng năm. Can thiệp nội mạch trong chấn thương động mạch nói chung có những ưu điểm về mặt lý thuyết so với phương pháp phẫu thuật, bao gồm: thủ thuật nhanh chóng, xâm lấn tối thiểu, thời gian phục hồi nhanh hơn, tỉ lệ tử vong tại bệnh viện thấp hơn và giảm nguy cơ làm tổn thương các cấu trúc lân cận quan trọng.

CHỈ ĐỊNH

Hẹp - tắc động mạch khoeo do chấn thương gây thiếu máu chi dưới.

CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Tổn thương tĩnh mạch kèm theo
- Nghi ngờ tổn thương thần kinh
- Vết thương hở nhiễm trùng
- Rối loạn đông máu
- Huyết động không ổn định
- Phụ nữ mang thai hoặc cho con bú và phụ nữ dự tính mang thai
- Di ứng thuốc cản quang

BIẾN CHỨNG

- Chảy máu (tụ máu vị trí đâm kim, tụ máu sau phúc mạc nếu vị trí đâm kim trên dây chằng bẹn)
- Giả phình động mạch (vị trí đâm ổ động mạch đùi nông thấp)
- Dò động-tĩnh mạch
- Huyết khối động mạch
- Thuyên tắc đầu xa
- Dị ứng thuốc cản quang
- Tổn thương thận do thuốc cản quang
- Thủng hoặc bóc tách thành động mạch
- Tắc stent
- Di lệch stent

ĐÁNH GIÁ – LÊN KẾ HOẠCH THỦ THUẬT

- Tiền sử, cơ chế chấn thương, chỉ định, khám lâm sàng
- Đánh giá hình ảnh: giải phẫu những mạch máu liên quan, biến thể giải phẫu, động mạch liên quan dựa vào siêu âm Doppler mạch máu, CTA và chụp động mạch cản quang xóa nền. Những đánh giá này giúp lựa chọn đường vào, và lên kế hoạch đặt stent hiệu quả nhằm tránh biến chứng và giảm thiểu thời gian thực hiện
- Tình trạng sử dụng kháng đông.
- Kháng sinh dự phòng: không khuyến cáo dùng thường qui.
- Tư thế: ngửa
- Đường vào: động mạch đùi chung, động mạch chày trước và động mạch chày sau

CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

Mở đường vào lòng mạch

- Tùy theo vị trí và mục đích can thiệp mà có thể mở đường vào lòng mạch theo vị trí hay chiều dòng chảy (xuôi dòng, ngược dòng).
- Gây tê tại chỗ, rạch da
- Sử dụng bộ kim chọc siêu nhỏ 21G (micropuncture) chọc vào lòng mạch dưới hướng dẫn siêu âm.
- Đặt ống vào lòng mạch (sheath)

- Đặt ống vào lòng mạch loại dài (long-sheath) nếu như có can thiệp mạch vùng dưới gối.

Chụp mạch đánh giá tổn thương

- Tiến hành chụp hệ thống mạch chi dưới qua ống thông.
- Đánh giá toàn bộ hệ thống mạch chi dưới.

Tiếp cận tổn thương

- Dùng ống thông, dây dẫn và vi ống thông, vi dây dẫn để đi qua vị trí hẹp – tắc lòng mạch.
- Áp dụng các kỹ thuật khác nhau để tiếp cận và đi dây dẫn qua thương tổn.

Can thiệp điều trị

- Đưa bóng nong vào vị trí hẹp tắc qua dây dẫn.
- Dùng bơm áp lực để bơm bóng, mở rộng lòng mạch.
- Sau khi rút bóng, đưa giá đỡ lòng mạch (stent) vào vị trí hẹp – tắc đã được can thiệp.
- Nong tạo hình lòng mạch trong giá đỡ (stent) bằng bóng.

Đánh giá sau can thiệp

- Chụp mạch đánh giá sự lưu thông sau khi tái thông.
- Đóng đường vào lòng mạch, kết thúc thủ thuật.

Nhận định kết quả

- Phục hồi được lưu thông trong lòng mạch, tại tổn thương hẹp tắc được tái thông thành công khi mức độ hẹp tắc còn lại không quá 30%.
- Tái lập lưu thông phía trước, trong và sau vị trí tổn thương.

QUY TRÌNH PHẪU THUẬT LẤY SỎI QUA DA ĐƯỜNG HẪM NHỎ HƯỚNG DƯỚI DẪN SIÊU ÂM CÓ GIÁ ĐỠ KIM CHỌC DÒ

CHUẨN BỊ BỆNH NHÂN TRƯỚC MỔ

Giải thích cho bệnh nhân về kỹ thuật mổ, các biến chứng có thể xảy ra, khả năng phải chuyển mổ mở, thậm chí phải cắt thận cầm máu, tử vong tuy nhiên tỷ lệ xảy ra thấp.

LÂM SÀNG

- Họ tên, tuổi, giới tính, ngày vào viện, địa chỉ, số nhập viện.
- Tiền căn nội khoa: bệnh tim phổi, tiểu đường...
- Tiền căn ngoại khoa: đã điều trị sỏi thận bằng các phương pháp phẫu thuật.
- Các triệu chứng: đau hông lưng, sốt, tiểu rắt, tiểu máu, tiểu đục...
- Khám thực thể ghi nhận các bất thường: rung thận, chạm thận, các điểm đau...

CẬN LÂM SÀNG

Các xét nghiệm tiền phẫu:

- Công thức máu, nhóm máu. Chức năng đông máu.
- Chức năng thận: BUN, Creatinine trong máu.
- Chức năng gan: AST, ALT, Protide máu, Albumin máu.
- Tổng phân tích nước tiểu, cấy nước tiểu.

Các xét nghiệm chẩn đoán hình ảnh:

- Điện tim, X – quang phổi.
- Siêu âm bụng: chú ý ghi nhận mức độ ứ nước thận.
- Chụp CT-Scan bụng chậu có và không có cản quang: đánh giá kích thước sỏi, ghi nhận mức độ ứ nước thận.

Dụng cụ chọc dò và nong đường hầm:

- Kim chọc dò 18 Gauge.
- Dây dẫn guidewire cứng và mềm.
- Dụng cụ nong: bộ nong bằng nhựa bán cứng từ 6-18 Fr Seplou.
- Dụng cụ cố định kim đầu dò siêu âm.
- Máy siêu âm ổ bụng trắng đen với đầu dò convex 3-5MHz (máy hiệu Philips Affiniti 30).

- Dàn máy soi tiết niệu: màn hình, camera, nguồn sáng, máy soi thận cứng (Storz 13Fr), máy soi bàng quang.
- Máy tán sỏi: laser Holmium YAG LASER 80W với đầu tán 550 μm .
- Hệ thống dịch rửa: sử dụng dung dịch NaCl 0,9% tưới rửa liên tục với dòng chảy tự nhiên khi đặt thùng dịch cao 0,6 – 1m trên mặt phẳng ngang qua thận. Đường dịch ra cho chảy tự do giữa máy soi thận và ống nong. Máy bơm nước: điều chỉnh áp lực < 30 mmHg và tốc độ bơm phù hợp
- Rọ tán sỏi.
- Ống thông niệu quản, thông JJ 6-7Fr, ống foley 14Fr.

Kỹ thuật

Phương pháp vô cảm:

Tất cả các trường hợp đều được gây mê nội khí quản.

Đặt thông niệu quản ngược dòng:

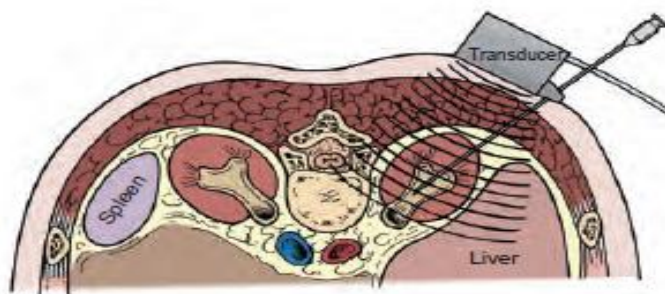
- Bệnh nhân nằm tư thế sản phụ khoa.
- Đặt máy soi bàng quang. Đưa thông niệu quản ngược dòng lên đến bể thận. (Nếu đặt thông niệu quản thất bại hoặc thấy nước tiểu đục sẽ loại khỏi nghiên cứu.)
- Dùng siêu âm kiểm tra đầu ống thông niệu quản lên tới bể thận.
- Rút máy soi, đặt thông Foley niệu đạo. Dán cố định thông niệu quản và thông Foley niệu đạo vào chân bệnh nhân.

Chuyển bệnh nhân sang tư thế nằm sấp:

- Bệnh nhân nằm sấp dạng hai tay. Mặt nghiêng về một bên
- Đặt gối độn ở phần ngực, ngang đường liên vú.
- Độn gối ở phần bụng để nâng vùng hông lưng, khoảng giữa xương sườn và mào chậu. Gập bàn mông khoảng 30-40 $^{\circ}$.

Tiến hành phẫu thuật: Gồm 3 giai đoạn chính:

- Chọc dò đài thận:



Hình: Sử dụng đầu dò siêu âm để định hướng chọc dò vào hệ thống đài bể thận

(“Nguồn: Stuart Wolf, “*Percutaneous Approaches to the Upper Urinary Tract Collecting System*”, Campbell’s Urology 11th edition, vol. 1 (8), pp. 153 - 182” [\[19\]](#).)

- Vị trí đâm kim: trên đường nách sau, giữa xương sườn XII và mào chậu và bờ ngoài khối cơ lưng theo hướng dẫn của mặt cắt trên siêu âm.
- Xác định đài thận cần chọc dò có dung giá đỡ kim chọc dò: Dùng đầu dò siêu âm xác định đài thận cần chọc dò. Siêu âm xác định khoảng cách từ bề mặt da đến bề mặt da dự định chọc dò, đến đài thận cần chọc kim, đảm bảo không có cơ quan khác trên đường chọc dò (màng phổi, đại tràng...), bật mode biopsy trên máy siêu âm để định
- Hướng kim đường đi kim chọc dò. Xác định vị trí và đường đi kim từ da tới vị trí chọc dò bằng đường định hướng của máy siêu âm (4 góc A, B, C, D). chọc góc giá đỡ kim chọc dò tương ứng với góc A, B, C, D trên máy siêu âm lúc định vị.
- Lắp kim chọc dò vào giá đỡ sau khi chọn góc chọc dò phù hợp
- Chọc vào đài thận: theo hướng dẫn siêu âm chọc kim vào đài thận đã xác định, quan sát trên siêu âm tránh tổn thương các cơ quan khác trên đường đi, quan sát hướng kim đi vào đài thận. Khi quan sát thấy kim vào hệ thống đài bể thận trên siêu âm ta rút đuôi kim kiểm tra nếu có nước tiểu chảy ra thì chọc dò vào đài thận thành công và dừng lại.
- Luồn dây dẫn vào đến đài trên hoặc xuống niệu quản với chiều dài thích hợp. Một số trường hợp luồn thêm sợi dây dẫn khác. Thao tác nong đường hầm dựa trên sợi thứ hai. Sợi thứ nhất có vai trò như dây dẫn an toàn (safety guidewire) được giữ nằm ngoài bao tán hoặc máy soi thận.
- Khi rút kim ra cần đánh dấu và chú ý chiều dài từ da cho đến bể thận để hỗ trợ khi nong với chiều dài amplatz hợp lý (Trường hợp chọc dò vào bể thận ra nước tiểu

đục sẽ nong mở thận ra da, điều trị nhiễm khuẩn ổn rồi tán sỏi qua đường hầm sau.)

Tạo đường hầm và tán sỏi

- Dùng bộ nong nhựa nong tạo đường hầm từ số 6 Fr, sau đó nong với các amplatz kích thước tăng dần đến 18Fr.
- Đặt máy soi thận.
- Dùng máy tán sỏi laser tán viên sỏi vỡ hoàn toàn thành bụi sỏi hoặc vỡ thành nhiều mảnh nhỏ trường hợp sỏi lớn.
- Có thể dùng máy hút sạch sỏi vụn hoặc dùng rọ bắt sỏi.
- Kiểm tra sạch sỏi bằng C.ARM

Dẫn lưu sau mổ:

- Mở thận ra da bằng mono J, thông Foley 16F, cố định dẫn lưu (có thể đặt JJ ngay trong phẫu thuật một số trường hợp thuận lợi)

Trong mổ:

- Cấy nước tiểu trong khi mổ nếu khi tán thấy sỏi lớn và quang trường đục nhiều, thời gian ta sỏi lâu.
- Theo dõi các tai biến, biến chứng của cuộc mổ, ví dụ:
 - Chảy máu trong mổ.
 - Tổn thương cơ quan lân cận: thủng ruột, tổn thương gan, lách...
 - Thủng đài bể thận.
 - Biến chứng ở ngực: tràn máu, tràn khí màng phổi, tổn thương phổi...
 - Biến chứng khác.

Hậu phẫu:

- Rút thông niệu đạo trong vòng 24 giờ.
- Kháng sinh được dùng dự phòng trước mổ và sẽ dùng tiếp tùy thuộc vào kết quả kháng sinh đồ. Nếu kết quả cấy nước tiểu dương tính kháng sinh sẽ được dùng 3 tuần sau mổ, nếu âm tính bệnh nhân sẽ được dùng đến khi xuất viện.
- Theo dõi biến chứng sau mổ:
 - Nhiễm khuẩn đường tiết niệu.
 - Chảy máu sau mổ.
 - Sỏi tụt xuống gây nghẹt niệu quản.

QUY TRÌNH PHẪU THUẬT CẮT DẠ DÀY TRONG UNG THƯ DẠ DÀY

ĐẠI CƯƠNG

- Trong ung thư dạ dày: phẫu thuật cắt dạ dày là một trong những phương pháp hiệu quả nhất để điều trị ung thư dạ dày, hay chí ít thì cũng làm chậm tiến triển bệnh.
- Nếu khối u nhỏ ở phần thấp dạ dày thì chỉ cần cắt một phần dạ dày là đủ. Nhưng nếu u to và nằm ở phần cao dạ dày thì khả năng là cắt toàn bộ dạ dày.
- Bài này không đề cập các loại u lành tính dạ dày cũng có thể cắt dạ dày vì u này có thể hóa ác về sau...

CHỈ ĐỊNH

- Bệnh nhân có triệu chứng lâm sàng+ cận lâm sàng + giải phẫu bệnh u là ung thư dạ dày là có chỉ định phẫu thuật điều trị.

CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Chống chỉ định chung của can thiệp ngoại khoa.

CHUẨN BỊ

Người thực hiện:

- Người thực hiện là bác sĩ khoa ngoại tiêu hóa hay ngoại chung được đào tạo chuyên sâu hoặc có chứng chỉ phẫu thuật tiêu hóa.

Phương tiện :

- Đèn chiếu sáng tốt, ánh sáng lạnh.
- Bộ dụng cụ phẫu thuật: dàn máy phẫu thuật nội soi, dao điện, máy hút, panh, kéo, kẹp phẫu tích, bộ đồ phẫu thuật mổ mở
- Các loại chỉ khâu, stapler, ống dẫn lưu,...
- Bàn phẫu thuật: thường đặt được người bệnh tư thế nằm ngửa, 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 bộ bàn đại phẫu).

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.
 - *Ngày phẫu thuật:* nhịn ăn, uống, đi tiểu trước khi lên bàn mổ.
 - Đánh dấu vết mổ ; mổ mở hoặc mổ nội soi.

Hồ sơ bệnh án

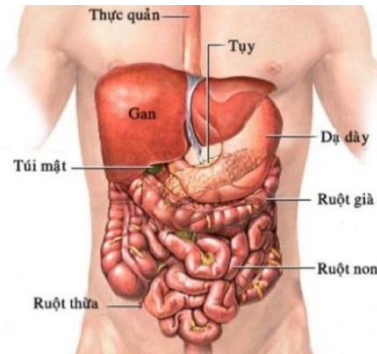
- Hoàn thành các thủ tục hành chính theo quy định. Người bệnh và gia đình ghi hồ sơ như đã nêu ở mục 3 trên đây (ghi rõ đã được giải thích rõ ràng và hiểu về những điều bác sỹ giải thích nêu trên).
- Xác định bệnh (tùy thuộc các phương tiện, cơ sở y tế)
- Hoàn thiện đầy đủ các bước khám lâm sàng, cận lâm sàng cần thiết để có chẩn đoán.
- 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.
- Chuẩn bị kỹ lưỡng phù hợp với từng trường hợp cụ thể như: dự trữ máu, dịch truyền cần thiết.
- Nếu tại cơ sở y tế có các phương tiện chẩn đoán: siêu âm đầu dò, MSCT bụng, giải phẫu bệnh sinh thiết lạnh có đáp ứng ngay càng tốt.

CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

Tự thể:

- Người bệnh nằm ngửa

Hình Tổng quát bụng



Vô cảm:

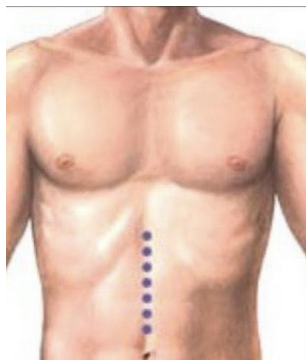
- Mê nội khí quản.

Kỹ thuật:

Cắt dạ dày mổ mở:

- Phẫu thuật viên dùng đường mổ dài giữa bụng để lấy đi một phần hay toàn bộ dạ dày. Trong ung thư dạ dày tiến triển thì mổ mở sẽ tốt hơn mổ nội soi.

Hình Mổ mở



Cắt dạ dày bằng phẫu thuật nội soi:

- Phẫu thuật viên vào ổ bụng bằng nhiều lỗ troca (5-10-12mm); dùng các phương tiện các dụng cụ nội soi cắt đi một phần hay toàn bộ dạ dày. Sau đó phần dạ dày bị cắt đi được bỏ vào túi bệnh phẩm chuyên dụng lấy qua thành bụng bằng một đường mổ nhỏ vừa đủ tránh dây dính tế bào ung thư.

Hình Phẫu thuật nội soi



Nguyên tắc kỹ thuật:

- Bảo đảm lấy hết vùng ung thư của dạ dày và hạch.
- Không tạo ra các biến chứng cơ quan lân cận.
- Tái lập lại lưu thông giữa dạ dày và ruột non; hoặc thực quản với ruột non.

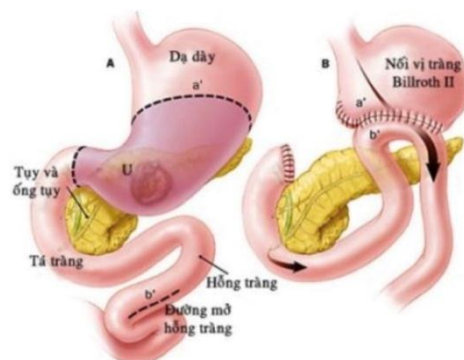
Cụ thể:

- Đánh giá thương tổn: để chọn xem phương pháp mổ: mở hay mổ nội soi; cắt bán phần hay toàn bộ dạ dày.

Cắt bán phần dạ dày:

- Phẫu thuật viên cắt đi phần dưới dạ dày, các hạch lân cận cũng được lấy bỏ vì các hạch này cũng có nguy cơ là tế bào ung thư di căn.
- Phần dạ dày dưới được cắt đi thì tá tràng là phần đầu ruột non được bộc lộ và khâu bít lại. phần dạ dày còn lại được kéo xuống nối với ruột non.

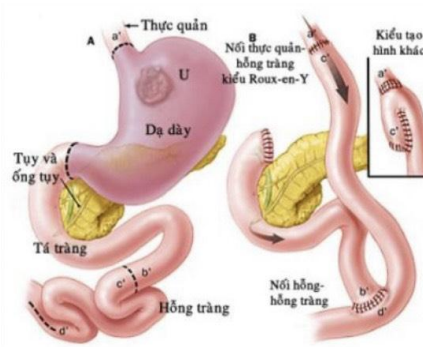
Hình Cắt bán phần DD



Cắt toàn bộ dạ dày:

- Phẫu thuật viên sẽ cắt lấy đi toàn bộ dạ dày và nối trực tiếp thực quản với ruột non.

Hình Cắt toàn bộ dạ dày



- Gửi bệnh phẩm xét nghiệm giải phẫu bệnh.

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 máu miệng nối thông qua sonde dạ dày, viêm phúc mạc do xì miệng nối.
- Đau; mức độ đau sau mổ.
- Khi phẫu thuật bằng gây mê, người bệnh thường bí đái trong ngày đầu, có thể phải đặt sonde bàng quang.

Dùng thuốc:

- Giảm đau, kháng sinh nếu cần; thuốc an thần buổi tối. Thường truyền dịch 1500ml - 2500ml sau mổ được tính kcalo theo thể trạng nhu cầu.

Cho người bệnh ăn nhẹ, tập vận động sớm sau 2 ngày.

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, ống dẫn lưu theo chỉ định của bác sỹ phẫu thuật.
- Thay băng 2 lần/ngày với các dung dịch sát khuẩn sao cho vết mổ nhiễm trùng.

XỬ TRÍ TAI BIẾN:

- Đau sau mổ: Thông thường người bệnh đau ít. Dùng thuốc giảm đau paracetamol,
- Chảy máu: miệng nối theo dõi qua sonde dạ dày tùy mức độ mà xử trí mổ thám sát, nội soi tiêu hóa cầm máu.
- Xì rò miệng nối.
- Liệt ruột sau mổ

- Nhiễm trùng nặng, toàn trạng người bệnh kém, suy kiệt cần điều trị tích cực: kháng sinh toàn thân mạnh, nâng cao thể trạng, chữa các bệnh phối hợp: viêm phổi suy hô hấp, nhồi máu cơ tim, nhiễm trùng niệu, đái tháo đường...
- Dính tắc ruột sau mổ
- Theo dõi lâu dài hẹp miệng nối, ung thư tái phát...

CẮT TÚI THỪA THỰC QUẢN CỔ

ĐẠI CƯƠNG

- Túi thừa thực quản là bệnh lý hiếm gặp. phụ thuộc vào vị trí túi thừa chia làm 3 loại: Túi thừa thực quản cổ (Zenker's) chiếm 70%, túi thừa thực quản 1/3 giữa và túi thừa thực quản 1/3 dưới ngay trên tâm vị.
- Túi thừa gây rối loạn chức năng thực quản, gây trào ngược thức ăn và ứ đọng thức ăn ở túi thừa. Nuốt nghẹn là triệu chứng phổ biến để quyết định việc phẫu thuật. Nội soi can thiệp có thể điều trị túi thừa thực quản cổ.

CHỈ ĐỊNH

- Viêm túi thừa
- Nuốt nghẹn
- Thủng túi thừa
- Viêm, áp xe trung thất
- Rò khí quản
- Nôn

CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Bao gồm các chống chỉ định phẫu thuật nói chung

CHUẨN BỊ

Người thực hiện:

- 01 Phẫu thuật viên chuyên khoa tiêu hóa
- 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

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.

Phương tiện:

- Bộ dụng cụ đại phẫu, van kéo xương ức, van thực quản, chỉ phẫu thuật, thuốc, dịch truyền,...

Dự kiến thời gian phẫu thuật: 120 phút

CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Tư thế: người bệnh nằm ngửa kê gối ở vai, đầu nghiêng sang phải
- Bước 1: Rửa da hình chữ J bờ trước cơ ức đòn chũm, bộc lộ hai bên thành thực quản cổ và khí quản, phẫu tích thất và cắt động mạch giáp trên (không bắt buộc).
- Bước 2: Túi thừa nằm giữa cơ nhẫn hầu và cơ khí hầu. Túi thừa sẽ được cắt bằng máy cắt thẳng nhưng đảm bảo không được kéo túi thừa quá căng để tránh cắt vào niêm mạc gây hẹp thực quản
- Bước 3: Mỏm cắt túi thừa được khâu lại bằng các mũi rời.
- Bước 4: Mở cơ khí hầu 2 – 3 cm là cần thiết
- Bước 5: Đặt 1 dẫn lưu nhỏ

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

- Hô hấp: ngồi dậy, vỗ rung, lý liệu pháp
- Rò miệng nối: nuôi dưỡng qua tĩnh mạch
- Chảy máu: tùy mức độ chảy máu mà có thái độ xử trí: bảo tồn hoặc mổ lại

MỞ BỤNG THĂM DÒ

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.

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).

CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Khi chẩn đoán trước mổ đã chắc chắn.

CHUẨN BỊ

Người thực hiện:

- 01 Phẫu thuật viên chuyên khoa tiêu hoá 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, tuyệt thuốc, 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: 60 phút

CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

Tư thế:

- Người bệnh nằm ngửa, kê gối đệm dưới lưng ngang đốt sống lưng 12 (D12).

Vô cảm:

- Gây mê toàn thân có giãn cơ

Kỹ thuật:

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

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 nổi, 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.

CẮT TÚI THỪA TÁ TRÀNG

ĐẠI CƯƠNG

- Túi thừa của ruột non là bệnh hiếm gặp. Túi thừa ruột bao gồm đủ tất cả các lớp của thành ruột và thường là bẩm sinh, có thể có ở bất kỳ đoạn nào của ruột. Túi thừa tá tràng là túi thừa mắc phải hay gặp nhất trong khi túi thừa Meckel là túi thừa bẩm sinh hay gặp nhất.
- Được phát hiện lần đầu tiên bởi Chomel, bác sĩ giải phẫu bệnh của Pháp, túi thừa tá tràng tương đối hay gặp, chỉ ít hơn túi thừa đại tràng. Tỷ lệ gặp túi thừa tá tràng qua chụp đường tiêu hóa trên từ 1 đến 5%, qua mổ xác là 15 đến 20%. Túi thừa tá tràng gặp ở nữ nhiều gấp 2 lần ở nam và hay phát hiện ở tuổi dưới 40. Túi thừa tá tràng được phân loại là bẩm sinh hay mắc phải, túi thật hay túi giả, trong lòng tá tràng hay ngoài lòng tá tràng. 2/3 đến 3/4 túi thừa tá tràng gặp ở vùng quanh bóng Vater (trong vòng 2 cm tính từ nhú tá tràng lớn) và phát triển từ bờ trong tá tràng.

CHỈ ĐỊNH

- Túi thừa tá tràng có triệu chứng hoặc có biến chứng.

CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Túi thừa tá tràng phát hiện tình cờ không có triệu chứng.

CHUẨN BỊ

Người thực hiện:

- 01 Phẫu thuật viên chuyên khoa tiêu hóa
- 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

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.

Phương tiện:

- Bộ dụng cụ đại phẫu, dao siêu âm, Ligasure, máy cắt nối, chỉ phẫu thuật, thuốc, dịch truyền,...

Dự kiến thời gian phẫu thuật: 120 phút

CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

Tư thế:

- Người bệnh nằm ngửa, kê một gối đệm dưới lưng ngang đốt sống lưng 12 (D12).

Vô cảm:

- Gây mê toàn thân có giãn cơ

Kỹ thuật:

- **Bước 1:** Mở bụng đường trắng giữa trên dưới rốn, làm động tác Kocher rộng để bộc lộ toàn bộ tá tràng từ D1 đến D4, đánh giá vị trí túi thừa tá tràng.
- **Bước 2:** Cắt túi thừa:
 - Với túi thừa ở bờ tự do của tá tràng, dùng kẹp kéo túi thừa căng ra khỏi thành tá tràng, cắt túi thừa quanh gốc, khâu đóng lại thành tá tràng theo chiều ngang hoặc dọc miễn là tránh không gây hẹp tá tràng.
 - Với túi thừa ở bờ mạc treo tá tràng: Mở tá tràng ở bờ tự do, nhận biết túi thừa ở bờ mạc treo, tìm bóng Vater, đánh giá khoảng cách giữa túi thừa và bóng Vater. Nếu túi thừa còn xa bóng Vater thì cắt túi thừa quanh gốc, khâu lại thành tá tràng ở bờ mạc treo. Nếu túi thừa gần bóng Vater thì luồn 1 ống sonde qua ống mật chủ xuống tá tràng để nhận biết và phẫu tích bóng Vater. Kéo căng túi thừa vào lòng tá tràng, cắt túi thừa quanh gốc tránh không cắt vào các cấu trúc của bóng Vater. Kéo ống sonde và bóng Vater vào chỗ khuyết thành tá tràng vừa cắt túi thừa, khâu lại lớp niêm mạc và lớp cơ của bóng Vater vào thành tá tràng. Khâu đóng lại bờ tự do tá tràng
 - Với túi thừa nằm trong nhu mô đầu tụy: Mở bờ tự do tá tràng, dùng kẹp luồn qua cổ túi thừa vào đáy túi thừa, kéo túi thừa về phía lòng tá tràng, cắt quanh gốc túi thừa, khâu lại thành tá tràng ở bờ mạc treo và bờ tự do
- **Bước 3:** Kiểm tra, đặt dẫn lưu, đóng bụng.

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

- Chảy máu tiêu hóa: thường trong 48h đầu hoặc những ngày tiếp theo. Chảy máu đỏ tươi, số lượng nhiều qua sonde dạ dày, người bệnh nôn ra máu, ỉa phân đen, 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 chỗ khâu thành tá tràng, 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.
- Cho ăn lại khi người bệnh có trung tiện.

CẮT U, POLYPE TRỰC TRÀNG ĐƯỜNG HẬU MÔN

ĐẠI CƯƠNG

- Polype trực tràng là bệnh khá thường gặp, đây là những khối u lồi vào trong lòng đại trực tràng, chúng được hình thành do sự tăng sinh quá mức của niêm mạc trực tràng. Polype trực tràng có thể là một hay nhiều khối u đường kính từ vài milimet đến vài centimet, nhô lên bề mặt lòng trực tràng. Polype trực tràng có thể là u lành tính, một số khác có thể biến thành ung thư.

CHỈ ĐỊNH

- Vị trí: Khối u, polype trực tràng 1/3 giữa trở xuống
- Kích thước: Các polype đường kính dưới 2cm, chân hẹp
- Số lượng: Dưới 5 polype

CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Polype đại trực tràng
- Polype chân rộng, tổn thương ung thư hoá thâm nhiễm qua lớp dưới niêm mạc

CHUẨN BỊ

Người thực hiện:

- Phẫu thuật viên tiêu hóa hoặc PTV ngoại chung.

Người bệnh:

- 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.

Phương tiện:

- Van hậu môn, tốt nhất có van Hill Ferguson, bộ dụng cụ trung phẫu.

Dự kiến thời gian phẫu thuật: 90 phút

CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

Tư thế:

- Phụ khoa, có thể nằm sấp.

Vô cảm:

- Gây mê toàn thân, gây tê vùng hoặc gây tê tại chỗ.

Kỹ thuật:

- Đặt van hậu môn
- Xác định chính xác chân polype, cắt polype, cắt sâu xuống lớp cơ niêm của trực tràng
- Khâu lại diện cắt

THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

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 đu ờng tiêm, từ ngày thứ 2 dùng đu ờng uống. Uống thêm thuốc nhuận tràng, tránh táo bón đ ộng 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 trĩ vào hậu môn, không ngâm rửa hậu môn tránh bực đường khâu niêm mạc)/

Xử trí tai biến:

- Chảy máu: thường gặp do vết thương đã được khâu chủ động, thường đại tiện có 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 tê tuỷ sống, hoặc do người bệnh đau nhiều, khó tiểu tiện, nếu cần 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.

KHÂU LỖ THÙNG, VẾT THƯƠNG TRỰC TRÀNG

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.

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)...

CHỐNG CHỈ ĐỊNH:

- Không có chống chỉ định.

CHUẨN BỊ

Người thực hiện:

- Phẫu thuật viên tiêu hoá hay ngoại chung.

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.

Phương tiện:

- Bộ dụng cụ phẫu thuật tiêu hoá kèm val hậu môn.

Dự kiến thời gian phẫu thuật: 90 phút

CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

Tư thế:

- Tư thế sản khoa.

Vô cảm:

- Gây mê nội khí quản.

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).

THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

Điều trị sau mổ:

- Kháng sinh, truyền dịch, giảm đau....

Theo dõi:

Tại chỗ:

- Đánh giá tình trạng vết thương trực tràng (bục chỗ khâu, chảy máu.)

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...
- 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.

Xử trí tai biến:

Tùy thuộc vào các biến chứng có thể điều trị nội khoa hay phải mổ lại.

- 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.

LÀM HẬU MÔN NHÂN TẠO

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.

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.

CHỐNG CHỈ ĐỊNH

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

CHUẨN BỊ

Người thực hiện:

- Phẫu thuật viên tiêu hoá hay ngoại chung

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.

Phương tiện:

- Bộ dụng cụ đại phẫu.

Dự kiến thời gian phẫu thuật: 90 phút

CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

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.

Vô cảm:

- Gây mê nội khí quản hay tê vùng (ngoài màng cứng, tê tại chỗ).

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 thớ 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

THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

Theo dõi:

- Thông thường như sau các trường hợp phẫu thuật bụng khác.
- Theo dõi tình trạng lưu thông và tại chỗ của HMNT.

Xử trí tai biến:

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 38-38,5⁰C. 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.

Tai biến - biến chứng muộn:

- Hậu môn và vùng da xung quanh trĩng xuống: Nhìn nghiêng thấy hậu môn và da thành bụng trĩng 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 cửa. 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 cửa, làm không đúng hay làm đúng nhưng rút que thủy tinh dưới cửa 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).
- 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 cửa. Cửa 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.

- Thẻ 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, nấn 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.

PHẪU THUẬT CẮT DA THỪA CẠNH HẬU MÔN

ĐẠI CƯƠNG

- Da thừa hậu môn gặp khi da vùng quanh lỗ hậu môn to lên và kéo dài ra. Da thừa hậu môn khá thường gặp, có thể là di tích để lại sau một đợt trĩ tắc mạch thoái triển.

CHỈ ĐỊNH

- Da thừa hậu môn lớn gây khó vệ sinh sạch, bất tiện cho người bệnh, mất thẩm mỹ.
- Da thừa hậu môn làm người bệnh khó chịu do cảm giác ngứa, viêm nhiễm (Cần tìm những bệnh lý vùng hậu môn nếu có chảy máu và đau hậu môn, cũng như loại trừ những bệnh lý khác gây ngứa vùng hậu môn.)

CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Chống chỉ định chung của can thiệp ngoại khoa.
- Hậu môn viêm nhiễm
- Da thừa hậu môn phù nề, phình to dạng cục cần làm bilan chẩn đoán bệnh Crohn ống hậu môn.

CHUẨN BỊ:

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 – tầng sinh môn.

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 50cm x 30cm).

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.

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.

Dự kiến thời gian phẫu thuật: 30 – 60 phút

CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

Tư thế:

- Người bệnh nằm ngửa ở tư thế phụ khoa hay nằm sấp đặt gối dưới bụng để bộc lộ rõ vùng hậu môn – trực tràng.

Vô cảm:

- Tùy theo loại thủ thuật, phẫu thuật có thể lựa chọn các hình thức gây tê tại chỗ, châm tê, gây tê vùng, gây mê nội khí quản hay tĩnh mạch.
- Có thể thực hiện dưới gây tê tủy sống hoặc dưới gây tê tại chỗ.

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:

a/ Đánh giá thương tổn:

- Đặt van Hill – Ferguson vào hậu môn
- Đánh giá các thương tổn phối hợp
- Kẹp pince vào phần da thừa hậu môn

b/ Tiêm thấm dung dịch Xylocain có Adrenalin pha loãng để dễ phẫu tích bóc tách. Cắt da ở mép da thừa hậu môn, phẫu tích bóc tách tổ chức dưới da tới niêm mạc hậu môn. Cắt da thừa hậu môn. Khâu mép cắt từ trong ra ngoài, 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).

c/ Kiểm tra lại vết mổ: Cầm máu. Băng betadine.

THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

Theo dõi:

- Thường cho kháng sinh, thuốc giảm đau 3 – 5 ngày. 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 6 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.

Xử trí tai biến:

- Phẫu thuật cắt da thừa hậu môn đơn giản, ít mất máu, ít đau, ít biến chứng sau mổ.
- Chảy máu: có thể biểu hiện dạng tụ máu vùng khâu treo. 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.
- 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 ống thông bàng quang.

PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT ĐẠI TRÀNG PHẢI

ĐẠI CƯƠNG

- Cắt đại tràng phải (không nạo vét hạch) là phẫu thuật cắt bỏ khoảng 10cm hồi tràng, manh tràng, đại tràng lên và đại tràng ngang bên phải. Lập lại lưu thông ống tiêu hóa bằng miệng nối hồi đại tràng ngang.

CHỈ ĐỊNH

- Các khối u lành tính của đại tràng phải
- Bệnh Crohn đại tràng và các biến chứng của nó.
- Bệnh lý túi thừa đại tràng có biến chứng (xuất huyết tiêu hóa, thủng)...
- Đa polyp đại tràng có nguy cơ ác tính.

CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Rối loạn đông máu nặng.
- Có các bệnh lý tim phổi nặng.
- U xâm lấn rộng.
- Ngoài ra ở những người bệnh quá béo, nên cân nhắc thực hiện phẫu thuật cắt đại tràng nội soi.

CHUẨN BỊ

Người thực hiện quy trình phẫu 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 cắt đại tràng.
- 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.

Phương tiện:

- 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, cáp động mạch
- Bàn mổ có thể thay đổi tư thế người bệnh trong mổ...

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.

- Được chuẩn bị đại tràng sạch trước mổ.
- Được bác sĩ gây mê hồi sức khám trước mổ.

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.

CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

Kiểm tra hồ sơ:

Tên tuổi người bệnh, chẩn đoán, chỉ định, chống chỉ định

Kiểm tra người bệnh:

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

Thực hiện kỹ thuật:

Vô cảm: gây mê nội khí quản

Tư thế người bệnh, vị trí kẹp mổ: Người bệnh nằm ngửa. Phẫu thuật viên, người cầm camera và phụ phẫu thuật đứng bên trái. Dụng cụ viên đứng đối diện phẫu thuật viên, phía chân người bệnh. Bàn dụng cụ đặt phía chân người bệnh.

Kỹ thuật:

- Vị trí trocar: Trocar 1: 10mm ở đường giữa đòn phải, trên rốn khoảng 2cm để soi camera. Trocar 2: 5mm đường nách trước phải ngang trocar 1 để đưa dụng cụ phẫu thuật. Trocar 3: 10 mm, đặt dưới mũi ức khoảng 2cm để đưa dụng cụ vén gan. Trocar 4: 5mm, đặt giữa trocar 1 và 3, để đưa dụng cụ phẫu thuật.
- Các bước tiến hành: Trước tiên cần thăm dò ổ bụng để phát hiện tổn thương ở các cơ quan khác.
- *Bước 1:* Giải phóng đại tràng ngang và góc gan: Người bệnh nằm đầu cao, hơi nghiêng sang trái. Bắt đầu phẫu tích từ đoạn giữa đại tràng phải đến đại tràng góc gan. Chú ý tránh làm tổn thương tá tràng.
- *Bước 2:* Giải phóng đại tràng lên. Người bệnh nằm đầu cao, nghiêng trái. Phẫu thuật viên dùng tay trái kéo đại tràng phải sang trái để bộc lộ mạc Told, tay phải dùng móc điện mở mạc Told bên phải để giải phóng đại tràng lên. Phẫu tích đến khi nhìn rõ tá tràng.
- *Bước 3:* Phẫu tích giải phóng góc hồi manh tràng: Người phụ dùng 1 panh kẹp ruột kẹp vào đáy manh tràng, nâng lên và kéo lên phía trên, sang trái.

Phẫu tích giải phóng đoạn cuối hồi tràng và góc hồi manh tràng bằng móc điện hoặc dao hàn mạch. Giải phóng góc hồi manh tràng đến sát gối dưới tá tràng.

- *Bước 4:* Cắt mạc treo đại tràng phải. Phẫu tích mạch mạc treo, cắt bằng dao hàn mạch hoặc kẹp clip rồi cắt. Vì đây là phẫu thuật cắt đại tràng phải áp dụng cho các tổn thương lành tính do đó không cần thắt các nhánh mạch sát gốc.
- *Bước 5:* Mở nhỏ cắt đại tràng và làm miệng nối. Làm miệng nối hồi đại tràng ngang tận bên hoặc bên - bên, dùng dụng cụ khâu nối hoặc nối bằng tay. Khâu lại lỗ mạc treo hồi - đại tràng, hút sạch ổ bụng, đặt O1 dẫn lưu rãnh đại tràng phải. Đóng lại vết mổ và các lỗ trocar.

THEO DÕI

- Theo dõi toàn trạng, các dấu hiệu sinh tồn, dẫn lưu ổ bụng, nước tiểu sau mổ.
- Nuôi dưỡng đường tĩnh mạch trong những ngày đầu, bù đủ nước điện giải, năng lượng cho người bệnh .
- Kháng sinh sau mổ 5 - 7 ngày.
- Cho người bệnh tập ăn cháo, sữa khi người bệnh có trung tiện và tình trạng lâm sàng ổn định.

XỬ TRÍ TAI BIẾN

Tai biến trong mổ:

- Chảy máu trong mổ: Tìm nguyên nhân để xử lý.
- Tổn thương tá tràng: Xử lý theo tổn thương.
- Tổn thương niệu quản: Tạo hình lại niệu quản, đặt JJ nếu cần.

Biến chứng sau mổ:

- Chảy máu sau mổ: Điều trị nội khoa bằng bù dịch, bù máu...nếu tình trạng huyết động người bệnh ổn định. Mổ lại cầm máu khi có sốc mất máu, điều trị nội khoa không kết quả.
- Ổ dịch tồn dư sau mổ: Điều trị nội khoa bằng kháng sinh liều cao, giảm viêm. Dẫn lưu dưới siêu âm hoặc mổ lại nếu điều trị nội không đỡ.
- Bục miệng nối: Mổ lại, đưa hai đầu ra ngoài làm hậu môn nhân tạo tạm thời.
- Tắc ruột sau mổ: Theo dõi sát tình trạng người bệnh, điều trị nội khoa không đỡ thì cần mổ lại kiểm tra và xử lý nguyên nhân.

PHẪU THUẬT NỘI SOI

CẮT ĐẠI TRÀNG PHẢI, NẠO VẾT HẠCH

ĐẠI CƯƠNG

- Cắt đại tràng phải nạo vét hạch là phẫu thuật cắt bỏ khoảng 10cm hồi tràng, manh tràng, đại tràng lên và đại tràng ngang bên phải cùng toàn bộ mạc treo. Lập lại lưu thông ống tiêu hóa bằng miệng nối hồi đại tràng ngang.

CHỈ ĐỊNH

- Ung thư đại tràng từ manh tràng đến đại tràng ngang.

CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Rối loạn đông máu nặng
- Có các bệnh lý tim phổi nặng
- U quá lớn, xâm lấn rộng
- Ngoài ra ở những người bệnh quá béo, nên cân nhắc thực hiện phẫu thuật cắt đại tràng nội soi.

CHUẨN BỊ

Người thực hiện quy trình kỹ thuật:

- Phẫu thuật viên (PTV) có kinh nghiệm trong Phẫu thuật nội soi (PTNS) ổ bụng, đã được đào tạo để thực hiện PTNS cắt đại tràng.
- Bác sĩ gây mê hồi sức: Có kinh nghiệm trong Gây mê hồi sức (GMHS) phẫu thuật nội soi.
- Dụng cụ viên: Đã được đào tạo qua lớp kỹ thuật viên dụng cụ nội soi.

Phương tiện:

- 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...

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.

- Được chuẩn bị đại tràng sạch trước mổ
- Được bác sĩ gây mê hồi sức khám trước mổ.

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.

CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Kiểm tra hồ sơ: Đầy đủ theo quy định Bộ Y tế.
- Kiểm tra người bệnh: Đúng người (tên, tuổi...), đúng bệnh.
- Thực hiện kỹ thuật:
- Vô cảm: gây mê nội khí quản
- Tư thế người bệnh, vị trí kẹp mổ:
- Người bệnh nằm ngửa. PTV, người cầm camera và phụ phẫu thuật đứng bên trái. Dụng cụ viên đứng đối diện PTV, phía chân người bệnh. Bàn dụng cụ đặt phía chân người bệnh.
- Kỹ thuật:

Vị trí trocar: Trocar 1: 10mm ở đường giữa đờn phải, trên rốn khoảng 2cm để soi camera. Trocar 2: 5mm đường nách trước phải ngang trocar 1 để đưa dụng cụ phẫu thuật. Trocar 3: 10 mm, đặt dưới mũi ức khoảng 2cm để đưa dụng cụ vén gan. Trocar 4: 5mm, đặt giữa trocar 1 và 3, để đưa dụng cụ phẫu thuật.

Các bước tiến hành: Trước tiên cần thăm dò ổ bụng để phát hiện tổn thương ở các cơ quan khác.

Bước 1: Phẫu tích mạch đại tràng phải. Mở mạc treo phẫu tích các mạch nuôi đại tràng phải sát gốc: nhánh phải động mạch đại tràng giữa, động mạch đại tràng phải và động mạch hồi manh đại tràng. Kẹp, cắt các nhánh mạch này sát gốc, bảo đảm lấy hết được toàn bộ mạc treo đại tràng tương ứng khi cắt đại tràng phải, lấy hạch.

Bước 2: Giải phóng đại tràng ngang và góc gan: Người bệnh nằm đầu cao, hơi nghiêng sang trái. Bắt đầu phẫu tích từ đoạn giữa đại tràng phải đến đại tràng góc gan.

Bước 3: Giải phóng đại tràng lên. Người bệnh nằm đầu cao, nghiêng trái. Phẫu thuật viên dùng tay trái kéo đại tràng phải sang trái để bộc lộ mạc Told, tay phải dùng móc điện mở mạc Told bên phải để giải phóng đại tràng lên.

Bước 4: Phẫu tích giải phóng góc hồi manh tràng: Người phụ dùng 1 panh kẹp ruột kẹp vào đáy manh tràng, nâng lên và kéo lên phía trên, sang trái. Phẫu tích giải phóng đoạn cuối hồi tràng và góc hồi manh tràng bằng móc điện hoặc dao hàn mạch. Giải phóng góc hồi manh tràng đến sát gối dưới tá tràng.

Bước 5: Mở nhỏ cắt đại tràng và làm miệng nối, hoặc làm miệng nối trong ổ bụng bằng cách cắt hồi tràng và đại tràng ngang và nối bên bên bằng stapler. Khâu lại lỗ mạc treo hồi - đại tràng, hút sạch ổ bụng, đặt 01 dẫn lưu rãnh đại tràng phải. Đóng lại vết mổ và các lỗ trocar.

THEO DÕI

- Theo dõi toàn trạng, các dấu hiệu sinh tồn, dẫn lưu, nước tiểu sau mổ.
- Nuôi dưỡng đường tĩnh mạch trong những ngày đầu. Kháng sinh sau mổ 5 - 7 ngày.
- Cho người bệnh tập ăn cháo, sữa khi người bệnh có trung tiện và tình trạng lâm sàng ổn định.

XỬ TRÍ TAI BIẾN

Tai biến trong mổ:

- Chảy máu trong mổ: Tìm nguyên nhân để xử lý.
- Tổn thương tá tràng: Xử lý theo tổn thương.
- Tổn thương niệu quản: Tạo hình lại niệu quản, đặt JJ nếu cần.

Biến chứng sau mổ:

- Chảy máu sau mổ: Điều trị nội khoa bằng bù dịch, bù máu...nếu tình trạng huyết động người bệnh ổn định. Mổ lại cầm máu khi có sốc mất máu, điều trị nội khoa không kết quả.
- Ổ dịch tồn dư sau mổ: Điều trị nội khoa bằng kháng sinh liều cao, giảm viêm. Dẫn lưu dưới siêu âm hoặc mổ lại nếu điều trị nội không đỡ.
- Bục miệng nối: Mổ lại, đưa hai đầu ra ngoài làm hậu môn nhân tạo tạm thời.
- Tắc ruột sau mổ: Theo dõi sát tình trạng người bệnh, điều trị nội khoa không đỡ thì cần mổ lại kiểm tra và xử lý nguyên nhân.

PHẪU THUẬT CẮT LÁCH NỘI SOI

ĐẠI CƯƠNG

- Lách là tạng nằm sâu trong vòm hoành bên trái, bản chất nhu mô lách rất giòn, dễ chảy máu và mỗi khi đã chảy máu thì rất khó cầm máu. Cắt lách nội soi được thực hiện lần đầu tiên trên thế giới bởi Delaitre B vào năm 1991. Đến nay phẫu thuật cắt lách nội soi đã được thực hiện rộng rãi trên thế giới cũng như trong nước cho hầu hết các bệnh lý của lách.

CHỈ ĐỊNH

- Bệnh lý xuất huyết giảm tiểu cầu.
- Bệnh lý cường lách.
- Thiếu máu huyết tán.
- U nang hoặc áp xe lách.
- Chứng phình động mạch trong động mạch lách.
- Cục máu đông trong mạch máu của lách.
- Ngoài ra còn có một số trường hợp bệnh lý ác tính nhưng chỉ định hạn chế.
- Bệnh bạch cầu hay một số loại U lymphoma có thể ảnh hưởng đến các tế bào giúp cơ thể chống lại các bệnh nhiễm trùng.

CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Các trường hợp chống chỉ định phẫu thuật nội soi nói chung.
- Lách có kích thước quá lớn (độ IV).
- Tăng áp tĩnh mạch cửa.
- Lách lớn trong các trường hợp rối loạn tăng sinh tủy xương.
- Chấn thương lách mức độ nặng.

CHUẨN BỊ

Người thực hiện quy trình kỹ thuật:

- Quá trình phẫu thuật cần được thực hiện bởi các phẫu thuật viên có kinh nghiệm trong lĩnh vực nội soi.

Phương tiện:

- Hệ thống nội soi của hãng Kart Storz cùng với các dụng cụ nội soi chuyên dụng.
- Các endo GIA stappler
- Dao điện đơn cực

- Dao siêu âm
- Dao hàn mạch

Người bệnh:

- Chuẩn bị đầy đủ các xét nghiệm trước phẫu thuật bao gồm các xét nghiệm sinh hóa, huyết học, ECG, siêu âm tim, siêu âm bụng, CT-scanner bụng.
- Điều chỉnh các rối loạn về điện giải, các rối loạn do tình trạng thiếu máu, rối loạn đông máu - cầm máu (đặc biệt là số lượng tiểu cầu), thiếu dinh dưỡng, suy chức năng gan.
- Tiêm ngừa các bệnh nhiễm trùng dễ xảy ra đối với người bệnh chuẩn bị cắt lách: vaccine ngừa các loại nhiễm trùng nặng như pneumococcus, meningococcus, hemophilus influenza cũng rất cần thiết.
- Người bệnh được vệ sinh sạch sẽ và nhịn ăn 8h trước phẫu thuật.
- Thụt tháo nhẹ trước phẫu thuật.

Kháng sinh cephalosporin thế hệ thứ 3: 1g x 1 lọ TMC trước phẫu thuật.

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.

CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Kiểm tra hồ sơ: biên bản hội chẩn, cam kết phẫu thuật, biên bản duyệt mổ, biên bản khám tiền phẫu và tiền mê.
- Kiểm tra người bệnh: đúng người bệnh
- Thực hiện kỹ thuật:
- Người bệnh cần được kiểm tra hồ sơ cũng như đo mạch, huyết áp, nhiệt độ trước khi được tiến hành phẫu thuật.
- Người bệnh được gây mê nội khí quản.
- Tư thế người bệnh nằm ngửa, dạng hai chân, bàn phẫu thuật nghiêng phải 60°, đầu cao chân thấp 45° - 60°, tay trái vắt cao, có đệm ở vùng ngực.
- Phẫu thuật viên đứng giữa hai chân, người phụ đứng bên phải người bệnh cầm camera và vén thùy trái của gan hoặc phẫu thuật viên và người phụ 1 đứng bên phải người bệnh, người phụ 2 đứng bên trái người bệnh.
- Đặt 3 hoặc 4 trocar vào ổ bụng

- Trocar 10mm ở dưới rốn theo phương pháp mở Hasson cho ống kính, bơm hơi ổ bụng với áp lực 10-12mmHg, đưa ống kính quan sát và đặt tiếp các trocar,
- Trocar 5 mm hoặc 10mm dưới hạ sườn trái đường nách trước tương ứng tay phải của phẫu thuật viên dùng để phẫu tích.
- Trocar 5mm dưới hạ sườn trái gần đường giữa tương ứng với tay trái của phẫu thuật viên dùng để kẹp và nâng tổ chức để phẫu tích.
- Trocar 5mm dưới mũi ức (nếu cần) dùng để vén thùy trái của gan và hút, súc rửa trong quá trình phẫu thuật.
- Sau khi nội soi vào ổ bụng kiểm tra và đánh giá tình trạng của lách, tiếp theo đánh giá có khả năng có thể thực hiện được phẫu thuật nội soi hay không sau đó tiến hành.
- Hạ đại tràng góc lách để bộc lộ rộng vùng lách hay cắt dây chằng lách đại tràng.
- Giải phóng cực dưới lách bằng đốt điện, phẫu tích và cắt các mạch máu của cực dưới lách bằng hemolock hoặc có thể sử dụng dao siêu âm nếu có.
- Giải phóng mặt sau lách (cắt dây chằng lách thận và tổ chức liên kết giữa lách và thận, cắt dây chằng hoành lách) sát với cực trên và các các nhánh phình vị của dạ dày, đốt các mạch máu này nếu nhỏ.
- Tiếp theo sẽ giải phóng dây chằng vị - lách từ phía trước. Đến đây việc bộc lộ cuống lách rất dễ dàng và có nhiều cách để kiểm soát bó mạch lách như buộc bằng chỉ, kẹp bằng clip (thắt động mạch trước và tĩnh mạch sau), hoặc sử dụng endo GIA stapler.
- Cho lách vào túi, cắt thành các miếng nhỏ và đưa lách ra ngoài qua đường mổ nhỏ ở trocar rốn.
- Kiểm tra cầm máu kỹ và đặt dẫn lưu hố lách.
- Đóng các lỗ trocar.

THEO DÕI

- Người bệnh sau mổ theo dõi toàn trạng, tình trạng huyết động, tuần hoàn, hô hấp, tình trạng ổ bụng, dịch dẫn lưu.
- Nuôi dưỡng đường tĩnh mạch 1-2 ngày đầu sau mổ, bắt đầu cho ăn nhẹ sau khi người bệnh có trung tiện.
- Sử dụng kháng sinh tĩnh mạch.
- Rút dẫn lưu vào ngày thứ 2-3 sau mổ.

- Kiểm tra các xét nghiệm như công thức máu sau phẫu thuật.

XỬ TRÍ TAI BIẾN

- Tỷ lệ tai biến và biến chứng phụ thuộc vào kinh nghiệm của phẫu thuật viên, kích thước và trọng lượng của lách, tuổi và cân nặng của người bệnh ... các biến chứng bao gồm:
 - Chảy máu: có thể theo dõi và truyền máu, trong một số trường hợp chảy máu nhiều cần phải mổ lại để cầm máu.
 - Áp xe tồn lưu hố lách: Điều trị kháng sinh tích cực, nếu kích thước to có thể chọc hút dưới siêu âm.
 - Nhiễm trùng các lỗ trocar: Điều trị kháng sinh tích cực, vệ sinh, thay băng vết mổ hàng ngày.
 - Viêm tụy: Điều trị theo hướng viêm tụy cấp.
 - Huyết khối tĩnh mạch sâu: Vận động và điều trị tiêu sợi huyết.
 - Thương tổn các cơ quan kế cận như dạ dày, đại tràng hoặc tụy, cơ hoành. Tùy thuộc vào các thương tổn của các cơ quan mà có thái độ xử trí thích hợp.
 - Các biến chứng của phẫu thuật nội soi nói chung. Tùy thuộc vào các thương tổn và biến chứng để có thái độ xử trí thích hợp.

PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT U SAU PHÚC MẠC

ĐẠI CƯƠNG

- U sau phúc mạc tiên phát là tập hợp các loại u phát triển ở trong khoang sau phúc mạc, loại u này hiếm gặp và rất đa dạng, chúng không có nguồn gốc thực sự từ các tạng sau phúc mạc (thận, tuyến thượng thận, niệu quản...). Nguồn gốc mô bệnh học cũng khác nhau, u phát sinh từ trung mô, thần kinh, tế bào mầm hay các nang sau phúc mạc. U sau phúc mạc chiếm khoảng 0,5% của các khối u ác tính và khoảng 0,16% của tất cả các loại khối u. Mức độ lành tính và ác tính khác nhau nhưng chủ yếu là ác tính.
- Phẫu thuật nội soi cắt u sau phúc mạc là phẫu thuật được thực hiện qua nội soi ổ bụng để cắt bỏ toàn bộ khối u ở khoang sau phúc mạc.

CHỈ ĐỊNH

- Các khối u nằm ở khoang sau phúc mạc.

CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Khối ung thư sau phúc mạc xâm lấn các cấu trúc và cơ quan quan trọng không thể cắt bỏ được.
- Người bệnh có chống chỉ định gây mê hoặc bệnh lý tim mạch, hô hấp có chống chỉ định bơm hơi trong ổ bụng.

CHUẨN BỊ

Người thực hiện:

- Người thực hiện là phẫu thuật viên chuyên khoa tiêu hóa hoặc gan-mật tụy có kinh nghiệm về phẫu thuật nội soi.
- Đôi khi cần có sự phối hợp với các phẫu thuật viên của các chuyên khoa khác như thần kinh, cột sống.
- Bác sĩ gây mê hồi sức có kinh nghiệm.

Phương tiện:

- Hệ thống máy và dụng cụ phẫu thuật nội soi ổ bụng.
- Các dụng cụ kiểm soát cầm máu (nếu có càng tốt) bao gồm: dao cắt siêu âm hoặc ligasure, dao đốt cầm máu lưỡng cực (bipolar), hemolock.

Người bệnh:

- Khám lâm sàng trước mổ.

- Xét nghiệm tiền phẫu thông thường.
- Khám đánh giá nguy cơ phẫu thuật khi cần thiết.
- CTScan bụng có tiêm thuốc hoặc MRI bụng có tương phản từ.
- Sinh thiết khối u dưới hướng dẫn của siêu âm hoặc CTScan được chỉ định hạn chế trong một số trường hợp để xác định chẩn đoán trước mổ.
- Chuẩn bị đại tràng đường uống nếu không có chống chỉ định.

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.

CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Kiểm tra hồ sơ: biên bản hội chẩn, cam kết phẫu thuật, biên bản duyệt mổ, biên bản khám tiền phẫu và tiền mê.
- Kiểm tra người bệnh: đúng người bệnh
- Thực hiện kỹ thuật:
- Tư thế:
- Người bệnh nằm ngửa, hai chân dạng và gập gối.
- Vị trí người mổ chính tùy thuộc vào vị trí khối u: Người mổ chính đứng về phía đối bên vị trí khối u, người phụ mổ có thể đứng cùng bên hoặc đối bên với người mổ chính; Người cầm kính soi đứng cùng bên người mổ chính hoặc giữa hai chân người bệnh.
- Dàn máy mổ nội soi đặt đối diện người mổ chính về phía đầu người bệnh.
- Vô cảm:
- Gây mê nội khí quản, đặt ống thông tiểu và thông mũi dạ dày (một số trường hợp).
- Kỹ thuật:
- Vị trí trocar: thường đặt từ 3 đến 5 trocar tùy theo độ khó của ca mổ
 - + 1 trocar 10 ở rốn (kính soi).
 - + 2 trocar: 1 trocar 5 mm (tay trái), 1 trocar 10mm (tay phải) hai bên kính soi sử dụng cho người mổ chính.
 - + Khi cần thiết đặt thêm từ 1 đến 2 trocar 5mm cho người mổ phụ.
- Thăm sát ổ bụng đánh giá giai đoạn bệnh đối với ung thư (di căn phúc mạc và di căn gan, hạch, kích thước và tình trạng xâm lấn của khối u).
- Chuyển tư thế người bệnh đầu cao hoặc thấp và nghiêng để bộc lộ vị trí khối

- Di động mạc treo ruột non hoặc đại tràng để bộc lộ khối u. Bóc tách khối u ra khỏi các cấu trúc mạch máu quan trọng sau phúc mạc động, tĩnh mạch chủ bụng, bó mạch chậu, tĩnh mạch trước xương cùng, niệu quản, tụy, thận...
- Kiểm soát và cắt các nhánh mạch máu vào u. Bóc tách cắt trọn khối u.
- Trong trường hợp u xâm lấn cơ quan lân cận còn cắt được thì cắt khối u mở rộng kèm cắt cơ quan bị xâm lấn thành một khối.
- Kiểm tra cầm máu. Cho bệnh phẩm vào bao.
- Dẫn lưu cạnh vị trí cắt khối u.
- Mở rộng vết mổ trocar rốn hoặc mở bụng nhỏ trên vết để lấy bệnh phẩm.

THEO DÕI

- Theo dõi, chăm sóc sau mổ như mọi trường hợp phẫu thuật bụng: bù đủ nước-điện giải, năng lượng hàng ngày, truyền đủ protein, albumin và máu.
- Sử dụng giảm đau.
- Thông thường dùng kháng sinh dự phòng.
- Nếu không kèm cắt nối ruột, người bệnh uống nước đường, sữa ngày đầu sau mổ, ăn sớm sau khi đã có trung tiện.

XỬ TRÍ TAI BIẾN

Tai biến

- U to không có khả năng mổ nội soi, chuyển mổ mở.
- Chảy máu nhiều không kiểm soát được qua phẫu thuật nội soi: chuyển mổ mở.
- Tổn thương thủng ruột non: khâu lại thành ruột qua nội soi.
- Tổn thương thủng đại tràng: tùy theo mức độ tổn thương và tình trạng đại tràng có thể khâu lại chỗ thủng hoặc mở đại tràng ra da.
- Tổn thương niệu quản: tùy theo mức độ tổn thương mà khâu niệu quản đặt thông JJ niệu quản tổn thương hay nối tận-tận niệu quản kèm đặt thông JJ.

Biến chứng:

- Chảy máu: chảy máu trong ổ bụng (theo dõi qua dẫn lưu, dấu sinh tồn và xét nghiệm công thức máu): cần theo dõi sát tùy mức độ mà cần thiết phải phẫu thuật lại ngay qua nội soi hoặc mổ mở.

- Rò tụy: theo dõi qua dịch dẫn lưu (màu sắc, cung lượng, xét nghiệm amylase/dịch dẫn lưu), đa số các trường hợp điều trị bảo tồn, chỉ định mổ lại nếu rò tạo áp xe trong ổ bụng hoặc viêm phúc mạc.
- Tắc ruột do dính sau mổ: hiếm gặp, theo dõi và xử trí như tắc ruột cơ học.

NỘI SOI Ổ BỤNG CHẨN ĐOÁN

ĐẠI CƯƠNG

- Nội soi ổ bụng chẩn đoán là phẫu thuật được thực hiện qua nội soi ổ bụng để chẩn đoán giai đoạn bệnh (thăm sát khả năng cắt bỏ khối ung thư bao gồm tình trạng di căn trong ổ bụng và mức độ xâm lấn của khối u...) hay xác định chẩn đoán mà các phương tiện cận lâm sàng trước mổ chưa chẩn đoán được.
- Nội soi ổ bụng chẩn đoán có thể chỉ định trong các trường hợp mổ phiên hay mổ cấp cứu.

CHỈ ĐỊNH

Mổ phiên

- Hạch ổ bụng chưa rõ nguyên nhân.
- Báng bụng chưa rõ nguyên nhân.
- Ung thư các cơ quan trong ổ bụng mà không chắc chắn về khả năng cắt bỏ được để tránh mổ bụng lớn không cần thiết.

Mổ cấp cứu

- Vết thương thấu bụng hoặc chấn thương bụng kín chưa rõ có tổn thương tạng hay không.
- Bụng ngoại khoa chưa rõ nguyên nhân.

CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Trong cấp cứu mà tình trạng người bệnh nặng như shock mất máu, shock nhiễm trùng hoặc có nhiều tổn thương phối hợp.
- Người bệnh có chống chỉ định gây mê hoặc bệnh lý tim mạch, hô hấp có chống chỉ định bơm hơi trong ổ bụng.

CHUẨN BỊ

Người thực hiện kỹ thuật

- Người thực hiện là phẫu thuật viên chuyên khoa tiêu hóa hoặc gan-mật tụy có kinh nghiệm về phẫu thuật nội soi.
- Bác sĩ gây mê hồi sức có kinh nghiệm.

Phương tiện

- Hệ thống máy và dụng cụ phẫu thuật nội soi ổ bụng.

Người bệnh:

- Khám lâm sàng trước mổ.
- Xét nghiệm tiền phẫu thông thường.
- Khám đánh giá nguy cơ phẫu thuật khi cần thiết
- Các xét nghiệm chuyên biệt để chẩn đoán bệnh, hội chẩn nhiều chuyên khoa để xác định chẩn đoán bệnh.

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.

CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Kiểm tra hồ sơ: biên bản hội chẩn, cam kết phẫu thuật, biên bản duyệt mổ, biên bản khám tiền phẫu và tiền mê.
- Kiểm tra người bệnh: đúng người bệnh.
- Thực hiện kỹ thuật:
- Tư thế:
- Người bệnh nằm ngửa.
- Vị trí người mổ chính và người phụ tùy thuộc vào kết quả thám sát ổ bụng sau khi đặt kính soi.
- Vô cảm:
- Gây mê nội khí quản, đặt ống thông tiểu và thông mũi dạ dày khi cần thiết.
- Kỹ thuật:
- Vị trí trocar: thường đặt từ 3 đến 4 trocar
+ 1 trocar 10 ở rốn (kính soi).
+ 2 trocar: 2 trocar 5 mm cho người mổ chính.
- Khi cần thiết đặt thêm trocar 5mm cho người mổ phụ.
- Thám sát khả năng cắt bỏ được đối với bệnh đối với ung thư (di căn phúc mạc, màu sắc dịch bụng, tình trạng di căn gan, hạch, kích thước và tình trạng xâm lấn của khối u).
- Hạch bụng hoặc bàng bụng chưa rõ nguyên nhân: thám sát toàn bộ ổ bụng bao gồm: dịch bụng, tình trạng phúc mạc, hạch bụng, các cơ quan trong ổ bụng ở tầng trên và tầng dưới mạc treo đại tràng ngang. Hút dịch để xét nghiệm sinh hóa, tế bào, hoặc soi cấy tìm vi trùng tùy trường hợp. Sinh thiết sang thương nghi ngờ như các nốt ở phúc mạc, gan, hạch, hoặc khối u...

- Vết thương thấu bụng hoặc chấn thương bụng kín chưa rõ có tổn thương tạng hay không hoặc bụng ngoại khoa chưa rõ nguyên nhân: thám sát tình trạng dịch hoặc máu ổ bụng, các tổn thương tạng ở tầng trên và tầng dưới mạc treo đại tràng ngang. Thám sát cẩn thận để tránh bỏ sót thương tổn.

THEO DÕI

- Theo dõi, chăm sóc sau mổ như mọi trường hợp phẫu thuật bụng: bù đủ nước - Điện giải, năng lượng hàng ngày, truyền đủ protein, albumin và máu.
- Sử dụng giảm đau.
- Thông thường dùng kháng sinh dự phòng.
- Người bệnh uống nước đường, sữa ngày đầu sau mổ, ăn sớm sau khi đã có trung tiện.

TAI BIẾN, BIẾN CHỨNG VÀ XỬ TRÍ

Tai biến:

- U to không có khả năng mổ nội soi, chuyển mổ mở.
- Chảy máu nhiều khi sinh thiết hiếm gặp thường kiểm soát được qua nội soi bằng đốt cầm máu bằng bipolar hay khâu cầm máu.

Biến chứng:

- Chảy máu: chảy máu trong ổ bụng (theo dõi qua dẫn lưu, dấu sinh tồn và xét nghiệm công thức máu): cần theo dõi sát tùy mức độ mà cần thiết phải phẫu thuật lại ngay qua nội soi hoặc mổ mở.
- Viêm phúc mạc do sót thương tổn: mổ lại.

HẬU MÔN NHÂN TẠO NỘI SOI

ĐẠI CƯƠNG

- Hậu môn nhân tạo là một chỗ mở ở hồi tràng hay đại tràng trên thành bụng (tạm thời hay vĩnh viễn). Phân di chuyển trong lòng ruột qua chỗ mở này và thoát ra ngoài vào một túi gắn ở thành bụng. Các lỗ thoát này không có van hoặc cơ nên không thể kiểm soát của phân ra ngoài.
- Tác động lớn nhất của hậu môn nhân tạo đối với người bệnh là ảnh hưởng về tâm lý. Người bệnh thường lo lắng về việc có thể tiếp tục sinh hoạt và làm việc bình thường hay không, có bị xa lánh vì mùi hôi từ hậu môn nhân tạo. Bởi vậy, khi cần thiết phải làm hậu môn nhân tạo người bệnh phải được tư vấn về tâm lý trước và sau phẫu thuật để có thể sinh hoạt bình thường sau khi điều trị.
- Về mặt kỹ thuật đây không phải là phẫu thuật phức tạp nhưng không được coi là phẫu thuật nhỏ, vì thường được làm trên những người bệnh có thể trạng kém, ung thư giai đoạn cuối suy kiệt hay mổ cấp cứu.

CHỈ ĐỊNH

- Hậu môn nhân tạo được chỉ định trong một số trường hợp:
- Ung thư đại tràng đến muộn trong giai đoạn trễ không còn khả năng cắt bỏ
- Viêm loét nặng, trực tràng chảy máu
- Bệnh túi thừa đại tràng
- Rò trực tràng âm đạo hay rò trực tràng bàng quang
- Chấn thương
- Rò hậu môn phức tạp xuyên cơ thắt
- Làm hậu môn nhân tạo để bảo vệ miêng nối
- Các rối loạn chức năng khác

CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Không có chống chỉ định làm hậu môn nhân tạo trong tắc ruột và ung thư đại trực tràng.

CHUẨN BỊ

- Người thực hiện quy trình kỹ thuật: là phẫu thuật viên chuyên khoa ngoại tiêu hoá.
- Phương tiện: giàn phẫu thuật nội soi và các dụng cụ nội soi, bộ đồ trung phẫu mổ hở.

- Người bệnh: Trước mổ cần làm các xét nghiệm cơ bản và thăm dò để đánh giá tình trạng hô hấp và tim mạch cũng như mức độ tắc ruột của người bệnh. Người bệnh cần được nhịn ăn 6 giờ trước phẫu thuật.
- 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.

CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Kiểm tra hồ sơ: biên bản hội chẩn, cam kết phẫu thuật, biên bản duyệt mổ, biên bản khám tiền phẫu và tiền mê.
- Kiểm tra người bệnh: đúng người bệnh.
- Thực hiện kỹ thuật:
- Biện pháp vô cảm: Mê nội khí quản.
- Tư thế người bệnh:
- Người bệnh nằm ngửa, hai tay khép. Nếu làm hậu môn nhân tạo đại tràng xuống thì dàn nội soi đặt bên trái, phẫu thuật viên đứng bên phải. Nếu làm hậu môn nhân tạo đại tràng lên hay hồi tràng thì dàn nội soi đặt bên phải, phẫu thuật viên đứng bên trái.
- Kỹ thuật:
- Đặt troca 10mm dưới rốn, bơm hơi ổ bụng với áp lực 12 mmHg, quan sát toàn bộ ổ bụng, đánh giá tình trạng u xâm lấn và các tạng lân cận, sau đó xác định vị trí đoạn ruột cần đưa ra để làm hậu môn nhân tạo. Sau khi xác định đoạn ruột đưa ra làm hậu môn nhân tạo dùng panh cặp vào đoạn ruột để cố định.
- Người phụ cắt bỏ một phần da hình tròn, đường kính 2,5cm rạch dọc đến lớp cân. Không nên cắt bỏ mô mỡ vì đây sẽ là mô đệm cho hậu môn nhân tạo. Rạch lớp cân chéo ngoài sau khi tách các sợi cơ sang hai bên, rạch tiếp lá cân sau. Khi đến phúc mạc thành sẽ là phúc mạc cần thận trọng thành bụng bằng các ngón tay để tạo đường hầm. Nếu đại tràng không giãn, đường hầm có kích cỡ đút lọt hai ngón tay là vừa. Dùng Babcock để đưa đoạn đại tràng ra khỏi thành bụng. Đầu tận của đại tràng được đưa ra khỏi thành bụng khoảng 2cm. Khâu cố định đại tràng vào cân thành bụng bằng bốn mũi khâu ở bốn góc với chỉ tiêu 2.0.
- Tiếp tục khâu cố định đại tràng vào thành bụng bằng các mũi khâu rời sao cho phần đại tràng nhô lên khỏi thành bụng khoảng 0,5-1 cm.

- Kỹ thuật làm hậu môn nhân tạo hồi tràng tương tự như trên.

THEO DÕI 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,...
- 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.

XỬ TRÍ TAI BIẾN

Tắc ruột

- Nguyên nhân:
 - + Đường hầm trên thành bụng quá hẹp
 - + Còn tổn thương ở đoạn đại tràng phía trên hậu môn nhân tạo
 - + Hậu môn nhân tạo bị xoắn hay bị đưa ra lộn đầu
 - + Thoát vị cạnh hậu môn nhân tạo
- Xử trí: Mổ lại tùy tổn thương mà xử trí

Viêm tấy da quanh hậu môn nhân tạo

- Thường xảy ra ở hậu môn nhân tạo hồi tràng.
- Xử trí: dán túi dán để hạn chế dịch chảy ra xung quanh.
- Chăm sóc da: rửa bằng xà phòng trung tính, lau khô thoa thuốc mỡ oxyt kẽm
- Kháng sinh

Áp xe quanh hậu môn nhân tạo:

- Xử trí: cắt chỉ, tách một phần miệng hậu môn nhân tạo ra khỏi mép da để thoát mủ,

thay bằng hàng ngày.

Hoại tử hậu môn nhân tạo:

- Xử trí: theo dõi nếu hậu môn nhân tạo ra phân và phần hoại tử không lan xuống quá lớp cân thành bụng. Mổ lại nếu nghi ngờ xoắn hậu môn nhân tạo hay phần hoại tử lan sâu quá lớp cân thành bụng.

Hậu môn nhân tạo bị tụt và trong ổ phúc mạc:

- Xử trí: mổ lại, làm lại hậu môn nhân tạo. Nếu đến thời điểm đóng hậu môn nhân tạo thì đóng hậu môn nhân tạo.

Thoát vị cạnh hậu môn nhân tạo:

- Xử trí:
 - Khâu hẹp lại lỗ mở thành bụng
 - Khâu dính lại thành đại tràng vào thành bụng

Sa hậu môn nhân tạo:

- Làm lại hậu môn nhân tạo

PHẪU THUẬT TẠO VAN CHỐNG TRÀO NGƯỢC DẠ DÀY-THỰC QUẢN NỘI SOI

ĐẠI CƯƠNG

- Trào ngược dạ dày thực quản là tình trạng dịch acid trào ngược từ dạ dày lên thực quản, là nguyên nhân chính gây viêm thực quản. Kỹ thuật tạo van toàn bộ do Nissen đề xướng năm 1955 và cải tiến sau đó của học trò ông là Rossetti cùng với kỹ thuật tạo van không toàn bộ của Toupet là những kỹ thuật được nhiều phẫu thuật viên (PTV) thực hiện chấp nhận.
- Tất cả các phẫu thuật vùng thực quản tâm phình vị khi mổ mở đều phải thao tác trong vùng sâu, khó tiếp cận và khó thao tác. Khi phẫu thuật nội soi ra đời, nó đã đem lại một cách tiếp cận mới cho phẫu thuật này và đã nhanh chóng được áp dụng trong phẫu thuật chống trào ngược.

CHỈ ĐỊNH

- Người bệnh bị viêm thực quản trào ngược được chẩn đoán bằng triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng đã được điều trị nội khoa đúng phương pháp trong ít nhất 6 tháng mà không đỡ.

CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Thể trạng người bệnh quá yếu không chịu được phẫu thuật.
- Người bệnh già yếu, có nhiều bệnh phối hợp.
- Người bệnh ung thư thực quản.
- Chống chỉ định chung của phẫu thuật nội soi.

CHUẨN BỊ

- Người thực hiện kỹ thuật: Phẫu thuật viên tiêu hóa, nội soi và gây mê hồi sức có kinh nghiệm.
- Phương tiện: Bộ trang thiết bị đồng bộ mổ nội soi.
- Người bệnh:
 - Được làm các xét nghiệm cơ bản, nội soi, Xquang, siêu âm ổ bụng.
 - Nội soi có viêm thực quản trào ngược.
 - Bồi phụ nước và điện giải, kháng sinh dự phòng trước mổ.

- 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.

CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Kiểm tra hồ sơ: Tên tuổi người bệnh, chẩn đoán, chỉ định, chống chỉ định.
- Kiểm tra người bệnh: Đúng người (tên, tuổi,...), đúng bệnh.
- Thực hiện kỹ thuật:
- Vô cảm: Mê nội khí quản.
- Tư thế: Người bệnh nằm ngửa, đầu cao chân thấp một góc 30^0 so với mặt phẳng nằm ngang, 2 chân dạng. Đặt ống thông dạ dày trước mổ. PTV đứng giữa, camera bên phải, phụ phẫu thuật bên trái người bệnh.
- Kỹ thuật
- *Vị trí đặt trocar:*
- Trocar đầu tiên 10mm đặt tại vùng rốn dành cho ống soi, theo phương pháp mở.
- Trocar 10mm đặt tại cạnh phải mũi ức, dùng để đặt que gạt nâng mặt dưới gan trái và dây chằng tròn lên bộc lộ vùng thực quản tâm vị.
- Trocar 5mm trên đường vú phải, dưới bờ sườn 5cm.
- Trocar 10mm đặt ở ngang rốn trên đường trắng bên trái.
- *Trình bày vùng mổ:*
- Gan trái được nâng lên bằng que gạt hình quạt bộc lộ vùng mặt trước thực quản tâm vị.
- Dùng kéo hoặc dao đốt điện hình móc mở mạc nối nhỏ dọc theo bờ cong nhỏ cho tới sát cột trụ hoành phải. Chú ý không làm tổn thương dây thần kinh X phải nhất là nhánh chân ngỗng.
- Tạo khoảng trống sau thực quản: mở một cửa sổ nhỏ phúc mạc ở mặt trước cột trụ hoành phải. Tiếp tục phẫu tích đi dọc theo mặt trước trụ hoành phải xuống phía dưới tới chân chữ V nơi tiếp xúc với trụ hoành trái thì tiếp tục phẫu tích đi lên và sang trái. Mở vào khoảng tổ chức lỏng lẻo mà phía sau là mặt trước hai cột trụ hoành còn phía trước trên chính là mặt sau của thực quản. Bao giờ cũng bám sát mặt sau thực quản, đi dần sang trái sẽ tới khi nhận ra một lớp

- màng mỏng qua đó có thể nhìn thấy phình vị lớn dạ dày hay lách. Đó chính là phúc mạc phía bên trái thực quản tâm vị. Mở qua lớp màng này ta đã sang bên khoang dưới hoành trái. Tiếp tục mở rộng khoang sau thực quản lên trên và xuống dưới cho tới khi ta tạo được một đường hầm rộng rãi đủ để đưa phình vị trái sang để tạo van.
- *Kỹ thuật làm van chống trào ngược:*
 - o *Phẫu thuật Nissen-Rossetti:* Là kỹ thuật tạo van toàn bộ.
- Trước hết khâu một mũi với chỉ không tiêu để khép hai cột trụ hoành lại với nhau, dùng chỉ Ethibon 2/0 và làm nút thắt trong cơ thể. Cũng có thể khâu và sau đó làm nút thắt đẩy từ ngoài vào. Chú ý vị trí khâu để không làm chít hẹp thực quản nhưng cũng không quá rộng để có thể gây thoát vị sau này.
- Để kéo phình vị lớn sang ta đưa một kẹp không chấn thương luôn vào khoảng trống sau thực quản đã được mở sẵn đưa sang bên trái kẹp vào phình vị lớn và kéo qua đó sang bên phải. Để làm việc này dễ dàng có thể đưa que gạt vào khoảng này để nâng thực quản lên cho dễ nhìn và thao tác hoặc sử dụng loại kẹp có thể gấp góc ở đầu.
- Sau khi phình vị lớn đã được kéo sang bên phải qua sau thực quản, khâu một mũi chỉ từ mặt trước phình vị lớn bên trái thực quản với phần phình vị lớn đã đưa sang bên phải để bắt đầu tạo van. Thông thường cần khâu từ 3 đến 4 mũi với chỉ không tiêu tạo ra một đoạn ống bằng phình vị lớn dài khoảng 3 đến 4cm bọc quanh thực quản. Để xác định chính xác độ rộng của van, nếu có thì đặt trong lòng thực quản một ống thông cỡ 22 Fr làm chuẩn, nếu không khi có kinh nghiệm Người thực hiện có thể ước lượng độ rộng của van sao cho sau khi tạo van có thể luôn một cái kẹp phẫu thuật giữa thực quản và van mà không căng là được.
- Thì cuối cùng bao gồm việc khâu các mũi chỉ cố định van vào cột trụ hoành phải và cố định van vào chân cơ hoành hai bên.
 - o *Phẫu thuật Toupet:* Các thì tạo khoảng trống sau thực quản và khâu khép hai cột trụ hoành hoàn toàn giống phẫu thuật Nissen. Riêng khi tạo van chống trào ngược thì thay vì van toàn bộ 360° thì chỉ làm van không toàn bộ 270°. Đưa phình vị lớn qua phía sau thực quản tới bên phải thực quản. Khâu các

- mũi cố định vào cột trụ hoành phải và vào bờ phải thực quản. Nếu là phẫu thuật kèm theo phẫu thuật Heller thì khâu cố định vào mép bên phải của đường mở cơ. ở bên trái cũng kéo mặt trước phình vị lớn khâu vào bờ trái của thực quản và cố định vào chân cơ hoành.
- Sau khi kết thúc phẫu thuật, kiểm tra toàn bộ xem có chảy máu hay biến chứng nào khác, hút sạch vùng dưới hoành trái và phải, tháo các trocar, tháo hơi và đóng lại các lỗ trocar.

THEO DÕI

- Truyền dịch và ống thông dạ dày trong 24 giờ, sau đó người bệnh có thể ăn nhẹ.
- Chụp lưu thông thực quản dạ dày bằng thuốc cản quang tan trong nước trong vòng 36 - 48 giờ để kiểm tra độ lưu thông và chức năng của van.
- Thường người bệnh ra viện sau khi chụp phim có kết quả tốt, trở lại chế độ ăn uống sau 1 tuần.

XỬ TRÍ TAI BIẾN

- Chảy máu là tai biến hay gặp, nguồn chảy có thể là do khi cắt các mạch vị ngấn hay khi tạo đường hầm sau thực quản. Cần xác định rõ chỗ chảy máu để cầm máu.
- Thủng màng phổi trái khi làm đường hầm do đi lạc khỏi khoang phẫu tích gây tràn khí màng phổi. Xử trí bằng luồn 1 ống thông lên khoang màng phổi hút hết khí, thờ áp lực dương và khâu kín khoang màng phổi. Do khí CO₂ dễ hấp thu nên ít khi phải dẫn lưu màng phổi.
- Viêm phúc mạc do thủng thực quản hay phình vị dạ dày do phẫu tích hoặc đốt phải, biến chứng này hiếm gặp.
- Hẹp thực quản do van qua chặt. Xử trí bằng nhịn ăn, thuốc chống viêm phù nề thường có kết quả tốt. Nếu hẹp lâu có thể nong qua đường nội soi.
- Viêm thực quản trào ngược tái phát do van quá rộng, thường xảy ra sau một thời gian mất hết triệu chứng. Xử trí bằng điều trị nội khoa không đỡ thì phải mổ lại.

PHẪU THUẬT NỘI SOI ĐIỀU TRỊ THOÁT VỊ KHE HOÀNH

ĐẠI CƯƠNG

- Cơ hoành là một cấu trúc cân - cơ có hình vòm tạo thành vách ngăn, ngăn cách khoang ngực với khoang bụng. Sự hoàn chỉnh vách ngăn cơ hoành xảy ra vào tuần thứ 8 của thai kỳ.
- Cần phân biệt 2 loại thoát vị cơ hoành: một là thoát vị cơ hoành bẩm sinh ở trẻ em do thất bại trong quá trình phát triển của các nếp gấp phúc - phế mạc từ thời kỳ bào thai, tạo ra khiếm khuyết trên cơ hoành. Khiếm khuyết này làm thông thương khoang ngực với khoang bụng, thường xảy ra nhất là ở vùng sau, bên trái, hay còn gọi là thoát vị qua lỗ Bochdalek. Loại thứ hai không liên quan đến khiếm khuyết của cơ hoành trong quá trình tạo thai mà do tình trạng thoát vị qua một điểm yếu về mặt giải phẫu của cơ hoành-lỗ thực quản, nên còn gọi là thoát vị khe thực quản. Một trong những biểu hiện thường gặp nhất của thoát vị khe thực quản là hiện tượng trào ngược dịch vị từ dạ dày lên thực quản. Hiện tượng trào ngược này có liên quan đến một số yếu tố, trong đó có hoạt động của cơ thắt dưới thực quản. Thoát vị khe thực quản xảy ra ở người trẻ tuổi có thể là thoát vị bẩm sinh, những thoát vị mắc phải thường gặp ở người lớn tuổi.

CHỈ ĐỊNH

- Người bệnh được chẩn đoán là thoát vị hoành với hồ sơ đầy đủ xét nghiệm, chụp phim, nội soi.
- Người bệnh có đủ điều kiện để mổ nội soi.

CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Thể trạng người bệnh quá yếu không chịu được phẫu thuật.
- Người bệnh già yếu, có nhiều bệnh phối hợp.
- Chống chỉ định chung của phẫu thuật nội soi

CHUẨN BỊ

- Người thực hiện quy trình kỹ thuật: bác sỹ chuyên ngành ngoại tiêu hóa.
- Phương tiện: Hệ thống phẫu thuật nội soi và dụng cụ nội soi ổ bụng thông thường. Chỉ không tiêu đa sợi tổng hợp cỡ 2/0.

- Người bệnh: giải thích tư vấn kỹ các tai biến và biến chứng có thể có, nhịn ăn uống trước mổ 12-24 giờ, bơm kích thích đại tiện trước phẫu thuật 12-24 giờ. Tắm và đánh rửa vùng bụng bằng dung dịch sát khuẩn dạng Microshield 1-2 lần trước mổ.
- 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.

CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Kiểm tra hồ sơ: Đầy đủ theo quy định Bộ Y tế.
- Kiểm tra người bệnh: Đúng người (tên, tuổi,...), đúng bệnh.
- Thực hiện kỹ thuật:
- Gây mê: Nội khí quản.
- Tư thế: Người bệnh nằm ngửa đầu cao chân thấp một góc 30° so với mặt phẳng nằm ngang, hai chân dạng một góc 90° . Đặt ống thông dạ dày trước mổ.
- Kỹ thuật:
 - Đưa các tạng trở lại ổ bụng: dùng các kim cặp ruột đưa các tạng trở lại ổ bụng. Nếu dính cần phải gỡ dính cẩn thận tránh làm thủng các tạng.
 - Bọc lộ 2 cột trụ hoành: Sau khi mở mạc nối nhỏ, dùng que gạt nâng thực quản bụng để bóc lộ 2 cột trụ hoành. Khâu khép lại 2 cột trụ hoành bằng chỉ không tiêu đa sợi dạng Ethibon 2.0. Chú ý vị trí khâu không làm chít hẹp thực quản. Tốt nhất là đặt vào thực quản 1 ống thông có cỡ 24 – 26 Fr và khâu trên ống thông để đảm bảo không hẹp.
 - Tạo van chống trào ngược kiểu Rossetti: Đưa một kẹp không chấn thương luồn vào khoảng trống sau thực quản kéo nhẹ nhàng một phần phình vị lớn qua mặt sau thực quản sang bên phải thực quản. Mũi khâu đầu tiên giữa phần phình vị lớn bên phải với mặt trước của phình vị lớn bên trái thực quản sao cho phần phình vị lớn dạ dày ôm quanh thực quản không quá chặt cũng không quá rộng. Thường cần khâu khoảng 3 - 4 mũi chỉ không tiêu để tạo ra được đoạn ống bằng phình vị lớn dài khoảng 3 - 4 cm bọc quanh thực quản. Để xác định chính xác độ rộng của van, đặt trong lòng thực quản ống thông có kích thước 24 - 26 Fr làm chuẩn. Phía trên van được cố định vào chân cơ hoành trái. Phía dưới khâu một mũi cố định vào bên phải dạ dày. Kiểm

tra toàn bộ ổ bụng, hút sạch dưới hoành trái, phải, tháo hơi, rút các trocar, đóng các lỗ.

- Tạo van chống trào ngược kiểu Touper hoặc Dor

THEO DÕI

- Như mọi trường hợp phẫu thuật đường tiêu hóa nói chung.
- Kháng sinh từ 2 đến 5 ngày.
- Cần lưu ý bồi phụ nước và điện giải.

XỬ TRÍ TAI BIẾN

Trong phẫu thuật:

- Thủng thực quản: khâu ngay và tạo hình van toàn bộ.
- Chảy máu: cặp clip cầm máu.

Sau phẫu thuật:

- Cháy máu: mổ lại cầm máu
- Viêm phúc mạc do thủng tạng: mổ lại dẫn lưu hoặc khâu thủng tùy tình trạng ổ bụng.
- Áp xe tồn dư trong ổ bụng: xác định bằng siêu âm hoặc chụp cắt lớp vi tính ổ bụng. Tùy kích thước hướng xử trí khác nhau: điều trị kháng sinh hoặc mổ, chích dẫn lưu.

PHẪU THUẬT NỘI SOI KHÂU THÙNG RUỘT NON

ĐẠI CƯƠNG

- Thuật ngữ “*Phẫu thuật nội soi khâu thùng ruột non*” là để chỉ kỹ thuật mổ khâu một hay nhiều lỗ thùng ruột non do bị chấn thương bụng kín hoặc bệnh lý bằng phẫu thuật nội soi ổ bụng.

CHỈ ĐỊNH

- Thùng ruột non do bệnh lý
- Thùng ruột non do chấn thương bụng kín: có thể có nhiều lỗ

CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Người bệnh thể trạng yếu, sốc do nhiễm trùng, suy thở không cho phép bơm hơi ổ bụng.
- Người bệnh có tiền sử mổ bụng nhiều lần
- Ung thư di căn ra phúc mạc và di căn xa.

CHUẨN BỊ

Người thực hiện:

- Người thực hiện là phẫu thuật viên tiêu hóa có kinh nghiệm mổ nội soi thành thạo, bác sĩ gây mê hồi sức có kinh nghiệm trong mổ nội soi.

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 nội soi ổ bụng

Người bệnh:

- Các xét nghiệm cơ bản (sinh hóa, huyết học, chức năng đông máu)
- Chụp phổi, điện tâm đồ.

Hồ sơ bệnh án:

- Bác sĩ phẫu thuật tư vấn và cho người bệnh ký vào một bản cam kết có thông tin chi tiết về các nguy cơ của phẫu thuật nội soi (tăng CO₂ máu, chuyển mổ mở ...), nguy cơ khi khâu ruột non (chảy máu, tổn thương cơ quan lân cận,

viêm phúc mạc rò tiêu hóa sau mổ) và khả năng phải sử dụng các sản phẩm máu thay thế.

CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Kiểm tra hồ sơ: biên bản hội chẩn, cam kết phẫu thuật, biên bản duyệt mổ, biên bản khám tiền phẫu và tiền mê.
- Kiểm tra người bệnh: đúng người bệnh.
- Thực hiện kỹ thuật
- Vô cảm: Gây mê nội khí quản
- Tư thế:
- Nằm ngửa, 2 chân khép, sonde tiểu
- Giàn nội soi bên phải người bệnh, phẫu thuật viên và người phụ bên trái, dụng cụ viên đối diện với phẫu thuật viên, có thể đổi chỗ khi cần thiết.
- Kỹ thuật
- Đặt Trocar:
 - 3 - 4 trocar (2 - 3 trocar 5mm và 1 trocar 10mm). Trocar 10mm (cho camera) đặt ngay sát dưới rốn; Hai trocar 5mm: 1 trocar đặt hố chậu trái, 1 trocar ở hố chậu phải và có thể đặt thêm 1 trocar 5mm nếu cần.
- Đánh giá tổn thương:
- Đầu tiên là quan sát ống bụng, số lượng dịch, có máu hay không (trong chấn thương bụng kín), nếu là chấn thương thì cần kiểm tra kỹ cả tạng đặc như lách, gan, tụy và thận. Dùng kim kẹp ruột kiểm tra dạ dày, đại tràng, sau đó kiểm tra ruột non từ góc Treitz đến hồi tràng để tìm lỗ thủng. Trong quá trình kiểm tra có thể kết hợp hút sạch dịch và gửi để cấy và kháng sinh đồ.
- Súc rửa ổ bụng:
- Sau khi tìm thấy lỗ thủng thì tiến hành súc rửa ổ bụng, súc rửa bằng dung dịch NaCl 0,9% ấm.
- Xử lý lỗ thủng:
 - + Nếu thủng do bệnh lý: xén mép lỗ thủng làm giải phẫu bệnh lý
 - + Nếu lỗ thủng nhỏ, có thể khâu nội soi bằng 1 mũi chữ X
 - + Nếu lỗ thủng lớn hoặc nhiều lỗ thủng xa nhau, mở bụng khoảng 2-3 cm, đưa quai ruột ra ngoài khâu ngang lại bằng chỉ tiêu chậm.

- + Nếu có nhiều lỗ thủng gần nhau kích thước lớn, mở bụng khoảng 2-3 cm đưa quai ruột ra ngoài, cắt đoạn ruột chứa các lỗ thủng, nối lại tận tận và đưa vào lại ổ bụng.
- Dẫn lưu ống bụng và đóng các lỗ trocar:
- Dẫn lưu ống bụng đưa ra lỗ trocar 5mm hố chậu phải, đầu dẫn lưu ở Douglas. Đóng lại các lỗ trocar.

THEO DÕI

- Như mọi trường hợp phẫu thuật đường tiêu hóa nói chung, sau mổ người bệnh lưu sonde dạ dày, dùng phối hợp ít nhất 2 loại kháng sinh (Metronidazol và Cephalosporine) tiêm trong 5 - 7 ngày.

XỬ TRÍ TAI BIẾN

- Trong lúc mổ: Chảy máu do làm tổn thương các mạch máu. Xử trí bằng khâu cầm máu lại hoặc bằng clip. Nếu không cầm máu được phải chuyển sang mổ mở, tránh gây tụ máu lớn tại mạc treo.
- Sau mổ:
 - + Chảy máu trong ổ bụng: Cần mổ lại sớm để kiểm tra và xử trí cầm máu.
 - + Bục chỗ khâu hoặc miệng nối: Cần mổ lại sớm.
 - + Chít hẹp chỗ khâu hoặc miệng nối: Mổ lại để giải quyết nguyên nhân.

QUY TRÌNH TÁN SỎI QUA DA KHÔNG MỞ THẬN RA DA

ĐỊNH NGHĨA

- Sử dụng các nguồn năng lượng khác nhau như: Laser, siêu âm, thủy điện lực phá vỡ sỏi thận thành những mảnh nhỏ để lấy ra ngoài qua đường hầm nhỏ (đường kính dưới 20 Fr) qua đường hầm qua da vào thận và không mở thận ra da.

CHỈ ĐỊNH

Trước mổ

- Sỏi bể thận hoặc đài thận có kích thước 10 – 20 mm:
- Không có chỉ định tán sỏi ngoài cơ thể (Hounsfield > 1000 đv) [1].
- Tán sỏi ngoài cơ thể thất bại.
- Sỏi bể thận hoặc đài thận có kích thước từ 20 - 35 mm.
- Sỏi bể thận từ 10 - 35 mm kèm với sỏi 01 đài thận.
- Tất cả bệnh nhân đều được dự kiến dùng chỉ một đường hầm từ da vào thận kích thước nhỏ (Miniperc PCNL).

Trong mổ

- Sạch sỏi trên màn hình C-arm.
- Không ghi nhận chảy máu nhiều khi mổ.
- Không thủng đài bể thận đáng kể.

CHỐNG CHỈ ĐỊNH:

- Sỏi trên thận có bất thường về giải phẫu như thận móng ngựa, thận xoay, hẹp khúc nối bể thận – niệu quản, bể thận đôi...
- Sỏi kích thước lớn trên 35 mm, có thể phải tán sỏi trên 2 giờ, sỏi phức tạp, sỏi san hô.
- Nhiễm khuẩn đường tiết niệu chưa điều trị.
- Sỏi trên thận độc nhất, sỏi trên thận ghép.

- Bệnh nhân không đồng ý, chống chỉ định gây mê, không nằm sấp được do có bệnh tim mạch như nhịp chậm xoang, suy tim; bệnh phổi tắc nghẽn mãn tính (COPD), có rối loạn đông máu.

CHUẨN BỊ

Người thực hiện quy trình

- Phẫu thuật viên tiết niệu được đào tạo về tán sỏi qua da và có kinh nghiệm.

Phương tiện

- Dán máy nội soi thận thường quy: ống nội soi thận có đường nước ra vô hoạt động tốt, ống kính 0° có kênh thao tác có thể đưa dây dẫn laser và tán sỏi hoặc rọ gấp sỏi.
- Ống soi bàng quang và niệu quản để soi đặt thông niệu quản như thủ thuật UPR.
- Máy C-arm với màn hình huỳnh quang tăng sáng và thuốc cản quang.
- Máy siêu âm đầu dò chuyên dụng cho thận.
- Máy laser Holium – Yag công suất 40W trở lên
- Bản mô chuyên dụng trong tán sỏi qua da.
- Bộ dụng cụ chọc dò, nong và tạo đường hầm vào thận.
- Bộ dụng cụ đặt thông niệu quản UPR.
- Hệ thống và dung dịch tưới rửa.

Người bệnh

Hồ sơ bệnh án

CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Kiểm tra bản kiểm an toàn người bệnh: Người bệnh (đúng người bệnh, đúng bên đánh dấu,...) và hồ sơ bệnh án (biên bản hội chẩn, cam kết phẫu thuật, biên bản duyệt mổ, bản khám tiền mê,...)
- Thực hiện kỹ thuật:
- Phương pháp vô cảm: Tất cả các trường hợp đều được gây mê nội khí quản.

- Đặt thông niệu quản ngược dòng:
- Bệnh nhân nằm tư thế sản phụ khoa.
- Đặt máy soi bàng quang.
- Đưa thông niệu quản 6 Fr ngược dòng lên đến bể thận.
- Bơm thuốc cản quang xem hệ thống đài bể thận dưới màn hình tăng sáng.
- Rút máy soi, đặt thông Foley niệu đạo. Dán cố định thông niệu quản và thông Foley niệu đạo vào chân bệnh nhân.
- Chuyển bệnh nhân sang tư thế nằm sấp :
- Đặt gối độn dưới vai, cánh tay dang ra 90° và để thấp hơn vai, cẳng tay thấp hơn cánh tay.
- Đặt một gối độn khác ở vùng bụng thắt lưng lên khoảng 30° và giữ cố định thận khi chọc dò.
- Gấp 2 đùi xuống 10° - 15° để mông không bị nhô lên cản trở thao tác khi soi thận.



- Tư thế bệnh nhân gấp khoảng 10° – 15°
- Tiến hành phẫu thuật:
- Gồm 3 giai đoạn chính:

Chọc dò đài thận:

- Xác định đài thận cần chọc dò: bơm thuốc cản quang (Telebrix 30) qua thông niệu quản, quan sát dưới màn huỳnh quang tăng sáng để xác định đài thận cần chọc dò.
- Vị trí đâm kim: Đối với sỏi bể thận đơn thuần có hoặc không có sỏi đài dưới, đâm kim vào trung điểm của đoạn thẳng có phương theo trục đài dưới sau nối từ điểm hình chiếu của điểm thấp nhất của đài dưới sau thận lên da và điểm cắt giữa mào chậu và đường thẳng theo trục đài dưới thận. Đối với sỏi đài trên hoặc đài giữa đơn thuần, điểm đâm là hình chiếu của tâm viên sỏi trên da theo trục trước sau cơ thể từ thành lưng.
- Chọc vào đài thận: có 3 phương pháp đâm kim:
 - Phương pháp sử dụng 2 mặt phẳng (biplan):
 - Mặt phẳng trước sau: để hướng mũi kim ra ngoài hoặc vào trong.
 - Mặt phẳng nghiêng: để hướng mũi kim lên (nông) hoặc xuống (sâu).
 - Phương pháp tam giác vuông (triangel):
 - Xác định các mốc giải phẫu như sau: Điểm A là điểm cần đâm vào đài dưới thận, điểm H là hình chiếu của điểm A trên da ở thành lưng và theo trục trước sau cơ thể, vẽ phương theo trục đài dưới thận (phương d), điểm B là điểm trên da là giao điểm giữa phương d và mào chậu, điểm C là trung điểm của đoạn thẳng HB trên da, điểm D nằm trên trục trước sau cơ thể qua điểm B về phía sau 1 đoạn AH.
 - Điểm đâm kim là điểm C và đường đâm là đường thẳng qua 2 điểm CD
 - Phương pháp đâm trực tiếp vào đài thận theo trục trước sau của cơ thể vào vị trí hình chiếu của sỏi trên thành lưng, có thể xô dịch qua lại một đoạn nếu bị che bởi các cấu trúc khác của thành lưng.
 - Luồn dây dẫn vào đến đài trên hoặc xuống niệu quản với chiều dài thích hợp. Phần lớn các trường hợp luồn thêm một sợi dây dẫn an toàn khác (safety guidewire). Thao tác nong đường hầm dựa trên sợi thứ hai. Sợi thứ nhất có vai trò như dây dẫn an toàn được giữ nằm ngoài amplatz và máy soi thận.
- Tạo đường hầm:
 - Dùng bộ nong nhựa nong đường hầm tối đa đến số 20 Fr

- Đặt Amplat Sheath tối đa 20 Fr.
- Đặt máy soi thận kích thước nhỏ.
- Tán sỏi:
 - Dùng máy tán sỏi laser hoặc siêu âm tán viên sỏi vỡ hoàn toàn thành bụi sỏi.
 - Rút máy soi và có thể bơm gel sinh học cầm máu.
- Trong mổ
 - Ghi nhận thời gian tán sỏi: tính từ lúc bắt đầu đặt thông niệu quản ngược dòng cho đến lúc kết thúc đặt dẫn lưu thận. Nếu mổ kéo dài trên 2 giờ thì nên tiến hành mở thận ra da.
 - Cấy nước tiểu trong khi mổ nếu khi tán thấy sỏi lớn và quang trường đục nhiều. Tiến hành mở thận ra da hoặc đặt thông JJ để chuyển lưu nước tiểu.
 - Theo dõi các tai biến, biến chứng của cuộc mổ, nếu có thì nên mở thận ra da, ví dụ:
 - Chảy máu trong mổ.
 - Tổn thương cơ quan lân cận: thủng ruột, tổn thương gan, lách,...
 - Thủng đài bể thận.
 - Biến chứng ở ngực: tràn máu, tràn khí màng phổi, tổn thương phổi...
 - Biến chứng khác.
 - Nếu không có các biến chứng nêu trên, thời gian mổ dưới 2 giờ và không nghi ngờ nhiễm khuẩn niệu thì tiến hành rút máy mà không cần mở thận ra da.

THEO DÕI

- Hậu phẫu thứ nhất được xét nghiệm siêu âm và thử công thức máu.
- Nếu không tụ dịch quanh thận chúng tôi rút thông niệu quản. Nếu bệnh nhân không đau, không sốt, vết mổ không rò nước tiểu chúng tôi sẽ cho rút thông niệu đạo bàng quang và bệnh nhân được xuất viện ngày thứ 2 hoặc thứ 3 tùy vào mức độ đau của bệnh nhân.

- Nếu có tụ dịch, sốt sỏi lớn, rò nước tiểu và chảy máu chúng tôi cho thay thông niệu quản bằng thông JJ. Nếu bệnh nhân không đau, không sốt và hết chảy máu chúng tôi sẽ bệnh nhân được xuất viện.
- Kháng sinh được dùng dự phòng trước mổ và một liều sau mổ cách 12 giờ. Nếu nghi ngờ có nhiễm khuẩn niệu thì cho cấy nước tiểu và chuyển kháng sinh điều trị. Nếu kết quả cấy nước tiểu dương tính kháng sinh sẽ được dùng ít nhất 1 sau mổ, nếu âm tính bệnh nhân sẽ được dùng đến khi xuất viện.
- Theo dõi biến chứng sau mổ:
 - Nhiễm khuẩn đường tiết niệu.
 - Chảy máu sau mổ.
 - Sỏi tụt xuống gây nghẹt niệu quản.

XỬ TRÍ TAI BIẾN – BIẾN CHỨNG

- Cháy máu: tùy mức độ, bơm bóng thông mở thận ra da kéo cầm máu, theo dõi máu ra theo dẫn lưu thận và mổ mở cầm máu khi cần.
- Thủng các cơ quan lân cận: nếu nhỏ thì theo dõi sát và mổ mở thì dẫn lưu riêng biệt các cơ quan và thận thành 2 nhóm dẫn lưu khác nhau.
- Sốc nhiễm khuẩn: dẫn lưu tốt và hồi sức tích cực với kháng sinh mạnh
- Các biến chứng khác: đứt dây dẫn hay dây laser thì phải đảm bảo lấy các dị vật ra ngoài cơ thể bệnh nhân, mổ mở khi cần thiết.