

BỘ Y TẾ

**CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM
Độc lập - Tự do - Hạnh phúc**

Số: 4491 /QĐ-BYT

Hà Nội, ngày 19 tháng 8 năm 2016

QUYẾT ĐỊNH

**Về việc ban hành tài liệu Hướng dẫn quy trình kỹ thuật Ngoại khoa
Chuyên khoa Phẫu thuật Tiêu hóa**

BỘ TRƯỞNG BỘ Y TẾ

Căn cứ Luật khám bệnh, chữa bệnh năm 2009;

Căn cứ Nghị định số 63/2012/NĐ-CP ngày 31/8/2012 của Chính Phủ quy định chức năng, nhiệm vụ, quyền hạn và cơ cấu tổ chức của Bộ Y tế;

Xét Biên bản họp của Hội đồng nghiệm thu Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật Ngoại khoa của Bộ Y tế;

Theo đề nghị của Cục trưởng Cục Quản lý Khám, chữa bệnh,

QUYẾT ĐỊNH:

Điều 1. Ban hành kèm theo Quyết định này tài liệu “Hướng dẫn quy trình kỹ thuật Ngoại khoa, chuyên khoa Phẫu thuật Tiêu hóa”, gồm 60 quy trình kỹ thuật.

Điều 2. Tài liệu “Hướng dẫn quy trình kỹ thuật Ngoại khoa, chuyên khoa Phẫu thuật Tiêu hóa” ban hành kèm theo Quyết định này được áp dụng tại các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.

Căn cứ vào tài liệu hướng dẫn này và điều kiện cụ thể của đơn vị, Giám đốc cơ sở khám bệnh, chữa bệnh xây dựng và ban hành tài liệu Hướng dẫn quy trình kỹ thuật Ngoại khoa, chuyên khoa Phẫu thuật Tiêu hóa phù hợp để thực hiện tại đơn vị.

Điều 3. Quyết định này có hiệu lực kể từ ngày ký ban hành.

Điều 4. Các ông, bà: Chánh Văn phòng Bộ, Cục trưởng Cục Quản lý Khám, chữa bệnh, Chánh Thanh tra Bộ, Cục trưởng và Vụ trưởng các Cục, Vụ thuộc Bộ Y tế, Giám đốc các bệnh viện, viện có giường bệnh trực thuộc Bộ Y tế, Giám đốc Sở Y tế các tỉnh, thành phố trực thuộc trung ương, Thủ trưởng Y tế các Bộ, Ngành và Thủ trưởng các đơn vị có liên quan chịu trách nhiệm thi hành Quyết định này./.

Nơi nhận:

- Như Điều 4;
- Bộ trưởng Bộ Y tế (để b/c);
- Các Thứ trưởng BHYT;
- Bảo hiểm Xã hội Việt Nam (để phối hợp);
- Công thông tin điện tử BHYT;
- Website Cục KCB;
- Lưu VT, KCB.

**KL. BỘ TRƯỞNG
THỦ TRƯỞNG**

Nguyễn Viết Tiến

BỘ Y TẾ

CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM
Độc lập - Tự do - Hạnh Phúc

DANH SÁCH 25 HƯỚNG DẪN QUY TRÌNH KỸ THUẬT NGOẠI KHOA
CHUYÊN KHOA PHẪU THUẬT TIÊU HÓA

*(Ban hành kèm theo Quyết định số /QĐ-BYT ngày tháng năm 2016
của Bộ trưởng Bộ Y tế)*

TT	TÊN QUY TRÌNH KỸ THUẬT
1.	Mở ngực thăm dò
2.	Mở ngực thăm dò, sinh thiết
3.	Đưa thực quản ra ngoài
4.	Dẫn lưu áp xe thực quản, trung thất
5.	Khâu lỗ thủng hoặc vết thương thực quản
6.	Lấy dị vật thực quản đường cổ
7.	Lấy dị vật thực quản đường ngực
8.	Lấy dị vật thực quản đường bụng
9.	Cắt thực quản, tạo hình thực quản bằng dạ dày đường bụng, ngực, cổ
10.	Cắt thực quản, tạo hình thực quản bằng dạ dày không mổ ngực
11.	Đóng rò thực quản
12.	Đóng lỗ rò thực quản – khí quản
13.	Cắt túi thừa thực quản cổ
14.	Cắt túi thừa thực quản ngực
15.	Cắt đoạn thực quản, dẫn lưu hai đầu ra ngoài
16.	Cắt nối thực quản
17.	Tạo hình thực quản bằng dạ dày không cắt thực quản
18.	Phẫu thuật điều trị thực quản đôi
19.	Phẫu thuật điều trị teo thực quản
20.	Nạo vét hạch trung thất
21.	Nạo vét hạch cổ
22.	Tạo van chống trào ngược dạ dày – thực quản
23.	Lấy dị vật thực quản đường ngực
24.	Lấy dị vật thực quản đường bụng
25.	Lấy dị vật thực quản đường cổ
26.	Mở bụng thăm dò
27.	Mở bụng thăm dò, sinh thiết
28.	Nội vị tràng
29.	Cắt dạ dày hình chêm
30.	Cắt đoạn dạ dày
31.	Cắt đoạn dạ dày và mạc nối lớn
32.	Cắt toàn bộ dạ dày
33.	Cắt lại dạ dày
34.	Nạo vét hạch D1
35.	Nạo vét hạch D2

36.	Nạo vét hạch D3
37.	Nạo vét hạch D4
38.	Khâu lỗ thủng dạ dày tá tràng
39.	Phẫu thuật Newmann
40.	Khâu cầm máu ổ loét dạ dày
41.	Cắt thần kinh X toàn bộ
42.	Cắt thần kinh X chọn lọc
43.	Cắt thần kinh X siêu chọn lọc
44.	Cắt tá tràng bảo tồn đầu tụy
45.	Khâu túi thừa thừa tá tràng
46.	Cắt túi thừa tá tràng
47.	Cắt bóng Vater và tạo hình ống mật chủ, ống Wirsung qua đường mở D2 tá tràng
48.	Phẫu thuật đóng rò trực tràng - niệu đạo
49.	Phẫu thuật đóng rò trực tràng - niệu quản
50.	Phẫu thuật cắt u, polype trực tràng đường hậu môn
51.	Khâu nối cơ thắt hậu môn
52.	Lấy dị vật trực tràng
53.	Cắt toàn bộ mạc treo trực tràng
54.	Khâu lỗ thủng, vết thương trực tràng
55.	Làm hậu môn nhân tạo
56.	Phẫu thuật điều trị bệnh Rectocele
57.	Phẫu thuật điều trị rò trực tràng - tầng sinh môn
58.	Phẫu thuật điều trị rò trực tràng - tiểu khung
59.	Phẫu thuật điều trị táo bón do rối loạn cơ thắt cơ mu - trực tràng
60.	Phẫu thuật cắt da thừa cạnh hậu môn

KT. BỘ TRƯỞNG
THỦ TRƯỞNG



Nguyễn Viết Tiến

MỞ NGỰC THĂM DÒ

I. ĐẠI CƯƠNG

Có 6 đường mở ngực thăm dò:

- **Mở ngực sau bên:** đường mở này đi trực tiếp vào vùng rốn phổi và quai động mạch chủ, tuy nhiên phải cắt nhiều cơ (qua 2 bình diện).

- **Mở ngực trước bên** rất hay dùng trong phẫu thuật tim, đảm bảo thẩm mỹ vì đường rạch da thường đi dưới vú. Về mặt giải phẫu, có cơ ngực lớn ở trước, cơ răng to ở bên, các thớ của 2 cơ này đi gần vuông góc với nhau.

- **Mở ngực bên:** do có đặc điểm giải phẫu vùng ngực bên rất ít cơ, bình diện nông có cơ lưng to ở phía sau, cơ này không cần cắt mà chỉ vén ra là đủ; bình diện sâu có cơ răng to với các thớ đi song song với khoang liên sườn, nên có thể tách ra được. Đường mở này có ưu điểm là giảm đau gây cản trở hô hấp sau mổ, hạn chế nhiễm trùng, tuy nhiên phẫu trường thường nhỏ.

- **Mở ngực sau :** thực tế ít sử dụng đường mở này vì phải cắt nhiều cơ. Nó cho phép tiếp cận trực tiếp vào chạc 3 khí - phế quản và cây phế quản. Đường mở này cắt ngang cơ lưng to, cơ thang ở lớp nông, và cơ thoi, một phần ngoài khối cơ cạnh sống ở sâu.

- **Cắt sụn sườn 5 :** là đường mở ngực rất nhỏ, nhằm đi vào vùng màng tim nằm ngay sau các sụn sườn ở bờ trái xương ức. Chỉ dùng cho các trường hợp cần thăm dò khi nghi ngờ có chấn - vết thương tim, lâm sàng không rõ ràng mà lại không có siêu âm tim.

- **Đường mở dọc giữa xương ức:** đường mở dành cho tim, có thể xử trí tất cả các buồng tim và tĩnh mạch chủ trên

II. CHỈ ĐỊNH

- Vết thương và chấn thương tim
- Vỡ cơ hoành, chủ yếu ở bên trái.
- Tràn máu màng phổi nhiều : ngay sau chấn thương (trong khoảng 6 giờ) mà dẫn lưu màng phổi tối thiểu thấy số lượng máu ra > 1000 ml ; hoặc theo dõi sau khi dẫn lưu, thấy máu (đỏ, nóng) chảy ra qua dẫn lưu > 200 ml /giờ trong 2 giờ.
- Tràn khí màng phổi nhiều : sau dẫn lưu, khí ra rất nhiều, tình trạng lâm sàng không cải thiện hoặc xấu đi. Thường do thương tổn vỡ khí quản - phế quản lớn, hay thương tổn rộng ở nhu mô phổi.
- Một số trường hợp vết thương ngực - bụng.
- Bệnh lý tim mạch

- Bệnh lý phổi mang phổi
- Bệnh lý thực quản
- Các loại u trung thất

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Không có chống chỉ định tuyệt đối

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện:

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

2. Người bệnh

- Được chẩn đoán bệnh, xét nghiệm sinh học, đánh giá toàn trạng bệnh phổi 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, thụt tháo, vệ sinh vùng phẫu thuật và toàn thân.

3. Phương tiện: bộ dụng cụ đại phẫu, van kéo xương ức, van thực quản, chỉ phẫu thuật, thuốc, dịch truyền,...

4. Dự kiến thời gian phẫu thuật: 60 phút

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Tư thế: nghiêng trái hoặc phải tùy vị trí thương tổn

2. Gây mê : nhìn chung là gây mê nội khí quản thông thường. Một số ít trường hợp cần làm xẹp một bên phổi để thuận lợi cho phẫu thuật, thì phải dùng loại ống nội khí quản đặc biệt có 2 nòng để đặt vào 2 phế quản riêng biệt (ống Carlens). Trong trường hợp có tràn máu hay tràn dịch màng phổi thì phải dẫn lưu màng phổi trước khi đặt ống nội khí quản.

3. Kỹ thuật

- **Mở ngực sau - bên :**

Đường mở này đi trực tiếp vào vùng rốn phổi và quai động mạch chủ, tuy nhiên phải cắt nhiều cơ (qua 2 bình diện).

. *Đặt tư thế* : người bệnh được đặt nghiêng 90° , có 1 gối độn ở dưới nách, phẫu thuật viên đứng phía lưng, phụ đứng đối diện.

. Đường rạch da bắt đầu phía lưng, dưới góc sau xương bả vai, sau đó đi song song với bờ sống của xương bả, cách bờ này khoảng 2 cm, rồi đi xuống phía mỏm xương bả và vòng ra trước theo hướng xương sườn. Cắt tổ chức dưới da tới lớp cơ nông.

. Lớp cơ : sau khi qua tổ chức dưới da, thấy bờ dưới cơ thang phía góc sau vết mổ. Cắt ngang toàn bộ cơ lưng to, bộc lộ cực dưới xương bả. Cắt lớp cân dưới xương bả, đi ra sau, sát tới chân cơ thoi, tới tận vùng gai ngang, và đi ra trước hướng xuống dưới theo bờ sau dưới của cơ răng to. Dùng 1 Farabeuf kéo mạnh bờ dưới cơ lưng to xuống thì có thể tới tận chỗ bám của cơ răng to ở xương sườn 8,9. Cắt 1 phần chỗ bám của cơ răng to và bóc tách, kéo nó về phía trước, như vậy đã bộc lộ rõ các xương sườn và khoang liên sườn. Dùng Farabeuf kéo mạnh mỏm xương bả, lùa bàn tay vào bóc tách tới tận đỉnh phổi và đếm thứ tự các khoang liên sườn để chọn khoang cần mở.

. Mở khoang liên sườn qua bờ trên xương sườn, cần cầm máu kỹ góc sau, sát cột sống.

. Banh ngực, má trên của banh đặt đúng vào vị trí của mỏm xương bả.

- **Mở ngực bên không cắt cơ :**

Do có đặc điểm giải phẫu vùng ngực bên rất ít cơ, bình diện nông có cơ lưng to ở phía sau, cơ này không cần cắt mà chỉ vén ra là đủ; bình diện sâu có cơ răng to với các thớ đi song song với khoang liên sườn, nên có thể tách ra được. Đường mở này có ưu điểm là giảm đau gây cản trở hô hấp sau mổ, hạn chế nhiễm trùng, tuy nhiên phẫu trường thường nhỏ.

. *Đặt tư thế* : người bệnh trong tư thế nghiêng 90° , có độn một gối ngang mức mỏm xương bả. Phẫu thuật viên đứng ở trước hay sau tùy tình huống.

. Rạch da : tùy theo khoang liên sườn định mở, thường dùng khoang liên sườn 5. Rạch da theo chiều xương sườn, đi từ nếp hằn cơ lưng to ra phía trước, dưới nếp vú nếu ở phụ nữ.

. Bóc tách tổ chức dưới da tới sát bờ trước cơ lưng to.

. Bóc tách giữa cơ lưng to và răng to và kéo cơ lưng to ra sau.

. Tách các thớ cơ răng to và tiếp cận khoang liên sườn định mở.

. Mở khoang liên sườn và đặt banh ngực.

Trong một số trường hợp chỉ cần đường mở ngực nhỏ (lấy máu cực màng phổi, cắt kén khí phổi ...), chỉ cần dùng 1 đường rạch da nhỏ sát theo bờ trước cơ lưng to là đủ.

- **Mở ngực trước - bên :**

Rất hay dùng trong phẫu thuật tim, đảm bảo thẩm mỹ vì đường rạch da thường đi dưới vú. Về mặt giải phẫu, có cơ ngực lớn ở trước, cơ răng to ở bên, các thớ của 2 cơ này đi gần vuông góc với nhau.

. *Tư thế* : người bệnh nằm nghiêng 45 - 60°, tay treo lên cao, độn 2 gối dưới vai và mông.

. Rạch da theo hình cong dưới nếp vú, đi từ bờ trái xương ức đến nếp hằn bờ trước cơ lưng to. Thường vào khoang liên sườn 5. Cắt cơ ngực lớn ở phía trước, đi dần ra sau, cắt và tách cơ răng to. Dùng 1 Farabeuf căng mép sau sẽ bộc lộ rõ khoang liên sườn.

. Mở khoang liên sườn và đặt banh ngực. Đường mở phía trước dừng lại ở chỗ nối các sụn sườn. Có thể làm rạch hoặc phải thắt bó mạch vú trong, nằm cách bờ trái xương ức khoảng 2 cm, để mở rộng phẫu trường.

. Để phục vụ yêu cầu phẫu thuật, đôi khi cần mở vào các khoang liên sườn 3, 4. Chỉ cần bóc tách và vén bờ trên cơ ngực to lên phía trên là đủ bộc lộ các khoang liên sườn này.

- **Mở ngực sau :**

Thực tế ít sử dụng đường mở này vì phải cắt nhiều cơ. Nó cho phép tiếp cận trực tiếp vào chạc 3 khí - phế quản và cây phế quản. Đường mở này cắt ngang cơ lưng to, cơ thang ở lớp nông, và cơ thoi, một phần ngoài khối cơ cạnh sống ở sâu.

. *Tư thế*: sau khi đặt ống nội khí quản, người bệnh được lật sấp, có một gối độn dưới ngực (hình vẽ).

. Đường rạch da đi từ rãnh liên bả, cách bờ trong xương bả 2 cm, vòng xuống dưới mỏm xương bả.

. Cắt phần dưới cơ thang và phần sau cơ lưng to.

. Cắt toàn bộ cơ thoi và mở cân tới sát bờ trước cơ răng to.

. Bộc lộ và mở khoang liên sườn như trong đường mở sau - bên.

. Có thể phải dùng 2 banh ngực để banh theo chiều đứng và ngang đường mở.

- **Cắt sụn sườn 5 :**

Là đường mở ngực rất nhỏ, nhằm đi vào vùng màng tim nằm ngay sau các sụn sườn ở bờ trái xương ức. Chỉ dùng cho các trường hợp cần thăm dò khi nghi ngờ có chấn thương - vết thương tim, lâm sàng không rõ ràng mà lại không có siêu âm tim.

. Tê tại chỗ bằng xyclocain.

. Rạch da ngay trên sụn sườn 5, sát bờ trái xương ức, dài 3 - 4 cm.

. Cắt tổ chức dưới da và cơ ngực lớn tới sát xương sườn 5.

. Mở màng xương và dùng dụng cụ tuốt xương để bóc màng xương trên 1 đoạn dài 2 - 3 cm.

. Dùng kim cắt xương sườn cắt bỏ đoạn sụn sườn đã bóc màng xương.

. Mở màng xương, vào thẳng tổ chức mỡ trước màng tim.

. Dùng 2 kẹp răng chuốt căng màng tim lên và mở 1 lỗ nhỏ để kiểm tra xem có máu trong khoang màng tim.

. Nếu có máu, mở rộng đường mổ theo đường mở ngực trước bên để xử trí thương tổn.

. Nếu không có máu, đóng lại đường mổ ở bình diện cơ, da. Nếu có thủng vào khoang màng phổi thì cần đặt dẫn lưu màng phổi.

- Đường mổ dọc giữa xương ức

. Tư thế: nằm ngửa, hai tay giang sang hai bên hoặc xuôi tay

. Đường mổ: rạch da đúng đường giữa xương ức

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

1. Theo dõi: Các dấu hiệu sinh tồn sau mổ (mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở...), các dẫn lưu

2. Các biến chứng sau mổ có thể xảy ra:

- Chảy máu sau mổ: Xoay hút dẫn lưu màng phổi và xét can thiệp lại cầm máu.
- Áp xe tồn dư: Dẫn lưu ổ áp xe.

MỞ NGỰC THĂM DÒ, SINH THIẾT

I. ĐẠI CƯƠNG

Có 5 đường mở ngực thăm dò để sinh thiết:

- **Mở ngực sau bên:** đường mở này đi trực tiếp vào vùng rốn phổi và quai động mạch chủ, tuy nhiên phải cắt nhiều cơ (qua 2 bình diện).

- **Mở ngực trước bên** rất hay dùng trong phẫu thuật tim, đảm bảo thẩm mỹ vì đường rạch da thường đi dưới vú. Về mặt giải phẫu, có cơ ngực lớn ở trước, cơ răng to ở bên, các thớ của 2 cơ này đi gần vuông góc với nhau.

- **Mở ngực bên:** do có đặc điểm giải phẫu vùng ngực bên rất ít cơ, bình diện nông có cơ lưng to ở phía sau, cơ này không cần cắt mà chỉ vén ra là đủ; bình diện sâu có cơ răng to với các thớ đi song song với khoang liên sườn, nên có thể tách ra được. Đường mở này có ưu điểm là giảm đau gây cản trở hô hấp sau mổ, hạn chế nhiễm trùng, tuy nhiên phẫu trường thường nhỏ.

- **Mở ngực sau :** thực tế ít sử dụng đường mở này vì phải cắt nhiều cơ. Nó cho phép tiếp cận trực tiếp vào chạc 3 khí - phế quản và cây phế quản. Đường mở này cắt ngang cơ lưng to, cơ thang ở lớp nông, và cơ thoi, một phần ngoài khối cơ cạnh sống ở sâu.

- **Cắt sụn sườn 5 :** là đường mở ngực rất nhỏ, nhằm đi vào vùng màng tim nằm ngay sau các sụn sườn ở bờ trái xương ức. Chỉ dùng cho các trường hợp cần thăm dò khi nghi ngờ có chấn - vết thương tim, lâm sàng không rõ ràng mà lại không có siêu âm tim.

II. CHỈ ĐỊNH

- U trung thất
- U phổi
- U thực quản

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Không có chống chỉ định

IV. CHUẨN BỊ

1. 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

2. Người bệnh

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

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

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

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

3. Phương tiện: bộ dụng cụ đại phẫu, van kéo xương ức, van thực quản, chỉ phẫu thuật, thuốc, dịch truyền,...

4. Dự kiến thời gian phẫu thuật: 90 phút

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Tư thế: nghiêng trái hoặc phải tùy vị trí thương tổn

2. Gây mê : nhìn chung là gây mê nội khí quản thông thường. Một số ít trường hợp cần làm xẹp một bên phổi để thuận lợi cho phẫu thuật, thì phải dùng loại ống nội khí quản đặc biệt có 2 nòng để đặt vào 2 phế quản riêng biệt (ống Carlens). Trong trường hợp có tràn máu hay tràn dịch màng phổi thì phải dẫn lưu màng phổi trước khi đặt ống nội khí quản.

3. Kỹ thuật

- **Mở ngực sau - bên:** đường mở này đi trực tiếp vào vùng rốn phổi và quai động mạch chủ, tuy nhiên phải cắt nhiều cơ (qua 2 bình diện) :

. *Đặt tư thế :* người bệnh được đặt nghiêng 90° , có 1 gối độn ở dưới nách, phẫu thuật viên đứng phía lưng, phụ đứng đối diện.

. Đường rạch da bắt đầu phía lưng, dưới góc sau xương bả vai, sau đó đi song song với bờ sống của xương bả, cách bờ này khoảng 2 cm, rồi đi xuống phía mỏm xương bả và vòng ra trước theo hướng xương sườn. Cắt tổ chức dưới da tới lớp cơ nông.

. *Lớp cơ :* sau khi qua tổ chức dưới da, thấy bờ dưới cơ thang phía góc sau vết mổ. Cắt ngang toàn bộ cơ lưng to, bộc lộ cực dưới xương bả. Cắt lớp cân dưới xương bả, đi ra sau, sát tới chân cơ thoi, tới tận vùng gai ngang, và đi ra trước hướng xuống dưới theo bờ sau dưới của cơ răng to. Dùng 1 Farabeuf kéo mạnh bờ dưới cơ lưng to xuống thì có thể tới tận chỗ bám của cơ răng to ở xương sườn 8, 9. Cắt 1 phần chỗ bám của cơ răng to và bóc tách, kéo nó về phía trước, như vậy đã bộc lộ rõ các xương sườn và khoang liên sườn. Dùng Farabeuf kéo mạnh mỏm xương bả, lùa bàn tay vào

bóc tách tới tận đỉnh phổi và đếm thứ tự các khoang liên sườn để chọn khoang cần mở.

. Mở khoang liên sườn qua bờ trên xương sườn, cần cầm máu kỹ góc sau, sát cột sống.

. Banh ngực, má trên của banh đặt đúng vào vị trí của mỏm xương bả.

- **Mở ngực bên không cắt cơ:**

Do có đặc điểm giải phẫu vùng ngực bên rất ít cơ, bình diện nông có cơ lưng to ở phía sau, cơ này không cần cắt mà chỉ vén ra là đủ; bình diện sâu có cơ răng to với các thớ đi song song với khoang liên sườn, nên có thể tách ra được. Đường mở này có ưu điểm là giảm đau gây cản trở hô hấp sau mổ, hạn chế nhiễm trùng, tuy nhiên phẫu trường thường nhỏ.

. *Đặt tư thế* : người bệnh trong tư thế nghiêng 90° , có độn một gối ngang mức mỏm xương bả. Phẫu thuật viên đứng ở trước hay sau tùy tình huống (hình vẽ).

. Rạch da : tùy theo khoang liên sườn định mở nhưng thường dùng khoang liên sườn 5. Rạch da theo chiều xương sườn, đi từ nếp hằn cơ lưng to ra phía trước, dưới nếp vú nếu ở phụ nữ.

. Bóc tách tổ chức dưới da tới sát bờ trước cơ lưng to.

. Bóc tách giữa cơ lưng to và răng to và kéo cơ lưng to ra sau.

. Tách các thớ cơ răng to và tiếp cận khoang liên sườn định mở.

. Mở khoang liên sườn và đặt banh ngực.

Trong một số trường hợp chỉ cần đường mở ngực nhỏ (lấy máu cục màng phổi, cắt kén khí phổi ...), chỉ cần dùng 1 đường rạch da nhỏ sát theo bờ trước cơ lưng to là đủ.

- **Mở ngực trước - bên :**

Rất hay dùng trong phẫu thuật tim, đảm bảo thẩm mỹ vì đường rạch da thường đi dưới vú. Về mặt giải phẫu, có cơ ngực lớn ở trước, cơ răng to ở bên, các thớ của 2 cơ này đi gần vuông góc với nhau.

. *Tư thế* : người bệnh nằm nghiêng $45 - 60^\circ$, tay treo lên cao, độn 2 gối dưới vai và hông.

. Rạch da theo hình cong dưới nếp vú, đi từ bờ trái xương ức đến nếp hằn bờ trước cơ lưng to. Thường vào khoang liên sườn 5. Cắt cơ ngực lớn ở phía trước, đi dần ra sau, cắt và tách cơ răng to. Dùng 1 Farabeuf căng mép sau sẽ bộc lộ rõ khoang liên sườn.

. Mở khoang liên sườn và đặt banh ngực. Đường mở phía trước dừng lại ở chỗ nối các sụn sườn. Có thể làm rách hoặc phải thắt bó mạch vú trong, nằm cách bờ trái xương ức khoảng 2 cm, để mở rộng phẫu trường.

. Để phục vụ yêu cầu phẫu thuật, đôi khi cần mở vào các khoang liên sườn 3, 4. Chỉ cần bóc tách và vén bờ trên cơ ngực to lên phía trên là đủ bộc lộ các khoang liên sườn này.

- **Mở ngực sau :**

Thực tế ít sử dụng đường mở này vì phải cắt nhiều cơ. Nó cho phép tiếp cận trực tiếp vào chạc 3 khí - phế quản và cây phế quản. Đường mở này cắt ngang cơ lưng to, cơ thang ở lớp nông, và cơ thoi, một phần ngoài khối cơ cạnh sống ở sâu.

. Tư thế : sau khi đặt ống nội khí quản, người bệnh được lật sấp, có một gối đệm dưới ngực

. Đường rạch da đi từ rãnh liên bả, cách bờ trong xương bả 2 cm, vòng xuống dưới mỏm xương bả.

. Cắt phần dưới cơ thang và phần sau cơ lưng to.

. Cắt toàn bộ cơ thoi và mở cân tới sát bờ trước cơ răng to.

. Bộc lộ và mở khoang liên sườn như trong đường mở sau - bên.

. Có thể phải dùng 2 banh ngực để banh theo chiều đứng và ngang.

- **Cắt sụn sườn 5 :**

Là đường mở ngực rất nhỏ, nhằm đi vào vùng màng tim nằm ngay sau các sụn sườn ở bờ trái xương ức. Chỉ dùng cho các trường hợp cần thăm dò khi nghi ngờ có chấn - vết thương tim, lâm sàng không rõ ràng mà lại không có siêu âm tim.

. Tê tại chỗ bằng xyclocain.

. Rạch da ngay trên sụn sườn 5, sát bờ trái xương ức, dài 3 - 4 cm.

. Cắt tổ chức dưới da và cơ ngực lớn tới sát xương sườn 5.

. Mở màng xương và dùng dụng cụ tuốt xương để bóc màng xương trên 1 đoạn dài 2 - 3 cm.

. Dùng kẹp cắt xương sườn cắt bỏ đoạn sụn sườn đã bóc màng xương.

. Mở màng xương, vào thẳng tổ chức mỡ trước màng tim.

. Dùng 2 kẹp răng chuột căng màng tim lên và mở 1 lỗ nhỏ để kiểm tra xem có máu trong khoang màng tim.

. Nếu có máu, mở rộng đường mổ theo đường mở ngực trước bên để xử trí thương tổn.

. Nếu không có máu, đóng lại đường mở ở bình diện cơ, da. Nếu có thủng vào khoang màng phổi thì cần đặt dẫn lưu màng phổi.

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

- 1. Theo dõi:** Các dấu hiệu sinh tồn sau mổ (Mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở...), các dẫn lưu
- 2. Các biến chứng sau mổ có thể xảy ra:**
 - Chảy máu sau mổ: Xoay hút dẫn lưu màng phổi và xét can thiệp lại cầm máu.
 - Áp xe tồn dư: Dẫn lưu ổ áp xe.

ĐƯA THỰC QUẢN RA NGOÀI

I. ĐẠI CƯƠNG

Là phẫu thuật phức tạp, chỉ áp dụng trong những trường hợp chấn thương thực quản, thủng thực quản hoặc những trường hợp teo thực quản bẩm sinh. Có thể đưa thực quản ở 3 vị trí: cổ, ngực, bụng

II. CHỈ ĐỊNH

Thủng thực quản không khâu được

Teo thực quản bẩm sinh

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Không có chống chỉ định

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện:

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

2. Người bệnh

- Được chẩn đoán bệnh, xét nghiệm sinh học, đánh giá toàn trạng bệnh phổi 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, thụt tháo, vệ sinh vùng phẫu thuật và toàn thân.

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

4. Dự kiến thời gian phẫu thuật: 120 phút

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Tư thế: Người bệnh nằm ngửa, độn gối ở vai để cổ ngửa hoặc nghiêng phải 90°.

2. Gây mê:

Nhìn chung là gây mê nội khí quản thông thường. Một số ít trường hợp cần làm xẹp một bên phổi để thuận lợi cho phẫu thuật, thì phải dùng loại ống nội khí quản đặc biệt có 2 nòng để đặt vào 2 phế quản riêng biệt (ống Carlens).

Trong trường hợp có tràn máu hay tràn dịch màng phổi thì phải dẫn lưu màng phổi trước khi đặt ống nội khí quản.

3. Kỹ thuật

- Đưa thực quản cổ:

. Đường rạch da chữ J bờ trước cơ ức đòn chũm trái.

. Cắt cơ vai móng, thắt và cắt TM giáp dưới, đi qua khe giữa thùy trái tuyến giáp ở trong và bó mạch cảnh ở ngoài để phẫu tích vào bờ trái của thực quản. dùng tampon hoặc ngón tay tách vào khoang trước cột sống để vào phẫu tích mặt sau thực quản. Phẫu tích thực quản khỏi khí quản. Phẫu tích sát bờ phải thực quản, tránh làm tổn thương dây TK quặt ngược phải. Luồn một ống sonde Nélaton qua thực quản, kéo lên để phẫu tích mặt sau thực quản lên trên và xuống dưới ngực. Cắt đôi thực quản cổ, khâu kín đầu dưới thực quản đưa đầu trên thực quản ra ngoài da ở cạnh cổ T, đính các mép thực quản – da bằng mũi chỉ rời vicryl 4.0

- Đưa thực quản ngực:

. Tư thế người bệnh và đường mổ: nằm nghiêng trái 90°, kê gối dưới hõm nách, tay phải đặt lên một giá treo. Đường mổ sau bên phải, khoang liên sườn IV hoặc V bên phải.

. Xác định vị trí thương tổn hoặc vị trí thủng. Phẫu tích giải phóng thực quản ở phía trên thương tổn. Lấy bỏ toàn bộ vị trí thương tổn, đóng đầu dưới, đầu trên thực quản được đưa ra ngoài nhờ một sonde nelaton. Khâu đính sonde vào thành ngực

- Đưa thực quản bụng:

. Người bệnh nằm ngửa, kê gối ở vai.

. Mở bụng đường trắng trên rốn.

. Phẫu tích thực quản cổ, cắt đôi thực quản cổ.

. Đưa đầu trên ra ngoài thành bụng nhờ 1 sonde nélaton

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

- Chảy máu : Theo dõi, truyền máu, can thiệp lại nếu cần

- Rò thực quản / tuột sonde hay tụt đầu thực quản: can thiệp lại
- Áp xe / viêm tấy tổ chức xung quanh: điều trị nội kết hợp can thiệp nếu cần

DẪN LƯU ÁP XE THỰC QUẢN, TRUNG THẮT

I. ĐẠI CƯƠNG

Áp-xe trung thất (AXTT) là một thể nhiễm trùng nặng, hậu quả của thủng thực quản do tai biến nuốt phải dị vật, sau soi thực quản hay bệnh lý vùng hầu họng như: do bệnh lý răng miệng (nhổ răng, viêm tấy sàn miệng lan tỏa), do ung thư vùng hầu họng - thực quản nhưng phát hiện muộn do người bệnh đến bệnh viện muộn gây thủng làm viêm lan tỏa vào trung thất, hoặc sau phẫu thuật vùng ngực như mổ tim mở gây viêm xương ức lan tỏa vào vùng trung thất. Đặc biệt ở Việt Nam nguyên nhân chính sau thủng thực quản do dị vật như hóc xương, nuốt phải răng giả hay các vật sắc nhọn... trong đó đặc biệt nguyên nhân do hóc xương gặp rất phổ biến, nhất là xương gà vịt. Xương của các loại gia cầm rất cứng và sắc nên rất dễ dàng gây thủng thực quản khi mắc vào.

Mặc dù có những tiến bộ về chẩn đoán, điều trị phẫu thuật, thuốc kháng sinh... nhưng AXTT gây tỷ lệ tử vong còn rất cao. Trên thế giới, tỷ lệ tử vong từ 30% đến 40%. Ở Việt Nam, tỷ lệ tử vong do AXTT trước đây đến 60%, hiện nay có giảm xuống đáng kể nhưng vẫn ở mức là 16%. Nguyên nhân tử vong do biến chứng chảy máu hoặc ổ mủ vỡ vào quai động mạch chủ ở phần ngực, gây nhiễm trùng nhiễm độc nặng mủ lan tỏa trong trung thất, hay vỡ vào màng tim, phổi và màng phổi... rất khó dẫn lưu và làm sạch hết dịch mủ. AXTT có thể phòng tránh được nếu người bệnh đến khám sớm ngay từ lúc xảy ra các tai biến.

II. CHỈ ĐỊNH

Chỉ định tuyệt đối cho những trường hợp áp xe trung thất

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Không có chống chỉ định tuyệt đối

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện:

- 01 Phẫu thuật viên chuyên khoa tiêu 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

2. Người bệnh:

- Người bệnh và gia đình được giải thích rõ trước mổ về tình trạng bệnh và tình trạng chung, về những khả năng phẫu thuật sẽ thực hiện, về những tai biến, biến

chúng, 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.
- Kháng sinh dự phòng

3. Phương tiện: Bộ dụng cụ đại phẫu, van kéo xương ức, van thực quản, chỉ khâu, máy cắt nối...

4. Dự kiến thời gian phẫu thuật: 120 phút

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- *Đường rạch da* chữ J bờ trước cơ ức đòn chũm trái.
- Cắt cơ vai móng, thắt và cắt TM giáp dưới, đi qua khe giữa thùy trái tuyến giáp ở trong và bó mạch cảnh ở ngoài để phẫu tích vào bờ trái của thực quản.
- Dùng tampon để tách dọc theo mặt trước thực quản xuống trung thất trên, hoàn toàn dùng ngón tay và tampon để phẫu tích.
- Mở thông dạ dày để nuôi ăn
- Dẫn lưu màng phổi một bên hoặc hai bên khi áp xe gây tràn dịch màng phổi
- Trong trường hợp áp xe trung thất dưới không thể dẫn lưu được qua đường cổ, ta phải mở ngực để dẫn lưu ổ áp xe.

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

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

KHÂU LỖ THÙNG HOẶC VẾT THƯƠNG THỰC QUẢN

I. ĐẠI CƯƠNG

Khâu lỗ thùng hoặc vết thương thực quản là phẫu thuật đóng kín một vết thương của thành thực quản có thể một lớp cơ, lớp niêm mạc thực quản hoặc toàn bộ các lớp của thành thực quản, có thể dùng ngay tự thân thực quản, dùng tổ chức của cơ thể khâu đóng hoặc dùng vật liệu nhân tạo khâu đóng. Có thể mổ mở ngực và / hoặc bụng, có thể mổ mở hoặc phối hợp hoặc hoàn toàn mổ nội soi bụng hoặc ngực. có thể hoàn toàn phẫu thuật và hoặc làm cùng với phẫu thuật đóng qua nội soi đường tiêu hóa trên

Có thể khâu đóng trong cấp cứu chấn thương, bệnh lý hay áp dụng như một thì của các cuộc mổ có gây ra thùng một hay nhiều lớp của thực quản

II. CHỈ ĐỊNH

Thùng thực quản cổ, thực quản ngực, thực quản bụng qua lớp cơ, lớp niêm mạc hoặc thùng hoàn toàn

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Thương tổn bị bệnh lý hoặc nhiễm trùng nặng không thể khâu được

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện:

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

2. Người bệnh

- Được chẩn đoán bệnh, xét nghiệm sinh học, đánh giá toàn trạng bệnh phối hợp và được điều trị, nuôi dưỡng, cân bằng đủ đảm bảo cho cuộc phẫu thuật dự kiến.
- Nâng cao thể trạng, cân bằng những rối loạn do hậu quả của bệnh hoặc do cơ địa, bệnh mãn tính, tuổi...
- Người bệnh và gia đình được giải thích rõ trước mổ về tình trạng bệnh và tình trạng chung, về những khả năng phẫu thuật sẽ thực hiện, về những tai biến, biến chứng, di chứng có thể gặp do bệnh, do phẫu thuật, do gây mê, tê, giảm đau, do cơ địa của người bệnh.
- Nhịn ăn, nhịn uống, vệ sinh vùng phẫu thuật và toàn thân.

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

4. Dự kiến thời gian phẫu thuật: 90 phút

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH VÀ THEO DÕI

- Người bệnh được đặt thông mũi thực quản dạ dày nếu có thể.
- Tư thế nằm ngửa kê gối dưới vai nếu khâu thực quản cổ, nằm nghiêng trái nếu khâu thực quản ngực và nằm ngửa kê gối lưng nếu khâu thực quản bụng.
- Gây mê nội khí quản và sẵn sàng chủ động xẹp phổi phải nếu cần

1. Đối với vết thương / chấn thương thực quản cổ

. Đường rạch cổ trái cắt cân cơ qua máng cảnh về phía trước cột sống cổ tìm và bộc lộ thực quản cổ. Dùng chỉ phẫu thuật khâu đóng thương tổn thực quản cổ. Đặt dẫn lưu vết mổ. khâu đóng cân cổ nông (dưới da) khâu đóng lớp da

Theo dõi quá trình liền vết mổ, quá trình liền vết khâu thực quản, theo dõi ống dẫn lưu vết mổ, rút dẫn lưu khi hết tác dụng theo dõi. Cho người bệnh nhịn ăn miệng, nuôi dưỡng bằng ống thông hoặc truyền tĩnh mạch đến khi liền vết khâu

2. Đối với vết thương thực quản ngực

. Rạch da cân cơ liên sườn mở ngực sau bên phải vào khoang màng phổi phải, làm xẹp phổi phải. xác định vị trí thủng thực quản ngực, phẫu tích bộc lộ thực quản ngực đoạn bị thủng. dùng chỉ phẫu thuật hoặc vật liệu thích hợp khâu đóng tổn thương. Dẫn lưu khoang màng phổi phải kết hợp hệ thống hút liên tục áp lực âm 20 cm H₂O. Làm nở phổi trở lại. Đóng vết mổ thành ngực quy chuẩn.

. Theo dõi sự liền vết mổ thực quản và vết mổ thành ngực. theo dõi hệ hô hấp, dịch khí khoang màng phổi qua dẫn lưu màng phổi. Rút dẫn lưu khi người bệnh phục hồi tốt hệ hô hấp và liền vết khâu thực quản. tập thở cho bệnh nhân.

3. Đối với vết thương thực quản bụng:

Rạch da đường trắng giữa bụng từ mũi ức về phía rốn, rạch qua cân cơ vào ổ bụng. Phẫu tích vùng thực quản bụng và tâm phình vị dạ dày, thực quản bụng. Bộc lộ thực quản bụng tìm chỗ thủng. Dùng chỉ phẫu thuật hoặc cùng tổ chức thích hợp khâu đóng kín thủng.

Lưu ý có thể khâu thủng thực quản ngực phần thấp từ ổ bụng qua lỗ hoành lên trung thất.

Có thể khâu lại góc tâm phình vị hoặc thêm phẫu thuật tạo van chống trào ngược dạ dày thực quản. có thể đặt dẫn lưu ổ bụng. Khâu đóng vết mổ bụng theo quy chuẩn.

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

- Biến chứng chảy máu: phát hiện chảy máu tại vùng mổ hoặc biểu hiện thiếu máu cấp đồng thời. Làm các thăm dò xác định có chảy máu và mức độ chảy máu.

Điều trị: điều trị bảo tồn hoặc phẫu thuật cầm máu.

- Biến chứng thủng lại nhiễm trùng: phát hiện thủng và hoặc nhiễm trùng tại vùng mổ hoặc biểu hiện nhiễm trùng cấp đồng thời. Làm các thăm dò xác định có thủng lại, hay tình trạng nhiễm trùng.

Điều trị: điều trị bảo tồn, dẫn lưu hoặc phẫu thuật chống nhiễm trùng hoặc phối hợp các giải pháp khác thích hợp.

- Biến chứng hô hấp : Người bệnh suy hô hấp, xẹp phổi, ổ cận màng phổi. tắc nghẽn hô hấp, tràn máu tràn khí ... màng phổi: xác định và khắc phục theo nguyên nhân.

LẤY DỊ VẬT THỰC QUẢN ĐƯỜNG CỔ

I. ĐẠI CƯƠNG

Phần lớn các trường hợp dị vật thực quản được xử trí bằng cách gắp dị vật qua nội soi. Quy trình này chỉ đề cập tới các trường hợp mà can thiệp nội soi thất bại hoặc không còn chỉ định can thiệp nội soi mà phải can thiệp phẫu thuật để lấy dị vật và giải quyết biến chứng như áp xe trung thất, rò thực quản.

II. CHỈ ĐỊNH

Dị vật thực quản có biến chứng tổn thương mạch máu lớn, áp xe trung thất mà không có chỉ định can thiệp nội soi hoặc can thiệp thất bại.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Không có chống chỉ định tuyệt đối.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện:

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

2. Người bệnh

- Được chẩn đoán bệnh, xét nghiệm sinh học, đánh giá toàn trạng bệnh phổi 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, nhịn uống, vệ sinh vùng phẫu thuật và toàn thân.

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

4. Dự kiến thời gian phẫu thuật: 90 phút

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH VÀ THEO DÕI

- Người bệnh được đặt thông mũi thực quản dạ dày nếu có thể.
- Tư thế nằm ngửa kê gối dưới vai nếu ở thực quản cổ, nằm nghiêng trái nếu ở thực quản ngực và nằm ngửa kê gối lưng nếu ở thực quản bụng.
- Gây mê nội khí quản và sẵn sàng chủ động xẹp phổi phải nếu cần

- Đường rạch cổ trái cắt cân cơ qua máng cảnh về phía trước cột sống cổ tìm và bộc lộ thực quản cổ. Mở thực quản lấy dị vật rồi dùng chỉ phẫu thuật khâu đóng thương tổn thực quản cổ. Đặt dẫn lưu vết mổ. Khâu đóng cân cổ nông (dưới da) khâu đóng lớp da.

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

Theo dõi quá trình liền vết mổ, quá trình liền vết khâu thực quản, theo dõi ống dẫn lưu vết mổ, rút dẫn lưu khi hết tác dụng theo dõi. Cho người bệnh nhịn ăn miệng, nuôi dưỡng bằng ống thông hoặc truyền tĩnh mạch đến khi liền vết khâu.

- Biến chứng chảy máu: phát hiện chảy máu tại vùng mổ hoặc biểu hiện thiếu máu cấp đồng thời. Làm các thăm dò xác định có chảy máu và mức độ chảy máu.

. Điều trị: điều trị bảo tồn hoặc phẫu thuật cầm máu.

- Biến chứng thủng lại nhiễm trùng: phát hiện thủng và hoặc nhiễm trùng tại vùng mổ hoặc biểu hiện nhiễm trùng cấp đồng thời. Làm các thăm dò xác định có thủng lại, hay tình trạng nhiễm trùng.

. Điều trị: điều trị bảo tồn, dẫn lưu hoặc phẫu thuật chống nhiễm trùng hoặc phối hợp các giải pháp khác thích hợp.

- Biến chứng hô hấp: Người bệnh suy hô hấp, xẹp phổi, ổ cận màng phổi. tắc nghẽn hô hấp, tràn máu tràn khí ... màng phổi: xác định và khắc phục theo nguyên nhân.

LẤY DỊ VẬT THỰC QUẢN ĐƯỜNG NGỰC

I. ĐẠI CƯƠNG

Phần lớn các trường hợp dị vật thực quản được xử trí bằng cách gắp dị vật qua nội soi. Quy trình này chỉ đề cập tới các trường hợp mà can thiệp nội soi thất bại hoặc không còn chỉ định can thiệp nội soi mà phải can thiệp phẫu thuật để lấy dị vật và giải quyết biến chứng như áp xe trung thất, rò thực quản.

II. CHỈ ĐỊNH

Dị vật thực quản có biến chứng tổn thương mạch máu lớn, áp xe trung thất mà không có chỉ định can thiệp nội soi hoặc can thiệp thất bại.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Không có chống chỉ định tuyệt đối.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện:

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

2. Người bệnh

- Được chẩn đoán bệnh, xét nghiệm sinh học, đánh giá toàn trạng bệnh phối hợp và được điều trị, nuôi dưỡng, cân bằng đủ đảm bảo cho cuộc phẫu thuật dự kiến.
- Nâng cao thể trạng, cân bằng những rối loạn do hậu quả của bệnh hoặc do cơ địa, bệnh mãn tính, tuổi...
- Người bệnh và gia đình được giải thích rõ trước mổ về tình trạng bệnh và tình trạng chung, về những khả năng phẫu thuật sẽ thực hiện, về những tai biến, biến chứng, di chứng có thể gặp do bệnh, do phẫu thuật, do gây mê, tê, giảm đau, do cơ địa của người bệnh.
- Nhịn ăn, nhịn uống, vệ sinh vùng phẫu thuật và toàn thân.

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

4. Dự kiến thời gian phẫu thuật: 90 phút

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH VÀ THEO DÕI

- Người bệnh được đặt thông mũi thực quản dạ dày nếu có thể.
- Tư thế nằm ngửa kê gối dưới vai nếu ở thực quản cổ, nằm nghiêng trái nếu ở thực quản ngực và nằm ngửa kê gối lưng nếu ở thực quản bụng.
- Gây mê nội khí quản và sẵn sàng chủ động xẹp phổi phải nếu cần

- Rạch da cân cơ liên sườn mở ngực sau bên phải vào khoang màng phổi phải, làm xẹp phổi phải. xác định vị trí thủng thực quản ngực, phẫu tích bộc lộ thực quản ngực đoạn bị thủng, lấy dị vật, dùng chỉ phẫu thuật hoặc vật liệu thích hợp khâu đóng tổn thương.

- Dẫn lưu khoang màng phổi phải kết hợp hệ thống hút liên tục áp lực âm 20 cm H₂O. Làm nở phổi trở lại. Đóng vết mở thành ngực quy chuẩn.

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

Theo dõi sự liền vết mổ thực quản và vết mổ thành ngực. Theo dõi hệ hô hấp, dịch khí khoang màng phổi qua dẫn lưu màng phổi. Rút dẫn lưu khi người bệnh phục hồi tốt hệ hô hấp và liền vết khâu thực quản. Tập thở cho bệnh nhân.

- Biến chứng chảy máu: phát hiện chảy máu tại vùng mổ hoặc biểu hiện thiếu máu cấp đồng thời. Làm các thăm dò xác định có chảy máu và mức độ chảy máu.

Điều trị: điều trị bảo tồn hoặc phẫu thuật cầm máu.

- Biến chứng thủng lại nhiễm trùng: phát hiện thủng và hoặc nhiễm trùng tại vùng mổ hoặc biểu hiện nhiễm trùng cấp đồng thời. Làm các thăm dò xác định có thủng lại, hay tình trạng nhiễm trùng.

Điều trị: điều trị bảo tồn, dẫn lưu hoặc phẫu thuật chống nhiễm trùng hoặc phối hợp các giải pháp khác thích hợp.

- Biến chứng hô hấp: Người bệnh suy hô hấp, xẹp phổi, ổ cặn màng phổi. Tắc nghẽn hô hấp, tràn máu tràn khí ... màng phổi: xác định và khắc phục theo nguyên nhân.

LẤY DỊ VẬT THỰC QUẢN ĐƯỜNG BỤNG

I. ĐẠI CƯƠNG

Phần lớn các trường hợp dị vật thực quản được xử trí bằng cách gắp dị vật qua nội soi. Quy trình này chỉ đề cập tới các trường hợp mà can thiệp nội soi thất bại hoặc không còn chỉ định can thiệp nội soi mà phải can thiệp phẫu thuật để lấy dị vật và giải quyết biến chứng như áp xe trung thất, rò thực quản.

II. CHỈ ĐỊNH

Dị vật thực quản có biến chứng tổn thương mạch máu lớn, áp xe trung thất mà không có chỉ định can thiệp nội soi hoặc can thiệp thất bại.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Không có chống chỉ định tuyệt đối.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện:

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

2. Người bệnh

- Được chẩn đoán bệnh, xét nghiệm sinh học, đánh giá toàn trạng bệnh phối hợp và được điều trị, nuôi dưỡng, cân bằng đủ đảm bảo cho cuộc phẫu thuật dự kiến.
- Nâng cao thể trạng, cân bằng những rối loạn do hậu quả của bệnh hoặc do cơ địa, bệnh mãn tính, tuổi...
- Người bệnh và gia đình được giải thích rõ trước mổ về tình trạng bệnh và tình trạng chung, về những khả năng phẫu thuật sẽ thực hiện, về những tai biến, biến chứng, di chứng có thể gặp do bệnh, do phẫu thuật, do gây mê, tê, giảm đau, do cơ địa của người bệnh.
- Nhịn ăn, nhịn uống, vệ sinh vùng phẫu thuật và toàn thân.

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

4. Dự kiến thời gian phẫu thuật: 90 phút

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH VÀ THEO DÕI

- Người bệnh được đặt thông mũi thực quản dạ dày nếu có thể.
- Tư thế nằm ngửa kê gối dưới vai nếu ở thực quản cổ, nằm nghiêng trái nếu ở thực quản ngực và nằm ngửa kê gối lưng nếu ở thực quản bụng.
- Gây mê nội khí quản và sẵn sàng chủ động xẹp phổi phải nếu cần

- Rạch da đường trắng giữa bụng từ mũi ức về phía rốn, rạch qua cân cơ vào ổ bụng. Phẫu tích vùng thực quản bụng và tâm phình vị dạ dày, thực quản bụng. Bộc lộ thực quản bụng tìm dị vật. Dùng chỉ phẫu thuật hoặc cùng tổ chức thích hợp khâu đóng kín lại chỗ mở thực quản. Lưu ý có thể khâu thủng thực quản ngực phân thấp từ ổ bụng qua lỗ hoành lên trung thất. Có thể khâu lại góc tâm phình vị hoặc thêm phẫu thuật tạo van chống trào ngược dạ dày thực quản. có thể đặt dẫn lưu ổ bụng.

- Khâu đóng vết mổ bụng theo quy chuẩn.

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

- Biến chứng chảy máu: phát hiện chảy máu tại vùng mổ hoặc biểu hiện thiếu máu cấp đồng thời. Làm các thăm dò xác định có chảy máu và mức độ chảy máu. Điều trị: điều trị bảo tồn hoặc phẫu thuật cầm máu.

- Biến chứng thủng lại nhiễm trùng: phát hiện thủng và hoặc nhiễm trùng tại vùng mổ hoặc biểu hiện nhiễm trùng cấp đồng thời. Làm các thăm dò xác định có thủng lại, hay tình trạng nhiễm trùng.

Điều trị: điều trị bảo tồn, dẫn lưu hoặc phẫu thuật chống nhiễm trùng hoặc phối hợp các giải pháp khác thích hợp.

- Biến chứng hô hấp: Người bệnh suy hô hấp, xẹp phổi, ổ cận màng phổi. tắc nghẽn hô hấp, tràn máu tràn khí ... màng phổi: xác định và khắc phục theo nguyên nhân.

CẮT THỰC QUẢN, TẠO HÌNH THỰC QUẢN BẰNG DẠ DÀY ĐƯỜNG BỤNG, NGỰC, CỔ

I. ĐẠI CƯƠNG

Ung thư thực quản (UTTQ) là bệnh khá thường gặp ở Việt Nam, đứng hàng thứ 5 trong các loại ung thư. Nam gặp nhiều hơn nữ. Tạo hình thực quản (THTQ) là phẫu thuật thay thế một phần thực quản hay toàn bộ thực quản bằng một đoạn ống tiêu hóa. Mục đích THTQ là giúp cho người bệnh ăn uống qua đường miệng mà không phải ăn qua ống mở thông dạ dày hoặc mở thông hồng tràng.

Trong phẫu thuật UTTQ, sau cắt thực quản, việc lập lại lưu thông đường tiêu hóa thường được làm trong cùng một thì. Đoạn ống tiêu hóa thường được chọn là dạ dày, ngoài ra có thể chọn đại tràng, hồng tràng, các quai ruột tự do có ghép vi mạch. Kỹ thuật thay thế thực quản bằng ống dạ dày thuận chiều thường được sử dụng nhiều nhất. Ngày nay, phẫu thuật ung thư thực quản không chỉ đơn thuần là cắt bỏ thực quản và lập lại lưu thông tiêu hóa. Vấn đề nạo vét hạch ngày càng được nhiều phẫu thuật viên thực hiện và trở thành thường quy ở một số trung tâm lớn.

II. CHỈ ĐỊNH

Ung thư thực quản 1/3 dưới, giữa, trên

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Trên 70 tuổi
- Bệnh toàn thân nặng: đái tháo đường, cao HA, TBMN, COPD...
- Suy kiệt

IV. CHUẨN BỊ

1. 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

2. Người bệnh

- Được chẩn đoán bệnh, xét nghiệm sinh học, đánh giá toàn trạng bệnh phối hợp và được điều trị, nuôi dưỡng, cân bằng đủ đảm bảo cho cuộc phẫu thuật dự kiến.
- Nâng cao thể trạng, cân bằng những rối loạn do hậu quả của bệnh hoặc do cơ địa, bệnh mãn tính, tuổi...
- Người bệnh và gia đình được giải thích rõ trước mổ về tình trạng bệnh và tình trạng chung, về những khả năng phẫu thuật sẽ thực hiện, về những tai biến, biến

chúng, di chứng có thể gặp do bệnh, do phẫu thuật, do gây mê, tê, giảm đau, do cơ địa của người bệnh.

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

3. Phương tiện: bộ dụng cụ đại phẫu, van kéo xương ức, van thực quản, chỉ phẫu thuật, thuốc, dịch truyền,...

4. Dự kiến thời gian phẫu thuật: 240 phút

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Thở ngực

- *Tư thế người bệnh và đường mổ:* nằm nghiêng trái 90° , kê gối dưới hõm nách, tay phải đặt lên một giá treo. Đường mổ sau bên phải, khoang liên sườn IV hoặc V bên phải.

- *Phẫu tích thực quản và trung thất sau:* Rạch màng phổi trung thất theo hai đường, đường thứ nhất dọc theo bờ sau của TM đơn, đường thứ hai phía trước dọc theo màng tim, TM phổi dưới, phế quản phải, tới dưới quai TM đơn, dọc theo TK X. Hai đường này gặp nhau ở đỉnh phổi và ở phía dưới là lỗ cơ hoành của thực quản. Thất và cắt quai TM đơn.

- Phẫu tích lấy bỏ khối hạch giữa khí phế quản nằm dưới ngã ba khí phế quản. Lên phía trên cắt dây TK X phải.

- Phía sau, phẫu tích thực quản lên trên và dưới u để luôn 2 sonde Nélaton kéo thực quản lên để phẫu tích mặt sau. Thất và cắt ống ngực ở vị trí thấp nhất. Phẫu tích thực quản cùng với tổ chức liên kết cạnh thực quản dọc theo ĐMC cho tới quai ĐMC, tiếp tục phẫu tích sang trái ở mặt trước cột sống, sau đó là bình diện trước quai ĐMC. Phẫu tích sát mặt trước cột sống và thất ống ngực ở bờ sau trái thực quản.

- Bên trái, kéo 2 sonde Nélaton vòng qua thực quản trên và dưới u sang phải và ra trước, phẫu tích thực quản lên trên, sau đó xuống dưới tới chỗ phẫu tích từ bụng lên. Cắt TK X trái ở dưới quai ĐMC. Vết hạch bên trái thực quản, chú ý không làm tổn thương dây TK quặt ngược trái.

- Đối với trung thất trước, vết hạch sau TM chủ trên (khoang Barety) gồm lấy bỏ tổ chức mỡ và hạch giữa TM chủ trên và khí quản.

- Để nguyên thực quản tại chỗ, sẽ cắt thực quản ở thì cổ.

2. Thở bụng

- *Tư thế người bệnh:* nằm ngửa, kê gối dưới vai, cổ nghiêng sang phải.

- Giải phóng dạ dày và vết hạch tầng trên bụng :

- . Giải phóng dạ dày khỏi chỗ bám của phúc mạc và mạc nối lớn, bảo vệ 2 cuống mạch nuôi là vị mạc nối phải và môn vị.

- . Thắt sát gốc các cuống mạch vành vị và vị mạc nối trái, các mạch vị ngắn.
- . Vết các hạch tâm phình vị, vành vị, thân tạng, quanh ĐM gan, lách.
- . Thắt và cắt ĐM, TM môn vị cách môn vị khoảng 5 cm, bóc tách bờ cong nhỏ tới nhánh thứ 5 của ĐM vành vị.

- . Giải phóng rộng cả đầu tụy và tá tràng.

- *Tạo ống dạ dày để thay thế thực quản* : Phần bờ cong nhỏ bị cắt bỏ được giới hạn bởi đường nối giữa đỉnh phình vị, đi song song bờ cong lớn, cách bờ cong lớn 5 cm, tới bờ cong nhỏ cách môn vị khoảng 4 cm. Việc cắt bỏ có thể được thực hiện bằng máy GIA. Hoặc bằng các kẹp mềm, cong dọc đường cắt, và khâu lại bằng mũi rời hoặc khâu vắt 2 lớp. Có thể tạo hình môn vị để tránh ứ đọng dạ dày và mở thông hồng tràng để cho ăn sớm.

3. Thì cổ

- *Đường rạch da* chữ J bờ trước cơ ức đòn chũm trái. Cắt cơ vai móng, thắt và cắt TM giáp dưới, đi qua khe giữa thùy trái tuyến giáp ở trong và bó mạch cảnh ở ngoài để phẫu tích vào bờ trái của thực quản. dùng tampon hoặc ngón tay tách vào khoang trước cột sống để vào phẫu tích mặt sau thực quản. Phẫu tích thực quản khỏi khí quản. Phẫu tích sát bờ phải thực quản, tránh làm tổn thương dây TK quặt ngược phải. Luồn một ống sonde Nélaton qua thực quản, kéo lên để phẫu tích mặt sau thực quản lên trên và xuống dưới ngực. Cắt đôi thực quản cổ, khâu kín đầu dưới thực quản và kéo toàn bộ thực quản xuống bụng.

- *Tạo đường hầm sau xương ức*: Cắt chỗ bám của cơ hoành bằng dao điện, dùng một tampon nhỏ đẩy nhẹ nhàng lên sát sau xương ức, dùng tay một ở dưới bụng lên, một ở trên cổ xuống cho tới khi 2 tay gặp nhau. Nếu phẫu thuật cắt u đạt được tính triệt căn thì nên sử dụng đường trung thất sau.

- *Làm miệng nối dạ dày - thực quản*: khâu cố định dạ dày bằng một sợi chỉ chắc luồn qua đường hầm sau xương ức hoặc trung thất sau để kéo dạ dày lên cổ làm miệng nối. Miệng nối tận bên ở mặt sau dạ dày để giảm gập góc giữa dạ dày và thực quản, khâu vắt một lớp toàn thể phía thực quản và thanh cơ phía dạ dày với chỉ tiêu chặm 4/0.

VI. 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 mở thông hồng tràng
 - Chảy máu: tùy mức độ chảy máu mà có thái độ xử trí: bảo tồn hoặc mổ lại
- Rò dưỡng chấp: điều trị nội khoa

CẮT THỰC QUẢN, TẠO HÌNH THỰC QUẢN BẰNG DẠ DÀY KHÔNG MỞ NGỰC

I. ĐẠI CƯƠNG

Ung thư thực quản (UTTQ) là bệnh khá thường gặp ở Việt Nam, đứng hàng thứ 5 trong các loại ung thư. Nam gặp nhiều hơn nữ. Tạo hình thực quản (THTQ) là phẫu thuật thay thế một phần thực quản hay toàn bộ thực quản bằng một đoạn ống tiêu hóa. Mục đích THTQ là giúp cho người bệnh ăn uống qua đường miệng mà không phải ăn qua ống mở thông dạ dày hoặc mở thông hồng tràng.

Trong phẫu thuật UTTQ, sau cắt thực quản, việc lập lại lưu thông đường tiêu hóa thường được làm trong cùng một thì. Đoạn ống tiêu hóa thường được chọn là dạ dày, ngoài ra có thể chọn đại tràng, hồng tràng, các quai ruột tự do có ghép vi mạch. Kỹ thuật thay thế thực quản bằng ống dạ dày thuận chiều thường được sử dụng nhiều nhất. Ngày nay, phẫu thuật ung thư thực quản không chỉ đơn thuần là cắt bỏ thực quản và lập lại lưu thông tiêu hóa. Vấn đề nạo vét hạch ngày càng được nhiều phẫu thuật viên thực hiện và trở thành thường quy ở một số trung tâm lớn.

II. CHỈ ĐỊNH

Ung thư thực quản 1/3 dưới

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Trên 70 tuổi
- Bệnh toàn thân nặng: đái tháo đường, cao HA, TBMN, COPD...
- Suy kiệt

IV. CHUẨN BỊ

1. 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

2. Người bệnh

- Được chẩn đoán bệnh, xét nghiệm sinh học, đánh giá toàn trạng bệnh phổi 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

chúng, di chứng có thể gặp do bệnh, do phẫu thuật, do gây mê, tê, giảm đau, do cơ địa của người bệnh.

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

3. Phương tiện: bộ dụng cụ đại phẫu, van kéo xương ức, van thực quản, chỉ phẫu thuật, thuốc, dịch truyền,...

4. Dự kiến thời gian phẫu thuật: 180 phút

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Tư thế: nằm ngửa, kê một gối độn ở lưng
- Mê nội khí quản
- Phẫu thuật này có những thì mổ chính sau đây:

1. Thì bụng:

- Mở bụng đường giữa trên rốn, thăm dò ổ bụng tìm di căn gan, phúc mạc, đánh giá tình trạng dạ dày và mạch máu nuôi dạ dày để chuẩn bị cho việc tái tạo thực quản (TTTQ).

- Phẫu thuật bắt đầu bằng cắt dây chằng tam giác trái và vành trái, đẩy gan trái sang phải để bộc lộ lỗ cơ hoành và thực quản bụng. Cắt mở lỗ cơ hoành ra trước, sau khi đã khâu cầm máu các mạch máu cơ hoành dưới trái bắt chéo trước lỗ cơ hoành. Mở lá phúc mạc phủ mặt trước thực quản bụng và hai cột trụ hoành để làm lộ rõ các thành phần này. Luồn một ống thông Nelaton qua mặt sau thực quản ở vị trí này để kéo thực quản xuống dưới, ra trước.

- Đặt hệ thống van đẩy màng tim và tim ra trước, phẫu tích mặt trước thực quản từ dưới lên trên dọc theo màng tim và sau đó là hai bên thực quản dọc theo màng phổi phải và trái cho tới sát ngã ba khí phế quản. Sau đó đặt van đẩy thực quản ra trước để phẫu tích mặt sau thực quản ra khỏi động mạch chủ tới chỗ tiếp nối với phần phẫu tích thực quản ở phía trước, thực quản luôn luôn được kéo căng qua ống thông Nélaton. Hệ thống van giúp bộc lộ rõ ràng các mạch máu và hạch trung thất dưới do đó việc phẫu tích dễ dàng dưới quan sát trực tiếp. Đoạn thực quản trên ngã ba khí phế quản được phẫu tích mò bằng tay. Vết hạch trung thất dưới, hạch vành vị, hạch thân tạng và gan chung.

2. Thì cổ:

- Đường rạch cổ chữ J bờ trước cơ ức đòn chũm trái. Sau khi cắt cơ vai móng, tĩnh mạch giáp giữa và động mạch giáp dưới, đi vào khe giữa thùy trái tuyến giáp ở trong và bó mạch cảnh ở ngoài để phẫu tích vào bờ trái của thực quản. Phẫu tích vào khoang tế bào trước cột sống để phẫu tích mặt sau thực quản. Ở mặt trước, phẫu tích tách thực quản ra khỏi khí quản. Luồn 1 ống thông Nélaton nhỏ quanh thực quản, kéo

lên để phẫu tích mặt sau thực quản lên trên và xuống dưới ngực tới gần thực quản đã được phẫu tích qua đường bụng. Cắt đôi thực quản cổ, khâu kín đầu dưới thực quản và kéo toàn bộ thực quản xuống bụng. Tạo hình dạ dày ống nhỏ giữ mạch vị mạc nối phải.

- Làm miệng nối dạ dày – thực quản: khâu cố định dạ dày vào một sợi chỉ chắc đã được luồn qua trung thất sau để định hướng đẩy dạ dày lên cổ làm miệng nối. Miệng nối tận – bên ở mặt sau dạ dày, khâu vát một lớp, lớp toàn thể phía thực quản và thanh cơ phía dạ dày với chỉ tiêu chậm 4/0. Trong trường hợp phẫu thuật cắt UTTQ chỉ đạt tính chất tạm thời thì dạ dày được đưa qua đường sau xương ức lên cổ để làm miệng nối với TQ cổ. Tạo đường hầm sau xương ức: cắt chỗ bám của cơ hoành bằng dao điện, dùng một tampon nhỏ đẩy nhẹ nhàng lên sát sau giữa xương ức và sau đó là dùng bàn tay, một tay ở dưới lên, một tay đưa ở trên cổ xuống cho tới khi 2 tay gặp nhau. Điều đó chứng tỏ đường hầm đã đủ rộng. Mở thông hồng tràng cho ăn và dẫn lưu màng phổi hai bên được làm hệ thống có thể tạo hình môn vị hoặc không tạo hình tùy từng trường hợp.

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

- Hô hấp: ngòì dậy, vã rung, lý liệu pháp
- Rò miệng nối: nuôi dưỡng qua mở thông hồng tràng
- Chảy máu: tùy mức độ chảy máu mà có thái độ xử trí: bảo tồn hoặc mổ lại

Rò dưỡng chấp: điều trị nội khoa

ĐÓNG RÒ THỰC QUẢN

I. ĐẠI CƯƠNG

Tổn thương thực quản có rất nhiều nguyên nhân: cơ khí, hóa chất, axít. Thông thường, các thương tổn sẽ gây nên hẹp thực quản ở các mức độ khác nhau, có một số trường hợp ngoại lệ gây thủng thực quản.

Nội soi có tác dụng chẩn đoán xác định và điều trị.

Chấn thương thực quản cũng có thể được gây nên bởi tình trạng nôn dữ dội (vỡ tự phát, hội chứng Boerrhaave). Các đoạn thực quản có thể bị tổn thương là đoạn cổ, đoạn ngực, đoạn bụng.

Chia tổn thương thực quản ra làm 3 mức độ:

- Độ I: phá hủy lớp áo nhày
- Độ II: phá hủy lớp nhày, lớp dưới niêm mạc, một phần lớp cơ
- Độ III: phá hủy toàn bộ các lớp thực quản và các tổ chức xung quanh

II. CHỈ ĐỊNH

Rò thực quản

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Chống chỉ định với can thiệp Ngoại khoa nói chung

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện:

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

2. Người bệnh

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

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

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

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

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

4. Dự kiến thời gian phẫu thuật: 180 phút

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

Người bệnh nằm ngửa, độn gối ở vai để cổ ngửa hoặc nằm nghiêng phải 90°.

1. Đối với rò thực quản cổ:

- Đường rạch da chữ J bờ trước cơ ức đòn chũm trái.
- Cắt cơ vai móng, thắt và cắt TM giáp dưới, đi qua khe giữa thùy trái tuyến giáp ở trong và bó mạch cảnh ở ngoài để phẫu tích vào bờ trái của thực quản. dùng tampon hoặc ngón tay tách vào khoang trước cột sống để vào phẫu tích mặt sau thực quản. Phẫu tích thực quản khỏi khí quản. Phẫu tích sát bờ phải thực quản, tránh làm tổn thương dây TK quặt ngược phải. Luôn một ống sonde Nélaton qua thực quản.

- Khâu lại lỗ rò thực quản bằng mũi chỉ tiêu chậm 4.0, chuẩn bị một mảnh cơ ức đòn chũm bên T để path vào chỗ rò.

- Khâu mảnh cơ path vào vị trí lỗ rò bằng mũi rời tiêu chậm 4.0

2. Rò thực quản khí quản:

- Tư thế người bệnh và đường mổ: nằm nghiêng trái 90°, kê gối dưới hõm nách, tay phải đặt lên một giá treo. Đường mổ sau bên bên phải, khoang liên sườn IV hoặc V bên phải.

- Thắt quai tĩnh mạch đơn, sẽ bộc lộ được lỗ rò thực quản-khí quản. Sau đó khâu đóng 2 lỗ rò: rò khí quản sẽ được khâu bằng chỉ vicryl 5.0 khoảng cách các mũi là 2-3mm, rò thực quản được khâu bằng chỉ vicryl 4.0 và được tăng cường bằng màng phổi trung thất. Lỗ rò đồng thời được cô lập, phẫu thuật nên được tiến hành dưới sự chỉ dẫn của sonde dạ dày

3. Rò thực quản 1/3 giữa:

- Sử dụng quai tĩnh mạch đơn để làm vật liệu vá lỗ rò thực quản. Phẫu tích tĩnh mạch đơn và thắt các nhánh của nó. Khâu quai tĩnh mạch đơn xung quanh vị trí lỗ rò bằng mũi chỉ rời

4. Rò thực quản bụng:

- Chuẩn bị vật liệu path phụ thuộc vị trí lỗ thủng: nếu lỗ thủng nằm ở thực quản 1/3 dưới thì vật liệu để vá là một phần quai tĩnh mạch đơn, còn nếu lỗ thủng ở thực quản sát tâm vị thì vật liệu path sẽ là phình vị lớn

- Khâu lỗ thủng thực quản, ta có thể lựa chọn phương pháp path bằng phình vị lớn như là làm van chống trào ngược dạ dày kiểu Nissen, Dor hay Toupet.

VI. 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, ia 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.

ĐÓNG LỖ RÒ THỰC QUẢN - KHÍ QUẢN

I. ĐẠI CƯƠNG

Tổn thương thực quản có rất nhiều nguyên nhân: cơ khí, hóa chất, axit. Thông thường, các thương tổn sẽ gây nên hẹp thực quản ở các mức độ khác nhau, có một số trường hợp ngoại lệ gây thủng thực quản.

Nội soi có tác dụng chẩn đoán xác định và điều trị.

Chấn thương thực quản cũng có thể được gây nên bởi tình trạng nôn dữ dội (vỡ tự phát, hội chứng Boerrhaave). Các đoạn thực quản có thể bị tổn thương là đoạn cổ, đoạn ngực, đoạn bụng.

Người ta chia tổn thương thực quản ra làm 3 mức độ:

- Độ I: phá hủy lớp áo nhày
- Độ II: phá hủy lớp nhày, lớp dưới niêm mạc, một phần lớp cơ
- Độ III: phá hủy toàn bộ các lớp thực quản và các tổ chức xung quanh

II. CHỈ ĐỊNH

Rò thực quản

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Chống chỉ định với can thiệp ngoại khoa nói chung

IV. CHUẨN BỊ

1. 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

2. Người bệnh

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

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

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

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

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

4. Dự kiến thời gian phẫu thuật: 180 phút

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- *Tư thế người bệnh và đường mổ*: nằm nghiêng trái 90°, kê gối dưới hõm nách, tay phải đặt lên một giá treo. Đường mổ sau bên bên phải, khoang liên sườn IV hoặc V bên phải.

- Thất quai tĩnh mạch đơn, sẽ bộc lộ được lỗ rò thực quản-khí quản. Sau đó khâu đóng 2 lỗ rò: rò khí quản sẽ được khâu bằng chỉ vcryl 5.0 khoảng cách các mũi là 2-3mm, rò thực quản được khâu bằng chỉ vicryl 4.0 và được tăng cường bằng màng phổi trung thất. Lỗ rò đồng thời được cô lập, phẫu thuật nên được tiến hành dưới sự chỉ dẫn của sonde dạ dày.

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

- Rò tái phát: can thiệp phẫu thuật lại
- Suy hô hấp: hồi sức tích cực
- Áp xe trung thất: dẫn lưu áp xe trung thất.

CẮT TÚI THỪA THỰC QUẢN CỔ

I. 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.

II. CHỈ ĐỊNH

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

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Bao gồm các chống chỉ định phẫu thuật nói chung

IV. CHUẨN BỊ

1. 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

2. Người bệnh

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

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

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

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

3. Phương tiện: bộ dụng cụ đại phẫu, van kéo xương ức, van thực quản, chỉ phẫu thuật, thuốc, dịch truyền,...

4. Dự kiến thời gian phẫu thuật: 120 phút

V. 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 khít 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 khít hầu 2 – 3 cm là cần thiết
- Bước 5: Đặt 1 dẫn lưu nhỏ

VI. 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

CẮT TÚI THỪA THỰC QUẢN NGỰC

I. 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.

II. CHỈ ĐỊNH

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

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Bao gồm các chống chỉ định phẫu thuật nói chung

IV. CHUẨN BỊ

1. 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

2. Người bệnh

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

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

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

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

3. Phương tiện: bộ dụng cụ đại phẫu, van kéo xương ức, van thực quản, chỉ phẫu thuật, thuốc, dịch truyền,...

4. Dự kiến thời gian phẫu thuật: 120 phút

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Tư thế người bệnh và đường mổ: nằm nghiêng trái 90°, kê gối dưới hõm nách, tay phải đặt lên một giá treo

- Bước 1: Đường mổ sau bên phải, khoang liên sườn IV hoặc V bên phải.

- Bước 2: Mở màng phổi trung thất dọc theo thực quản đi qua túi thừa

- Bước 3: Phẫu tích giải phóng túi thừa thực quản

- Bước 4: Cắt túi thừa bằng máy cắt thẳng, phải rất nhẹ tay khi đặt máy để tránh bị hẹp thực quản về sau. Nếu không có máy cắt thẳng ta có thể cắt túi thừa thực quản sau đó khâu lại thành thực quản bằng mũi chỉ rời. Chú ý là lấy mũi khâu toàn thể. Sau khi cắt bằng máy thì ta phải khâu tăng cường lớp cơ bằng chỉ vicryl 3.0

- Bước 5: Kết thúc bằng khâu phục hồi lại màng phổi trung thất

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

- Rò thực quản: Điều trị bảo tồn. Nhịn ăn, nuôi dưỡng tĩnh mạch

- Hẹp thực quản: Điều trị bảo tồn bằng cách tập ăn và nong qua nội soi. Xem xét can thiệp khi điều trị bảo tồn thất bại

- Áp xe trung thất : Dẫn lưu qua da hoặc can thiệp phẫu thuật kết hợp điều trị kháng sinh mạnh. Nhịn ăn, nuôi dưỡng tĩnh mạch và xem xét mở thông dạ dày trong trường hợp can thiệp phẫu thuật.

- Viêm phổi: Liệt pháp hô hấp, kháng sinh phù hợp

CẮT ĐOẠN THỰC QUẢN, DẪN LƯU HAI ĐẦU RA NGOÀI

I. ĐẠI CƯƠNG

Phẫu thuật cắt đoạn thực quản là cắt đôi thực quản để loại bỏ một thương tổn , đưa đầu thực quản ra ngoài là phẫu thuật khâu miệng cắt thực quản ra da vùng cổ. hay miệng cắt thực quản bụng ra da vùng thượng vị. Phẫu thuật yêu cầu loại bỏ thương tổn an toàn giúp hồi sức chăm sóc nuôi dưỡng được để cứu sống người bệnh đồng thời cần chú ý đến khả năng tạo hình kỳ sau.

II. CHỈ ĐỊNH

Phẫu thuật để loại bỏ thương tổn nhiễm trùng, hoại tử, khối u nguy hiểm không thể phục hồi bằng khâu hoặc nối trực tiếp. hiếm khi phải đưa ra ngoài do khó khăn về tạo hình cần đưa tạm thời.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Không có chống chỉ định tuyệt đối.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện:

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

2. Người bệnh

- Được chẩn đoán bệnh, xét nghiệm sinh học, đánh giá toàn trạng bệnh phối hợp và được điều trị, nuôi dưỡng, cân bằng đủ đảm bảo cho cuộc phẫu thuật dự kiến.
- Nâng cao thể trạng, cân bằng những rối loạn do hậu quả của bệnh hoặc do cơ địa, bệnh mãn tính, tuổi...
- Người bệnh và gia đình được giải thích rõ trước mổ về tình trạng bệnh và tình trạng chung, về những khả năng phẫu thuật sẽ thực hiện, về những tai biến, biến chứng, di chứng có thể gặp do bệnh, do phẫu thuật, do gây mê, tê, giảm đau, do cơ địa của người bệnh.
- Nhịn ăn, thực tháo, vệ sinh vùng phẫu thuật và toàn thân.

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

4. Dự kiến thời gian phẫu thuật: 90 phút

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Tư thế người bệnh nằm ngửa kê gối cho ưỡn thẳng bộc lộ vùng cổ
- Bước 1: Rửa da vùng cổ dọc trước cơ ức đòn chũm bên trái

- Bước 2: Qua máng cảnh hướng đến trước cột sống cổ tìm và bộc lộ thực quản
- Bước 3: Cắt đôi thực quản cổ, loại bỏ thương tổn thực quản.
- Bước 4: Phẫu tích đủ đoạn dài đưa đầu cắt ra da.
- Bước 5: Cố định bằng chỉ phẫu thuật miệng thực quản vào cân nông và da.
- Bước 6: Đóng da theo thường quy.

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

Theo dõi toàn thân theo thường quy: chỉ số sinh tồn (mạch, huyết áp, nhiệt độ, nhịp thở...) và các dẫn lưu (nếu có).

Theo dõi miệng thực quản phát hiện hoại tử, chảy máu, tụt vào trong...

. Xử trí: can thiệp đưa lại thực quản ra ngoài.

CẮT NỐI THỰC QUẢN

I. ĐẠI CƯƠNG

Phẫu thuật cắt nối thực quản là cắt bỏ một đoạn hay toàn bộ thực quản để loại bỏ thương tổn rồi lập lại lưu thông bằng miệng nối. Miệng nối được thực hiện bằng khâu nối tay hoặc máy nối tiêu hóa. Đoạn cắt bỏ thực quản hay vị trí làm miệng nối có thể chỉ liên quan đến thực quản cổ, thực quản ngực, thực quản đoạn thấp hoặc đến toàn bộ nên đường mổ có thể phối hợp, kíp mổ phải có chuyên ngành khác.

II. CHỈ ĐỊNH

Khô u thực quản, thủng thực quản, chít hẹp thực quản (do sẹo bỏng, di chứng rò, viêm..) dị dạng thực quản..

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Không có chống chỉ định tuyệt đối

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện:

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

2. Người bệnh

- Được chẩn đoán bệnh, xét nghiệm sinh học, đánh giá toàn trạng bệnh phối hợp và được điều trị, nuôi dưỡng, cân bằng đủ đảm bảo cho cuộc phẫu thuật dự kiến.
- Nâng cao thể trạng, cân bằng những rối loạn do hậu quả của bệnh hoặc do cơ địa, bệnh mãn tính, tuổi...
- Người bệnh và gia đình được giải thích rõ trước mổ về tình trạng bệnh và tình trạng chung, về những khả năng phẫu thuật sẽ thực hiện, về những tai biến, biến chứng, di chứng có thể gặp do bệnh, do phẫu thuật, do gây mê, tê, giảm đau, do cơ địa của người bệnh.
- Nhịn ăn, tuyệt thuốc, vệ sinh vùng phẫu thuật và toàn thân.

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

4. Dự kiến thời gian phẫu thuật: 240 phút

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

Tư thế nằm ngửa ưỡn cổ bên trái nếu mổ thực quản cổ. Tư thế nghiêng trái hay sấp 30° nếu mổ nội soi ngực để vào khoang màng phổi phải. Tư thế nằm ngửa gối dưới mũi ức ở thì bụng.

Gây mê nội khí quản, chủ động chuẩn bị có thể xẹp phổi thông khí một phổi.

Bước 1: Rạch da vùng cổ trái trước cơ ức đòn chũm, qua máng cảnh trái hướng đến trước cột sống cổ bóc tách thực quản cổ, bộc lộ thực quản cổ và xác định thương tổn, cắt thực quản cổ. thực hiện miệng nối thực quản cổ với đầu dưới tùy theo từng loại phẫu thuật. Miệng nối khâu tay với chỉ phẫu thuật hoặc may nối tiêu hóa.

Bước 2: Mở ngực vào khoang màng phổi phải bằng đường rạch sau bên khoang liên sườn. Làm xẹp phổi phải chủ động, thông khí một phổi. Rạch mở trung thất sau tìm và cắt bỏ thương tổn thực quản có thể dùng máy cắt tự động hay dao điện. Làm miệng nối thực quản tại vùng cổ hoặc trong trung thất. Miệng nối khâu tay với chỉ phẫu thuật hay máy nối tiêu hóa. Đặt hệ thống dẫn lưu dịch khí khoang màng phổi hút liên tục áp lực 20 cm H₂O. Khâu đóng khoang màng phổi phải theo thường quy

Bước 3: Cắt nối thực quản qua khe hoành: Rạch da đường giữa trên rốn, vào ổ bụng. Phẫu tích vùng tâm phình vị và thực quản bụng khởi lỗ hoành, qua khe hoành phẫu tích thực quản hướng lên trung thất. Xác thương tổn và cắt bỏ thương tổn thực quản bằng dao điện hoặc máy cắt. Làm miệng nối thực quản trong trung thất hoặc trên cổ trái bằng khâu tay với chỉ phẫu thuật hoặc máy nối tiêu hóa. Có thể đặt hệ thống dẫn lưu dịch khí khoang màng phổi một hoặc hai bên hút liên tục áp lực 20 cm H₂O.

Bước 4: Đóng bụng tai vết mổ đường trắng giữa theo thường quy.

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

- Chăm sóc theo dõi toàn thân: chăm sóc hô hấp tĩnh hậu phẫu hồi sức theo thường quy . Hô hấp: chăm sóc hệ thống dẫn lưu hút liên tục khoang màng phổi, hút liên tục vết mổ cổ trái. Hỗ trợ tập thở cho nở phổi. phòng tránh tắc nghẽn đờm rãi đường thở.

Theo dõi vết mổ chảy máu nhiễm trùng.

- Chảy máu tại vết mổ vùng mổ: điều trị bảo tồn theo dõi hoặc mổ cầm máu.

- Miệng nối không liền, bục rò nhiễm trùng: điều trị bảo tồn dẫn lưu hoặc mổ xử trí nhiễm trùng dẫn lưu ra ngoài

- Chảy dịch dưỡng chấp: nhịn ăn hoàn toàn nuôi dưỡng tĩnh mạch. Điều trị dẫn lưu bảo tồn hoặc mổ khâu thắt ống ngực.

- Hẹp miệng nối sau mổ: nong chỗ hẹp qua nội soi tiêu hóa hoặc mổ tạo hình chữa hẹp.

TẠO HÌNH THỰC QUẢN BẰNG DẠ DÀY KHÔNG CẮT THỰC QUẢN

I. ĐẠI CƯƠNG

Tồn thương bỏng thực quản do hóa chất rất ít khi gặp, phẫu thuật thay thế thực quản bằng dạ dày là phương pháp điều trị tối ưu

II. CHỈ ĐỊNH

Sẹo hẹp thực quản

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Trên 70 tuổi
- Bệnh toàn thân nặng: đái tháo đường, cao HA, TBMN, COPD...
- Suy kiệt

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện:

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

2. Người bệnh

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

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

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

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

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

4. Dự kiến thời gian phẫu thuật: 240 phút

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Thì bụng

- Tư thế người bệnh: nằm ngửa, kê gối dưới vai, cổ nghiêng sang phải.

- Giải phóng dạ dày: Giải phóng dạ dày khỏi chỗ bám của phúc mạc và mạc nối lớn, bảo vệ 2 cuống mạch nuôi là vị mạc nối phải và môn vị. Thắt và thắt sát gốc các cuống mạch vành vị và vị mạc nối trái, các mạch vị ngắn. Thắt và cắt ĐM, TM môn

vị cách môn vị khoảng 5 cm, bóc tách bờ cong nhỏ tới nhánh thứ 5 của ĐM vành vị. Giải phóng rộng cả đầu tụy và tá tràng.

- *Tạo ống dạ dày để thay thế thực quản* : Phần bờ cong nhỏ bị cắt bỏ được giới hạn bởi đường nối giữa đỉnh phình vị, đi song song bờ cong lớn, cách bờ cong lớn 5 cm, tới bờ cong nhỏ cách môn vị khoảng 4 cm. Việc cắt bỏ có thể được thực hiện bằng máy GIA. Hoặc bằng các kẹp mềm, cong dọc đường cắt, và khâu lại bằng mũi rời hoặc khâu vắt 2 lớp.

Tạo hình môn vị tránh ứ đọng dạ dày và mở thông hồng tràng để cho ăn sớm.

2. Thì cổ

- *Đường rạch da chữ J* bờ trước cơ ức đòn chũm trái. Cắt cơ vai móng, thắt và cắt TM giáp dưới, đi qua khe giữa thùy trái tuyến giáp ở trong và bó mạch cảnh ở ngoài để phẫu tích vào bờ trái của thực quản. dùng tampon hoặc ngón tay tách vào khoang trước cột sống để vào phẫu tích mặt sau thực quản. Phẫu tích thực quản khỏi khí quản. Phẫu tích sát bờ phải thực quản, tránh làm tổn thương dây TK quặt ngược phải. Luôn một ống sonde Nélaton qua thực quản, kéo lên để phẫu tích mặt sau thực quản lên trên và xuống dưới ngực. Cắt đôi thực quản cổ, khâu kín đầu dưới thực quản và kéo toàn bộ thực quản xuống bụng.

- *Tạo đường hầm sau xương ức*: Cắt chỗ bám của cơ hoành bằng dao điện, dùng một tampon nhỏ đẩy nhẹ nhàng lên sát sau xương ức, dùng tay một ở dưới bụng lên, một ở trên cổ xuống cho tới khi 2 tay gặp nhau

- *Làm miệng nối dạ dày - thực quản*: khâu cố định dạ dày bằng một sợi chỉ chắc luôn qua đường hầm sau xương ức hoặc trung thất sau để kéo dạ dày lên cổ làm miệng nối. Miệng nối tận bên ở mặt sau dạ dày để giảm gập góc giữa dạ dày và thực quản, khâu vắt một lớp toàn thể phía thực quản và thanh cơ phía dạ dày với chỉ tiêu chặm 4.0.

VI. 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 mở thông hồng tràng

Chảy máu: tùy mức độ chảy máu mà có thái độ xử trí: bảo tồn hoặc mổ lại

Rò dưỡng chấp: điều trị nội khoa

PHẪU THUẬT ĐIỀU TRỊ THỰC QUẢN ĐÔI

I. ĐẠI CƯƠNG

Thực quản đôi là một dị dạng bẩm sinh hiếm gặp của thực quản, đứng hàng thứ hai trong các bệnh đường tiêu hóa đôi sau hồi tràng đôi và chiếm khoảng 15% trong các loại dị dạng bẩm sinh của thực quản. Bệnh được chia làm 2 type: thực quản đôi dạng nang là dạng thường gặp nhất (95%) và thực quản đôi dạng ống rất hiếm khi gặp.

Đại đa số các trường hợp thực quản đôi được phát hiện ở thời kỳ bào thai nhờ siêu âm thai và trong những năm đầu sau khi sinh do những rối loạn mà nó gây ra rất hiếm khi gặp ở tuổi trưởng thành. Tùy vị trí, kích thước của thực quản đôi mà gây ra các triệu chứng khác nhau, thường gặp nhất là các rối loạn về tiêu hóa như: đau sau xương ức, nuốt nghẹn, nôn... hay các rối loạn về hô hấp, tuần hoàn như khó thở, loạn nhịp tim... Tuy nhiên cũng có trường hợp bệnh được chẩn đoán tình cờ. Một số xét nghiệm như chụp thực quản barit, chụp cắt lớp vi tính thực quản hay siêu âm nội soi thực quản giúp chẩn đoán bệnh trước mổ, tuy nhiên để chẩn đoán xác định bệnh cần dựa vào xét nghiệm giải phẫu bệnh.

Điều trị phẫu thuật cắt bỏ toàn bộ thực quản đôi là phương pháp được khuyến cáo do những tai biến, biến chứng mà bệnh gây ra như viêm, loét chảy máu, thủng thậm chí là ung thư hóa. Với nang thực quản đôi thì phẫu thuật được thực hiện là cắt nang, phẫu thuật cắt thực quản được chỉ định cho thực quản đôi dạng ống. Tuy nhiên một số tác giả đã thực hiện mở thực quản đôi vào thực quản chính qua nội soi ống mềm và cho kết quả tốt.

Cho đến nay đa số các báo cáo trên thế giới chỉ giới thiệu phương pháp mổ mở, rất ít trung tâm trình bày kỹ thuật mổ nội soi trong điều trị bệnh lý này.

II. CHỈ ĐỊNH

- Nuốt nghẹn
- Nôn

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Không có chống chỉ định

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện:

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

2. Người bệnh

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

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

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

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

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

4. Dự kiến thời gian phẫu thuật: 90 phút

V. CÁC BƯỚC TIỀN HÀNH:

BN được gây mê nội khí quản với ống Carlène làm xẹp phổi phải và được đặt ở tư thế nằm sấp nghiêng trái 45°.

Bước 1: Vào ngực phải qua 3 tro-ca 10 : 1 tro-ca ở khoang liên sườn 7 đường nách sau, 1 tro-ca ở khoang liên sườn 5 đường nách giữa và 1 tro-ca ở khoang liên sườn 4 nách trước

Bước 2: Tiến hành mở dọc cơ thực quản trên u, bóc trơn u, kiểm tra không thủng niêm mạc thực quản. khâu lại lớp cơ thực quản bằng Vicryl 4.0 mũi rời.

Bước 3: Đóng lại vết mổ theo các lớp giải phẫu

VI. 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 mở thông hồng tràng

Chảy máu: tùy mức độ chảy máu mà có thái độ xử trí: bảo tồn hoặc mổ lại

PHẪU THUẬT ĐIỀU TRỊ TEO THỰC QUẢN

I. ĐẠI CƯƠNG

Bệnh teo thực quản là hậu quả của rối loạn trong quá trình tạo phôi giữa tuần thứ 4 và tuần thứ 6, điều này giải thích cho hiện tượng teo thực quản thường kèm theo nhiều dị tật phổi hợp khác.

Chẩn đoán thường dựa vào lâm sàng và X quang ngay sau sinh.

Teo thực quản có 5 dạng:

- **Type I:** Theo phần lớn tác giả, thể này chỉ gặp trong chưa đến 10% tổng số trường hợp teo thực quản. Trong teo thực quản type I, 2 túi bọt thực quản ở 2 đầu nằm cách xa nhau, thường khoảng cách giữa 2 túi bọt này dài trên 4 đốt sống, làm cho việc thực hiện miệng nối một thì rất khó khăn. Trong type này, cũng không có rò khí- thực quản.

- **Type II:** Hiếm, chỉ chiếm chưa đến 1% số trường hợp. Về mặt giải phẫu bệnh, type này bao gồm túi bọt thực quản ở cả 2 đầu nhưng có thêm đường rò khí- thực quản ở đầu trên.

- **Type III và type IV:** Teo thực quản type III là thể thường gặp nhất, nó chiếm khoảng 75% trường hợp teo thực quản. Về mặt giải phẫu bệnh học, thể này được đặc trưng bởi túi bọt thực quản ở đầu trên, và đường rò khí- thực quản ở đầu dưới. Đường rò này có thể giữa thực quản và khí quản, nhưng cũng có thể giữa thực quản và nhánh phế quản gốc bên trái. Khi tổn thương tương tự như mô tả bên trên, nhưng rò nằm giữa thực quản và phế quản gốc phải, Ladd phân nó thành teo thực quản type IV. Teo thực quản type III được xem là thuận lợi về mặt phẫu thuật, bởi vì thông thường, khoảng cách giữa các túi bọt thực quản không dài quá 3 đốt sống.

- **Type V:** Thể này được xem là ngoại lệ vì nó chiếm chưa đến 0,5% tổng số các trường hợp teo thực quản. Về mặt giải phẫu bệnh, nó được đặc trưng bởi 2 đường rò với khí quản, một của túi bọt trên và một của túi bọt thực quản dưới. Và thường thì 2 túi bọt này nằm sát nhau.

II. CHỈ ĐỊNH

Type I và II: Phần lớn tác giả đồng ý là chỉ nên làm mở thông thực quản cổ và mở thông dạ dày nuôi dưỡng trong giai đoạn sơ sinh. Sau 4 - 12 tháng, tạo hình thay thế thực quản. Một số tác giả mổ nối ngay thì đầu, tuy nhiên, tỷ lệ thất bại cũng như biến chứng cao.

Type III và IV: Xu hướng hiện nay: Phẫu thuật đóng đường rò và nối một thì.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Trường hợp trẻ quá thiếu cân (< 2000g) và/hoặc tình trạng toàn thân hay hô hấp xấu, có thể chỉ mở thông dạ dày nuôi dưỡng và hút đầu trên liên tục trong lúc chờ phẫu thuật triệt để khi tình trạng trẻ cho phép. Tuy nhiên, chỉ định này ngày càng trở nên hiếm.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện:

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

2. Người bệnh

Ngay khi đã định bệnh, chuyển bé đến khoa ngoại giới với một ống hút nước bọt liên tục và tư thế lưng nghiêng trước 45o

Không chích thuốc cản quang vào trong túi cùng trên của thực quản

Đề trẻ thở tự nhiên hầu tránh sự dẫn căng dạ dày do thông khí nhân tạo nhất là nếu có lỗ dò khí quản- thực quản

Siêu âm tim để xác định một bệnh tim hoặc một bất thường của vị trí động mạch chủ

Phẫu thuật thực hiện trong vòng 24 giờ sau khi giải thích kỹ cho bố, mẹ và người nhà bệnh nhi về tình trạng bệnh và các nguy cơ rủi ro có thể xảy ra, kể cả tử vong.

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

4. Dự kiến thời gian phẫu thuật: 120 phút

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

Bước 1: Thực hiện mở ngực bên phải.

Bước 2: Đóng lỗ dò thực quản - khí quản.

Bước 3: Nối tận – tận giữa hai phần được thực hiện và đặt một thông nâng đỡ qua đường mũi.

Bước 4: Mở dạ dày trong trường hợp khiếm khuyết lớn: mở thực quản phần cổ cho phép về nhà nhưng phải thay thực quản lần hai hoặc tiếp tục hút qua thực quản liên tục ở bệnh viện nhưng khả năng giữ mọi lựa chọn tái tạo về sau này.

Bước 5: Đặt một ống dẫn lưu sau khi làm thông nối.

Bước 6: Đặt đường truyền tĩnh mạch trung ương để nuôi ăn qua đường mạch

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

Hô hấp: vỗ rung, lý liệu pháp

Rò miệng nổi: nuôi dưỡng qua mở thông hồng tràng

Chảy máu: tùy mức độ chảy máu mà có thái độ xử trí: bảo tồn hoặc mổ lại

NẠO VẾT HẠCH TRUNG THẤT

I. ĐẠI CƯƠNG

Nạo vét hạch trung thất là một quy trình không thể thiếu trong phẫu thuật các bệnh lý ung thư trong lồng ngực trung thất mà điển hình nhất là ung thư thực quản. Bài viết này chỉ đề cập tới kỹ thuật nạo vét hạch trung thất trong ung thư thực quản.

II. CHỈ ĐỊNH

Ung thư thực quản

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Già yếu trên 70 tuổi
- Bệnh lý nặng toàn thân
- Rối loạn chức năng hô hấp

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện:

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

2. Người bệnh:

- Người bệnh và gia đình được giải thích rõ trước mổ về tình trạng bệnh và tình trạng chung, về những khả năng phẫu thuật sẽ thực hiện, về những tai biến, biến chứng, di chứng có thể gặp do bệnh, do phẫu thuật, do gây mê, tê, giảm đau, do cơ địa của người bệnh.
- Nâng cao thể trạng, cân bằng những rối loạn do hậu quả của bệnh hoặc do cơ địa, bệnh mãn tính, tuổi.
- Điều trị ổn định các bệnh nội khoa như cao huyết áp, đái đường..., trước khi can thiệp phẫu thuật (trừ trường hợp mổ cấp cứu). Truyền máu nếu thiếu máu nhiều.
- Nhịn ăn, tuyệt thuốc, vệ sinh vùng phẫu thuật và toàn thân.
- Kháng sinh dự phòng

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

4. Dự kiến thời gian phẫu thuật: 120 phút

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

Bóc tách thực quản và vét hạch trung thất có thể được thực hiện bằng nội soi.

Gây mê nội khí quản với ống Carlen để làm xẹp phổi, không bơm hơi khoang màng phổi.

Tư thế người bệnh: Người bệnh nằm sấp, nghiêng trái 30°.

Vị trí và số lượng tro-ca: 3 tro-ca 10 mm, trong đó 1 đặt ở liên sườn 5 đường nách giữa để đặt camera, 1 ở liên sườn 9 đường nách sau và 1 ở liên sườn 4 đường nách giữa cho các dụng cụ mổ, 1 tro ca 5mm ở khoang liên sườn 9 đường nách giữa.

Bước 1 : Kỹ thuật phẫu tích thực quản: đặt camera và dụng cụ phẫu thuật để thăm dò, đánh giá khả năng cắt u. Phẫu thuật bắt đầu bằng việc phẫu tích, thắt, clip và cắt đôi quai tĩnh mạch đơn và sau đó là động mạch phế quản phải để vào phẫu tích thực quản. Cắt dây chằng tam giác phổi phải, mở màng phổi trung thất bằng móc điện hoặc kéo theo 2 đường, đường phía sau dọc theo bờ trước tĩnh mạch đơn và đường phía trước dọc theo màng tim, phế quản phải và dọc theo khí quản. Hai đường rạch gặp nhau ở đỉnh lồng ngực và trên cơ hoành.

Kỹ thuật bóc tách thực quản, phẫu tích và đặt clip các mạch máu của thực quản, vét hạch trung thất quanh thực quản và khối hạch dưới chỗ chia khí phế quản thành một khối được thực hiện với kỹ thuật nâng, đẩy thực quản để tạo trường mổ bằng 2 dụng cụ phẫu thuật đưa qua 2 tro-ca ở liên sườn 9 và 4, trong đó 1 dụng cụ (ống hút hoặc 1 kẹp phẫu thuật to khoẻ) nâng, đẩy thực quản để tạo ra khoảng làm việc và 1 (kéo, móc điện, hoặc dao siêu âm, kẹp clip) để bóc tách thực quản và cầm máu. Các mạch máu của thực quản được phẫu tích và đặt clip trước khi cắt.

Bước 2 : Các hạch trung thất được lấy bỏ cùng với thực quản thành một khối, tránh kẹp trực tiếp vào hạch để tránh làm vỡ hạch gây di căn ung thư trong lồng ngực. Các hạch cần nạo vét bao gồm hạch trung thất giữa và dưới được giới hạn bởi đường viền đi từ ngã ba khí phế quản đến khe hoành, phía trước giới hạn bởi rốn phổi và màng ngoài tim, phía sau là động mạch chủ lên : hạch cạnh thực quản, hạch cạnh khe hoành, hạch ngã ba khí phế quản, hạch cạnh động mạch chủ, hạch rốn phổi hai bên. Chúng tôi cũng lấy thêm nhóm hạch ở dọc hai bên khí quản (hạch cạnh thần kinh quặt ngược phải và trái). Việc bóc tách thực quản từ trên xuống dưới hay từ dưới lên trên là tùy thuộc vị trí u và thường thực hiện từ phần thực quản lành đến phần thực quản có u. Sau khi bóc tách hết thực quản ngực, dẫn lưu màng phổi được đặt qua lỗ tro-ca liên sườn 5, nở phổi và khâu các lỗ đặt tro-ca thành ngực.

Hạch được đánh số và định danh theo vị trí giải phẫu như sau:

105: hạch cạnh thực quản ngực 1/3 trên (upper thoracic paraesophageal lymph nodes)

106: hạch cạnh khí quản (thoracic paratracheal lymph nodes)

106rec: hạch cạnh thần kinh quặt ngược thanh quản (recurrent nerve lymph nodes)

106recL: cạnh thần kinh quặt ngược trái (left recurrent nerve lymph nodes)

106recR: cạnh thần kinh quặt ngược phải (right recurrent nerve lymph nodes)

- 106pre: mặt trước khí quản (pretracheal lymph nodes)
106tb: hạch thuộc khí- phế quản (tracheobronchial lymph nodes)
106tbL: bên trái khí- phế quản (left tracheobronchial lymph nodes)
106tbR: bên phải khí phế quản (right tracheobronchial lymph nodes)
107: hạch ngã ba khí phế quản (subcarinal lymph nodes)
108: hạch cạnh thực quản 1/3 giữa (middle thoracic paraesophageal lymph nodes)
109: hạch phế quản gốc (main bronchus lymph nodes)
 109L: bên trái (left main bronchus lymph nodes)
 109R: bên phải (right main bronchus lymph nodes)
110: hạch cạnh thực quản 1/3 dưới (lower thoracic paraesophageal lymph nodes)
111: hạch trên cơ hoành (supradiaphragmatic lymph nodes)
112: hạch trung thất sau (posterior mediastinal lymph nodes)
 112ao: hạch cạnh động mạch chủ ngực (thoracic paraaortic lymph nodes)
 112pul: hạch dây chằng phổi (pulmonary ligament lymph nodes)
113: hạch dây chằng động mạch (ligamentum arteriosum lymph nodes)
114: hạch trung thất trước (anterior mediastinal lymph nodes)

VI – THEO DÕI VÀ NGUYÊN TẮC XỬ TRÍ TẠI BIẾN, BIẾN CHỨNG:

1. Theo dõi: Các dấu hiệu sinh tồn sau mổ (Mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở...), các dẫn lưu (nếu có)

2. Các biến chứng sau mổ:

- Chảy máu sau mổ → Điều trị bảo tồn (truyền máu, băng ép, thuốc tăng đông) và xét mổ lại cầm máu.

- Rò bạch huyết sau mổ → Điều trị nội (nhịn ăn, nuôi dưỡng tĩnh mạch, băng ép, giảm tiết – Sandostatine) và xét mổ lại khâu đường rò.

NẠO VẾT HẠCH CỔ

I. ĐẠI CƯƠNG

Nạo vét hạch cổ là một quy trình không thể thiếu trong phẫu thuật triệt để điều trị ung thư thực quản cũng như các ung thư đầu mặt cổ.

II. CHỈ ĐỊNH

Ung thư thực quản

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Già yếu trên 70 tuổi
- Bệnh lý nặng toàn thân
- Rối loạn chức năng hô hấp

IV. CHUẨN BỊ

1. 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

2. Người bệnh:

- Người bệnh và gia đình được giải thích rõ trước mổ về tình trạng bệnh và tình trạng chung, về những khả năng phẫu thuật sẽ thực hiện, về những tai biến, biến chứng, di chứng có thể gặp do bệnh, do phẫu thuật, do gây mê, tê, giảm đau, do cơ địa của người bệnh.
- Nâng cao thể trạng, cân bằng những rối loạn do hậu quả của bệnh hoặc do cơ địa, bệnh mãn tính, tuổi.
- Điều trị ổn định các bệnh nội khoa như cao huyết áp, đái đường,... trước khi can thiệp phẫu thuật (trừ trường hợp mổ cấp cứu). Truyền máu nếu thiếu máu nhiều.
- Nhịn ăn, nhịn uống, vệ sinh vùng phẫu thuật và toàn thân.
- Kháng sinh dự phòng

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

4. Dự kiến thời gian phẫu thuật: 120 phút

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

Mở dọc bờ trước cơ ức đòn chũm 2 bên, phẫu tích giải phóng thực quản cổ. Cắt đôi thực quản cổ ngang mức bờ dưới tuyến giáp

Lấy toàn bộ các nhóm hạch đã mô tả ở vùng cổ:

Hạch được đánh số và định danh theo vị trí giải phẫu như sau:

100 : hạch bề mặt cổ

100spf : hạch bề mặt cổ (superficial cervical lymph nodes)

100sm : hạch dưới hàm dưới (submandibular lymph nodes)

100tr: hạch trước khí quản cổ (cervical pretracheal lymph nodes)

100ac: hạch cạnh thần kinh X (accessary nerve lymph nodes)

101: hạch cạnh thực quản cổ (paraesophageal lymph nodes)

102: hạch cổ sâu (deep cervical lymph nodes)

102up: hạch cổ trên (upper deep cervical lymph nodes)

102mid: hạch cổ giữa (middle deep cervical lymph nodes)

103: hạch quanh thực quản (peripharyngeal lymph nodes)

104: hạch trên xương đòn (supraclavicular lymph nodes)

VI – THEO DÕI VÀ NGUYÊN TẮC XỬ TRÍ TẠI BIẾN, BIẾN CHỨNG:

1. Theo dõi: Các dấu hiệu sinh tồn sau mổ (Mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở...), các dẫn lưu (nếu có)

2. Các biến chứng sau mổ:

- Chảy máu sau mổ → Điều trị bảo tồn (truyền máu, băng ép, thuốc tăng đông) và xét mổ lại cầm máu.

- Rò bạch huyết sau mổ → Điều trị nội (nhịn ăn, nuôi dưỡng tĩnh mạch, băng ép, giảm tiết – Sandostatine) và xét mổ lại khâu đường rò.

TẠO VAN CHỐNG TRÀO NGƯỢC DẠ DÀY – THỰC QUẢN

I. ĐẠI CƯƠNG

Bệnh trào ngược dạ dày thực quản (GERD) là một vấn đề lâm sàng rất thường gặp, chiếm một tỷ lệ lớn trong những người bệnh đi khám bệnh vì những triệu chứng rối loạn đường tiêu hoá. Tổn thương niêm mạc thực quản vì trào ngược dạ dày - thực quản (bao gồm trít hẹp và dị sản thực quản Barrett) đã được phát hiện ở những người bệnh không có triệu chứng gợi ý trào ngược dạ dày - thực quản. Bệnh trào ngược dạ dày - thực quản thường có những trầm trọng và kéo dài suốt đời, có thể dẫn đến sự suy giảm đáng kể chức năng bình thường và tình trạng an vui của người bệnh.

II. CHỈ ĐỊNH

- Trào ngược thực quản không đáp ứng với các biện pháp điều trị nội khoa đúng phác đồ, đủ thời gian.

- Thoát vị khe hoành
- Loét thực quản

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Bệnh lý phổi nặng
- Các chống chỉ định can thiệp ngoại khoa nói chung

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện:

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

2. Người bệnh

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

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

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

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

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

4. Dự kiến thời gian phẫu thuật: 90 phút

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

Người bệnh nằm ngửa.

Bước 1: Mở bụng đường trắng trên rốn. Phẫu tích thực quản cổ và vùng phình vị, thắt và cắt các nhánh vị ngắn khoảng 3-4 nhánh.

Bước 2: Khâu cuốn phình vị xung quanh thực quản lên trên tâm vị 2-3 cm. Phình vị cuốn quanh thực quản được khâu lại một góc 360° thì gọi là phương pháp Nissen. Phình vị cuốn mặt trước 180° gọi là phương pháp Dor. Phình vị quấn một góc 270° thì gọi là phương pháp Toupet.

Bước 3: Khâu dính các mũi chỉ bằng mũi rời Vicryl 3.0

Bước 4: Đóng bụng

VI. 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 mở thông hồng tràng

Chảy máu: tùy mức độ chảy máu mà có thái độ xử trí: bảo tồn hoặc mổ lại

LẤY DỊ VẬT THỰC QUẢN ĐƯỜNG NGỰC

I. ĐẠI CƯƠNG

Phần lớn các trường hợp dị vật thực quản được xử trí bằng cách gắp dị vật qua nội soi. Quy trình này chỉ đề cập tới các trường hợp mà can thiệp nội soi thất bại hoặc không còn chỉ định can thiệp nội soi mà phải can thiệp phẫu thuật để lấy dị vật và giải quyết biến chứng như áp xe trung thất, rò thực quản.

II. CHỈ ĐỊNH

Dị vật thực quản có biến chứng tổn thương mạch máu lớn, áp xe trung thất mà không có chỉ định can thiệp nội soi hoặc can thiệp thất bại.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Không có chống chỉ định tuyệt đối.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện:

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

2. Người bệnh

- Được chẩn đoán bệnh, xét nghiệm sinh học, đánh giá toàn trạng bệnh phối hợp và được điều trị, nuôi dưỡng, cân bằng đủ đảm bảo cho cuộc phẫu thuật dự kiến.
- Nâng cao thể trạng, cân bằng những rối loạn do hậu quả của bệnh hoặc do cơ địa, bệnh mãn tính, tuổi...
- Người bệnh và gia đình được giải thích rõ trước mổ về tình trạng bệnh và tình trạng chung, về những khả năng phẫu thuật sẽ thực hiện, về những tai biến, biến chứng, di chứng có thể gặp do bệnh, do phẫu thuật, do gây mê, tê, giảm đau, do cơ địa của người bệnh.
- Nhịn ăn, thực tháo, vệ sinh vùng phẫu thuật và toàn thân.

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

4. Dự kiến thời gian phẫu thuật: 90 phút

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH VÀ THEO DÕI

- Người bệnh được đặt thông mũi thực quản dạ dày nếu có thể.
- Tư thế nằm ngửa kê gối dưới vai nếu ở thực quản cổ, nằm nghiêng trái nếu ở thực quản ngực và nằm ngửa kê gối lưng nếu ở thực quản bụng.
- Gây mê nội khí quản và sẵn sàng chủ động xẹp phổi phải nếu cần

- Rạch da cân cơ liên sườn mở ngực sau bên phải vào khoang màng phổi phải, làm xẹp phổi phải. xác định vị trí thủng thực quản ngực, phẫu tích bộc lộ thực quản ngực đoạn bị thủng, lấy dị vật, dùng chỉ phẫu thuật hoặc vật liệu thích hợp khâu đóng tổn thương.

- Dẫn lưu khoang màng phổi phải kết hợp hệ thống hút liên tục áp lực âm 20 cm H₂O. Làm nở phổi trở lại. Đóng vết mở thành ngực quy chuẩn.

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

Theo dõi sự liền vết mổ thực quản và vết mổ thành ngực. theo dõi hệ hô hấp, dịch khí khoang màng phổi qua dẫn lưu màng phổi. Rút dẫn lưu khi người bệnh phục hồi tốt hệ hô hấp và liền vết khâu thực quản. tập thở cho bệnh nhân.

- Biến chứng chảy máu: phát hiện chảy máu tại vùng mổ hoặc biểu hiện thiếu máu cấp đồng thời. Làm các thăm dò xác định có chảy máu và mức độ chảy máu.

Điều trị: điều trị bảo tồn hoặc phẫu thuật cầm máu.

- Biến chứng thủng lại nhiễm trùng: phát hiện thủng và hoặc nhiễm trùng tại vùng mổ hoặc biểu hiện nhiễm trùng cấp đồng thời. Làm các thăm dò xác định có thủng lại, hay tình trạng nhiễm trùng.

Điều trị: điều trị bảo tồn, dẫn lưu hoặc phẫu thuật chống nhiễm trùng hoặc phối hợp các giải pháp khác thích hợp.

- Biến chứng hô hấp: Người bệnh suy hô hấp, xẹp phổi, ổ cận màng phổi. tắc nghẽn hô hấp, tràn máu tràn khí ... màng phổi: xác định và khắc phục theo nguyên nhân.

LẤY DỊ VẬT THỰC QUẢN ĐƯỜNG BỤNG

I. ĐẠI CƯƠNG

Phần lớn các trường hợp dị vật thực quản được xử trí bằng cách gắp dị vật qua nội soi. Quy trình này chỉ đề cập tới các trường hợp mà can thiệp nội soi thất bại hoặc không còn chỉ định can thiệp nội soi mà phải can thiệp phẫu thuật để lấy dị vật và giải quyết biến chứng như áp xe trung thất, rò thực quản.

II. CHỈ ĐỊNH

Dị vật thực quản có biến chứng tổn thương mạch máu lớn, áp xe trung thất mà không có chỉ định can thiệp nội soi hoặc can thiệp thất bại.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Không có chống chỉ định tuyệt đối.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện:

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

2. Người bệnh

- Được chẩn đoán bệnh, xét nghiệm sinh học, đánh giá toàn trạng bệnh phối hợp và được điều trị, nuôi dưỡng, cân bằng đủ đảm bảo cho cuộc phẫu thuật dự kiến.
- Nâng cao thể trạng, cân bằng những rối loạn do hậu quả của bệnh hoặc do cơ địa, bệnh mãn tính, tuổi...
- Người bệnh và gia đình được giải thích rõ trước mổ về tình trạng bệnh và tình trạng chung, về những khả năng phẫu thuật sẽ thực hiện, về những tai biến, biến chứng, di chứng có thể gặp do bệnh, do phẫu thuật, do gây mê, tê, giảm đau, do cơ địa của người bệnh.
- Nhịn ăn, nhịn uống, vệ sinh vùng phẫu thuật và toàn thân.

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

4. Dự kiến thời gian phẫu thuật: 90 phút

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH VÀ THEO DÕI

- Người bệnh được đặt thông mũi thực quản dạ dày nếu có thể.
- Tư thế nằm ngửa kê gối dưới vai nếu ở thực quản cổ, nằm nghiêng trái nếu ở thực quản ngực và nằm ngửa kê gối lưng nếu ở thực quản bụng.
- Gây mê nội khí quản và sẵn sàng chủ động xẹp phổi phải nếu cần

- Rạch da đường trắng giữa bụng từ mũi ức về phía rốn, rạch qua cân cơ vào ổ bụng. Phẫu tích vùng thực quản bụng và tâm phình vị dạ dày, thực quản bụng. Bộc lộ thực quản bụng tìm dị vật. Dùng chỉ phẫu thuật hoặc cùng tổ chức thích hợp khâu đóng kín lại chỗ mở thực quản. Lưu ý có thể khâu thủng thực quản ngực phân thấp từ ổ bụng qua lỗ hoành lên trung thất. Có thể khâu lại góc tâm phình vị hoặc thêm phẫu thuật tạo van chống trào ngược dạ dày thực quản. Có thể đặt dẫn lưu ổ bụng.

- Khâu đóng vết mổ bụng theo quy chuẩn.

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

- Biến chứng chảy máu: phát hiện chảy máu tại vùng mổ hoặc biểu hiện thiếu máu cấp đồng thời. Làm các thăm dò xác định có chảy máu và mức độ chảy máu.

Điều trị: điều trị bảo tồn hoặc phẫu thuật cầm máu.

- Biến chứng thủng lại nhiễm trùng: phát hiện thủng và hoặc nhiễm trùng tại vùng mổ hoặc biểu hiện nhiễm trùng cấp đồng thời. Làm các thăm dò xác định có thủng lại, hay tình trạng nhiễm trùng.

Điều trị: điều trị bảo tồn, dẫn lưu hoặc phẫu thuật chống nhiễm trùng hoặc phối hợp các giải pháp khác thích hợp.

- Biến chứng hô hấp: Người bệnh suy hô hấp, xẹp phổi, ổ cặn màng phổi. tắc nghẽn hô hấp, tràn máu tràn khí ... màng phổi: xác định và khắc phục theo nguyên nhân.

LẤY DỊ VẬT THỰC QUẢN ĐƯỜNG CỔ

I. ĐẠI CƯƠNG

Phần lớn các trường hợp dị vật thực quản được xử trí bằng cách gắp dị vật qua nội soi. Quy trình này chỉ đề cập tới các trường hợp mà can thiệp nội soi thất bại hoặc không còn chỉ định can thiệp nội soi mà phải can thiệp phẫu thuật để lấy dị vật và giải quyết biến chứng như áp xe trung thất, rò thực quản.

II. CHỈ ĐỊNH

Dị vật thực quản có biến chứng tổn thương mạch máu lớn, áp xe trung thất mà không có chỉ định can thiệp nội soi hoặc can thiệp thất bại.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Không có chống chỉ định tuyệt đối.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện:

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

2. Người bệnh

- Được chẩn đoán bệnh, xét nghiệm sinh học, đánh giá toàn trạng bệnh phổi 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, nhịn uống, vệ sinh vùng phẫu thuật và toàn thân.

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

4. Dự kiến thời gian phẫu thuật: 90 phút

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH VÀ THEO DÕI

- Người bệnh được đặt thông mũi thực quản dạ dày nếu có thể.
- Tư thế nằm ngửa kê gối dưới vai nếu ở thực quản cổ, nằm nghiêng trái nếu ở thực quản ngực và nằm ngửa kê gối lưng nếu ở thực quản bụng.
- Gây mê nội khí quản và sẵn sàng chủ động xẹp phổi phải nếu cần

- Đường rạch cổ trái cắt cân cơ qua máng cảnh về phía trước cột sống cổ tìm và bóc lộ thực quản cổ. Mở thực quản lấy dị vật rồi dùng chỉ phẫu thuật khâu đóng thương tổn thực quản cổ. Đặt dẫn lưu vết mổ. Khâu đóng cân cổ nông (dưới da) khâu đóng lớp da

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

Theo dõi quá trình liền vết mổ, quá trình liền vết khâu thực quản, theo dõi ống dẫn lưu vết mổ, rút dẫn lưu khi hết tác dụng theo dõi. Cho người bệnh nhịn ăn miệng, nuôi dưỡng bằng ống thông hoặc truyền tĩnh mạch đến khi liền vết khâu.

- Biến chứng chảy máu: phát hiện chảy máu tại vùng mổ hoặc biểu hiện thiếu máu cấp đồng thời. Làm các thăm dò xác định có chảy máu và mức độ chảy máu.

. Điều trị: điều trị bảo tồn hoặc phẫu thuật cầm máu.

- Biến chứng thủng lại nhiễm trùng: phát hiện thủng và hoặc nhiễm trùng tại vùng mổ hoặc biểu hiện nhiễm trùng cấp đồng thời. Làm các thăm dò xác định có thủng lại, hay tình trạng nhiễm trùng.

. Điều trị: điều trị bảo tồn, dẫn lưu hoặc phẫu thuật chống nhiễm trùng hoặc phối hợp các giải pháp khác thích hợp.

- Biến chứng hô hấp: Người bệnh suy hô hấp, xẹp phổi, ổ cận màng phổi. tắc nghẽn hô hấp, tràn máu tràn khí ... màng phổi: xác định và khắc phục theo nguyên nhân.

MỔ BỤNG THĂM DÒ

I. ĐẠI CƯƠNG

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

II. CHỈ ĐỊNH

- Chấn thương bụng, vết thương bụng: nghi ngờ có tổn thương tạng rỗng không loại trừ được chắc chắn trước mổ.

- Đa chấn thương có sốc: nghi ngờ chảy máu trong ổ bụng hoặc nghi ngờ vỡ tạng rỗng

- Ung thư các tạng trong ổ bụng: thăm dò khả năng cắt u (không chắc chắn cắt được u trước mổ).

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Khi chẩn đoán trước mổ đã chắc chắn.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện:

- 01 Phẫu thuật viên chuyên khoa tiêu 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

2. Người bệnh:

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

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

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

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

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

4. Dự kiến thời gian phẫu thuật: 60 phút

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

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

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

3. Kỹ thuật:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

MỞ BỤNG THĂM DÒ, SINH THIẾT

I. ĐẠI CƯƠNG

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

II. CHỈ ĐỊNH

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

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

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

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện:

- 01 Phẫu thuật viên chuyên khoa tiêu 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

2. Người bệnh:

- Người bệnh và gia đình được giải thích rõ trước mổ về tình trạng bệnh và tình trạng chung, về những khả năng phẫu thuật sẽ thực hiện, về những tai biến, biến chứng, di chứng có thể gặp do bệnh, do phẫu thuật, do gây mê, tê, giảm đau, do cơ địa của người bệnh.
- Nâng cao thể trạng, cân bằng những rối loạn do hậu quả của bệnh hoặc do cơ địa, bệnh mãn tính, tuổi.
- Điều trị ổn định các bệnh nội khoa như cao huyết áp, đái đường,... trước khi can thiệp phẫu thuật (trừ trường hợp mổ cấp cứu). Truyền máu nếu thiếu máu nhiều.
- Nhịn ăn, nhịn uống, vệ sinh vùng phẫu thuật và toàn thân.
- Kháng sinh dự phòng

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

4. Dự kiến thời gian phẫu thuật: 60 phút

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

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

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

3. Kỹ thuật:

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

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

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

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

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

- Theo dõi áp xe tồn dư, nhiễm trùng vết mổ để có chỉ định can thiệp kịp thời.
- Theo dõi tình trạng chung: viêm phổi...
- Truyền dịch: tính đủ năng lượng, lượng dịch vào cho từng người bệnh cụ thể.
- Kháng sinh: sử dụng kháng sinh dự phòng hoặc sử dụng kháng sinh điều trị khi có chỉ định, tùy thuộc hoàn cảnh cụ thể.

NÓI VỊ TRÀNG

I. ĐẠI CƯƠNG

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

II. CHỈ ĐỊNH

Hẹp môn vị do loét hành tá tràng xơ chai, đóng mồm tá tràng nguy cơ cao.

Chèn ép tá tràng do các khối u vùng tá tràng đầu tụy không có khả năng cắt bỏ

Những trường hợp khối u phần thấp dạ dày gây hẹp đường xuống, xâm lấn tổ chức xung quanh không còn khả năng cắt bỏ hay do người bệnh có thể trạng kém, bệnh lý kèm theo không cho phép kéo dài thời gian mổ, có thể nói vị tràng cho người bệnh ăn uống được.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Chống chỉ định đối với phẫu thuật nói chung

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

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện:

- Phẫu thuật viên chính 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

2. Người bệnh:

- Người bệnh và gia đình được giải thích rõ trước mổ về tình trạng bệnh và tình trạng chung, về những khả năng phẫu thuật sẽ thực hiện, về những tai biến, biến chứng, di chứng có thể gặp do bệnh, do phẫu thuật, do gây mê, tê, giảm đau, do cơ địa của người bệnh
- Nâng cao thể trạng, cân bằng những rối loạn do hậu quả của bệnh hoặc do cơ địa, bệnh mãn tính, tuổi
- Điều trị ổn định các bệnh nội khoa như cao huyết áp, đái đường,... trước khi can thiệp phẫu thuật (trừ trường hợp mổ cấp cứu). Truyền máu nếu người bệnh có thiếu máu nhiều
- Nhịn ăn, nhịn uống, vệ sinh vùng phẫu thuật và toàn thân
- Kháng sinh dự phòng

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

4. Dự kiến thời gian phẫu thuật: 60 phút

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Tư thế: người bệnh nằm ngửa

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

3. Kỹ thuật:

- **Bước 1:** đường mở bụng: mở bụng đường trắng giữa trên rốn.
- **Bước 2:** đánh giá tổn thương tại chỗ và tình trạng toàn thân để xác định chỉ định.
- **Bước 3:** giải phóng dạ dày tìm vị trí nối.

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

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

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

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

- **Bước 6:** kiểm tra và đóng bụng.

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

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

CẮT DẠ DÀY HÌNH CHÊM

I. ĐẠI CƯƠNG

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

II. CHỈ ĐỊNH

Ung thư dạ dày giai đoạn sớm, tại chỗ

U dạ dày không thuộc biểu mô

Loét lành tính dạ dày

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Chống chỉ định đối với phẫu thuật nói chung

Ung thư dạ dày tiến triển

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện:

- Phẫu thuật viên chính chuyên khoa tiêu 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

2. Người bệnh:

- Người bệnh và gia đình được giải thích rõ trước mổ về tình trạng bệnh và tình trạng chung, về những khả năng phẫu thuật sẽ thực hiện, về những tai biến, biến chứng, di chứng có thể gặp do bệnh, do phẫu thuật, do gây mê, tê, giảm đau, do cơ địa của người bệnh
- Nâng cao thể trạng, cân bằng những rối loạn do hậu quả của bệnh hoặc do cơ địa, bệnh mãn tính, tuổi
- Điều trị ổn định các bệnh nội khoa như cao huyết áp, đái đường,... trước khi can thiệp phẫu thuật (trừ trường hợp mổ cấp cứu). Truyền máu nếu người bệnh có thiếu máu nhiều
- Nhịn ăn, thực tháo, vệ sinh vùng phẫu thuật và toàn thân
- Kháng sinh dự phòng

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

4. Dự kiến thời gian phẫu thuật: 90 phút

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Tư thế: người bệnh nằm ngửa.

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

3. Kỹ thuật:

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

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

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

CẮT ĐOẠN DẠ DÀY

I. ĐẠI CƯƠNG

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

II. CHỈ ĐỊNH

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

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

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Chống chỉ định đối với phẫu thuật nói chung

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện:

- Phẫu thuật viên chính chuyên khoa tiêu 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

2. Người bệnh:

- Người bệnh và gia đình được giải thích rõ trước mổ về tình trạng bệnh và tình trạng chung, về những khả năng phẫu thuật sẽ thực hiện, về những tai biến, biến chứng, di chứng có thể gặp do bệnh, do phẫu thuật, do gây mê, tê, giảm đau, do cơ địa của người bệnh
- Nâng cao thể trạng, cân bằng những rối loạn do hậu quả của bệnh hoặc do cơ địa, bệnh mãn tính, tuổi
- Điều trị ổn định các bệnh nội khoa như cao huyết áp, đái đường,... trước khi can thiệp phẫu thuật (trừ trường hợp mổ cấp cứu). Truyền máu nếu người bệnh có thiếu máu nhiều
- Nhịn ăn, thụt tháo, vệ sinh vùng phẫu thuật và toàn thân
- Kháng sinh dự phòng

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

4. Dự kiến thời gian phẫu thuật: 180 phút

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Tư thế: người bệnh nằm ngửa

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

3. Kỹ thuật:

- Bước 1: đường mổ trắng giữa trên dưới rốn hoặc trên rốn
- Bước 2: đánh giá thương tổn trong mổ
- Bước 3: xác định mốc cắt dạ dày:
 - . dưới môn vị 2-3 cm
 - . Bờ cong nhỏ: chỗ động mạch vị trái gặp bờ cong nhỏ
 - . Bờ cong lớn: chỗ gặp nhau của động mạch vị mạc nối phải và trái
- Bước 4: Đóng móm tá tràng kín, trong trường hợp khó đóng móm tá tràng nên đặt dẫn lưu móm tá tràng và đặt hệ thống dẫn lưu cạnh móm tá tràng.
- Bước 5: Lập lại lưu thông theo kiểu Billroth I (Péan), hoặc Billroth II (Polya, Frinsterer) hay Roux-en-Y tùy theo kinh nghiệm của phẫu thuật viên. Miệng nối trước hoặc qua mạc treo đại tràng ngang.
- Bước 6: lau rửa sạch ổ bụng, đặt dẫn lưu
- Bước 7: đóng bụng theo các lớp giải phẫu.

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

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

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

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

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

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

CẮT ĐOẠN DẠ DÀY VÀ MẠC NỔI LỚN

I. ĐẠI CƯƠNG

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

II. CHỈ ĐỊNH

Ung thư dạ dày tiến triển

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện:

- Phẫu thuật viên chính chuyên khoa tiêu 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

2. Người bệnh:

- Người bệnh và gia đình được giải thích rõ trước mổ về tình trạng bệnh và tình trạng chung, về những khả năng phẫu thuật sẽ thực hiện, về những tai biến, biến chứng, di chứng có thể gặp do bệnh, do phẫu thuật, do gây mê, tê, giảm đau, do cơ địa của người bệnh
- Nâng cao thể trạng, cân bằng những rối loạn do hậu quả của bệnh hoặc do cơ địa, bệnh mãn tính, tuổi
- Điều trị ổn định các bệnh nội khoa như cao huyết áp, đái đường,... trước khi can thiệp phẫu thuật (trừ trường hợp mổ cấp cứu). Truyền máu nếu người bệnh có thiếu máu nhiều
- Nhịn ăn, thụt tháo, vệ sinh vùng phẫu thuật và toàn thân
- Kháng sinh dự phòng

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

4. Dự kiến thời gian phẫu thuật: 180 phút

IV. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

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

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

3. Kỹ thuật:

- Bước 1: đường mở bụng: mở bụng đường trắng giữa trên dưới rốn.
- Bước 2: đánh giá tổn thương
. Đánh giá dịch ổ bụng, tình trạng phúc mạc.

. Đánh giá cơ quan khác trong ổ bụng.

. Đánh giá tổn thương tại chỗ.

. Đánh giá di căn hạch.

- Bước 4: làm động tác Kocher. Cắt dây chằng gan tá tràng, gan đại tràng. Hạ toàn bộ đại tràng góc gan. Giải phóng tá tràng nhìn rõ bờ trái động mạch chủ bụng, tĩnh mạch thận trái.

- Bước 5: tách mạc nối lớn khỏi đại tràng

- Bước 6: thắt các mạch vị phải, vị trái, vị mạc nối phải, vị mạc nối trái sát gốc: nạo vét hạch nhóm 1, 7, 8 9, 11, 12. Phẫu tích lấy mạc nối nhỏ lên sát thực quản bụng.

- Bước 7: đóng mỏm tá tràng (nói Billroth II). Có thể đóng mỏm 2 hay 3 lớp tùy phẫu thuật viên.

- Bước 8: cắt bán phần dạ dày và lập lại lưu thông tiêu hóa một lớp hoặc hai lớp tùy phẫu thuật viên theo Billroth I, II (trước hoặc qua mạc treo đại tràng ngang)

- Bước 9: cầm máu kỹ diện bóc tách và đặt dẫn lưu dưới gan và đóng bụng theo bình diện giải phẫu.

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

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

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

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

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

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

- Cho người bệnh ăn lại khi có trung tiện.

CẮT TOÀN BỘ DẠ DÀY

I. ĐẠI CƯƠNG

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

II. CHỈ ĐỊNH

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

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Chống chỉ định chung của phẫu thuật

IV. CHUẨN BỊ

- Người thực hiện:

- 01 Phẫu thuật viên chuyên khoa tiêu 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, nhịn uống, vệ sinh vùng phẫu thuật và toàn thân.

- Kháng sinh dự phòng

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

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

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

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

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

3. Kỹ thuật:

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

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

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

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

CẮT LẠI DẠ DÀY

I. ĐẠI CƯƠNG

Ung thư dạ dày đứng hàng đầu trong các bệnh lý ung thư tại Việt Nam. Người bệnh đến trong giai đoạn muộn, kết quả điều trị sống sau 5 năm không cao. Tỷ lệ tái phát cao, thường kèm theo cả tái phát tại miệng nối và các vị trí khác trong ổ bụng. do vậy điều trị phẫu thuật cắt lại dạ dày thường không thực hiện được. Kết quả phẫu thuật thường tốt hơn trong bệnh lý ung thư miệng nối.

II. CHỈ ĐỊNH

Ung thư tái phát miệng nối, ung thư dạ dày miệng nối

Xuất huyết tiêu hóa tại miệng nối/ người bệnh đã cắt bán phần dạ dày.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Chống chỉ định chung của phẫu thuật

Ung thư tiến triển di căn gan, phúc mạc, phổi mà không còn khả năng cắt bỏ triệt để

IV. CHUẨN BỊ

1. 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

2. Người bệnh:

- Người bệnh và gia đình được giải thích rõ trước mổ về tình trạng bệnh và tình trạng chung, về những khả năng phẫu thuật sẽ thực hiện, về những tai biến, biến chứng, di chứng có thể gặp do bệnh, do phẫu thuật, do gây mê, tê, giảm đau, do cơ địa của người bệnh.
- Nâng cao thể trạng, cân bằng những rối loạn do hậu quả của bệnh hoặc do cơ địa, bệnh mãn tính, tuổi.
- Điều trị ổn định các bệnh nội khoa như cao huyết áp, đái đường,... trước khi can thiệp phẫu thuật (trừ trường hợp mổ cấp cứu). Truyền máu nếu thiếu máu nhiều.
- Nhịn ăn, nhịn uống, vệ sinh vùng phẫu thuật và toàn thân.
- Kháng sinh dự phòng

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

4. Dự kiến thời gian phẫu thuật: 240 phút

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

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

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

3. Kỹ thuật:

- Bước 1: đường mở bụng: mở bụng đường trắng giữa trên dưới rốn.
- Bước 2: đánh giá tổn thương
 - . Đánh giá dịch ổ bụng, tình trạng phúc mạc.
 - . Đánh giá cơ quan khác trong ổ bụng.
 - . Đánh giá tổn thương tại chỗ.
 - . Đánh giá di căn hạch.
- Bước 3: gỡ toàn bộ miệng nối và khối u ra khỏi tổ chức xung quanh, trường hợp xâm lấn tụy, đại tràng có thể phẫu tích để cắt thành một khối.
- Bước 4: thắt các mạch vị ngăn sát gốc. Phẫu tích lấy mạc nối nhỏ lên sát thực quản bụng.
- Bước 5: cắt toàn bộ dạ dày miệng nối, chú ý để tối đa quai đến làm chân chữ Y.
- Bước 6: nối thực quản hồng tràng Roux-en-Y, tạo quai Y dài 40-60 cm. chú ý không để quai Y ngắn quá hoặc dài quá gây nên hội chứng trào ngược và quai Y. đưa quai hồng tràng lên nối thực quản qua mạc treo đại tràng ngang. Trường hợp quai đến quá ngắn có thể đóng lại và nối ruột non vào D3, tạo quai chữ Y mới.
- Bước 7: cố định mạc treo, cầm máu kỹ diện bóc tách và đặt dẫn lưu dưới gan.
- Bước 8: đóng bụng theo bình diện giải phẫu.

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

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

NẠO VẾT HẠCH D1

I. ĐẠI CƯƠNG

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

II. CHỈ ĐỊNH

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

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

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

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện:

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

2. Người bệnh

- Được chẩn đoán bệnh, xét nghiệm sinh học, đánh giá toàn trạng bệnh phối hợp và được điều trị, nuôi dưỡng, cân bằng đủ đảm bảo cho cuộc phẫu thuật dự kiến.
- Nâng cao thể trạng, cân bằng những rối loạn do hậu quả của bệnh hoặc do cơ địa, bệnh mãn tính, tuổi...
- Người bệnh và gia đình được giải thích rõ trước mổ về tình trạng bệnh và tình trạng chung, về những khả năng phẫu thuật sẽ thực hiện, về những tai biến, biến chứng, di chứng có thể gặp do bệnh, do phẫu thuật, do gây mê, tê, giảm đau, do cơ địa của người bệnh.
- Nhịn ăn, thực tháo, vệ sinh vùng phẫu thuật và toàn thân.

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

4. Dự kiến thời gian phẫu thuật: 30 phút

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Tư thế: Người bệnh nằm ngửa, kê gối dưới lưng ngang đốt sống D12
- Vô cảm: gây mê toàn thân có giãn cơ
- Kỹ thuật:

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

Đánh giá dịch ổ bụng, tình trạng phúc mạc.

Đánh giá các cơ quan khác trong ổ bụng.

Đánh giá tổn thương tại chỗ.

Đánh giá di căn hạch.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- Cho ăn lại khi người bệnh có trung tiện.

NẠO VẾT HẠCH D2

I. ĐẠI CƯƠNG

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

II. CHỈ ĐỊNH

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

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

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

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện:

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

2. Người bệnh

- Được chẩn đoán bệnh, xét nghiệm sinh học, đánh giá toàn trạng bệnh phối hợp và được điều trị, nuôi dưỡng, cân bằng đủ đảm bảo cho cuộc phẫu thuật dự kiến.
- Nâng cao thể trạng, cân bằng những rối loạn do hậu quả của bệnh hoặc do cơ địa, bệnh mãn tính, tuổi...
- Người bệnh và gia đình được giải thích rõ trước mổ về tình trạng bệnh và tình trạng chung, về những khả năng phẫu thuật sẽ thực hiện, về những tai biến, biến chứng, di chứng có thể gặp do bệnh, do phẫu thuật, do gây mê, tê, giảm đau, do cơ địa của người bệnh.
- Nhịn ăn, thụt tháo, vệ sinh vùng phẫu thuật và toàn thân.

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

4. Dự kiến thời gian phẫu thuật: 60 phút

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- 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, đánh giá tổn thương.

Đánh giá dịch ổ bụng, tình trạng phúc mạc.

Đánh giá các cơ quan khác trong ổ bụng.

Đánh giá tổn thương tại chỗ.

Đánh giá di căn hạch.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

NẠO VẾT HẠCH D3

I. ĐẠI CƯƠNG

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

II. CHỈ ĐỊNH

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

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

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

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện:

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

2. Người bệnh

- Được chẩn đoán bệnh, xét nghiệm sinh học, đánh giá toàn trạng bệnh phối hợp và được điều trị, nuôi dưỡng, cân bằng đủ đảm bảo cho cuộc phẫu thuật dự kiến.
- Nâng cao thể trạng, cân bằng những rối loạn do hậu quả của bệnh hoặc do cơ địa, bệnh mãn tính, tuổi...
- Người bệnh và gia đình được giải thích rõ trước mổ về tình trạng bệnh và tình trạng chung, về những khả năng phẫu thuật sẽ thực hiện, về những tai biến, biến chứng, di chứng có thể gặp do bệnh, do phẫu thuật, do gây mê, tê, giảm đau, do cơ địa của người bệnh.
- Nhịn ăn, thụt tháo, vệ sinh vùng phẫu thuật và toàn thân.

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

4. Dự kiến thời gian phẫu thuật: 60 phút

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- 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, đánh giá tổn thương.

Đánh giá dịch ổ bụng, tình trạng phúc mạc.

Đánh giá các cơ quan khác trong ổ bụng.

Đánh giá tổn thương tại chỗ.

Đánh giá di căn hạch.

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

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

. **Bước 4:** Nạo vét hạch D3 giống nạo vét hạch D2 nhưng lấy thêm các nhóm hạch xa của dạ dày

+ Ung thư 1/3 dưới dạ dày: nạo vét hạch nhóm 2, nhóm 10, nhóm 11, nhóm 12, nhóm 13, nhóm 14

+ Ung thư dạ dày 1/3 giữa: nạo vét hạch nhóm 12, nhóm 13, nhóm 14

+ Ung thư dạ dày 1/3 trên: nạo vét hạch nhóm 12, nhóm 13, nhóm 14

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

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

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

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

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

- 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.

NẠO VẾT HẠCH D4

I. ĐẠI CƯƠNG

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

II. CHỈ ĐỊNH

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

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

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

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện:

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

2. Người bệnh

- Được chẩn đoán bệnh, xét nghiệm sinh học, đánh giá toàn trạng bệnh phối hợp và được điều trị, nuôi dưỡng, cân bằng đủ đảm bảo cho cuộc phẫu thuật dự kiến.
- Nâng cao thể trạng, cân bằng những rối loạn do hậu quả của bệnh hoặc do cơ địa, bệnh mãn tính, tuổi...
- Người bệnh và gia đình được giải thích rõ trước mổ về tình trạng bệnh và tình trạng chung, về những khả năng phẫu thuật sẽ thực hiện, về những tai biến, biến chứng, di chứng có thể gặp do bệnh, do phẫu thuật, do gây mê, tê, giảm đau, do cơ địa của người bệnh.
- Nhịn ăn, nhịn uống, vệ sinh vùng phẫu thuật và toàn thân.

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

4. Dự kiến thời gian phẫu thuật: 90 phút

V. 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, đánh giá tổn thương.

Đánh giá dịch ổ bụng, tình trạng phúc mạc.

Đánh giá các cơ quan khác trong ổ bụng.

Đánh giá tổn thương tại chỗ.

Đánh giá di căn hạch.

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

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

. **Bước 4:** Nạo vét hạch D4 giống nạo vét hạch D3 nhưng lấy thêm các nhóm hạch ở động mạch chủ, tĩnh mạch chủ, rốn thận trái và động mạch đại tràng giữa

+ Ung thư 1/3 dưới dạ dày: nạo vét hạch nhóm 2, nhóm 10, nhóm 11, nhóm 12, nhóm 13, nhóm 14, nhóm 15, nhóm 16

+ Ung thư dạ dày 1/3 giữa: nạo vét hạch nhóm 12, nhóm 13, nhóm 14, nhóm 15, nhóm 16

+ Ung thư dạ dày 1/3 trên: nạo vét hạch nhóm 12, nhóm 13, nhóm 14, nhóm 15, nhóm 16

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

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

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

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

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

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

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

- Cho ăn lại khi người bệnh có trung tiện.

KHÂU LỖ THÙNG DẠ DÀY – TÁ TRÀNG

I. ĐẠI CƯƠNG

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

II. CHỈ ĐỊNH

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

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Chống chỉ định chung của phẫu thuật ổ bụng

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện:

- 01 Phẫu thuật viên chuyên khoa tiêu 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

2. Người bệnh:

- Người bệnh và gia đình được giải thích rõ trước mổ về tình trạng bệnh và tình trạng chung, về những khả năng phẫu thuật sẽ thực hiện, về những tai biến, biến chứng, di chứng có thể gặp do bệnh, do phẫu thuật, do gây mê, tê, giảm đau, do cơ địa của người bệnh.
- Nâng cao thể trạng, cân bằng những rối loạn do hậu quả của bệnh hoặc do cơ địa, bệnh mãn tính, tuổi.
- Điều trị ổn định các bệnh nội khoa như cao huyết áp, đái đường,... trước khi can thiệp phẫu thuật (trừ trường hợp mổ cấp cứu). Truyền máu nếu thiếu máu nhiều.
- Nhịn ăn, nhịn uống, vệ sinh vùng phẫu thuật và toàn thân.
- Kháng sinh dự phòng

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

4. Dự kiến thời gian phẫu thuật: 90 phút

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Tư thế: người bệnh nằm ngửa,

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

3. Kỹ thuật:

- Bước 1: mở bụng đường trắng giữa trên dưới rốn hoặc mổ nội soi.

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

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

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

QUY TRÌNH PHẪU THUẬT NEWMANN

I. ĐẠI CƯƠNG

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

II. CHỈ ĐỊNH

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

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

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

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện:

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

2. Người bệnh

- Được chẩn đoán bệnh, xét nghiệm sinh học, đánh giá toàn trạng bệnh phối hợp và được điều trị, nuôi dưỡng, cân bằng đủ đảm bảo cho cuộc phẫu thuật dự kiến.
- Nâng cao thể trạng, cân bằng những rối loạn do hậu quả của bệnh hoặc do cơ địa, bệnh mãn tính, tuổi...
- Người bệnh và gia đình được giải thích rõ trước mổ về tình trạng bệnh và tình trạng chung, về những khả năng phẫu thuật sẽ thực hiện, về những tai biến, biến chứng, di chứng có thể gặp do bệnh, do phẫu thuật, do gây mê, tê, giảm đau, do cơ địa của người bệnh.
- Nhịn ăn, thực tháo, vệ sinh vùng phẫu thuật và toàn thân.

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

4. Dự kiến thời gian phẫu thuật: 60 phút

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- 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, đánh giá tổn thương.

Đánh giá dịch ổ bụng, tình trạng phúc mạc.

Đánh giá vị trí, kích thước lỗ thủng

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

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

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

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

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

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

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

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

KHÂU CÂM MÁU Ồ LOÉT DẠ DÀY

I. ĐẠI CƯƠNG

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

II. CHỈ ĐỊNH

Chảy máu do loét dạ dày tá tràng

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Không có chống chỉ định tuyệt đối.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện:

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

2. Người bệnh

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

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

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

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

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

4. Dự kiến thời gian phẫu thuật: 90 phút

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

Tư thế nằm ngửa, kê gối lưng

Bước 1: Rửa da đường trắng giữa vào bụng

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

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

Bước 3: Kiểm tra hiệu quả cầm máu

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

Bước 5: Đóng bụng

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

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

CẮT THẦN KINH X TOÀN BỘ

I. ĐẠI CƯƠNG

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

II. CHỈ ĐỊNH

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

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Không có chống chỉ định tuyệt đối

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện:

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

2. Người bệnh

- Được chẩn đoán bệnh, xét nghiệm sinh học, đánh giá toàn trạng bệnh phối hợp và được điều trị, nuôi dưỡng, cân bằng đủ đảm bảo cho cuộc phẫu thuật dự kiến.
- Nâng cao thể trạng, cân bằng những rối loạn do hậu quả của bệnh hoặc do cơ địa, bệnh mãn tính, tuổi...
- Người bệnh và gia đình được giải thích rõ trước mổ về tình trạng bệnh và tình trạng chung, về những khả năng phẫu thuật sẽ thực hiện, về những tai biến, biến chứng, di chứng có thể gặp do bệnh, do phẫu thuật, do gây mê, tê, giảm đau, do cơ địa của người bệnh.
- Nhịn ăn, thật tháo, vệ sinh vùng phẫu thuật và toàn thân.

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

4. Dự kiến thời gian phẫu thuật: 90 phút

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

Bước 1: Rạch da đường trắng giữa trên rốn vào ổ bụng

Bước 2: Phẫu tích vùng tâm phình vị bộc lộ thực quản bụng. Người phụ mổ kéo căng dạ dày vùng tâm vị để làm căng dây X.

Bước 3: Dùng dụng cụ phẫu tích bóc tách thân X trước khỏi thực quản, cắt thân X trước (các nhánh) bằng dao điện hoặc buộc thắt.

Bước 4: Dùng dụng cụ phẫu tích bóc tách các nhánh thân thần kinh X sau phía sau thực quản bụng.

Bước 5: Cắt hết các nhánh thân X sau. Kiểm tra các nhánh phụ toàn bộ vùng lỗ hoành và phình vị dạ dày để cắt bỏ triệt để.

Bước 6: Khâu phục hồi góc tâm phình vị và cấu trúc lỗ hoành

Bước 7: Phối hợp với các phẫu thuật dẫn lưu dạ dày như nối vị tràng, cắt hang vị hoặc tạo hình môn vị

Bước 8: Đóng bụng theo thường quy.

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

Chăm sóc toàn diện sau mổ theo thường quy.

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

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

CẮT THẦN KINH X CHỌN LỌC

I. ĐẠI CƯƠNG

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

II. CHỈ ĐỊNH

Điều trị bệnh loét dạ dày tá tràng mãn tính, điều trị loét miệng nối dạ dày ruột.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Không có chống chỉ định tuyệt đối

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện:

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

2. Người bệnh

- Được chẩn đoán bệnh, xét nghiệm sinh học, đánh giá toàn trạng bệnh phối hợp và được điều trị, nuôi dưỡng, cân bằng đủ đảm bảo cho cuộc phẫu thuật dự kiến.
- Nâng cao thể trạng, cân bằng những rối loạn do hậu quả của bệnh hoặc do cơ địa, bệnh mãn tính, tuổi...
- Người bệnh và gia đình được giải thích rõ trước mổ về tình trạng bệnh và tình trạng chung, về những khả năng phẫu thuật sẽ thực hiện, về những tai biến, biến chứng, di chứng có thể gặp do bệnh, do phẫu thuật, do gây mê, tê, giảm đau, do cơ địa của người bệnh.
- Nhịn ăn, thực tháo, vệ sinh vùng phẫu thuật và toàn thân.

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

4. Dự kiến thời gian phẫu thuật: 90 phút

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

Bước 1: Rạch da đường trắng giữa trên rốn vào ổ bụng

Bước 2: Bộc lộ dạ dày bằng cách kéo rộng dạ dày xuống dưới và ra trước.

Bước 3: Phẫu tích vùng bờ cong nhỏ cắt bỏ một phần mỏng mạc nối nhỏ tìm nhánh gan của thần kinh X trước, cắt thần kinh từ sau chia nhánh.

Bước 4: Phẫu tích mặt sau bờ cong nhỏ dạ dày bộc lộ cả gốc bó mạch vị trái. Tìm thần kinh X sau và nhánh tạng.

Bước 5: Cắt thần kinh X sau từ sau chỗ chia của nhánh tạng. Cần phối hợp các phẫu thuật dẫn lưu dạ dày: nối vị tràng, tạo hình môn vị, cắt hang vị.

Bước 6: Đóng bụng theo thường quy.

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

Chăm sóc toàn diện sau mổ theo thường quy.

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

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

CẮT THẦN KINH X SIÊU CHỌN LỌC

I. ĐẠI CƯƠNG

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

II. CHỈ ĐỊNH

Điều trị bệnh loét dạ dày tá tràng mãn tính, điều trị loét miệng nối dạ dày ruột.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Không có chống chỉ định tuyệt đối

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện:

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

2. Người bệnh

- Được chẩn đoán bệnh, xét nghiệm sinh học, đánh giá toàn trạng bệnh phối hợp và được điều trị, nuôi dưỡng, cân bằng đủ đảm bảo cho cuộc phẫu thuật dự kiến.
- Nâng cao thể trạng, cân bằng những rối loạn do hậu quả của bệnh hoặc do cơ địa, bệnh mãn tính, tuổi...
- Người bệnh và gia đình được giải thích rõ trước mổ về tình trạng bệnh và tình trạng chung, về những khả năng phẫu thuật sẽ thực hiện, về những tai biến, biến chứng, di chứng có thể gặp do bệnh, do phẫu thuật, do gây mê, tê, giảm đau, do cơ địa của người bệnh.
- Nhịn ăn, thực tháo, vệ sinh vùng phẫu thuật và toàn thân.

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

4. Dự kiến thời gian phẫu thuật: 90 phút

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

Bước 1: Rạch da đường trắng giữa trên rốn vào ổ bụng

Bước 2: Bộc lộ dạ dày bằng cách kéo rộng dạ dày xuống dưới và ra trước.

Bước 3: Cắt bỏ phần mỏng phía dưới của mạc nối nhỏ, kéo căng mạc nối nhỏ, trình bày rõ các nhánh đi vào thân phình vị trước (cắt) tìm các nhánh chân ngỗng đi vào hang vị (bảo tồn) các nhánh gan và tạng (bảo tồn).

Bước 4: Cắt bỏ tổ chức liên kết bờ cong nhỏ lấy hết các nhánh tương tự vào thân phình vị của X sau để lại nhánh tạng.

Bước 5: Khâu phục hồi các mép thanh cơ, phục hồi vùng tâm vị. Không cần làm phẫu thuật dẫn lưu dạ dày phối hợp.

Bước 6: Đóng bụng theo thường quy.

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

Chăm sóc toàn diện sau mổ theo thường quy.

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

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

CẮT TÁ TRÀNG BẢO TỒN ĐẦU TUY

I. ĐẠI CƯƠNG

Phẫu thuật cắt toàn bộ tá tràng bảo tồn đầu tụy lần đầu tiên được mô tả bởi Chung và cộng sự năm 1994. Kể từ đó, kỹ thuật này được sử dụng để điều trị một số bệnh lan tỏa của tá tràng nhưng chưa lan vào đầu tụy, chủ yếu là bệnh đa polyp tuyến gia đình.

II. CHỈ ĐỊNH

U tá tràng ở nhiều vị trí của tá tràng: đa polyp tuyến, u nội tiết.

Chấn thương tá tràng

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Ung thư tá tràng có xâm lấn đầu tụy

IV. CHUẨN BỊ

1. 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

2. Người bệnh

- Được chẩn đoán bệnh, xét nghiệm sinh học, đánh giá toàn trạng bệnh phối hợp và được điều trị, nuôi dưỡng, cân bằng đủ đảm bảo cho cuộc phẫu thuật dự kiến.
- Nâng cao thể trạng, cân bằng những rối loạn do hậu quả của bệnh hoặc do cơ địa, bệnh mãn tính, tuổi...
- Người bệnh và gia đình được giải thích rõ trước mổ về tình trạng bệnh và tình trạng chung, về những khả năng phẫu thuật sẽ thực hiện, về những tai biến, biến chứng, di chứng có thể gặp do bệnh, do phẫu thuật, do gây mê, tê, giảm đau, do cơ địa của người bệnh.
- Nhịn ăn, thực tháo, vệ sinh vùng phẫu thuật và toàn thân.

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

4. Dự kiến thời gian phẫu thuật: 240 phút

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

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

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

3. Kỹ thuật:

- **Bước 1:** Mở bụng đường trắng giữa trên dưới rốn, đánh giá tổn thương.
 - . Đánh giá dịch ổ bụng, tình trạng phúc mạc.
 - . Đánh giá các cơ quan khác trong ổ bụng.
 - . Đánh giá tổn thương tại tá tràng, đầu tụy.
 - . Đánh giá di căn hạch.
- **Bước 2:** Làm động tác Kocher di động toàn bộ tá tràng khỏi phúc mạc thành sau. Cắt túi mật, luồn ống nhựa qua ống cổ túi mật, qua ống mật chủ xuống tá tràng. Sờ đầu ống nhựa qua thành tá tràng để nhận biết nhú tá tràng lớn.
- **Bước 3:** Cắt rời nửa dưới tá tràng khỏi đầu tụy bắt đầu từ nhú tá tràng lớn bằng cách phẫu tích các nhánh mạch tá tụy (nên dùng da siêu âm hoặc dao Ligasure). Cắt đôi dạ dày cách môn vị khoảng 5 cm (phụ thuộc mức độ lan tỏa của u tá tràng). Nâng móm cắt dưới của dạ dày lên, cắt rời nửa trên của tá tràng khỏi đầu tụy (nên dùng dao siêu âm hoặc dao Ligasure), tìm và thắt ống Santorini bằng nhiều mũi khâu chỉ không tiêu 3/ hoặc 4/0. Cắt đôi quai hồng tràng đầu tiên, tách rời hoàn toàn nửa dưới tá tràng khỏi đầu tụy.
- **Bước 4:** Tại vị trí nhú tá tràng lớn, cắt lớp dưới niêm mạc quanh nhú tá tràng (một tay vẫn nhận biết ống nhựa luồn qua ống mật chủ để xác định vị trí của nhú tá tràng lớn). Như vậy sẽ bảo tồn được một phần tổ chức dưới niêm mạc và lớp cơ quanh nhú tá tràng lớn
- **Bước 5:** Phục hồi lưu thông tiêu hóa kiểu Billroth I hoặc II:
 - . Miệng nối nhú tá tràng lớn – hồng tràng: đây là thì quan trọng nhất của phẫu thuật. Dùng dao nhọn cắt mở 8 mm nhú tá tràng lớn ở vị trí thành đối diện với lỗ đổ ống tụy chính (cắt cơ Oddi). Luồn 1 ống nhựa vào ống tụy chính để bảo đảm không khâu hẹp ống tụy chính khi làm miệng nối. Nối chỗ cắt mở nhú tá tràng lớn với hồng tràng sử dụng chỉ tiêu 5/0 mũi rời. Phần đầu tụy liền với bờ trong tá tràng được khâu với thanh mạc quai hồng tràng bằng chỉ 4/0 mũi rời.
 - . Miệng nối dạ dày – hồng tràng có thể thực hiện theo Billroth I (nối móm dạ dày với hồng tràng ở 10 cm phía trên miệng nối nhú tá tràng lớn – hồng tràng) hoặc II (nối móm dạ dày với quai hồng tràng ở 30 cm dưới miệng nối nhú tá tràng lớn – hồng tràng, nối qua mạc treo đại tràng ngang)
- **Bước 6:** kiểm tra, đặt dẫn lưu, đóng bụng.

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

- Chảy máu trong ổ bụng: 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.

KHÂU VUI TÚI THỪA TÁ TRÀNG

I. 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

II. CHỈ ĐỊNH

Túi thừa tá tràng có triệu chứng hoặc có biến chứng

Túi thừa ở bờ tự do của tá tràng.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

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

IV. CHUẨN BỊ

1. 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

2. Người bệnh

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

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

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

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

3. Phương tiện: bộ dụng cụ đại phẫu, van kéo xương ức, van thực quản, chỉ phẫu thuật, thuốc, dịch truyền,...

4. Dự kiến thời gian phẫu thuật: 90 phút

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

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

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

3. Kỹ thuật:

- **Bước 1:** Mở bụng đường trắng giữa trên dưới rốn, 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:** Dùng kẹp kẹp vào đáy túi thừa, đẩy túi thừa vào lòng tá tràng qua góc túi thừa, khâu lại thành tá tràng quanh gốc túi thừa.

- **Bước 3:** Kiểm tra, đặt dẫn lưu, đóng bụng.

VI. 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, 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, 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

I. 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.

II. CHỈ ĐỊNH

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

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

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

IV. CHUẨN BỊ

1. 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

2. Người bệnh

- Được chẩn đoán bệnh, xét nghiệm sinh học, đánh giá toàn trạng bệnh phối hợp và được điều trị, nuôi dưỡng, cân bằng đủ đảm bảo cho cuộc phẫu thuật dự kiến.
- Nâng cao thể trạng, cân bằng những rối loạn do hậu quả của bệnh hoặc do cơ địa, bệnh mãn tính, tuổi...
- Người bệnh và gia đình được giải thích rõ trước mổ về tình trạng bệnh và tình trạng chung, về những khả năng phẫu thuật sẽ thực hiện, về những tai biến, biến chứng, di chứng có thể gặp do bệnh, do phẫu thuật, do gây mê, tê, giảm đau, do cơ địa của người bệnh.
- Nhịn ăn, thực tháo, vệ sinh vùng phẫu thuật và toàn thân.

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

4. Dự kiến thời gian phẫu thuật: 120 phút

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

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

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

3. Kỹ thuật:

- **Bước 1:** Mở bụng đường trắng giữa trên dưới rốn, 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.

VI. 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 bụng 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 BÓNG VATER VÀ TẠO HÌNH ỐNG MẬT CHỦ, ỐNG WIRSUNG QUA ĐƯỜNG MỞ D2 TÁ TRÀNG

I. ĐẠI CƯƠNG

Phẫu thuật cắt các khối u vùng bóng Vater có thể thực hiện qua 2 kỹ thuật:

Kỹ thuật cắt khối tá tụy với tỷ lệ cắt bỏ được u chiếm tỷ lệ 60 đến 90% (không quá 20% đối với ung thư đầu tụy). Đặc biệt kỹ thuật cắt khối tá tụy bảo tồn môn vị được ứng dụng tuyệt đối với u vùng bóng Vater

Kỹ thuật cắt bóng Vater (cắt bỏ tại chỗ) thực hiện qua đường mở D2 tá tràng, cho phép cắt bỏ những cấu trúc liên quan đến khối u vùng bóng Vater như thành tá tràng, toàn bộ vùng cơ thắt Oddi, cắt ống mật chủ và ống Wirsung đoạn ngoài cơ thắt và cắm lại 2 ống này vào tá tràng

II. CHỈ ĐỊNH

- U vùng bóng Vater kích thước < 2 cm, chưa xâm lấn xung quanh.
- U vùng bóng Vater ở người bệnh thể trạng già yếu không thực hiện phẫu thuật cắt khối tá tụy được.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

U đầu tụy, u ống mật chủ.

IV. CHUẨN BỊ

1. 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

2. Người bệnh

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

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

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

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

3. Phương tiện: bộ dụng cụ đại phẫu, van kéo xương ức, van thực quản, chỉ phẫu thuật, thuốc, dịch truyền,...

4. Dự kiến thời gian phẫu thuật: 120 phút

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

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

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

3. Kỹ thuật:

- **Bước 1:** Mở bụng đường trắng giữa trên dưới rốn, đánh giá tổn thương.
 - . Đánh giá dịch ổ bụng, tình trạng phúc mạc.
 - . Đánh giá các cơ quan khác trong ổ bụng.
 - . Đánh giá tổn thương tại chỗ.
 - . Đánh giá di căn hạch.
- **Bước 2:** Bộc lộ mặt trước khối tá tụy bằng cách mở vào hậu cung mạc nối. Bộc lộ mặt sau khối tá tụy bằng động tác Kocher. Cắt dây chằng gan tá tràng, gan đại tràng. Hạ toàn bộ đại tràng góc gan. Giải phóng tá tràng từ D1 đến D4, nhìn rõ bờ trái động mạch chủ bụng, tĩnh mạch thận trái. Sinh thiết hạch nhóm 8, 13.
- **Bước 3:** Mở tá tràng D2 theo chiều ngang ở bờ tự do, cách tụy 1 cm, bộc lộ bóng Vater, cắt niêm mạc tá tràng cách u 0,5 cm, cắt sâu vào thành tá tràng bộc lộ ống mật chủ và ống tụy chính, cắt đôi ống mật chủ, ống tụy chính, sinh thiết tức thì diện cắt.
- **Bước 4:** Khâu 2 mép sát nhau của ống mật chủ và ống tụy chính, khâu mép còn lại của 2 ống này với diện cắt tá tràng. Khâu lại chỗ mở D2 tá tràng, đặt dẫn lưu, đóng bụng.

VI. 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 hoặc 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 bụng chỗ khâu 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.

PHẪU THUẬT ĐÓNG RÒ TRỰC TRÀNG – NIỆU ĐẠO

I. ĐẠI CƯƠNG

Rò trực tràng – niệu đạo (RTTNĐ) là một thông thương bất thường giữa trực tràng và niệu đạo, nó làm cho khí hoặc phân từ trực tràng vào niệu đạo cũng như nước tiểu chảy qua lỗ hậu môn. RTTNĐ thường là do các chấn thương hoặc các can thiệp phẫu thuật, thủ thuật niệu đạo, một số là do biến chứng của sỏi kẹt niệu đạo. Bệnh gặp chủ yếu ở nam giới. Một số ít RTTNĐ có thể tự đóng lại, nhưng hầu hết cần phải được điều trị bằng phẫu thuật.

II. CHỈ ĐỊNH

- Rò trực tràng niệu đạo điều trị bảo tồn thất bại (điều trị bảo tồn bằng đặt sonde niệu đạo, mở thông bàng quang)

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Toàn trạng không cho phép can thiệp phẫu thuật.

IV. CHUẨN BỊ

1. **Người thực hiện:** Phẫu thuật viên tiêu hoá hoặc tiết niệu hoặc phối hợp cả 2 chuyên khoa
2. **Người bệnh:** Người bệnh cần được chuẩn bị đại tràng trước mổ như một phẫu thuật cắt đoạn trực tràng.
3. **Phương tiện:** Bộ dụng cụ đại phẫu
4. **Dự kiến thời gian phẫu thuật: 180 phút**

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. **Tư thế:** Sản khoa
 2. **Vô cảm:** Tê tuỷ sống hoặc mê nội khí quản
 3. **Kỹ thuật:**
 - Đường mổ: Đường trắng giữa dưới rốn kết hợp đường tầng sinh môn
 - Tìm niệu đạo
 - Rạch da đường ngang phía trước lỗ hậu môn, bóc tách các lớp để tìm đường rò niệu đạo trực tràng.
- *Về tiết niệu:
- Tìm thấy lỗ rò, đặt sonde bàng quang, khâu lại niệu đạo hoặc cắt đoạn nối tận tận trên sonde bàng quang

- Mở thông bàng quang

*Về trực tràng:

- Khâu lại lỗ rò trực tràng

- Làm hậu môn nhân tạo trong trường hợp tổ chức thành trực tràng mủn, nguy cơ bục cao

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

1. Theo dõi

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

- Sau phẫu thuật phối hợp 2 loại kháng sinh từ 5 đến 7 ngày, dùng 1 loại kháng sinh đường tiết niệu

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

- Lưu sonde tiểu 2- 3 tuần, cấy nước tiểu khi có nghi ngờ nhiễm trùng tiết niệu. Khi BN tiểu được, không còn rò thì có thể rút mở thông bàng quang

2. Xử trí tai biến

- Chảy máu vùng tầng sinh môn, chảy máu tiền liệt tuyến: khâu cầm máu

- Chảy máu bàng quang, chảy máu niệu đạo: Bơm rửa bàng quang liên tục như trong mổ u phì đại TLT

- Nhiễm trùng TSM: Dùng kháng sinh liều cao, mở rộng vết thương, làm HMNT đại tràng sigma.

PHẪU THUẬT ĐÓNG RÒ TRỰC TRÀNG – NIỆU QUẢN

I. ĐẠI CƯƠNG

Rò trực tràng – niệu quản (RTTNQ) là một thông thương bất thường giữa trực tràng và niệu quản, khí hoặc phân từ trực tràng thông qua niệu quản vào bàng quang cũng như nước tiểu chảy qua lỗ hậu môn. RTTNQ có thể là hậu quả của một chấn thương trong sản khoa, bệnh Crohn hoặc bệnh viêm ruột khác, xạ trị ung thư ở vùng tiểu khung, hoặc một biến chứng sau phẫu thuật ở vùng tiểu khung. Hầu hết RTTNQ cần phải được điều trị bằng phẫu thuật.

II. CHỈ ĐỊNH

- Rò trực tràng niệu quản điều trị bảo tồn thất bại.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Toàn trạng không cho phép can thiệp phẫu thuật.
- Thương tổn tại chỗ viêm nhiễm, dính nhiều, thâm nhiễm rộng...không cho phép phẫu thuật

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện:

Phẫu thuật viên ngoại chung hoặc phẫu thuật viên chuyên khoa tiêu hóa.

2. Phương tiện:

Bộ đại phẫu tiêu hóa, các phương tiện cần có kèm theo như dao điện, dao mổ siêu âm, phương tiện khâu, nối...

3. Người bệnh:

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

4. Hồ sơ bệnh án

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

điều bác sỹ giải thích nêu trên).

- Hoàn thiện đầy đủ các bước khám lâm sàng, cận lâm sàng cần thiết để có chẩn đoán xác định bệnh (tùy thuộc các phương tiện, cơ sở y tế, nhưng cần phải có một hoặc đầy đủ các tiêu chuẩn chẩn đoán xác định như phim chụp đại tràng có cản quang hoặc nội soi đại tràng hoặc chụp cắt lớp vi tính), đánh giá các hậu quả của bệnh như tình trạng tắc ruột, viêm phúc mạc, di căn các tạng do ung thư,...
- Đánh giá tình trạng toàn thân như tuổi, cơ địa, những bệnh mãn tính nặng phối hợp có ảnh hưởng tới cuộc phẫu thuật, trong thời kỳ hậu phẫu. Đánh giá khả năng phẫu thuật để chuẩn bị cho cuộc mổ diễn ra an toàn và hiệu quả nhất.

5. Dự kiến thời gian phẫu thuật: 180 phút

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Tư thế: Sản khoa

2. Vô cảm: Tê tuỷ sống hoặc mê nội khí quản

3. Kỹ thuật:

- Đường mổ: Đường trắng giữa dưới rốn
- Phẫu tích tìm niệu quản 2 bên, xác định chính xác rò từ niệu quản bên nào, thường rò 1 bên nhưng tránh bỏ sót rò cả 2 niệu quản vào trực tràng.

***Về tiết niệu**

- Nếu tổn thương niệu quản nhỏ có thể đặt sonde JJ, sau đó khâu kín lỗ rò
- Nếu tổn thương lớn: tùy thuộc thương tổn, tình trạng niệu quản mà thực hiện: cắt đoạn niệu quản, cắt niệu quản trồng lại niệu quản- bàng quang hoặc đưa niệu quản ra da.

***Về trực tràng**

- Nếu lỗ rò nhỏ dưới 5mm có thể khâu kín ngay thì 1
- Nếu lỗ rò trung bình (5 – 10 mm) khâu lỗ rò và làm HMNT bảo vệ.
- Nếu lỗ rò lớn (trên 10 mm), tổ chức mũn... phải cắt đoạn trực tràng có lỗ rò.

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

1. 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 trong đó phải có 1 loại kháng sinh đường tiết niệu,...theo y lệnh trong hồ sơ.

- Theo dõi lưu thông ruột, khi có trung tiện cho ăn nhẹ cháo, sữa.
- Theo dõi số lượng, màu sắc nước tiểu. Có thể tiểu đỏ trong 1 -2 ngày đầu.
- Lưu sonde tiểu ít nhất 7 ngày
- Theo dõi tình trạng ổ bụng, vết mổ, toàn thân, cho người bệnh vận động sớm. Phát hiện và xử trí các biến chứng do bệnh, do phẫu thuật, do cơ địa,...

2. Tai biến và xử trí:

- Chảy máu trong ổ bụng: Căn cứ vào toàn trạng người bệnh, xét nghiệm máu. Nếu xác định có chảy máu tiếp diễn cần mổ lại để cầm máu
- Bục đường khâu niệu quản: Biểu hiện rò nước tiểu qua dẫn lưu bụng, sonde tiểu ít. Trường hợp này có thể theo dõi nếu như không có biểu hiện viêm phúc mạc
- Tắc ruột sớm sau mổ: Theo dõi tình trạng diễn biến, hút sonde dạ dày, bồi phụ nước điện giải. Nếu cần thiết phải mổ lại kiểm tra và giải quyết nguyên nhân.

CẮT U, POLYPE TRỰC TRÀNG ĐƯỜNG HẬU MÔN

I. 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.

II. 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

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

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

IV. CHUẨN BỊ

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

2. 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.

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

4. Dự kiến thời gian phẫu thuật: 90 phút

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Tư thế: Phụ khoa, có thể nằm sấp.

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

3. Kỹ thuật:

- 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

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

1. Theo dõi:

- Theo dõi tình trạng toàn thân và tại vùng phẫu thuật:
 - + Mạch, huyết áp, nhịp thở, nhiệt độ, tri giác
 - + Theo dõi tại vết mổ: chảy máu, chảy dịch, đau.
 - + Khi phẫu thuật bằng gây tê tủy sống, người bệnh thường bí đái trong ngày đầu, có thể phải đặt sonde bàng quang.
- Dùng thuốc giảm đau, kháng sinh nếu cần; thuốc nhuận tràng, thuốc an thần buổi tối. Thường truyền dịch 500ml – 1000ml sau mổ.
- Cho người bệnh ăn nhẹ, tập vận động sớm.
- Săn sóc vết mổ: thay băng hàng ngày, khi có hiện tượng bất thường như chảy máu, thấm dịch nhiều phải kiểm tra vết mổ. Ngâm hậu môn trong nước ấm trong một số phẫu thuật theo chỉ định của bác sỹ phẫu thuật.
- Thường cho kháng sinh, thuốc giảm đau 3 ngày – 5 ngày loại metronidazol, paracetamol. Ngày đầu dùng đường tiêm, từ ngày thứ 2 dùng đường uống. Uống thêm thuốc nhuận tràng, tránh táo bón đọng phân trong trực tràng gây kích thích đại tiện, gây đau kéo dài. Bắt đầu ăn trở lại sau mổ 12 giờ.
- Săn sóc tại chỗ: giữ sạch vết mổ (sau đại tiện rửa sạch hậu môn, thấm khô). Thường không cần đặt viên đạn trĩ vào hậu môn. Không ngâm rửa hậu môn tránh bục đường khâu niêm mạc.

2. Xử trí tai biến:

- Chảy máu: Ít gặp, do vết thương đã được khâu chủ động, Thường đại tiện có dính ít máu. Nếu mức độ chảy máu nhiều (do khâu cầm máu không tốt), không tự cầm, cần kiểm tra lại vết mổ để cầm máu bằng đốt điện hay khâu.
 - Đau: Dùng thuốc giảm đau loại paracetamol.
- Bí đái: Thường gặp sau gây tê tủy sống, hoặc do người bệnh đau nhiều cũng gây khó tiểu tiện. Nếu cần thiết phải đặt sonde bàng quang.
- Mất hoặc giảm tự chủ đại tiện: Thường mức độ nhẹ và tự khỏi hoặc tập phục hồi chức năng sẽ cải thiện.

KHÂU NỐI CƠ THẮT HẬU MÔN

I. ĐẠI CƯƠNG

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

II. CHỈ ĐỊNH

- Mất tự chủ hậu môn do đứt cơ thắt sau phẫu thuật, chấn thương hay do vết thương. Khi các vết thương ở hậu môn – tầng sinh môn đã ổn định, ít nhất 4 tháng sau chấn thương hay phẫu thuật lần cuối.
- Người bệnh tỉnh táo, minh mẫn, thần kinh chi phối hệ thống cơ thắt còn nguyên vẹn và hoạt động tốt.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

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

IV. CHUẨN BỊ

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

2. Phương tiện:

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

3. Người bệnh:

Giải thích cho người bệnh và gia đình biết rõ tình trạng bệnh tại chỗ và tình trạng chung của người bệnh, về khả năng phẫu thuật sẽ thực hiện, về các tai biến, biến chứng, di chứng có thể gặp do bệnh, do phẫu thuật, do gây mê tê giảm đau, do cơ địa của người bệnh.

Giải đáp những khúc mắc của người bệnh về bệnh tật, về phẫu thuật,...trong phạm vi cho phép.

- *Tối hôm trước ngày phẫu thuật:*

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

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

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

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

4. Hồ sơ bệnh án

- Hoàn thành các thủ tục hành chính theo qui định. Người bệnh và gia đình ghi hồ sơ như đã nêu ở mục 3 trên đây (ghi rõ đã được giải thích rõ ràng và hiểu về những điều bác sỹ giải thích nêu trên).
- Hoàn thiện đầy đủ các bước khám lâm sàng, cận lâm sàng cần thiết để có chẩn đoán xác định bệnh (tùy thuộc các phương tiện, cơ sở y tế). Đánh giá tình trạng toàn thân như tuổi, cơ địa, những bệnh mãn tính nặng phối hợp có ảnh hưởng tới cuộc phẫu thuật, trong thời kỳ hậu phẫu. Đánh giá khả năng phẫu thuật để chuẩn bị cho cuộc mổ diễn ra an toàn và hiệu quả nhất.
- Đối với các thủ thuật đơn giản hơn (ví dụ lấy máu cục do trĩ tắc mạch, người bệnh có thể thực hiện thủ thuật và ra về ngay trong ngày. Hay người bệnh phải mổ cấp cứu như áp xe cạnh hậu môn) thì các bước chuẩn bị có thể rút gọn đơn giản hơn, phù hợp với từng trường hợp cụ thể.
- Lưu ý: cần chuẩn bị đại tràng sạch như mổ đại trực tràng.

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

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. **Tư thế:** Phụ khoa

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

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

- Đường rạch vòng theo nếp hậu môn hay ở mép hậu môn hoặc đường rạch hình nan hoa.

- Lấy sẹo ở da và niêm mạc.
- Phẫu tích các khối cơ tròn khối tổ chức xơ dính.
- Khâu cơ tròn hậu môn: nối trực tiếp bằng các mũi chữ U, chỉ chậm tiêu như Vicryl 2.0 hay số 0. Kiểm tra ống hậu môn không hẹp.
- Khâu niêm mạc hậu môn. Khâu từ trong ra ngoài, thường dùng chỉ chậm tiêu như vicryl 4.0. Có thể khâu vắt hoặc khâu mũi rời.
 - Khâu lớp dưới da và da.

VI. THEO DÕI

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

1. Theo dõi:

- Theo dõi tình trạng toàn thân và tại vùng phẫu thuật:
- + Mạch, huyết áp, nhịp thở, nhiệt độ, tri giác
- + Theo dõi tại vết mổ: chảy máu, chảy dịch, đau.
- + Khi phẫu thuật bằng gây tê 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.

2. Xử trí tai biến:

- Bí đái: Thông đái, chú ý vô khuẩn.
- Chảy máu: Thay băng kiểm tra. Nếu cần thiết phải cầm máu.
- Đau tại vết mổ: Dùng thuốc giảm đau toàn thân hoặc tại chỗ. Hạn chế đặt gạc trong lòng ống hậu môn.
- Phòng hẹp hậu môn, nhất là sau mổ cắt trĩ, phải bảo tồn lớp niêm mạc hậu môn đủ và được nuôi dưỡng tốt.
 - + Theo dõi tại vết mổ: Chảy máu, chảy dịch, đau.
 - + Khi phẫu thuật bằng gây tê 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 7 ngày loại metronidazol. Nuôi dưỡng tĩnh mạch 4 - 5 ngày. Dùng giảm đau loại paracetamol. Cho thuốc làm táo phân 3 ngày. Ví dụ loại Immodium 2 - 4 viên/ngày. Bắt đầu ăn trở lại sau mổ 4 - 5 ngày. Khi đó lại cho thuốc nhuận tràng.
- Săn sóc tại chỗ: Giữ sạch vết mổ (sau đại tiện rửa sạch hậu môn, thấm khô). Không ngâm rửa hậu môn tránh bục đường khâu.
- Nên đặt sonde bàng quang 3 ngày để thuận tiện cho việc giữ vệ sinh vùng mổ.
- Sau mổ 4 tuần hướng dẫn người bệnh tập cơ thắt bằng các động tác đơn giản như nín thắt cơ tròn trong động tác đại tiện.

VII. XỬ TRÍ BIẾN CHỨNG

- Chảy máu: Ít gặp, do vết thương đã được khâu chủ động.
- Đau: Dùng thuốc giảm đau loại paracetamol.
- Nhiễm trùng vết mổ: Đây là lý do chính làm cho phẫu thuật thất bại. Nên phải giữ vệ sinh sạch sẽ tối đa. Nếu vết mổ nhiễm trùng, thay băng hàng ngày 2 - 3 lần. Trong trường hợp các đường khâu nổi nhiễm trùng bục chỉ, sẽ mổ lại sau khi vết thương đã ổn định. Ít nhất trên 4 - 6 tháng.

LẤY DỊ VẬT TRỰC TRÀNG

I. ĐẠI CƯƠNG

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

II. CHỈ ĐỊNH

Các tổn thương trực tràng xác định do dị vật

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Không có chống chỉ định

IV. CHUẨN BỊ

- 1. Người thực hiện:** Phẫu thuật viên tiêu hóa hoặc PTV ngoại chung
- 2. Người bệnh:** Thường đến viện trong tình trạng cấp cứu. Cho kháng sinh dự phòng, truyền dịch.
- 3. Phương tiện:** Van hậu môn, tốt nhất có van Hill Ferguson, bộ dụng cụ trung phẫu.
- 4. Dự kiến thời gian phẫu thuật: 90 phút**

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- 1. Tư thế:** Phụ khoa, có thể nằm sấp.
- 2. Vô cảm:** Gây mê toàn thân, gây tê vùng hoặc gây tê tại chỗ.
- 3. Kỹ thuật:**
 - Lấy bỏ dị vật trong vết thương(sỏi, đá, mảnh tre...)
 - làm sạch vết thương bằng oxy già, betadine
 - Kiểm tra kỹ thương tổn ở trực tràng và cơ thắt. Nếu dị vật xuyên thủng thành trực tràng, tổn thương cơ thắt thì xử trí như vết thương tầng sinh môn phức

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

1. Theo dõi:

- Theo dõi tình trạng toàn thân và tại vùng phẫu thuật:
 - + Mạch, huyết áp, nhịp thở, nhiệt độ, tri giác
 - + Theo dõi tại vết mổ: chảy máu, chảy dịch, đau.
 - + Khi phẫu thuật bằng gây tê tủy sống, người bệnh thường bí đái trong ngày đầu, có thể phải đặt sonde bàng quang.
- Dùng thuốc giảm đau, kháng sinh nếu cần; thuốc nhuận tràng, thuốc an thần buổi tối. Thường truyền dịch 500ml – 1000ml sau mổ.
- Cho người bệnh ăn nhẹ, tập vận động sớm.

- Săn sóc vết mổ: thay băng hàng ngày, khi có hiện tượng bất thường như chảy máu, thấm dịch nhiều phải kiểm tra vết mổ. Ngâm hậu môn trong nước ấm trong một số phẫu thuật theo chỉ định của bác sỹ phẫu thuật.
- Thường cho kháng sinh, thuốc giảm đau 3 ngày – 5 ngày loại metronidazol, paracetamol. Ngày đầu dùng đường tiêm, từ ngày thứ 2 dùng đường uống. Uống thêm thuốc nhuận tràng, tránh táo bón đọng phân trong trực tràng gây kích thích đại tiện, gây đau kéo dài. Bắt đầu ăn trở lại sau mổ 12 giờ.
- Săn sóc tại chỗ: giữ sạch vết mổ (sau đại tiện rửa sạch hậu môn, thấm khô).

2. Xử trí tai biến:

- Chảy máu: Ít gặp, có thể khâu cầm máu.
- Nhiễm trùng vết thương: Cắt lọc tổ chức hoại tử, trong 1 số trường hợp cần làm hậu môn nhân tạo

CẮT TOÀN BỘ MẠC TREO TRỰC TRÀNG

I. ĐẠI CƯƠNG

Cắt bỏ toàn bộ mạc treo trực tràng thường cắt kèm theo cắt đoạn hay toàn bộ trực tràng trong trường hợp ung thư trực tràng 1/3 giữa hoặc dưới. Sử dụng đường mổ qua đường mổ bụng và đường tầng sinh môn, hoặc phẫu thuật nội soi ổ bụng.

II. CHỈ ĐỊNH

1. Thường áp dụng cho các trường hợp ung thư trực tràng 1/3 giữa hoặc 1/3 dưới.
2. Một số trường hợp khác: Khối u tiểu khung, viêm trực tràng chảy máu do tia xạ...

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

1. Thể trạng người bệnh quá yếu, cần hồi sức tích cực trước phẫu thuật.
2. Người bệnh già yếu có các bệnh phối hợp tim, phổi... nặng
3. Ung thư di căn xa, vào các tạng lân cận, đặc biệt là di căn phúc mạc không có khả năng cắt bỏ.

IV. CHUẨN BỊ

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

2. 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.

3. Phương tiện: Bộ đại phẫu tiêu hoá, mạch máu, các phương tiện cần có kèm theo như dao điện, dao mổ siêu âm, ligasure, phương tiện khâu nối máy...

4. Dự kiến thời gian phẫu thuật: 180 phút

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Tư thế:

- Tư thế sản khoa, đặt sonde bàng quang.
- Phẫu thuật viên đứng bên phải hoặc bên trái tùy theo thói quen.

- Phụ mổ thứ 1 đứng đối diện phẫu thuật viên, phụ 2 đứng bên phải phẫu thuật viên.
- Dụng cụ viên đứng bên phải phụ mổ thứ nhất.

2. Vô cảm: Gây mê nội khí quản.

3. Kỹ thuật:

3.1. Đường vào ổ bụng: Đường trắng giữa dưới rốn, có thể kéo dài lên trên rốn hoặc phẫu thuật nội soi.

3.2. Bóc tách mạc treo trực tràng khỏi khối tổ chức dính

+) Phẫu thuật mổ mở

Rạch mở phúc mạc bắt đầu từ bên trái. Phẫu tích giải phóng đại tràng xích ma - trực tràng khỏi phúc mạc thành sau - bên trái theo một nếp rãnh tạo bởi phúc mạc tiểu khung và mạc treo trực tràng. Đường phẫu tích đi từ trên xuống dưới, từ trái sang phải, từ trước ra sau. Diện phẫu tích đi đúng vào khoảng vô mạch nằm giữa lớp cân sau mạc treo trực tràng và mặt trước xương cùng cụt (giữa mạc chậu tạng và mạc chậu thành - thường không chảy máu) cần bảo vệ đám rối thần kinh tiểu khung tùy thuộc vào tình trạng tổn thương khối u xâm lấn vào đám rối thần kinh. Khi phẫu tích cần thấy và bộc lộ rõ niệu quản, động mạch chậu trái. Phẫu tích tới sàn chậu (mặt trên khối cơ nâng hậu môn) thì dừng lại, khi đó cũng thấy rõ mạch trực tràng trên, kéo nâng ra phía trước.

Cắt mở bờ phải mạc treo đại tràng xích ma - trực tràng: Xác định rõ niệu quản phải. Rạch một đường đánh dấu từ bờ phải mạc treo đại tràng xích ma (nơi dự kiến thắt gốc mạch mạc treo trực tràng) theo đường rãnh tạo bởi mạc treo trực tràng và nếp phúc mạc tiểu khung bên phải vòng qua mặt trước trực tràng (điểm thấp nhất túi cùng Douglas). Phẫu tích trực tràng từ trên xuống dưới, từ trước ra sau. Thường rất dễ dàng, chỉ cần mở mạc treo phẫu tích nhẹ nhàng ta sẽ gặp đường phẫu tích từ phía bên trái. Trong trường hợp khối u to, thâm nhiễm xung quanh, để dễ dàng phẫu tích hơn vùng tiểu khung, có thể thực hiện cắt rời đại tràng xích ma trước (tương ứng đoạn sẽ đưa ra làm hậu môn nhân tạo).

Phẫu tích giải phóng mạc treo trực tràng phía sau: Người phụ dùng panh cặp vào đoạn trực tràng phía trước (đoạn sẽ cắt bỏ) kéo trực tràng nâng lên, đặt van sâu bộc lộ rõ mặt sau mạc treo trực tràng. Phẫu tích giải phóng mạc treo trực tràng đúng lớp vô mạch nằm giữa cân sau mạc treo và mặt trước xương cùng cụt. Thường ít chảy máu. Tuy nhiên, không được phẫu tích quá thô bạo, tránh thương tổn rách tĩnh mạch trước xương cùng, rất khó cầm máu. Phẫu tích đến hết mạc treo tới mặt trên khối cơ nâng, sát lớp cơ vòng hậu môn.

Phẫu tích mặt trước trực tràng: nối liền 2 điểm phẫu tích trực tràng bên phải và bên trái. Phẫu tích tách trực tràng khỏi bàng quang, tuyến tiền liệt, hai túi tinh ở nam (tử cung, âm đạo ở nữ) vừa đủ để cắt dưới u 2-4cm.

Như vậy, toàn bộ mạc treo trực tràng được giải phóng khỏi phúc mạc thành sau và tiểu khung.

+) Phẫu thuật nội soi: Phẫu thuật tương tự mổ mở nhưng phẫu tích ngược lại từ phải sang trái.

VI. 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.
- b. Dùng thuốc giảm đau, kháng sinh nếu cần; thuốc nhuận tràng, thuốc an thần buổi tối. Thường truyền dịch 500ml – 1000ml sau mổ.
- c. Cho người bệnh ăn nhẹ, tập vận động sớm.
- d. 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.

VII. XỬ LÝ TAI BIẾN

- a. Bí đái: Thông đái, chú ý vô khuẩn.
- b. Chảy máu: Thay băng kiểm tra. Nếu cần thiết phải cầm máu.
- c. Đau tại vết mổ: Dùng thuốc giảm đau toàn thân hoặc tại chỗ. Hạn chế đặt gạc trong lòng ống hậu môn.
- d. Phòng hẹp hậu môn, nhất là sau mổ cắt trĩ, phải bảo tồn lớp niêm mạc hậu môn đủ và được nuôi dưỡng tốt.

KHÂU LỖ THƯỜNG, VẾT THƯƠNG TRỰC TRÀNG

I. ĐẠI CƯƠNG

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

II. CHỈ ĐỊNH

Vết thương trực tràng phụ thuộc vào:

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

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

IV. CHUẨN BỊ

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

2. Người bệnh:

- Xét nghiệm cơ bản, đánh giá bệnh phối hợp, toàn trạng người bệnh...
- Người bệnh và gia đình phải được giải thích rõ trước mổ về tình trạng bệnh và tình trạng chung, về những khả năng phẫu thuật sẽ thực hiện, về những tai biến, biến chứng, di chứng có thể gặp do bệnh, do phẫu thuật, do gây mê, tê, giảm đau, do cơ địa của người bệnh.
- Giải đáp những khúc mắc của người bệnh về bệnh tật, về phẫu thuật,... trong phạm vi cho phép.

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

4. Dự kiến thời gian phẫu thuật: 90 phút

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Tư thế: Tư thế sản khoa.

2. Vô cảm: Gây mê nội khí quản.

3. Kỹ thuật:

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

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

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

2. Theo dõi:

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

b. Toàn thân:

- Tình trạng bụng: Khám phát hiện biến chứng áp xe tồn dư, chảy máu sau mổ hay biến chứng tắc ruột sớm...
- Hậu môn nhân tạo: (xem biến chứng trong phẫu thuật làm hậu môn nhân tạo).
- Biến chứng toàn thân: Viêm phổi, loét do nằm lâu...

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

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

a. Bí đái: thông đái, chú ý vô khuẩn.

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

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

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

LÀM HẬU MÔN NHÂN TẠO

I. ĐẠI CƯƠNG

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

II. CHỈ ĐỊNH

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

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

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

IV. CHUẨN BỊ

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

2. Người bệnh:

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

3. Phương tiện: Bộ dụng cụ đại phẫu.

4. Dự kiến thời gian phẫu thuật: 90 phút

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Tư thế:

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

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

3. Kỹ thuật:

- a. Đường vào ổ bụng: Đường giữa hoặc bờ ngoài cơ thẳng.
- b. 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.
- c. 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.
- d. 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).
- e. Khâu tạo cửa bằng 2 - 3 mũi rời ở mỗi bên thành ruột (trong trường hợp KHNT có cửa).
- f. 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.
- e. Mở đại tràng: mở đại tràng ngay sau khi đóng thành bụng hoặc sau 24 giờ. Mở dọc theo cơ dọc hoặc ngang quá nửa đại tràng

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TẠI BIẾN

1. Theo dõi:

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

2. Xử trí tại biến:

a. Tai biến - biến chứng sớm:

- Tổ chức dưới da quanh hậu môn bị nhiễm khuẩn: sau mổ ngày thứ 5, thứ 6. Da quanh HMNT tấy đỏ, sưng to và đau. Sốt 38-38,5⁰C. 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 thương do ruột non chui vào khe giữa thành bụng bên và quai đại tràng đưa ra làm HMNT. Để tránh biến chứng này khi làm HMNT nên cố định đoạn đại tràng và mạc treo với thành bụng.

b. Tai biến - biến chứng muộn:

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

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

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

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

- Chức năng của hậu môn bị rối loạn:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

PHẪU THUẬT ĐIỀU TRỊ BỆNH RECTOCELE

I. ĐẠI CƯƠNG

Rectocele là bệnh lý thoát vị thành trực tràng gây rối loạn tổng phân qua hậu môn, thường gặp ở nữ, rất hiếm gặp ở nam (thứ phát sau phẫu thuật tiền liệt tuyến). Ở đây, chúng tôi chỉ đề cập đến điều trị phẫu thuật đối với các rectocele thành trước ở nữ với túi thoát vị từ thành trước trực tràng vào vách âm đạo trực tràng.

II. CHỈ ĐỊNH

- Chỉ định phẫu thuật đối với rectocele có triệu chứng điển hình với rối loạn đại tiện dạng táo bón không cải thiện sau khi đã thay đổi chế độ dinh dưỡng và tập cơ thắt hậu môn và phản xạ đi ngoài.
- Rectocele có kèm theo các triệu chứng tiết niệu, sinh dục như sa sinh dục-tiết niệu.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Chống chỉ định chung của can thiệp ngoại khoa.
- Viêm nhiễm vùng tầng sinh môn, viêm ống hậu môn, viêm âm đạo.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện: Phẫu thuật viên tiêu hoá hay ngoại chung, bác sỹ sản phụ khoa.

2. Người bệnh:

- Giải thích cho người bệnh và gia đình, hoàn thành các thủ tục, hồ sơ
- Thụt tháo, làm sạch đại tràng kèm hoặc không kèm dùng thuốc rửa đường miệng
- Người bệnh cần được giải thích kỹ về khả năng phẫu thuật thất bại hoặc sửa chữa chức năng không hoàn chỉnh khiến các triệu chứng cải thiện kém hoặc không cải thiện; và nguy cơ tái phát.
- Vệ sinh vùng mổ.

3. Phương tiện: Bộ dụng cụ đại phẫu, tấm lưới MESH Prolene.

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

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Tư thế: Tư thế sản khoa.

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

3. Kỹ thuật:

Dưới đây trình bày kỹ thuật mổ Rectocele đơn thuần bằng tạo hình vách âm đạo trực tràng bằng tấm lưới (MESH Prolene) qua đường tầng sinh môn.

Nguyên tắc kỹ thuật:

- Tuyệt đối vô khuẩn. Trường mổ, đường mổ cân đối qua đường giữa.
- 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.

- Đảm bảo tính nguyên vẹn của niêm mạc trực tràng và niêm mạc âm đạo khi phẫu tích vào vách âm đạo trực tràng.
- 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:

- Nong hậu môn.
- Thăm trực tràng đánh giá kích thước, vị trí túi thoát vị và các tổn thương phối hợp.

b. Bộc lộ vùng phẫu thuật: trường mổ cần được trình bày cân xứng bằng năm kẹp răng chuột: Một kẹp ở vị trí 12h lỗ âm đạo; hai kẹp đối xứng nhau qua đường giữa tại vị trí 4h và 8h lỗ âm đạo; một kẹp tại vị trí 6h lỗ âm đạo và một kẹp tại vị trí 12h lỗ hậu môn. Tiêm thấm vách âm đạo-trực tràng bằng dung dịch lidocain và epinephrine hòa loãng, giúp tạo khoang tách biệt niêm mạc âm đạo và niêm mạc trực tràng.

c. Rạch da vùng giữa lỗ âm đạo và lỗ hậu môn theo đường vuông góc với đường giữa nối hai lỗ, trên một đoạn khoảng 3-4 cm.

d. Tạo khoang vách âm đạo – trực tràng:

- Phẫu tích vách âm đạo - trực tràng tạo khoang giữa thành trước trực tràng và thành sau âm đạo
- Đây là vùng giàu mạch máu, dễ chảy máu khi phẫu tích và làm nhòe trường mổ, cần phẫu tích cẩn thận tỉ mỉ, tránh tổn thương gây thủng, rách niêm mạc âm đạo hay niêm mạc trực tràng.
- Tạo một khoang có chiều rộng khoảng 3 – 3,5 cm và chiều cao khoảng 4-5 cm.

e. Đặt tấm lưới nhân tạo polypropylene (MESH prolene) vào khoang vừa tạo. Tấm lưới cần được cắt và căn chỉnh kích thước phù hợp để tránh cuộn góc (do quá to) hay xô lệch vị trí (do quá nhỏ) khi được đặt vào trong khoang.

f. Khâu đóng hai lớp: dưới da và da bằng chỉ tiêu sợi nhỏ (vicryl 3.0 - 4.0).

g. Đặt cục gạc to (gấp sáu gạc 10) vào âm đạo, có tác dụng ép niêm mạc âm đạo vào vách trực tràng âm đạo, giúp cầm máu và cố định tấm lưới tại chỗ.

h. Băng Betadine thấm khô đặt vào vết mổ. Tránh để băng chạm vào vùng hậu môn gây nhiễm trùng vùng mổ.

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

1. Theo dõi:

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

- + Theo dõi tại vết mổ: Chảy máu, chảy dịch, đau.
- + Khi phẫu thuật bằng gây tê tủy sống, người bệnh thường bí đái trong ngày đầu, có thể phải đặt sonde bàng quang.
- Dùng thuốc giảm đau, kháng sinh nếu cần; thuốc nhuận tràng, thuốc an thần buổi tối. Thường truyền dịch 500ml – 1000ml sau mổ.
- Cho người bệnh ăn nhẹ, tập vận động sớm.
- Săn sóc vết mổ: Thay băng hàng ngày, khi có hiện tượng bất thường như chảy máu, thấm dịch nhiều phải kiểm tra vết mổ. Ngâm hậu môn trong nước ấm trong một số phẫu thuật theo chỉ định của bác sỹ phẫu thuật.
- Người bệnh được cho táo bón 3-5 ngày, nhịn ăn và nuôi dưỡng tĩnh mạch. Sau đó duy trì ăn chế độ ăn nhuận tràng và uống đủ nước. Thuốc: Kháng sinh tiêm tĩnh mạch hai loại kết hợp (Beta-lactam và metrodinazole), giảm đau paracetamol, dịch truyền đường đậm nuôi dưỡng, thuốc dạ dày nếu cần.
- Thay băng 3 lần/ngày với các dung dịch sát khuẩn sao cho vết thương liền từ sâu ra nông, phát hiện sớm các dấu hiệu tụ dịch, nhiễm trùng vết mổ.

2. Xử trí tai biến:

- a. Đau sau mổ: Thông thường người bệnh đau ít. Dùng thuốc giảm đau paracetamol, ngâm hậu môn nước ấm cũng là biện pháp giảm đau tốt.
- b. Chảy máu: Tùy mức độ, có thể băng ép hoặc đốt điện, khâu cầm máu.
- c. Nhiễm trùng tại chỗ (tụ dịch vết mổ, nhiễm trùng vết mổ): Cần phát hiện sớm, điều trị bằng chăm sóc vết mổ tại chỗ. Trường hợp 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. Nếu không hiệu quả, cần mổ lại để loại trừ ổ nhiễm trùng, lấy bỏ tấm lưới nhân tạo (rất hiếm gặp nếu điều trị, theo dõi sát).

PHẪU THUẬT ĐIỀU TRỊ RÒ TRỰC TRÀNG – TÀNG SINH MÔN

I. ĐẠI CƯƠNG

Rò trực tràng tầng sinh môn có thể là bệnh viêm ruột, khối u ác tính vùng tiểu khung, xạ trị, phẫu thuật vùng tiểu khung hoặc do chấn thương hay có thể do thầy thuốc gây nên... Phẫu thuật điều trị rò trực tràng – tầng sinh môn xử trí tùy thuộc vào từng giai đoạn (áp xe hoặc rò), nguyên nhân (tai biến thủ thuật, phẫu thuật, bệnh lý...) của đường rò và được xử trí như rò hậu môn cao trên cơ thắt hoặc trên cơ nâng.

II. CHỈ ĐỊNH

Người bệnh được chẩn đoán bằng thăm khám lâm sàng và chụp cộng hưởng từ để xác định vị trí đường rò và mức độ tương quang với hệ thống cơ thắt của ống hậu môn.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

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

IV. CHUẨN BỊ

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

2. Người bệnh:

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

3. Phương tiện: Bộ dụng cụ trung phẫu.

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

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Tư thế: Người bệnh nằm tư thế sản khoa.

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

3. Kỹ thuật:

a. Kiểm tra, đánh giá tình trạng, giai đoạn (áp xe hay rò) và nguyên nhân (tai biến do thủ thuật, phẫu thuật hay bệnh lý) gây rò trực tràng – tầng sinh môn.

c. Xử trí đường rò tùy thuộc

- Giai đoạn:

Nếu trong giai đoạn áp xe, xử trí làm sạch và dẫn lưu ổ áp xe có thể xử trí đường rò ngay thì đầu nếu đường rò không phức tạp. Có thể đặt hệ thống dẫn lưu và bơm rửa khi cần thiết.

Nếu trong giai đoạn rò thì cần phải xác định mối tương quang giữa đường rò và hệ thống cơ thắt để tiến hành phẫu thuật 1 thì hay nhiều thì (có thể đặt chì chờ cho mổ lần sau)

- Nguyên nhân:

Rò trực tràng – tầng sinh môn không vào các tạng khác được xử trí như rò hậu môn phức tạp trên cơ thắt hay trên cơ nâng. Có thể mổ rò 1 hay nhiều thì

Rò trực tràng – tầng sinh môn kèm theo rò vào các tạng trong tiểu khung (bàng quang, niệu đạo, âm đạo...) tùy theo nguyên nhân có thể đóng lỗ rò trực tràng, bàng quang, niệu quản, âm đạo... tùy thuộc vào tình trạng tổn thương và có chuẩn bị đại tràng. Nếu bờ tổn thương mềm mại và được chuẩn bị tốt có thể đóng lỗ rò tại chỗ. Làm hậu môn nhân tạo bảo vệ trong trường hợp tổ chức đóng đường rò không đảm bảo hay dẫn lưu bàng quang hoặc đặt sonde niệu đạo – bàng quang.

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

1. Theo dõi:

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

2. Xử trí tai biến:

- Bí đái: thông đái, chú ý vô khuẩn.
- Chảy máu: thay băng kiểm tra. Nếu cần thiết phải cầm máu.
- Đau tại vết mổ: dùng thuốc giảm đau toàn thân hoặc tại chỗ. Hạn chế đặt gạc trong lòng ống hậu môn.
- Phòng hẹp hậu môn, nhất là sau mổ cắt trĩ, phải bảo tồn lớp niêm mạc hậu môn đủ và được nuôi dưỡng tốt.

PHẪU THUẬT ĐIỀU TRỊ RÒ TRỰC TRÀNG – TIỂU KHUNG

I. ĐẠI CƯƠNG

Rò trực tràng tiểu khung có thể là biến chứng của sản khoa, bệnh viêm ruột, khối u ác tính vùng tiểu khung, xạ trị, phẫu thuật vùng tiểu khung hoặc do chấn thương... Phẫu thuật điều trị rò trực tràng - tiểu khung xử trí tùy thuộc vào từng giai đoạn (áp xe hoặc rò), nguyên nhân (tai biến thủ thuật, phẫu thuật, bệnh lý...), vị trí (trên phúc mạc và dưới phúc mạc hay rò vào các tạng trong tiểu khung) của đường rò.

II. CHỈ ĐỊNH

Người bệnh được chẩn đoán với triệu chứng lâm sàng đa dạng và cận lâm sàng (chụp mạch hệ tiết niệu, bàng quang, thực thuốc cản quang, soi âm đạo và cổ tử cung, cắt lớp vi tính đa dãy, cộng hưởng từ...).

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

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

IV. CHUẨN BỊ

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

2. Người bệnh:

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

3. Phương tiện: Bộ dụng cụ đại phẫu.

4. Dự kiến thời gian phẫu thuật: 120 phút

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Tư thế: Người bệnh nằm tư thế sản khoa.

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

3. Kỹ thuật:

3.1. Đối với đường rò trong phúc mạc:

a. Đường vào ổ bụng: Mở đường trắng giữa.

b. Kiểm tra, đánh giá tình trạng, giai đoạn (áp xe hay rò) và nguyên nhân (tai biến do thủ thuật, phẫu thuật hay bệnh lý) gây rò trực tràng - tiểu khung.

c. Xử trí đường rò tùy thuộc

- Giai đoạn: Nếu trong giai đoạn áp xe, xử trí làm sạch và dẫn lưu ổ áp xe có thể xử trí đường rò ngay thì đầu nếu đường rò không phức tạp. Nếu trong giai đoạn rò thì cần phải xác định nguyên nhân gây rò để xử trí theo từng nguyên nhân.
- Nguyên nhân: Tùy theo nguyên nhân có thể đóng lỗ rò trực tràng, bàng quang, niệu quản, âm đạo... tùy thuộc vào tình trạng tổn thương và có chuẩn bị đại tràng. Nếu bờ tổn thương mềm mại và được chuẩn bị tốt có thể đóng lỗ rò tại chỗ. Làm hậu môn nhân tạo bảo vệ trong trường hợp tổ chức đóng đường rò không đảm bảo hay dẫn lưu bàng quang hoặc đặt sonde niệu đạo – bàng quang. (xem thêm các bài phẫu thuật điều trị rò trực tràng – âm đạo; rò trực tràng – bàng quang...).

3.2. *Đối với đường rò dưới phúc mạc:* (xem bài phẫu thuật điều trị rò trực tràng – tăng sinh môn).

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

1. Theo dõi:

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

2. Xử trí tai biến:

- Bí đái: thông đái, chú ý vô khuẩn.
- Chảy máu: thay băng kiểm tra. Nếu cần thiết phải cầm máu.
- Đau tại vết mổ: dùng thuốc giảm đau toàn thân hoặc tại chỗ. Hạn chế đặt gạc trong lòng ống hậu môn.
- Phòng hẹp hậu môn, nhất là sau mổ cắt trĩ, phải bảo tồn lớp niêm mạc hậu môn đủ và được nuôi dưỡng tốt.

PHẪU THUẬT ĐIỀU TRỊ TÁO BÓN DO RỐI LOẠN CƠ THẮT CƠ MU - TRỰC TRÀNG (ANISMUS)

I. ĐẠI CƯƠNG

Táo bón do rối loạn cơ thắt cơ mu - trực tràng (Anismus) là bệnh thường gặp nhất trong hội chứng tắc nghẽn đường ra (outlet obstruction syndrome) hay hội chứng tắc nghẽn đại tiện (obstructed defecation syndrome - ODS) do bất đồng vận cơ sàn chậu, hiện nay điều trị chủ yếu bằng tiêm độc tố botulinum (botulinum toxin A) vào 2 bên đai cơ mu trực tràng.

II. CHỈ ĐỊNH

Cơ mu - trực tràng không giãn khiến góc hậu môn - trực tràng không mở rộng trong thì rặn tổng phân.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Thể trạng người bệnh quá yếu, cần hồi sức tích cực trước phẫu thuật.
- Người bệnh già yếu có các bệnh phối hợp tim, phổi nặng.
- Phụ nữ mang thai hoặc cho con bú.
- Cần thận đối với những người bệnh mắc bệnh nhược cơ hoặc đang điều trị aminoglycosides.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện: Phẫu thuật viên tiêu hoá hay chuyên khoa sàn chậu

2. Người bệnh:

- Khám lâm sàng người bệnh táo bón mạn tính thấy sự co cứng của cơ mu - trực tràng khi rặn.
- Các xét nghiệm cận lâm sàng: đo áp lực hậu môn - trực tràng; nghiệm pháp tổng bóng; đo điện cơ; cộng hưởng từ tổng phân
- Người bệnh phải được giải thích rõ trước mổ về tình trạng bệnh và tình trạng chung, về những khả năng phẫu thuật sẽ thực hiện, về những tai biến, biến chứng, di chứng có thể gặp do bệnh, do phẫu thuật, do gây mê, tê, giảm đau, do cơ địa của người bệnh.

3. Phương tiện:

- Độc tố Botulinum type A (Botox hoặc Dysport...)
- Van ống hậu môn

4. Dự kiến thời gian phẫu thuật: 90 phút

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Tư thế: Tư thế sản khoa.

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

3. Kỹ thuật:

- Xác định 2 quai bên hoặc quai sau của bó cơ mu - trực tràng.
- Tiêm độc tố botulinum type A vào 2 quai bên liều 10U (Botox) mỗi quai bên (vị trí 4 giờ và 8 giờ) hoặc 20U vào quai sau của cơ mu trực tràng (1 đơn vị của Botox = 3-4 đơn vị Dysport)

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

1. Theo dõi:

- Phản ứng phụ của độc tố Botulinum có thể làm yếu các mô hoặc cơ lân cận.
- Theo dõi tình trạng bệnh do thời gian tác động của độc tố Botulinum có giới hạn.

2. Xử trí tai biến:

- Choáng do dị ứng thuốc. Cần nằm lại theo dõi 1-2 giờ.
- Chảy máu hay tụ máu chỗ tiêm: ép gạc hoặc miếng cầm máu.

PHẪU THUẬT CẮT DA THỪA CẠNH HẬU MÔN

I. 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.

II. 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.)

III. 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.

IV. CHUẨN BỊ:

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

2. Phương tiện:

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

3. Người bệnh:

Giải thích cho người bệnh và gia đình biết rõ tình trạng bệnh tại chỗ và tình trạng chung của người bệnh, về khả năng phẫu thuật sẽ thực hiện, về các tai biến, biến chứng, di chứng có thể gặp do bệnh, do phẫu thuật, do gây mê tê giảm đau, do cơ địa của người bệnh.

Giải đáp những khúc mắc của người bệnh về bệnh tật, về phẫu thuật,...trong phạm vi cho phép.

- *Tối hôm trước ngày phẫu thuật:*

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

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

- 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 tiêu trước khi lên bàn mổ.

4. Hồ sơ bệnh án:

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

- Hoàn thiện đầy đủ các bước khám lâm sàng, cận lâm sàng cần thiết để có chẩn đoán xác định bệnh (tùy thuộc các phương tiện, cơ sở y tế). Đánh giá tình trạng toàn thân như tuổi, cơ địa, những bệnh mãn tính nặng phối hợp có ảnh hưởng tới cuộc phẫu thuật, trong thời kỳ hậu phẫu. Đánh giá khả năng phẫu thuật để chuẩn bị cho cuộc mổ diễn ra an toàn và hiệu quả nhất.

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

5. Dự kiến thời gian phẫu thuật: 30 – 60 phút

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. 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.

2. 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 tùy sống hoặc dưới gây tê tại chỗ.

3. Kỹ thuật:

Nguyên tắc kỹ thuật:

- Bảo tồn tối đa cấu trúc giải phẫu và chức năng sinh lý của hệ thống cơ thắt hậu môn để bảo đảm chức năng tự chủ của ống hậu môn.
- Không tạo ra các sẹo làm biến dạng vùng tầng sinh môn, ống hậu môn trực tràng gây đau và ảnh hưởng tới chức năng đại tiện.

Cụ thể:

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 vát. Nên dùng loại chỉ nhỏ, tự tiêu (Vicryl 4.0 hoặc 5.0).

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

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

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

1. 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 bục đường khâu da niêm mạc.

2. Xử trí tai biến: (xem bài Nguyên tắc chung phẫu thuật vùng hậu môn - trực tràng).

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