

Số: 60/QĐ-TTYT

Than Uyên, ngày 28 tháng 3 năm 2019

QUYẾT ĐỊNH
Về việc ban hành “Hướng dẫn quy trình kỹ thuật
chuyên ngành ngoại khoa”
GIÁM ĐỐC TRUNG TÂM Y TẾ HUYỆN THAN UYÊN

Căn cứ Quyết định số 196/QĐ-BYT ngày 16/01/2014 của Bộ Y tế về việc ban hành tài liệu “Hướng dẫn quy trình kỹ thuật chuyên ngành ngoại khoa - chuyên khoa phẫu thuật tiết niệu”;

Căn cứ Quyết định số 201/QĐ-BYT ngày 16/01/2014 của Bộ Y tế về việc ban hành tài liệu “Hướng dẫn quy trình kỹ thuật chuyên ngành ngoại khoa - chuyên khoa phẫu thuật tiêu hóa và phẫu thuật nội soi”;

Căn cứ Quyết định số 4484/QĐ-BYT ngày 18/8/2016 của Bộ Y tế về việc ban hành tài liệu “Hướng dẫn quy trình kỹ thuật chuyên ngành ngoại khoa - chuyên khoa chấn thương chỉnh hình”;

Căn cứ Quyết định số 5730/QĐ-BYT ngày 21/12/2017 của Bộ Y tế về việc ban hành tài liệu “Hướng dẫn quy trình kỹ thuật chuyên ngành ngoại khoa - chuyên khoa phẫu thuật tiêu hóa”;

Căn cứ Quyết định số 1985/QĐ-SYT, ngày 28/12/2018 của Sở Y tế Lai Châu về việc Ban hành quy định về phân cấp quản lý công tác tổ chức bộ máy, biên chế và công chức, viên chức cho các đơn vị thuộc Sở Y tế;

Căn cứ Biên bản họp ngày 15/3/2019 của Hội đồng chuyên môn V/v xây dựng Quy trình kỹ thuật khám - chữa bệnh; Theo đề nghị của Trưởng phòng Kế hoạch - Nghiệp vụ.

QUYẾT ĐỊNH:

Điều 1. Ban hành kèm theo Quyết định này 143 Quy trình kỹ thuật chuyên ngành ngoại khoa.

Điều 2. Các đơn vị trực thuộc Trung tâm Y tế Than Uyên có nhiệm vụ:

- Triển khai áp dụng hiệu quả các quy trình được phê duyệt.
- Kịp thời tham mưu, đề xuất các điều kiện để phát huy hiệu quả các quy trình.
- Tiếp tục tham mưu, đề xuất các quy trình kỹ thuật mới thuộc chuyên ngành Ngoại khoa để áp dụng tại đơn vị.
- Các dịch vụ kỹ thuật khác đã được Sở Y tế phê duyệt nhưng đơn vị chưa ban hành quy trình kỹ thuật để thực hiện thì thực hiện áp dụng theo các quyết định hướng dẫn quy trình kỹ thuật do Bộ Y tế đã ban hành

Điều 3. Quyết định này có hiệu lực từ ngày ký ban hành. Trưởng phó các đơn vị trực thuộc Trung tâm Y tế Than uyên căn cứ Quyết định thi hành./.

Nơi nhận:

- Như điều 3;
- Sở Y tế (để báo cáo);
- Lưu KH-NV.

GIÁM ĐỐC

DANH MỤC QUY TRÌNH KỸ THUẬT NGOẠI KHOA

(Kèm theo Quyết định số 60/QĐ-TTYT, ngày 28/3//2019 của TTYT Than Uyên)

CHƯƠNG I. NGOẠI KHOA CHUYÊN KHOA PHẪU THUẬT TIẾT NIỆU

TT	TÊN QUY TRÌNH KỸ THUẬT
1	Phẫu thuật cắt bàng quang bán phần
2	Phẫu thuật túi thừa niệu quản
3	Phẫu thuật nang thừng tinh
4	Cắt toàn bộ bàng quang
5	Phẫu thuật tạo hình bàng quang

CHƯƠNG II. PHẪU THUẬT TIÊU HÓA VÀ PHẪU THUẬT NỘI SOI

TT	TÊN QUY TRÌNH KỸ THUẬT
6	Nội ruột non - đại tràng
7	Phẫu thuật sa trực tràng người lớn đường bụng
8	Phẫu thuật Delorme điều trị sa trực tràng người lớn
9	Cắt toàn bộ bàng quang
10	Phẫu thuật tạo hình bàng quang
11	Thắt trĩ nội bằng vòng cao su
12	Phẫu thuật cắt búi trĩ đơn độc
13	Phẫu thuật cục máu đông do trĩ tắc mạch
14	Phẫu thuật cắt trĩ bằng phương pháp Milligan - Morgan
15	Phẫu thuật trĩ bằng phương pháp Ferguson
16	Phẫu thuật áp xe hậu môn
17	Phẫu thuật rò hậu môn
18	Phẫu thuật rò hậu môn hình móng ngựa
19	Điều trị nứt kẽ hậu môn
20	Khâu nối cơ thắt hậu môn
21	Khâu nối cơ thắt hậu môn bằng phương pháp Musset
22	Cắt đại tràng phải
23	Cắt đoạn đại tràng ngang

24	Cắt đại tràng trái
25	Cắt đoạn đại tràng xích ma
26	Cắt ruột thừa mở mở lau rửa ổ bụng, điều trị viêm phúc mạc ruột thừa
27	Khâu lỗ thủng dạ dày hành tá tràng
28	Nội vị tràng
29	. Tạo hình môn vị
30	Mở thông dạ dày
31	Mổ dẫn lưu viêm tấy sản miệng lan tỏa Xử trí viêm tấy lan tỏa tầng sinh môn
33	Điều trị phẫu thuật Viêm phúc mạc toàn thể/Tiên phát
34	Phẫu thuật nội soi khâu cơ hoành trong chấn thương bụng kín
35	Phẫu thuật nội soi đẩy bã thức ăn xuống đại tràng điều trị tắc ruột do bã thức ăn
36	Phẫu thuật nội soi chống trào ngược dạ dày - thực quản
37	Phẫu thuật nội soi điều trị thoát vị hoành
38	. Phẫu thuật cắt ruột thừa nội soi ổ bụng
39	Phẫu thuật nội soi điều trị thủng ổ loét hành tá tràng đơn thuần
40	Điều trị áp xe ruột thừa trong ổ bụng bằng phẫu thuật nội soi
41	Phẫu thuật cắt túi mật nội soi
42	Phụ lục 1: Nguyên tắc chung phẫu thuật vùng hậu môn trực tràng

CHƯƠNG III. QUY TRÌNH KỸ THUẬT NGOẠI KHOA CHUYÊN KHOA PHẪU THUẬT CHẤN THƯƠNG CHỈNH HÌNH

TT	TÊN QUY TRÌNH KỸ THUẬT
43	Phẫu thuật tháo khớp vai
44	Phẫu thuật kết hợp xương (KHX) gãy xương bả vai
45	Phẫu thuật KHX gãy cổ xương bả vai
46	Phẫu thuật KHX trật khớp ức đòn
47	Phẫu thuật KHX khớp giả xương cánh tay
48	Phẫu thuật KHX gãy thân xương cánh tay phức tạp
49	Phẫu thuật KHX gãy trên lồi cầu xương cánh tay
50	Phẫu thuật KHX gãy liên lồi cầu xương cánh tay

51	Phẫu thuật KHX gãy mỏm khuỷu
52	Phẫu thuật KHX gãy mỏm khuỷu phức tạp
53	Phẫu thuật KHX gãy hở độ III trên và liên lồi cầu xương đùi
54	Phẫu thuật KHX gãy hở độ I thân hai xương cẳng tay
55	Phẫu thuật KHX gãy hở độ II thân hai xương cẳng tay
56	Phẫu thuật KHX gãy hở độ III thân hai xương cẳng tay
57	Phẫu thuật KHX gãy hở độ I thân xương cánh tay
58	Phẫu thuật KHX gãy hở độ II thân xương cánh tay
59	Phẫu thuật KHX gãy hở độ III thân xương cánh tay
60	Phẫu thuật KHX gãy hở liên lồi cầu xương cánh tay
61	Phẫu thuật KHX gãy đài quay
62	Phẫu thuật KHX gãy đài quay phức tạp
63	Phẫu thuật tạo hình cứng khớp cổ tay sau chấn thương
64	Phẫu thuật KHX gãy đầu dưới xương quay
65	Phẫu thuật KHX gãy trật khớp cổ tay
66	Phẫu thuật KHX gãy chỏm đốt bàn và ngón tay
67	Phẫu thuật KHX gãy thân đốt bàn và ngón tay
68	Phẫu thuật KHX gãy lồi cầu xương bàn và ngón tay
69	Phẫu thuật tổn thương dây chằng đốt bàn và ngón tay
70	Phẫu thuật KHX khớp giả xương đòn
71	Phẫu thuật tổn thương gân gấp ở vùng cẳng (Vùng II)
72	Phẫu thuật KHX gãy thân xương đùi phức tạp
73	Cố định ngoại vi trong điều trị gãy hở chi trên
74	Phẫu thuật thương tích phần mềm các cơ quan vận động
75	Phẫu thuật dập nát phần mềm các cơ quan vận động
76	Phẫu thuật vết thương bàn tay
77	Phẫu thuật vết thương bàn tay tổn thương gân duỗi
78	Phẫu thuật vết thương phần mềm tổn thương gân gấp
79	Phẫu thuật vết thương phần mềm tổn thương thần kinh giữa, thần kinh

	trụ, thần kinh quay
80	Phẫu thuật chuyển vạt che phủ phần mềm cuống mạch liên
81	Phẫu thuật KHX gãy xương đốt bàn ngón tay
82	Phẫu thuật gãy xương đốt bàn ngón tay
83	Phẫu thuật KHX gãy đầu dưới xương quay
84	Phẫu thuật KHX gãy nội khớp đầu dưới xương quay
85	Phẫu thuật chỉnh trục Cal lệch đầu dưới xương quay
86	Phẫu thuật điều trị hội chứng ống cổ tay
87	Phẫu thuật điều trị hội chứng chèn ép thần kinh trụ
88	Phẫu thuật chuyển gân điều trị liệt thần kinh giữa
89	Phẫu thuật chuyển gân điều trị liệt thần kinh trụ
90	Phẫu thuật chuyển gân điều trị liệt thần kinh quay
91	Phẫu thuật điều trị liệt thần kinh giữa và thần kinh trụ
92	Khâu tổn thương gân gấp vùng I, III, IV, V
93	Khâu tổn thương gân gấp bàn tay ở vùng II
94	Tái tạo phục hồi tổn thương gân gấp 2 thì
95	Phẫu thuật bệnh lý nhiễm trùng bàn tay
96	Phẫu thuật làm mỏm cụt ngón và đốt bàn ngón
97	Phẫu thuật tháo khớp cổ tay
98	Phẫu thuật kết hợp xương gãy Pilon
99	Phẫu thuật kết hợp xương gãy xương sên và trật khớp
100	Phẫu thuật kết hợp xương gãy xương gót
101	Phẫu thuật kết hợp xương gãy xương đốt bàn và đốt ngón chân
102	Phẫu thuật kết hợp xương trật khớp dưới sên
103	Phẫu thuật kết hợp xương gãy trật khớp cổ chân ở trẻ em
104	Cụt chân thương cổ và bàn chân
105	Phẫu thuật tổn thương gân chày trước
106	Phẫu thuật tổn thương gân duỗi dài ngón I
107	Phẫu thuật tổn thương gân cơ mác bên

108	Phẫu thuật tổn thương gân gấp dài ngón I
109	Phẫu thuật tổn thương gân cơ chày sau
110	Phẫu thuật tạo hình điều trị cứng gối sau chấn thương
111	Rút đinh/tháo phương tiện kết hợp xương
112	Phẫu thuật chỉnh bàn chân khèo
113	Phẫu thuật lấy xương chết, nạo viêm
114	Phẫu thuật đặt lại khớp găm kim cổ xương cánh tay

CHƯƠNG IV. QUY TRÌNH KỸ THUẬT NGOẠI KHOA CHUYÊN KHOA PHẪU THUẬT TIÊU HÓA

TT	TÊN QUY TRÌNH KỸ THUẬT
115	Cắt ruột non hình chêm
116	Gỡ dính sau mổ lại
117	Đóng mở thông ruột non
118	Khâu vết thương tĩnh mạch mạc treo tràng trên
119	Khâu vết thương động mạch mạc treo tràng trên
120	Dẫn lưu hoặc mở thông manh tràng
121	Cắt túi thừa đại tràng
122	Bóc u xơ, cơ..trực tràng đường tầng sinh môn
123	Điều trị hẹp hậu môn bằng cắt vòng xơ, tạo hình hậu môn
124	Phẫu thuật cắt u nhú ống hậu môn (condylome)
125	Cắt u lành tính ống hậu môn (u cơ, polyp...)
126	Phẫu thuật cắt lọc, xử lý vết thương tầng sinh môn đơn giản
127	Phẫu thuật cắt lọc, xử lý vết thương tầng sinh môn phức tạp
128	Khâu vết thương lách
129	Các phẫu thuật lách khác
130	Phẫu thuật rò, nang ống rốn tràng, niệu rốn (Phẫu thuật nang niệu rốn)
131	Phẫu thuật khâu lỗ thủng cơ hoành do vết thương
132	Phẫu thuật khâu vỡ cơ hoành
133	Phẫu thuật điều trị thoát vị khe hoành

134	Khâu phục hồi thành bụng do toác vết mổ
135	Khâu vết thương thành bụng
136	Phẫu thuật mở bụng thăm dò, lau rửa, đặt dẫn lưu
137	Lấy mạc nối lớn và mạc nối nhỏ
138	Phẫu thuật lấy toàn bộ trĩ vòng
139	Phẫu thuật Longo
140	Đóng rò trực tràng- bàng quang
141	Phẫu thuật Longo kết hợp với khâu treo trĩ
142	Phẫu thuật khâu treo và tiết mạch trĩ
143	Bóc u xơ, cơ...trực tràng đường ổ bụng

CHƯƠNG I. NGOẠI KHOA CHUYÊN KHOA PHẪU THUẬT TIẾT NIỆU

PHẪU THUẬT CẮT BÀNG QUANG BÁN PHẦN

I. ĐẠI CƯƠNG

Cắt bán phần bàng quang có một số ưu điểm như: Bảo tồn được chức năng cương ở nam giới, duy trì được sức chứa của bàng quang và lấy được toàn bộ chiều dày của thành bàng quang để làm tiêu bản giải phẫu bệnh

II. CHỈ ĐỊNH

1. Trường hợp khối u bàng quang nguyên phát, một khối nằm ở vị trí có thể cắt được toàn bộ khối u với một mép lành khoảng 3mm.

2. Trường hợp u bàng quang nhưng không thể tiến hành cắt u qua đường nội soi niệu đạo do người bệnh bị gù, vẹo, cứng khớp háng hay hẹp niệu đạo. Ngoài ra trường hợp khối u bàng quang nằm trong túi thừa vì nguy cơ thủng bàng quang khi cắt nội soi.

3. Chỉ định cắt bán phần bàng quang liên quan đến các bệnh lý ác tính như: sarcoma tiết niệu sinh dục ở người lớn và trẻ em, carcinoma dây rốn liên quan đến đáy bàng quang và u các cơ quan lân cận xâm lấn bàng quang.

4. Các chỉ định cắt bàng quang bán phần không do bệnh ác tính như: các bệnh rò bàng quang đại tràng, rò bàng quang âm đạo, lạc nội mạc tử cung khu trú trong bàng quang.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Trường hợp u bàng quang có nhiều khối, hoặc u nằm ở vùng trigone, đây là vùng là mà không có khả năng cắt rộng rãi hết khối u đến vùng lành

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

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

2. Phương tiện

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

3. Người bệnh

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

4. Hồ sơ bệnh án

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

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Bước 1: Tư thế người bệnh

Người bệnh được nằm ở tư thế ngửa đầu thấp. Sát trùng, phủ toan chuẩn bị trường mổ. Có thể đặt sonde niệu đạo và bơm rửa bàng quang một vài lần để lấy đi hết những tế bào ung thư rơi rụng trong lòng bàng quang. Sau khi bơm rửa nối sonde niệu đạo với túi nước tiểu vô trùng.

2. Bước 2: Bộc lộ bàng quang:

Có hai phương pháp bộc lộ bàng quang: trong phúc mạc và ngoài phúc mạc.

2.1. Đối với phương pháp bộc lộ bàng quang trong phúc mạc

Rạch da đường trắng dưới rốn kéo dài từ bờ trên xương mu tới sát rốn. Mở phúc mạc theo đường giữa.

Rạch phúc mạc phủ bó mạch chậu và các hạch chậu, lấy hạch chậu một bên làm xét nghiệm giải phẫu bệnh

Tìm và thắt động mạch bàng quang trên

Tiếp tục phẫu tích để bộc lộ bàng quang càng nhiều càng tốt sao cho mép cắt cách khối u ít nhất khoảng 2 - 3 cm, giải phóng phúc mạc bám vào bàng quang. Rồi sau đó rạch phúc mạc chen giữa bàng quang và trực tràng ở phía sau

2.2. Đối với phương pháp ngoài phúc mạc

Bộc lộ mặt trước bàng quang và vén phúc mạc phủ mặt trước bàng quang. Giải phóng toàn bộ phần phúc mạc dính vào vùng đáy bàng quang.

Giải phóng mặt bên và mặt sau của bàng quang. Nếu cần thiết thì phải bộc lộ và cắt bỏ cả bó mạch bàng quang trên. Để nguyên lớp mỡ xung quanh bàng quang trên vị trí của u.

3. Bước 3: Mở bàng quang

Mở bàng quang giữa hai mũi chỉ chờ. Kéo nhẹ bàng quang và đánh dấu một đường xung quanh khối u, cách mép khối u khoảng 2-3 cm.

Cắt cả khối toàn bộ khối u, mỡ quanh bàng quang và thậm chí cả phúc mạc bao phủ lên vùng khối u nếu cần thiết.

Gửi mảnh tổ chức lành đi làm sinh thiết tức thì, nếu có tế bào u thì tiếp tục cắt rộng hơn chút nữa cho đến khi nào không còn tìm thấy u nữa thì thôi.

4. Bước 4: Đóng bàng quang

Cố gắng tránh không đặt dẫn lưu bàng quang mà thay vào đó là đặt sonde niệu đạo. Chỉ đặt sonde bàng quang khi không đặt được sonde niệu đạo.

Lau rửa bàng quang bằng huyết thanh mặn và đóng bàng quang bằng các mũi khâu vết chỉ catgut số 3/0 và khâu tăng cường bằng các mũi chỉ chromic catgut mũi rời. Khâu lại phúc mạc, lau rửa vết mổ, đặt dẫn lưu và đóng bụng.

VI. THEO DÕI

Trong và ngay sau mổ có thể gặp các biến chứng như sau:

- Chảy máu trong mổ: theo dõi bằng cách đánh giá lượng máu mất qua phẫu thuật

- Chảy máu sau mổ đánh giá bằng theo dõi nước tiểu qua sonde niệu đạo

- Sau mổ có thể có nhiễm trùng: theo dõi bằng cách đo nhiệt độ ngày 2 lần.

- Ngoài ra có thể có thoát nước tiểu ra ngoài

VII. XỬ TRÍ TAI BIẾN (nếu có)

PHẪU THUẬT TÚI THỪA NIỆU ĐẠO

I. ĐẠI CƯƠNG

Là một túi hay khối phòng với kích thước khác nhau cạnh niệu đạo. Do khối phòng thông với niệu đạo nên nó luôn được làm đầy bởi nước tiểu trong quá trình tiểu tiện.

II. CHỈ ĐỊNH

Không phải tất cả túi thừa niệu đạo đều có chỉ định cắt bỏ. Những trường hợp không có triệu chứng, phát hiện tình cờ khi khám sức khỏe có thể không cần cắt nếu người bệnh không muốn.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Những trường hợp có chống chỉ định phẫu thuật

IV. CHUẨN BỊ

1. Người bệnh được giảm đau bằng các phương pháp giảm đau vùng (tê tủy sống) hay gây mê
2. Cán bộ thực hiện: Phẫu thuật viên chuyên khoa tiết niệu (01 phẫu thuật viên, 02 trợ thủ viên)
3. Phương tiện: 01 bộ dụng cụ phẫu thuật tiết niệu, gạc lớn, gạc nhỏ, chỉ liên kim, hoặc chỉ cát gút, chỉ lạnh.
4. Người bệnh: Người bệnh được chuẩn bị theo quy trình chuẩn bị người bệnh trước mổ.
5. Hồ sơ bệnh án: Hồ sơ bệnh án được chuẩn bị đầy đủ bao gồm các xét nghiệm chẩn đoán bệnh và các xét nghiệm cơ bản phục vụ cho cuộc mổ, có bản cam kết chấp nhận phẫu thuật của người bệnh và chữ kí giải thích của phẫu thuật viên.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Kiểm tra khám người bệnh trước mổ, kiểm tra hồ sơ bệnh án
- Tê tủy sống, người bệnh tư thế sản khoa
- Đặt sonde niệu đạo
- Bộc lộ túi thừa, cổ túi thừa
- Cắt bỏ túi thừa, loại bỏ toàn bộ niêm mạc của túi thừa tránh tái phát nhưng không lấn gây mất niệu đạo sẽ gây khiếm khuyết và phải tạo hình lại niệu đạo
- Khâu phục hồi lại niệu đạo bằng chỉ tiêu chậm. Khâu nhiều lớp tránh lỗ rò hậu phẫu gây rò niệu đạo - âm đạo.

VI. THEO DÕI SAU MỔ

- Vết mổ, rò niệu đạo - âm đạo không? Hẹp niệu đạo sau mổ gây đái khó

- Xử lý tai biến: Mở tạo hình lại niệu đạo nếu hẹp niệu đạo sau mổ; đóng rò niệu đạo - âm đạo

PHẪU THUẬT NANG THÙNG TINH

I. ĐẠI CƯƠNG

Nang thùng tinh hay còn gọi là u nang thùng tinh là hiện tượng ứ đọng dịch trong ống phúc tinh mạc do ống này không tắc hoàn toàn. Bình thường ở trẻ nam, trong thời kỳ bào thai, khi tinh hoàn di chuyển từ ổ bụng xuống bìu kéo theo lớp phúc mạc tạo thành một ống gọi là ống phúc tinh mạc, ống này thông từ bụng tới khoang màng tinh hoàn. Sau khi sinh ống này sẽ đóng lại và teo đi.

Trong trường hợp ống phúc tinh mạc không bị teo đi, gọi là bệnh còn ống phúc tinh mạc, làm thông thương giữa khoang màng ngoài tinh hoàn và ổ bụng, dịch ổ bụng sẽ tự do chảy xuống khoang màng tinh hoàn, gây nên tình trạng tràn dịch màng tinh hoàn. Còn trường hợp ống này teo đóng lại không kín, dịch màng bụng tiết ra tụ lại trong ống, gọi là nang thùng tinh. Nang thùng tinh có thể nằm ngay cực trên của tinh hoàn (do ống chỉ tắc ở đầu dưới) hay cũng có thể nằm ở ống bẹn (do ống đóng kín hai đầu).

II. CHỈ ĐỊNH

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

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Không có chống chỉ định

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

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

2. Phương tiện

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

3. Người bệnh

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

4. Hồ sơ bệnh án

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

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Bước 1: Tư thế người bệnh

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

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

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

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

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

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

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

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

4. Bước 4: Thắt và cắt nang thừng tinh

- Khi đầu trên của ống phúc tinh mạc đã được phẫu tích đến sát lỗ bẹn trong. Tiến hành thắt và cắt tại vị trí này. Nếu cần thiết có thể khâu lại. Chú ý: phải kiểm tra kỹ xem có ruột, mạc nối hay bất kì thành phần nào trong ống phúc tinh mạc trước khi buộc và cắt. Nếu lỗ bẹn trong rộng quá có thể khâu tạo hình lại lỗ bẹn trong.

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

5. Bước 5: Đóng vết mổ

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

VI. THEO DÕI

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

VII. XỬ TRÍ TAI BIẾN

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

CẮT TOÀN BỘ BÀNG QUANG TRONG ĐIỀU TRỊ TRIỆT CĂN UNG THƯ BÀNG QUANG

I. ĐẠI CƯƠNG

Cắt toàn bộ bàng quang là một phẫu thuật điều trị triệt căn ung thư bàng quang. Phẫu thuật này bao gồm cắt toàn bộ bàng quang, tuyến tiền liệt, hai túi tinh và nạo vét hạch ở nam giới. Cắt toàn bộ bàng quang, nạo vét hạch chậu ở nữ. Phẫu thuật này thường kèm với các phẫu thuật chuyển dòng nước tiểu hoặc tạo hình bàng quang.

II. CHỈ ĐỊNH

- Ung thư bàng quang giai đoạn II, III.
- Một số trường hợp ung thư giai đoạn I, nhưng nhiều khối lan tỏa, tái phát nhanh, độ ác tính cao cũng có chỉ định cắt toàn bộ bàng quang.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Ung thư bàng quang giai đoạn IV, u xâm lấn vào khung chậu, các mạch máu lớn.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- Hai bác sĩ phẫu thuật: một phẫu thuật viên chính và hai phụ
- Hai điều dưỡng: 1 điều dưỡng đưa dụng cụ, một phục phụ bên ngoài.

2. Phương tiện

Một bộ dụng cụ đại phẫu. Kéo mổ, kẹp phẫu tích, kim cặp kim dài. Panh dài cặp mạch máu 10 chiếc. Chỉ liên kim prolene, vicryl số 0, 2.0, 3.0, 4.0. Chuẩn bị sẵn một bộ dụng cụ phẫu thuật cơ bản, một bộ dụng cụ phẫu thuật sinh dục - tiết niệu dài, một bộ dụng cụ phẫu thuật sinh dục - tiết niệu siêu - dài, một bộ dụng cụ phẫu thuật tiết niệu - sinh dục nhỏ; Các dụng cụ đặc biệt cho phẫu thuật dạ dày - ruột;

3. Người bệnh

- Phải giành ưu tiên cho việc đánh giá tình trạng phổi của người bệnh:
- Phải truyền máu nếu có tình trạng thiếu máu và albumin
- Trước phẫu thuật, hãy chọn hai vị trí có thể thay thế lẫn nhau để tạo lỗ miệng niệu quản mở ra ngoài da cho người bệnh ở tư thế ngồi và tư thế đứng, rồi đánh dấu các vị trí này, bằng cách dùng mũi kim để gạch thành vết xước trên da của người bệnh ở các vị trí đó
- Cho người bệnh đi tắt nịt ở chân hoặc đi ủng khí ép vào tới hôm trước phẫu thuật, giữ nguyên tắt hoặc ủng cho tới khi người bệnh có thể hoàn toàn di chuyển được.

-Chuẩn bị cho ruột về mặt cơ học

4. Hồ sơ bệnh án: đầy đủ các xét nghiệm cơ bản trong giới hạn bình thường; Giấy cam đoan phẫu thuật.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Khám lại người bệnh

- Kiểm tra hồ sơ.

- Thực hiện kỹ thuật

1. Tư thế:

- Người bệnh nằm ngửa.

- Chuẩn bị: Chuẩn bị vùng bụng và đáy chậu

2. Đường rạch da: Rạch da phần dưới bụng trên đường giữa đi từ xương mu đến 4 cm ở trên và bên trái của rốn. Rạch mạc trước của cơ thẳng bụng, và bằng dụng cụ tù đầu tách các cơ thẳng bụng rời xa nhau trên đường giữa.

3. Rạch mạc ngang bụng: bằng dụng cụ tù đầu mở vào khoang Retzius. Rạch phúc mạc theo đường rạch thành bụng ở phía nửa trên, nhưng ở phần dưới thì sau khi đã cắt ống niệu - rốn mới cắt phúc mạc theo hình chữ V.

4. Giải phóng niệu quản phải cùng với lớp vỏ xơ (vỏ hoặc áo liên kết) của nó, kẹp niệu quản này bằng một cờ-lâm vuông góc, đặt một mũi khâu chờ ở phía trên chỗ kẹp, và cắt niệu quản ở phía dưới chỗ đặt mũi khâu chờ. Sinh thiết niệu quản: nếu người bệnh có nguy cơ bị ung thư tại chỗ (CIS) thì trích thử một mẫu sinh thiết ở đoạn cuối niệu quản và gửi đi xét nghiệm giải phẫu bệnh bằng cắt lạnh mẫu sinh thiết tức thì.

5. Cắt cuống mạch bên của bàng quang

6. Cắt cuống mạch sau của bàng quang

7. Cắt niệu đạo và sinh thiết tức thì móm cắt niệu quản hai bên

8. Cắt các thành phần kết nối còn lại ở hai bên, vốn thuộc về mạc nội - chậu bé, giữ lại hai cánh bên của tuyến tiền liệt. Lấy bệnh phẩm ra ngoài.

9. Nạo vét hạch chậu bịt 2 bên, sinh thiết tức thì và chờ kết quả để quyết định phương pháp tạo hình bàng quang.

10. Đặt lại ruột một cách cẩn thận, và kéo mạc nối lớn xuống phía dưới để che phủ các chỗ khâu nối. Thường cần phải dẫn lưu bằng hút liên tục để bảo vệ đường thoát mới cho nước tiểu.

11. Đóng thành bụng một cách thích hợp.

VI. THEO DÕI

Sau mổ theo dõi biến chứng chảy máu, nhiễm khuẩn.

VI. XỬ TRÍ TAI BIẾN

Nếu chảy máu cấp tính: người bệnh sốc, mạch nhanh huyết áp tụt, dẫn lưu chảy máu nhiều, cần mở lại ngay để cầm máu. Nếu mất máu mức độ nhẹ cần truyền máu và theo dõi sát người bệnh.

PHẪU THUẬT TẠO HÌNH BÀNG QUANG

I. ĐẠI CƯƠNG

Sau khi cắt toàn bộ bàng quang do ung thư, do lao, hoặc xơ hóa bàng quang, cần đặt ra vấn đề thay thế bàng quang.

Hiện nay, ruột là vật liệu tốt nhất dùng để thay thế bàng quang. Bàng quang ruột cần phải có một dung tích vừa phải (500ml), có áp lực thấp để tránh trào ngược bàng quang niệu quản và gây đá ri cho người bệnh. Do vậy ruột sử dụng tạo hình bàng quang phải phá bỏ hình ống.

II. CHỈ ĐỊNH

- Cho những người bệnh sau cắt toàn bộ bàng quang do ung thư bàng quang giai đoạn II, IIIa. Người bệnh thể trạng tốt, tiên lượng sống trên 5 năm.
- Sau cắt bàng quang xơ hóa do lao, viêm hoặc bàng quang thần kinh.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Ung thư bàng quang giai đoạn IIIb, IV.
- Người bệnh thể trạng kém, các bệnh toàn thân như tim mạch, tâm phế mãn...

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- 03 bác sĩ: 01 phẫu thuật viên chính và 02 phụ
- 02 điều dưỡng: 1 điều dưỡng đưa dụng cụ, 01 phục phụ bên ngoài.

2. Phương tiện

Chuẩn bị sẵn một bộ dụng cụ phẫu thuật cơ bản, một bộ dụng cụ phẫu thuật sinh dục-tiết niệu dài, một bộ dụng cụ phẫu thuật sinh dục-tiết niệu siêu dài, một bộ dụng cụ phẫu thuật tiết niệu - sinh dục nhỏ; Các dụng cụ đặc biệt cho phẫu thuật dạ dày-ruột;

3. Người bệnh

- Phải giành ưu tiên cho việc đánh giá tình trạng phổi của người bệnh
- Phải truyền máu nếu có tình trạng thiếu máu và albumin
- Trước phẫu thuật, hãy chọn hai vị trí có thể thay thế lẫn nhau để tạo lỗ miệng niệu quản mở ra ngoài da cho người bệnh ở tư thế ngồi và tư thế đứng, rồi đánh dấu các vị trí này, bằng cách dùng mũi kim để gạch thành vết xước trên da của người bệnh ở các vị trí đó
- Cho người bệnh đi tắt nịt ở chân hoặc đi ủng khí ép vào tối hôm trước phẫu thuật, giữ nguyên tắt hoặc ủng cho tới khi người bệnh có thể hoàn toàn di chuyển được.
- Chuẩn bị cho ruột về mặt cơ học

4. Hồ sơ bệnh án

Đầy đủ các xét nghiệm cơ bản trong giới hạn bình thường. Giấy cam đoan phẫu thuật.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Khám lại người bệnh
- Kiểm tra hồ sơ.
- Thực hiện kỹ thuật

1. Đường rạch: đường rạch trên đường giữa bụng và tiến hành tiếp như trong phẫu thuật cắt bỏ bàng quang triệt để.

2. Cắt ngang một phần (không cắt tất cả chiều ngang) đoạn niệu đạo màng, và đặt 8 (tám) mũi chỉ khâu vào đoạn này chuẩn bị để nối với hồi tràng. Lấy mẫu sinh thiết niệu đạo để làm xét nghiệm sinh thiết tức thì. Chỉ tiến hành phẫu thuật tạo hình bàng quang bằng hồi tràng nếu đã kiểm soát được chảy máu và toàn bộ chiều dài của đoạn niệu đạo màng vẫn còn nguyên vẹn.

3. Chọn một khúc ruột ở đoạn cuối hồi tràng dài 60-65 cm, đưa đoạn giữa của khúc ruột này lại gần niệu đạo, nhưng không được kéo căng. Nếu không thể làm được như vậy thì dùng phương pháp thay thế khác cho bàng quang. Sau khi đã chắc chắn rằng mạc treo tiểu tràng đủ dài để cho khúc hồi tràng nói trên lại gần được niệu đạo thì cắt hồi tràng ở hai đầu của khúc ruột đã chọn và nối lại hai đầu của hồi tràng để phục hồi đường tiêu hóa ở đây.

4. Mở toàn bộ khúc hồi tràng đã cắt, tách riêng ra như trên dọc theo bờ đối diện với bờ mạc treo. Nối khúc hồi tràng với niệu đạo bằng cách sử dụng 8 mũi chỉ khâu đã đặt sẵn từ trước ở niệu đạo đã được cắt.

5. Kỹ thuật nối niệu quản - tiểu tràng của Camey - Le Duc:

6. Đóng bàng quang mới tạo bằng một đường khâu vắt với chỉ tổng hợp tự tiêu 2-0 (2-0 SAS). Khâu cố định các đầu của túi bàng quang mới tạo-hình vào thành của chậu bé.

7. Đóng vết mổ, đưa các ống dẫn lưu ra ngoài qua thành bụng.

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

Hậu phẫu cần tạo bài niệu tốt để hòa loãng các chất nhầy và tránh cho các ống niệu quản khỏi bị tắc. Bơm rửa bàng quang mới được tạo, cứ trong 3 giờ thì bơm rửa 1 lần, mỗi lần 300ml dung dịch nước muối, để lấy đi hết chất nhầy.

Duy trì dinh dưỡng kéo dài ngoài đường tiêu hóa cho người bệnh ngay cả khi đã có trung tiện.

CHƯƠNG II. PHẪU THUẬT TIÊU HÓA VÀ PHẪU THUẬT NỘI SOI

NÓI RUỘT NON - ĐẠI TRÀNG

I. ĐẠI CƯƠNG

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

II. CHỈ ĐỊNH

1. Tắc ruột do các nguyên nhân:

1.1. U đại tràng không có khả năng cắt bỏ do:

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

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

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

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

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

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

IV. CHUẨN BỊ

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

2. **Phương tiện**

3. **Người bệnh**

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

Giải đáp những khúc mắc của người bệnh về bệnh tật, về phẫu thuật,...trong phạm vi cho phép.

4. Hồ sơ bệnh án

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

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

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

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

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

2. Kỹ thuật

2.1. Đường rạch

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

2.2. Thăm dò xác định tổn thương

- Đánh giá thương tổn: thương tổn chính, tình trạng các tạng khác trong ổ bụng.

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

- Làm miệng nối:

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

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

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

c. Lau sạch ổ bụng, đóng thành bụng. Có thể đặt dẫn lưu hay không tùy

thuộc tình trạng thực tế cuộc mổ.

VI. THEO DÕI

1. Thời kỳ hậu phẫu

- Trong 24 giờ đầu:

Theo dõi tình trạng toàn thân, tri giác, đo mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở. Truyền dịch, dùng kháng sinh, thuốc giảm đau,... theo chỉ định ghi trong bệnh án.

- Những ngày sau:

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

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

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

2. Sau thời kỳ hậu phẫu

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

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

VII. XỬ TRÍ TAI BIẾN

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

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

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

- Áp xe tồn dư trong ổ bụng

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

PHẪU THUẬT SA TRỰC TRÀNG NGƯỜI LỚN ĐƯỜNG BỤNG

I. ĐẠI CƯƠNG

Phẫu thuật sa trực tràng người lớn đường bụng, bóc tách trực tràng, cố định vào ụ nhô được gọi là phương pháp Orr - Loygue

II. CHỈ ĐỊNH

Sa trực tràng toàn bộ ở người lớn, đoạn ruột sa không bị hoại tử.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Ruột đã hoại tử hay tình trạng người bệnh không cho phép phẫu thuật bụng.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện: Người thực hiện tiêu hóa.

2. Người bệnh

- Hồ sơ bệnh án đầy đủ, chú ý phát hiện các bệnh phối hợp: tim mạch, huyết áp, đái đường, tiết niệu... tình trạng ruột sa, tình trạng tự chủ hậu môn.

- Được chuẩn bị như phẫu thuật thông thường, thụt sạch ngày hôm trước và sáng hôm phẫu thuật.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Tư thế: nằm ngửa, đùi hơi thấp, dạng; một người phụ có thể đứng giữa hai đùi, kiểm tra ruột sa trong khi phẫu thuật.

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

3. Kỹ thuật

3.1. Đường rạch giữa dưới rốn, có thể kéo dài lên trên rốn.

3.2. Bộc lộ vùng đại tràng sigma và trực tràng bằng đẩy ruột non lên cao, treo tạm tử cung vào thành bụng trước ở người bệnh nữ.

3.3. Mở phúc mạc 2 bên trực tràng, vòng từ nhụ ô đến đáy túi cùng trước trực tràng.

3.4. Phẫu tích:

- Toàn bộ mặt sau trực tràng, từ nhụ ô đến sàn tầng sinh môn (cơ nâng hậu môn).

- Mặt trước trực tràng: ở nam phải đi qua túi tinh đến tuyến tiền liệt; ở nữ, tách trực tràng khỏi âm đạo sâu khoảng 4 cm.

- Phẫu tích này cần được thực hiện thật tốt để có thể kéo dài trực tràng lên được khoảng 8 - 10 cm, người phụ kiểm tra hậu môn thấy trực tràng được kéo lên hoàn toàn.

3.5. Cố định trực tràng: khâu lớp thanh cơ với cân trước xương cùng cụt - ụ nhô bằng 3 - 4 mũi chỉ không tiêu, hoặc tiêu chậm, tránh khâu vào tĩnh mạch chậu. Sau khi cố định cần kiểm tra lại từ phía hậu môn, kéo trực tràng lên đủ cao. Có thể cố định trực tràng với ụ nhô bằng tấm nhân tạo như Ivalon, Teflon...

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

1. Theo dõi

- Thông thường như sau các trường hợp phẫu thuật bụng khác.
- Cho ăn khi có lưu thông ruột. Tập luyện cơ tròn sau phẫu thuật.

2. Xử trí biến chứng

- Khâu vào mạch máu gây tụ máu: kiểm tra và khâu cầm máu.
- Tái phát: do phẫu thuật tích không đủ kéo trực tràng lên cao, phải làm mổ lại.
- Táo bón: do khâu gây gập góc, hoặc làm hẹp lòng trực tràng: trong trường hợp nặng phải mổ lại./.

PHẪU THUẬT DELORME ĐIỀU TRỊ SA TRỰC TRÀNG NGƯỜI LỚN

I. ĐẠI CƯƠNG

Phẫu thuật Delorme gồm: cắt niêm mạc trực tràng sa ra ngoài ống hậu môn, khâu gấp nếp lớp cơ trực tràng, khâu nối lại lớp niêm mạc trực tràng trên đường lược 1 cm.

II. CHỈ ĐỊNH

Sa trực tràng người lớn, thường mức độ vừa hoặc nhỏ (đoạn trực tràng sa dưới 5 cm). Hoặc áp dụng cho các người bệnh sa trực tràng mà chống chỉ định gây mê toàn thân (người già, bệnh tim phổi nặng,...)

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Hầu như không có, không nên áp dụng cho trường hợp sa trực tràng quá lớn sẽ dễ tái phát và có thể gây di chứng khó đại tiện.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện: Người thực hiện tiêu hóa.

2. Người bệnh

- Hồ sơ bệnh án đầy đủ theo yêu cầu, ghi rõ tình trạng ruột sa, tự chủ hậu môn.

- Chuẩn bị người bệnh như phẫu thuật bụng thông thường.

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

3.1. Bộc lộ chiều dài đoạn trực tràng sa ra khỏi ống hậu môn. Đặt 4 panh Allis hay Babcock ở 4 vị trí 3 - 6 - 9 - 12 h.

3.2. Rạch niêm mạc: tiêm thấm bóc tách niêm mạc trực tràng, rạch một vòng niêm mạc trên đường lược 10 - 15mm.

3.3. Phẫu tích niêm mạc ra khỏi lớp cơ tròn trong trực tràng. Mảnh niêm mạc cần phẫu tích lấy đi dài gấp đôi độ dài đoạn ruột sa.

3.4. Khâu gấp nếp lớp cơ trực tràng chỉ Vicryl 2.0 theo chiều dọc từ 8 – 10 đường khâu. Buộc thắt nút sau khi đã khâu hết số đường khâu cần thiết (nên buộc đối xứng từ các vị trí 12h, 6h, 3h, 9h...).

3.5. Cắt bỏ ống niêm mạc trực tràng sa đã phẫu tích, khâu nối niêm mạc

trực tràng (đầu trên) với niêm mạc trên đường lược 1 cm. Khâu mũi rời, chỉ tiêu chậm (Vicryl 4.0).

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

1. Theo dõi

- Chăm sóc thông thường, cho ăn sau 24 - 48 giờ sau mổ.
- Dùng kháng sinh toàn thân, thuốc nhuận tràng 2- 3 ngày.

2. Xử trí tai biến

- Chảy máu: ít gặp.
- Hẹp hậu môn: nếu cần thiết nong nhẹ nhàng bằng cách thăm trực tràng. Thường có kết quả tốt. Tập luyện cơ tròn, tự chủ hậu môn.
- Khó đi ngoài: do khối sa trực tràng to, khâu gấp nếp bịt kín một phần trực tràng hậu môn. Nên dùng nhuận tràng, thuốc kháng sinh, chống viêm. Tình trạng có thể cải thiện tốt hơn theo thời gian.

Tái phát: mổ lại, lựa chọn phương pháp phù hợp hơn.

- Áp xe quanh miệng nối: Ít gặp nhưng là biến chứng nặng nề vì phẫu thuật thường tiến hành ở người bệnh già, yếu. Điều trị bảo tồn, nếu không đỡ, cần làm hậu môn nhân tạo.

4. THẮT TRĨ NỘI BẰNG VÒNG CAO SU

I. ĐẠI CƯƠNG

Phương pháp điều trị đơn giản, được thực hiện bằng cách lồng vào gốc búi trĩ nội một vòng cao su. Búi trĩ sẽ hoại tử chậm và rụng sau 7 - 10 ngày.

II. CHỈ ĐỊNH

Trĩ nội độ 2 và độ 3 nhỏ.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

1. Trĩ độ 3 lớn, độ 4, trĩ hỗn hợp, trĩ huyết khối, trĩ ngoại.
2. Hậu môn viêm nhiễm.
3. Bệnh rối loạn về đông máu, bệnh toàn thân ở giai đoạn cấp, suy giảm miễn dịch HIV dương tính; chỉ điều trị trĩ khi các bệnh đó ổn định.

IV. CHUẨN BỊ

- 1. Người thực hiện:** Người thực hiện tiêu hóa hay hậu môn - trực tràng.
- 2. Phương tiện:** cần có thêm ống soi hậu môn, dụng cụ thắt trĩ và vòng cao su, bơm tiêm, thuốc tê, nguồn sáng tốt; có thể tiến hành tại buồng khám hậu môn.
- 3. Người bệnh:** hồ sơ bệnh án, chẩn đoán xem bài phẫu thuật vùng hậu môn. Giải thích kỹ để người bệnh hiểu và cộng tác, không cần cạo lông thật tháo

phân; đi tiêu trước khi làm thủ thuật.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Không dùng thuốc tê, mê, an thần.

2. Tư thế: nằm sấp hoặc ngửa, nghiêng phải nghiêng trái theo yêu cầu của bác sĩ điều trị.

3. Kỹ thuật

3.1. Thăm hậu môn, soi hậu môn xác định lại chẩn đoán, chọn các búi trĩ sẽ thắt.

3.2. Lau sạch ống hậu môn, bôi thuốc khử khuẩn Betadine. Nếu còn ít phân có thể đặt một miếng gạc đẩy về phía trực tràng, lấy ra sau khi làm xong thủ thuật.

3.3. Đặt lại ống soi hậu môn, cho dụng cụ thắt trĩ vào, dùng kim hay máy hút kéo búi trĩ vào trong ống hình trụ, bật lẫy cho vòng cao su ôm vào gốc búi trĩ. Có thể thắt 1 - 2 hay 3 búi trĩ trong một lần điều trị.

3.4. Thắt ở trên đường lược ít nhất 5mm (vùng không đau).

3.5. Các lần thắt vòng điều trị cách nhau ít nhất 3 tuần lễ.

3.6. Theo dõi tình trạng người bệnh, phát hiện choáng, điều trị ngay.

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

1. Theo dõi

- Mạch, huyết áp trước và sau khi thắt.
- Người bệnh cần nhịn đi ngoài 24 giờ.
- Cho thuốc giảm đau paracetamol, nhuận tràng, an thần.
- Ngâm hậu môn trong nước ấm 2 lần/ngày trong 7 ngày.

2. Xử trí

- Đau: do vòng thắt quá thấp, phải tháo vòng đặt lại cao hơn.
- Tuột vòng do đi ngoài sớm: đặt lại vòng.
- Chảy máu khi trĩ rụng, tắc mạch trĩ: theo dõi hoặc dùng thuốc (Daflon, viên đạn trĩ). Trường hợp chảy máu nhiều cần kiểm tra lại cầm máu.
- Nhiễm khuẩn nặng: 3 dấu hiệu sốt cao, đau nhiều và bí đại; cho vào bệnh viện ngay, nhất là người suy giảm miễn dịch, HIV dương tính. Điều trị kháng sinh, truyền dịch, nhịn ăn uống.

PHẪU THUẬT CẮT BÚI TRĨ ĐƠN ĐỘC

I. ĐẠI CƯƠNG

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

II. CHỈ ĐỊNH

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

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Sa trĩ vòng hay có viêm nhiễm hậu môn.

IV. CHUẨN BỊ

Xem bài nguyên tắc chung phẫu thuật vùng hậu môn trực tràng

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

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

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

3. Kỹ thuật

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

VI. THEO DÕI

- Thường diễn biến đơn giản. Đề phòng choáng do dị ứng thuốc. Cần nằm lại theo dõi 1 - 2 giờ.
- Kháng sinh, thuốc giảm đau, nhuận tràng.
- Theo dõi chảy máu hoặc nhiễm khuẩn.

VII. XỬ TRÍ TAI BIẾN

- Choáng do dị ứng thuốc. Cần nằm lại theo dõi 1 - 2 giờ.
- Chảy máu gốc búi trĩ: khâu lại

PHẪU THUẬT CỤC MÁU ĐÔNG DO TRĨ TẮC MẠCH

I. ĐẠI CƯƠNG

Kỹ thuật gây tê tại chỗ, rạch lấy cục máu đông do búi trĩ tắc mạch, thường là trĩ ngoại. Không can thiệp vào các vị trí khác của ống hậu môn.

II. CHỈ ĐỊNH

Trĩ ngoại tắc mạch

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Sa trĩ tắc mạch lan rộng hoại tử hay đang có viêm nhiễm hậu môn.

IV. CHUẨN BỊ

Xem bài nguyên tắc chung phẫu thuật vùng hậu môn trực tràng

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

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

2. Vô cảm: tê tại chỗ

3. Kỹ thuật

- Thăm hậu môn, xác định lại chẩn đoán.
- Tiêm thấm dung dịch Xylocain pha Adrenalin để dễ phẫu tích bóc tách.
- Rạch niêm mạc ngay trên cục máu đông.
- Phẫu tích niêm mạc lấy cục máu đông.
- Có thể để mở hay khâu niêm mạc bằng chỉ tiêu nhanh loại 4.0.

VI. THEO DÕI

- Thường diễn biến đơn giản. Đề phòng choáng do dị ứng thuốc. Cần nằm lại theo dõi 1 - 2 giờ.

- Cho kháng sinh, thuốc giảm đau, nhuận tràng.

- Theo dõi chảy máu hoặc nhiễm khuẩn.

VII. XỬ TRÍ TAI BIẾN

- Choáng do dị ứng thuốc. Cần nằm lại theo dõi 1 - 2 giờ.

- Chảy máu chỗ bóc tách: băng ép./.

PHẪU THUẬT CẮT TRĨ BẰNG PHƯƠNG PHÁP

MILLIGAN - MORGAN

I. ĐẠI CƯƠNG

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

II. CHỈ ĐỊNH

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

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

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

IV. CHUẨN BỊ

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

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Tư thế

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

2. Vô cảm

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

3. Kỹ thuật

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

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

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

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

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

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

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

VI. THEO DÕI

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

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

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

VII. XỬ TRÍ BIẾN CHỨNG

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

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

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

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

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

PHẪU THUẬT TRĨ BẰNG PHƯƠNG PHÁP FERGUSON

I. ĐẠI CƯƠNG

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

II. CHỈ ĐỊNH

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

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

II. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

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

III. CHUẨN BỊ

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

IV. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Tư thế

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

2. Vô cảm

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

3. Kỹ thuật

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

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

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

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

3.5. Kiểm tra lại vết mổ: cầm máu, hậu môn không hẹp (đút lộn dễ dàng

ngón trở). Có thể đặt một miếng băng có tác dụng cầm máu như loại surgicel hay spongel ép nhẹ lên vết mổ. Băng mỡ với betadine.

V. THEO DÕI

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

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

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

VI. XỬ TRÍ BIẾN CHỨNG

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

- Đau: dùng thuốc giảm đau loại paracetamol.

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

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

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

PHẪU THUẬT ÁP XE CẠNH HẬU MÔN

I. ĐẠI CƯƠNG

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

II. CHỈ ĐỊNH

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

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Chống chỉ định chung của can thiệp Ngoại khoa

IV. CHUẨN BỊ

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

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

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Tư thế

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

2. Vô cảm

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

3. Kỹ thuật

Nguyên tắc kỹ thuật:

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

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

Cụ thể:

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

phép mở cơ không ảnh hưởng tới chức năng tự chủ hậu môn. Lấy mũ cây vi khuẩn và làm kháng sinh đồ.

- Một số tình huống cụ thể:

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

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

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

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

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

VI. THEO DÕI

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

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

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

VII. XỬ TRÍ TAI BIẾN

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

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

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

PHẪU THUẬT RÒ HẬU MÔN

I. ĐẠI CƯƠNG

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

II. CHỈ ĐỊNH

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

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Chống chỉ định chung của can thiệp ngoại khoa.

IV. CHUẨN BỊ

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

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

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Tư thế

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

2. Vô cảm

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

3. 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.

- Tìm thấy và giải quyết được lỗ trong (lỗ nguyên phát).

Cụ thể:

3.1. Đánh giá thương tổn:

- Nong hậu môn.

- Thăm trực tràng đánh giá sơ bộ khối áp xe, đường rò, tương quan giữa đường rò và cơ thắt hậu môn.

- Bơm hơi hoặc oxy già từ lỗ ngoài, quan sát đường lược, tìm khí đi vào lỗ trong, có thể bơm xanh methylen.

- Nếu xác định được lỗ trong, phẫu tích lấy đường rò từ lỗ ngoài.

- Cầm máu, để ngỏ đường mở rò.

- Băng vết mổ mỡ với dung dịch betadine.

- Lấy mũ cấy vi khuẩn và làm kháng sinh đồ.

- Gửi bệnh phẩm xét nghiệm giải phẫu bệnh.

3.2. Một số loại rò phức tạp:

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

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

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

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

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

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

VI. THEO DÕI

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

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

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

VII. XỬ TRÍ TAI BIÊN

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

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

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

PHẪU THUẬT RÒ HẬU MÔN HÌNH MÓNG NGỰA

I. ĐẠI CƯƠNG

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

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

II. CHỈ ĐỊNH

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

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Không có chống chỉ định

IV. CHUẨN BỊ

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

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Tư thế:

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

2. Vô cảm:

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

3. Kỹ thuật:

Nguyên tắc kỹ thuật:

Xem bài phẫu thuật rò hậu môn.

Cụ thể:

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

a/ Thì 1:

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

b/ Thì 2:

- Rạch da nối giữa 2 lỗ ngoài.

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

c/ Thì 3:

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

Hiện nay, với phương tiện siêu âm đầu dò trực tràng cho thấy rõ hình thái, mức độ phức tạp của thương tổn, đường rò cao hay thấp, mà kỹ thuật có thể thay đổi: đối với thể áp xe móng ngựa có thể chỉ phẫu thuật một thì, giải quyết lỗ trong ngay. Để đường mở ra da không quá rộng, có thể làm như sau: mở ngo áp xe, nạo sạch tổ chức hoại tử, đặt 2 dẫn lưu nhỏ hai bên để bơm rửa sạch ổ áp xe sau mổ.

VI. THEO DÕI

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

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

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

VII. XỬ TRÍ TAI BIẾN

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

ĐIỀU TRỊ NÚT KẼ HẬU MÔN

I. ĐẠI CƯƠNG

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

II. CHỈ ĐỊNH

1. Nứt kẽ hậu môn mới (cấp tính):

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

Thuốc bôi tại chỗ như nitroglycerin hoặc thuốc tiêm Roltox (Botulin A) Phong bế ổ loét bằng xylocain, lidocain,...kết hợp nong hậu môn.

2. Nứt kẽ hậu môn mãn:

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

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

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Tổn thương ác tính

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

IV. CHUẨN BỊ

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

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

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

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Tư thế người bệnh

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

2. Vô cảm

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

3. Các kỹ thuật

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

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

- Cắt mở cơ tròn trong phía bên:

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

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

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

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

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

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

VI. THEO DÕI

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

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

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

VII. XỬ TRÍ BIẾN CHỨNG

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

- Đau: dùng thuốc giảm đau loại paracetamol.

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

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

II. CHỈ ĐỊNH

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

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

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

1. Thương tổn cơ tròn quá rộng, trên một nửa chu vi hậu môn

2. Vết thương chưa lành hẳn (< 4 tháng)

3. Mất tự chủ hậu môn do nguyên nhân thần kinh. Người bệnh già yếu, cơ thắt nhão, kém trương lực.

4. Nhiễm trùng vùng hậu môn, tầng sinh môn.

IV. CHUẨN BỊ

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

Lưu ý: cần chuẩn bị đại tràng sạch.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. **Tư thế:** phụ khoa

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

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

3.1. Đường rạch vòng theo nếp hậu môn hay ở mép hậu môn hoặc đường rạch hình nan hoa.

3.2. Lấy sẹo ở da và niêm mạc.

3.3. Phẫu tích các khối cơ tròn khỏi tổ chức xơ dính.

3.4. Khâu cơ tròn hậu môn: nối trực tiếp bằng các mũi chữ U, chỉ chậm tiêu như Vicryl 2.0 hay số 0. Kiểm tra ống hậu môn không hẹp.

3.5. Khâu niêm mạc hậu môn. Khâu từ trong ra ngoài, thường dùng chỉ chậm tiêu như vicryl 4.0. Có thể khâu vắt hoặc khâu mũi rời.

3.6. Khâu lớp dưới da và da.

VI. THEO DÕI

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

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

- Săn sóc tại chỗ: giữ sạch vết mổ (sau đại tiện rửa sạch hậu môn, tắm

khô). Không ngâm rửa hậu môn tránh bực 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 bực chỉ, sẽ mổ lại sau khi vết thương đã ổn định. Ít nhất trên 4 - 6 tháng./.

KHÂU NỐI CƠ THẮT HẬU MÔN BẰNG PHƯƠNG PHÁP MUSSET

I. ĐẠI CƯƠNG

Xem bài khâu nối cơ thắt hậu môn

II. CHỈ ĐỊNH

Xem bài khâu nối cơ thắt hậu môn

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Xem bài khâu nối cơ thắt hậu môn

IV. CHUẨN BỊ

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

Lưu ý: cần chuẩn bị đại tràng sạch.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Tư thế: phụ khoa

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

3. Kỹ thuật:

3.1. Thì 1: Đánh giá thương tổn: mức độ thương tổn cơ thắt, vách âm đạo - trực tràng, sẹo xơ, tìm 2 đầu cơ thắt (dựa trên nếp nhăn hậu môn).

3.2. Thì 2: Đặt 2 kẹp răng chuột vào chân 2 môi lớn trình bày trường mổ. Tiêm hoặc thấm dung dịch xylocaine vách âm đạo - trực tràng.

3.3. Thì 3: Rạch da ngang giữa vách âm đạo và trực tràng (khoảng 4 cm)

3.4. Thì 4: Bóc tách vách trực tràng âm đạo, phẫu tích bộc lộ 2 đầu cơ thắt ngoài, bó mu - trực tràng.

3.5. Thì 5: Khâu niêm mạc trực tràng sau khi đã cắt xén tổ chức viêm xơ (khâu mũi rời hoặc khâu vết chỉ Vicryl 5.0).

3.6. Thì 6:

Khâu khép bó mu - trực tràng. Thường khâu 2 mũi rời, chỉ Vicryl số 0. Khâu nối cơ thắt ngoài mũi chữ U, chỉ Vicryl số 2.0.

3.7. Thì 7: Khâu niêm mạc âm đạo, mũi rời, chỉ Vicryl số 4.0.

3.8. Thì 8: Khâu lớp dưới da và da, mũi rời, chỉ vicryl 4.0.

VI. THEO DÕI

(xem bài nguyên tắc chung phẫu thuật vùng hậu môn - trực tràng và khâu nối cơ thắt hậu môn)

VII. XỬ TRÍ BIẾN CHỨNG

(xem bài nguyên tắc chung phẫu thuật vùng hậu môn - trực tràng và khâu nối cơ thắt hậu môn)

CẮT ĐẠI TRÀNG PHẢI

I. ĐẠI CƯƠNG

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

II. CHỈ ĐỊNH

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

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

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

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

2. **Người bệnh** già yếu có các bệnh nặng phối hợp.

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

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

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

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

3. Người bệnh

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

- Các xét nghiệm cơ bản chẩn đoán.

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

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

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

- Chuẩn bị đại tràng theo quy định.

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

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

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

2 **Vô cảm:** gây mê nội khí quản

3. Kỹ thuật

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

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

3.3. Cắt đại tràng:

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

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

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

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

3.4. Lập lại lưu thông đường tiêu hóa:

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

3.5. Dẫn lưu dưới gan - rãnh đại tràng phải.

3.6. Đóng bụng: 2 hoặc 3 lớp.

VI. THEO DÕI

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

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

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

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

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

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

1. Trong phẫu thuật

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

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

2. Sau phẫu thuật

(Xem bài cắt toàn bộ đại tràng)

CẮT ĐOẠN ĐẠI TRÀNG NGANG

I. ĐẠI CƯƠNG

Cắt đoạn đại tràng ngang là phẫu thuật cắt đoạn đại tràng ngang từ góc gan tới góc lách cùng đoạn mạc treo tương ứng. Lập lại lưu thông đường tiêu hóa bằng nối hai đầu đại tràng. Miệng nối có thể được làm ngay hoặc lần phẫu thuật sau.

II. CHỈ ĐỊNH

1. Thường áp dụng nhất cho các trường hợp u đại tràng ngang.

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

3. K da dày xâm lấn đại tràng ngang hoặc mạc treo đại tràng ngang

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 nặng phối hợp.

3. Ung thư đã 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

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

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 máy.

3. Người bệnh

(xem bài nguyên tắc chung phẫu thuật vùng hậu môn - trực tràng và bài cắt toàn bộ đại tràng)

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

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

2. **Vô cảm:** gây mê nội khí quản

3. Kỹ thuật

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

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

3.3. Cắt đại tràng:

- Giải phóng đại tràng ngang.

- Cắt mạc treo đại tràng, lấy hết các hạch, các hạch này cần được ghi chú riêng từng vị trí để thử giải phẫu bệnh.

3.4. Lập lại lưu thông đường tiêu hóa có thể:

+ Được thực hiện ngay bằng miệng nối đại tràng - đại tràng với chỉ không tiêu hoặc tiêu chậm 3/0 - 4/0.

3.5. Dẫn lưu dưới gan phải.

3.6. Đóng bụng: 2 hoặc 3 lớp.

VI. THEO DÕI

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

- Như mọi trường hợp phẫu thuật đường tiêu hóa nói chung.
- Sau phẫu thuật phối hợp 2 loại kháng sinh từ 5 đến 7 ngày.
- Bồi phụ đủ nước - điện giải, năng lượng hàng ngày, protein máu.
- Khi có trung tiện bắt đầu cho ăn cháo sữa.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

1. Trong phẫu thuật

(Xem bài cắt toàn bộ đại tràng)

2. Sau phẫu thuật

(Xem bài cắt toàn bộ đại tràng)

CẮT ĐẠI TRÀNG TRÁI

I. ĐẠI CƯƠNG

Cắt đại tràng trái là phẫu thuật cắt bỏ nửa đại tràng ngang bên trái, đại tràng xuống và đại tràng xích ma cùng mạc treo tương ứng. Lập lại lưu thông đường tiêu hóa bằng nối đại tràng ngang với trực tràng. Miệng nối có thể được làm ngay hoặc lần phẫu thuật sau.

II. CHỈ ĐỊNH

1. Thường áp dụng nhất cho các trường hợp u bên trái đại tràng ngang, u đại tràng góc lách, đại tràng xuống.
2. Một số trường hợp khác: polyp ung thư hóa, xoắn đại tràng, lồng ruột

hoại tử, khối u ở sau phúc mạc hay mạc treo đại tràng, vết thương hoặc chấn thương đại tràng không có khả năng bảo tồn

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

1. Thể trạng người bệnh quá yếu, cần hồi sức tích cực trước phẫu thuật.
2. **Người bệnh** già yếu có các bệnh nặng phối hợp.
3. Ung thư đã di căn xa, vào các tạng lân cận, đặc biệt là phúc mạc không có khả năng cắt bỏ.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

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

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

3. Người bệnh

(xem bài nguyên tắc chung phẫu thuật vùng hậu môn - trực tràng và bài cắt toàn bộ đại tràng)

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

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

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

2. Vô cảm: gây mê nội khí quản

3. Kỹ thuật

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

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

3.3. Cắt đại tràng:

- Giải phóng đại tràng ngang, đại tràng góc lách, đại tràng xuống và đại tràng xích ma.

- Cắt mạc treo đại tràng, lấy hết các hạch, các hạch này cần được ghi chú riêng từng vị trí để thử giải phẫu bệnh.

3.4. Lập lại lưu thông đường tiêu hóa có thể:

+ Được thực hiện ngay bằng miệng nối đại tràng - trực tràng với chỉ không tiêu hoặc tiêu chậm 4/0.

3.5. Dẫn lưu rãnh đại tràng trái, Douglas.

3.6. Đóng bụng: 2 hoặc 3 lớp.

VI. THEO DÕI

(xem bài nguyên tắc chung phẫu thuật vùng hậu môn - trực tràng và bài cắt toàn bộ đại tràng).

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

1. Trong phẫu thuật

(Xem bài cắt đại tràng phải)

2. Sau phẫu thuật

(Xem bài cắt đại tràng phải)

CẮT ĐOẠN ĐẠI TRÀNG XÍCH MA

I. ĐẠI CƯƠNG

Cắt đoạn đại tràng xích ma là phẫu thuật cắt bỏ đoạn đại tràng được giới hạn đầu trên là đoạn nối với đại tràng xuống, đầu dưới là trực tràng cùng mạc treo tương ứng. Lập lại lưu thông đường tiêu hóa bằng nối đại tràng xuống với trực tràng.

II. CHỈ ĐỊNH

1. Thường áp dụng nhất cho các trường hợp u đại tràng xích ma.
2. Một số trường hợp khác: polyp ung thư hóa, xoắn đại tràng, lồng ruột hoại tử, khối u ở sau phúc mạc hay mạc treo đại tràng, vết thương hoặc chấn thương đại tràng không có khả năng bảo tồn...

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

1. Thể trạng người bệnh quá yếu, cần hồi sức tích cực trước phẫu thuật.
2. Người bệnh già yếu có các bệnh nặng phối hợp.
3. Ung thư đã di căn xa, vào các tạng lân cận, đặc biệt là phúc mạc không có khả năng cắt bỏ.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

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

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

3. Người bệnh

(xem bài nguyên tắc chung phẫu thuật vùng hậu môn - trực tràng và bài cắt toàn bộ đại tràng)

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

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

2. Vô cảm: gây mê nội khí quản

3. Kỹ thuật:

3.1. Rửa da: đường trắng giữa hay đường bờ ngoài cơ thẳng to bên trái.

3.2. Thăm dò đánh giá thương tổn và toàn bộ ổ bụng.

3.3. Cắt đại tràng:

- Giải phóng đại tràng xích ma khỏi thành bụng và phúc mạc thành sau.

- Cắt mạc treo đại tràng, lấy hết các hạch, các hạch này cần được ghi chú riêng từng vị trí để thử giải phẫu bệnh.

3.4. Lập lại lưu thông đường tiêu hóa có thể:

+ Được thực hiện ngay bằng miệng nối đại tràng - trực tràng với chỉ không tiêu hoặc tiêu chậm 3/0 - 4/0.

3.5. Dẫn lưu rãnh đại tràng trái, Douglas.

3.6. Đóng bụng: 2 hoặc 3 lớp.

VI. THEO DÕI

(xem bài nguyên tắc chung phẫu thuật vùng hậu môn - trực tràng và bài cắt toàn bộ đại tràng).

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

(xem bài nguyên tắc chung phẫu thuật vùng hậu môn - trực tràng và bài cắt toàn bộ đại tràng).

CẮT RUỘT THỪA MỎ MỞ LAU RỬA Ổ BỤNG, ĐIỀU TRỊ VIÊM PHỨC MẠC RUỘT THỪA

I. ĐẠI CƯƠNG

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

II. CHỈ ĐỊNH

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

III. CHUẨN BỊ

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

IV. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

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

Rạch da: theo đường mổ ruột thừa bình thường (đường Mc Burney) nếu là ruột thừa viêm không có kèm theo yếu tố bất thường khác, hoặc theo đường trắng bên phải, hoặc đường trắng giữa kéo dài tùy theo yêu cầu phẫu thuật.

Gỡ dính hoặc lần theo các quai ruột hồi tràng đến gốc ruột thừa tại đáy manh tràng, nhất thiết phải tìm thấy và xác định gốc ruột thừa. Nếu có ổ áp xe trong ổ bụng do ruột thừa thì phải loại bỏ bằng cách hút rửa làm sạch và gỡ hết tổ chức viêm, nếu ổ áp xe dính chặt quá có thể không gỡ nhưng phải dẫn lưu. Cố gắng làm sạch tối đa vùng hố chậu phải, tiểu khung, và ổ bụng bằng cách rửa nước muối đẳng trương, lau hút sạch và dẫn lưu đưa ra thành bụng bên phải.

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

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

V. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

1. Theo dõi

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

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

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

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

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

2. Chăm sóc sau mổ

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

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

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

KHÂU LỖ THÙNG DẠ DÀY HÀNH TÁ TRÀNG

I. ĐẠI CƯƠNG

Khâu lỗ thùng dạ dày hành tá tràng là kỹ thuật thường gặp được thực hiện trong cấp cứu mục đích làm kín và liền lỗ thùng đồng thời lau rửa sạch ổ bụng. Khâu lỗ thùng có thể thực hiện đơn thuần hoặc kèm theo các kỹ thuật phối hợp: tạo hình môn vị, cắt thần kinh X, nối vị tràng...Khâu lỗ thùng có thể thực hiện bằng mở bụng thông thường hoặc qua nội soi ổ bụng.

II. CHỈ ĐỊNH

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

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

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

IV. CHUẨN BỊ

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

2. Phương tiện: bộ đại phẫu tiêu hóa

3. Người bệnh

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

- Chụp bụng không chuẩn bị đứng

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Tư thế: nằm ngửa,

2. Vô cảm: gây mê nội khí quản

3. Kỹ thuật:

- Rửa da: đường trắng giữa trên dưới rốn

- Thăm dò, đánh giá:

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

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

+ Kích thước lỗ thủng: to hay nhỏ

+ Tính chất lỗ thủng: bờ mềm mại hay xơ chai, mủ nát.

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

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

Lỗ thủng nhỏ (khoảng 1 cm), khâu lỗ thủng một lớp toàn thể mũi rời bằng chỉ tự tiêu chậm 3/0 hoặc 4/0. Lấy kim khâu cách 0,5 cm ở một bên mép lỗ thủng hướng về phía lỗ thủng từ thanh cơ hết niêm mạc, lấy kim ra sau đó mới khâu tiếp từ trong lỗ thủng từ niêm mạc ra thanh cơ ở mép lỗ thủng bên kia cách mép cũng khoảng 0,5 cm. Các mũi khâu cách nhau khoảng 0,3 - 0,5 cm, chú ý khâu hết 2 góc lỗ thủng. Thực hiện hết các mũi khâu rời mới buộc từng nút. Lỗ thủng rộng có thể khâu vắt (tương tự khâu mũi rời), không nhất thiết phải khâu 2 lớp. Sau khi khâu, lỗ thủng phải kín, hết các lớp, không gây hẹp đường xuống tá tràng. Kiểm tra có hẹp hay không bằng cách đặt 2 ngón tay ở trên và dưới đường khâu, khi 2 đầu ngón tay chạm nhau dễ (cách 2 lớp thành ruột) là được. Lưu ống thông dạ dày ở vị trí chảy tốt nhất, cố định ở mũi người bệnh bằng băng dính hoặc dây buộc.

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

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

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

1. Theo dõi

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

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

- Cho thuốc giảm tiết axit (kháng H1, ức chế bơm proton) ngay từ khi sau mổ

- Kháng sinh, giảm đau, an thần...

2. Tai biến và xử trí

- Chảy máu sau mổ

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

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

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

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

- Hẹp đường xuống tá tràng: thường gặp khi khâu ổ loét hành tá tràng xơ chai. Sau mổ người bệnh chậm có lưu thông tiêu hóa trở lại, thông dạ dày ra

nhieu dịch ứ đọng, có thể gặp bệnh cảnh bực chỗ khâu do dạ dày căng. Cần mổ lại tạo hình môn vị, nối vị tràng hoặc cắt đoạn dạ dày./.

NỐI VỊ TRÀNG

I. ĐẠI CƯƠNG

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

II. CHỈ ĐỊNH

1. Đường xuống tá tràng bị tắc nghẽn do u ở hang vị, tá tràng, bóng Vater, tụy nhũn...
2. Đường xuống tá tràng lưu thông kém do cắt thần kinh X toàn bộ, tạo hình môn vị.
3. Chủ động không cho thức ăn qua tá tràng, thường kèm theo đóng môn vị: vỡ tá tràng, túi thừa tá tràng lớn không cắt bỏ được

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

1. Tình trạng toàn thân quá nặng, nhiều bệnh phối hợp, albumin máu

thấp... Cần điều chỉnh nước điện giải, máu, albumin... để mổ.

2. U xâm lấn hết dạ dày.

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

IV. CHUẨN BỊ

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

2. Phương tiện: bộ đại phẫu tiêu hóa

3. Người bệnh

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

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

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

- Rửa dạ dày trước mổ

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Tư thế: nằm ngửa,

2. Vô cảm: gây mê nội khí quản

3. Kỹ thuật:

- Rạch da: đường trắng giữa trên dưới rốn

- Thăm dò, đánh giá:

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

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

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

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

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

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

+ Chuẩn bị quai hỗng tràng: nên chọn quai hỗng tràng đầu tiên cách góc

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

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

- Các thay đổi kỹ thuật

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

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

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

- Dẫn lưu: nếu ổ bụng bẩn.

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

1 Theo dõi

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

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

2 Tai biến và xử trí

- Chảy máu sau mổ

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

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

- Xi bục đường khâu: Do tổ chức dạ dày mủn nát, chỉ buộc lỏng quá hoặc chặt quá (xé tổ chức), khâu thưa quá hoặc mỏng quá. Người bệnh có dấu hiệu viêm phúc mạc (sốt, bụng trướng, đau...), dẫn lưu ra dịch tiêu hóa, thông dạ dày

ra dịch nâu bẩn. Cần mổ lại sớm, làm lại miệng nối, cắt dạ dày hoặc dẫn lưu chổ xì. Nên mở thông hồng tràng để nuôi dưỡng đường ruột.

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

TẠO HÌNH MÔN VỊ

I. ĐẠI CƯƠNG

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

II. CHỈ ĐỊNH

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

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

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

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

2. Tổn thương gây hẹp có tính chất ác tính
3. Tình trạng ổ bụng quá bản (thủng ổ loét hành tá tràng)

IV. CHUẨN BỊ

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

2. Phương tiện: bộ đại phẫu tiêu hóa

3. Người bệnh

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

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

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

- Rửa dạ dày trước mổ

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Tư thế: nằm ngửa,

2. Vô cảm: gây mê nội khí quản

3. Kỹ thuật:

- Rạch da: đường thẳng giữa trên dưới rốn

- Thăm dò, đánh giá:

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

- Kỹ thuật tạo hình môn vị kiểu Heineke - Mikulicz

+ Giải phóng khối tá tràng đầu tụy

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

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

- Kỹ thuật tạo hình môn vị kiểu Finney

+ Giải phóng khối tá tràng đầu tụy rộng rãi.

+ Khâu đánh dấu 3 mũi (mũi đầu ở bờ trên môn vị, mũi 2 cách mũi đầu 10 cm về phía tá tràng, mũi 3 cách mũi đầu 10 cm về phía bờ cong lớn dạ dày). Căng 3 mũi chỉ, mở một đường từ hang vị (cách môn vị 4 - 5 cm) qua môn vị

xuông D2. Cầm máu tốt đường mở.

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

- Kỹ thuật tạo hình môn vị kiểu Jaboulay

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

+ Giải phóng khối tá tràng đầu tụy rộng rãi.

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

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

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

- Dẫn lưu: nếu ổ bụng bẩn.

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

1 Theo dõi

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

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

2 Tai biến và xử trí

- Chảy máu sau mổ

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

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

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

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

MỞ THÔNG DẠ DÀY

I. ĐẠI CƯƠNG

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

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

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

II. CHỈ ĐỊNH

1. Mở thông dạ dày để nuôi dưỡng người bệnh

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

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

thương.

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

- Mở thông dạ dày vĩnh viễn:

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

+ Trường hợp ung thư vùng họng hầu

2. Mở thông dạ dày để giảm áp

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

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

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

IV. CHUẨN BỊ MỔ

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

- Phương tiện mổ: bộ đồ mổ trung phẫu thuật

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

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

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

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

2. Phương pháp vô cảm

- Gây mê toàn thân là phương pháp được ưu tiên lựa chọn người giúp Người thực hiện có thể mở bụng, thăm dò và thực hiện kỹ thuật được thuận lợi. Chống chỉ định gây mê toàn thân khi có dò khí phế quản với thực quản, ung thư vùng họng hầu không thể đặt nội khí quản được, suy hô hấp nặng...

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

3. Đường mổ

Đường trắng giữa trên rốn, cách mũi ức 2 cm, chiều dài đường mổ phụ thuộc vào mức độ dày của thành bụng. Không nên sử dụng đường mổ trắng bên

hoặc dưới sườn vì vết mổ sẽ gần với lỗ dưới ra của ống thông dạ dày dẫn đến nguy cơ nhiễm trùng thành bụng cao.

4. Thăm dò

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

5. Kỹ thuật

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

5.1. Mở thông dạ dày kiểu Witzel

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

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

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

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

- Hút sạch dịch trong dạ dày

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

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

- Khâu tạo 1 đường hầm dài 8 - 10 cm để vùi ống thông vào thành dạ dày. Vị trí đi ra của ống thông tương ứng với vị trí đưa ống ra ngoài ổ bụng.

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

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

- Khâu cố định ống thông vào da

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

5.2. Kỹ thuật mở thông dạ dày kiểu Fontan

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

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

- Rạch thanh mạc cơ ở giữa đường khâu túi

- Cầm máu lớp dưới niêm mạc sau đó mở 1 lỗ nhỏ qua niêm mạc bằng dao điện hoặc bằng panh, lỗ mở niêm mạc có kích thước tương ứng với ống thông
- Luồn ống thông vào trong lòng dạ dày
- Khâu vòng 2 túi vùi quanh ống thông
- Đưa ống thông ra ngoài ổ bụng qua 1 đường rạch ở thành bụng tương ứng với vị trí ống thông trên dạ dày
- Khâu cố định thanh mạc cơ dạ dày quanh ống thông với phúc mạc thành bụng.

VII. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

1. Theo dõi sau mổ

- Trong 48 giờ đầu sau mổ ống thông được nối với chai dẫn lưu để dịch dạ dày tự chảy ra nhằm làm giảm áp lực trong dạ dày bảo vệ cho vết mổ ở dạ dày.
- Từ ngày thứ 2 sau mổ bắt đầu truyền thức ăn qua ống thông để nuôi dưỡng người bệnh lúc đầu là dung dịch đường Glucose sau đó là sữa và cháo, súp đã được xay nhỏ, khối lượng thức ăn tăng dần theo nhu cầu và tùy theo sự đáp ứng của người bệnh.
- Cho kháng sinh dự phòng trước khi tiến mê và 24 giờ đầu sau mổ.

2. Tai biến và xử trí tai biến

- Chảy máu sau mổ: thường xảy ra khi cầm máu không tốt chỗ mổ niêm mạc dạ dày các triệu chứng là sonde dạ dày ra máu đỏ hoặc nôn máu, ỉa phân đen. Nếu chảy ít có thể điều trị bằng rửa dạ dày bằng nước lạnh và thuốc giảm tiết axit dạ dày, nếu chảy máu nhiều phải mổ lại để cầm máu.
- Nhiễm trùng vết mổ: thay băng làm sạch và dùng kháng sinh điều trị.
- Dò dịch dạ dày qua chân ống thông: tạm thời ngừng cho ăn qua ống thông và mổ cho dịch dạ dày chảy qua ống xuống chai dẫn lưu đồng thời làm sạch tại chỗ tránh loét da.
- Nếu dò nhiều: rút bỏ ống thông hoặc thay bằng ống to hơn.

MỔ DẪN LƯU VIÊM TẮY SÀN MIỆNG LAN TỎA

I. ĐẠI CƯƠNG

Viêm tấy sàn miệng lan tỏa là một nhiễm trùng nặng, thường do biến chứng của các ổ nhiễm trùng răng miệng không được điều trị hiệu quả, tiến triển thành áp xe và có thể lan rộng xuống cổ, ngực và cả trung thất. Nguy cơ tử vong cao do nhiễm trùng nhiễm độc... Xử trí viêm tấy sàn miệng lan tỏa cần phải làm sớm trong cấp cứu để dẫn lưu mủ, tránh các nguy cơ mủ lan rộng và vỡ vào các tạng lân cận.

II. CHỈ ĐỊNH

Viêm tấy sàn miệng lan tỏa.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Viêm tấy ổ răng, miệng chưa hóa mủ.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

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

2. Phương tiện

Bộ phẫu thuật tiêu hóa thường

Bộ dụng cụ phẫu thuật mạch máu. Bộ mở ngực thông thường.

Dao mổ điện

3. Người bệnh

- Các xét nghiệm cơ bản

- Nhất thiết phải: chụp cắt lớp vi tính lấy toàn bộ vùng cổ ngực

- Kháng sinh mạnh, phổ rộng, dùng sớm đường tĩnh mạch. Nên dùng Méttronidazol hoặc Dalacin phối hợp với Cephalosporine thế hệ thứ 3.

- Hồi sức trước phẫu thuật khi có tình trạng nhiễm trùng nhiễm độc, suy đa tạng.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Tư thế

Người bệnh nằm ngửa, kê gối cao ở gáy để ưỡn cổ. Nghiêng sang bên đối diện với bên dự kiến rạch da trường hợp áp xe một bên.

Đặt ống thông dạ dày

Đặt dẫn lưu bàng quang

2. Vô cảm

Gây mê nội khí quản

3. Kỹ thuật

3.1. Rạch da: Theo vị trí tổ chức viêm tấy hoại tử ở vùng cổ. Cần mở rộng lên góc hàm hoặc kéo xuống dưới nền cổ theo vị trí lan tỏa của áp xe, nguyên tắc phải rạch da rộng đến tổ chức lành. Nơi rạch da là chỗ sờ mềm đỏ, ấn lũng bồng, hoặc thậm chí có hơi lép lép

3.2. Thăm dò đánh giá thương tổn tìm nguyên nhân, lưu ý góc hàm tìm tổn thương áp xe quanh răng, áp xe amydale...

Hết sức thận trọng khi thăm dò áp xe cạnh bó mạch cảnh.

Lấy mũ làm xét nghiệm vi khuẩn. Nên soi tươi và nuôi cấy vi khuẩn kỵ khí nên bệnh phẩm cần được gửi đến ngay khoa vi sinh khi lấy mũ.

Nếu áp xe lan xuống phía dưới nền cổ, cần phá rộng xuống dưới để dẫn lưu mũ.

Nếu có áp xe trung thất, dẫn lưu như áp xe trung thất (xem bài dẫn lưu áp xe trung thất)

Bơm rửa nhiều lần huyết thanh mặn, Betadine...

Đặt dẫn lưu tối thiểu 2 cái để rửa liên tục về sau, tốt nhất là dẫn lưu

Silicone

Da hở hoàn toàn

3.3. Mở thông dạ dày bắt buộc nếu áp xe sàn miệng lan tỏa rộng, người bệnh suy kiệt cần nuôi dưỡng.

Kỹ thuật mở thông dạ dày (xem thêm phần mở thông dạ dày). Lưu ý nên thực hiện mở thông dạ dày phương pháp Fontan cải tiến, thực hiện nhanh, đơn giản và sau này việc rút bỏ ống thông cũng thuận lợi.

Nếu có điều kiện: Người thực hiện, phương tiện có thể tiến hành mở thông dạ dày qua nội soi.

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

1. Theo dõi

1.1. Như mọi trường hợp phẫu thuật nói chung, đặc biệt lưu ý dẫn lưu, nếu thấy chảy máu tươi cần báo Người thực hiện ngay. Mạch huyết áp, nhiệt độ 1 giờ/1 lần trong 6 giờ đầu, các ngày sau 2 lần /ngày

1.2. Sau phẫu thuật phối hợp tối thiểu 2 loại kháng sinh như phần trên. Tuy nhiên kháng sinh có thể chỉnh sau khi có kết quả kháng sinh đồ. Kháng sinh dùng kéo dài 7 đến 10 ngày hoặc hơn tùy theo diễn biến của người bệnh và tình trạng tại chỗ.

1.3. Cho người bệnh ăn sớm qua thông mở thông dạ dày sau từ 6 giờ sau phẫu thuật.

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

1.5. Vệ sinh vùng răng miệng hàng ngày cho người bệnh.

1.6. Vết thương để hở nên phải chăm sóc thay băng những ngày đầu tối thiểu 2 lần. Dùng gạc có độ thấm cao như Urgo.

1.7. Các dẫn lưu được rút theo chỉ định của bác sĩ điều trị: tình trạng người bệnh tiến triển tốt, dẫn lưu không ra, kiểm tra siêu âm hoặc chụp cắt lớp không còn thấy ổ áp xe.

2. Tai biến và xử trí

2.1. Trong phẫu thuật

Tổn thương mạch máu, hay gặp nhất là mạch cảnh. Ngoài ra có thể gặp tổn thương mạch giáp dưới, mạch dưới đòn, hoặc quai động mạch chủ. Khi đó cần chèn tay giữ mạch máu không cho chảy và mời ngay chuyên khoa mạch máu hỗ trợ. Người thực hiện mạch máu sẽ căn cứ thương tổn để có thái độ xử trí.

Hồi sức tích cực, truyền máu nếu cần.

2.2. Sau phẫu thuật

Chảy máu do hoại tử mạch do quá trình áp xe lan tỏa. Xử trí khâu mạch, ghép thất mạch chỉ định rất hạn chế.

Áp xe vỡ vào màng tim, phổi: dẫn lưu mũ màng phổi, màng tim. Nếu nhỏ có thể dẫn lưu dưới hướng dẫn siêu âm

Áp xe phổi do mũ vỡ vào phổi: Điều trị nội khoa, kháng sinh, dẫn lưu tư thế và vật lý trị liệu. Nếu không tiến triển sẽ xem xét để tiến hành cắt phổi

Ồ cặn màng phổi: Khi người bệnh ổn định sẽ mổ bóc màng phổi nội soi hoặc mổ mở./.

XỬ TRÍ VIÊM TẮY LAN TỎA TẦNG SINH MÔN

I. ĐẠI CƯƠNG

Viêm tấy lan tỏa tầng sinh môn hay còn gọi bệnh Fournier là một cấp cứu ngoại khoa. Nguyên nhân do nhiễm trùng nặng tầng sinh môn có nguồn gốc từ các bệnh lý vùng hậu môn (trĩ, rò, áp xe cạnh hậu môn...) hoặc đường tiết niệu (viêm tấy nước tiểu, rò nước tiểu...) trên cơ địa người bệnh mắc tiểu đường, nghiện rượu, suy giảm miễn dịch... bị bội nhiễm và phát triển thành. Đặc điểm của bệnh là viêm tấy lan tỏa nhanh, rộng nhưng nông chỉ đến hết phần da và tổ chức dưới da. Việc xử trí ngoại khoa viêm tấy lan tỏa tầng sinh môn cần phải làm sớm trong cấp cứu mục đích dẫn lưu mũ, cắt lọc tổ chức hoại tử tránh để lan rộng mới có cơ hội cứu được người bệnh.

II. CHỈ ĐỊNH

Viêm tấy mũ lan tỏa rộng tầng sinh môn.

III. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

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

2. Phương tiện

Bộ dụng cụ phẫu thuật tiêu hóa
Bàn mổ có bộ giàng chân tư thế sản khoa
Dao mổ điện

3. Người bệnh

- Các xét nghiệm cơ bản, yếu tố đông máu
- Chụp x quang phổi, điện tâm đồ
- Kháng sinh mạnh, phổ rộng, dùng sớm đường tĩnh mạch. Nên dùng Méttronidazol phối hợp với Cephalosporine thế hệ thứ 3.

IV. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Tư thế

Người bệnh nằm ngửa dạng chân tư thế sản khoa, kê mông cao
Đặt dẫn lưu bàng quang

2. Vô cảm

Gây mê nội khí quản hoặc gây tê tủy sống

3. Kỹ thuật

3.1. Dẫn lưu cắt lọc tổ chức hoại tử

Phải rạch da rộng cho đến tận tổ chức lành bất kể hoại tử lan đến đâu Cắt lọc tổ chức hoại tử đến tổ có tưới máu, thường đến lớp cân cơ là đủ. Lấy mủ làm xét nghiệm vi khuẩn và kháng sinh đồ.

Dùng tay phá rộng lên phía trên ở hố ngồi trực tràng 2 bên nếu ổ mủ lan đến đó. Thăm dò kiểm tra nguồn gốc: rò cạnh hậu môn, rò nước tiểu...

Bơm rửa nhiều lần huyết thanh mặn, Betadine...

Đặt dẫn lưu tại hố ngồi trực tràng, tốt nhất là dẫn lưu Silicone

Da hở hoàn toàn.

3.2. Kết hợp xử trí

Trường hợp viêm tấy lan tỏa, tổn thương lan rộng, người bệnh cần được kết hợp làm: Hậu môn nhân tạo ở đại tràng sigma hoặc đại tràng ngang (xem bài làm hậu môn nhân tạo) và/hoặc mở thông bàng quang trên ống thông Pezzer.

V. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

1.Theo dõi

1.1. Như những trường hợp phẫu thuật nói chung, đặc biệt lưu ý dẫn lưu bàng quang, và đầu ruột (hậu môn nhân tạo).

1.2. Sáu giờ đầu cần lấy mạch, huyết áp, nhiệt độ mỗi giờ 1 lần. Những ngày tiếp theo thì lấy 2 lần/ ngày.

1.3. Sau phẫu thuật phối hợp tối thiểu 2 loại kháng sinh như phần trên. Tuy nhiên kháng sinh có thể chính sau khi có kết quả kháng sinh đồ. Kháng sinh dùng kéo dài 7 đến 10 ngày hoặc hơn tùy theo diễn biến của người bệnh và tình trạng tại chỗ.

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

1.5. Dẫn lưu sẽ rút sau từ 5 đến bảy ngày nếu không thấy ra, tình trạng chung người bệnh tiến triển tốt.

2. Chăm sóc vết thương

- Chăm sóc vết thương trong bệnh lý viêm tấy lan tỏa tầng sinh môn là một khâu quan trọng ảnh hưởng đến kết quả điều trị người bệnh.

- Vết thương để hở nên phải chăm sóc thay băng những ngày đầu tối thiểu 2 lần.

- Trong quá trình thay băng chăm sóc, tiếp tục cắt lọc tổ chức hoại tử hàng ngày.

- Dùng các loại gạc có độ thấm hút cao như gạc Urgo.

3. Tai biến và xử trí

3.1. Trong phẫu thuật

- Chảy máu do hoại tử vào các mạch máu: khâu mạch máu hoặc thắt mạch

- Thủng niệu đạo: mở thông bàng quang như trên.

- Chảy máu đám rối trước bàng quang: cầm máu dao điện.

- Hồi sức tích cực, truyền máu.

3.2. Sau phẫu thuật

- Chảy máu do hoại tử mạch. Nếu chảy máu ít chỉ cần băng ép, nếu chảy máu nhiều lên đưa lên nhà mổ kiểm tra để khâu hoặc thắt mạch.

- Liên quan đến hậu môn nhân tạo: tụt, hoại tử, chảy máu... do làm kỹ thuật không đúng hoặc do hoại tử lan đến cần phải xử trí làm lại.

- Liên quan đến mở thông bàng quang: tắc, tụt thông, máu cục bàng quang... Cần kiểm tra lại, bơm rửa máu cục.

ĐIỀU TRỊ PHẪU THUẬT VIÊM PHÚC MẠC TIÊN PHÁT

I. ĐẠI CƯƠNG

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

II. CHỈ ĐỊNH

Viêm phúc mạc toàn thể.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

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

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

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

2. Phương tiện

- Bộ dụng cụ phẫu thuật bụng
- Bộ dụng cụ phẫu thuật tiêu hóa
- Dao mổ điện

3. Người bệnh

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

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Tư thế

- Người bệnh nằm ngửa. Có thể độn lưng nếu nghi ngờ các tổn thương ở tụy tá tràng.

- Đặt thông dạ dày
- Đặt dẫn lưu bàng quang

2. Vô cảm

Gây mê nội khí quản

3. Kỹ thuật

3.1. Rạch da:

- Đường rạch giữa trên dưới rốn rộng rãi để đảm bảo thăm dò được toàn bộ ổ bụng

- Nếu Người thực hiện có kinh nghiệm, có phương tiện có thể thực hiện phẫu thuật nội soi.

3.2. Thăm dò toàn bộ ổ bụng theo nguyên tắc: trên xuống dưới toàn bộ đường tiêu hóa, các tạng trong bụng: gan, lách..., sau phúc mạc: tụy, thận..., tiểu khung: phần phụ. Nếu có tổn thương XỬ trí theo thương tổn. Cần kiểm tra kỹ tránh bỏ sót tổn thương.

- Lấy mủ xét nghiệm vi khuẩn. Cần làm soi tươi trực tiếp và nuôi cấy. Yêu cầu mủ phải lấy và chuyển ngay cho khoa vi sinh từ lúc vào ổ bụng.

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

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

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

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

1. Theo dõi

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

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

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

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

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

2. Tai biến và xử trí

2.1. Trong phẫu thuật

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

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

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

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

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

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

2.2. Sau phẫu thuật

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

- Chảy máu trong ổ bụng: dẫn lưu ra nhiều máu đỏ tươi, tụt huyết áp, nên mổ lại kiểm tra để cầm máu

- Áp xe tồn dư, cần theo dõi. Nếu áp xe nhỏ, dưới 5 cm, thể trạng người bệnh tiến triển tốt, tiêu hóa thông, có thể theo dõi điều trị nội khoa.

- Áp xe lớn, sốt, tùy theo mức độ và khu trú có thể chọc hút dẫn lưu lại dưới siêu âm hoặc mổ lại để dẫn lưu.

- Tắc ruột sớm do dính, theo dõi điều trị nội khoa: ống thông dạ dày,

kháng sinh, truyền dịch. Tuy nhiên nếu điều trị nội thất bại cần phẫu thuật, tùy theo mức độ sẽ gỡ dính, hoặc dính nhiều làm mở thông ruột trên chỗ tắc./.

PHẪU THUẬT NỘI SOI KHÂU CƠ HOÀNH TRONG CHẤN THƯƠNG BỤNG KÍN

I. ĐẠI CƯƠNG

Vỡ cơ hoành là tổn thương ít gặp trong chấn thương bụng kín. Ở Mỹ, vỡ cơ hoành chỉ chiếm từ 1 - 3 % trong chấn thương bụng kín của thập niên 80. Tai nạn giao thông ngày càng tăng, làm tăng tỷ lệ người bệnh bị chấn thương bụng ngực, do đó vỡ cơ hoành do chấn thương ngày càng tăng. Tổn thương vỡ cơ hoành được ghi nhận ở 5,2 - 17% trong số những người bệnh bị tử vong do đa chấn thương được mổ tử thi.

Biểu hiện của vỡ cơ hoành do chấn thương rất đa dạng tùy theo tổn thương. Vỡ cơ hoành hay bị bỏ sót do ít gặp lại nằm trong bệnh cảnh đa chấn thương hoặc biểu hiện không rõ ràng.

Khi đã có chẩn đoán vỡ cơ hoành, phải mổ để khâu lại chỗ vỡ. trước đây chỉ có mổ mở (mở bụng hoặc mở ngực), sau khi phẫu thuật nội soi ra đời, khâu chỗ vỡ cơ hoành có thể thực hiện được qua nội soi ngực hoặc nội soi bụng. Phẫu thuật nội soi có nhiều ưu điểm giảm bớt được chi phí và trả lại sức lao động sớm cho bệnh nhân.

II. CHỈ ĐỊNH

- Người bệnh được chẩn đoán vỡ cơ hoành với đầy đủ các triệu chứng lâm sàng và phim chụp.
- Người bệnh có đủ điều kiện để mổ nội soi.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Thể trạng người bệnh quá yếu không chịu được phẫu thuật.
- Người bệnh già yếu, có nhiều bệnh phối hợp.
- Chống chỉ định của phẫu thuật nội soi:
 - + Tiền sử mô viêm phúc mạc, tắc ruột.
 - + Cổ tử cung tự do hoặc khu trú.
 - + Thoát vị thành bụng, thoát vị rốn.
 - + Nhiễm khuẩn tại chỗ thành bụng
 - + Bệnh lý rối loạn đông máu.
- Chống chỉ định bơm hơi phúc mạc: Bệnh mạch vành, bệnh van tim, bệnh tâm phế mãn.

IV. CHUẨN BỊ

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

2. Phương tiện: Bộ trang thiết bị đồng bộ mổ nội soi.

3. Người bệnh

- Các xét nghiệm cơ bản, nội soi, Xquang, siêu âm ổ bụng.
- Truyền bù nước điện giải, kháng sinh dự phòng trước mổ.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Tư thế: Người bệnh nằm ngửa, đặt ống thông dạ dày trước mổ. Người bệnh nằm ở tư thế đầu cao chân thấp một góc 30 độ so với mặt phẳng nằm ngang. Hai chân dạng một góc 90 độ.

2. Vô cảm: Gây mê nội khí quản.

3. Kỹ thuật

Vị trí đặt trocar: Trocar đầu tiên được đặt là trocar 10 dành cho camer được đặt qua lỗ rốn.

- Trocar 10mm đặt tại cạnh phải mũi ức, dùng để đặt que gạt nâng mặt dưới gan trái và dây chằng tròn lên bộc lộ vùng thực quản tâm vị.
- Trocar 5mm trên đường vú phải, dưới bờ sườn 5 cm.
- Trocar 10mm đặt ở ngang rốn trên đường trắng bên trái.

Bơm hơi ổ bụng không vượt qua 12 mm thủy ngân, kết hợp với giãn cơ tốt, sonde dạ dày tốt. Với camera, hai loại ống kính 0 độ và 30 độ được khuyến sử dụng để có khoảng quan sát tốt. Về nguyên tắc, số lượng, vị trí trocar tùy thuộc vào người bệnh, thương tổn, thói quen của Người thực hiện làm sao cho dễ thao tác là được.

Kiểm tra ổ bụng: Kiểm tra kỹ đánh giá tổn thương.

Khâu cơ hoành: Bộc lộ chỗ vỡ cơ hoành, đưa tạng thoát vị từ bụng lên ngực trở lại khoang bụng, cắt lọc mép vỡ cơ hoành, sau đó tiến hành khâu cơ hoành bằng chỉ không tiêu như Ethibon 2.0 bằng mũi rời hoặc khâu liền. Trước khi khâu cần phải dẫn lưu màng phổi 1 bên hoặc 2 bên tùy theo vị trí tổn thương của cơ hoành.

Sau khi khâu xong kiểm tra và lau sạch ổ bụng, đóng lại các lỗ trocar.

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

1. Theo dõi

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

2. Tai biến và xử trí

2.1. Trong phẫu thuật

- thủng đường tiêu hóa: khâu lại ngay trong mổ
- Chảy máu: cặp clip cầm máu.

2.2. Sau phẫu thuật

- chảy máu: mổ lại cầm máu
- Viêm phúc mạc do thủng đường tiêu hóa: mổ lại dẫn lưu hoặc khâu thủng tùy tình trạng ổ bụng
- Áp xe tồn dư trong ổ bụng: xác định bằng siêu âm hoặc chụp cắt lớp vi tính ổ bụng.

Tùy kích thước, hướng XỬ trí khác nhau: điều trị kháng sinh hoặc mổ, chích dẫn lưu./.

PHẪU THUẬT NỘI SOI ĐẨY BÃ THỨC ĂN XUỐNG ĐẠI TRÀNG ĐIỀU TRỊ TẮC RUỘT DO BÃ THỨC ĂN

I. ĐẠI CƯƠNG

Phẫu thuật nội soi hoặc nội soi hỗ trợ đẩy bã thức ăn được thực hiện để điều trị tắc ruột do bã thức ăn nhằm tìm ra tất cả các bã thức ăn trong ống tiêu hóa và chủ động đưa hết các khối bã di chuyển xuống đại tràng mà không cần phải mở ống tiêu hóa.

II. CHỈ ĐỊNH

Người bệnh bị bán tắc ruột hoặc tắc ruột cơ học hoàn toàn do bã thức ăn đang di chuyển trong ruột non.

III. CHUẨN BỊ

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

- Đặt thông dạ dày
- Vệ sinh
- Thông tiểu
- Xét nghiệm cơ bản, chụp phổi, điện tim.
- Nếu có rối loạn cân bằng nước và điện giải cần điều chỉnh sớm.

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

3. Người thực hiện:

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

Bác sĩ gây mê: gây mê nội khí quản

IV. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Gây mê nội khí quản

- Tư thế nằm ngửa

- Bố trí bàn mổ: Người thực hiện bên phải, người phụ camera đứng bên phải Người thực hiện. Màn hình để bên trái hoặc ngang vai trái người bệnh. Dụng cụ viên và bàn dụng cụ ngang nơi gối trái người bệnh.

- Bước 1 đặt các trocar, một trocar cho camera, hai trocar cho dụng cụ hoặc một trocar cho cả ba gồm ống soi, hai dụng cụ. Có thể sử dụng một đường rạch nhỏ để đặt chung cho các trocar trên một platform hoặc thêm một đường rạch nhỏ cho một gel platform luôn bàn tay hỗ trợ khi cần dùng tay đẩy khối bã thức ăn. Bơm hơi trong ổ bụng áp lực từ 15 - 12 mmHg.

- Bước 2: dùng camera quan sát ổ bụng kiểm tra chẩn đoán đúng là có tắc ruột khi thấy các quai ruột giãn trên và xếp dưới chỗ tắc là khối bã thức ăn bị nghẹt trong lòng ruột

- Bước 3: Dùng hai kẹp ruột loại không chấn thương loại lớn, cặp thứ nhất nhắc quai ruột bên trên cặp thứ hai bóp nhẹ vào khối bã làm thay đổi hình dạng thuôn dài khối và tác động đẩy xuống đoạn ruột tiếp theo bên dưới, hai cặp ruột luân phiên liên tiếp đến khi khối đi qua van xuống đại tràng, chú ý thao tác cần nhẹ vừa đủ tác động nhưng không gây thương tổn thanh mạc ruột và không làm tụ máu mạc treo ruột non. Trường hợp khối bã nghẹt chắc trong quai ruột có thể rạch mở 3 cm trên thành bụng tại hố chậu phải gần góc hồi manh tràng để đưa quai ruột và khối ra ngoài dùng tay nắn xuống, các quai ruột cũng luân chuyển lên xuống cho đến khi tới góc manh tràng. Một cách khác là rạch 4 cm theo chiều ngang trên xương mu, đặt một gel platform rồi luôn một bàn tay vào trong ổ bụng phối hợp với một cặp ruột không chấn thương loại to như nói trên nắn cho khối bã đi xuống đại tràng.

- Bước 4: Kiểm tra toàn bộ ống tiêu hóa từ dạ dày, tá tràng trở xuống để chắc chắn không còn các khối bã khác vẫn đang di chuyển trong đường tiêu hóa.

- Bước 5: Rút các dụng cụ và đóng các lỗ mổ trên thành bụng.

V. TAI BIẾN VÀ CÁCH XỬ TRÍ

- Tai biến rách thanh mạc ruột khi thao tác: thanh mạc hay thậm chí ruột bị thủng rách do thao tác quá mạnh. Cần phải lấy kim chỉ cỡ 4/0 khâu lại thành ruột bằng các mũi rời. Cần làm sạch ổ bụng nếu thủng ruột làm các chất bẩn tràn ra.

- Tai biến chảy máu, tụ máu do rách mạc treo ruột non. Hút sạch máu chảy, nhanh chóng cặp mạch máu và cầm máu bằng chỉ khâu, buộc hay các dụng cụ khác.

VI. THEO DÕI SAU MỔ

- Theo dõi diễn biến sau mổ như các ca thông thường.
- Chú ý rút thông tiểu ngay sau mổ, lưu thông dạ dày hút dịch đọng trong khoảng 3 ngày, khi thấy dấu hiệu nhu động bình thường hoặc người bệnh trung tiện đại tiện được thì rút thông dạ dày.
- Theo dõi hoạt động của hệ thống tiêu hóa, nếu người bệnh không không chướng bụng, có thể cho ăn sớm.
- Hướng dẫn người bệnh khi ra viện thực hiện chế độ ăn uống hợp lý, tránh tái phát.

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

I. ĐẠI CƯƠNG

Bệnh lý gây ra do trào ngược dạ dày thực quản đã được biết tới từ cuối thế kỷ 19 khi Quinck mô tả tình trạng loét ở phần thấp thực quản nhưng ông không biết đó là do trào ngược. Chỉ tới năm 1930 thì Hamperl và Winkenstein mới cho rằng chính dịch axit trào ngược từ dạ dày lên là nguyên nhân gây ra viêm thực quản. Năm 1951, Allison là người đầu tiên đặt vấn đề phải mổ đặt lại vị trí của tâm vị nhằm chống hiện tượng trào ngược. Sau đó đã nở rộ rất nhiều các kỹ thuật mổ xẻ khác nhau nhằm chống hiện tượng trào ngược thực quản. Với sự thử thách của thời gian, kỹ thuật tạo van toàn bộ do Nissen đề xướng năm 1955 và cải tiến sau đó của học trò ông là Rossetti cùng với kỹ thuật tạo van không toàn bộ của Toupet là những kỹ thuật được nhiều Người thực hiện chấp nhận.

Phẫu thuật chống trào ngược không chỉ dùng đơn thuần trong điều trị bệnh viêm thực quản do trào ngược mà còn được sử dụng phối hợp và trở thành một thì của phẫu thuật mở cơ thực quản tâm vị chữa bệnh co thắt tâm vị nhằm ngăn ngừa hiện tượng trào ngược thứ phát xảy ra sau phẫu thuật mở cơ.

Tất cả các phẫu thuật vùng thực quản tâm vị khi mổ mở đều phải thao tác trong vùng sâu, khó tiếp cận và khó thao tác. Khi phẫu thuật nội soi ra đời, nó đã đem lại một cách tiếp cận mới cho phẫu thuật này và đã nhanh chóng được áp dụng trong phẫu thuật chống trào ngược.

II. CHỈ ĐỊNH

Người bệnh bị viêm thực quản trào ngược được chẩn đoán bằng triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng, có hoặc không có thoát vị cơ hoành kèm theo, đã được điều trị nội khoa đúng phương pháp trong ít nhất 6 tháng mà không đỡ.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Thể trạng người bệnh quá yếu không chịu được phẫu thuật.
- Người bệnh già yếu, có nhiều bệnh phối hợp.
- Người bệnh ung thư thực quản.
- Chống chỉ định của phẫu thuật nội soi:
 - + Tiền sử mổ viêm phúc mạc, tắc ruột.
 - + Cổ trướng tự do hoặc cổ trướng khu trú.
 - + Thoát vị thành bụng, thoát vị rốn. o Nhiễm khuẩn tại chỗ thành bụng. o Bệnh lý rối loạn đông máu.
- Chống chỉ định bơm hơi phúc mạc: Bệnh mạch vành, bệnh van tim, bệnh tâm phế mãn.

IV. CHUẨN BỊ

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

2. Phương tiện: Bộ trang thiết bị đồng bộ mổ nội soi.

3. Người bệnh:

- Các xét nghiệm cơ bản, nội soi, Xquang, siêu âm ổ bụng.
- Nội soi có viêm thực quản trào ngược.
- Truyền bù nước điện giải, kháng sinh dự phòng trước mổ.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Tư thế: Người bệnh nằm ngửa, đặt ống thông dạ dày trước mổ. Người bệnh nằm ở tư thế đầu cao chân thấp một góc 30 độ so với mặt phẳng nằm ngang. Hai chân dạng một góc 90 độ.

2. Vô cảm: Gây mê nội khí quản.

3. Kỹ thuật

Vị trí đặt trocar:

- Trocar đầu tiên 10mm đặt tại vùng rốn dành cho ống soi, theo phương pháp mở.
- Trocar 10mm đặt tại cạnh phải mũi ức, dùng để đặt que gạt nâng mặt dưới gan trái và dây chằng tròn lên bộc lộ vùng thực quản tâm vị.
- Trocar 5mm trên đường vú phải, dưới bờ sườn 5 cm.
- Trocar 10mm đặt ở ngang rốn trên đường trắng bên trái.

Trình bày vùng mổ:

- Gan trái được nâng lên bằng que gạt hình quạt bộc lộ vùng mặt trước

thực quản tâm vị.

- Dùng kéo hoặc dao đốt điện hình móc mở mạc nối nhỏ dọc theo bờ cong nhỏ cho tới sát cột trụ hoành phải. Chú ý không làm tổn thương dây thần kinh X phải nhất là nhánh chân ngỗng.

- Tiếp theo là thì tạo khoảng trống sau thực quản. Sau khi mở mạc nối nhỏ, nhận biết cột trụ hoành phải, mở một cửa sổ nhỏ phúc mạc ở mặt trước cột trụ hoành phải. Tiếp tục phẫu tích đi dọc theo mặt trước trụ hoành phải xuống phía dưới tới chân chữ V nơi tiếp xúc với trụ hoành trái thì tiếp tục phẫu tích đi lên và sang trái. Lúc này ta mở vào khoảng tổ chức lỏng lẻo mà phía sau là mặt trước hai cột trụ hoành còn phía trước trên chính là mặt sau của thực quản. Bao giờ cũng đi đúng khoang này, phẫu tích tỉ mỉ, tránh không làm chảy máu các mạch máu nhỏ sẽ làm phẫu trường bị vấy bẩn do máu chảy ra làm khó nhận ra các lớp phẫu tích. Bao giờ cũng bám sát mặt sau thực quản, đi dần sang trái sẽ tới khi nhận ra một lớp màng mỏng qua đó có thể nhìn thấy phình vị lớn dạ dày hay lách. Đó chính là phúc mạc phía bên trái thực quản tâm vị. Mở qua lớp màng này ta đã sang bên khoang dưới hoành trái. Tiếp tục mở rộng khoang sau thực quản lên trên và xuống dưới cho tới khi ta tạo được một đường hầm rộng rãi đủ để đưa phình vị trái sang để tạo van.

Kỹ thuật làm van chống trào ngược:

- *Phẫu thuật Nissen-Rossetti*: Là kỹ thuật tạo van toàn bộ. Chỉ có một cải tiến nhỏ của Rossetti so với phẫu thuật nguyên ủy của Nissen. Đó là Nissen giải phóng các mạch ngấn ở phình vị lớn để dễ dàng đưa phình vị lớn qua đường hầm sau thực quản sang bên phải để tạo van trong khi Rossetti nhận thấy không cần cắt các mạch ngấn cũng vẫn có thể dễ dàng đưa phình vị lớn sang nên không mất thời gian cắt các mạch ngấn.

Trước hết khâu một mũi với chỉ không tiêu để khép hai cột trụ hoành lại với nhau. Kinh nghiệm của chúng tôi dùng chỉ Ethibon 2/0 và làm nút thắt trong cơ thể. Cũng có thể khâu và sau đó làm nút thắt đẩy từ ngoài vào. Chú ý vị trí khâu để không làm chít hẹp thực quản nhưng cũng không quá rộng để có thể gây thoát vị sau này.

Để kéo phình vị lớn sang ta đưa một kẹp không chấn thương luôn vào khoảng trống sau thực quản đã được mở sẵn đưa sang bên trái kẹp vào phình vị lớn và kéo qua đó sang bên phải. Để làm việc này dễ dàng có thể đưa que gạt vào khoảng này để nâng thực quản lên cho dễ nhìn và thao tác hoặc sử dụng loại kẹp có thể gấp góc ở đầu.

Sau khi phình vị lớn đã được kéo sang bên phải qua sau thực quản, khâu một mũi chỉ từ mặt trước phình vị lớn bên trái thực quản với phần phình vị lớn đã đưa sang bên phải để bắt đầu tạo van. Thông thường cần khâu từ 3 đến 4 mũi với chỉ không tiêu tạo ra một đoạn ống bằng phình vị lớn dài khoảng 3 đến 4 cm bọc quanh thực quản. Để xác định chính xác độ rộng của van, nếu có thì đặt trong lòng thực quản một ống thông cỡ 22 Fr làm chuẩn, nếu không khi có kinh

nghiệm Người thực hiện có thể ước lượng độ rộng của van sao cho sau khi tạo van có thể luôn một cái kẹp phẫu thuật giữa thực quản và van mà không căng là được.

Thì cuối cùng bao gồm việc khâu các mũi chỉ cố định van vào cột trụ hoành phải và cố định van vào chân cơ hoành hai bên.

- *Phẫu thuật Toupet*: Các thì tạo khoảng trống sau thực quản và khâu khép hai cột trụ hoành hoàn toàn giống phẫu thuật Nissen. Riêng khi tạo van chống trào ngược thì thay vì van toàn bộ 360° thì chỉ làm van không toàn bộ 270°. Đưa phình vị lớn qua phía sau thực quản tới bên phải thực quản. Khâu các mũi cố định vào cột trụ hoành phải và vào bờ phải thực quản. Nếu là phẫu thuật kèm theo phẫu thuật Heller thì khâu cố định vào mép bên phải của đường mở cơ. ở bên trái cũng kéo mặt trước phình vị lớn khâu vào bờ trái của thực quản và cố định van vào chân cơ hoành.

Sau khi kết thúc phẫu thuật, kiểm tra toàn bộ xem có chảy máu hay biến chứng nào khác, hút sạch vùng dưới hoành trái và phải, tháo các trocar, tháo hơi và đóng lại các lỗ trocar.

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ CÁC TAI BIẾN

1. Theo dõi

- Truyền dịch và ống thông dạ dày trong 24 giờ, sau đó người bệnh có thể ăn nhẹ.

- Chụp lưu thông thực quản dạ dày bằng thuốc cản quang tan trong nước trong vòng 36 - 48 giờ để kiểm tra độ lưu thông và chức năng của van.

- Thường người bệnh ra viện sau khi chụp phim có kết quả tốt, trở lại chế độ ăn uống sau 1 tuần.

2. Tai biến trong mổ

- Chảy máu là tai biến hay gặp, nguồn chảy có thể là do khi cắt các mạch vị ngăn hay khi tạo đường hầm sau thực quản. Cần xác định rõ chỗ chảy máu để cầm máu.

- Thủng màng phổi trái khi làm đường hầm do đi lạc khỏi khoang phẫu tích gây tràn khí màng phổi. Xử trí bằng luôn 1 ống thông lên khoang màng phổi hút hết khí, thở áp lực dương và khâu kín khoang màng phổi. Do khí CO₂ dễ hấp thu nên ít khi phải dẫn lưu màng phổi.

3. Tai biến sau mổ:

- Viêm phúc mạc do thủng thực quản hay phình vị dạ dày do phẫu tích hoặc đốt phải, biến chứng này hiếm gặp.

- Hẹp thực quản do van qua chặt. Thường hiện tượng hẹp tạm thời do viêm phù nề sau mổ trên cơ sở tạo van có thể xảy ra. Xử trí bằng nhịn ăn, thuốc chống viêm phù nề thường hết. Nếu hẹp lâu có thể nong qua đường nội soi.

- Viêm thực quản trào ngược tái phát do van quá rộng, thường xảy ra sau một thời gian mất hết triệu chứng. XỬ TRÍ bằng điều trị nội khoa không đỡ thì phải mổ lại.

PHẪU THUẬT NỘI SOI ĐIỀU TRỊ THOÁT VỊ HOÀNH

I. ĐẠI CƯƠNG

Cơ hoành là một cấu trúc cân - cơ có hình vòm tạo thành vách ngăn, ngăn cách khoang ngực với khoang bụng. Sự hoàn chỉnh vách ngăn cơ hoành xảy ra vào tuần thứ 8 của thai kỳ. Sự thất bại trong quá trình phát triển của các nếp gấp phức - phế mạc từ thời kỳ bào thai sẽ tạo ra khiếm khuyết trên cơ hoành. Khiếm khuyết này làm thông thương khoang ngực với khoang bụng, thường xảy ra nhất là ở vùng sau, bên trái.

Thoát vị cơ hoành là một dị tật bẩm sinh thường thấy ở trẻ nhỏ: Là hiện tượng các tạng từ ổ bụng chui lên lồng ngực qua lỗ khuyết bẩm sinh thường ở vị trí lỗ sau và bên trái của cơ hoành. Tùy thuộc vào lỗ thoát vị to hay nhỏ mà các phủ tạng có thể chui lên lồng ngực như dạ dày, ruột non, lách. Những trẻ bị thoát vị cơ hoành bẩm sinh thường có tổn thương phổi nặng nề.

Bệnh thường chiếm tỉ lệ 1/12500 trẻ mới sinh ra, tỉ lệ tử vong là khoảng 30 - 50%.

Thoát vị cơ hoành ở người lớn thường là thoát vị khe thực quản. Cơ hoành có ba lỗ mở chính và các lỗ nhỏ phụ để giúp cho thực quản, động mạch chủ và tĩnh mạch chủ trên “chui qua”. Sự thoát vị của dạ dày qua khe thực quản được gọi là thoát vị khe thực quản. Một trong những biểu hiện thường gặp nhất của thoát vị khe thực quản là hiện tượng trào ngược dịch vị từ dạ dày lên thực quản. Hiện tượng trào ngược này có liên quan đến một số yếu tố, trong đó có hoạt động của cơ thắt dưới thực quản.

Thoát vị khe thực quản xảy ra ở người trẻ tuổi có thể là thoát vị bẩm sinh, những thoát vị mắc phải thường gặp ở người lớn tuổi. Nguyên nhân của thoát vị khe thực quản là do sự suy yếu màng ngăn thực quản (thoát vị mắc phải) hay một lỗ khiếm khuyết của cơ hoành ở khe thực quản (thoát vị bẩm sinh). Những

thoát vị này thường không có dấu hiệu gì đặc biệt, thường một số trường hợp phần dạ dày thoát vị có thể tự xuống được hoặc không. Bệnh thường được phát hiện tình cờ khi người bệnh chụp phổi hoặc nghĩ đến khi đi khám với triệu chứng của bệnh trào ngược dạ dày thực quản, viêm dạ dày thực quản: như khó thở, mệt mỏi, ăn chậm tiêu, nôn ói từng giai đoạn, rối loạn tiêu hóa... Bệnh được điều trị bằng phẫu thuật nhằm mục đích đưa phần tạng bị thoát vị phục hồi về vị trí cũ, khâu phục hồi lại lỗ thực quản cơ hoành. Bệnh thường có tiến triển tốt sau mổ.

II. CHỈ ĐỊNH

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

- Người bệnh có đủ điều kiện để mổ nội soi.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Thể trạng người bệnh quá yếu không chịu được phẫu thuật.

- Người bệnh già yếu, có nhiều bệnh phối hợp.

- Chống chỉ định của phẫu thuật nội soi:

+ Tiền sử mổ viêm phúc mạc, tắc ruột.

+ Cổ trướng tự do hoặc cổ trướng khu trú.

+ Thoát vị thành bụng, thoát vị rốn. o Nhiễm khuẩn tại chỗ thành bụng o Bệnh lý rối loạn đông máu.

- Chống chỉ định bơm hơi phúc mạc: Bệnh mạch vành, bệnh van tim, bệnh tâm phế mãn.

IV. CHUẨN BỊ

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

2. Phương tiện: Bộ trang thiết bị đồng bộ mổ nội soi của hãng Kall Storz.

3. Người bệnh

- Các xét nghiệm cơ bản, nội soi, Xquang, siêu âm ổ bụng.

- Nội soi có viêm thực quản trào ngược, có hình ảnh thoát vị hoành.

- Truyền bù nước điện giải, kháng sinh dự phòng trước mổ.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Tư thế: Người bệnh nằm ngửa, đặt ống thông dạ dày trước mổ. Người bệnh nằm ở tư thế đầu cao chân thấp một góc 30 độ so với mặt phẳng nằm ngang. Hai chân dạng một góc 90 độ.

2. Vô cảm: Gây mê nội khí quản.

3. Kỹ thuật:

- Đưa các tạng trở lại ổ bụng: dùng các kim cặp ruột đưa các tạng trở lại ổ bụng. Nếu dính cần phải gỡ dính cẩn thận tránh làm thủng các tạng.

- Bộc lộ 2 cột trụ hoành: Sau khi mở mạc nối nhỏ, dùng que gạt nâng thực quản bụng để bộc lộ 2 cột trụ hoành. Khâu khép lại 2 cột trụ hoành bằng chỉ ethibon 2.0 không tiêu. Chú ý vị trí khâu không làm chít hẹp thực quản. Tốt nhất là đặt vào thực quản 1 ống thông có cỡ 24 - 26Fr và khâu trên ống thông đó để đảm bảo không hẹp.

- Tạo van chống trào ngược kiểu Rossetti: Đưa một kẹp không chấn thương luôn vào khoảng trống sau thực quản kéo nhẹ nhàng một phần phình vị lớn qua mặt sau thực quản sang bên phải thực quản. Mũi khâu đầu tiên giữa phần phình vị lớn bên phải với mặt trước của phình vị lớn bên trái thực quản sao cho phần phình vị lớn dạ dày ôm quanh thực quản không quá chặt cũng không quá rộng. Thường cần khâu khoảng 3 - 4 mũi chỉ không tiêu để tạo ra được đoạn ống bằng phình vị lớn dài khoảng 3 - 4 cm bọc quanh thực quản. Để xác định chính xác độ rộng của van, đặt trong lòng thực quản ống thông có kích thước 24 - 26 Fr làm chuẩn. Phía trên van được cố định vào chân cơ hoành trái. Phía dưới khâu một mũi cố định vào bên phải dạ dày. Kiểm tra toàn bộ ổ bụng, hút sạch dưới hoành trái, phải, tháo hơi, rút các trocar, đóng các lỗ.

- Tạo van chống trào ngược kiểu Touper hoặc Dor: Tham khảo bài 26 và bài 45.

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

1. Theo dõi

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

2. Tai biến và xử trí

2.1. Trong phẫu thuật

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

2.2. Sau phẫu thuật

- chảy máu: mổ lại cầm máu
- Viêm phúc mạc do thủng tạng: mổ lại dẫn lưu hoặc khâu thủng tùy tình trạng ổ bụng
- Áp xe tồn dư trong ổ bụng: xác định bằng siêu âm hoặc chụp cắt lớp vi tính ổ bụng.

Tùy kích thước hướng XỬ TRÍ khác nhau: điều trị kháng sinh hoặc mổ, chích dẫn lưu.

PHẪU THUẬT CẮT RUỘT THỪA NỘI SOI Ổ BỤNG

I. ĐẠI CƯƠNG

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

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

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

II. CHUẨN BỊ

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

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

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

3. Người thực hiện:

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

Bác sĩ gây mê: gây mê nội khí quản

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Gây mê nội khí quản
- Tư thế nằm ngửa, nếu mổ qua đường âm đạo thì để mở dạng chân gập

đùi và gối như khám phụ khoa.

- **Bố trí bàn mổ:** Người thực hiện bên phải, hoặc giữa hai chân nếu mổ qua đường âm đạo. Người phụ camera đứng bên phải Người thực hiện. Màn hình để bên trái hoặc ngang vai trái người bệnh. Dụng cụ viên và bàn dụng cụ ngang nơi gối trái người bệnh.

Bước 1: Đặt các trocar, một trocar cho camera, hai trocar cho dụng cụ hoặc một trocar cho cả ba gồm ống soi, hai dụng cụ. Có thể sử dụng một đường rạch nhỏ, chung cho các trocar trên một platform hoặc thêm một đường rạch nhỏ cho một platform luân bàn tay hỗ trợ khi cần rửa hút ổ bụng viêm phúc mạc, có thể đặt platform và các trocar dụng cụ qua đường âm đạo của người bệnh. Bơm hơi trong ổ bụng áp lực từ 15 - 12 mmHg.

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

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

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

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

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

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

V. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ BIẾN CHỨNG THÔNG THƯỜNG

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

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

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

VI. CHĂM SÓC SAU MỔ

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

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

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

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

I. ĐẠI CƯƠNG

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

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

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

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

- Phẫu thuật triệt căn ngay thì đầu: XỬ TRÍ biến chứng thùng và điều trị loét.

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

Ngay sau khi phẫu thuật nội soi ra đời với trường hợp cắt túi mật qua nội soi đầu tiên năm 1987, các Người thực hiện đã nghĩ tới việc áp dụng kỹ thuật này trong việc điều trị thùng ổ loét dạ dày - tá tràng. Năm 1989, P.Mouret đã thông báo trường hợp khâu thùng ổ loét dạ dày đầu tiên qua nội soi ổ bụng và từ

đó phương pháp này đã được áp dụng có hiệu quả và lan rộng tại một số trung tâm phẫu thuật nội soi trên thế giới.

II. CHỈ ĐỊNH

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

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

1. Chống chỉ định của phẫu thuật nội soi

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

2. Chống chỉ định của phẫu thuật nội soi

- Tiền sử mổ viêm phúc mạc, tắc ruột.
- Cổ trướng tự do hoặc cổ trướng khu trú.
- Thoát vị thành bụng, thoát vị rốn.
- Nhiễm khuẩn tại chỗ thành bụng.
- Bệnh lý rối loạn đông máu.

3. Chống chỉ định bơm hơi ổ bụng:

- Bệnh mạch vành.
- Bệnh van tim.
- Bệnh tâm phế mãn.

IV. CHUẨN BỊ

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

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

3. Người bệnh:

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

V. CÁC BƯỚC TIỀN HÀNH

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

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

3. Kỹ thuật:

Kỹ thuật bơm hơi mở kiểu Hasson với áp lực 12mm Hg, lưu lượng 2,5 l/h.

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

Trocar 10mm để thao tác đặt ở trên đường vú trái, dưới bờ sườn 5 cm. Trocar trợ giúp đặt ở đường nách trước phải ngang rốn.

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

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

Nhiều phương pháp mổ nội soi đã được mô tả. Một là phương pháp Walsh và cs. Sau khi đã xác nhận đóng kín lỗ thủng, nó được để nguyên; tiến hành rửa và dẫn lưu phúc mạc. Trong trường hợp lỗ thủng chưa được mạc nối lấp kín, người bệnh được chuyển sang mổ mở, và tiến hành đóng mạc nối đơn giản. Phương pháp này sau đó đã được các Người thực hiện khác chấp nhận..

Khi tiến hành khâu kèm tăng cường bằng miếng vá mạc nối, khâu 3 mũi qua phần tá tràng nhìn thấy ở 2 bên lỗ thủng và thắt chặt để đóng kín lỗ thủng. Khâu qua nội soi cuống mạc nối vắt qua lỗ thủng sẽ hoàn tất việc đóng. Khi mạc nối nhỏ, có thể dùng dây chằng liền thay thế.

Phương pháp khâu thủng: dùng chỉ liền kim loại tiêu chậm Vicryl 2.0 hoặc 3.0 dài khoảng 18 - 20 cm là vừa. Dùng vén gan nâng mặt dưới gan bộc lộ lỗ thủng, tiến hành khâu thủng. Nếu lỗ thủng < 0,5 cm khâu một mũi chữ X, hướng khâu đi theo trục của ống tiêu hóa, sau đó thắt chỉ khép kín lỗ thủng. Nếu lỗ thủng lớn hơn thường phải khâu 2 - 3 mũi rời, khâu theo chiều của ống tiêu hóa để khi thắt chỉ đường khâu nằm ngang không gây hẹp tá tràng. Sau khi khâu phủ mạc nối lớn lên đường khâu và dùng chỉ cố định vào đường khâu.

- *Thì III:* Rửa ổ bụng

Rửa khoang phúc mạc là một trong những phần quan trọng nhất của phẫu thuật, chiếm một phần đáng kể của phẫu thuật. Rửa đảm bảo sạch toàn bộ các chất bẩn và giả mạc trong bụng. Rửa từng khoang trong ổ bụng kết hợp với thay đổi tư thế người bệnh để rửa sạch các khoang. Cần chú ý đặc biệt đến việc rửa khoang trên gan và dưới gan, rãnh bên, khoang dưới cơ hoành trái và hố chậu

phải. Nếu ổ bụng sạch không cần đặt dẫn lưu, nếu bị viêm phúc mạc muộn, đặt dẫn lưu dưới gan phải. Khoang phúc mạc thường được dẫn lưu. Mặc khác, một số tác giả không chủ trương dẫn lưu khoang phúc mạc.

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

VI. THEO DÕI

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

VII. XỬ TRÍ TAI BIẾN

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

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

I. ĐẠI CƯƠNG

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

II. CHỈ ĐỊNH

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

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

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

IV. CHUẨN BỊ:

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

2. Phương tiện:

- Phòng mổ có đầy đủ điều kiện tiến hành nội soi qua ổ bụng
- Bộ nội soi ổ bụng: Monitor, camera, nguồn sáng, nguồn CO₂
- Hệ thống máy bơm và rửa hút dịch ổ bụng
- Hệ thống dao điện lưỡng cực và đơn cực, dao cắt đốt siêu âm

- Các dụng cụ vén gan, kẹp ruột, phanh, kẹp, kéo chuyên biệt cho mổ nội soi ổ bụng

- Bộ dụng cụ mổ bụng thường dùng (chuẩn bị khi phải chuyển mổ mở)

3. Người bệnh

- Các xét nghiệm cơ bản (sinh hóa, huyết học, nước tiểu)

- Chụp phổi, điện tâm đồ (với người > 65 tuổi)

- Bữa ăn cuối cùng trước lúc mổ cách xa ít nhất 6 tiếng

4. Hồ sơ bệnh án

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

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Vô cảm: Gây mê nội khí quản

2. Kỹ thuật:

- Tư thế:

. Người bệnh: Nằm ngửa, tay trái để dọc theo thân người, đầu thấp

. Kíp phẫu thuật: Người thực hiện đứng bên trái người bệnh, phụ 1 đứng bên trái Người thực hiện, phụ 2 đứng bên phải, dụng cụ viên đứng bên phải người bệnh.

- Tiến hành thủ thuật bơm hơi vào ổ bụng và đặt các trocar:

. Bơm hơi ổ bụng có 2 phương pháp: Bơm hơi bằng kim Veress hoặc bơm hơi theo phương pháp mở

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

- Kỹ thuật cắt ruột thừa nội soi:

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

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

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

. Buộc và cắt ruột thừa sát gốc (có thể cắt gốc ruột thừa bằng máy cắt ruột nội soi (stapler)).

. Hút rửa và làm sạch ổ áp xe

. Kiểm tra các quai ruột và toàn ổ bụng

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

. Khâu lại thành bụng tại các lỗ đặt trocar

VI. THEO DÕI VÀ CHĂM SÓC SAU MỔ

1. Truyền dịch ngày đầu sau phẫu thuật

2. Có thể uống nước sau 24 giờ

3. Điều trị phối hợp hai loại kháng sinh

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

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

1. Tai biến của bơm hơi ổ bụng

- Kích thích nhịp tim

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

- Tắc mạch phổi do hơi

2. Tai biến do chọc trocar

- Tổn thương các tạng trong ổ bụng: chuyển mổ mở

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

- Chảy máu thành bụng: khâu cầm máu

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

3. Tai biến trong mổ

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

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

mở

4. Tai biến sau mổ

- Tụ máu trong ổ bụng, thành bụng

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

- Thoát vị qua lỗ trocar

- Tắc ruột sau mổ

- Rò manh tràng

- Viêm mủm ruột thừa còn lại.

PHẪU THUẬT CẮT TÚI MẬT NỘI SOI

I. ĐẠI CƯƠNG

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

II. CHỈ ĐỊNH

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

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

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

IV. CHUẨN BỊ

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

2. Phương tiện:

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

3. Người bệnh:

- Các xét nghiệm cơ bản phục vụ cuộc mổ, lưu ý tiền sử đau, sốt, vàng da

là các triệu chứng của sỏi ống mật chủ kèm theo.

- Các xét nghiệm đánh giá chức năng gan
- Siêu âm ổ bụng tối thiểu hai lần khẳng định không có bất thường ở đường mật chính.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Tư thế

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

2. Vô cảm

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

3. Kỹ thuật

- Mở bụng theo Kỹ thuật mini-open ở dưới rốn để đặt trocar 10mm. Bơm hơi ổ bụng, duy trì áp lực trong ổ bụng 10 - 12 mmHg.
- Đưa camera quan sát, lựa chọn vị trí đặt các trocar tiếp theo: trocar 10mm dưới mũi ức; trocar 5mm ở bờ ngoài cơ thẳng to ngang bên phải rốn; trocar 5mm ở dưới bờ sườn phải đường nách giữa.
- Chỉnh bàn tư thế đầu cao, nghiêng trái tối đa.
- Dùng panh có răng đưa qua lỗ trocar dưới sườn cầm vào đáy túi mật đẩy lên trên và sang phải tối đa để bộc lộ vùng cổ túi mật và cuống gan.
- Dùng panh không răng đưa qua lỗ trocar bờ ngoài cơ thẳng cầm vào phễu túi mật, quan sát xem có bất thường ống mật chủ (có giãn?), ống cổ túi mật (có giãn?).
- Dùng móc dao điện phẫu tích vào tam giác Calot ở mặt sau và mặt trước, bộc lộ được động mạch túi mật, ống cổ túi mật.
- Cặp clip vào động mạch túi mật và ống cổ túi mật, phải nhìn rõ ống gan chung khi cặp, dùng kéo cắt động mạch túi mật và ống cổ túi mật. Dùng móc điện giải phóng giương túi mật tỉ mỉ, cầm máu giương túi mật.
- Cho túi mật vào túi nylon, lau sạch ổ bụng, cầm máu kỹ. Trường hợp viêm nhiễm, dịch mật đục bản có thủng túi mật nên đặt dẫn lưu dưới gan và đưa vào ở lỗ trocar dưới sườn phải.
- Lấy túi mật qua lỗ trocar rốn, đóng các lỗ trocar bằng chỉ tiêu.

VI. THEO DÕI

- Rút sonde dạ dày khi kết thúc phẫu thuật.

- Cho ăn sau 6-8h.
- Ngồi dậy, đi lại sau 6-8h.
- Ra viện sau 24-48h.

VII.XỬ TRÍ TAI BIẾN

- Chảy máu trong ổ bụng: do nội soi kiểm tra hoặc mổ□tuột clip động mạch túi mật hoặc từ giương túi mật mở để cầm máu.

- Viêm phúc mạc: do tuột mở bụng kiểm tra và XỬ□clip ống cổ túi mật hoặc thương tổn đường mật chính trí theo thương tổn.

- Áp xe tồn dư: thường gặp ở vị trí hố túi mật → điều trị kháng sinh kết hợp chọc hút dưới siêu âm.

PHỤ LỤC 1

NGUYÊN TẮC CHUNG PHẪU THUẬT VÙNG HẬU MÔN - TRỰC TRÀNG

I. ĐẠI CƯƠNG

1. Khi thực hiện một thủ thuật hoặc một phẫu thuật vùng hậu môn - trực tràng với mục đích chữa bệnh cần biết một đặc điểm và tuân thủ các nguyên tắc:

- 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.

- Đây là một vùng rất nhạy cảm với đau, nóng lạnh, áp lực; có nhiều phản xạ có thể gây bí đái, ngừng tim,...

- Trong quá trình liền vết thương, người bệnh vẫn ăn uống, đại tiện, phân vẫn thường xuyên đi qua ống hậu môn: cần giữ vệ sinh sạch sẽ và dùng thuốc giảm đau thích hợp.

2. Có rất nhiều bệnh lý liên quan tới vùng hậu môn trực tràng. Các bệnh thường phải điều trị phối hợp nội ngoại khoa, do nhiều thầy thuốc thực hiện. Nên việc lựa chọn một phương pháp điều trị cần phù hợp với bệnh, giai đoạn bệnh, người bệnh, khả năng chuyên khoa và dùng các biện pháp có hiệu quả, an toàn nhất cho người bệnh.

II. CHUẨN BỊ

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

2. Phương tiện

- Đèn chiếu sáng tốt, ánh sáng lạnh.

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

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

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

- Bàn để dụng cụ: nên có 2 bàn (bàn để dụng cụ chung và bàn để dụng cụ cần thiết trong khi mổ đặt trước mặt Người thực hiện 50 cmX30 cm).

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 quy định. Người bệnh và gia đình ghi hồ sơ như đã nêu ở mục 3 trên đây (ghi rõ đã được giải thích rõ ràng và hiểu về những điều bác sỹ giải thích nêu trên).

- 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.

III. 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.

3. Kỹ thuật

a. Các thì phẫu thuật thay đổi thay đổi theo từng phẫu thuật. Trước khi phẫu thuật cần xác định lại chẩn đoán khi người bệnh đã được giảm đau tối đa.

b. Các thủ thuật hay phẫu thuật được thực hiện chữa bệnh phải tuân thủ các nguyên tắc: 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 làm biến dạng hình thái vùng hậu môn, tăng sinh môn như tạo ra các sẹo hẹp, biến dạng ống hậu môn trực tràng gây đau và ảnh hưởng tới chức năng đại tiện.

IV. THEO DÕI

1. 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.
2. Dùng thuốc giảm đau, kháng sinh nếu cần; thuốc nhuận tràng, thuốc an thần buổi tối. Thường truyền dịch 500ml - 1000ml sau mổ.
3. Cho người bệnh ăn nhẹ, tập vận động sớm.
4. 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.

V. XỬ TRÍ TAI BIẾN

1. Bí đái: thông đái, chú ý vô khuẩn.
2. Chảy máu: thay băng kiểm tra. Nếu cần thiết phải cầm máu.
3. Đau tại vết mổ: dùng thuốc giảm đau toàn thân hoặc tại chỗ. Hạn chế đặt gạc trong lòng ống hậu môn.
4. Phòng hẹp hậu môn, nhất là sau mổ cắt trĩ, phải bảo tồn lớp niêm mạc hậu môn đủ và được nuôi dưỡng tốt.

CHƯƠNG III. CHUYÊN KHOA PHẪU THUẬT CHẤN THƯƠNG CHỈNH HÌNH

PHẪU THUẬT THÁO KHỚP VAI

I. ĐẠI CƯƠNG

Phẫu thuật tháo khớp vai là một phẫu thuật thay thế tay kể từ vai không còn chức năng (có thể nguy hiểm đến tính mạng) bằng một chi giả khác, mà đảm bảo được chức năng tốt hơn.

II. CHỈ ĐỊNH

- Hoại tử tắc mạch cánh cẳng bàn tay
- Dập nát cánh cẳng tay
- Cụt chân thương cánh cẳng tay
- U ác tính cánh cẳng tay
- Cân nhắc trong một số trường hợp tay không còn chức năng

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Chống chỉ định trong ngoại khoa nói chung

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Phẫu thuật viên là bác sĩ chuyên khoa chấn thương chỉnh hình

2. Người bệnh và gia đình

Được giải thích đầy đủ về cuộc phẫu thuật, các tai biến có thể gặp trong và sau cuộc phẫu thuật (nhiễm trùng, tử vong ...) đại diện gia đình ghi vào hồ sơ việc chấp nhận tháo khớp vai. Nhịn ăn trước 6 giờ.

3. Phương tiện

Bộ dụng cụ cắt cụt chi trên

4. Dự kiến thời gian phẫu thuật: 90 phút

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Tư thế: Nằm ngửa kê dưới vai hoặc nằm nghiêng 450.

2. Vô cảm: Gây mê nội khí quản

3. Kỹ thuật:

- Rạch da bắt đầu từ mỏm quạ cánh tay theo bờ trước của cơ delta và tận hết ở nách.

- Kiểm tra và thắt tĩnh mạch đầu

- Tách giữa bó cơ delta và cơ ngực lớn.

- Tìm và thắt động tĩnh mạch cánh tay, thần kinh quay trụ giữa.

- Bộc lộ khớp vai và tháo chỏm xương cánh tay.

- Khâu lại một phần vạt cơ delta và bao khớp phía trước và vào cơ ngực lớn.

- Dẫn lưu.

- Khâu da che phủ.

VI. THEO DÕI XỬ TRÍ TAI BIẾN

- Chảy máu, tụ máu mỏm cụt: Mở vết mổ cầm máu, lấy máu tụ, băng ép.

- Nhiễm trùng: Tách vết mổ, làm sạch, để hở.

- Hoại tử mỏm cụt: Phẫu thuật sửa mỏm cụt.

- Căng da mỏm cụt: Chống phù nề, phẫu thuật sửa lại mỏm cụt nếu cần.

- Đau mỏm cụt: Chống phù nề, giảm đau.

- Chi ma.

PHẪU THUẬT KHX GÃY XƯƠNG BẢ VAI

I. ĐẠI CƯƠNG

Xương bả vai được giữ cố định che phủ khá chắc chắn bởi gân, dây chằng và cơ nơi vị trí khá đặc biệt ở lồng ngực nên hiếm khi bị gãy do chấn thương.

Khi bị chấn thương gãy xương bả vai thì lực chấn thương phải đủ mạnh nên thường có tổn thương lồng ngực kèm theo. Triệu chứng của gãy xương bả vai cũng giống như các gãy xương khác. Tuy nhiên vì các tổn thương phối hợp khác có đe dọa sinh tồn và vì các dấu hiệu gãy xương bả vai có khi xuất hiện muộn sau vài ngày nên gãy xương bả vai hay bị bỏ quên và chẩn đoán muộn.

II. CHỈ ĐỊNH

- Gãy di lệch của bờ hoặc đáy ổ chảo
- Gãy di lệch của cổ ổ chảo
- Biến dạng phức hợp treo phía trên khớp vai

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Chống chỉ định trong ngoại khoa nói chung

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Phẫu thuật viên là bác sĩ chuyên khoa chấn thương chỉnh hình.

2. Người bệnh và gia đình

Được giải thích đầy đủ về cuộc phẫu thuật, các tai biến có thể gặp trong và sau cuộc phẫu thuật (nhiễm trùng, tử vong ...). Nhịn ăn trước 6 giờ.

3. Phương tiện

Bộ dụng cụ kết hợp xương chung.

4. Dự kiến thời gian phẫu thuật: 90 phút

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Tư thế người bệnh: nằm nghiêng 90 độ hoặc sấp 45 độ.

2. Vô cảm:

Gây mê nội khí quản

3. Kỹ thuật:

- Đường mổ phía sau: Dọc theo gai vai, kéo cơ delta xuống dưới ra ngoài, bóc tách giữa cơ trên gai và tròn bé.
- Phương tiện kết hợp xương: Vis xóp rời, nẹp vis uốn, nẹp đặc chùng.

- Dẫn lưu.
- Khâu da che phủ.

VI. THEO DÕI XỬ TRÍ TAI BIẾN

- Chảy máu, tụ máu: Mở vết mổ cầm máu, lấy máu tụ, băng ép.
- Nhiễm trùng: Tách vết mổ, làm sạch, để hở.
- Đau sau mổ: Chông phù nề, giảm đau.

PHẪU THUẬT KHẸP GỖ CỔ XƯƠNG BẢ VAI

I. ĐẠI CƯƠNG

Xương bả vai được giữ cố định che phủ khá chắc chắn bởi gân, dây chằng và cơ nơi vị trí khá đặc biệt ở lồng ngực nên hiếm khi bị gãy do chấn thương.

Khi bị chấn thương gãy xương bả vai thì lực chấn thương phải đủ mạnh nên thường có tổn thương lồng ngực kèm theo. Triệu chứng của gãy xương bả vai cũng giống như các gãy xương khác. Tuy nhiên vì các tổn thương phối hợp khác có đe dọa sinh tồn và vì các dấu hiệu gãy xương bả vai có khi xuất hiện muộn sau vài ngày nên gãy xương bả vai hay bị bỏ quên và chẩn đoán muộn.

II. CHỈ ĐỊNH

- Gãy di lệch của bờ hoặc đáy ổ chảo
- Gãy di lệch của cổ ổ chảo
- Biến dạng phức hợp treo phía trên khớp vai

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Chống chỉ định trong ngoại khoa nói chung

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Phẫu thuật viên là bác sĩ chuyên khoa chấn thương chỉnh hình.

2. Người bệnh và gia đình

Được giải thích đầy đủ về cuộc phẫu thuật, các tai biến có thể gặp trong và sau cuộc phẫu thuật (nhiễm trùng, tử vong ...). Nhịn ăn trước 6 giờ.

3. Phương tiện

Bộ dụng cụ kết hợp xương chung.

4. Dự kiến thời gian phẫu thuật: 90 phút

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Tư thế người bệnh: nằm nghiêng 90 độ hoặc sấp 45 độ, ngửa 45 độ.

2. Vô cảm:

Gây mê nội khí quản

3. Kỹ thuật:

- Đường mổ phía sau: Dọc theo gai vai, kéo cơ delta xuống dưới ra ngoài, bóc tách giữa cơ trên gai và tròn bé.

- Đường mổ phía trước: Dọc theo bờ trước cơ Delta, tách tĩnh mạch đầu, cắt một phần nguyên ủy cơ dưới vai để vào ổ chảo ở phía trước.

- Phương tiện kết hợp xương ổ chảo: Vis xóp, kim kirschner, chỉ thép, nẹp vis uốn, nẹp đặc chủng.

- Dẫn lưu.

- Khâu da che phủ.

VI. THEO DÕI XỬ TRÍ TAI BIẾN

- Chảy máu, tụ máu: Mở vết mổ cầm máu, lấy máu tụ, băng ép.

- Nhiễm trùng: tách vết mổ, làm sạch, để hở.

- Đau sau mổ: chống phù nề, giảm đau.

PHẪU THUẬT KẾT HỢP XƯƠNG TRẬT KHỚP ỨC ĐÒN

I. ĐẠI CƯƠNG

Trật khớp ỨC ĐÒN hay gặp sau một chấn thương gián tiếp vào cung trước vai với cánh tay dạng. Thường gặp là xương đòn di lệch ra trước, thỉnh thoảng cũng có trường hợp di lệch ra sau. Cũng có thể gặp bẩm sinh hoặc sau thoái hóa khớp hoặc viêm khớp.

II. CHỈ ĐỊNH

Khi nắn bó đai số 8 không có kết quả

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Chống chỉ định trong ngoại khoa nói chung

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Phẫu thuật viên là bác sĩ chuyên khoa chấn thương chỉnh hình.

2. Người bệnh và gia đình

Được giải thích đầy đủ về cuộc phẫu thuật, các tai biến có thể gặp trong và sau cuộc phẫu thuật (nhiễm trùng, tử vong ...). Nhịn ăn trước 6 giờ.

3. Phương tiện

Bộ dụng cụ kết hợp xương chung.

4. Dự kiến thời gian phẫu thuật: 90 phút

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Tư thế người bệnh: Nằm ngửa, có đệm ở dưới lưng.

2. Vô cảm:

Gây mê nội khí quản

3. Kỹ thuật:

- Đường mổ: Đi ngang ngay mặt trước khớp ỨC ĐÒN
- Phương tiện kết hợp xương: Kim Kirschner hoặc vis xóp rời.

VI. THEO DÕI XỬ TRÍ TAI BIẾN

- Chảy máu, tụ máu: Mở vết mổ cầm máu, lấy máu tụ, băng ép.
- Nhiễm trùng: Tách vết mổ, làm sạch, để hở.
- Đau sau mổ: Chống phù nề, giảm đau.
- Một số tai biến: Xuyên kim vào tim, phổi, động mạch phổi, động tĩnh mạch chủ.

PHẪU THUẬT KHẸP KHỚP GIẢ XƯƠNG CÁNH TAY

I. ĐẠI CƯƠNG

Khớp giả xương cánh tay là tình trạng không liền xương cánh tay sau gãy xương 6 tháng. Xương cánh tay là một trong những xương rất hay gặp khớp giả.

II. CHỈ ĐỊNH

- Không liền xương sau mổ hoặc bó bột ít nhất là 6 tháng.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Chống chỉ định trong ngoại khoa nói chung

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Phẫu thuật viên là bác sĩ chuyên khoa chấn thương chỉnh hình.

2. Người bệnh và gia đình

Được giải thích đầy đủ về cuộc phẫu thuật, các tai biến có thể gặp trong và sau cuộc phẫu thuật (nguy cơ liệt thần kinh quay, nhiễm trùng, tử vong ...).
Nhịn ăn trước 6 giờ.

3. Phương tiện

Bộ dụng cụ kết hợp xương chi trên.

4. Dự kiến thời gian phẫu thuật: 90 phút

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Tư thế người bệnh:

Nằm ngửa, có thể kê vai

2. Vô cảm:

Gây tê đám rối thần kinh cánh tay hoặc gây mê.

3. Kỹ thuật

- Đường mổ bên: Là đường nối mỏm cùng vai và lồi cầu ngoài, tách vào vách gian cơ giữa cơ khu trước và khu sau (chú ý bộc lộ tránh thần kinh quay)

- Phương tiện kết hợp xương: Nẹp vis, đinh nội tủy có chốt.

- Ghép xương chấu

- Dẫn lưu.

- Khâu da che phủ.

- Đặt nẹp bột cánh cẳng bàn tay sau mổ 1 tháng.

VI. THEO DÕI XỬ TRÍ TAI BIẾN

- Chảy máu, tụ máu: Mở vết mổ cầm máu, lấy máu tụ, băng ép.
- Nhiễm trùng: Tách vết mổ, làm sạch, để hở.
- Đau sau mổ: Chống phù nề, giảm đau.
- Liệt thần kinh quay sau mổ: Phục hồi chức năng sớm để tránh co rút, theo dõi ít nhất sau 6 tháng.

PHẪU THUẬT KHX GỠY THÂN XƯƠNG CÁNH TAY PHỨC TẠP

I. ĐẠI CƯƠNG

Gãy thân xương cánh tay đợc tính từ cổ phẫu thuật xương cánh tay đến vùng trên lồi cầu xương cánh tay. Gãy thân xương cánh tay phức tạp là gãy chéo, xoắn, có mảnh rời

Phẫu thuật KHX thân xương cánh tay bằng nẹp vít hoặc đinh nội tủy, đinh nội tủy có chốt dưới màn tăng sáng.

Biến chứng hàng đầu có thể gặp: Liệt thần kinh quay, khớp giả

II. CHỈ ĐỊNH

Gãy thân xương cánh tay phức tạp có hoặc không kèm theo các biến chứng khác

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Đang có tình trạng nhiễm khuẩn
- Toàn trạng nặng vì đa chấn thương

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Phẫu thuật viên là bác sỹ chuyên khoa Chấn thương chỉnh hình

2. Người bệnh

Đợc giải thích đầy đủ về cuộc phẫu thuật, các tai biến, biến chứng có thể gặp trong và sau cuộc phẫu thuật (tổn thương thần kinh quay, khớp giả, tai biến do gây tê đám rối, gây mê...). Nhịn ăn trước 6 giờ

3. Phương tiện

- Bộ dụng cụ KHX cánh tay
- Bộ nẹp vít xương cánh tay
- Bộ đinh nội tủy xương cánh tay

4. Hồ sơ bệnh án

Ghi đầy đủ chi tiết các lần thăm khám, hội chẩn, giải thích cho người bệnh và gia đình

5. Dự kiến thời gian phẫu thuật: 120 phút

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Tư thế người bệnh: Nằm ngửa, tay đặt ngang ra bàn mổ

2. Vô cảm:

Gây tê đám rối thần kinh cánh tay hoặc gây mê

3. Kỹ thuật:

- Đường mổ: Rạch da khoảng 10 - 20 cm (theo thương tổn phức tạp của xương) đường trước ngoài hoặc đường bên
- Phẫu tích tách qua vách gian cơ ngoài
- Bộc lộ và tách thần kinh quay. Thần kinh quay đi từ sau ra trước, từ trong ra ngoài đi xuyên qua vách gian cơ, theo rãnh thần kinh quay.
- Bộc lộ ổ gãy, làm sạch diện gãy
- Đặt lại xương, đặt nẹp vít và bắt vít (ít nhất trên và dưới ổ gãy 3 vít)
- Đối với đóng đinh nội tủy:
 - + Rạch da 2 - 3cm ngang máu động lớn và dùi ống tủy
 - + Rạch da 2 - 5cm trên mỏm khuỷu, dùi ống tủy trên hố khuỷu
- Kiểm tra ổ gãy, cầm máu, bơm rửa kỹ
- Đặt dẫn lưu nếu cần thiết, rút sau 24 - 48h
- Khâu phục hồi các lớp theo giải phẫu
- Băng vô khuẩn
- Túi treo tay hoặc nẹp bột cánh cẳng bàn tay khuỷu 90° trong 2 - 3 tuần

Chú ý:

- Phẫu tích thần kinh quay cẩn thận tránh liệt sau mổ, lưu ý động mạch cánh tay sâu đi kèm
- Nếu kiểm tra thấy đứt thần kinh quay do gãy xương, tiến hành KHX cánh tay rồi khâu phục hồi thần kinh

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

- Tụ máu, phù nề sau mổ
- Nhiễm trùng sau mổ
- Liệt thần kinh quay sau mổ: Do chấn thương cơ kéo trong mổ, garo kéo dài (liệt 3 dây)
- Sau khâu phục hồi thần kinh quay cần lý liệu pháp sớm tránh teo cơ, theo dõi ít nhất 6 tháng.

PHẪU THUẬT KHX GỠY TRÊN LÒI CẦU XƯƠNG CÁNH TAY

I. ĐẠI CƯƠNG

Gãy trên lồi cầu xương cánh tay là loại gãy phổ biến ở trẻ em. Đường gãy ngoài khớp, chỗ thành xương yếu. Thường gặp là cơ chế gãy duỗi, do ngã chống tay, chủ yếu gặp ở trẻ em. Ít gặp cơ chế gãy gấp, do ngã ngửa ra sau, chống khuỷu, gặp ở người lớn.

Gãy trên lồi cầu trẻ em thường điều trị nắn bó bột bảo tồn.

Phẫu thuật KHX trên lồi cầu bằng kim Kirschner/Kwire hoặc nẹp vít

Biến chứng hàng đầu có thể gặp: Tổn thương thần kinh, mạch máu, hạn chế vận động khuỷu

II. CHỈ ĐỊNH

- Điều trị bảo tồn thất bại
- Gãy di lệch, gãy phức tạp: Tổn thương mạch máu, thần kinh
- Gãy trên lồi cầu người lớn

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Đang có tình trạng nhiễm khuẩn
- Toàn trạng nặng vì đa chấn thương

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Phẫu thuật viên là bác sỹ chuyên khoa Chấn thương chỉnh hình

2. Người bệnh

Được giải thích đầy đủ về cuộc phẫu thuật, các tai biến, biến chứng có thể gặp trong và sau cuộc phẫu thuật (tổn thương thần kinh quay, khớp giả, tai biến do gây tê đám rối, gây mê...). Nhịn ăn trước 6 giờ

3. Phương tiện

- Bộ dụng cụ KHX cánh tay
- Bộ nẹp vít xương cánh tay
- Bộ kim Kirschner/Kwire

4. Hồ sơ bệnh án

Ghi đầy đủ chi tiết các lần thăm khám, hội chẩn, giải thích cho người bệnh và gia đình

5. Dự kiến thời gian phẫu thuật: 90 phút

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Tư thế người bệnh: Nằm ngửa, tay dạng vuông góc với thân mình và được đặt trên một bàn mổ riêng.

2. Vô cảm:

Gây tê đám rối thần kinh cánh tay hoặc gây mê

3. Kỹ thuật:

- Đường mổ: Rạch da khoảng 5 - 10 cm (theo thương tổn phức tạp của xương) đường ngoài
- Phẫu tích tách qua vách gian cơ ngoài
- Bộc lộ ổ gãy trên lồi cầu
- Làm sạch diện gãy
- Đặt lại xương, kết hợp xương bằng kim Kirschner/Kwire chéo ổ gãy hoặc đặt nẹp vít và bắt vít
- Kiểm tra ổ gãy, cầm máu, bơm rửa kỹ
- Đặt dẫn lưu nếu cần thiết, rút sau 24 - 48h
- Khâu phục hồi các lớp theo giải phẫu
- Băng vô khuẩn
- Túi treo tay hoặc nẹp bột cánh cẳng bàn tay khuỷu 90° trong 2 tuần

Chú ý:

- Phẫu tích kiểm tra và XỬ TRÍ tổn thương mạch máu, thần kinh có thể kết hợp đường mổ trong

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

- Tụ máu, phù nề sau mổ
- Nhiễm trùng sau mổ
- Liệt thần kinh sau mổ: Do chấn thương cơ kéo trong mổ, garo kéo dài (liệt 3 dây)
- Phục hồi chức năng sau mổ
- Hội chứng Volkmann (sau tổn thương mạch máu, thần kinh): Phục hồi chức năng, bột chỉnh duỗi dần, hoặc phẫu thuật kéo dài gân...

PHẪU THUẬT KHẸ GÃY LIÊN LÒI CẦU XƯƠNG CÁNH TAY

I. ĐẠI CƯƠNG

Gãy liên lồi cầu xương cánh tay là loại gãy nội khớp di lệch nhiều (lồi cầu và rỗng rọc) phổ biến ở người lớn. Gãy kiểu chữ T hoặc chữ V Gãy liên lồi cầu thường phải xử trí phẫu thuật

Phẫu thuật KHX liên lồi cầu bằng kim Kirschner/Kwire hoặc nẹp vít

Biến chứng hàng đầu có thể gặp: Tồn thương thần kinh, mạch máu, hạn chế vận động khuỷu

II. CHỈ ĐỊNH

- Gãy liên lồi cầu người lớn
- Điều trị bảo tồn thất bại

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Đang có tình trạng nhiễm khuẩn
- Toàn trạng nặng vì đa chấn thương

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Phẫu thuật viên là bác sỹ chuyên khoa Chấn thương chỉnh hình

2. Người bệnh

Được giải thích đầy đủ về cuộc phẫu thuật, các tai biến, biến chứng có thể gặp trong và sau cuộc phẫu thuật (tồn thương thần kinh quay, khớp giả, tai biến do gây tê đám rối, gây mê...). Nhịn ăn trước 6 giờ

3. Phương tiện

- Bộ dụng cụ KHX cánh tay
- Bộ nẹp vít xương cánh tay
- Bộ kim Kirschner/Kwire

4. Hồ sơ bệnh án

Ghi đầy đủ chi tiết các lần thăm khám, hội chẩn, giải thích cho người bệnh và gia đình

5. Dự kiến thời gian phẫu thuật: 90 phút

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Tư thế người bệnh:

+ Nằm ngửa, cánh tay đưa ra trước 90 độ, khuỷu gấp 90 độ, đặt trên thân mình, ôm qua ngực.

+ Nằm nghiêng về bên lành, tay vuông góc thân mình trên 1 giá đỡ riêng.

2. Vô cảm:

Gây tê đám rối thần kinh cánh tay hoặc gây mê

3. Kỹ thuật:

- Đường mổ: Rạch da khoảng 10 - 20 cm (theo thương tổn phức tạp của xương) đường sau cánh tay và qua mỏm khuỷu.
- Phẫu tích bộc lộ thần kinh trụ, giữ bằng lam mềm
- Cắt mỏm khuỷu hoặc cắt gân cơ tam đầu
- Bộc lộ đầu dưới xương cánh tay
- Làm sạch diện gãy và khớp khuỷu
- Đặt lại xương, kết hợp xương bằng kim Kirschner/Kwire chéo ổ gãy hoặc đặt nẹp vít và bắt vít (theo thứ tự ổ gãy liên lồi cầu - ổ gãy trên lồi cầu)
- KHX theo nguyên tắc 2 cột trụ trong và ngoài
- Kiểm tra ổ gãy, cầm máu, bơm rửa kỹ
- Đặt dẫn lưu nếu cần thiết, rút sau 24 - 48h
- Khâu phục hồi các lớp theo giải phẫu
- Néo ép lại mỏm khuỷu hoặc khâu lại gân cơ tam đầu
- Băng vô khuẩn
- Túi treo tay hoặc nẹp bột cánh cẳng bàn tay khuỷu 90° sau mổ.

Chú ý:

- Phẫu tích bộc lộ thần kinh trụ tránh tổn thương thứ phát
- Kết hợp xương vững chắc liên lồi cầu - liên lồi cầu (2 cột trụ trong ngoài)

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

- Tụ máu, phù nề sau mổ
- Nhiễm trùng sau mổ
- Liệt thần kinh sau mổ: do chấn thương cơ kéo trong mổ, garo kéo dài (liệt 3 dây)
- Phục hồi chức năng sau mổ

PHẪU THUẬT KHX GỠY MỎM KHUỠY

I. ĐẠI CƯƠNG

Gãy mỏm khuỷu là loại gãy nội khớp, thường do chấn thương trực tiếp. Mỏm khuỷu là nơi bám tận của gân cơ tam đầu cánh tay, sau chấn thương do lực co kéo nên thường gãy di lệch nhiều.

Gãy mỏm khuỷu thường phải xử trí phẫu thuật; Phẫu thuật KHX mỏm khuỷu néo ép bằng kim Kirschner/Kwire và chỉ thép hoặc nẹp vít.

Biên chứng hàng đầu có thể gặp: Hạn chế vận động khuỷu.

II. CHỈ ĐỊNH

- Gãy mỏm khuỷu di lệch, hoặc có trật khớp khuỷu
- Điều trị bảo tồn thất bại
- Nhu cầu vận động sớm

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Đang có tình trạng nhiễm khuẩn
- Toàn trạng nặng vì đa chấn thương

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Phẫu thuật viên là bác sỹ chuyên khoa Chấn thương chỉnh hình

2. Người bệnh

Được giải thích đầy đủ về cuộc phẫu thuật, các tai biến, biến chứng có thể gặp trong và sau cuộc phẫu thuật (tổn thương thần kinh quay, khớp giả, tai biến do gây tê đám rối, gây mê...). Nhịn ăn trước 6 giờ

3. Phương tiện

- Bộ dụng cụ KHX cẳng tay
- Bộ nẹp vít xương cẳng tay
- Bộ kim Kirschner/Kwire và chỉ thép

4. Hồ sơ bệnh án

Ghi đầy đủ chi tiết các lần thăm khám, hội chẩn, giải thích cho người bệnh và gia đình.

5. Dự kiến thời gian phẫu thuật: 90 phút

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Tư thế người bệnh: Nằm ngửa, tay đặt vuông góc với thân mình, ôm qua ngực

2. Vô cảm

Gây tê đám rối thần kinh cánh tay hoặc gây mê

3. Kỹ thuật

- Đường mổ: Rạch da khoảng 10 - 20 cm (theo thương tổn phức tạp của xương) đường sau xương trụ và qua mỏm khuỷu
- Bộc lộ đầu trên xương trụ và ổ gãy mỏm khuỷu
- Làm sạch diện gãy và khớp khuỷu
- Đặt lại xương, kết hợp xương néo ép bằng kim Kirschner/Kwire và chỉ thép hoặc đặt nẹp vít ôm mỏm khuỷu và bắt vít
- Kiểm tra ổ gãy, cầm máu, bơm rửa kỹ
- Đặt dẫn lưu nếu cần thiết, rút sau 24 - 48h
- Khâu phục hồi các lớp theo giải phẫu
- Băng vô khuẩn
- Túi treo tay hoặc nẹp bột cánh cẳng bàn tay khuỷu 90° trong 1 tuần

Chú ý:

- Phẫu tích tránh tổn thương thần kinh trụ
- Làm sạch khớp khuỷu, tránh xơ dính sau mổ

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

- Tụ máu, phù nề sau mổ
- Nhiễm trùng sau mổ
- Liệt thần kinh sau mổ: do chấn thương cơ kéo trong mổ, garo kéo dài (liệt 3 dây)
- Phục hồi chức năng sau mổ

PHẪU THUẬT KHẸ GÃY MỎM KHUỶU PHỨC TẠP

I. ĐẠI CƯƠNG

Gãy mỏm khuỷu là loại gãy nội khớp, thường do chấn thương trực tiếp. Mỏm khuỷu là nơi bám tận của gân cơ tam đầu cánh tay, sau chấn thương do lực

co kéo nên thường gãy di lệch nhiều. Gãy mỏm khuỷu phức tạp do cơ chế trực tiếp và gián tiếp, lực co cơ mạnh gây di lệch nhiều, trật khớp.

Gãy mỏm khuỷu phức tạp thường phải xử trí phẫu thuật. Phẫu thuật KHX mỏm khuỷu néo ép bằng kim Kirschner/Kwire và chỉ thép hoặc nẹp vít.

Biến chứng hàng đầu có thể gặp: hạn chế vận động khuỷu.

II. CHỈ ĐỊNH

- Gãy mỏm khuỷu phức tạp, di lệch, hoặc có trật khớp khuỷu, khớp quay trụ trên

- Điều trị bảo tồn thất bại

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Đang có tình trạng nhiễm khuẩn

- Toàn trạng nặng vì đa chấn thương

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Phẫu thuật viên là bác sỹ chuyên khoa Chấn thương chỉnh hình

2. Người bệnh

Được giải thích đầy đủ về cuộc phẫu thuật, các tai biến, biến chứng có thể gặp trong và sau cuộc phẫu thuật (tổn thương thần kinh quay, khớp giả, tai biến do gây tê đám rối, gây mê...). Nhịn ăn trước 6 giờ

3. Phương tiện

- Bộ dụng cụ KHX cẳng tay

- Bộ nẹp vít xương cẳng tay

- Bộ kim Kirschner/Kwire và chỉ thép

4. Hồ sơ bệnh án

Ghi đầy đủ chi tiết các lần thăm khám, hội chẩn, giải thích cho người bệnh và gia đình

5. Dự kiến thời gian phẫu thuật: 90 phút

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Tư thế người bệnh: Nằm ngửa, tay đặt vuông góc với thân mình, ôm qua ngực

2. Vô cảm:

Gây tê đám rối thần kinh cánh tay hoặc gây mê

3. Kỹ thuật:

- Đường mổ: Rạch da khoảng 10 - 20 cm (theo thương tổn phức tạp của xương) đường sau xương trụ và qua mỏm khuỷu.
- Bộc lộ rộng rãi đầu trên xương trụ và ổ gãy mỏm khuỷu, khớp quay trụ trên
- Làm sạch diện gãy và khớp khuỷu
- Đặt lại xương, đặt lại khớp khuỷu, khớp quay trụ trên, kết hợp xương néo ép bằng kim Kirschner/Kwire và chỉ thép hoặc đặt nẹp vít ôm mỏm khuỷu và bắt vít
- Trường hợp gãy phức tạp kèm trật khớp, có thể cố định khớp khuỷu, khớp quay trụ tạm thời bằng kim Kirschner/Kwire (rút sau 3 - 4 tuần)
- Kiểm tra ổ gãy, cầm máu, bơm rửa kỹ
- Đặt dẫn lưu nếu cần thiết, rút sau 24 - 48h
- Khâu phục hồi các lớp theo giải phẫu
- Băng vô khuẩn
- Túi treo tay hoặc nẹp bột cánh cẳng bàn tay khuỷu 90° trong 2 - 3 tuần

Chú ý:

- Phẫu tích tránh tổn thương thần kinh trụ
- Làm sạch khớp khuỷu, tránh xơ dính sau mổ

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

- Tụ máu, phù nề sau mổ
- Nhiễm trùng sau mổ
- Liệt thần kinh sau mổ: Do chấn thương co kéo trong mổ, garo kéo dài (liệt 3 dây)
- Phục hồi chức năng sau mổ tích cực

PHẪU THUẬT KẾT HỢP XƯƠNG GỠ ĐỘ III TRÊN VÀ LIÊN LÒI CẦU XƯƠNG ĐÙI

I. ĐẠI CƯƠNG

Gãy xương hở độ III (theo Gustilo): Là loại gãy hở mà vết thương phần mềm lớn trên 10 cm, xương gãy phức tạp, có thể tổn thương mạch máu, thần kinh. Tiên lượng gãy xương hở độ III rất nặng, tỷ lệ cắt cụt cao. Bao gồm:

- Độ IIIA: Phần mềm dập nát nhưng còn che phủ được xương.
- Độ IIIB: Mất phần mềm rộng, lộ xương, phẫu thuật cần phải chuyên vạt (vạt cơ, vạt da-cân...) để che xương.
- Độ IIIC: Kèm theo tổn thương mạch và thần kinh

Nguyên tắc chung của phẫu thuật kết hợp xương trong gãy hở độ III trên và liên lồi cầu (TLC, LLC) xương đùi là: Cắt lọc vết thương, làm sạch khớp gối, cố định xương vững, phục hồi mạch, thần kinh (nếu tổn thương), phòng và chống nhiễm khuẩn tốt.

II. CHỈ ĐỊNH

Gãy hở TLC, LLC xương đùi phải mổ cấp cứu. Tùy theo độ gãy hở mà có chỉ định riêng. Gãy hở độ IIIA: Cắt lọc phần mềm, phục hồi quan hệ khớp, kéo liên tục qua lồi củ trước xương chày.

Gãy hở độ IIIB: Cắt lọc phần mềm, phục hồi quan hệ khớp, phẫu thuật chuyên vạt che xương-khớp, cố định ngoài hoặc kéo liên tục qua lồi củ trước xương chày.

Gãy hở độ IIIC: Cắt lọc phần mềm, cố định ngoài để cố định xương và phục hồi mạch máu, thần kinh.

III. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện: Là phẫu thuật viên chấn thương chỉnh hình.

2. Người bệnh

Được giải thích đầy đủ về bệnh, về cuộc phẫu thuật, các tai biến có thể gặp trong và sau mổ (nhiễm trùng, hoại tử chi...).

Người bệnh hoặc đại diện gia đình kí cam đoan chấp nhận mổ.

3. Phương tiện

Bộ dụng cụ đại phẫu.

Bộ dụng cụ kết hợp xương chi dưới.

Khung cố định ngoài, nẹp vít chuyên dùng các cỡ, kim Kirschner các loại

4. Hồ sơ bệnh án: Theo quy định của Bộ Y tế.

5. Dự kiến thời gian phẫu thuật: 90 phút

IV. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Tư thế người bệnh: Nằm ngửa trên bàn mổ.

2. Vô cảm

Gây tê tủy sống, ngoài màng cứng hoặc gây mê.

3. Kỹ thuật tiến hành

Đánh rửa vết thương sạch bằng xà phòng vô khuẩn với nước muối sinh lý. Ga-rô gốc chi- tốt nhất với ga-rô hơi.

Thì cắt lọc phần mềm: cắt lọc mép vết thương ít nhất 2 mm, cắt bỏ tổ chức dập nát, làm sạch khớp gối (lấy dị vật, máu tụ...). Rạch rộng vết thương, tiếp tục cắt lọc phần mềm và rửa vùng mổ bằng nhiều nước muối sinh lý. Kiểm tra mạch máu và thần kinh (gãy hở độ IIIC).

Thì cố định xương: Làm sạch đầu xương bằng thìa nạo, kim găm xương. Rửa lại ổ mổ một lần nữa để đảm bảo khớp không còn dị vật.

Độ IIIA:

Nếu mặt khớp di lệch: Sửa di lệch, cố định bằng các kim Kirschner. Xuyên kim Kirchsner qua lồi củ trước xương chày để kéo liên tục.

Độ IIIB:

Nếu diện lộ xương ít: Dùng các vật da-cân lân cận xoay chuyển để che xương. Nếu diện lộ xương nhiều: Dùng vật cơ (cơ rộng, cơ sinh đôi...) chuyển để che.

Dùng khung cố định ngoài hoặc kéo liên tục qua lồi củ trước xương chày để cố định xương.

Độ IIIC:

Cố định ngay xương vững bằng khung cố định ngoài.

Phục hồi lưu thông mạch máu: khâu nối nếu vết thương bên, ghép mạch nếu mất đoạn. Tháo ga-rô để kiểm tra và cầm máu.

Đặt dẫn lưu vết thương (ngoài khớp). Phục hồi phần mềm.

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

Lắp móng ngựa, kéo trên khung Braune với trọng lượng bằng 1/6-1/8 trọng lượng cơ thể người bệnh.

Chảy máu sau mổ: Mở vết mổ lấy máu tụ, cầm máu, băng ép.

Theo dõi hàng ngày mạch mu chân và mạch ống gót.

Theo dõi và chăm sóc vết thương hàng ngày, nếu có nhiễm trùng: Tách vết thương, làm sạch và để hở.

Kháng sinh toàn thân liều cao.

Hướng dẫn cho người bệnh tập phục hồi chức năng cổ-bàn chân.

PHẪU THUẬT KẾT HỢP XƯƠNG GỠ ĐỘ I THÂN HAI XƯƠNG CẰNG TAY

I. ĐẠI CƯƠNG

Gãy hở độ I hai xương cẳng tay là loại gãy hở có vết thương nhỏ dưới 1 cm, gọn sạch. Loại này thường do cơ chế chấn thương gián tiếp: ngã chống tay, xương gãy chọc ra ngoài.

II. CHỈ ĐỊNH PHẪU THUẬT

Gãy hở hai xương cẳng tay người lớn

Gãy hở hai xương cẳng tay trẻ em di lệch

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Gãy hở độ I cẳng tay ở trẻ em không di lệch (gãy cành tươi)

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện: Là phẫu thuật viên chấn thương chỉnh hình.

2. Người bệnh

Được giải thích đầy đủ về bệnh, về cuộc phẫu thuật, các tai biến có thể gặp trong và sau mổ (nhiễm trùng, khớp giả...). Người bệnh hoặc đại diện gia đình kí cam đoan chấp nhận mổ.

3. Phương tiện

Bộ dụng cụ đại phẫu.

Bộ dụng cụ kết hợp xương chi trên.

Khoan Y tế, nẹp vít chuyên dùng các cỡ, đinh Rush, Kirschner... các loại

4. Hồ sơ bệnh án: Theo quy định của Bộ Y tế.

5. Dự kiến thời gian phẫu thuật: 90 phút

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Tư thế người bệnh: Nằm ngửa, tay dạng vuông góc với thân mình, kê trên một bàn mổ riêng.

2. Vô cảm

Gây tê đám rối thần kinh cánh tay hoặc gây mê toàn thân.

3. Kỹ thuật tiến hành

Đánh rửa sạch chi trên từ nách đến bàn tay, cạo lông, cắt móng tay...

Ga-rô gốc chi, tốt nhất với ga-rô hơi. Áp lực 250 mmHg.

Thì xử trí phần mềm và rạch da:

Cắt lọc mép vết thương ít nhất 2 mm, cắt bỏ tổ chức dập nát. Rạch rộng vết thương, tiếp tục cắt lọc phần mềm và rửa vùng mổ bằng nhiều nước muối sinh lý

Rạch da: xương quay theo đường Henry hoặc đường Thompson. Xương trụ rạch da dọc theo mào trụ.

Thì can thiệp về xương

Làm sạch hai đầu xương gãy, bơm rửa huyết thanh, Betadin

Đặt lại xương, giữ ổ gãy bằng dụng cụ giữ xương

Cố định ổ gãy bằng nẹp - vít hoặc đinh Rush

Dẫn lưu ổ gãy, ống dẫn lưu cỡ 14-16F

Thì đóng vết mổ: Theo các lớp giải phẫu

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

Theo dõi sau mổ: Mạch quay, mạch trụ, ống dẫn lưu 30'/lần trong 6h đầu sau mổ

Theo dõi và chăm sóc vết thương hàng ngày, nếu có nhiễm trùng: Tách vết thương, làm sạch và để hở.

Chảy máu sau mổ: Mở vết mổ lấy máu tụ, cầm máu, băng ép.

Gác tay cao, tập vận động cổ và bàn ngón tay, vận động khuỷu.

PHẪU THUẬT KẾT HỢP XƯƠNG GỠ HỞ ĐỘ II THÂN HAI XƯƠNG CẰNG TAY

I. ĐẠI CƯƠNG

Gãy hở độ II hai xương cẳng tay là loại gãy hở có vết thương trên 2 cm, gọn sạch (theo Gustilo). Nếu gãy hở đến sớm trước 6 giờ chỉ định kết hợp xương ngay, nếu đến muộn thì cắt lọc, bất động bột, mổ kết hợp xương thì 2.

II. CHỈ ĐỊNH PHẪU THUẬT với tất cả loại gãy hở độ 2 hai xương cẳng tay.

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

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện: Phẫu thuật viên chấn thương chỉnh hình.

2. Người bệnh

Được giải thích đầy đủ về bệnh, về cuộc phẫu thuật, các tai biến có thể gặp trong và sau mổ (nhiễm trùng, khớp giả...). Người bệnh hoặc đại diện gia đình kí cam đoan chấp nhận mổ.

3. Phương tiện

Bộ dụng cụ đại phẫu.

Bộ dụng cụ kết hợp xương chi trên.

Khoan Y tế, nẹp vít chuyên dùng các cỡ, đinh Rush, Kirschner... các loại

4. Hồ sơ bệnh án: Theo quy định của Bộ Y tế.

5. Dự kiến thời gian phẫu thuật: 90 phút

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Tư thế người bệnh: Nằm ngửa, tay giạng vuông góc với thân mình, kê trên một bàn mổ riêng.

2. Vô cảm: Gây tê đám rối thần kinh cánh tay hoặc gây mê nội khí quản

3. Kỹ thuật tiến hành

Đánh rửa sạch chi trên từ nách đến bàn tay, cạo lông, cắt móng tay...

Ga-rô gốc chi, tốt nhất với ga-rô hơi. Áp lực 250 mmHg.

Thì xử trí phần mềm và rạch da:

Cắt lọc mép vết thương ít nhất 2 mm, cắt bỏ tổ chức dập nát. Rạch rộng vết thương, tiếp tục cắt lọc phần mềm và rửa vùng mổ bằng nhiều nước muối sinh lý

Rạch da: Xương quay theo đường Henry hoặc đường Thompson. Xương trụ rạch da dọc theo mào trụ.

Thì can thiệp về xương:

Làm sạch hai đầu xương gãy, bơm rửa huyết thanh, Betadin

Đặt lại xương, giữ ổ gãy bằng dụng cụ giữ xương.

Nếu người bệnh đến muộn: Bó bột cánh-cẳng-bàn tay rạch dọc, khuỷu tay gấp tư thế 90 độ, cẳng tay ngửa.

Nếu người bệnh đến sớm, tình trạng toàn thân tốt: kết hợp xương bằng nẹp - vít hoặc đinh Rush

Dẫn lưu ổ gãy, ống dẫn lưu cỡ 14-16F.

Thì đóng vết mổ theo các lớp giải phẫu

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

Theo dõi sau mổ: Mạch quay, mạch trụ, ống dẫn lưu 30'/lần trong 6h đầu sau mổ

Theo dõi và chăm sóc vết thương hàng ngày, nếu có nhiễm trùng: Tách vết thương, làm sạch và để hở.

Chảy máu sau mổ: Mở vết mổ lấy máu tụ, cầm máu, băng ép.

Gác tay cao, tập vận động cổ và bàn ngón tay, vận động khuỷu.

PHẪU THUẬT KẾT HỢP XƯƠNG GÃY HỞ ĐỘ III THÂN HAI XƯƠNG CẰNG TAY

I. ĐẠI CƯƠNG

Gãy hở độ III hai xương cẳng tay là loại gãy hở rất nặng, vết thương rộng trên 10 cm, dập nát tổ chức phần mềm nhiều. Loại này gây ra nhiều biến chứng: Nhiễm trùng, hạn chế chức năng sấp ngửa cẳng tay, cứng khớp khuỷu và khớp cổ tay...Gãy hở độ IIIC 2 xương cẳng tay có tỷ lệ cắt cụt chi cao.

II. CHỈ ĐỊNH PHẪU THUẬT

Tất cả loại gãy hở độ III hai xương cẳng tay đều phải phẫu thuật cấp cứu. Chỉ định chung cho gãy hở độ III: Cắt lọc tổ chức phần mềm, cố định ngoài (đây là phương pháp tốt nhất, nếu có) hoặc bó bột cánh- cẳng- bàn tay, kết hợp xương thì sau.

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

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện: Là phẫu thuật viên chấn thương chỉnh hình.

2. Người bệnh

Được giải thích đầy đủ về bệnh, về cuộc phẫu thuật, các tai biến có thể gặp trong và sau mổ (nhiễm trùng, khớp giả...).

Người bệnh hoặc đại diện gia đình kí cam đoan chấp nhận mổ.

3. Phương tiện

Bộ dụng cụ đại phẫu.

Bộ dụng cụ kết hợp xương chi trên.

Khoan Y tế, khung cố định ngoài chuyên dùng cho cẳng tay.

4. Hồ sơ bệnh án: Theo quy định của bộ Y tế.

5. Dự kiến thời gian phẫu thuật: 90 phút

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Tư thế người bệnh: Nằm ngửa, tay giạng vuông góc với thân mình, kê trên một bàn mổ riêng.

2. Vô cảm: Gây tê đám rối thần kinh cánh tay hoặc gây mê nội khí quản

3. Kỹ thuật tiến hành

Đánh rửa sạch chi trên từ nách đến bàn tay, cạo lông, cắt móng tay...

Ga-rô gốc chi, tốt nhất với ga-rô hơi. Áp lực 250 mmHg.

Thì xử trí phần mềm:

Cắt lọc mép vết thương ít nhất 2 mm, cắt bỏ tổ chức dập nát. Rạch rộng vết thương, tiếp tục cắt lọc phần mềm và rửa vùng mổ bằng nhiều nước muối sinh lý. Phục hồi gân, thần kinh và mạch máu.

Thì can thiệp về xương:

Làm sạch hai đầu xương gãy, bơm rửa huyết thanh, ô xy già... Đặt lại xương thẳng trục chi.

Cố định xương bằng khung cố định ngoài (nếu có) Dẫn lưu ổ gãy, ống dẫn lưu cỡ 14-16F.

Thì đóng vết mổ theo các lớp giải phẫu.

Bó bột cánh- cẳng-bàn tay (nếu không có khung cố định ngoài), để khuỷu ở tư thế cơ năng.

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

Theo dõi sau mổ: Mạch quay, mạch trụ, ống dẫn lưu 30'/lần trong 6h đầu sau mổ

Theo dõi và chăm sóc vết thương hàng ngày, nếu có nhiễm trùng: Tách vết thương, làm sạch và để hở.

Chảy máu sau mổ: Mở vết mổ lấy máu tụ, cầm máu, băng ép.

Gác tay cao, tập vận động cổ và bàn ngón tay, vận động khuỷu.

PHẪU THUẬT KẾT HỢP XƯƠNG GÃY HỞ ĐỘ I THÂN XƯƠNG CÁNH TAY

I. ĐẠI CƯƠNG

Gãy hở độ I thân xương cánh tay là loại gãy hở có vết thương nhỏ dưới 1 cm, gọn sạch. Loại này thường do cơ chế chấn thương gián tiếp, xương gãy chéo vát chọc ra ngoài.

II. CHỈ ĐỊNH PHẪU THUẬT

Phẫu thuật kết hợp xương gãy hở độ I thân xương cánh tay người lớn.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Phẫu thuật kết hợp xương gãy hở độ I thân xương cánh tay ở trẻ em

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện: Là phẫu thuật viên chấn thương chỉnh hình.

2. Người bệnh

Được giải thích đầy đủ về bệnh, về cuộc phẫu thuật, các tai biến có thể gặp trong và sau mổ (nhiễm trùng, khớp giả...). Người bệnh hoặc đại diện gia đình kí cam đoan chấp nhận mổ.

3. Phương tiện

Bộ dụng cụ đại phẫu.

Bộ dụng cụ kết hợp xương chi trên.

Khoan Y tế, nẹp vít cánh tay các cỡ, đinh Rush các cỡ.

4. Hồ sơ bệnh án: Theo quy định của bộ Y tế.

5. Dự kiến thời gian phẫu thuật: 90 phút

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Tư thế người bệnh: Nằm ngửa, tay giạng vuông góc với thân mình, kê trên một bàn mổ riêng.

2. Vô cảm: Gây tê đám rối thần kinh cánh tay hoặc gây mê nội khí quản

3. Kỹ thuật tiến hành

Đánh rửa sạch chi trên từ bàn tay đến nách và một phần ngực bên cánh tay gãy, cạo lông, cắt móng tay...

Thì xử trí phần mềm:

Cắt lọc mép vết thương ít nhất 2 mm, cắt bỏ tổ chức dập nát. Rạch rộng vết thương theo trục chi, tiếp tục cắt lọc phần mềm và rửa vùng mổ bằng nhiều nước muối sinh lý.

Đường rạch tùy theo vị trí vết thương và phải thuận tiện cho việc kết hợp xương. Phẫu tích thần kinh quay, tránh làm tổn thương.

Thì can thiệp về xương:

Làm sạch hai đầu xương gãy, bơm rửa huyết thanh, ô xy già... Đặt lại xương thẳng trục chi.

Kết hợp xương bằng nẹp vít hoặc đinh Rush

Dẫn lưu ổ gãy, ống dẫn lưu cỡ 16-18F.

Thì đóng vết mổ theo các lớp giải phẫu.

Tăng cường nẹp bột cánh- cẳng-bàn tay, để khuỷu ở tư thế cơ năng.

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

Theo dõi sau mổ: Mạch quay, mạch trụ, ống dẫn lưu 30'/lần trong 6h đầu sau mổ

Theo dõi và chăm sóc vết thương hàng ngày, nếu có nhiễm trùng: Tách vết thương, làm sạch và để hở.

Chảy máu sau mổ: Mở vết mổ lấy máu tụ, cầm máu, băng ép.

Gác tay cao, tập vận động cổ và bàn ngón tay, vận động khuỷu.

PHẪU THUẬT KẾT HỢP XƯƠNG GỠ HỞ ĐỘ II THÂN XƯƠNG CÁNH TAY

I. ĐẠI CƯƠNG

Gãy hở độ II thân xương cánh tay là loại gãy hở có vết thương trên 2 cm, gọn sạch (theo Gustilo). Nếu gãy hở đến sớm trước 6 giờ chỉ định kết hợp xương ngay, nếu đến muộn thì cắt lọc, bất động bột, mổ kết hợp xương thì 2.

II. CHỈ ĐỊNH PHẪU THUẬT với tất cả loại gãy hở độ II thân xương cánh tay.

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

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện: Là phẫu thuật viên chấn thương chỉnh hình.

2. Người bệnh

Được giải thích đầy đủ về bệnh, về cuộc phẫu thuật, các tai biến có thể gặp trong và sau mổ (nhiễm trùng, khớp giả...). Người bệnh hoặc đại diện gia đình kí cam đoan chấp nhận mổ.

3. Phương tiện

Bộ dụng cụ đại phẫu.

Bộ dụng cụ kết hợp xương chi trên.

Khoan Y tế, nẹp vít cánh tay các cỡ, đinh Rush các cỡ.

4. Hồ sơ bệnh án: Theo quy định của bộ Y tế.

5. Dự kiến thời gian phẫu thuật: 90 phút

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Tư thế người bệnh: Nằm ngửa, tay giạng vuông góc với thân mình, kê trên một bàn mổ riêng.

2. Vô cảm: Gây tê đám rối thần kinh cánh tay hoặc gây mê nội khí quản

3. Kỹ thuật tiến hành

Đánh rửa sạch từ bàn tay đến nách và một phần ngực bên cánh tay gãy, cạo lông, cắt móng tay...

Thì xử trí phần mềm:

Cắt lọc mép vết thương ít nhất 2 mm, cắt bỏ tổ chức dập nát. Rạch rộng vết thương theo trục chi, tiếp tục cắt lọc phần mềm và rửa vùng mổ bằng nhiều nước muối sinh lý.

Đường rạch tùy theo vị trí vết thương và phải thuận tiện cho việc kết hợp xương. Phẫu tích thần kinh quay, tránh làm tổn thương.

- Thì can thiệp về xương:

Làm sạch hai đầu xương gãy, bơm rửa huyết thanh, ô xy già...

Đặt lại xương thẳng trục chi.

Kết hợp xương bằng nẹp vít hoặc đinh Rush

Dẫn lưu ổ gãy, ống dẫn lưu cỡ 16-18F.

Thì đóng vết mổ theo các lớp giải phẫu.

Tăng cường nẹp bột cánh- cẳng-bàn tay, để khuỷu ở tư thế cơ năng.

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

Theo dõi sau mổ: Mạch quay, mạch trụ, ống dẫn lưu 30'/lần trong 6h đầu sau mổ

Theo dõi và chăm sóc vết thương hàng ngày, nếu có nhiễm trùng: Tách vết thương, làm sạch và để hở.

Chảy máu sau mổ: Mở vết mổ lấy máu tụ, cầm máu, băng ép.

Gác tay cao, tập vận động cổ và bàn ngón tay, vận động khuỷu.

PHẪU THUẬT KẾT HỢP XƯƠNG GÃY HỞ ĐỘ

III THÂN XƯƠNG CÁNH TAY

I. ĐẠI CƯƠNG

Gãy hở độ III thân xương cánh tay là loại gãy hở rất nặng, vết thương rộng trên 10 cm, dập nát tổ chức phần mềm nhiều. Loại này gây ra nhiều biến

chứng: nhiễm trùng, hạn chế chức năng cánh, căng tay, cứng khớp khuỷu và vai... Gãy hở độ IIC thân xương cánh tay có tỷ lệ cắt cụt chi cao.

II. CHỈ ĐỊNH PHẪU THUẬT

Mở cấp cứu với tất cả loại gãy hở độ III thân xương cánh tay. Chỉ định chung cho gãy hở độ III: cắt lọc tổ chức phần mềm, cố định ngoài (đây là phương pháp tốt nhất, nếu có) hoặc bó bột cánh- cẳng- bàn tay ôm vai, kết hợp xương thì sau.

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

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện: Là phẫu thuật viên chấn thương chỉnh hình.

2. Người bệnh

Được giải thích đầy đủ về bệnh, về cuộc phẫu thuật, các tai biến có thể gặp trong và sau mổ (nhiễm trùng, khớp giả, hoại tử chi do tổn thương mạch...). Người bệnh hoặc đại diện gia đình kí cam đoan chấp nhận mổ.

3. Phương tiện

Bộ dụng cụ đại phẫu.

Bộ dụng cụ kết hợp xương chi trên.

Khoan Y tế, khung cố định ngoài.

4. Hồ sơ bệnh án theo quy định của bộ Y tế.

5. Dự kiến thời gian phẫu thuật: 90 phút

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Tư thế người bệnh: Nằm ngửa, tay giạng vuông góc với thân mình, kê trên một bàn mổ riêng.

2. Vô cảm: Gây tê đám rối thần kinh cánh tay hoặc gây mê nội khí quản

3. Kỹ thuật tiến hành

Đánh rửa sạch từ bàn tay đến nách và một phần ngực bên cánh tay gãy, cạo lông, cắt móng tay...

Thì xử trí phần mềm:

Cắt lọc mép vết thương ít nhất 2 mm, cắt bỏ tổ chức dập nát. Rạch rộng vết thương theo trục chi, tiếp tục cắt lọc phần mềm và rửa vùng mổ bằng nhiều nước muối sinh lý.

Đường rạch tùy theo vị trí vết thương và phải thuận tiện cho việc đặt khung cố định ngoài. Phẫu tích kiểm tra thần kinh quay, tránh làm tổn thương. Nếu có tổn thương mạch, thần kinh cần phải phục hồi.

Thì can thiệp về xương:

Làm sạch hai đầu xương gãy, bơm rửa huyết thanh, ô xy già...

Đặt lại xương thẳng trục chi.

Lắp khung cố định ngoài để bất động xương.

Dẫn lưu ổ gãy, ống dẫn lưu cỡ 16-18F.

Thì đóng vết mổ theo các lớp giải phẫu.

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

Theo dõi sau mổ: Mạch quay, mạch trụ, ống dẫn lưu 30'/lần trong 6h đầu sau mổ

Theo dõi và chăm sóc vết thương hàng ngày, nếu có nhiễm trùng: Tách vết thương, làm sạch và để hở.

Chảy máu sau mổ: Mở vết mổ lấy máu tụ, cầm máu, băng ép.

Gác tay cao, tập vận động cổ và bàn ngón tay, vận động khuỷu.

PHẪU THUẬT KẾT HỢP XƯƠNG GỠ HỠ LIÊN LÒI CẦU XƯƠNG CÁNH TAY

I. ĐẠI CƯƠNG

Gãy hở độ liên lòe cầu (LLC) xương cánh tay hay gặp ở người trưởng thành, là loại gãy hở nặng, thường do cơ chế chấn thương trực tiếp.

Loại này gây ra nhiều biến chứng và di chứng: tổn thương mạch máu cánh tay, thần kinh quay, thần kinh giữa, hay bị dính khớp khuỷu, hạn chế chức năng sấp ngửa cẳng tay.

II. CHỈ ĐỊNH PHẪU THUẬT

Mổ cấp cứu với tất cả loại gãy hở LLC xương cánh tay. Chỉ định chung:

Gãy hở độ I, II đến sớm: Cắt lọc tổ chức phần mềm, đặt lại xương và kết hợp bằng nẹp vít hoặc kim Kirschner.

Gãy hở độ III: Cắt lọc tổ chức phần mềm, đặt lại xương và bó bột cánh-cẳng- bàn tay ôm vai, kết hợp xương thì sau.

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

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện: Là phẫu thuật viên chấn thương chỉnh hình.

2. Người bệnh

Được giải thích đầy đủ về bệnh, về cuộc phẫu thuật, các tai biến có thể gặp trong và sau mổ (nhiễm trùng, khớp giả, hoại tử chi do tổn thương mạch...). Người bệnh hoặc đại diện gia đình kí cam đoan chấp nhận mổ.

3. Phương tiện:

Bộ dụng cụ đại phẫu.

Bộ dụng cụ kết hợp xương chi trên.

Khoan Y tế, nẹp vít chuyên dùng cho vùng khuỷu, kim Kirschner các cỡ.

4. Hồ sơ bệnh án: Theo quy định của bộ Y tế.

5. Dự kiến thời gian phẫu thuật: 90 phút

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Tư thế người bệnh: Nằm ngửa, tay giạng vuông góc với thân mình, kê trên một bàn mổ riêng.

2. Vô cảm: Gây tê đám rối thần kinh cánh tay hoặc gây mê nội khí quản

3. Kỹ thuật tiến hành

Đánh rửa sạch từ bàn tay đến nách, cạo lông, cắt móng tay...

Ga-rô gốc chi, tốt nhất với ga-rô hơi. Áp lực 250 mmHg.

Thì xử trí phần mềm:

Cắt lọc mép vết thương ít nhất 2 mm, cắt bỏ tổ chức dập nát. Rạch rộng vết thương theo trục chi, tiếp tục cắt lọc phần mềm và rửa vùng mổ bằng nhiều nước muối sinh lý.

Đường rạch tùy theo vị trí vết thương và phải thuận tiện cho việc đặt nẹp vít. Phẫu tích kiểm tra mạch máu và thần kinh, tránh làm tổn thương. Nếu có tổn thương mạch, thần kinh cần phải phục hồi.

Thì can thiệp về xương:

Làm sạch diện gãy, bơm rửa huyết thanh, bê-ta-đin...

Đặt lại diện LLC, găm kim Kirschner để giữ tạm, đặt nẹp vít ở bờ ngoài đầu dưới xương cánh tay để kết hợp xương.

Dẫn lưu ổ gãy, ống dẫn lưu cỡ 16-18F.

Thì đóng vết mổ theo các lớp giải phẫu.

Tăng cường bột cánh-cẳng-bàn tay với khuỷu gấp 90 độ

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

Theo dõi sau mổ: Mạch quay, mạch trụ, ống dẫn lưu 30'/lần trong 6h đầu sau mổ

Theo dõi và chăm sóc vết thương hàng ngày, nếu có nhiễm trùng: Tách vết thương, làm sạch và để hở.

Chảy máu sau mổ: Mở vết mổ lấy máu tụ, cầm máu, băng ép.

Gác tay cao, tập vận động cổ và bàn ngón tay, vận động khuỷu.

PHẪU THUẬT KHẸ GỠ ĐÀI QUAY

I. ĐẠI CƯƠNG

Gãy đài quay hay gặp, chiếm 30% gãy xương vùng khuỷu. Khoảng 30% có tổn thương phối hợp: gãy lồi cầu trong, gãy mỏm vẹt, tổn thương thần kinh. Phân loại theo Mason có 4 loại:

Loại 1: Gãy không di lệch

Loại 2: Gãy di lệch

Loại 3: Gãy nhiều mảnh khó hồi phục

Loại 4: Gãy kèm theo trật khớp

Có thể điều trị bảo tồn cho những gãy ít lệch. Lấy bỏ đài quay hay thay đài quay trong gãy phức tạp không có khả năng phục hồi. Phẫu thuật KHX giúp phục hồi cơ năng tốt. Biến chứng hay gặp là liệt quay thấp và hạn chế vận sắp-ngửa.

II. CHỈ ĐỊNH

- Gãy có mảnh rời to di lệch.
- Gãy kèm theo tổn thương phối hợp cần giải quyết: trật khớp khuỷu, có mảnh kẹt khớp.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Tại chỗ bị rối loạn dinh dưỡng, phỏng nước.
- Toàn thân: Tình trạng nhiễm khuẩn, sốc vì đa chấn thương.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Phẫu thuật viên là bác sĩ chuyên khoa chấn thương chỉnh hình.

2. Người bệnh

Được giải thích đầy đủ về cuộc phẫu thuật, các tai biến, biến chứng có thể gặp trong và sau cuộc phẫu thuật (tổn thương thần kinh quay, hạn chế vận động khuỷu, tai biến do gây tê đám rối...). Nhịn ăn trước 6 giờ.

3. Phương tiện

- Bộ dụng cụ kết hợp xương cho xương cẳng tay.
- Bộ nẹp vít mini hoặc kim Kirschner nhỏ.

4. Hồ sơ bệnh án

Ghi đầy đủ, chi tiết các lần thăm khám, hội chẩn, giải thích cho người bệnh và gia đình.

5. Dự kiến thời gian phẫu thuật: 90 phút

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Tư thế người bệnh

Nằm ngửa, cánh tay dạng, khuỷu gấp 90°.

2. Vô cảm

Gây tê đám rối thần kinh cánh tay hoặc gây mê.

3. Kỹ thuật

- Đường mổ: Rạch da đường ngoài khoảng 7cm từ lồi cầu ngoài xương cánh tay đến đầu trên xương quay.

- Rạch lớp cân sâu theo đường rạch da. Vào khoang giữa cơ khuỷu và cơ duỗi cổ tay trụ bộc lộ bao khớp và dây chằng vòng.

- Tránh làm tổn thương thần kinh quay (thần kinh gian cốt sau): Sấp cẳng tay, rạch bao khớp đi ra phía sau và không phẫu tích quá xa xuống dưới dây chằng vòng.

- Bộc lộ rõ diện gãy, làm sạch.

- Đặt lại xương. Cố định diện gãy bằng nẹp vít mini, vít tự do hoặc kim Kirschner nhỏ tùy thuộc vào kích thước và hình dạng mảnh gãy.

- Rửa vùng mổ, kiểm tra cầm máu.

- Đặt một dẫn lưu 48h.

- Khâu phục hồi các lớp cơ, cân, da theo giải phẫu.

- Băng vô khuẩn.

- Nẹp bột cẳng bàn tay khuỷu 90° trong 10 ngày.

V. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

1. Tụ máu, phù nề sau mổ.

2. Nhiễm khuẩn sau mổ.

3. liệt thần kinh quay: Có thể do chấn thương, garo hoặc co kéo trong mổ.

PHẪU THUẬT KHẸ GỠ ĐÀI QUAY PHỨC TẠP

I. ĐẠI CƯƠNG

Gãy đài quay hay gặp, chiếm 30% gãy xương vùng khuỷu. Khoảng 30% có tổn thương phối hợp: gãy lồi cầu trong, gãy mỏm vẹt, tổn thương thần kinh. Phân loại theo Mason có 4 loại:

Loại 1: Gãy không di lệch

Loại 2: Gãy di lệch

Loại 3: Gãy nhiều mảnh khó hồi phục

Loại 4: Gãy kèm theo trật khớp

Gãy đài quay phức tạp thuộc loại 3 theo phân loại Mason. Phẫu thuật KHX là khó khăn.

Phẫu thuật lấy bỏ hoặc thay đài quay nhân tạo có thể được xem xét chỉ định.

Biến chứng hay gặp là liệt quay thấp và hạn chế vận sấp-ngửa và vận động khuỷu.

II. CHỈ ĐỊNH

- Gãy di lệch, các mảnh đủ lớn để đưa dụng cụ KHX vào (dựa vào CT scan).

- Gãy kèm theo tổn thương phối hợp cần giải quyết: trật khớp khuỷu, có mảnh kẹt khớp.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Tại chỗ bị rối loạn dinh dưỡng, phỏng nước.

- Toàn thân: tình trạng nhiễm khuẩn, sốc vì đa chấn thương.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Phẫu thuật viên là bác sĩ chuyên khoa chấn thương chỉnh hình.

2. Người bệnh

Được giải thích đầy đủ về cuộc phẫu thuật, các tai biến, biến chứng có thể gặp trong và sau cuộc phẫu thuật (tổn thương thần kinh quay, hạn chế vận động khuỷu, tai biến do gây tê đám rối...). Nhịn ăn trước 6 giờ.

3. Phương tiện

- Bộ dụng cụ kết hợp xương cho xương cẳng tay.

- Bộ nẹp vít mini hoặc kim nhỏ.

4. Hồ sơ bệnh án

Ghi đầy đủ, chi tiết các lần thăm khám, hội chẩn, giải thích cho người bệnh và gia đình.

5. Dự kiến thời gian phẫu thuật: 90 phút

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Tư thế người bệnh

Nằm ngửa, cánh tay dạng, khuỷu gấp 90°.

2. Vô cảm

Gây tê đám rối thần kinh cánh tay hoặc gây mê.

3. Kỹ thuật

- Đường mổ: Rạch da đường ngoài khoảng 7cm từ lồi cầu ngoài xương cánh tay đến đầu trên xương quay.

- Rạch lớp cân sâu theo đường rạch da. Vào khoang giữa cơ khuỷu và cơ duỗi cổ tay trụ bọc lộ bao khớp và dây chằng vòng.

- Tránh làm tổn thương thần kinh quay (thần kinh gian cốt sau): Sấp cẳng tay, rạch bao khớp đi ra phía sau và không phẫu tích quá xa xuống dưới dây chằng vòng.

- Bọc lộ rõ diện gãy.

- Đặt lại các mảnh gãy, cố định bằng vít mini hoặc kim nhỏ.

- Rửa vùng mổ, kiểm tra cầm máu.

- Đặt một dẫn lưu 48h.

- Khâu phục hồi các lớp cơ, cân, da theo giải phẫu.

- Băng vô khuẩn.

- Nẹp bột cánh cẳng bàn tay khuỷu 90° trong 10 ngày.

V. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

1. Tụ máu, phù nề sau mổ.

2. Nhiễm khuẩn sau mổ.

3. liệt thần kinh quay: Có thể do chấn thương, garo hoặc co kéo trong mổ.

PHẪU THUẬT TẠO HÌNH CỨNG KHỚP CỔ TAY SAU CHẤN THƯƠNG

I. ĐẠI CƯƠNG

Sự tiến bộ của phẫu thuật với xu hướng phẫu thuật tái tạo thì phẫu thuật làm cứng khớp cổ tay ít được thực hiện hơn so với vài thập kỷ trước.

Có các phương pháp như vít, đinh Steinmann, nẹp vít. Năm 1970, nhóm AO mô tả 1 loại nẹp nén động giúp cố định vững. Từ đó đến nay kỹ thuật này được sử dụng phổ biến nhất.

Các biến chứng có thể gặp: tổn thương gân, nhiễm trùng, hạn chế vận động khớp bàn ngón, đau tái phát hoặc không liền diện sụn.

II. CHỈ ĐỊNH

- Đau do thoái hóa khớp sau chấn thương.
- Gãy nội khớp phức tạp.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Trẻ em dưới 10 tuổi.
- Thường không chỉ định cho bệnh nhân lớn tuổi hoặc bệnh viêm khớp dạng thấp.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Phẫu thuật viên là bác sĩ chuyên khoa chấn thương chỉnh hình.

2. Người bệnh

Được giải thích đầy đủ về cuộc phẫu thuật, các tai biến, biến chứng có thể gặp trong và sau cuộc phẫu thuật (tổn thương thần kinh quay, hạn chế vận động khuỷu, tai biến do gây tê đám rối...). Nhịn ăn trước 6 giờ.

3. Phương tiện

- Bộ dụng cụ kết hợp xương cho xương cẳng tay.
- Bộ nẹp vít mini hoặc kim nhỏ.

4. Hồ sơ bệnh án

Ghi đầy đủ, chi tiết các lần thăm khám, hội chẩn, giải thích cho người bệnh và gia đình.

5. Dự kiến thời gian phẫu thuật: 90 phút

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Tư thế người bệnh:

Nằm ngửa, tay dạng, cẳng tay sấp.

2. Vô cảm

Gây tê đám rối thần kinh cánh tay hoặc gây mê.

3. Kỹ thuật

- Đường mổ: Rạch da hình cong phía mu tay ngay trên khớp quay-trụ dưới khoảng 3 cm đến giữa đốt bàn ngón 3.

- Tìm và bảo vệ nhánh thần kinh bì.
- Vén gân duỗi chung các ngón sang 1 bên và gân duỗi dài ngón cái sang 1 bên.
- Đục phần xương cho phẳng để đặt nẹp và lấy hết sạch phần sụn khớp.
- Đặt nẹp với cổ tay ở vị trí duỗi cổ tay khoảng 10-20 độ và nghiêng trụ khoảng 5 độ.
- Bắt vít để cố định nẹp: Phần xương bàn ngón 3 và xương quay 3 vít và phần khớp cổ tay 1 vít
- Rửa vùng mổ, kiểm tra cầm máu.
- Khâu phục hồi các lớp bao khớp, gân, da theo giải phẫu.
- Băng vô khuẩn.
- Nẹp bột cánh cẳng bàn tay theo tư thế đặt nẹp khoảng 2-3 tuần.

V. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

1. Tụ máu và phù nề sau mổ.
2. Nhiễm khuẩn sau mổ.
3. Đứt gân duỗi hoặc dính gân.

PHẪU THUẬT KHX GÃY ĐÀU DƯỚI XƯƠNG QUAY

I. ĐẠI CƯƠNG

Gãy đầu dưới xương quay rất phổ biến, chiếm 16% tất cả gãy xương điều trị ở phòng cấp cứu và chiếm 75% tất cả gãy xương cẳng tay.

Có thể điều trị bảo tồn nắn bột hoặc nắn kín rồi cố định diện gãy bằng kim Kirschner chéo diện gãy hay kỹ thuật Kapandji. Phẫu thuật KHX nẹp vít giúp bệnh nhân vận động được sớm và phục hồi cơ năng tốt.

Biến chứng hay gặp là can lệch và tổn thương thần kinh giữa.

II. CHỈ ĐỊNH

- Gãy di lệch hoặc điều trị bảo tồn thất bại
- Có biến chứng như can lệch, tổn thương thần kinh quay...

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Tại chỗ bị rối loạn dinh dưỡng, phỏng nước.
- Toàn thân: Tình trạng nhiễm khuẩn, sốc vì đa chấn thương.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Phẫu thuật viên là bác sĩ chuyên khoa chấn thương chỉnh hình.

2. Người bệnh

Được giải thích đầy đủ về cuộc phẫu thuật, các tai biến, biến chứng có thể gặp trong và sau cuộc phẫu thuật (tổn thương thần kinh quay, hạn chế vận động khuỷu, tai biến do gây tê đám rối...). Nhịn ăn trước 6 giờ.

3. Phương tiện

- Bộ dụng cụ kết hợp xương cho xương cẳng tay.
- Bộ nẹp vít cho gãy đầu dưới xương quay.

4. Hồ sơ bệnh án

Ghi đầy đủ, chi tiết các lần thăm khám, hội chẩn, giải thích cho người bệnh và gia đình.

5. Dự kiến thời gian phẫu thuật: 90 phút

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Tư thế người bệnh

Nằm ngửa, cánh tay dạng, cẳng tay ngửa.

2. Vô cảm

Gây tê đám rối thần kinh cánh tay hoặc gây mê.

3. Kỹ thuật

- Đặt Garo.
- Đường mổ: Rạch da theo đường Henry dài khoảng 10cm.
- Vào khoảng giữa gân gấp cổ tay quay và bó mạch quay bộc lộ gân gấp các ngón, sau đó vén sang bên bộc lộ cơ sấp vuông.

- Bộc lộ cơ sấp vuông và vén vào trong để vào đầu dưới xương quay.
- Bộc lộ rõ diện khớp và phía trung tâm đủ để đặt nẹp, làm sạch đầu xương.
- Đặt lại xương, ốp nẹp và cố định bằng kim kẹp xương giữ nẹp.
- Bắt vít để cố định nẹp, ít nhất 3 vít ở đầu trung tâm.
- Rửa vùng mổ, kiểm tra cầm máu.
- Khâu phục hồi các lớp cân cơ, da theo giải phẫu.
- Băng vô khuẩn.
- Nẹp bột cứng bàn tay, treo tay để trong 2-3 tuần.

V. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

1. Tụ máu, phù nề sau mổ.
2. Nhiễm khuẩn sau mổ.
3. Tổn thương động mạch quay hoặc thần kinh giữa.

PHẪU THUẬT KHẸ GỠ TRẬT KHỚP CỔ TAY

I. ĐẠI CƯƠNG

Ở cổ tay có thể gặp trật khớp hoặc gãy xương đơn thuần, nhưng thường là gãy xương kèm theo trật khớp. Gãy xương thuyên-trật xương nguyệt là loại gãy

trật phổ biến nhất. Cần chú ý để đưa ra chẩn đoán để xử trí. Phẫu thuật KHX giúp phục hồi chức năng và tránh các di chứng sau này.

Biến chứng hay gặp là tổn thương thần kinh giữa và khớp giả.

II. CHỈ ĐỊNH

- Gãy xương thuyên di lệch.
- Điều trị bảo tồn nắn bột thất bại.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Đang có tình trạng nhiễm khuẩn.
- Sốc nặng vì đa chấn thương.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Phẫu thuật viên là bác sĩ chuyên khoa chấn thương chỉnh hình.

2. Người bệnh

Được giải thích đầy đủ về cuộc phẫu thuật, các tai biến, biến chứng có thể gặp trong và sau cuộc phẫu thuật (tổn thương thần kinh quay, hạn chế vận động khuỷu, tai biến do gãy tê đám rối...). Nhịn ăn trước 6 giờ.

3. Phương tiện

- Bộ dụng cụ kết hợp xương cho xương cẳng tay.
- Bộ nẹp vít cho gãy đầu dưới xương quay.

4. Hồ sơ bệnh án

Ghi đầy đủ, chi tiết các lần thăm khám, hội chẩn, giải thích cho người bệnh và gia đình.

5. Dự kiến thời gian phẫu thuật: 90 phút

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Tư thế người bệnh

Nằm ngửa, cẳng tay để ngửa, kê toan cho cổ tay duỗi.

2. Vô cảm

Gây tê đám rối thần kinh cánh tay hoặc gây mê.

3. Kỹ thuật

- Đặt Garo.
- Đường mổ: Rạch da 6-8 cm từ nếp gấp cổ tay theo gân gấp cổ tay quay kéo lên trên.

- Tách và kéo gân gấp cổ tay quay về phía bờ trụ, rạch dọc bao khớp cổ tay kéo sang hai bên làm lộ xương thuyền, xương nguyệt và đầu dưới xương quay.

- Bộc lộ rõ các mặt khớp của xương nguyệt và diện gãy xương thuyền, làm sạch khớp và diện gãy.

- Nắn trật, đặt lại diện gãy sau đó cố định bằng kim Kirschner hoặc vít mini tùy kích thước mảnh gãy.

- Rửa vùng mổ, kiểm tra cầm máu.

- Khâu phục hồi các lớp bao khớp, cân, da theo giải phẫu.

- Băng vô khuẩn.

- Nẹp bột cứng bàn tay ôm ngón cái 2-3 tuần. Chú ý:

+ Tránh làm tổn thương động mạch quay và gân gấp cổ tay quay.

+ Khi kéo bộc lộ vết mổ bằng móc về phía trụ cần tránh làm tổn thương thần kinh giữa.

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

1. Tụ máu, phù nề sau mổ.

2. Nhiễm khuẩn sau mổ.

3. Tổn thương động mạch quay, thần kinh giữa hay gân gấp cổ tay quay.

PHẪU THUẬT KHẸ GỖY CHỖM ĐỐT BÀN VÀ NGÓN TAY

I. ĐẠI CƯƠNG

Gãy đốt bàn và ngón tay là loại gãy phổ biến trong các gãy xương của chi trên. Gãy chỏm đốt bàn và ngón tay hiếm gặp hơn và là loại gãy nội khớp, thường gãy phức tạp, ảnh hưởng trực tiếp đến khớp bàn ngón và khớp liên đốt ngón. Do yêu cầu hoạt động chức năng tinh tế và vận động sớm của bàn tay, ngày nay phẫu thuật KHX bàn ngón tay thường được chỉ định để đạt được giải phẫu tốt nhất

Phẫu thuật KHX chỏm đốt bàn và ngón tay bằng nẹp vít mini hoặc kim Kirschner Biến chứng hàng đầu có thể gặp: hạn chế vận động khớp bàn ngón, liên đốt ngón

II. CHỈ ĐỊNH

- Gãy chỏm đốt bàn, ngón tay di lệch
- Gãy phức tạp, gãy nội khớp, trật khớp
- Điều trị bảo tồn thất bại

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Đang có tình trạng nhiễm khuẩn
- Toàn trạng nặng vì đa chấn thương

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Phẫu thuật viên là bác sỹ chuyên khoa Chấn thương chỉnh hình

2. Người bệnh

Được giải thích đầy đủ về cuộc phẫu thuật, các tai biến, biến chứng có thể gặp trong và sau cuộc phẫu thuật (tổn thương thần kinh quay, khớp giả, tai biến do gây tê đám rối, gây mê...). Nhịn ăn trước 6 giờ

3. Phương tiện

- Bộ dụng cụ KHX bàn ngón tay
- Bộ nẹp vít mini
- Bộ kim Kirschner

4. Hồ sơ bệnh án

Ghi đầy đủ chi tiết các lần thăm khám, hội chẩn, giải thích cho người bệnh và gia đình

5. Dự kiến thời gian phẫu thuật: 90 phút

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Tư thế người bệnh

Nằm ngửa, tay đặt ngang ra bàn mổ, garo hơi dòn máu

2. Vô cảm

Gây tê đám rối thần kinh cánh tay hoặc gây mê

3. Kỹ thuật

- Đường mổ: Rạch da khoảng 3 - 5 cm (theo thương tổn phức tạp của xương) đường mổ sau
- Phẫu tích tách qua gân duỗi
- Bộc lộ chỏm xương đốt bàn và ngón tay.
- Bộc lộ ổ gãy, làm sạch diện gãy
- Đặt lại xương, đặt nẹp vít và bắt vít mini (ít nhất trên và dưới ổ gãy 2 vít)
- Đối với đóng đinh nội tủy: Bộc lộ 2 lỗ cầu hoặc xuyên kim qua da
- Kiểm tra ổ gãy, cầm máu, bơm rửa kỹ
- Khâu phục hồi các lớp theo giải phẫu
- Băng vô khuẩn
- Nẹp bột tư thế nghỉ và treo tay 2 tuần

Chú ý:

- Sau kết hợp xương cần kiểm tra vận động của khớp bàn ngón, liên đốt ngón
- Có thể bắt vít tự do hoặc dùng kim cố định chỏm với đốt bên cạnh

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

- Tụ máu, phù nề sau mổ
- Nhiễm trùng sau mổ
- Phục hồi chức năng sau mổ tránh cứng khớp, hạn chế vận động ngón

PHẪU THUẬT KHẸP GỠ THÂN ĐỐT BÀN VÀ NGÓN TAY

I. ĐẠI CƯƠNG

Gãy đốt bàn và ngón tay là loại gãy phổ biến trong các gãy xương của chi trên. Do yêu cầu hoạt động chức năng tinh tế và vận động sớm của bàn tay, ngày nay phẫu thuật KHX bàn ngón tay thường được chỉ định để đạt được giải phẫu tốt nhất

Phẫu thuật KHX chỏm đốt bàn và ngón tay bằng nẹp vít mini hoặc kim Kirschner Biên chứng hàng đầu có thể gặp: Hạn chế vận động khớp bàn ngón, liên đốt ngón

II. CHỈ ĐỊNH

- Gãy đốt bàn, ngón tay di lệch
- Gãy phức tạp, có đường gãy nội khớp, trật khớp
- Gãy nhiều đốt, nhiều ngón tay
- Điều trị bảo tồn thất bại

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Đang có tình trạng nhiễm khuẩn
- Toàn trạng nặng vì đa chấn thương

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Phẫu thuật viên là bác sỹ chuyên khoa Chấn thương chỉnh hình

2. Người bệnh

Được giải thích đầy đủ về cuộc phẫu thuật, các tai biến, biến chứng có thể gặp trong và sau cuộc phẫu thuật (tổn thương thần kinh quay, khớp giả, tai biến do gây tê đám rối, gây mê...). Nhịn ăn trước 6 giờ

3. Phương tiện

- Bộ dụng cụ KHX bàn ngón tay
- Bộ nẹp vít mini
- Bộ kim Kirschner/Kwire

4. Hồ sơ bệnh án

Ghi đầy đủ chi tiết các lần thăm khám, hội chẩn, giải thích cho người bệnh và gia đình

5. Dự kiến thời gian phẫu thuật: 90 phút

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Tư thế người bệnh

Nằm ngửa, tay đặt ngang ra bàn mổ, garo hơi dòn máu

2. Vô cảm

Gây tê đám rối thần kinh cánh tay hoặc gây mê

3. Kỹ thuật

- Đường mổ: Rạch da khoảng 3 - 5 cm (theo thương tổn phức tạp của xương) đường mổ sau

- Phẫu tích tách qua gân duỗi

- Bộc lộ xương đốt bàn và ngón tay.

- Bộc lộ ổ gãy, làm sạch diện gãy

- Đặt lại xương, đặt nẹp vít và bắt vít mini (ít nhất trên và dưới ổ gãy 2 vít)

- Đối với đóng đinh nội tủy: bộc lộ 2 lõi cầu hoặc từ nền đốt hoặc xuyên kim qua da

- Kiểm tra ổ gãy, cầm máu, bơm rửa kỹ

- Khâu phục hồi các lớp theo giải phẫu

- Băng vô khuẩn

- Nẹp bột tư thế nghỉ và treo tay 2 tuần

Chú ý:

- Sau kết hợp xương cần kiểm tra vận động của khớp bàn ngón, liên đốt ngón

- Có thể bắt vít tự do hoặc dùng kim cố định với đốt bên cạnh trong trường hợp gãy rất phức tạp

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

- Tụ máu, phù nề sau mổ

- Nhiễm trùng sau mổ

- Phục hồi chức năng sau mổ tránh cứng khớp, hạn chế vận động ngón

PHẪU THUẬT KHẸ GÃY LỖI CẦU XƯƠNG BÀN VÀ NGÓN TAY

I. ĐẠI CƯƠNG

Gãy đốt bàn và ngón tay là loại gãy phổ biến trong các gãy xương của chi trên. Gãy lồi cầu đốt bàn và ngón tay là loại gãy nội khớp, ít gặp. Có thể gãy 1 hoặc cả 2 lồi cầu. Do yêu cầu hoạt động chức năng tinh tế và vận động sớm của bàn tay, ngày nay phẫu thuật KHX bàn ngón tay thường được chỉ định để đạt được giải phẫu tốt nhất

Phẫu thuật KHX chòm đốt bàn và ngón tay bằng nẹp vít mini hoặc kim Kirschner Biến chứng hàng đầu có thể gặp: hạn chế vận động khớp bàn ngón, liên đốt ngón

II. CHỈ ĐỊNH

- Gãy lồi cầu di lệch
- Điều trị bảo tồn thất bại

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Đang có tình trạng nhiễm khuẩn
- Toàn trạng nặng vì đa chấn thương

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Phẫu thuật viên là bác sỹ chuyên khoa Chấn thương chỉnh hình

2. Người bệnh

Được giải thích đầy đủ về cuộc phẫu thuật, các tai biến, biến chứng có thể gặp trong và sau cuộc phẫu thuật (tổn thương thần kinh quay, khớp giả, tai biến do gây tê đám rối, gây mê...). Nhịn ăn trước 6 giờ

2. Phương tiện

- Bộ dụng cụ KHX bàn ngón tay
- Bộ nẹp vít mini
- Bộ kim Kirschner

4. Hồ sơ bệnh án

Ghi đầy đủ chi tiết các lần thăm khám, hội chẩn, giải thích cho người bệnh và gia đình

5. Dự kiến thời gian phẫu thuật: 90 phút

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Tư thế người bệnh

Nằm ngửa, tay đặt ngang ra bàn mổ, garo hơi dòn máu

2. Vô cảm

Gây tê đám rối thần kinh cánh tay hoặc gây mê

3. Kỹ thuật

- Đường mổ: Rạch da khoảng 3 - 5 cm (theo thương tổn phức tạp của xương) đường mổ sau

- Phẫu tích tách qua gân duỗi
- Bộc lộ xương đốt bàn và ngón tay.
- Bộc lộ ổ gãy, làm sạch diện gãy
- Đặt lại xương, đặt nẹp vít và bắt vít mini (ít nhất trên và dưới ổ gãy 2 vít)

- Đối với đóng đinh nội tủy: bộc lộ lõi cầu hoặc xuyên kim qua da

- Kiểm tra ổ gãy, cầm máu, bơm rửa kỹ

- Khâu phục hồi các lớp theo giải phẫu

- Băng vô khuẩn

- Nẹp bột tư thế nghỉ và treo tay 2 tuần

Chú ý:

- Sau kết hợp xương cần kiểm tra vận động của khớp bàn ngón, liên đốt ngón

- Kiểm tra hệ thống dây chằng khớp

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

- Tụ máu, phù nề sau mổ

- Nhiễm trùng sau mổ

- Phục hồi chức năng sau mổ tránh cứng khớp, hạn chế vận động ngón

PHẪU THUẬT TỖN THƯƠNG DÂY CHẰNG CỦA ĐỐT BÀN VÀ NGÓN TAY

I. ĐẠI CƯƠNG

Gãy đốt bàn và ngón tay là loại gãy phổ biến trong các gãy xương của chi trên. Tổn thương dây chằng của đốt bàn và ngón tay thường do cơ chế gián tiếp. Tổn thương này có thể kèm theo mảnh xương dưới dạng nhỏ, giập. Do yêu cầu hoạt động chức năng tinh tế và vận động sớm của bàn tay, ngày nay phẫu thuật KHX bàn ngón tay thường được chỉ định để đạt được giải phẫu tốt nhất

Phẫu thuật KHX chỏm đốt bàn và ngón tay bằng nẹp vít mini hoặc kim Kirschner Biến chứng hàng đầu có thể gặp: hạn chế vận động khớp bàn ngón, liên đốt ngón

II. CHỈ ĐỊNH

- Di lệch mảnh xương từ 2mm
- Tổn thương kèm bán trật khớp
- Điều trị bảo tồn thất bại

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Đang có tình trạng nhiễm khuẩn
- Toàn trạng nặng vì đa chấn thương

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Phẫu thuật viên là bác sỹ chuyên khoa Chấn thương chỉnh hình

2. Người bệnh

Được giải thích đầy đủ về cuộc phẫu thuật, các tai biến, biến chứng có thể gặp trong và sau cuộc phẫu thuật (tổn thương thần kinh quay, khớp giả, tai biến do gây tê đám rối, gây mê...). Nhịn ăn trước 6 giờ

3. Phương tiện

- Bộ dụng cụ KHX bàn ngón tay
- Bộ nẹp vít mini
- Bộ kim Kirschner

4. Hồ sơ bệnh án

Ghi đầy đủ chi tiết các lần thăm khám, hội chẩn, giải thích cho người bệnh và gia đình

5. Dự kiến thời gian phẫu thuật: 90 phút

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Tư thế người bệnh

Nằm ngửa, tay đặt ngang ra bàn mổ, garo hơi dòn máu

2. Vô cảm

Gây tê đám rối thần kinh cánh tay hoặc gây mê

3. Kỹ thuật

- Đường mổ: Rạch da khoảng 3 - 5 cm (theo thương tổn phức tạp của xương) đường mổ sau hoặc đường bên

- Phẫu tích tách qua gân duỗi

- Bộc lộ diện khớp đốt bàn và ngón tay tổn thương

- Bộc lộ làm sạch diện dây chằng tổn thương

- Đặt lại mảnh xương cùng dây chằng, bắt vít mini hoặc cố định kim Kirschner

- Có thể nắn chỉnh xuyên kim qua da

- Khâu tăng cường dây chằng tổn thương

- Kiểm tra ổ gãy, cầm máu, bơm rửa kỹ

- Khâu phục hồi các lớp theo giải phẫu

- Băng vô khuẩn

- Nẹp bột tư thế nghỉ và treo tay 2 tuần

Chú ý:

- Sau kết hợp xương cần kiểm tra vận động của khớp bàn ngón, liên đốt ngón

- Kiểm tra lại hệ thống dây chằng khớp

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

- Tụ máu, phù nề sau mổ

- Nhiễm trùng sau mổ

- Phục hồi chức năng sau mổ tránh cứng khớp, hạn chế vận động ngón

PHẪU THUẬT KHẸP KHỚP GIẢ XƯƠNG ĐÒN

I. ĐẠI CƯƠNG

- Khớp giả xương đòn là di chứng sau gãy xương đòn, hay gặp trong các vị trí khớp giả, đặc biệt sau gãy hở, chấn thương năng lượng lớn, tổn thương phần mềm và mạch nuôi dưỡng...

II. CHỈ ĐỊNH

- Khớp giả xương đòn nếu không được can thiệp sẽ không có khả năng liền vì vậy được chỉ định cho mọi trường hợp khớp giả xương đòn đã được chẩn đoán.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Vết thương phần mềm viêm nhiễm
- Còn rối loạn dinh dưỡng nặng: sung nề, nhiều nốt phỏng...
- Có các bệnh toàn thân nặng chưa điều trị ổn định: đái tháo đường, cao huyết áp...

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện: Phẫu thuật viên là bác sĩ chuyên khoa chấn thương chỉnh hình đã được đào tạo. Có hai phụ mổ

2. Phương tiện: Khoan xương nẹp bản nhỏ và vít 3.5mm

3. Người bệnh: Vệ sinh sạch sẽ. Nhịn ăn uống 6 giờ trước phẫu thuật.

4. Dự kiến thời gian phẫu thuật: 60 phút

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Vô cảm: Gây mê nội khí quản hoặc gây tê đám rối

2. Kỹ thuật kết hợp xương:

- Đường rạch: Rạch da theo sẹo mổ cũ mặt trước xương đòn.
- Bộc lộ ổ khớp giả xương chày, tránh bóc tách, phá hủy nhiều phần mềm và màng xương.
- Lấy bỏ các tổ chức xơ kẹt vào ổ gãy. Làm sạch diện gãy.
- Khoan thông ống tủy.
- Đặt lại diện gãy và các mảnh rời nếu có.
- Đặt phương tiện kết xương: nẹp vis
- Ghép xương xóp tự thân lấy từ mào chậu.
- Cầm máu
- Đặt 1 dẫn lưu.

VI. THEO DÕI VÀ ĐIỀU TRỊ SAU MỔ

- Nếu kết hợp xương vững: cho tập vận động sớm các khớp lân cận.
- Dùng kháng sinh, giảm đau, chống phù nề 5-7 ngày.

- Rút dẫn lưu sau 48 giờ
- Tháo phương tiện kết hợp xương sau 18 tháng nếu xương liền tốt

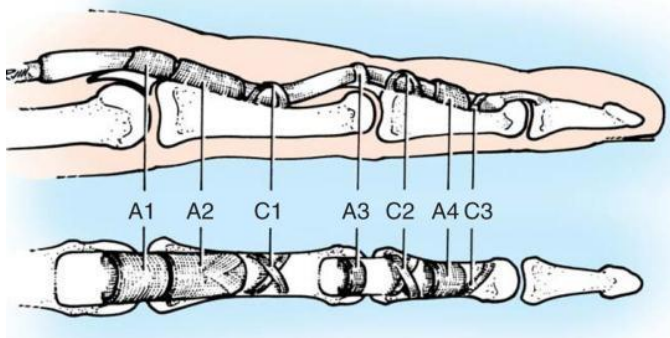
VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Nhiễm khuẩn vết mổ: thay băng, dùng kháng sinh theo kháng sinh đồ.
Trường hợp nặng nhiễm khuẩn vào ổ gãy phải tháo phương tiện kết hợp xương.

KHÂU TỒN THƯƠNG GÂN GẤP Ở VÙNG CẨM (VÙNG II)

I. ĐẠI CƯƠNG

- Vết thương bàn tay rất hay gặp chiếm khoảng 40- 50 % tổng số vết thương bàn tay do tai nạn lao động.
- Vùng II phẫu trường nhỏ, dễ dính, cần bảo tồn tốt các rọc hình nhẫn



II. CHỈ ĐỊNH

- Tổn thương gân gấp vùng II đến sớm: Vùng II từ ngón 2 đến 5 có 2 gân gấp nông và sâu, ngón 1 có 1 gân.
- Phân vùng bàn tay



III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Tổn thương gân gấp vùng II đến muộn, nhiễm trùng

IV. CHUẨN BỊ

1. Người bệnh

- Thăm khám đầy đủ, hoàn chỉnh về hồ sơ và xét nghiệm. Chuẩn bị về tâm lý cho người bệnh.

2. Người thực hiện

- Phẫu thuật viên chấn thương chỉnh hình và hai người phụ.

3. Phương tiện trang thiết bị

- Bộ dụng cụ phẫu tích bàn tay

4. Dự kiến thời gian phẫu thuật: 60 phút

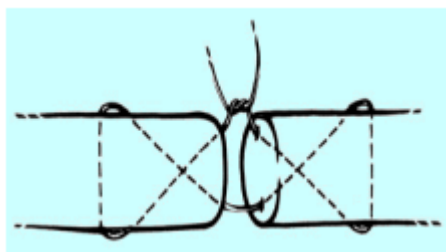
V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

4. Vô cảm: Gây tê đám rối thần kinh cánh tay hoặc gây mê
5. Rửa tay bằng xà phòng, nước muối vô khuẩn
6. Ga rô cánh tay: tốt nhất ga rô hơi với áp lực 200- 250mmHg, ga rô đui máu cho sạch phẫu trường
7. Cắt lọc làm sạch vết thương (cắt lọc tiết kiệm), rạch rộng vết thương theo hình chữ Z, tránh rạch ngang qua các nếp gấp tự nhiên của bàn tay.



8. Nối gân:

- Vùng II khâu cả hai gân theo kỹ thuật Kessler cải tiến bằng chỉ Prolen 3-5/0, miệng nối cần chơn chu, bảo tồn các rờng dọc nhãn
- Khâu yêu tiên gân gấp sâu các ngón, gân gấp nông có thể cắt bỏ để hạn chế dính và phẫu trường nhỏ



VI. THEO DÕI VÀ ĐIỀU TRỊ SAU MỔ

- Theo dõi tình trạng vết thương, đầu ngón tay
- Điều trị: Kháng sinh 5-7 ngày, giảm viêm
- Tập phục hồi sau mổ: cần tập sớm tránh biến chứng dính gân

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Hoại tử ngón, nhiễm trùng bàn tay: cắt chỉ, thay băng, cắt lọc lại
- Dính gân: tập phục hồi chức năng sớm, nếu muộn mổ gỡ dính

PHẪU THUẬT KHX GÃY KHUNG CHẬU - TRẬT KHỚP MU

I. ĐẠI CƯƠNG

Gãy xương chậu, toác khớp mu là loại gãy xương rất nặng, tỷ lệ tử vong cao: 5-14% chủ yếu do mất máu và thường nằm trong bệnh cảnh đa chấn thương.

- Gặp khoảng 1-3% tổng gãy xương nói chung, nam nhiều hơn nữ.
- Phần lớn do tai nạn giao thông (ô tô) 40%.
- Điều trị phẫu thuật kết hợp xương chậu, đặt lại khớp mu mang lại hình thái giải phẫu trả lại cơ năng cho người bệnh.

II. CHỈ ĐỊNH

Chỉ định mổ kết hợp xương khi gãy khung chậu toác khớp mu loại B, C theo phân loại của AO.

- Loại B: Gãy không hoàn toàn khung sau khung chậu, tổn thương không vững, xoay quanh trục ngang. Di lệch xoay mở quyển sách khi bị cơ chế ép trước sau.

- Loại C: Gãy hoàn toàn cung sau, tổn thương mất vững cả chiều ngang và chiều dọc.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Gãy hở xương chậu
- Gãy xương chậu toác khớp mu kèm theo các chấn thương nặng khác, như chấn thương sọ não, bụng ngực. Khi các chấn thương này ổn định thì sẽ tiến hành phẫu thuật kết hợp xương.

- Có ổ nhiễm trùng hoại tử da, phần mềm vùng mổ

- Đến sau 4 tuần sau chấn thương.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người bệnh: Tâm lý cho người bệnh, hồ sơ bệnh án đầy đủ thủ tục hành chính và các xét nghiệm.

2. Người thực hiện: Phẫu thuật viên chấn thương chỉnh hình và hai người phụ

3. Phương tiện trang thiết bị: Bộ dụng cụ phẫu thuật khung chậu và phẫu thuật chấn thương chung

4. Dự kiến thời gian phẫu thuật: 90 phút

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Tư thế: Người bệnh nằm ngửa, nghiêng hoặc sấp tùy theo đường mổ được chọn để bộc lộ thương tổn.

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

3. Kỹ thuật:

- Sát khuẩn da vùng mổ
- Rạch da theo đường mổ định sẵn.
- Bộc lộ các lớp giải phẫu

- Bộc lộ vùng xương chậu gãy, vùng khớp mu trật
- Dùng dụng cụ nắn chỉnh xương gãy và đặt lại khớp mu
- Kết hợp xương bằng nẹp vít, chỉ thép hoặc kết hợp các phương pháp
- Kiểm tra độ vững của ổ gãy
- Cắt lọc tổ chức cơ dập nát
- Cầm máu
- Đặt dẫn lưu vết mổ
- Đóng vết mổ theo lớp giải phẫu.

VI. THEO DÕI VÀ ĐIỀU TRỊ SAU MỔ

- Theo dõi mạch huyết áp, nhịp thở, tri giác, da niêm mạc, màu sắc da chi thể, vận động cảm giác chi thể, phát hiện những biến chứng sau mổ
- Hướng dẫn tập phục hồi chức năng sau mổ
- Kháng sinh đường tiêm 5-7 ngày.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Chảy máu: Băng ép, truyền máu, nếu không được thì mổ lại cầm máu
 - Nhiễm trùng:
 - + Nhiễm trùng nông: thay băng, vệ sinh vết mổ, dùng kháng sinh mạnh, cấy vết mổ
 - + Nhiễm trùng sâu: tách vết mổ, bơm rửa, nếu không đỡ mổ nạo viêm tháo bỏ dụng cụ kết hợp xương, cố định ngoài vi.
 - + Truyền đủ dịch, tăng cường nuôi dưỡng, bù đủ điện giải.
 - Viêm tắc tĩnh mạch sâu
 - Băng chun, đi tắt áp lực
 - Lovenox 0,4 ml. tiêm dưới da bụng sau mổ 6h. 1 ống 1 ngày, điều trị 5 ngày sau phẫu thuật
 - Đặt nẹp vít không đúng vị trí
- Nếu bắt vít vào diện khớp ảnh hưởng đi lại thì phải phẫu thuật tháo vít.

PHẪU THUẬT KẾT HỢP XƯƠNG ĐIỀU TRỊ GÃY THÂN XƯƠNG ĐÙI PHỨC TẠP

I. ĐẠI CƯƠNG

Xương đùi là 1 xương dài nhất cơ thể, có nhiều cơ xung quanh nên khi gãy xương đùi, thường không điều trị bảo tồn được mà phải mổ kết hợp xương.

Gãy thân xương đùi phân loại theo AO có 3 mức:

- A: Đường gãy đơn giản
- B: Gãy có mảnh rời
- C: Gãy có nhiều mảnh
- Trong đó nhóm B và C được gọi là gãy phức tạp

II. CHỈ ĐỊNH

- Gãy xương đùi di lệch

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Tình trạng toàn thân không cho phép
- Gãy xương đùi ít lệch ở trẻ em
- Gãy xương hở

IV. CHUẨN BỊ

1. Người bệnh: Tâm lý cho người bệnh, hồ sơ bệnh án đầy đủ thủ tục hành chính và các xét nghiệm.

2. Người thực hiện: Phẫu thuật viên chấn thương chỉnh hình và hai người phụ

3. Phương tiện trang thiết bị: Bộ dụng cụ phẫu thuật gãy xương đùi và phẫu thuật chấn thương chung. Dụng cụ kết hợp xương (đinh nội tủy, nẹp vít)

4. Dự kiến thời gian phẫu thuật: 90 phút

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Tư thế người bệnh: Nằm ngửa, kê độn ở dưới hông cùng bên.

2. Vô cảm: Gây mê toàn thân hoặc tê tủy sống hay ngoài màng cứng

3. Kỹ thuật:

- Sát trùng vùng mổ rộng rãi
- Rạch da theo đường định hướng từ máu chuyên lớn đến lõi cầu ngoài xương đùi
- Bóc tách cơ vào xương theo vách gian cơ ngoài
- Dùng kim cặp xương nâng 2 đầu xương gãy, làm sạch hai đầu xương gãy
- Đặt lại xương gãy
- Dùng chỉ thép hoặc vis rời đặt lại những mảnh gãy
- Có thể KHX bằng nẹp hoặc đinh nội tủy

- Dùng nẹp bản rộng 10 lỗ hoặc hơn tùy theo mức độ phức tạp của ổ gãy, cố gắng đảm bảo ở mỗi phía có thể bắt được 4 hoặc 5 vít.
- Khoan với mũi khoan đường kính 3.5 mm
- Dùng thước xác định chiều dài lỗ khoan
- Bắt vít với chiều dài bằng chiều dài đã đo
- Nếu dùng đinh nội tủy: Đo chiều dài đinh tương ứng, đóng đinh xuôi dòng hoặc ngược dòng tùy theo diện gãy có thể bắt vis chốt
- Bơm rửa, cầm máu
- Dẫn lưu vùng mổ
- Phục hồi phần mềm theo giải phẫu
- Băng

VI. THEO DÕI VÀ ĐIỀU TRỊ SAU PHẪU THUẬT

- Toàn trạng
- Mạch mu chân và chày sau, vận động và cảm giác các ngón chân
- Dẫn lưu
- Tình trạng vết mổ
- Kê chân cao, dùng kháng sinh đường tiêm 5-7 ngày

VII. XỬ TRÍ BIẾN CHỨNG

- Nếu có nguy cơ chảy máu nghi do tai biến vào mạch máu trong phẫu thuật thì có thể phải mổ lại kiểm tra
- Nếu có biểu hiện nhiễm trùng thì săn sóc vết thương, tách chỉ, thay kháng sinh, ...

CỐ ĐỊNH NGOẠI VI TRONG ĐIỀU TRỊ GÃY HỞ CHI TRÊN

I. ĐẠI CƯƠNG

- Định nghĩa: Gãy xương hở là tình trạng gãy xương có sự phá vỡ lớp da và mô mềm dưới da, thông trực tiếp vào ổ gãy và ổ máu tụ quanh ổ gãy.

- Gãy hở chi trên bao gồm gãy hở cánh tay và hai xương cẳng tay

- Phân loại gãy hở theo Gustilo & Anderson

+ I: Năng lượng gây chấn thương thấp, tổn thương mô mềm ít, vết thương < 1cm

+ II: Năng lượng gây chấn thương cao, rách da > 1cm, vẩy bẩn ít

+ IIIA: Năng lượng gây chấn thương cao, còn đủ mô mềm che phủ

+ IIIB: Năng lượng gây chấn thương cao, bóc tách mô mềm rộng lớn, không đủ mô mềm để che phủ, vẩy bẩn nặng

+ IIIC: Tổn thương mạch máu cần được phẫu thuật sửa chữa

II. CHỈ ĐỊNH

Chỉ định cố định ngoài trong điều trị gãy xương hở chi trên (chủ yếu dùng trong trường hợp gãy xương cánh tay)

- Gãy hở nặng (Gustilo 2, 3^a, 3b,3c)

- Gãy kín kèm tổn thương phần mềm nặng

- Gãy hở kèm mất xương

- Hội chứng chèn ép khoang sau mổ giải ép cân mạc khoang

- Phối hợp với kết hợp xương bên trong

- Kéo dài chi hoặc chuyển dịch một đoạn xương

- Gãy hở mà tổ chức phần mềm bị vẩy bẩn nhiều

- Trật khớp hay gãy xương kèm trật khớp

- Gãy phức tạp quanh khớp

III. CHUẨN BỊ

1. Người bệnh: Tâm lý cho người bệnh, hồ sơ bệnh án đầy đủ thủ tục hành chính và các xét nghiệm.

2. Người thực hiện: Phẫu thuật viên chấn thương chỉnh hình và hai người phụ

3. Phương tiện trang thiết bị: Bộ dụng cụ phẫu thuật chi trên và phẫu thuật chấn thương chung, khung cố định ngoài các loại

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

IV. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Tư thế:

- Người bệnh nằm ngửa, tay dạng vuông góc với thân

- Phẫu thuật viên đứng sao cho tay trái hướng về gốc chi người bệnh.
- Người phụ đứng đối diện.

2. Vô cảm: Tùy từng người bệnh có thể gây mê nội khí quản hoặc gây tê tùy sống

3. Các bước tiến hành:

- Làm sạch ổ gãy, loại bỏ các thành phần vấy bẩn, ngăn ngừa hoặc làm giảm các biến chứng nhiễm trùng, tổn thương mô mềm thêm

- + Lấy bỏ các mảnh xương vấy bẩn, không còn mạch máu nuôi
- + Bảo vệ các mô mềm còn dính vào mảnh xương
- + Giữ lại các mảnh xương chính
- + Bằng mọi giá, phải giữ lại các mảnh xương của mặt khớp
- + Tránh: khoảng chết, vết thương căng
- + Cắt lọc kỹ càng các tổ chức cơ độn dập, giữ lại cơ còn phân xạ, còn máu nuôi dưỡng

- Đặt lại xương về giải phẫu

- Sử dụng khung cố định ngoài phải đạt được các yêu cầu

- + Các đinh cách xa nhau
- + Các thanh dọc nằm gần xương
- + Đinh được dự ứng lực
- + Số thanh dọc: hai tốt hơn một

+ Phải bảo đảm đinh xuyên qua được vỏ xương đối diện:

Đo chiều dài đinh bằng cảm giác chạm vỏ xương đối diện

Nếu dùng loại đinh tự khoan, mũi đinh chỉ vừa thủng vỏ đối diện

Đùng khoan đinh xuyên qua vỏ đối diện, mũi đinh chỉ vừa thủng vỏ đối diện

- Che phủ lại được các thành phần quan trọng như thần kinh, mạch máu, gân, xương còn sống

V. ĐIỀU TRỊ SAU PHẪU THUẬT

- Sử dụng kháng sinh toàn thân tùy thuộc tác nhân gây bệnh phổ biến
- Sau khi tháo khung cố định ngoài, nên cẩn thận bó bột hoặc mang nẹp bảo vệ thêm một thời gian

VII. BIẾN CHỨNG VÀ XỬ TRÍ

- Chảy máu do khoan vào mạch máu: Mở rộng vết thương tìm thương tổn xử trí theo thương tổn

- Nhiễm trùng chân đinh: Chăm sóc chân đinh hàng ngày nếu có nguy cơ nhiễm trùng lan rộng có thể phải tháo dụng cụ sớm

PHẪU THUẬT THƯƠNG TÍCH PHẦN MỀM CÁC CƠ QUAN VẬN ĐỘNG

I. ĐẠI CƯƠNG

- Thương tích phần mềm cơ quan vận động là một tổn thương hay gặp trong tai nạn lao động, sinh hoạt, giao thông...

- Cần phát hiện các thương tích về da, gân cơ, thần kinh, xương, mạch máu để có thái độ xử trí kịp thời, phù hợp

II. CHỈ ĐỊNH

- Phân loại theo thời gian
- Vết thương phần mềm đến sớm trong 6h đầu
- Vết thương phần mềm đến muộn sau 6h: Viêm tấy tổ chức xung quanh
- Vết thương phần mềm đến muộn sau 24h: Viêm tấy tổ chức xung quanh có thể kèm NK huyết
- Phân loại theo độ sâu VT
- Vết thương nông, nhỏ: chỉ tổn thương thượng bì
- Vết thương rách da đơn thuần
- Vết thương sâu: tổn thương gân, cơ, mạch máu thần kinh phía dưới
- Vết thương bong lóc da và phần mềm rộng

IV. CHUẨN BỊ

1. Người bệnh: Tâm lý cho người bệnh, hồ sơ bệnh án đầy đủ thủ tục hành chính và các xét nghiệm.

2. Người thực hiện: Phẫu thuật viên chấn thương chỉnh hình và hai người phụ

3. Phương tiện trang thiết bị: Bộ dụng cụ phẫu thuật chấn thương chung

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

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Vô cảm: Gây tê hoặc gây mê

2. Kỹ thuật:

- Đánh rửa vết thương bằng xà phòng và nước muối cho sạch, Vệ sinh và chải xăng vô khuẩn

- Ga rô góc chi, tốt nhất là ga rô hơi

- Cắt lọc mép vết thương 2-3 mm, riêng da mặt và da tay cắt lọc tiết kiệm

- Cắt lọc phần mềm dưới tổn thương tới tổ chức lành, tưới rửa và thay găng tay và dụng cụ

- Mở rộng vết thương, cắt lọc lại phần mềm, tưới rửa hết các góc ngách

- Khâu lại các lớp, đặt dẫn lưu, khâu da

VI. THEO DÕI VÀ ĐIỀU TRỊ SAU MỔ

- Thay băng vết thương

- Kháng sinh phối hợp hai loại KS, tốt nhất dùng theo KSD

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Nhiễm trùng nặng viêm tấy: cần điều trị tích cực, thay băng cắt chỉ, cấy dịch vết mổ làm KSD, thay kháng sinh
- Di chứng vận động, sẹo co kéo nếu tổn thương rộng và nặng: Cần phục hồi chức năng sớm

PHẪU THUẬT DẬP NÁT PHẦN MỀM CÁC CƠ QUAN VẬN ĐỘNG

I. ĐẠI CƯƠNG

Dập nát phần mềm là một tổn thương nặng gặp nhiều trong tai nạn lao động và tai nạn giao thông. Tổn thương dập nát gây hậu quả nặng nề: nguy cơ cắt cụt di dập nát hoặc các di chứng về sau

II. CHỈ ĐỊNH

- Dập nát phần mềm vừa: Dập nát phần mềm sau khi cắt lọc còn khả năng che phủ gân xương, mạch máu thần kinh\

- Dập nát phần mềm nặng: cắt cụt chi

IV. CHUẨN BỊ

1. Người bệnh: Tâm lý cho người bệnh, hồ sơ bệnh án đầy đủ thủ tục hành chính và các xét nghiệm.

2. Người thực hiện: Phẫu thuật viên chấn thương chỉnh hình và hai người phụ

3. Phương tiện trang thiết bị: Bộ dụng cụ phẫu thuật chấn thương chung

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

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Vô cảm: gây mê NKQ hoặc mass thanh quản

2. Kỹ thuật:

- Đánh rửa tay bằng xà phòng, nước muối vô khuẩn

- Ga rô góc chi

- Phẫu thuật tổn thương phần mềm vừa

+ Cắt mép vết thương tới tổ chức lành

+ Cắt lọc tổ chức dập nát tới tổ chức lành, chú ý tránh tổn thương mạch máu và thần kinh, đánh rửa lại vết thương.

+ Thay dụng cụ, găng tay mới. Cắt lọc lại phần mềm dập nát, rửa sạch bằng ô xi già và nước muối, khâu lại gân cơ, che phủ mạch máu, xương, để da hở đóng thì hai sau.

- Phẫu thuật tổn thương phần mềm nặng không có khả năng bảo tồn: phẫu thuật cắt cụt chi

VI. THEO DÕI VÀ ĐIỀU TRỊ SAU MỔ

- Thay băng vệ sinh vết mổ

- Kháng sinh mạnh, phối hợp trong 5-7 ngày, điều trị toàn thân bù máu điện giải cho người bệnh

- Tập PHCN

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Viêm tấy vết mổ hoặc nhiễm trùng mồm cụt: Nhẹ thì thay băng tách chỉ, nặng thì phẫu thuật cắt lọc lại, nặng cắt cụt chi.

- Nhiễm khuẩn huyết: Cầm cấy máu làm kháng sinh đồ, điều trị theo KSD, điều trị các rối loạn điện giải.

PHẪU THUẬT VẾT THƯƠNG BÀN TAY

I. ĐẠI CƯƠNG

- Thương tích bàn tay là tổn thương đa dạng phong phú, là thương tổn thường gặp trong cuộc sống hàng ngày

- Việc chẩn đoán chính xác tổn thương trong vết thương bàn tay khá khó khăn, vì vậy các thương tích bàn tay cần được xử trí phẫu thuật

II. CHỈ ĐỊNH

- NB bị vết thương bàn tay

III. CHUẨN BỊ

1. Người bệnh: Tâm lý cho người bệnh, hồ sơ bệnh án đầy đủ thủ tục hành chính và các xét nghiệm.

2. Người thực hiện: Phẫu thuật viên chấn thương chỉnh hình và hai người phụ

3. Phương tiện trang thiết bị: Bộ dụng cụ phẫu thuật bàn tay

4. Dự kiến thời gian phẫu thuật: 90 - 120 phút

IV. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Vô cảm: Người bệnh bằng gây tê đám rối

2. Kỹ thuật

- Sát khuẩn vùng mổ bằng Betadine hoặc cồn 70°

- Đặt Garo

- Cắt lọc vết thương: đánh giá các vật da lóc xem có sống được không

- Mở rộng vết thương theo các đường Zich - zac: kiểm tra kỹ thương tổn

- Xử trí thương tổn:

+ Kết hợp xương bằng kim Krichner hoặc bằng vis

+ Khâu gân bằng chỉ Prolene theo kiểu Kessler

+ Khâu nối thần kinh theo kiểu khâu bao, bó hoặc khâu bao bó thần kinh

- Bất động bột

V. THEO DÕI VÀ ĐIỀU TRỊ SAU MỔ

- Theo dõi mạch,, huyết áp, nhiệt độ, nhịp thở, tri giác, da, niêm mạc, màu sắc chi thể, vận động cảm giác chi thể, để phát hiện những biến chứng sau mổ

- Bất động bột

- Hướng dẫn tập vật lý trị liệu

VI. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Chảy máu: Băng ép cầm máu, nếu không được mở vết mổ cầm máu

- Nhiễm trùng: tách chỉ vết mổ, thay băng hàng ngày, kháng sinh, cấy dịch làm kháng sinh đồ

PHẪU THUẬT VẾT THƯƠNG BÀN TAY TỔN THƯƠNG GÂN DUỖI

I. ĐẠI CƯƠNG

- Thương tích bàn tay là tổn thương đa dạng phong phú, là thương tổn thường gặp trong cuộc sống hàng ngày

- Cần thăm kỹ lưỡng, toàn thể để phát hiện tổn thương gân duỗi của bàn tay cũng như các tổn thương phối hợp khác

II. CHỈ ĐỊNH

- NB bị vết thương bàn tay lâm sàng mất duỗi cổ tay, ngón tay

III. CHUẨN BỊ

1. Người bệnh: Tâm lý cho người bệnh, hồ sơ bệnh án đầy đủ thủ tục hành chính và các xét nghiệm.

2. Người thực hiện: Phẫu thuật viên chấn thương chỉnh hình và hai người phụ

3. Phương tiện trang thiết bị: Bộ dụng cụ phẫu thuật bàn tay

4. Dự kiến thời gian phẫu thuật: 90 - 120 phút

IV. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Vô cảm: Người bệnh bằng gây tê đám rối

2. Kỹ thuật:

- Sát khuẩn vùng mổ bằng Betadine hoặc cồn 70°
- Đặt Garo
- Cắt lọc vết thương: Đánh giá các vật da lóc xem có sống được không
- Mở rộng vết thương theo các đường Zich - zac: đánh giá thương tổn,
- Xử trí thương tổn: Khâu gân bằng chỉ Prolene theo kiểu Kessler
- Bất động nẹp bột cứng bàn tay tư thế chùng gân, đặt ở gan tay

VI. THEO DÕI VÀ ĐIỀU TRỊ SAU MỔ

- Theo dõi mạch, huyết áp, nhiệt độ, nhịp thở, tri giác, da, niêm mạc, màu sắc chi thể, vận động cảm giác chi thể, để phát hiện những biến chứng sau mổ
- Bất động bột
- Hướng dẫn tập vật lý trị liệu

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Chảy máu: Băng ép cầm máu, nếu không được mở vết mổ cầm máu
- Nhiễm trùng: Tách chỉ vết mổ, thay băng hàng ngày, kháng sinh, cấy dịch làm kháng sinh đồ
- Đứt gân: Phẫu thuật nối gân hoặc chuyển gân

PHẪU THUẬT VẾT THƯƠNG BÀN TAY TỔN THƯƠNG GÂN GẤP

I. ĐẠI CƯƠNG

- Thương tích bàn tay tổn thương gân gấp là tổn thương đa dạng phong phú, là thương tổn thường gặp trong cuộc sống hàng ngày.

- Theo Verdan ở vùng cẳng tay và bàn tay chia 5 vùng, tổn thương gân ở mỗi vùng có những cách xử trí riêng

II. CHỈ ĐỊNH

- NB bị vết thương bàn tay tổn thương gân gấp

III. CHUẨN BỊ

1. Người bệnh: Tâm lý cho người bệnh, hồ sơ bệnh án đầy đủ thủ tục hành chính và các xét nghiệm.

2. Người thực hiện: Phẫu thuật viên chấn thương chỉnh hình và hai người phụ

3. Phương tiện trang thiết bị: Bộ dụng cụ phẫu thuật bàn tay

4. Dự kiến thời gian phẫu thuật: 90 - 120 phút

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Vô cảm: Người bệnh bằng gây tê đám rối

2. Kỹ thuật:

- Sát khuẩn vùng mổ bằng Betadine hoặc cồn 70°

- Đặt Garo

- Cắt lọc vết thương: đánh giá các vật da lóc xem có sống được không

- Mở rộng vết thương theo các đường Zich - zac: kiểm tra kỹ thương tổn

- Xử trí thương tổn:

- Vùng I:

+ Nếu gân gấp đứt trên chỗ bám tận 1cm thì nối gân bằng Prolene 4.0 và khâu tăng cường bằng prolene 6.0

+ Nếu gân gấp đứt cách chỗ bám gân dưới 1 cm thì dịch chuyển gân xương thấp và cố định vào xương đốt 3

- Vùng II:

+ Rạch da zich-zac, phẫu tích tìm gân. Trường hợp đầu gân trung tâm tụt sâu lên gan tay, có thể rạch ngang nếp gấp gan tay tìm đầu gân gấp

+ Luồn gân qua hệ thống ròng rọc

+ Nối gân gấp sâu bằng Prolene 4.0 và 6.0

+ Có thể cắt bỏ rộng rãi gân gấp nông

+ Cố gắng giữ dây chằng vòng A2 tránh co cứng gấp ngón tay

- Vùng III:

+ Thương tổn thường kèm cả mạch máu thần kinh

+ Khâu nối cả gân gấp nông và sâu bằng Prolene 4.0 và 6.0

+ Khâu nối thần kinh bằng Prolen 6.0. Khâu bao bó thần kinh dưới kính hiển vi là tốt nhất

- Vùng IV:

+ Thường gặp đứt nhiều gân, thần kinh giữa, cung gan tay nhánh vận động của thần kinh trụ

+ Nối gân gấp nông sâu bằng Prolene 4.0 và 6.0

+ Nối thần kinh

- Vùng V:
- + Thường bị tổn thương gân cơ, mạch máu, thần kinh giữa trụ
- + Nối gân bằng prolene 4.0 6.0
- + Khâu cơ bằng Vicryl 2.0
- + Nối thần kinh, mạch máu
- Bất động bột tư thế trùng gân, đặt ở mu tay.

VI. THEO DÕI VÀ ĐIỀU TRỊ SAU MỔ

- Theo dõi mạch,, huyết áp, nhiệt độ, nhịp thở, tri giác, da, niêm mạc, màu sắc chi thể, vận động cảm giác chi thể, để phát hiện những biến chứng sau mổ
- Bất động bột
- Hướng dẫn tập vật lý trị liệu

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Chảy máu: Băng ép cầm máu, nếu không được mở vết mổ cầm máu.
- Nhiễm trùng: Tách chỉ vết mổ, thay băng hàng ngày, kháng sinh, cấy dịch làm kháng sinh đồ.
- Đứt gân: Phẫu thuật ghép gân hoặc chuyển gân.

PHẪU THUẬT VẾT THƯƠNG PHẦN MỀM TỔN THƯƠNG THẦN KINH QUAY, THẦN KINH TRỤ, THẦN KINH GIỮA

I. ĐẠI CƯƠNG

Tổn thương thần kinh ngoại vi tương đối thường gặp trong cấp cứu chấn thương. Việc can thiệp khâu nối thần kinh sớm thì đầu thường đem lại kết quả khả quan. Kỹ thuật khâu nối thần kinh có nhiều kỹ thuật như khâu nối bao thần kinh, bó thần kinh hay bao - bó. Bài viết này trình bày kỹ thuật khâu nối bao thần kinh, là kỹ thuật có thể triển khai được ở trong cấp cứu ở các cơ sở có chuyên khoa chấn thương chỉnh hình.

II. CHỈ ĐỊNH

- Tổn thương thần kinh ngoại vi do vết thương

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Mất đoạn thần kinh không thể khâu nối trực tiếp được
- Dập nát thần kinh

IV. CHUẨN BỊ

1. Người bệnh: Tâm lý cho người bệnh, hồ sơ bệnh án đầy đủ thủ tục hành chính và các xét nghiệm.

2. Người thực hiện: Phẫu thuật viên chấn thương chỉnh hình và hai người phụ

3. Phương tiện trang thiết bị: Bộ dụng cụ phẫu thuật bàn tay, kính vi phẫu, kính lúp

4. Dự kiến thời gian phẫu thuật: 90 - 120 phút

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Gây tê vùng hoặc gây mê toàn thân
- Garo hơi áp lực 250 mmHg đối với chi trên hoặc 350mmHg đối với chi dưới

- Đường rạch da tùy theo vị trí vết thương để mở rộng vết thương về hai phía đảm bảo được việc phẫu tích thần kinh rõ ràng.

- Phẫu tích hai đầu thần kinh, đảm bảo nguyên vẹn vỏ bao dây thần kinh và không bị quá căng khi khâu nối.

- Sửa sang hai đầu diện khâu nối, đảm bảo sạch, gọn và dễ dàng cho khâu nối

- Khâu nối bao thần kinh kỹ thuật khâu vắt với chỉ nhỏ 6.0 hoặc 7.0 hay nhỏ hơn tùy theo khẩu kính của dây thần kinh.

- Bơm rửa, dẫn lưu vùng mổ nếu cần

- Đóng vết mổ theo các lớp giải phẫu

- Nẹp bột bất động đoạn chi ở tư thế cơ năng

VI. THEO DÕI

- Theo dõi tình trạng chảy máu

- Theo dõi tình trạng nhiễm trùng

- Theo dõi và đánh giá tiến triển hồi phục thần kinh bằng lâm sàng, điện sinh lý thần kinh

VII. XỬ TRÍ BIẾN CHỨNG

- Mổ lại nếu có biến chứng chảy máu

- Thay kháng sinh, săn sóc vết thương nếu có nhiễm trùng

- Chuyển gân trong trường hợp thần kinh không hồi phục sau khi khâu nối.

PHẪU THUẬT CHUYỂN VẬT CHE PHỦ PHẦN MỀM CUÔNG MẠCH LIÊN

I. ĐẠI CƯƠNG

Là phẫu thuật lấy một vật tổ chức bao gồm da-cân được nuôi dưỡng bằng nguồn mạch, xoay chuyển để điều trị khuyết hồng phần mềm ở chi

Có nhiều dạng vật:

- Vật cơ
- Vật da cân
- Vật da cơ

II. CHỈ ĐỊNH

- Khuyết hồng phần mềm vùng chi lân cận vật được chuyển

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Vết thương phần mềm còn viêm nhiễm

- Còn rối loạn dinh dưỡng như phù nề nhiều, nhiều nốt phỏng
- Lộ xương nhưng còn viêm nhiễm
- Có các bệnh toàn thân như đái tháo đường, tim mạch... cần điều trị ổn định trước khi tiến hành

IV. CHUẨN BỊ

1. Người bệnh: Tâm lý cho người bệnh, hồ sơ bệnh án đầy đủ thủ tục hành chính và các xét nghiệm.

2. Người thực hiện: Phẫu thuật viên chấn thương chỉnh hình và hai người phụ

3. Phương tiện trang thiết bị: Bộ dụng cụ phẫu thuật chấn thương chung

4. Dự kiến thời gian phẫu thuật: 90 - 120 phút

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Kiểm tra hồ sơ đã đúng và đầy đủ theo yêu cầu chưa?

- Kiểm tra người bệnh đã đúng và đã được chuẩn bị đúng yêu cầu chưa?

- Thực hiện kỹ thuật

1. Vô cảm: Gây mê nội khí quản hoặc gây tê tủy sống

2. Kỹ thuật bóc vạt:

- **Thiết kế vạt:**

- Đánh dấu vị trí lấy vạt

- Vẽ đảo da và trục của vạt da,

- Cuống vạt là tổ chức cân mỡ chứa thần kinh và mạch máu

- Chiều dài của vạt da đo từ điểm xoay đến bờ xa nhất của tổn khuyết

- Chiều dài của cuống vạt: Đo từ điểm xoay tới bờ gần nhất của tổn khuyết.

- Tư thế người bệnh

- Garo 1/3 G đùi (hoặc không).

- **Thì 1: Xử trí thương tổn**

- Cắt lọc mép tổn thương, cắt lọc tổ chức hoại tử từ nông vào sâu đảm bảo không còn tổ chức hoại tử.

- Tưới rửa nhiều lần bằng ôxy già, nước muối, Betadin.

- Đục bạt bề mặt xương lộ nếu bị viêm.

- Cầm máu kỹ tổn thương.

- Kiểm tra lại vạt đã thiết kế xem có phù hợp với thương tổn vừa cắt lọc không. Đắp gạc ẩm vào vùng thương tổn để chuyển sang thì bóc vạt.

- Thì 2: Bóc vạt

- Phẫu tích tìm TM và TK
- Rạch da xung quanh đảo da đến hết lớp cân để lại phần nối với cuống vạt. Khâu cố định lớp cân với lớp da xung quanh đảo da để không làm bóc tách giữa chúng gây tổn thương các mạch máu từ lớp cân lên nuôi da.
- Phẫu tích cuống vạt
- Nâng vạt từ trên xuống dưới với một đảo da cân và cuống vạt thì chỉ có lớp mỡ dưới da và cân.
- Tháo garo kiểm tra tình trạng tưới máu của vạt, cầm máu kỹ, lựa chọn góc xoay vạt để không làm xoắn vặn cuống vạt.
- Tạo đường hầm hoặc rạch da để đưa vạt đến che phủ vùng khuyết hông.
- Khâu cố định vạt vào vùng khuyết hông, đặt dẫn lưu dưới vạt (hoặc không).
- Khâu 2 mép da dày nơi lấy cuống vạt
- Khâu khép bớt nơi cho vạt, vá da mỏng hoặc ghép da Wolf- Krause nơi cho vạt.
- Băng ép nhẹ nhàng, để hở một phần vạt da để theo dõi sát tình trạng tưới máu của vạt, kịp thời phát hiện tình trạng chèn ép cuống vạt để xử trí.
- Đặt nẹp bột

VI. THEO DÕI VÀ ĐIỀU TRỊ SAU MÔ

- Điều trị kháng sinh 5-7 ngày
- Thuốc chống phù nề, chống đông
- Ghép da mỏng lên vạt nếu vạt sống tốt (thông thường sau 5-7 ngày)
- Rút dẫn lưu sau 48h, thay băng hàng ngày, phát hiện các biến chứng chảy máu, nhiễm khuẩn

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Cắt đứt cuống vạt → ngừng cuộc mô thay bằng kỹ thuật khác ở cuộc mô khác
- Chảy máu: Cần tìm nguyên nhân và xử trí theo nguyên nhân
- Theo dõi vạt; Nếu vạt có màu hồng tươi chứng tỏ vạt được tưới máu tốt, nếu vạt có màu tím, phù nề là có cản trở máu tĩnh mạch, có thể cắt bớt chỉ để giảm sức căng của vạt, nếu vạt nhợt màu, khô, chứng tỏ vạt được cấp máu kém, dễ hoại tử. Nếu vạt hoại tử cần cắt lọc làm sạch và chọn kỹ thuật khác cho phù hợp

PHẪU THUẬT KHẸ GỠ XƯƠNG ĐỐT BÀN NGÓN TAY

I. ĐẠI CƯƠNG

- Gãy xương đốt bàn ngón là thương tổn thường gặp, ảnh hưởng nhiều đến chức năng bàn tay
- Phần lớn các xương bàn tay được chỉ định điều trị bảo tồn. Một số trường hợp được giải quyết bằng phẫu thuật

II. CHỈ ĐỊNH

- Gãy không vững
- Gãy mà nắn điều trị bảo tồn không kết quả
- Gãy có mảnh lớn di lệch
- Gãy có kèm theo trật khớp
- Gãy phức tạp có kèm theo mất đoạn xương
- Gãy nội khớp có nhiều khả năng dính, cứng nên không vận động sớm
- Gãy có mảnh rời di lệch có kèm theo tổn thương mạch máu thần kinh
- Gãy xương mà hậu quả chặm liền xương
- Gãy xương mà cần can thiệp ghép xương

- Gãy xương và liền xương xấu ảnh hưởng tới thẩm mỹ và chức năng
- Gãy xương bệnh lý
- Gãy xương có mảnh gãy kẹt khớp

III. CHUẨN BỊ

1. Người bệnh: Tâm lý cho người bệnh, hồ sơ bệnh án đầy đủ thủ tục hành chính và các xét nghiệm.

2. Người thực hiện: Phẫu thuật viên chấn thương chỉnh hình và hai người phụ

3. Phương tiện trang thiết bị: Bộ dụng cụ phẫu thuật bàn tay, nẹp vít mini

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

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Vô cảm: Người bệnh bằng gây tê đám rối

2. Kỹ thuật:

- Sát khuẩn vùng mổ bằng Betadine hoặc cồn 70°
- Đặt Garo
- Kê bàn tay lên bàn, lòng bàn tay đặt lên một cuộn vải
- Rạch da mặt mu tay tương ứng với ổ gãy, vén gân duỗi ngón bộc lộ ổ gãy
- Kết hợp xương bằng vis mini
- Bơm rửa, đóng vết mổ
- Bất động nẹp bột

VI. THEO DÕI VÀ ĐIỀU TRỊ SAU MỔ

- Theo dõi mạch,, huyết áp, nhiệt độ, nhịp thở, tri giác, da, niêm mạc, màu sắc chi thể, vận động cảm giác chi thể, để phát hiện những biến chứng sau mổ
- Bất động bột
- Hướng dẫn tập vật lý trị liệu

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Chảy máu: Băng ép cầm máu, nếu không được mở vết mổ cầm máu
- Nhiễm trùng: Tách chỉ vết mổ, thay băng hàng ngày, kháng sinh, cấy dịch làm kháng sinh đồ

PHẪU THUẬT GÃY XƯƠNG BÀN NGÓN TAY

I. ĐẠI CƯƠNG

- Gãy bàn ngón tay khá phổ biến chiếm 30% tổng số gãy xương chi trên. Điều trị KHX bàn ngón nhằm mục đích làm liền xương, tránh cứng khớp, can lệch do bó bột. KHX bàn ngón giúp tập cử động và trả về chức năng thật sớm.

II. CHỈ ĐỊNH

- NB có chẩn đoán xác định bị gãy xương bàn ngón tay trên lâm sàng và XQ.

- Đường gãy không phạm khớp.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- NB có bệnh lý kèm theo chống chỉ định phẫu thuật: Tim mạch, ĐTĐ ...

IV. CHUẨN BỊ

1. Người bệnh: Tâm lý cho người bệnh, hồ sơ bệnh án đầy đủ thủ tục hành chính và các xét nghiệm.

2. Người thực hiện: Phẫu thuật viên chấn thương chỉnh hình và hai người phụ

3. Phương tiện trang thiết bị: Bộ dụng cụ phẫu thuật bàn tay, nẹp vít mini

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

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Vô cảm: Tê ĐRCT bên chi phẫu thuật

2. Kỹ thuật:

- Sát khuẩn, trải toan
- Rửa da mặt mu tay tương ứng với vị trí gãy xương.
- Phẫu tích, bộc lộ ổ gãy, làm sạch diện gãy.
- Dùng dụng cụ giữ xương kéo nắn, đặt lại xương theo trục giải phẫu.

● Xuyên kim chéo chữ X qua ổ gãy ngang

● Kỹ thuật Grundberg: Dùng đinh Steinmann ngắn, mở ổ gãy, đóng chìm vào ống tủy. Cho mũi nhọn khoan rộng ống tủy 2 đầu, xong đóng chìm với đầu tù của đinh vào ống tủy đầu trên, cho tới khi đinh còn lòi ra 1cm cho đốt ngón và 1,5cm cho đốt bàn, xong kéo giãn ổ gãy và luồn đinh vào ống tủy đầu dưới.

● Buộc vòng qua ổ gãy theo Lister: dùng kim Kirschner khoan xương 2 lỗ song song cách trên và dưới đường gãy 5mm. Luồn chỉ thép buộc vòng qua xương hình chữ nhật, xuyên giữ chéo một đinh Kirschner, chéo qua ổ gãy.

● Kỹ thuật AO: Dùng nẹp vis mini.

- Đóng vết mổ theo giải phẫu
- Bó bột cố định bàn tay tăng cường 4 - 6 tuần khi mổ nếu KHX không đủ vững.

VI. THEO DÕI VÀ ĐIỀU TRỊ SAU MỔ

- Theo dõi mạch, nhiệt độ, huyết áp, tại chỗ vết mổ
- Kháng sinh 3 - 5 ngày
- Tập PHCN sau mổ

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Chảy máu: Băng ép cầm máu hoặc khâu cầm máu
- Nhiễm trùng: Tách chỉ, thay kháng sinh

PHẪU THUẬT KHẸP GỠ ĐÀU DƯỚI XƯƠNG QUAY

I. ĐẠI CƯƠNG

- Gãy đầu dưới xương quay điển hình hay còn gọi là gãy Pouteau-Colles (Pouteau là người đầu tiên mô tả, Colles là người trình bày về kỹ thuật mổ xương gãy đầu dưới xương quay phía trên khớp quay -

tụ cốt, với di lệch điển hình: đoạn ngoại vi di lệch ra sau, ra ngoài và lên trên. Loại gãy này hay gặp người già (do loãng xương), có thể gặp người lớn, ở trẻ em thường bong sụn tiếp hợp.

II. CHỈ ĐỊNH

- NB có chẩn đoán xác định bị gãy đầu dưới xương quay trên lâm sàng và XQ.

- Đường gãy không vào khớp.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- NB có bệnh lý kèm theo chống chỉ định phẫu thuật: Tim mạch, ĐTD ...

IV. CHUẨN BỊ

1. Người bệnh: Tâm lý cho người bệnh, hồ sơ bệnh án đầy đủ thủ tục hành chính và các xét nghiệm.

2. Người thực hiện: Phẫu thuật viên chấn thương chỉnh hình và hai người phụ

3. Phương tiện trang thiết bị: Bộ dụng cụ phẫu thuật cẳng tay

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

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Vô cảm: Tê ĐRCT bên chi phẫu thuật

2. Kỹ thuật:

- Sát khuẩn, trải toan
- Rửa da dọc bờ quay 1/3 dưới cẳng tay.
- Phẫu tích, bộc lộ ổ gãy, làm sạch diện gãy.
- Dùng dụng cụ giữ xương kéo nắn, đặt lại xương theo trục giải phẫu.
- KHX găm kim Kirchner hoặc nẹp chữ T tùy từng trường hợp cụ thể
- Đóng vết mổ theo giải phẫu
- Có thể bó bột tăng cường 4 - 6 tuần khi mổ nếu chưa đủ vững

VI. THEO DÕI VÀ ĐIỀU TRỊ SAU MỔ

- Theo dõi mạch, nhiệt độ, huyết áp, tại chỗ vết mổ
- Kháng sinh 3 - 5 ngày
- Tập PHCN sau mổ

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Chảy máu: Băng ép cầm máu hoặc khâu cầm máu
- Nhiễm trùng: Tách chỉ, thay kháng sinh

PHẪU THUẬT KHẸT GỠ NỘI KHỚP ĐẦU DƯỚI XƯƠNG QUAY

I. ĐẠI CƯƠNG

- Gãy đầu dưới xương quay nội khớp chiếm 80% tổng số gãy đầu dưới xương quay bao gồm nhiều hình thái: Gãy chữ V, gãy chữ T, gãy mỏm tram quay, gãy chéo dọc đầu dưới ...

- KHẸT trong gãy nội khớp thường không vững và cần bó bột tăng cường sau mổ.

II. CHỈ ĐỊNH

- NB có chẩn đoán xác định bị gãy đầu dưới xương quay trên lâm sàng và XQ.

- Đường gãy phạm khớp.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- NB có bệnh lý kèm theo chống chỉ định phẫu thuật: Tim mạch, ĐTD ...

IV. CHUẨN BỊ

1. Người bệnh: Tâm lý cho người bệnh, hồ sơ bệnh án đầy đủ thủ tục hành chính và các xét nghiệm.

2. Người thực hiện: Phẫu thuật viên chấn thương chỉnh hình và hai người phụ

3. Phương tiện trang thiết bị: Bộ dụng cụ phẫu thuật cẳng tay

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

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Vô cảm: Tê ĐRCT bên chi phẫu thuật

2. Kỹ thuật:

- Sát khuẩn, trải toan
- Rửa da dọc bờ quay 1/3 dưới cẳng tay.
- Phẫu tích, bộc lộ ổ gãy, làm sạch diện gãy.
- Dùng dụng cụ giữ xương kéo nắn, đặt lại xương theo trục giải phẫu.
- KHX găm kim Kirchner hoặc nẹp chữ T tùy từng trường hợp cụ thể
- Đóng vết mổ theo giải phẫu
- Bó bột cẳng bàn tay tăng cường 4 - 6 tuần khi mổ.

VI. THEO DÕI VÀ ĐIỀU TRỊ SAU MỔ

- Theo dõi mạch, nhiệt độ, huyết áp, tại chỗ vết mổ
- Kháng sinh 3 - 5 ngày
- Tập PHCN sau mổ

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Chảy máu: Băng ép cầm máu hoặc khâu cầm máu
- Nhiễm trùng: Tách chỉ, thay kháng sinh

PHẪU THUẬT CHỈNH TRỤC CAL LỆCH ĐẦU DƯỚI XƯƠNG QUAY

I. ĐẠI CƯƠNG

- Can lệch là một trong các di chứng sau gãy xương. Do cal lệch mà đoạn chi sẽ ngắn, trục chi biến dạng do đó khả năng tỳ đè bị hạn chế, ảnh hưởng đến sinh hoạt, làm việc của người bệnh.

- Cal lệch đầu dưới xương quay hay gặp, đặc biệt cal lệch sau gãy Colle, làm giảm cơ năng đáng kể

II. CHỈ ĐỊNH: Cal lệch gây biến dạng trục chi nhiều

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Tình trạng tại chỗ và toàn thân không cho phép

- Cal lệch vừa phải, không ảnh hưởng nhiều đến chức năng vận động

IV. CHUẨN BỊ

1. Người bệnh: Tâm lý cho người bệnh, hồ sơ bệnh án đầy đủ thủ tục hành chính và các xét nghiệm.

2. Người thực hiện: Phẫu thuật viên chấn thương chỉnh hình và hai người phụ

3. Phương tiện trang thiết bị: Bộ dụng cụ phẫu thuật cẳng tay và nẹp vít

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

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Vô cảm: Gây mê toàn thân hoặc tại chỗ

2. Kỹ thuật:

- Sát khuẩn đoạn chi
- Garo sau khi dồn máu
- Rửa da, phẫu tích phần mềm vào xương
- Đục rời xương ở vị trí gãy cũ, phá bỏ cal lệch, lưu ý giữ lại các tổ chức cal có nhiều xương xớp để ghép lại về sau
- Nắn chỉnh xương về vị trí giải phẫu, kiểm tra trục và độ dài chi
- Cố định xương bằng nẹp vít hoặc găm kim Krichner giữ xương phối hợp với bó bột
- Bơm rửa
- Ghép lại phần cal xương quanh vị trí ổ gãy xương
- Dẫn lưu vùng mô
- Phục hồi giải phẫu phần mềm
- Băng

VI. THEO DÕI

- Biện chứng chảy máu
- Biện chứng nhiễm trùng

VII. XỬ TRÍ BIẾN CHỨNG

- Chảy máu: băng ép chặt vùng mô, mở lại kiểm tra nếu cần
- Nhiễm trùng: săn sóc tại chỗ, thay kháng sinh

PHẪU THUẬT GÃY XƯƠNG THUYỀN BẰNG VIS HERBERT

I. ĐẠI CƯƠNG

- Trong số các gãy xương vùng cổ tay thì gãy xương thuyền nhiều thứ 2 sau gãy đầu dưới xương quay
- Xương thuyền gãy sau chổng bàn tay duỗi về phía sau
- Gãy xương thuyền được chia thành 3 vị trí trên, giữa và dưới. Trong đó hay gặp nhất là 1/3 giữa

II. CHỈ ĐỊNH

- Gãy xương thuyền mới bị gấp góc, di lệch nhiều
- Gãy xương thuyền nắn không kết quả
- Gãy xương thuyền cũ, chập liền, không liền, có đau

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Nhiễm trùng
- Không đủ tiêu chuẩn phẫu thuật

IV. CHUẨN BỊ

1. Người bệnh: Tâm lý cho người bệnh, hồ sơ bệnh án đầy đủ thủ tục hành chính và các xét nghiệm.

2. Người thực hiện: Phẫu thuật viên chân thương chỉnh hình và hai người phụ

3. Phương tiện trang thiết bị: Bộ dụng cụ phẫu thuật bàn tay và vít Herbert

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

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Vô cảm: Người bệnh bằng gây tê đám rối

2. Kỹ thuật:

- Sát khuẩn vùng mổ bằng Betadine hoặc cồn 70°
- Đặt Garo
- NB để bàn tay lên bàn, kê toan ở cổ tay để cổ tay ngửa tối đa
- Đường rạch bắt đầu ở nếp gấp cổ tay theo gân cơ gấp cổ tay quay kéo lên trên 4cm
- Tách gân gấp cổ tay quay và kéo sang phía trụ. Rạch bao khớp tách sang hai bên làm lộ xương thuyền
- Dùng 1 Guide nắn chỉnh cố định xương thuyền
- Bắt vis Herbert qua guide
- Bơm rửa cầm máu. Đóng vết mổ
- Găm kim krischner giữ xương trong khi chờ dây chằng liền
- Bất động bột ôm ngón cái

VI. THEO DÕI VÀ ĐIỀU TRỊ SAU MỔ

- Theo dõi mạch,, huyết áp, nhiệt độ, nhịp thở, tri giác, da, niêm mạc, màu sắc chi thể, vận động cảm giác chi thể, để phát hiện những biến chứng sau mổ
- Bó bột ôm ngón cái từ
- Hướng dẫn tập vật lý trị liệu

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Chảy máu: Băng ép cầm máu, nếu không được mở vết mổ cầm máu
- Nhiễm trùng: Tách chỉ vết mổ, thay băng hàng ngày, kháng sinh, cấy dịch làm kháng sinh đồ

PHẪU THUẬT ĐIỀU TRỊ HỘI CHỨNG ỚNG CỔ TAY

I. ĐẠI CƯƠNG

Hội chứng ống cổ tay: Là hiện tượng dây thần kinh giữa ở ống cổ tay bị chèn ép. Dây thần kinh giữa truyền cảm giác từ bề mặt gan bàn tay của các ngón tay (trừ ngón tay út) và điều khiển các cơ vận động ngón tay cái. Ống cổ tay được hình thành bởi xương cổ tay và dây chằng ngang cổ tay. Ống cổ tay là một “đường ống” hẹp chứa thần kinh giữa và gân vận động các ngón tay. Nếu các bộ phận ở gần hoặc trong ống cổ tay bị sưng hoặc dày lên có thể chèn ép dây thần kinh giữa, dẫn đến đau, tê và làm yếu bàn tay và ngón cái.

II. CHỈ ĐỊNH

NB có chẩn đoán xác định bị hội chứng ống cổ tay:

- Triệu chứng cơ năng gồm những triệu chứng về cảm giác vùng da do thần kinh giữa chi phối ở bàn tay: Dị cảm, giảm cảm giác, đau, tê cứng.

- Triệu chứng thực thể gồm: Dấu hiệu Tinel dương tính, nghiệm pháp Phalen dương tính, giảm hoặc mất cảm giác châm chích vùng da thần kinh giữa chi phối.

- Test dẫn truyền thần kinh cho thấy có sự rối loạn chức năng thần kinh giữa vùng ống cổ tay.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- NB có bệnh lý kèm theo chống chỉ định phẫu thuật: Tim mạch, ĐTĐ ...

IV. CHUẨN BỊ

1. Người bệnh: Tâm lý cho người bệnh, hồ sơ bệnh án đầy đủ thủ tục hành chính và các xét nghiệm.

2. Người thực hiện: Phẫu thuật viên chấn thương chỉnh hình và hai người phụ

3. Phương tiện trang thiết bị: Bộ dụng cụ phẫu thuật bàn tay

4. Dự kiến thời gian phẫu thuật: 30 phút

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Vô cảm: Tê ĐRCT bên chi phẫu thuật
- Sát khuẩn, trải toan
- Rạch da cổ tay khoảng 1cm theo nếp gấp cổ tay
- Bộc lộ ống cổ tay dưới chỗ rạch da
- Dùng kéo luôn và cắt ống cổ tay mặt trước dọc theo trục chi. Rạch sao cho hết chiều dài ống cổ tay.
- Kiểm tra lại thần kinh giữa.
- Đóng vết mổ theo giải phẫu

VI. THEO DÕI VÀ ĐIỀU TRỊ SAU MỔ

- Theo dõi mạch, nhiệt độ, huyết áp, tại chỗ vết mổ
- Kháng sinh 3 - 5 ngày
- Tập PHCN sau mổ

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Chảy máu: Băng ép cầm máu hoặc khâu cầm máu
- Nhiễm trùng: Tách chỉ, thay kháng sinh

PHẪU THUẬT ĐIỀU TRỊ HỘI CHỨNG CHÈN ÉP THẦN KINH TRỤ

I. ĐẠI CƯƠNG

Thần kinh trụ có thể bị chèn ép tại rãnh thần kinh trụ ở khuỷu tay hoặc tại kênh Guyon ở cổ tay. Bệnh lý chèn ép thần kinh trụ ở khuỷu tay là bệnh lý thần kinh ngoại biên do đè ép phổ biến thứ 2, chỉ sau hội chứng ống cổ tay. Khi đi qua rãnh thần kinh trụ ở khuỷu tay, thần kinh trụ đi rất nông và không có cơ che phủ nên rất dễ bị tổn thương. Những nguyên nhân như bất thường các cấu trúc giải phẫu, gãy xương cũ hoặc mới, bệnh lý khớp viêm tại vùng khuỷu có thể dẫn đến thần kinh trụ bị chèn ép. Duy trì tư thế gấp khuỷu trong thời gian dài hoặc lặp đi lặp lại động tác gấp/duỗi khuỷu có thể gây tổn thương thần kinh trụ. Trong khi đó, những người làm nghề đòi hỏi vận động cổ tay nhiều là đối tượng nguy cơ của bệnh lý chèn ép thần kinh trụ ở kênh Guyon vùng cổ tay.

II. CHỈ ĐỊNH

NB có chẩn đoán xác định bị hội chứng chèn ép thần kinh trụ, không đáp ứng với điều trị bảo tồn:

- Biến dạng “bàn tay vuốt trụ”
- Mất động tác giạng và khép các ngón, khép ngón cái, gấp đốt xa ngón 4-5
- Mất cảm giác ở ngón tay út, mô út và 1/2 ngón nhẫn.
- Mất phản xạ trụ sấp
- Kết quả khảo sát chẩn đoán điện phù hợp với tổn thương thần kinh trụ.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- NB có bệnh lý kèm theo chống chỉ định phẫu thuật: Tim mạch, ĐTĐ ...

IV. CHUẨN BỊ

1. Người bệnh: Tâm lý cho người bệnh, hồ sơ bệnh án đầy đủ thủ tục hành chính và các xét nghiệm.

2. Người thực hiện: Phẫu thuật viên chấn thương chỉnh hình và hai người phụ

3. Phương tiện trang thiết bị: Bộ dụng cụ phẫu thuật bàn tay

4. Dự kiến thời gian phẫu thuật: 30 phút

VIII. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Vô cảm: Tê ĐRCT bên chi phẫu thuật

2. Kỹ thuật:

- Sát khuẩn, trải toan

- Đối với thần kinh trụ bị chèn ép ở khuỷu: phẫu thuật chuyển vị trí thần kinh trụ ra trước.

- Đối với thần kinh trụ bị chèn ép ở ống Guyon: phẫu thuật cắt bỏ mỏm móc của xương móc kết hợp với giải phóng thần kinh trụ bị chèn ép. Trường hợp người bệnh có u bao hoạt dịch hay một tổ chức gì khác ở trong hay gần kênh Guyon gây chèn ép thần kinh trụ thì cũng cần phải phẫu thuật

- Đóng vết mổ theo giải phẫu.

V. THEO DÕI VÀ ĐIỀU TRỊ SAU MỔ

- Theo dõi mạch, nhiệt độ, huyết áp, tại chỗ vết mổ

- Kháng sinh 3 - 5 ngày

- Tập PHCN sau mổ

VI. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Chảy máu: Băng ép cầm máu hoặc khâu cầm máu

- Nhiễm trùng: Tách chỉ, thay kháng sinh

PHẪU THUẬT CHUYỂN GÂN ĐIỀU TRỊ LIỆT THẦN KINH GIỮA

I. ĐẠI CƯƠNG

Liệt thần kinh giữa không hồi phục làm người bệnh mất gấp ngón cái, ngón trỏ, ngón giữa, mất đối chiếu ngón cái.

Phẫu thuật chuyển gân nhằm mục đích làm gấp ngón cái, ngón trỏ, ngón giữa và đối chiếu ngón cái. Từ đó, người bệnh có thể tự cầm nắm đồ vật.

II. CHỈ ĐỊNH

- NB có chẩn đoán xác định liệt thần kinh giữa không hồi phục.
- Cơ lực cơ gấp cẳng bàn tay còn tốt (4/5, 5/5)
- Không có tổn thương thần kinh quay, trụ phối hợp.
- Không có tổn thương phần mềm nặng vùng chuyển gân.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- NB có bệnh lý kèm theo chống chỉ định phẫu thuật: Tim mạch, ĐTD ...

IV. CHUẨN BỊ

1. Người bệnh: Tâm lý cho người bệnh, hồ sơ bệnh án đầy đủ thủ tục hành chính và các xét nghiệm.

2. Người thực hiện: Phẫu thuật viên chấn thương chỉnh hình và hai người phụ

3. Phương tiện trang thiết bị: Bộ dụng cụ phẫu thuật bàn tay

4. Dự kiến thời gian phẫu thuật: 90 - 120 phút

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Vô cảm: Tê ĐRCT bên chi phẫu thuật

2. Kỹ thuật:

- Sát khuẩn, trải toan
- Rửa da
- Bộc lộ gân chuyên và gân được chuyên:

Phẫu thuật Burkhalter: chuyên gân cơ ngửa dài cho gấp dài ngón cái, khâu gân gấp sâu ngón 2,3 vào ngón 4,5 chuyên gân phục hồi đối chiều ngón cái.

- Đóng vết mổ theo giải phẫu

VI. THEO DÕI VÀ ĐIỀU TRỊ SAU MỔ

- Theo dõi mạch, nhiệt độ, huyết áp, tại chỗ vết mổ
- Kháng sinh 3 - 5 ngày
- Tập PHCN sau mổ

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Chảy máu: Băng ép cầm máu hoặc khâu cầm máu
- Nhiễm trùng: Tách chỉ, thay kháng sinh

PHẪU THUẬT CHUYỂN GÂN ĐIỀU TRỊ LIỆT THẦN KINH TRỤ

I. ĐẠI CƯƠNG

Liệt thần kinh trụ không hồi phục làm mất phản xạ trụ sấp. Bàn tay vuôt trụ do teo các cơ gian đốt và cơ giun bàn tay; tăng duỗi các đốt 1, đốt giữa và gấp đốt cuối tạo tư thế vuôt, rỗ rết ở ngón 4, 5; đồng thời các ngón tay hơi dạng ra; ô mô út teo nhỏ, bẹt xuống, khe gian đốt lõm xuống để lộ rõ xương bàn tay; mất động tác khép và dạng các ngón tay vì liệt cơ gian đốt; mất động tác khép ngón cái.

Phẫu thuật chuyển gân nhằm mục đích sửa biến dạng vuôt trụ.

II. CHỈ ĐỊNH

- NB có chẩn đoán xác định liệt thần kinh trụ không hồi phục.
- Cơ lực cơ gấp căng bàn tay còn tốt (4/5, 5/5)
- Không có tổn thương thần kinh quay, giữa phối hợp.
- Không có tổn thương phần mềm nặng vùng chuyển gân.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- NB có bệnh lý kèm theo chống chỉ định phẫu thuật: Tim mạch, ĐTĐ ...

IV. CHUẨN BỊ

1. Người bệnh: Tâm lý cho người bệnh, hồ sơ bệnh án đầy đủ thủ tục hành chính và các xét nghiệm.

2. Người thực hiện: Phẫu thuật viên chấn thương chỉnh hình và hai người phụ

3. Phương tiện trang thiết bị: Bộ dụng cụ phẫu thuật bàn tay

4. Dự kiến thời gian phẫu thuật: 90 - 120 phút

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Vô cảm: Tê ĐRCT bên chi phẫu thuật

2. Kỹ thuật:

- Sát khuẩn, trải toan
- Rạch da
- Bộc lộ gân chuyên và gân được chuyên:

● **Phẫu thuật Capsulodesis Zancolli:** Rạch rộng ở gan tay tương đương khớp bàn ngón.

Lấy một vật bao khớp chữ U có cuống ở dưới và kéo vật lên trên cao, mở rộng rọc A1, rồi khâu cố định vào cổ đốt bàn, giữ cho khớp bàn ngón gấp 200.

● **Phẫu thuật Oner:** Rạch đường Zigzag ở ngón tay phía gan tay và các đường rạch ngắn ở trên lồi củ cơ dạng ngón cái và ở phía sau ngón 4 tại khớp gian đốt gần. Tách rời bám tận của gân gấp chung nông, giữ lại bao gân và dây chằng vòng A1, A2 của ngón tay. Xẻ dọc gân gấp chung nông ra làm hai lên gan tay. Chuyển nửa ngoài của gân đưa chéo qua trước gan tay và khâu cố định chỗ bám tận của cơ khép ngón cái tại nền đốt 1 ngón cái và ở phía sau thì khâu cố định vào chỗ bám tận của cơ dạng ngón cái. Nửa trong của gân lại xẻ làm đôi. Lấy đầu trong cùng kéo xuống dưới ra sau, khâu vào dây chằng và cân ngang sâu của dây chằng đốt bàn. Còn đầu gân cuối cùng thì luồn lại qua dưới ròng rọc A2, quặt ngược đầu gân ra trước, khâu giữ cố định vào bao gân gấp giữa cho đốt 1 ngón tay gấp nhẹ chừng 200.

● **Phẫu thuật Bunnell, Littler:** Tách rời bám tận gân duỗi chung ngón 2, rút gân ra khỏi dây chằng mu cổ tay. Nối kéo dài gân nhờ gân cơ gan tay lớn, luồn gân ở dưới da, vòng qua bờ trụ của bàn tay, luồn qua gan tay ở sâu, cố định vào nền đốt 1 ngón cái tại lồi củ cơ khép.

● **Phẫu thuật Boyes:** Dùng cơ ngửa dài đưa ra sau cẳng tay, nối dài nó nhờ gân gan tay lớn, luồn gân này vào kẽ đốt bàn tay 3-4, luồn ra trước gan tay, cố định vào nền đốt 1 ngón cái, chỗ bám tận cơ khép ngón cái.

● **Phẫu thuật Littler:** Tách rời gân gấp chung nông ngón 4 ở bám tận, rút gân ra khỏi ngón, cho ra gan tay tạo một ròng rọc cân ở gan tay, luồn gân qua ròng rọc cân rồi cố định ở nền đốt 1 ngón cái tại lồi củ cơ dạng ngón cái.

- Đóng vết mổ theo giải phẫu

VI. THEO DÕI VÀ ĐIỀU TRỊ SAU MỔ

- Theo dõi mạch, nhiệt độ, huyết áp, tại chỗ vết mổ
- Kháng sinh 3 - 5 ngày
- Tập PHCN sau mổ

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Chảy máu: Băng ép cầm máu hoặc khâu cầm máu
- Nhiễm trùng: Tách chỉ, thay kháng sinh

PHẪU THUẬT CHUYÊN GÂN ĐIỀU TRỊ LIỆT THẦN KINH QUAY

I. ĐẠI CƯƠNG

Liệt thần kinh quay không hồi phục làm cẳng tay úp sấp, hơi gấp, các ngón tay gấp lên nửa chừng, ngón cái khép lại, bàn tay rũ xuống không nhấc lên được “bàn tay rũ cổ cò” (Col de Cygne). Người bệnh không làm được các động tác duỗi bàn tay và duỗi các đốt ngón tay, duỗi và dạng ngón tay cái, ngửa cẳng tay và bàn tay.

Phẫu thuật chuyên gân nhằm mục đích làm duỗi bàn tay và các ngón tay, dạng ngón cái, ngửa cẳng tay và bàn tay.

II. CHỈ ĐỊNH

- NB có chẩn đoán xác định liệt thần kinh quay không hồi phục.
- Cơ lực cơ gấp cẳng bàn tay còn tốt (4/5, 5/5)
- Không có tổn thương thần kinh trụ, giữa phối hợp.
- Không có tổn thương phần mềm nặng vùng chuyên gân.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- NB có bệnh lý kèm theo chống chỉ định phẫu thuật: Tim mạch, ĐTD ...

IV. CHUẨN BỊ

1. Người bệnh: Tâm lý cho người bệnh, hồ sơ bệnh án đầy đủ thủ tục hành chính và các xét nghiệm.

2. Người thực hiện: Phẫu thuật viên chấn thương chỉnh hình và hai người phụ

3. Phương tiện trang thiết bị: Bộ dụng cụ phẫu thuật bàn tay

4. Dự kiến thời gian phẫu thuật: 90 - 120 phút

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Vô cảm: Tê ĐRCT bên chi phẫu thuật

2. Kỹ thuật:

- Sát khuẩn, trải toan
- Rửa da
- Bộc lộ gân chuyên và gân được chuyên:

● Phẫu thuật Boyes: chuyên cơ sấp tròn cho cơ duỗi cổ tay quay ngắn, cơ gấp nông ngón IV cho cơ duỗi dài ngón I và duỗi riêng ngón II, cơ gấp nông ngón III cho cơ duỗi chung, cơ gấp cổ tay quay cho cơ giạng dài và duỗi ngắn ngón I

● Phẫu thuật Riordan: chuyên cơ sấp tròn cho cơ duỗi cổ tay quay ngắn, cơ gấp cổ tay trụ cho cơ duỗi chung, cơ gan tay dài cho cơ duỗi dài ngón I.

● Phẫu thuật Tsuge: chuyên cơ sấp tròn cho cơ duỗi cổ tay quay ngắn; cơ gấp cổ tay quay qua màng liên cốt cho cơ duỗi chung; cơ gan tay dài cho cơ duỗi dài ngón I

● Phẫu thuật Smith: cải biên kỹ thuật phục hồi vận động ngón I từ phương pháp của Tsuge K. bằng cách treo gân cơ giạng dài ngón I vào chỗ bám tận của gân cơ cánh tay quay trong tư thế xương bàn I giạng tối đa. Sau đó, chuyên cơ gan tay dài cho cơ duỗi ngắn và duỗi dài ngón I sau khi đã chuyển hướng hai cơ này qua đường hầm dưới da ra bờ ngoài cổ tay.

- Đóng vết mổ theo giải phẫu

VI. THEO DÕI VÀ ĐIỀU TRỊ SAU MỔ

- Theo dõi mạch, nhiệt độ, huyết áp, tại chỗ vết mổ
- Kháng sinh 3 - 5 ngày
- Tập PHCN sau mổ

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Chảy máu: Băng ép cầm máu hoặc khâu cầm máu
- Nhiễm trùng: Tách chỉ, thay kháng sinh

PHẪU THUẬT ĐIỀU TRỊ LIỆT THẦN KINH GIỮA VÀ THẦN KINH TRỤ

I. ĐẠI CƯƠNG

- Liệt thần kinh giữa và thần kinh trụ là di chứng hay gặp của chi trên thường nguyên nhân do vết thương gây ra
- Điều trị liệt thần kinh giữa và thần kinh trụ khi thần kinh đã được khâu nối mà không hồi phục.

II. CHỈ ĐỊNH

- Chẩn đoán liệt thần kinh giữa:
 - Vận động: dấu hiệu bàn tay khi: Khớp bàn ngón duỗi quá mức, đầu ngón co, mất đối chiếu ngón cái, cơ gan tay và cơ ô mô cái teo
 - Cảm giác: Mất cảm giác đốt 3 của ngón 2,3
- Chẩn đoán liệt thần kinh trụ:
 - Vận động: Biểu hiện dấu hiệu vượt trụ, ngón 4 ngón 5 đốt 1 bị duỗi quá mức, còn đốt 2 và 3 bị co gập.
 - Cảm giác: Mất cảm giác ở mu ngón 5, mu tay và mu ngón 4 phía trụ

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH:

Bàn tay có tình trạng nhiễm trùng

IV. CHUẨN BỊ

1. Người bệnh:

Tâm lý cho người bệnh, hồ sơ bệnh án đầy đủ thủ tục hành chính và các xét nghiệm.

2. Người thực hiện:

Phẫu thuật viên chấn thương chỉnh hình và hai người phụ

3. Phương tiện trang thiết bị:

Bộ dụng cụ phẫu thuật bàn tay

4. Dự kiến thời gian phẫu thuật: 120 phút

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Vô cảm:

Gây tê đám rối thần kinh cánh tay hoặc gây mê

2. Kỹ thuật:

Đánh rửa tay bằng xà phòng, nước muối vô khuẩn

- Ga rô cánh tay: tốt nhất ga rô hơi với áp lực 200- 250mmHg, ga rô đui máu cho sạch phẫu trường

- Chuyển gân trong liệt TK giữa: chuyển gân gáp nông ngón 4 khâu vào đốt 1 ngón cái, sau mổ để ngón cái tư thế đối chiếu, cổ tay duỗi 0 độ

- Chuyển gân liệt TK trụ:

- Kỹ thuật Zancolli: Rạch dọc ở gan tay chỗ khớp bàn ngón, lấy vạt chữ u có cuống và kéo vạt lên cao khâu vào cổ đốt bàn giúp cho khớp bàn ngón gấp 20 độ

VI. THEO DÕI VÀ ĐIỀU TRỊ SAU MỔ

- Theo dõi tình trạng vết thương, đầu ngón tay

- Điều trị: Kháng sinh 5-7 ngày, giảm viêm

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

Nhiễm trùng bàn tay: Cắt chỉ, thay băng, cắt lọc lại

KHÂU TỔN THƯƠNG GÂN GẤP BÀN TAY VÙNG I, II, III, IV

I. ĐẠI CƯƠNG

- Vết thương bàn tay rất hay gặp chiếm khoảng 40- 50 % tổng số vết thương bàn tay do tai nạn lao động.
- Bàn tay có nhiều bộ phận tinh tế: gân, thần kinh...Vết thương bàn tay phẫu trường nhỏ, dễ nhiễm trùng... do đó phải xử trí các thương tổn hoàn hảo về gân, xương, mạch máu và thần kinh, tập phục hồi chức năng sớm để hạn chế di chứng

II. CHỈ ĐỊNH

- Tổn thương gân gấp vùng I, III, IV, V đến sớm
- Phân vùng: Bàn tay từ ngón 2 tới ngón 5 mỗi ngón có 2 gân gấp(gân gấp nông và gân gấp sâu), ngón 1 có 1 gân gấp dài và một gân gấp ngắn. Vùng I có 1 gân, vùng III, IV, V có hai gân.



Phân vùng bàn tay

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Chống chỉ định khâu gân gấp 1 thì trong trường hợp nhiễm trùng, đến muộn

IV. CHUẨN BỊ

1. Người bệnh: Tâm lý cho người bệnh, hồ sơ bệnh án đầy đủ thủ tục hành chính và các xét nghiệm.

2. Người thực hiện: Phẫu thuật viên chấn thương chỉnh hình và hai người phụ

3. Phương tiện trang thiết bị: Bộ dụng cụ phẫu thuật bàn tay

4. Dự kiến thời gian phẫu thuật: 90 - 120 phút

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

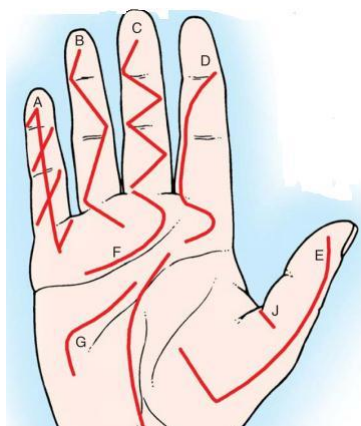
1. Vô cảm: Gây tê đám rối thần kinh cánh tay hoặc gây mê

2. Kỹ thuật:

- Rửa tay bằng xà phòng, nước muối vô khuẩn

- Ga rô cánh tay: tốt nhất ga rô hơi với áp lực 200- 250mmHg, ga rô đui máu cho sạch phẫu trường

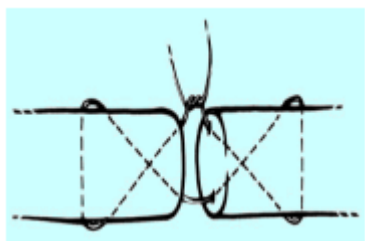
- Cắt lọc làm sạch vết thương (cắt lọc tiết kiệm), rạch rộng vết thương theo hình chữ Z, tránh rạch ngang qua các nếp gấp tự nhiên của bàn tay.



- Nối gân:

+ Vùng 1: Nếu đứt sát xương phải khâu xuyên xương vào đốt xa, đính kiềng khuy áo ở phía móng tay

+ Vùng III, IV, V khâu cả hai gân theo kỹ thuật Kessler cải tiến bằng chỉ Prolen 3-5/0



VI. THEO DÕI VÀ ĐIỀU TRỊ SAU MỒ

- Theo dõi tình trạng vết thương, đầu ngón tay

- Điều trị: Kháng sinh 5-7 ngày, giảm viêm
- Tập phục hồi sau mổ: cần tập sớm tránh biến chứng dính gân

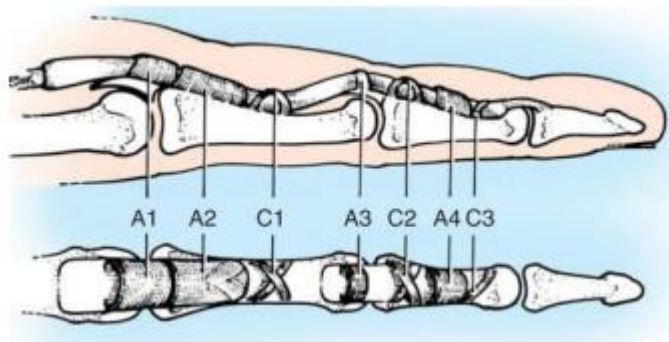
VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Hoại tử ngón, nhiễm trùng bàn tay: cắt chỉ, thay băng, cắt lọc lại
- Dính gân: tập phục hồi chức năng sớm, nếu muôn mô gỡ dính

KHÂU TỒN THƯƠNG GÂN GẤP BÀN TAY VÙNG II

I. ĐẠI CƯƠNG

- Vết thương bàn tay rất hay gặp chiếm khoảng 40- 50 % tổng số vết thương bàn tay do tai nạn lao động.
- Vùng II phẫu trường nhỏ, dễ dính, cần bảo tồn tốt các rọc hình nhẵn



II. CHỈ ĐỊNH

- Tồn thương gân gấp vùng II đến sớm: Vùng II từ ngón 2 đến 5 có 2 gân gấp nông và sâu, ngón 1 có 1 gân.
- Phân vùng bàn tay



III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH.

Tổn thương gân gấp vùng II đến muôn, nhiễm trùng

IV. CHUẨN BỊ

1. Người bệnh: Tâm lý cho người bệnh, hồ sơ bệnh án đầy đủ thủ tục hành chính và các xét nghiệm.

2. Người thực hiện: Phẫu thuật viên chấn thương chỉnh hình và hai người phụ

3. Phương tiện trang thiết bị: Bộ dụng cụ phẫu thuật bàn tay

4. Dự kiến thời gian phẫu thuật: 90 - 120 phút

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

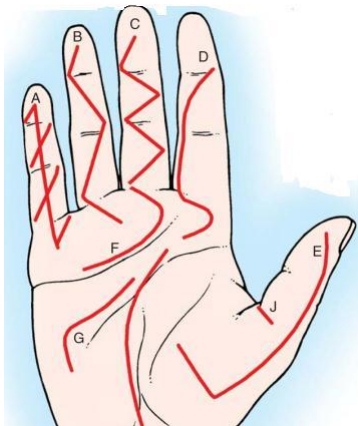
1. Vô cảm: Gây tê đám rối thần kinh cánh tay hoặc gây mê

2. Kỹ thuật:

- Đánh rửa tay bằng xà phòng, nước muối vô khuẩn

- Ga rô cánh tay: tốt nhất ga rô hơi với áp lực 200- 250mmHg, ga rô đuổi máu cho sạch phẫu trường

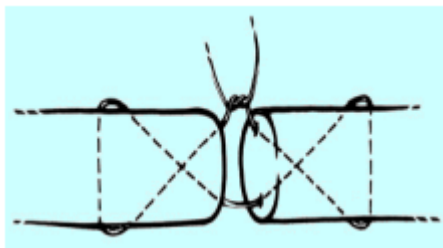
- Cắt lọc làm sạch vết thương (cắt lọc tiết kiệm), rạch rộng vết thương theo hình chữ Z, tránh rạch ngang qua các nếp gấp tự nhiên của bàn tay.



- Nối gân:

• Vùng II khâu cả hai gân theo kỹ thuật Kessler cải tiến bằng chỉ Prolen 3-5/0, miệng nối cần chơn chu, bảo tồn các rờng dọc nhẵn

• Khâu yêu tiên gân gấp sâu các ngón, gân gấp nông có thể cắt bỏ để hạn chế dính và phẫu trường nhỏ



VI. THEO DÕI VÀ ĐIỀU TRỊ SAU MỒ

- Theo dõi tình trạng vết thương, đầu ngón tay
- Điều trị: Kháng sinh 5-7 ngày, giảm viêm
- Tập phục hồi sau mổ: Cần tập sớm tránh biến chứng dính gân

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Hoại tử ngón, nhiễm trùng bàn tay: cắt chỉ, thay băng, cắt lọc lại
- Dính gân: Tập phục hồi chức năng sớm, nếu muôn mổ gỡ dính.

TÁI TẠO PHỤC HỒI TỔN THƯƠNG GÂN GẤP 2 THÌ

I. ĐẠI CƯƠNG

- Tái tạo phục hồi gân hai thì trong các tổn thương gân gấp vùng II đến muôn sau 3 tuần, nguyên tắc là ghép gân tự thân và đưa miệng nối gân ra ngoài vùng II

II. CHỈ ĐỊNH

- Người bệnh đứt gân gấp vùng II muôn quá 3 tuần, cho phép ghép gân tự thân nối ở vùng I và vùng III

- Vết thương phải lành tốt
- Các khớp phải mềm mại.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Vết thương bàn tay nhiễm trùng, các khớp ngón tay cứng

IV. CHUẨN BỊ.

1. Người bệnh: Tâm lý cho người bệnh, hồ sơ bệnh án đầy đủ thủ tục hành chính và các xét nghiệm.

2. Người thực hiện: Phẫu thuật viên chấn thương chỉnh hình và hai người phụ

3. Phương tiện trang thiết bị: Bộ dụng cụ phẫu thuật bàn tay

4. Dự kiến thời gian phẫu thuật: 90 - 120 phút

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Vô cảm: Gây tê đám rối thần kinh cánh tay hoặc gây mê

2. Kỹ thuật:

- Vệ sinh bàn tay kỹ
- Ga rô cánh tay: tốt nhất ga rô hơi với áp lực 200- 250mmHg, ga rô đuổi máu cho sạch phẫu trường
- Rạch da chữ Z theo Bruner

Thì 1: Kiểm tra tổn thương gân và bao gân,

Cắt bỏ gân gấp nông và gân gấp sâu trên nguyên ủy cơ giun ở gan tay

Tạo hình lại cácร่อง dọc nhẫn của ngón tay, đặt ống silicon dưới cácร่อง dọc tạo hình

Thì 2: Lấy gân ghép rời (gân gan tay, gân chân..)

Khâu gân ghép vào ống silicon và luồn qua ống gân

Nối gân ghép qua xương tại nền đốt III

Khâu gân gấp đầu gần tại vùng 3 theo Kessler

- Đóng vết mổ và đặt nẹp CBT tư thế để sau 3 tuần

VI. THEO DÕI VÀ ĐIỀU TRỊ SAU MỔ

- Theo dõi tình trạng vết thương, đầu ngón tay

- Điều trị: Kháng sinh 5-7 ngày, giảm viêm

- Tập phục hồi sau mổ: sau 3 tuần bỏ nẹp tập PHCN

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Nhiễm trùng: Nhiễm trùng nhẹ thay băng vết thương

- Nhiễm trùng nặng làm sạch bỏ mảnh ghép

- Dính gân gấp nếu không tập PHCN.

PHẪU THUẬT NHIỄM TRÙNG BÀN TAY

I. ĐẠI CƯƠNG

- Nhiễm khuẩn bàn tay là những nhiễm trùng các tổ chức cấu tạo nên bàn và ngón tay, thường gây những biến chứng nặng, diễn biến nặng nề và gây tàn phế.

- Chẩn đoán sớm, điều trị đúng và kịp thời.

II. CHỈ ĐỊNH

- Viêm tấy bàn tay đã hóa mủ.

CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Viêm tấy đang lan tỏa, chưa hóa mủ.

III. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện: Phẫu thuật viên phải hiểu và nắm được những nguyên tắc cơ bản của phẫu thuật bàn tay.

2. Phương tiện: Bộ dụng cụ phẫu thuật bàn tay chuyên dụng và kim chỉ khâu chuyên dụng.

3. Người bệnh: Chuẩn bị tâm lý, hồ sơ bệnh án đầy đủ thủ tục hành chính.

4. Dự kiến thời gian phẫu thuật: 90 phút

IV. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Tư thế: Người bệnh nằm ngửa, tùy vào tổn thương để bàn tay sấp hay ngửa.

2. Vô cảm: Tê tại chỗ, tê đám rối hoặc mê khí quản

3. Kỹ thuật:

- Sát trùng rộng rãi.

- Ga rô góc chi, không dồn máu.

- Chín mé: Rạch hai bên ngón, mở hết các khoang, cắt hết các vách xơ, cắt lọc tổ chức hoại tử và làm sạch, dẫn lưu bằng gạc, để da hở.

- Viêm mũ quanh móng: Rạch tháo mũ, cắt bỏ tổ chức phần mềm phủ lên gốc móng, có thể cắt một phần móng để dẫn lưu mũ.

- Viêm tấy sâu kẽ ngón: Rạch dọc hai đường phía trước và phía sau thông nhau để dẫn lưu mũ.

- Áp xe khoang giữa bàn tay: Rạch da theo nếp gấp của gan tay, dẫn lưu mũ theo khoang.

- Viêm khoang mô cái: Rạch tháo mũ bằng hai đường thông nhau, một ở gan tay và một ở mu tay.

- Viêm mũ bao hoạt dịch gân gấp ngón 2, 3, 4: Rạch tháo mũ theo trục của ngón, đường rạch hơi lệch ra sau để tránh mạch máu và thần kinh, rạch theo đường thẳng hay đường zích- zắc, đường rạch các ngón 2, 3, 4 ở phía bờ trụ, đường rạch ngón 1, 5 ở phía bờ quay. Đường rạch da là đường rạch liên tục, đường rạch bao hoạt dịch là đường rạch gián đoạn, để lại các dây chằng vòng, cắt lọc bao gân và bao hoạt dịch bị viêm, để da hở.

- Viêm mũ bao hoạt dịch gân gấp ngón 1 và bao hoạt dịch quay: Rạch mở bao gân ở cổ tay và nếp ô mô cái.

- Viêm mũ bao hoạt dịch gân gấp ngón 5 và bao hoạt dịch trụ: Rạch mở bao gân ở cổ tay và nếp ô mô út, phía bờ quay.

- Cầm máu kỹ, để da hở để dẫn lưu mũ.

- Bất động nẹp bột sau phẫu thuật

V. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

1. Theo dõi:

- Theo dõi toàn trạng và các dấu hiệu sinh tồn, tình trạng tại chỗ vết mổ.

- Kháng sinh liều cao phổ rộng khi chưa có kháng sinh đồ.

- Khâu da thì 2 khi hết tình trạng nhiễm trùng.

2. Xử trí tai biến:

- Nhiễm trùng nông: Thay băng hàng ngày, lặn dịch vết mổ.

- Nhiễm trùng sâu: Thay băng hàng ngày, tách chỉ vết mổ, nuôi cấy dịch vi khuẩn, thay kháng sinh khi có kháng sinh đồ.

- Hoại tử da và tổ chức phần mềm: Cắt lọc tổ chức hoại tử.

- Nhiễm khuẩn huyết: Xét cắt cụt khi không còn khả năng bảo tồn chi thể.

PHẪU THUẬT LÀM MỎM CỤT NGÓN VÀ ĐÓT BÀN NGÓN

I. ĐẠI CƯƠNG

Là phẫu thuật cắt bỏ toàn bộ ngón tay đến gốc ngón tay, cắt bỏ xương đốt bàn ngón tay, giữ lại hệ thống xương khối tụ cốt.

Trong trường hợp tháo bỏ toàn bộ xương bàn ngón tay, toàn bộ chức năng bàn ngón tay mất hết, cần giải thích kỹ người bệnh và gia đình trước khi tiến hành phẫu thuật.

II. CHỈ ĐỊNH

- Bệnh lý mạch máu chi: tắc mạch, loét do đái tháo đường.
- Cụt chân thương, dập nát các ngón không có khả năng bảo tồn.
- Bỏng làm hoại tử ngón.
- Nhiễm trùng làm hoại tử tổ chức các ngón.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Tổn thương dập nát, hoại tử cấp máu kém, xâm lấn đến khối tụ cốt bàn tay.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện: Phẫu thuật viên chấn thương chỉnh hình, phụ phẫu thuật.

2. Người bệnh: Chuẩn bị tâm lý cho người bệnh, hồ sơ bệnh án đầy đủ thủ tục hành chính.

3. Phương tiện: Bộ dụng cụ phẫu thuật bàn tay.

4. Dự kiến thời gian phẫu thuật: 90 phút

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Tư thế: Người bệnh nằm ngửa, tay phẫu thuật để trên bàn phẫu thuật.

2. Vô cảm: tê gốc ngón, tê đám rối cánh tay hoặc gây mê.

3. Kỹ thuật:

- Garo gốc ngón hoặc garo cánh tay bằng garo hơi hoặc garo chun.
- Sát trùng vùng mổ bằng betadine hoặc cồn 700.

- Làm mỗm cụt ngón.
- + Rạch da ngang nền đốt 1 các ngón.
- + Cắt bỏ hệ thống gân gấp, duỗi.
- + Cầm máu bó mạch bờ quay, trụ bằng dao điện hoặc khâu mũi chữ X chỉ tiêu.
- + Khi bị cụt các ngón giữa thì cần tháo bỏ đốt bàn và khâu khếp 2 đốt bàn lân cận lại.
- + Bóc tách tạo hình vạt da mỗm cụt.
- + Khâu vết mỗ.
- Làm mỗm cụt xương bàn ngón: Tùy theo tổn thương ngón nào mà có các cách phẫu thuật khác nhau
- + Cụt đốt bàn ngón cái: bảo tồn tối đa, giữ lại nền đốt bàn, sử dụng vạt da cơ che phủ phần mềm tốt không để lộ xương.
- + Cụt đốt bàn ngón II:
 - Cắt cao xương đến nền đốt bàn.
 - Tìm buộc mạch máu, tìm thần kinh buộc và cắt ngang giữa đốt bàn, giấu thần kinh vào khoảng gian cốt.
 - Gân gấp thì cắt ngang và cho tự rút lên cao.
 - Cầm máu, khâu ống màng xương.
 - Khâu da
- + Cụt đốt bàn III, IV:
 - Khâu khếp 2 đốt bàn lân cận, khâu vào màng xương tại cổ các đốt bàn lân cận để che lấp.
- + Cụt đốt bàn V: bảo tồn nền đốt bàn là vị trí bám gân gấp và duỗi cổ tay trụ
 - Tìm nhánh cảm giác của thần kinh trụ ở ô mô út, cắt gân duỗi riêng, duỗi chung, cắt gân gấp ngón V
 - Lấy bỏ đốt bàn V, để lại nền đốt bàn.
 - Khâu vết mỗ.

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

1. Theo dõi:

- Dấu hiệu sinh tồn, tình trạng băng vết mỗ, vận động cảm giác đầu ngón không tổn thương.

- Hướng dẫn vận động, tập phục hồi chức năng sớm.
- Kháng sinh đường tiêu 3-5 ngày.

2. Xử trí tai biến:

- Chảy máu mủm cụt: Băng ép nhẹ nhàng, không hết có thể khâu tăng cường vị trí mủm cụt.

- Nhiễm trùng: Thay băng hàng ngày, cắt chỉ khi tụ dịch, nguy cơ nhiễm trùng sâu, lấy dịch cấy vi khuẩn làm kháng sinh đồ, thay kháng sinh khi có kháng sinh đồ.

- Hoại tử mủm cụt: Lộ xương cần cắt cao hơn hoặc chuyển vạt che xương.

PHẪU THUẬT THÁO KHỚP CỔ TAY

I. ĐẠI CƯƠNG

- Là phẫu thuật cắt bỏ khối xương tụ cốt bàn tay, để lại khớp quay-trụ dưới.

- Ưu điểm là còn khớp quay-trụ dưới nên còn khả năng sấp ngửa cẳng tay.

II. CHỈ ĐỊNH

- Tổn thương vùng bàn tay không còn khả năng bảo tồn đến khối tụ cốt do chấn thương, hoại tử thiếu máu do bệnh lý mạch máu, đái tháo đường.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Tổn thương xâm lấn đến 1/3 dưới cẳng tay.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện: Phẫu thuật viên chấn thương chỉnh hình, phụ phẫu thuật.

2. Người bệnh: Chuẩn bị tâm lý, đầy đủ hồ sơ bệnh án hành chính.

3. Phương tiện: Bộ dụng cụ phẫu thuật cẳng tay.

4. Dự kiến thời gian phẫu thuật: 90 phút

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Tư thế: Người bệnh nằm ngửa, tay phẫu thuật để trên bàn phẫu thuật.

2. Vô cảm: Tê đám rối hoặc gây mê toàn thân

3. Kỹ thuật

- Garo hơi hoặc garo chun tại 1/3 dưới cánh tay.

- Sát trùng cánh tay bằng betadine hoặc cồn 700.

- Rửa da 2 bên bờ quay - trụ bàn tay.

- Lấy bỏ khối xương tụ cốt, mòm châm trụ được lấy bỏ.

- Mạch máu buộc lại, gân cho rút lên cao.

- Thần kinh kéo nhẹ xuống, cắt cao, cho tụt lên hoặc rạch dọc cao, giữa cơ sấp tròn và cơ ngửa dài, dưới nếp khuỷu, buộc thần kinh giữa, trụ và nhánh nông của thần kinh quay.

- Lấy vạt da ở phía gan tay dài, còn vạt da ở mu tay thì ngắn, lật vạt phủ mòm cụt, khâu da ở phía sau, tránh để tai chó 2 bên góc.

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

1. Theo dõi

- Dấu hiệu sinh tồn, tình trạng băng vết mổ.
- Hướng dẫn vận động, tập phục hồi chức năng sớm.
- Kháng sinh đường tiêm 3-5 ngày.

2. Xử trí tai biến

- Chảy máu mồm cụt: băng ép nhẹ nhàng, không hết có thể khâu tăng cường vị trí mồm cụt.

- Nhiễm trùng: thay băng hàng ngày, cắt chỉ khi tự dịch, nguy cơ nhiễm trùng sâu, lấy dịch cấy vi khuẩn làm kháng sinh đồ, thay kháng sinh khi có kháng sinh đồ.

- Hoại tử mồm cụt: lộ xương cần cắt cao hơn hoặc chuyển vạt che xương.

PHẪU THUẬT KHX GÃY PILON

I. ĐẠI CƯƠNG

- Gãy đầu xa hai xương cẳng chân (Pilon) là loại gãy ở một phần ba dưới hai xương cẳng chân mà đường gãy đi vào diện khớp cổ chân.

- Là loại gãy ít gặp, khó khăn trong phẫu thuật do tổn thương đến diện khớp chày-sên, sên gót, hệ thống dây chằng vùng cổ chân.

II. CHỈ ĐỊNH

- Tổn thương tại diện khớp di lệch.
- Diện gãy di lệch trực trong ngoài > 100.
- Điều trị bảo tồn thất bại.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH: Tổn thương phần mềm chưa ổn định.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện: Phẫu thuật viên chuyên ngành chấn thương chỉnh hình.

2. Người bệnh: Chuẩn bị tâm lý, hồ sơ bệnh án đầy đủ thủ tục hành chính,

3. Phương tiện: Bộ dụng cụ KHX cẳng chân, C-arm (nếu có).

4. Dự kiến thời gian phẫu thuật: 90 phút

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Tư thế: Người bệnh nằm ngửa.

2. Vô cảm: Tê tủy sống hoặc mê khí quản.

3. Kỹ thuật (KHX nẹp vis/C-arm):

- Garo gốc chi bằng garo hơi hoặc garo chun.
- Cố định xương mác
 - + Rạch da đường bên ngoài.
 - + Đặt lại diện gãy xương mác, đảm bảo giữ độ dài và thẳng trục.
- Cố định xương chày
 - + Rạch da đường trước trong.
 - + Tái tạo lại mặt khớp xương chày
 - + Sử dụng C-arm kiểm tra diện gãy tốt nhất.
 - + Nẹp vis cố định vững diện gãy.

+ Có thể ghép xương vào chỗ khuyết ở hành xương để hỗ trợ cho diện khớp.

- Làm sạch diện khớp và diện gãy.
- Dẫn lưu.
- Đóng da 2 lớp.
- Tháo garô.

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

1. Theo dõi:

- 3 ngày đầu sau mổ: Theo dõi dấu hiệu sinh tồn, tình trạng băng vết thương, dẫn lưu.

- Những ngày sau: tình trạng chảy máu, nhiễm trùng, rối loạn dinh dưỡng.

2. Xử trí tai biến:

- Chảy máu vết mổ: băng ép hoặc khâu tăng cường tại vị trí vết mổ.

- Rối loạn dinh dưỡng: gác cao chân, chườm lạnh, thuốc chống phù nề, tăng cường dinh dưỡng toàn thân.

- Nhiễm trùng: thay băng hàng ngày, nuôi cấy dịch vết mổ, có thể cần thiết thay kháng sinh theo kháng sinh đồ.

PHẪU THUẬT KHẸP GỠ XƯƠNG SÊN VÀ TRẬT KHỚP

I. ĐẠI CƯƠNG

- Gãy, trật xương sên hay gặp thứ 2 những tổn thương xương ở cổ chân.
- Tỷ lệ hoại tử vô khuẩn xương sên sau chấn thương gãy xương rất cao.

II. CHỈ ĐỊNH

- Gãy thân xương sên di lệch nhiều.
- Gãy trật xương sên.
- Gãy cổ xương sên di lệch.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Khi tình trạng phần mềm cổ bàn chân không ổn định.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện: Phẫu thuật viên chuyên ngành chấn thương chỉnh hình đã được đào tạo.

2. Người bệnh: Chuẩn bị tâm lý, hồ sơ bệnh án đầy đủ thủ tục hành chính.

3. Phương tiện: Bộ dụng cụ phẫu thuật thông thường.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Tư thế:

Người bệnh nằm ngửa, chân duỗi.

2. Vô cảm:

Tê tủy sống hoặc mê khí quản.

3. Kỹ thuật:

- Garo gốc chi bằng garo hơi hoặc garo chun.
- Rạch da (tùy thuộc vào trị trí tổn thương có thể đi đường trước, bên trong, sau, hoặc phối hợp 2 đường)
- Đặt lại diện gãy.
- Cố định bằng vis xóp hoặc kirschner wires.
- Có thể kiểm tra bằng máy C-arm nếu có.
- Rửa sạch.
- Đóng da.
- Tháo garô.

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

1. Theo dõi:

- 3 ngày đầu sau mổ: Theo dõi dấu hiệu sinh tồn, tình trạng băng vết thương, vận động, cảm giác bàn ngón chân.
- Những ngày tiếp theo: Tình trạng nhiễm trùng, rối loạn dinh dưỡng.
- Theo dõi xa: Nguy cơ hoại tử xương sên vô khuẩn.

2. Xử trí tai biến:

- Chảy máu vết mổ: Băng ép hoặc khâu tăng cường.
- Nhiễm trùng: Phân biệt NT nông hay sâu để xử trí.
- Rối loạn dinh dưỡng: Gác cao chân, chườm lạnh, thuốc chống phù nề.
- Hoại tử xương sên: Gây đau nhiều, lấy bỏ, đóng cứng khớp.

PHẪU THUẬT KHX GÃY XƯƠNG GÓT

I. ĐẠI CƯƠNG

- Chiếm 60% gãy xương ở tủy cốt bàn chân, di chứng tàn phế có tỉ lệ cao.
- Thường nguyên nhân do ngã cao, cần thiết phải loại trừ những thương tổn cột sống.

II. CHỈ ĐỊNH

- Gãy nội khớp di lệch
- Gãy ngoại khớp: gãy lồi củ trước, gãy bong điểm bám Achille, gãy ngang sau gót kiểu mở vết.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Phần mềm căng chân chưa ổn định do gãy hở, rối loạn dinh dưỡng.

CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Phẫu thuật viên chấn thương chỉnh hình có kinh nghiệm

2. Người bệnh

Chuẩn bị tâm lý, hồ sơ, bệnh án đầy đủ thủ tục hành chính.

3. Phương tiện

Bộ dụng cụ phẫu thuật CTCH thông thường.

4. Dự kiến thời gian phẫu thuật: 90 phút

IV. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Tư thế: Người bệnh nằm ngửa

2. Vô cảm: Tê tủy sống hoặc mê khí quản

3. Kỹ thuật (KHX gót sử dụng nẹp vis, vis xóp tự do)

- Garo gốc chi bằng garo hơi hoặc garo chun.
- Sát trùng betadine vùng chi phẫu thuật.
- Rửa da mặt ngoài theo một đường cong phía sau mắt cá ngoài từ trên cổ chân đến bàn chân giữa.
- Sắp xếp các mảnh gãy, kiểm tra diện sên gót.
- Có thể sử dụng nẹp vis dùng cho xương gót hoặc sử dụng các vis xóp tự do cố định các mảnh gãy.
- Làm sạch, dẫn lưu áp lực âm.

- Bó bột căng bàn chân tư thế cơ năng.
- Đóng da.
- Tháo garo.

V. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

1. Theo dõi:

- 3 ngày đầu sau mổ: Dấu hiệu sinh tồn, vận động cảm giác chi thể, tình trạng vết thương

- Những ngày sau: Tình trạng nhiễm trùng, rối loạn dinh dưỡng

2. Xử trí tai biến:

- Chảy máu vết mổ: Băng ép hoặc khâu tăng cường.
- Nhiễm trùng: Phân biệt NT nông hay sâu để xử trí.
- Rối loạn dinh dưỡng: Gác cao chân, chườm lạnh, thuốc chống phù nề.
- Khi tình trạng phần mềm bàn chân chưa ổn định

IV. CHUẨN BỊ

1. **Người thực hiện:** Phẫu thuật viên chuyên ngành chấn thương chỉnh hình.

2. **Người bệnh:** Chuẩn bị tâm lý, hồ sơ bệnh án đầy đủ thủ tục hành chính.

3. **Phương tiện:** Bộ dụng cụ KHX bàn chân

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

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. **Tư thế:** Người bệnh nằm ngửa, duỗi căng chân.

2. **Vô cảm:** Tê tủy sống hoặc mê khí quản.

3. Kỹ thuật

- Garo gốc chi bằng garo hơi hoặc garo chun
- Sát trùng chi chấn thương.
- Rửa da mặt mu chân.
- Đặt lại diện gãy.
- KHX bằng K.Wire hoặc nẹp vis.
- Làm sạch.
- Đóng da.
- Tháo garo.

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

1. Theo dõi

- 3 ngày đầu sau mổ: Dấu hiệu sinh tồn, vận động cảm giác chi thể, tình trạng vết thương

- Những ngày sau: Tình trạng nhiễm trùng, rối loạn dinh dưỡng

2. Xử trí tai biến

- Chảy máu vết mổ: băng ép hoặc khâu tăng cường.

- Nhiễm trùng: phân biệt NT nông hay sâu để xử trí.

- Rối loạn dinh dưỡng: gác cao chân, chườm lạnh, thuốc chống phù nề.

PHẪU THUẬT KHẸ TRẬT KHỚP DƯỚI SÊN

I. ĐẠI CƯƠNG

- Trật khớp dưới sên là trật khớp giữa xương sên và xương gót.
- Là một chấn thương nặng, cần phải phẫu thuật để lấy lại chức năng vận động của cổ bàn chân. Tỷ lệ di chứng cao.

II. CHỈ ĐỊNH: Khi đã chẩn đoán trật khớp dưới sên đều cần phẫu thuật.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Khi tình trạng phần mềm vùng cổ bàn chân không ổn định.
- Bệnh lý toàn thân không cho phép phẫu thuật.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện: Phẫu thuật viên chuyên ngành chấn thương chỉnh hình.

2. Người bệnh: Chuẩn bị tâm lý, hồ sơ bệnh án hành chính đầy đủ.

3. Phương tiện: Bộ dụng cụ phẫu thuật chi dưới, C-arm hỗ trợ.

4. Dự kiến thời gian phẫu thuật: 90 phút

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Tư thế: Người bệnh nằm ngửa, tư thế duỗi chân.

2. Vô cảm: Tê tủy sống hoặc mê khí quản.

3. Kỹ thuật

- Garo hơi hoặc garo chun gốc chi.
- Rạch da theo một đường cong phía trong sau dưới mắt cá trong khoảng 10cm.
- Phẫu tích tách gân chày sau, gấp dài ngón I ra trước, bó mạch chày sau và gấp chung các ngón ra sau.
- Qua hệ thống dây chằng Delta bộc lộ khớp dưới sên.
- Làm sạch diện khớp.
- Đặt lại khớp (nếu có thể nên sử dụng C-arm để kiểm tra diện khớp).
- Cố định diện khớp sên gót, sên thuyền bằng K.wire.
- Làm sạch.
- Phục hồi lại hệ thống dây chằng Delta.
- Đóng vết mổ.
- Bột cố bàn chân.

- Tháo garo.

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

1. Theo dõi:

- 3 ngày đầu sau mổ: DHST, vận động cảm giác chi thể, tình trạng vết thương.

- Những ngày sau: Tình trạng nhiễm trùng, rối loạn dinh dưỡng

2. Xử trí tai biến:

- Chảy máu vết mổ: Băng ép hoặc khâu tăng cường.

- Nhiễm trùng: phân biệt NT nông hay sâu để xử trí.

- Rối loạn dinh dưỡng: Gác cao chân, chườm lạnh, thuốc chống phù nề.

PHẪU THUẬT KẾT HỢP XƯƠNG GỖ TRẬT KHỚP CỔ CHÂN Ở TRẺ EM

I. ĐẠI CƯƠNG

- Ở trẻ em hệ thống dây chằng, bao khớp vững chắc hơn hệ thống xương.
- Chấn thương gây gãy xương, trật khớp vùng cổ chân là thương tổn phổ biến nhất trong các tổn thương xương khớp ở trẻ em.
- Điều trị cần nắm vững tốt giải phẫu và cố định vững chắc diện gãy tránh các di chứng về sau.

II. CHỈ ĐỊNH

- Gãy trật khớp cổ chân có di lệch diện khớp (Salter Harris III, IV).
- Gãy trật khớp cổ chân kèm theo tổn thương mạch máu, thần kinh chính vùng cổ chân.
- Gãy trật hở khớp cổ chân có di lệch xương khớp.
- Gãy trật khớp cổ chân có di lệch đã nắm vững và điều trị bảo tồn thất bại.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Gãy trật khớp cổ chân không di lệch diện khớp (Salter Harris I, II).

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện:

Phẫu thuật viên chuyên khoa chấn thương chỉnh hình đã được đào tạo về phẫu thuật nhi.

2. Người bệnh và gia đình:

Chuẩn bị tâm lý, cần được giải thích trước mổ về quá trình phẫu thuật, hậu phẫu và tập phục hồi chức năng sau mổ. Chuẩn bị hồ sơ bệnh án đầy đủ thủ tục hành chính và các xét nghiệm cần thiết.

Chuẩn bị người bệnh trước mổ Nhịn ăn, thụt tháo, vệ sinh vùng mổ, kháng sinh dự phòng.

3. Phương tiện, trang thiết bị:

Bộ dụng cụ mổ chấn thương nhi.

Thực hiện tại các cơ sở chuyên khoa chấn thương chỉnh hình.

4. Dự kiến thời gian phẫu thuật: 40 phút

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Tư thế: Người bệnh nằm ngửa.

2. Vô cảm: Vô cảm người bệnh bằng gây tê tủy sống hoặc gây mê.

3. Kỹ thuật:

Bước 1: Sát khuẩn vùng mổ bằng dung dịch Betadine.

Bước 2: Dùng garo hơi trong mổ với áp lực bằng hai lần áp lực động mạch tối đa.

Bước 3: Rạch da đường đường mổ phía trong, ngoài hoặc phía trước khớp cổ chân tùy theo thương tổn cần nắn chỉnh.

Bước 4: Rạch cân và bao khớp để vào bộc lộ vùng mặt khớp gãy di lệch.

Bước 5: Nắn chỉnh đặt lại khớp, cố định bằng các đinh kirschner diện khớp.

Bước 6: Cầm máu, làm sạch khớp và đặt dẫn lưu.

Bước 7: Đóng cân và dây chằng theo các lớp giải phẫu.

Bước 8: Đóng da hai lớp (dưới da và khâu da).

Bước 9: Cố định bột tùy theo thương tổn (nẹp bột hoặc bột căng bàn chân rạch dọc).

VI. THEO DÕI VÀ XỬ LÝ TAI BIẾN

1. Theo dõi

- Theo dõi tình trạng toàn thân: Mạch, huyết áp, nhiệt độ, nhịp thở, tri giác.

- Theo dõi tình trạng thiếu máu: Da niêm mạc nhợt.

- Theo dõi tình trạng chi thể: Màu sắc da, vận động, cảm giác đầu chi, mạch đầu chi.

- Kháng sinh đường tiêm dùng 3-5 ngày sau mổ.

- Giảm đau sau mổ đường tiêm, đặt hậu môn hoặc uống.

- Gác chân cao, chườm lạnh trong 24h đầu.

- Hướng dẫn tập phục hồi chức năng sau mổ cho bố mẹ.

2. Tai biến và xử trí

- Chảy máu vết mổ: Băng chun ép cầm máu, có thể phải mở vết mổ cầm máu nếu cần.

- Nhiễm trùng vết mổ: Tách chỉ vết mổ, thay băng làm sạch vết mổ hàng ngày, dùng thuốc theo kháng sinh đồ.

CỤT CHẤN THƯƠNG CỔ VÀ BÀN CHÂN

I. ĐẠI CƯƠNG

- Là phẫu thuật sửa mỏm cụt vùng cổ và bàn chân do chấn thương.
- Lựa chọn độ dài mỏm cụt tùy thuộc vào: tình trạng chảy máu chi trong mổ, mức độ tổn thương da và phần mềm, tình trạng xương gãy.

II. CHỈ ĐỊNH

- Các người bệnh có chấn thương gây cụt vùng cổ và bàn chân.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Tình trạng chi thể dập nát nhiều cần phẫu thuật cắt cụt phần chi thể cao hơn.
- Tình trạng toàn thân quá nặng nguy hiểm tính mạng người bệnh.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện:

- Phẫu thuật viên chuyên khoa chấn thương chỉnh hình đã được đào tạo.
- 2 PTV phụ mổ.

2. Người bệnh và gia đình:

- Chuẩn bị tâm lý, cần được giải thích trước mổ về quá trình phẫu thuật, hậu phẫu và tập phục hồi chức năng sau mổ. Chuẩn bị hồ sơ bệnh án đầy đủ thủ tục hành chính và các xét nghiệm cần thiết.
- Chuẩn bị người bệnh trước mổ: Nhịn ăn, vệ sinh vùng mổ, kháng sinh dự phòng.

3. Phương tiện, trang thiết bị:

- Bộ dụng cụ mổ cắt cụt cẳng chân.
- Bộ dụng cụ mổ chấn thương chung.
- Thực hiện tại các cơ sở có chuyên khoa chấn thương chỉnh hình.

4. Dự kiến thời gian phẫu thuật: 40phút

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Tư thế: Người bệnh nằm ngửa.

2. Vô cảm:

- Người bệnh được dùng kháng sinh dự phòng.

- Vô cảm người bệnh bằng gậy tê tủy sống hoặc gậy mê.

3. Kỹ thuật:

Bước 1: Sát khuẩn vùng mổ bằng dung dịch Betadine.

Bước 2: Dùng garo hơi trong mổ với áp lực 350-400 mmHg hoặc garo chun.

Bước 3: Đánh rửa làm sạch vết thương trong mổ.

Bước 4: Cắt lọc, làm sạch mỗm cụt và nhận định tổn thương, việc lựa chọn cắt vùng bàn chân trước, tháo khớp vùng bàn chân giữa (Lisfranc, Chopart), hay cắt vùng bàn chân sau (Pirigoff, Boyd) tùy thuộc vào tình trạng da, phần mềm có thể che phủ được mỗm cụt hay không cũng như tình trạng cấp máu nuôi dưỡng mỗm cụt.

Bước 5: Cầm máu và đặt dẫn lưu tùy theo thương tổn.

Bước 6: Đóng cân và da che phủ mỗm cụt.

VI. THEO DÕI VÀ XỬ LÝ TAI BIẾN

1. Theo dõi:

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

- Theo dõi tình trạng thiếu máu: da niêm mạc nhợt.

- Theo dõi tình trạng chi thể vùng mỗm cụt: Màu sắc da, vết thương.

- Hướng dẫn tập phục hồi chức năng sau mổ.

- Kháng sinh đường tiêm dùng 5-7 ngày sau mổ.

- Giảm đau sau mổ đường tiêm hoặc uống.

2. Tai biến và xử trí:

- Chảy máu vết mổ: Băng chun ép cầm máu, có thể phải mở vết mổ cầm máu nếu cần.

- Nhiễm trùng vết mổ: Tách chỉ vết mổ, thay băng làm sạch vết mổ hàng ngày, dùng thuốc theo kháng sinh đồ.

PHẪU THUẬT TỒN THƯƠNG GÂN CHÀY TRƯỚC

I. ĐẠI CƯƠNG

- Tồn thương gân cơ chày trước chủ yếu gặp trong các vết thương vùng bàn chân, cổ chân và phần dưới mắt trong cẳng chân.

- Là một trong các cơ quan trọng giúp bàn chân gấp về phía mu chân và xoay trong bàn chân nên cần khâu nối gân theo đúng giải phẫu, vững chắc đảm bảo phục hồi chức năng tốt nhất cho người bệnh.

II. CHỈ ĐỊNH

- Vết thương vùng bàn chân giữa, cổ chân và 1/3 dưới cẳng chân.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Tình trạng toàn thân của người bệnh nặng không cho phép phẫu thuật.

- Vùng chi dưới dập nát không có khả năng bảo tồn hoặc cấp máu kém.

- Cứng khớp cổ chân.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện:

- Phẫu thuật viên chuyên khoa chấn thương chỉnh hình.

- 2 PTV phụ mổ.

2. Người bệnh:

- Chuẩn bị tâm lý, cần được giải thích trước mổ về quá trình phẫu thuật, hậu phẫu và tập phục hồi chức năng sau mổ. Chuẩn bị hồ sơ bệnh án đầy đủ thủ tục hành chính và các xét nghiệm cần thiết.

- Chuẩn bị người bệnh trước mổ: Nhịn ăn, vệ sinh vùng mổ, kháng sinh dự phòng.

3. Phương tiện, trang thiết bị:

- Bộ dụng cụ mổ chấn thương chung.

- Thực hiện tại các cơ sở có chuyên khoa chấn thương chỉnh hình.

4. Dự kiến thời gian phẫu thuật: 40phút

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Tư thế: Người bệnh nằm ngửa.

2. Vô cảm:

- Người bệnh được dùng kháng sinh dự phòng.

- Vô cảm người bệnh bằng gây tê tủy sống hoặc gây mê.

3. Kỹ thuật:

Bước 1: Sát khuẩn vùng mổ bằng dung dịch Betadine hoặc cồn 70 độ.

Bước 2: Dùng garo hơi trong mổ với áp lực 350-400 mmHg hoặc garo chun.

Bước 3: Đánh rửa, cắt lọc, làm sạch vết thương.

Bước 4: Rạch da theo đường đi của gân tùy theo vị trí đứt (nên đốt bàn ngón 1 qua mặt trước khớp cổ chân đến sát phía ngoài mào chày).

Bước 5: Tiến hành khâu nối gân kiểu tận tận (Kessler, Kessler cải tiến hoặc Kessler - Tajima) bằng chỉ nylon đơn sợi 2/0 hoặc 3/0.

Bước 6: Cầm máu, làm sạch vết mổ và đặt dẫn lưu nếu cần.

Bước 7:Đóng da hai lớp (dưới da và khâu da). Bước 8:Nẹp bột cứng bàn chân tư thế cơ năng.

VI. THEO DÕI VÀ ĐIỀU TRỊ SAU MỔ

1. Theo dõi:

- Theo dõi tình trạng chi thể: Màu sắc da, vận động, cảm giác đầu chi, mạch đầu chi.

- Hướng dẫn tập phục hồi chức năng sau mổ.

- Kháng sinh đường tiêm dùng 5-7 ngày sau mổ.

- Giảm đau sau mổ đường tiêm hoặc uống.

2. Tai biến và xử trí:

- Chảy máu vết mổ: Băng chun ép cầm máu, có thể phải mở vết mổ cầm máu nếu cần.

- Nhiễm trùng vết mổ: Tách chỉ vết mổ, thay băng làm sạch vết mổ hàng ngày, dùng thuốc theo kháng sinh đồ.

PHẪU THUẬT TỒN THƯƠNG GÂN DUỖI DÀI NGÓN MỘT

I. ĐẠI CƯƠNG

- Tồn thương gân cơ duỗi dài ngón một chủ yếu gặp trong các vết thương vùng bàn chân, cổ chân và phần dưới cẳng chân.

- Là một trong các cơ quan trọng giúp ngón 1 gấp về phía mu chân nên phẫu thuật cần khâu nối phục hồi gân theo đúng giải phẫu, vững chắc đảm bảo phục hồi chức năng tốt nhất cho người bệnh.

II. CHỈ ĐỊNH

- Vết thương vùng bàn chân giữa, cổ chân và 1/3 dưới cẳng chân.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Tình trạng toàn thân của người bệnh nặng không cho phép phẫu thuật.

- Vùng chi dưới dập nát không có khả năng bảo tồn hoặc cấp máu kém.

- Cứng khớp hoặc dập nát không có khả năng bảo tồn ngón I bàn chân.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện:

- Phẫu thuật viện chuyên khoa chấn thương chỉnh hình.

- 2 PTV phụ mổ.

2. Người bệnh:

- Chuẩn bị tâm lý, cần được giải thích trước mổ về quá trình phẫu thuật, hậu phẫu và tập phục hồi chức năng sau mổ. Chuẩn bị hồ sơ bệnh án đầy đủ thủ tục hành chính và các xét nghiệm cần thiết.

- Chuẩn bị người bệnh trước mổ: nhịn ăn, vệ sinh vùng mổ, kháng sinh dự phòng.

3. Phương tiện, trang thiết bị:

- Bộ dụng cụ mổ chấn thương chung.

- Thực hiện tại các cơ sở có chuyên khoa chấn thương chỉnh hình.

4. Dự kiến thời gian phẫu thuật: 40phút

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Tư thế: Người bệnh nằm ngửa.

2. Vô cảm:

- Người bệnh được dùng kháng sinh dự phòng.

- Vô cảm người bệnh bằng gây tê tủy sống hoặc gây mê.

3. Kỹ thuật:

Bước 1: Sát khuẩn vùng mổ bằng dung dịch Betadine hoặc cồn 70 độ.

Bước 2: Dùng garo hơi trong mổ với áp lực 350-400 mmHg hoặc garo chun.

Bước 3: Đánh rửa, cắt lọc, làm sạch vết thương.

Bước 4: Rạch da theo đường đi của gân tùy theo vị trí đứt (nền đốt 2 ngón 1 qua mặt trước mu chân và khớp cổ chân đến sát phía ngoài mào chày ở 1/3 dưới cẳng chân).

Bước 5: Tiến hành khâu nối gân kiểu tận tận (Kessler, Kessler cải tiến hoặc Kessler - Tajima) bằng chỉ nylon đơn sợi 2/0 hoặc 3/0.

Bước 6: Cầm máu, làm sạch vết mổ và đặt dẫn lưu nếu cần.

Bước 7: Đóng da hai lớp (dưới da và khâu da). Bước 8: Nẹp bột cẳng bàn chân tư thế cơ năng.

VI. THEO DÕI VÀ ĐIỀU TRỊ SAU MỔ

1. Theo dõi

- Theo dõi tình trạng chi thể: Màu sắc da, vận động, cảm giác đầu chi, mạch đầu chi.

- Hướng dẫn tập phục hồi chức năng sau mổ.

- Kháng sinh đường tiêm dùng 5-7 ngày sau mổ.

- Giảm đau sau mổ đường tiêm hoặc uống.

2. Tai biến và xử trí

- Chảy máu vết mổ: Băng chun ép cầm máu, có thể phải mở vết mổ cầm máu nếu cần.

- Nhiễm trùng vết mổ: Tách chỉ vết mổ, thay băng làm sạch vết mổ hàng ngày, dùng thuốc theo kháng sinh đồ.

I. ĐẠI CƯƠNG

- Tổn thương gân cơ mạc bên chủ yếu gặp trong các vết thương vùng bàn chân sau, cổ chân và mặt bên ngoài cẳng chân.

- Là một trong các cơ quan trọng giúp bàn chân gấp về phía mu chân và xoay ngoài bàn chân nên cần khâu nối gân theo đúng giải phẫu, vững chắc đảm bảo phục hồi chức năng tốt nhất cho người bệnh.

II. CHỈ ĐỊNH

- Vết thương có tổn thương gân vùng mặt ngoài bàn chân sau, cổ chân và 1/3 dưới cẳng chân.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Tình trạng toàn thân của người bệnh nặng không cho phép phẫu thuật.

- Vùng chi dưới dập nát không có khả năng bảo tồn hoặc cấp máu kém.

- Cứng khớp cổ chân.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện:

- Phẫu thuật viên chuyên khoa chấn thương chỉnh hình.

- 2 PTV phụ mổ.

2. Người bệnh:

- Chuẩn bị tâm lý, cần được giải thích trước mổ về quá trình phẫu thuật, hậu phẫu và tập phục hồi chức năng sau mổ. Chuẩn bị hồ sơ bệnh án đầy đủ thủ tục hành chính và các xét nghiệm cần thiết.

- Chuẩn bị người bệnh trước mổ: nhịn ăn, vệ sinh vùng mổ, kháng sinh dự phòng.

3. Phương tiện, trang thiết bị:

- Bộ dụng cụ mổ chấn thương chung.

- Thực hiện tại các cơ sở có chuyên khoa chấn thương chỉnh hình.

4. Dự kiến thời gian phẫu thuật: 40phút

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Tư thế: Người bệnh nằm ngửa.

2. Vô cảm:

- Người bệnh được dùng kháng sinh dự phòng.

- Vô cảm người bệnh bằng gây tê tủy sống hoặc gây mê.

3. Kỹ thuật:

Bước 1: Sát khuẩn vùng mô bằng dung dịch Betadine hoặc cồn 70 độ.

Bước 2: Dùng garo hơi trong mô với áp lực 350-400 mmHg hoặc garo chun.

Bước 3: Đánh rửa, cắt lọc, làm sạch vết thương.

Bước 4: Rạch da theo đường đi của gân tùy theo vị trí đứt (nền đốt bàn ngón 5 qua mặt ngoài khớp cổ chân đến sát phía sau mắt cá ngoài và xương mác).

Bước 5: Tiến hành khâu nối gân kiểu tận tận (Kessler, Kessler cải tiến hoặc Kessler - Tajima) bằng chỉ nylon đơn sợi 2/0 hoặc 3/0.

Bước 6: Cầm máu, làm sạch vết mổ và đặt dẫn lưu nếu cần.

Bước 7: Đóng da hai lớp (dưới da và khâu da).

Bước 8: Nẹp bột cẳng bàn chân tư thế cơ năng.

VI. THEO DÕI VÀ ĐIỀU TRỊ SAU MỔ

1. Theo dõi:

- Theo dõi tình trạng chi thể: Màu sắc da, vận động, cảm giác đầu chi, mạch đầu chi.

- Hướng dẫn tập phục hồi chức năng sau mổ.

- Kháng sinh đường tiêm dùng 5-7 ngày sau mổ.

- Giảm đau sau mổ đường tiêm hoặc uống.

2. Tai biến và xử trí:

- Chảy máu vết mổ: Băng chun ép cầm máu, có thể phải mở vết mổ cầm máu nếu cần.

- Nhiễm trùng vết mổ: Tách chỉ vết mổ, thay băng làm sạch vết mổ hàng ngày, dùng thuốc theo kháng sinh đồ.

PHẪU THUẬT TỖN THƯƠNG GÂN CƠ CHÀY SAU

I. ĐẠI CƯƠNG

- Tổn thương gân cơ chày sau chủ yếu gặp trong các vết thương vùng gan chân, cổ chân đoạn ống gót và mặt sau cẳng chân.

- Là một trong các cơ quan trọng giúp bàn chân gấp về phía gan chân và xoay trong nên cần khâu nối gân theo đúng giải phẫu, vững chắc đảm bảo phục hồi chức năng tốt nhất cho người bệnh.

II. CHỈ ĐỊNH

- Vết thương có tổn thương gân vùng bàn chân sau mặt gan chân, cổ chân đoạn ống gót và mặt sau cẳng chân.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Tình trạng toàn thân của người bệnh nặng không cho phép phẫu thuật.

- Vùng chi dưới dập nát không có khả năng bảo tồn hoặc cấp máu kém.

- Cứng khớp cổ chân.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện:

- Phẫu thuật viên chuyên khoa chấn thương chỉnh hình

- 2 PTV phụ mổ.

2. Người bệnh:

- Chuẩn bị tâm lý, cần được giải thích trước mổ về quá trình phẫu thuật, hậu phẫu và tập phục hồi chức năng sau mổ. Chuẩn bị hồ sơ bệnh án đầy đủ thủ tục hành chính và các xét nghiệm cần thiết.

- Chuẩn bị người bệnh trước mổ: nhịn ăn, vệ sinh vùng mổ, kháng sinh dự phòng.

3. Phương tiện, trang thiết bị:

- Bộ dụng cụ mổ chấn thương chung.

- Thực hiện tại các cơ sở có chuyên khoa chấn thương chỉnh hình.

4. Dự kiến thời gian phẫu thuật: 40phút

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Tư thế: Người bệnh nằm ngửa.

2. Vô cảm:

- Người bệnh được dùng kháng sinh dự phòng.

- Vô cảm người bệnh bằng gây tê tủy sống hoặc gây mê.

3. Kỹ thuật:

Bước 1: Sát khuẩn vùng mổ bằng dung dịch Betadine hoặc cồn 70 độ.

Bước 2: Dùng garo hơi trong mô với áp lực 350-400 mmHg hoặc garo chun.

Bước 3: Đánh rửa, cắt lọc, làm sạch vết thương.

Bước 4: Rạch da theo đường đi của gân tùy theo vị trí đứt (nền đốt bàn ngón I mặt gan chân, đi vào ống gót vùng mặt trong khớp cổ chân đến sát phía sau mắt cá trong và mặt sau cẳng chân).

Bước 5: Tiến hành khâu nối gân kiểu tận tận (Kessler, Kessler cải tiến hoặc Kessler - Tajima) bằng chỉ nylon đơn sợi 2/0 hoặc 3/0.

Bước 6: Cầm máu, làm sạch vết mổ và đặt dẫn lưu nếu cần.

Bước 7: Đóng da hai lớp (dưới da và khâu da).

Bước 8: Nẹp bột cẳng bàn chân tư thế cơ năng.

VI. THEO DÕI VÀ ĐIỀU TRỊ SAU MỔ

1. Theo dõi:

- Theo dõi tình trạng chi thể: Màu sắc da, vận động, cảm giác đầu chi, mạch đầu chi.

- Hướng dẫn tập phục hồi chức năng sau mổ.

- Kháng sinh đường tiêm dùng 5-7 ngày sau mổ.

- Giảm đau sau mổ đường tiêm hoặc uống.

2. Tai biến và xử trí:

- Chảy máu vết mổ: Băng chun ép cầm máu, có thể phải mở vết mổ cầm máu nếu cần.

- Nhiễm trùng vết mổ S: Tách chỉ vết mổ, thay băng làm sạch vết mổ hàng ngày, dùng thuốc theo kháng sinh đồ.

PHẪU THUẬT TỒN THƯƠNG GÂN GẤP DÀI NGÓN I

I. ĐẠI CƯƠNG

- Tồn thương gân gấp dài ngón I chủ yếu gặp trong các vết thương vùng gan chân, cổ chân đoạn ống gót và mặt sau cẳng chân.

- Là một trong các cơ quan trọng giúp ngón I gấp về phía gan chân nên cần khâu nối gân theo đúng giải phẫu, vững chắc đảm bảo phục hồi chức năng tốt nhất cho người bệnh.

II. CHỈ ĐỊNH

- Vết thương có tổn thương gân vùng gan chân, cổ chân đoạn ống gót và mặt sau cẳng chân.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Tình trạng toàn thân của người bệnh nặng không cho phép phẫu thuật.
- Vùng chi dưới dập nát không có khả năng bảo tồn hoặc cấp máu kém.
- Cứng khớp hoặc dập nát không có khả năng bảo tồn ngón I bàn chân.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện:

- Phẫu thuật viên chuyên khoa chấn thương chỉnh hình.
- 2 PTV phụ mổ.

2. Người bệnh:

- Chuẩn bị tâm lý, cần được giải thích trước mổ về quá trình phẫu thuật, hậu phẫu và tập phục hồi chức năng sau mổ. Chuẩn bị hồ sơ bệnh án đầy đủ thủ tục hành chính và các xét nghiệm cần thiết.

- Chuẩn bị người bệnh trước mổ: nhịn ăn, vệ sinh vùng mổ, kháng sinh dự phòng.

3. Phương tiện, trang thiết bị:

- Bộ dụng cụ mổ chấn thương chung.
- Thực hiện tại các cơ sở có chuyên khoa chấn thương chỉnh hình.

4. Dự kiến thời gian phẫu thuật: 40phút

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Tư thế: Người bệnh nằm ngửa.

2. Vô cảm:

- Người bệnh được dùng kháng sinh dự phòng.
- Vô cảm người bệnh bằng gây tê tủy sống hoặc gây mê.

3. Kỹ thuật:

Bước 1: Sát khuẩn vùng mổ bằng dung dịch Betadine hoặc cồn 70 độ.

Bước 2: Dùng garo hơi trong mổ với áp lực 350-400 mmHg hoặc garo chun.

Bước 3: Đánh rửa, cắt lọc, làm sạch vết thương.

Bước 4: Rạch da theo đường đi của gân tùy theo vị trí đứt (nền đốt 2 ngón I mặt gan chân, dọc mặt gan chân đốt bàn ngón I đi vào ống gót vùng mặt trong khớp cổ chân đến sát phía sau mắt cá trong và mặt sau cẳng chân).

Bước 5: Tiến hành khâu nối gân kiểu tận tận (Kessler, Kessler cải tiến hoặc Kessler - Tajima) bằng chỉ nylon đơn sợi 2/0 hoặc 3/0.

Bước 6: Cầm máu, làm sạch vết mổ và đặt dẫn lưu nếu cần.

Bước 7: Đóng da hai lớp (dưới da và khâu da).

Bước 8: Nẹp bột cẳng bàn chân tư thế cơ năng.

VI. THEO DÕI VÀ ĐIỀU TRỊ SAU MỔ

1. Theo dõi

- Theo dõi tình trạng chi thể: Màu sắc da, vận động, cảm giác đầu chi, mạch đầu chi.

- Hướng dẫn tập phục hồi chức năng sau mổ.

- Kháng sinh đường tiêm dùng 5-7 ngày sau mổ.

- Giảm đau sau mổ đường tiêm hoặc uống.

2. Tai biến và xử trí

- Chảy máu vết mổ: Băng chun ép cầm máu, có thể phải mở vết mổ cầm máu nếu cần.

- Nhiễm trùng vết mổ: Tách chỉ vết mổ, thay băng làm sạch vết mổ hàng ngày, dùng thuốc theo kháng sinh đồ.

PHẪU THUẬT TẠO HÌNH ĐIỀU TRỊ CỨNG GỐI SAU CHẤN THƯƠNG

I. ĐẠI CƯƠNG

- Cứng khớp gối là tình trạng hạn chế biên độ vận động khớp, hạn chế hoạt động các cơ và chủ yếu làm mất chức năng gấp gối của người bệnh.

- Nguyên nhân gây cứng gôi gôm: chấn thương vùng khớp gôi, các phẫu thuật trong khớp gôi, phẫu thuật thay khớp gôi và nhiễm trùng khớp gôi. Cơ chế chính là do xơ dính, co kéo cơ tứ đầu đùi.

- Phương pháp điều trị hiệu quả nhất là phòng ngừa, tập phục hồi chức năng ngay sau chấn thương hoặc phẫu thuật.

II. CHỈ ĐỊNH

- Các người bệnh có biên độ gấp gôi < 100 độ.

- Tập phục hồi chức năng thất bại.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Nhiễm trùng đang tiến triển.

- Cấp máu cho vùng gôi và chi dưới kém.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện:

- Phẫu thuật viên chuyên khoa chấn thương chỉnh hình đã được đào tạo.

- 2 PTV phụ mổ.

2. Người bệnh và gia đình:

- Chuẩn bị tâm lý, cần được giải thích trước mổ về quá trình phẫu thuật, hậu phẫu và tập phục hồi chức năng sau mổ. Chuẩn bị hồ sơ bệnh án đầy đủ thủ tục hành chính và các xét nghiệm cần thiết.

- Chuẩn bị người bệnh trước mổ: nhịn ăn, vệ sinh vùng mổ, kháng sinh dự phòng.

3. Phương tiện, trang thiết bị:

- Bộ dụng cụ mổ phần mềm chi dưới.

- Bộ dụng cụ mổ chấn thương chung.

- Thực hiện tại các cơ sở có chuyên khoa chấn thương chỉnh hình.

4. Dự kiến thời gian phẫu thuật: 40phút

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Tư thế: Người bệnh nằm ngửa.

2. Vô cảm:

- Người bệnh được dùng kháng sinh dự phòng.

- Vô cảm người bệnh bằng gây tê tủy sống hoặc gây mê.

3. Kỹ thuật:

Bước 1: Sát khuẩn vùng mổ bằng dung dịch Betadine.

Bước 2: Rạch da từ dưới mấu chuyển lớn đến cực trên bánh chè, đường mổ tùy thuộc vào vùng sẹo và xơ dính cũ.

Bước 3: Rạch cân căng mạc đùi dọc theo đường mổ.

Bước 4: Tách khối dọc chỗ bám cơ rộng giữa và cơ rộng ngoài.

- Giải phóng gân tứ đầu, xương bánh chè và mặt trước lõi cầu đùi.

Bước 5: Gấp gối và giải phóng chỗ bám của khối cơ rộng giữa và rộng ngoài hoặc tạo hình kéo dài gân cơ thẳng đùi nếu cần.

Bước 6: Cầm máu, đặt dẫn lưu. Bước 7: Khâu da.

- Nẹp bột với gối gấp 90 độ, tập gấp gối thụ động từ ngày thứ 2 sau mổ.

VI. THEO DÕI VÀ XỬ LÝ TAI BIẾN

1. Theo dõi:

- Theo dõi tình trạng toàn thân: Mạch, huyết áp, nhiệt độ, nhịp thở, tri giác.

- Theo dõi tình trạng thiếu máu: Da niêm mạc nhợt.

- Theo dõi tình trạng chi thể: Màu sắc da, vết thương.

- Hướng dẫn tập phục hồi chức năng sau mổ.

- Kháng sinh đường tiêm dùng 5-7 ngày sau mổ.

- Giảm đau sau mổ đường tiêm hoặc uống.

2. Tai biến và xử trí:

- Chảy máu vết mổ: Băng chun ép cầm máu, có thể phải mở vết mổ cầm máu nếu cần.

- Nhiễm trùng vết mổ: Tách chỉ vết mổ, thay băng làm sạch vết mổ hàng ngày, dùng thuốc theo kháng sinh đồ.

- Cứng gối sau mổ: Nếu sau 3 tháng tập phục hồi chức năng mà gối chưa gấp được 90 độ thì cần tập gấp gối có gây mê hoặc gây tê tùy sống./.

PHẪU THUẬT CHỈNH BÀN CHÂN KHOÈO

I. ĐẠI CƯƠNG

Bàn chân khoèo bẩm sinh là một phức hợp các biến dạng phức tạp ở vùng cổ chân và bàn chân theo khoảng gian ba chiều gồm: Biến dạng thuồng và vẹo

trong của nửa sau bàn chân, biến dạng khớp ngửa của nửa trước bàn chân và biến dạng lõm gan chân.

II. CHỈ ĐỊNH

- Không có chỉ định bó bột
- Bảo tồn thất bại

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Bàn chân đang nhiễm trùng
- Các bệnh toàn thân không đủ điều kiện phẫu thuật

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện:

- Phẫu thuật viên chấn thương chỉnh hình, người phụ
- 2 PTV phụ mổ.

2. Người bệnh: Tâm lý cho người nhà và người bệnh, hồ sơ bệnh án đầy đủ thủ tục hành chính và các xét nghiệm

3. Phương tiện trang thiết bị: Bộ dụng cụ phẫu thuật xương thông thường

4. Dự kiến thời gian phẫu thuật: 60phút

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Vô cảm người bệnh: Bằng tê tủy sống hoặc gây mê

2. Kỹ thuật:

Bước 1: Sát khuẩn vùng mổ bằng Bêtađine hoặc cồn 70°

Bước 2: Can thiệp vào phần mềm: Kéo dài gân Achille, giải phóng bao khớp chày sên và sên gót, kéo dài gân gấp ngón cái, cắt gân gấp các ngón, cắt cân gan chân, chuyển gân

Bước 3: Can thiệp vào phần xương: Nạo xương xốp ở xương sên, đục hình chêm cổ xương sên, đục hình chêm mắt cá ngoài và xương gót, đục hình chêm nền các đốt bàn, đục hình chêm qua khớp gót hộp và sên thuyền, đục xương chữa xoay xương chày

Bước 4: Sau đục xương cố định bằng đinh Kirschner, và bó bột trong vòng 4-6 tuần.

Bước 5: Khâu lại dây chằng bao khớp

Bước 6: Khâu vết mổ

VI. THEO DÕI VÀ ĐIỀU TRỊ SAU MỔ

- Theo dõi mạch, huyết áp, nhiệt độ, nhịp thở, vận động, cảm giác, màu sắc ngón chân để phát hiện sớm các biến chứng sau mổ

- Hướng dẫn tập phục hồi chức năng sau mổ
- Kháng sinh đường tiêm 5 - 7 ngày

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Chảy máu sau mổ: Băng ép cầm máu nếu không được phải mở lại cầm máu
- Nhiễm trùng: Tách chỉ vết mổ, thay băng hàng ngày, lấy dịch làm kháng sinh đồ, bù dịch và điện giải cho người bệnh
- Lỏng hoặc hồng bột: Bỏ lại bột
- Teo cơ cứng khớp: Hướng dẫn tập phục hồi chức năng

PHẪU THUẬT LẤY XƯƠNG CHẾT NẠO VIÊM

I. ĐẠI CƯƠNG

Viêm tủy xương là bệnh nhiễm trùng trong xương, nhiễm trùng có thể từ đường máu hoặc có thể do chấn thương lộ xương tiếp xúc với vi khuẩn

Phẫu thuật để loại bỏ tổ chức hoại tử lấy bỏ phần xương chết

II. CHỈ ĐỊNH

- Viêm xương đường máu
- Viêm xương sau chấn thương thường gặp sau gãy xương hở, sau mổ kết hợp xương

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Người bệnh mắc các bệnh lý về rối loạn đông máu có thể gây chảy máu không cầm

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện:

- Phẫu thuật viên chấn thương chỉnh hình, người phụ
- 2 PTV phụ mổ.

2. Người bệnh:

- Được giải thích về tình trạng bệnh tật, lợi ích, rủi ro và các biến chứng có thể xảy ra

- Hồ sơ bệnh án đầy đủ thủ tục hành chính và xét nghiệm

3. Phương tiện: Bộ dụng cụ kết hợp xương thông thường

4. Dự kiến thời gian phẫu thuật: 40phút

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Vô cảm:

- Gây tê đám rối cánh tay hoặc tùy sống
- Gây mê nội khí quản

2. Kỹ thuật:

Bước 1: Sát trùng toàn bộ chi bằng Bêtaadin hoặc cồn 70°

Bước 2: Ga rô cầm máu đối với những vị trí có thể được

Bước 3: Lấy bỏ tổ chức hoại tử

Bước 4: Tháo dụng cụ kết hợp xương nếu có

Bước 5:Đục bỏ xương viêm, mở cửa sổ xương, bơm rửa ống tủy, lấy xương chết

Bước 6: Tìm các đường dò để mổ lấy hết đường dò

Bước 7: Nếu xương không vững cố định xương bằng khung cố định ngoài hoặc bột

Bước 8: Dẫn lưu

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

1. Theo dõi

- Theo dõi mạch, huyết áp, nhiệt độ, dẫn lưu, vận động cảm giác chi thể... để phát hiện các biến chứng sau mổ

- Hướng dẫn tập phục hồi chức năng sau mổ

2. Tai biến và xử trí

- Chảy máu: Băng ép cầm máu nếu không được thì mổ lại cầm máu

- Nhiễm trùng: Thay kháng sinh, điều trị theo kháng sinh đồ, bù nước và điện giải cho người bệnh

- Xương không liền: Mổ lại khi hết nhiễm trùng

- Cal lệch: Mổ chỉnh trục khi hết nhiễm trùng

RÚT ĐINH/THÁO PHƯƠNG TIỆN KẾT HỢP XƯƠNG

I. ĐẠI CƯƠNG

Tháo phương tiện kết hợp xương là tháo ra các phương tiện cố định diện gãy xương khi tình trạng xương đã liền, hay do tình trạng nhiễm trùng sau phẫu thuật phải lấy bỏ.

II. CHỈ ĐỊNH

- Các phương tiện kết hợp xương tạm thời(như K- wires hay phương tiện cố định ngoài)
- Các trường hợp phương tiện kết hợp xương có nguy cơ của sự ăn mòn, phản ứng dị ứng, tiêu xương
- Các tiêu chuẩn xuất phát từ phẫu thuật: gãy phương tiện kết hợp xương, nhiễm khuẩn, hoại tử vô khuẩn, tổn thương nội khớp, viêm gân hay đứt gân

- Theo nhu cầu của người bệnh không hài lòng khi có di vật trong người

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Người bệnh không có nhu cầu phẫu thuật
- Xương chưa liền, cal xương chưa vững chắc

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện:

- Phẫu thuật viên chấn thương chỉnh hình, người phụ
- 2 PTV phụ mổ.

2. Người bệnh:

- Được giải thích về tình trạng bệnh tật, lợi ích, rủi ro và các biến chứng có thể xảy ra

- Hồ sơ bệnh án đầy đủ thủ tục hành chính và xét nghiệm

3. Phương tiện: Bộ dụng cụ kết hợp xương thông thường

4. Dự kiến thời gian phẫu thuật: 40 phút

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Vô cảm:

- Gây tê đám rối cánh tay hoặc tùy sống
- Gây mê nội khí quản

2. Kỹ thuật:

Bước 1: Sát trùng toàn bộ chi bằng Bêtaadin hoặc cồn 70°

Bước 2: Ga rô cầm máu đối với những vị trí có thể được

Bước 3: Rửa da theo đường mổ cũ

Bước 4: Bộc lộ và tháo phương tiện kết hợp xương

Bước 5: Đục bỏ xương chồi

Bước 6: Dẫn lưu

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

1. Theo dõi

- Theo dõi mạch, huyết áp, nhiệt độ, dẫn lưu, vận động cảm giác chi thể... để phát hiện các biến chứng sau mổ

- Hướng dẫn tập phục hồi chức năng sau mổ

2. Tai biến và xử trí

- Chảy máu: Băng ép cầm máu nếu không được thì mổ lại cầm máu

- Nhiễm trùng: Thay kháng sinh, điều trị theo kháng sinh đồ, bù nước và điện giải cho người bệnh

- Xương gãy lại: Mổ kết hợp xương

PHẪU THUẬT ĐẶT LẠI KHỚP, GẮM KIM TRONG GỠ TRẬT CỔ XƯƠNG CÁNH TAY (CHƯA BAO GỒM KIM CỐ ĐỊNH)

I. ĐẠI CƯƠNG

Khớp vai là khớp dễ trật nhất trong cơ thể thường gặp ở người trẻ

Gỡ cổ xương cánh tay chiếm khoảng 80% là điều trị bảo tồn, nếu kèm theo trật khớp vai thì chủ yếu điều trị phẫu thuật

Nguyên nhân và cơ chế thường thấy nhất do ngã chống tay hoặc chống khuỷu trong tư thế tay dạng, đưa ra sau và xoay ngoài

II. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Người già, có bệnh mạn tính kèm theo
- Điều trị bảo tồn cho kết quả tốt

III. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện:

- Phẫu thuật viên chấn thương chỉnh hình, người phụ
- 2 PTV phụ mổ.

2. Người bệnh:

- Được giải thích về tình trạng bệnh tật, lợi ích, rủi ro và các biến chứng có thể xảy ra

- Hồ sơ bệnh án đầy đủ thủ tục hành chính và xét nghiệm

3. Phương tiện: Bộ dụng cụ kết hợp xương chi trên thông thường

4. Dự kiến thời gian phẫu thuật: 40phút

IV. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Tư thế:

Người bệnh nằm ngửa, tay dạng và đặt trên bàn con

Kê gối dưới vai bên phẫu thuật

2. Vô cảm:

- Gây tê đám rối cánh tay
- Gây mê nội khí quản

3. Kỹ thuật:

Bước 1: Sát trùng toàn bộ chi bằng Bêtaadin hoặc cồn 70°

Bước 2: Rửa da theo đường delta ngực kéo xuống dưới theo bờ ngoài cơ nhị đầu

Bước 3: Phẫu tích vào ổ gãy và khớp vai

Bước 4: Đặt lại xương găm kim cố định

Bước 5: Đặt lại khớp vai

Bước 6: Khâu phục hồi bao khớp và phần mềm theo giải phẫu

V. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

1. Theo dõi

- Theo dõi mạch, huyết áp, nhiệt độ, dẫn lưu, vận động cảm giác chi thể... để phát hiện các biến chứng sau mổ

- Hướng dẫn tập phục hồi chức năng sau mổ

2. Tai biến và xử trí

- Chảy máu: Băng ép cầm máu nếu không được thì mổ lại cầm máu
- Nhiễm trùng: Thay kháng sinh, điều trị theo kháng sinh đồ, bù nước và điện giải cho người bệnh
- Trật khớp: Mổ đặt lại khớp
- Khớp giả: Mổ ghép xương ổ gãy
- Hoại tử chỏm: Thay khớp

CHƯƠNG IV. PHẪU THUẬT TIÊU HOÁ - GAN MẬT

CẮT RUỘT NON HÌNH CHÊM

I. ĐẠI CƯƠNG

Trong điều trị phẫu thuật, không phải tổn thương nào cũng phải cắt đoạn 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

- Tồn thương ruột trong chấn thương.
- Viêm túi thừa Meckel
- U ruột non giai đoạn sớm

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Người bệnh già yếu, suy kiệt, chống chỉ định phẫu thuật
- Tồn thương rộng.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện: Kíp phẫu thuật viên tiêu hóa và kíp bác sỹ gây mê hồi sức, kỹ thuật viên có kinh nghiệm.

2. Người bệnh:

- Các xét nghiệm cơ bản chẩn đoán.
- Siêu âm bụng hoặc CT bụng trong những trường hợp khó.

3. Phương tiện: Bộ dụng cụ mổ mở đại phẫu tiêu hóa, chỉ khâu,...

4. Kiểm tra hồ sơ: thủ tục hành chính, chuyên môn,...

Thời gian phẫu thuật: dự kiến khoảng 30 phút

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

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

2. Vô cảm: gây mê nội khí quản.

3. Kỹ thuật:

- Phẫu thuật viên đứng bên phải người bệnh, hai người phụ đứng bên đối diện

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

- Thì 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.

- Thì 4: bộc lộ tổn thương, nếu tổn thương nằm mặt sau thì phải tách mạc nối lớn khỏi đại tràng

- Thì 5: cắt bỏ tổn thương có thể bằng echolon hoặc cắt bằng dao đơn cực xong khâu lại. đảm bảo cắt hết tổn thương

- Thì 6: cầm máu kỹ diện bóc tách, có thể đặt dẫn lưu nếu cần thiết.

- Thì 10: đóng bụng theo bình diện giải phẫu.

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

1. Theo dõi: như mọi trường hợp phẫu thuật đường tiêu hóa nói chung.

2. XỬ TRÍ TAI BIẾN

- Chảy máu: chảy máu trong ổ bụng, cần theo dõi sát, cần thiết phải phẫu thuật lại ngay.

- Tắc ruột sau mổ: kiểm tra xem do dẫn ruột cơ năng hay tắc ruột cơ học. Nếu do nguyên nhân cơ học phải mổ kiểm tra và xử lý nguyên nhân.

- Áp xe hoặc viêm phúc mạc do rò, bục miệng nối: điều trị nội hoặc phẫu thuật lại tùy thuộc mức độ của biến chứng.

GỠ DÍNH SAU MỔ LẠI

I. ĐẠI CƯƠNG

- Gỡ dính sau mổ là một phẫu thuật ngoại khoa trong ổ bụng hay ngoài phúc mạc để phẫu tích phân tách tối đa theo yêu cầu và theo giải phẫu ổ bụng bộc lộ các nội tạng các mạc treo mạc nối phúc mạc thành phúc mạc tạng, khoang ổ bụng để tiến hành các mục đích chữa bệnh. Dính sau mổ là hiện tượng các cấu trúc nêu trên kết dính vào nhau với nhiều mức độ phức tạp gây gập xoắn nghẹt sau tác động của các lần mổ trước vào ổ bụng dù là do mổ hay do bệnh lý sau mổ phát triển.

- Gỡ dính sau mổ là một phẫu thuật thường làm cùng với các phẫu thuật ngoại khoa khác trong cùng một ca mổ phối hợp. Phẫu thuật có thể là mổ mở bụng hay mổ nội soi ổ bụng hay nội soi ngoài phúc mạc.

II. CHỈ ĐỊNH

- Dính ruột hay các nội tạng, phúc mạc cần bóc tách trình bày rõ trong các phẫu thuật ổ bụng.

- Dính ổ bụng cần bóc tách giải phóng mạch máu nội tạng mạc treo để điều trị bệnh và biến chứng.

- Dính ổ bụng cần bóc tách giải phóng mạch máu nội tạng hạch thương tổn để chẩn đoán bệnh sinh thiết thương tổn cắt bỏ thương tổn dẫn lưu ổ dịch, tạo hình trong các kỹ thuật ngoại khoa.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Không có chống chỉ định tuyệt đối nhưng các phẫu thuật viên phải cân nhắc mức độ phẫu tích để an toàn cho người bệnh và có hiệu quả cao trong điều trị.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện:

- Phẫu thuật viên ngoại khoa ít nhất có đào tạo chuyên khoa cấp I hoặc tương đương.

- Phụ mổ 2 người

- Kíp gây mê, dụng cụ viên đủ cho phẫu thuật ổ bụng.

2. Người bệnh: chuẩn bị trước mổ bụng, nhịn ăn uống trước mổ 6 giờ, vệ sinh toàn thân và vùng mổ, tùy theo bệnh ngoại khoa của người bệnh kèm theo phải kiểm tra thêm. Khám gây mê trước mổ.

3. Phương tiện:

- Bộ dụng cụ mổ bụng cơ bản nếu mổ mở bộ mổ nội soi ổ bụng nếu mổ gỡ dính nội soi. Dao mổ điện có thể thêm cán dài, các loại dao kỹ thuật cao như dao siêu âm dao ligasure bi-polar nếu mổ vị trí sâu và khó hoặc phải cầm máu chi tiết khi gỡ dính, chỉ khâu ruột, khâu mạch máu cho thường hợp khó cần phục hồi.

- Bộ mổ nội soi cần các kẹp phẫu tích không chấn thương, các dụng cụ phẫu tích tùy theo nhu cầu sử dụng và cách thức của phẫu thuật viên như móc điện, spatule điện, kéo điện, Surgi-wan có phẫu tích kèm hút rửa...

- Bàn mổ loại đa năng điều chỉnh nhiều tư thế xoay và dạng chân.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Tư thế:

Người bệnh nằm ngửa hay ngửa dạng chân (cân bàn mổ đa năng). Thay đổi được các tư thế.

2. Vô cảm:

Mê toàn thân, có thể phối hợp các kỹ thuật giảm đau toàn thân sau mổ, giãn cơ hiệu quả phối hợp hồi sức ngoại khoa đảm bảo thông khí tuần hoàn tốt. Tránh phù nề xung huyết mạc treo nội tạng đảm bảo ca mổ có thể kéo dài an toàn.

3. Kỹ thuật:

- Bước 1 mở bụng: chọn vị trí vết mổ độ rộng, điểm bắt đầu mở bụng thích hợp nhất. Mở bụng theo nguyên tắc từ ngoài và trong đi từng lớp giải phẫu vừa mở vừa gỡ dính, đi từ chỗ dính ít nhất.

- Bước 2 gỡ dính mạc nối, mạc treo, thành bụng, nội tạng. Nguyên tắc là đi vào các lớp bóc tách phẫu tích đúng của giải phẫu phôi thai học nguyên bản, phẫu tích toàn bộ các chỗ dính theo yêu cầu của chỉ định, tránh tối đa tác động tổn thương nội tạng mạch máu thần kinh bạch huyết.

- Bước 4 gỡ dính các thương tổn phức tạp do dính xoắn khó, có nguy cơ cao hay bị tác động do bệnh lý tiến triển sau ca mổ trước. Đây là chỗ khó nhất cần tập trung kỹ thuật .

- Bước 5 hút rửa ổ bụng có thể dẫn lưu để hạn chế dính lại, cần xếp ruột nội tạng mạc treo theo đúng giải phẫu.

- Bước 6 đóng bụng theo các lớp giải phẫu. Bước này nếu khó đóng bụng có thể cần áp dụng thêm phẫu thuật khâu phục hồi thành bụng.

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

- Theo dõi theo nguyên tắc sau mổ bụng. Chăm sóc người bệnh toàn diện nuôi dưỡng ngay sau mổ bằng đường tĩnh mạch cho đến khi nhu động ruột bình thường. Chăm sóc vết mổ, theo dõi sonde dạ dày và rút khi người bệnh ổn định. Theo dõi lâm sàng các dấu hiệu đau nôn chướng bụng sau mổ trung tiện đại tiện, hội chứng nhiễm trùng tại chỗ và toàn thân để sớm phát hiện biến chứng sau mổ.

- Biến chứng tắc ruột sau mổ: đau nôn bí trung tiện chướng bụng... cần điều trị tắc ruột sớm, kháng sinh hút dạ dày truyền dịch theo dõi chỉ định kịp thời.

- Biến chứng thủng ruột viêm phúc mạc, chảy máu trong ổ bụng, bục vết mổ, liệt ruột cơ năng.

- Rối loạn nước và điện giải, suy thận chức năng, suy dinh dưỡng , cần điều chỉnh kịp thời.

ĐÓNG MỞ THÔNG RUỘT NON

I. ĐẠI CƯƠNG

- Đóng mở thông ruột non là phẫu thuật làm kín lại vị trí ruột non đang mở ra da và lập lại lưu thông của đoạn ruột non từ đầu ruột này xuống dưới. Bước 4 Khâu thành bụng vị trí đã mở thông ruột non có thể khâu bình thường hoặc phải làm thêm một phẫu thuật phục hồi thành bụng do khuyết lớn.

- Mở thông ruột non có thể có một đầu ruột hay hai đầu ruột tại một vị trí, có thể hai đầu ruột tại hai vị trí, có thể một đầu ruột mở thông trong khi một đầu đóng kín trong bụng. Lỗ mở thông có thể là thành bên của quai ruột non có thể là toàn bộ đường kính quai ruột mở thông.

- Có nhiều phương pháp đóng mở thông ruột non và có mổ mở hoặc mổ nội soi ổ bụng, mổ tại chỗ ngoài phúc mạc tại chỗ trong phúc mạc, nhưng cùng theo một nguyên tắc chung.

II. CHỈ ĐỊNH

- Người bệnh luôn có chỉ định đóng mở thông ruột non nếu mổ thông ruột non hết tác dụng bảo vệ hay điều trị thương tổn phía dưới thành công.

- Điều kiện đóng mở thông là toàn bộ đoạn ruột phía dưới chỗ mổ thông phải hết thương tổn và lưu thông được. Ổ bụng qua giai đoạn viêm dính phù nề sau lần mổ trước để gỡ dính ruột nếu cần.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Có tắc ruột hay hẹp ruột phía dưới chỗ mổ thông không giải quyết được, có thương tổn nặng phía dưới chỗ mổ thông chưa giải quyết được. Ổ bụng còn viêm dính hay phù nề, người bệnh suy kiệt thể trạng yếu không đảm bảo phẫu thuật.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện:

- Phẫu thuật viên ngoại khoa ít nhất có đào tạo chuyên khoa cấp I hoặc tương đương.

- Phụ mổ 2 người

- Kíp gây mê, dụng cụ viên đủ cho phẫu thuật ổ bụng.

2. Người bệnh: chuẩn bị trước mổ bụng, nhịn ăn uống trước mổ 6 giờ, vệ sinh toàn thân và vùng mổ, tùy theo bệnh ngoại khoa của người bệnh kèm theo phải kiểm tra thêm. Khám gây mê trước mổ.

3. Phương tiện:

- Bộ dụng cụ mổ bụng cơ bản nếu mổ mở, bộ mổ nội soi ổ bụng nếu mổ nội soi từ trong ra.

- Vật liệu là các loại chỉ khâu ngoại khoa cho ống tiêu hóa, cân cơ thành bụng, tấm prolene phục hồi thành bụng, khâu mạch máu ngoại khoa, máy cắt nối ống tiêu hóa tự động các loại tùy theo kỹ thuật áp dụng.

- Bàn mổ loại đa năng điều chỉnh nhiều tư thế xoay và dạng chân.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Tư thế:

Người bệnh nằm ngửa hay ngửa dạng chân (cần bàn mổ đa năng). Thay đổi được các tư thế.

2. Vô cảm: mê toàn thân, có thể phối hợp các kỹ thuật giảm đau toàn thân sau mổ, giãn cơ hiệu quả phối hợp hồi sức ngoại khoa đảm bảo thông khí tuần

hoàn tốt. Tránh phù nề xung huyết mạc treo nội tạng đảm bảo ca mổ có thể kéo dài an toàn.

3. Kỹ thuật:

- Bước 1 phẫu tích quai ruột mở thông ra khỏi thành bụng, cắt và gỡ dính thành ruột, mạc treo mạch máu ra khỏi da cân cơ thành bụng đủ để cắt nối hoặc khâu đóng lỗ mở thông.

- Bước 2 gỡ dính các quai ruột phía dưới hoặc kiểm tra lưu thông quai đi phía dưới hoặc tìm đầu và quai ruột phía dưới để chuẩn bị đóng nối.

- Bước 3 đóng lỗ mở thông hoặc nối lại hai đầu ruột. dùng chỉ khâu nối ống tiêu hóa theo các kỹ thuật đảm bảo kín chắc không hẹp không kéo căng không thiếu máu nuôi dưỡng miệng nối. Có thể dùng máy cắt nối ống tiêu hóa để thực hiện khâu này với nguyên tắc như trên. Các kỹ thuật khác nhau như mổ tại chỗ ngoài phúc mạc, tại chỗ trong ổ bụng, mở bụng hoàn toàn cắt nối ruột kèm theo gỡ dính, nội soi ổ bụng gỡ dính và cắt nối ruột...

- Bước 4 Khâu đóng bụng và khâu phục hồi thành bụng vị trí ruột đã mở thông. Có thể khâu đóng đơn giản theo các lớp giải phẫu của thành bụng hoặc phải áp dụng riêng một phẫu thuật phục hồi thành bụng do khuyết cân cơ, điển hình là khâu phục hồi thành bụng bằng tấm đan prolen.

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

- Theo dõi theo nguyên tắc sau mổ bụng. Chăm sóc người bệnh toàn diện nuôi dưỡng ngay sau mổ bằng đường tĩnh mạch cho đến khi nhu động ruột bình thường. Chăm sóc vết mổ. Theo dõi lâm sàng các dấu hiệu đau nôn chướng bụng sau mổ trung tiện đại tiện, hội chứng nhiễm trùng tại chỗ và toàn thân để sớm phát hiện biến chứng sau mổ.

- Biến chứng tắc ruột sau mổ: đau nôn bí trung tiện chướng bụng... cần điều trị tắc ruột sớm, kháng sinh hút dạ dày truyền dịch theo dõi chỉ định kịp thời.

- Biến chứng thủng ruột viêm phúc mạc, chảy máu trong ổ bụng, bục vết mổ, rò chỗ nối.

DẪN LƯU HOẶC MỞ THÔNG MANH TRÀNG

I. ĐẠI CƯƠNG

Dẫn lưu hay mở thông manh tràng là thủ thuật đưa manh tràng ra ngoài thành bụng một cách trực tiếp hoặc qua ống dẫn lưu. Trước đây, thủ thuật này thường được chỉ định để giảm áp cho các trường hợp làm miệng nối đại trực tràng thấp nhiều nguy cơ nhưng do có nhiều biến chứng đi kèm mà hiệu quả không cao nên ngày nay, người ta thường dẫn lưu hồi tràng hơn là dẫn lưu manh tràng. Trường hợp được chỉ định nhiều nhất vẫn là viêm ruột thừa hoặc túi thừa manh tràng làm cho thành manh tràng bị mụn, không đảm bảo khi khâu kín.

II. CHỈ ĐỊNH

- Viêm ruột thừa hoặc túi thừa manh tràng gây viêm phúc mạc và tổn thương thành manh tràng.

- Giảm áp trong các trường hợp miệng nối đại trực tràng ở thấp.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Chống chỉ định chung của phẫu thuật ổ bụng

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện:

- 01 bác sỹ mổ chính, 01 bác sỹ phụ mổ

- 01 bác sỹ gây mê, 01 điều dưỡng phụ mê

- 01 dụng cụ viên, 01 điều dưỡng chạy ngoài

2. Người bệnh:

- Chuẩn bị thủ tục mổ như các trường hợp phẫu thuật cấp cứu/phiên thông thường.

- Giải thích cho gia đình và người bệnh nguy cơ, rủi ro.

3. Phương tiện:

- Bộ dụng cụ đại phẫu

4. Thời gian phẫu thuật:

- Tùy từng loại phẫu thuật và mức độ tổn thương.

- Trung bình từ 30 phút tới 60 phút.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Tư thế: Người bệnh nằm ngửa. Đường mổ thẳng giữa dưới rốn hoặc thẳng bên bên phải

2. Vô cảm: Gây mê toàn thân

3. Kỹ thuật:

- Bước 1: Thăm dò và đánh giá thương tổn bằng cách quan sát

- Bước 2: Di động đại tràng phải, manh tràng và đoạn cuối hồi tràng

- Bước 3: Xử lý thương tổn (cắt ruột thừa, túi thừa... hoặc cắt u, đoạn đại tràng, làm miệng nối).

- Bước 4: Đánh giá tình trạng thành manh tràng và lựa chọn vị trí thuận lợi để dẫn lưu hay mở thông. Có thể sử dụng ngay gốc ruột thừa.

- Bước 5: Đưa manh tràng ra thành bụng, cố định thành manh tràng vào cân cơ thành bụng bằng các mũi chỉ rời.

- Bước 6: Cố định dẫn lưu / niêm mạc manh tràng vào thành bụng.

- Bước 7: Đóng bụng theo các lớp giải phẫu

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

1. Theo dõi:

- Chảy máu: Theo dõi mạch, huyết áp, nhiệt độ, toàn trạng và tình trạng bụng, số lượng và màu sắc dịch dẫn lưu ít nhất 1h/lần trong 24h đầu.

- Nhiễm trùng: Theo dõi toàn trạng, dấu hiệu nhiễm trùng toàn thân hoặc tại chỗ. Nguyên nhân nhiễm trùng có thể từ vết mổ hoặc do rò, tụt vị trí cố định manh tràng.

2. Tai biến và xử trí:

- Điều trị bảo tồn: cân cân nhắc và theo dõi sát tại cơ sở ngoại khoa

+ Kháng sinh toàn thân

+ Dinh dưỡng tích cực

- Phẫu thuật: Quyết định mổ lại sớm khi nghi ngờ chảy máu hoặc có dấu hiệu viêm phúc mạc toàn thể.

CẮT TÚI THỪA ĐẠI TRÀNG

I. ĐẠI CƯƠNG

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

II. CHỈ ĐỊNH

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

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

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

IV. CHUẨN BỊ

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

2. Người bệnh:

- Xét nghiệm cơ bản,
- XQuang ngực, siêu âm bụng,
- Nội soi đại tràng toàn bộ,
- Chụp cắt lớp vi tính,
- Chuẩn bị đại tràng theo quy định,
- Người bệnh và gia đình phải được giải thích rõ trước mổ về tình trạng bệnh và tình trạng chung, về những khả năng phẫu thuật sẽ thực hiện, về những tai biến, biến chứng, di chứng có thể gặp do bệnh, do phẫu thuật, do gây mê, tê, giảm đau, do cơ địa của người bệnh. Giải đáp những khúc mắc của người bệnh về bệnh tật, về phẫu thuật,... trong phạm vi cho phép.

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

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

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

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

1. Tư thế:

- Người bệnh nằm ngửa,

- Phẫu thuật viên đứng bên phải (nếu túi thừa đại tràng phải) hoặc bên trái (nếu túi thừa đại tràng trái, sigma) hoặc theo thói quen,

- Phụ mổ thứ 1 đứng đối diện phẫu thuật viên, phụ 2 đứng bên phải phẫu thuật viên,

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

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

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

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

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

- Phẫu tích đại tràng khỏi khỏi tổ chức dính

- Cắt và buộc động mạch và tĩnh mạch:

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

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

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

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

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

1. Theo dõi:

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

- Sau phẫu thuật phối hợp 2 loại kháng sinh từ 7 - 10 ngày.

- Cần lưu ý bồi phụ đủ nước, điện giải, protein máu (dựa vào chỉ số Albumin và

Protein máu), truyền máu sau mổ (nếu có thiếu máu).

2. Tai biến - biến chứng và nguyên tắc xử trí :

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

2.2. Sau phẫu thuật:

- Chảy máu sau mổ

- Áp xe tồn dư sau mổ: xác định bằng siêu âm hoặc chụp cắt lớp vi tính. Kiểm tra hệ thống dẫn lưu, tách vết mổ đặt lại hệ thống dẫn lưu hỗ trợ, dẫn lưu ổ áp xe dưới hướng dẫn siêu âm tùy thuộc vị trí ổ áp xe.

- Tiêu chảy: Tiêu chảy thường xảy ra trong vài tuần lễ đầu sau mổ. Tùy vào mức độ mất nước và điện giải có thể bù nước và điện giải bằng uống bổ sung Oserol hay truyền dịch bổ sung.

- Tai biến HMNT: xem bài làm HMNT.

- Tắc ruột

BÓC U XƠ, CƠ, ...TRỰC TRÀNG ĐƯỜNG TÀNG SINH MÔN

I. ĐẠI CƯƠNG

U xơ, cơ,...thường là các khối u lành tính của trực tràng, nằm trong tổ chức liên kết thành trực tràng.. Chiếm tỉ lệ nhỏ trong các khối u của trực tràng (còn lại trên 95 % là u biểu mô tuyến của trực tràng).

II. CHỈ ĐỊNH

Các khối u xơ, cơ, thần kinh,... của trực tràng ở 1/3 dưới, thăm trực tràng dễ dàng sờ thấy bờ trên u., u tương đối di động.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Ung thư biểu mô tuyến của trực tràng.

- Thể trạng người bệnh quá yếu, cần hồi sức tích cực trước phẫu thuật.
- Người bệnh già yếu, có các bệnh nặng phối hợp như suy tim, phổi,...
- Ung thư đã di căn xa đặc biệt là phúc mạc.
- U kích thước lớn, cố định, thăm trực tràng không sờ thấy cục trên khối

u.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện: phẫu thuật viên tiêu hóa.

2. Người bệnh:

- Hồ sơ bệnh án đầy đủ với các kết quả xét nghiệm cơ bản (công thức máu, sinh hóa máu, đông máu, nước tiểu, ...) cho phép phẫu thuật.
- Chụp khung đại tràng, nội soi đại tràng và sinh thiết.
- Nếu nghi ngờ có thâm nhiễm hay rò vào các cơ quan khác cần xác minh rõ ràng bằng chụp cắt lớp, cộng hưởng từ, siêu âm nội soi,...
- Chuẩn bị đại tràng sạch bằng thuốc tẩy (fortrans,...), thực thao theo quy định.
- Nâng cao thể trạng người bệnh trước phẫu thuật bằng truyền dịch nuôi dưỡng, kháng sinh dự phòng.

3. Phương tiện: bộ phẫu thuật đại phẫu, chỉ khâu tiêu chậm, không tiêu,...

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Tư thế: phụ khoa.

2. Vô cảm: gây mê toàn thân, hoặc gây tê tủy sống.

3. Kỹ thuật: Thời gian mổ dự kiến 60 phút đến 120 phút

3.1. Phẫu thuật qua đường hậu môn (áp dụng cho khối u kích thước \leq 4cm):

- Nong rộng ống hậu môn.
- Mở trực tiếp vào vị trí khối u, lấy 1 phần tổ chức u làm sinh thiết tức thì nếu có thể.
- Phẫu tích bóc khối u ra khỏi thành trực tràng, tránh làm thủng thành trực tràng.
- Kiểm tra kỹ nếu có thủng thành trực tràng thì phải khâu lại. Trong trường hợp nghi ngờ thủng trực tràng vào ổ bụng phải mổ bụng kiểm tra, cần thiết thì làm hậu môn nhân tạo bảo vệ.
- Khâu lại chỗ mở trực tràng 2 lớp riêng biệt tổ chức liên kết và niêm mạc.

3.2. Phẫu thuật qua thành bên trực tràng (áp dụng cho khối u kích thước $>$ 4cm):

- Đường rạch da ngoài cơ thắt, đi vào thành bên trực tràng qua hố ngồi.
- Phẫu tích cắt bỏ u như trên, tránh làm thủng niêm mạc trực tràng. Khâu lại trực tràng theo các lớp giải phẫu, nếu thủng niêm mạc trực tràng phải khâu lại.
- Nếu u to, vết mổ sâu, rộng, thủng lớn ở niêm mạc trực tràng nên làm hậu môn nhân tạo bảo vệ.

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

1. Chăm sóc và theo dõi:

- Chăm sóc và theo dõi người bệnh như các trường hợp phẫu thuật đường tiêu hóa nói chung, lưu ý tình trạng ra máu, dịch ở hậu môn.
- Dùng kháng sinh toàn thân, phối hợp 2 loại kháng sinh (metronidazol, cephalosporin thế hệ 3,...) từ 5 - 7 ngày.
- Dinh dưỡng đường tĩnh mạch 5- 7 ngày.
- Nhịn ăn uống từ 5 -7 ngày.

2. Xử trí tai biến, biến chứng:

- Chảy máu: mổ lại khâu cầm máu...
- Viêm phúc mạc do bục đường khâu: mổ lại, lau rửa sạch ổ bụng, làm hậu môn nhân tạo bảo vệ.
- Áp xe vùng mổ: phẫu thuật dẫn lưu áp xe.

ĐIỀU TRỊ HẸP HẬU MÔN BẰNG CẮT VÒNG XƠ, TẠO HÌNH HẬU MÔN

I. ĐẠI CƯƠNG

1. Định nghĩa: Hẹp hậu môn là một biến chứng hiếm gặp nhưng nghiêm trọng trong phẫu thuật hậu môn trực tràng, thường gặp nhất trong phẫu thuật điều trị trĩ.

2. Phân loại :

- Theo độ hẹp:
- + Hẹp nhẹ: hậu môn khó dứt lộn ngón trỏ.

- + Hẹp vừa: đứt ngón trở.
- + Hẹp nặng: cả ngón út cũng khó đứt lọt.
- Phân loại theo độ cao:
 - + Hẹp ở thấp: dưới đường lược 0.5cm (65%).
 - + Hẹp ở giữa: từ dưới đường lược 0,5cm đến trên đường lược 0,5 cm (18,5%)
 - + Hẹp ở cao: trên đường lược 0,5cm (8%) .
 - + Hẹp lan tỏa chiếm toàn bộ chiều dài ống HM (6,5%) .

3. Điều trị hẹp hậu môn hiệu quả nhất là ngăn ngừa: tuân thủ các nguyên tắc phẫu thuật vùng hậu môn - trực tràng, dùng chỉ tiêu và tiết kiệm mô, tránh đắp thuốc, vệ sinh tránh viêm nhiễm. Điều trị phẫu thuật chỉ định cho hẹp nặng và hẹp vừa khi điều trị nội và thủ thuật không có kết quả.

II. CHỈ ĐỊNH

- Hẹp hậu môn xơ hóa nặng.
- Hẹp xơ hậu môn xơ hóa vừa mà điều trị nội và thủ thuật không kết quả.
- Hẹp xơ hậu môn kiểu màng ngăn, kiểu hình vòng (trên một đoạn ngắn hơn 2 cm), kiểu hình ống (trên một đoạn dài hơn 2 cm).

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Chống chỉ định chung của can thiệp ngoại khoa.
- Hẹp hậu môn do những tổn thương ác tính.
- Hậu môn đang viêm nhiễm.

IV. CHUẨN BỊ

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

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

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

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

3. Kỹ thuật: Thời gian mổ dự kiến khoảng 30 - 45 phút

3.1. Nguyên tắc: 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.

3.2. Cụ thể:

- Xác định kiểu hẹp, vị trí và độ dài vòng xơ hẹp hậu môn
- Dùng dao điện cắt mở vòng xơ hẹp, thường mở vị trí 6h.

- Có thể kết hợp mở cơ thắt trong bán phần phía bên

- Tạo hình ống hậu môn trong trường hợp hẹp nặng để giải quyết việc mất nhiều mô ở ống hậu môn. Có nhiều loại phẫu thuật tạo hình chuyển vạt ở ống hậu môn giúp làm mềm mại phần cầu da niêm mạc ống hậu môn và thay thế phần sẹo xơ:

+ Phương pháp Martin (Hình 1 - A): là phương pháp hạ vạt niêm mạc phía bên (Lateral mucosal advancement flap). Dùng để sửa những sẹo hẹp ở độ cao trung bình. Mở cơ thắt trong nên được thực hiện nếu có những dấu hiệu của hẹp chức năng. Phẫu tích dưới niêm mạc của ống hậu môn và phần thấp trực tràng qua một đường rạch ngang ở đường lược. Vạt niêm mạc được kéo xuống đến phía ngoài cơ thắt trong gần phần da rìa hậu môn, phần còn lại của vết thương được để hở để tránh tối đa việc lộ niêm mạc và tiết dịch.

Nếu 50% vòng ống hậu môn bị sẹo xơ thì có thể dùng phương pháp hạ niêm mạc (Martin), tuy nhiên nếu nhiều hơn 50% vòng ống hậu môn thì các phương pháp khác nên được lựa chọn.

+ Các phương pháp khác: chuyển vạt Y-V (Hình 1 - B), chuyển vạt V-Y (Hình 1 - C), tạo vạt hình kim cương (Hình 1-D), tạo vạt hình ngôi nhà (Hình 1 - E), tạo vạt hình chữ U (Hình 1 - F), chữ C và hình chữ S (Hình 1 - G).

Hình 1 : Các phương pháp chuyển vạt tạo hình ống hậu môn.

VI. THEO DÕI

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

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

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

- Người bệnh sau mổ ăn chế độ nhiều xơ, nhuận tràng trong khoảng thời gian ngắn sau mổ. Một số trường hợp người bệnh nên được cho táo bón 3-5 ngày và sau đó ăn theo chế độ nhiều xơ.

VII. XỬ TRÍ TAI BIẾN

- Đau sau mổ: Dùng thuốc giảm đau loại paracetamol, ngâm hậu môn nước ấm cũng là biện pháp giảm đau tốt.

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

- Hoại tử mảnh ghép tạo hình ống hậu môn

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

PHẪU THUẬT CẮT U NHÚ ỚNG HẬU MÔN (CONDYLOME)

I. ĐẠI CƯƠNG

U nhú ống hậu môn là dạng quá sản biểu mô niêm mạc ống hậu môn tại đường lược do quá trình viêm tăng sinh, đôi khi có cuống dài và sa ra ngoài khi đại tiện. Condylome ống hậu môn hay sùi mào gà hậu môn là những tổn thương dạng mụn sùi vùng hậu môn do virus gây u nhú ở người HPV (Human Pappilloma Virus), rất dễ lây lan. U nhú, condylome to gây tăng tiết dịch ống hậu môn, đau, chảy máu khi đại tiện, cảm giác ngứa và vướng ở hậu môn và mùi khó chịu. Điều trị condylome cơ bản là điều trị nội khoa, tỉ lệ tái phát dao động từ 20-70%. Chỉ định điều trị dựa vào kết quả mô bệnh học.

II. CHỈ ĐỊNH

U nhú ống hậu môn lớn gây vướng, khó chịu do ngứa, viêm nhiễm, ỉa máu và đau hậu môn.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Chống chỉ định chung của can thiệp ngoại khoa.

IV. CHUẨN BỊ

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

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Tư thế: (xem bài Nguyên tắc chung phẫu thuật vùng hậu môn - trực tràng).

2. Vô cảm: (xem bài Nguyên tắc chung phẫu thuật vùng hậu môn - trực tràng).

Có thể thực hiện dưới gây tê tủy sống hoặc dưới gây tê tại chỗ.

3. Kỹ thuật: Thời gian mổ dự kiến 30 phút

- 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:

- Đánh giá thương tổn:

+ Đặt van Hill - Ferguson vào hậu môn

+ Đánh giá các thương tổn phối hợp

- Cắt u nhú bằng dao điện, lấy hết tổn thương, tránh thủng trực tràng. Khâu cầm máu diện cắt nếu cần. Lấy bệnh phẩm gửi xét nghiệm mô bệnh học.

- 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. 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.

- Trường hợp mụn sùi condylome nhiều, lấy rộng, nhịn ăn vài ngày, dùng thuốc gây táo bón tránh phân đi qua vết mổ.

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

(Proctolog) vào hậu môn. Bôi thuốc chữa sùi mào gà theo chỉ định chuyên khoa da liễu.

2. Xử trí tai biến (xem bài Nguyên tắc chung phẫu thuật vùng hậu môn - trực tràng).

- Chảy máu: Nếu mức độ chảy máu nhiều, không tự cầm cần kiểm tra lại vết mổ để cầm máu bằng đốt điện hay khâu.

- Đau nhiều: dùng thuốc giảm đau.

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

CẮT U LÀNH TÍNH ỐNG HẬU MÔN

I. ĐẠI CƯƠNG

U lành tính ống hậu môn là dạng u do quá sản lành tính các tổ chức của ống hậu môn như polype, u cơ, adenome... Khối u nằm trong giới hạn ống hậu môn (từ trên đường lược 2 cm đến dưới đường lược 2 cm), có thể là một hay nhiều khối u đường kính từ vài milimet đến vài centimet, nhô lên bề mặt, có chân rộng hoặc hẹp (cuống). Thường có chỉ định cắt bỏ vì có nguy cơ chảy máu, chèn ép và ác tính hóa. Chỉ định can thiệp cần dựa vào kết quả mô bệnh học. U nhú tại đường lược là dạng thường gặp nhất, đã được đề cập trong một bài riêng.

II. CHỈ ĐỊNH

- U lành tính ống hậu môn kích thước > 5 mm, số lượng nhiều.

- U lành tính ống hậu môn làm người bệnh khó chịu do cảm giác ngứa, viêm nhiễm, chảy máu và đau hậu môn.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Chống chỉ định chung của can thiệp ngoại khoa.
- Khối u to, chân bám rộng, đã ung thư hoá.

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

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Tư thế: (xem bài Nguyên tắc chung phẫu thuật vùng hậu môn - trực tràng).

2. Vô cảm: (xem bài Nguyên tắc chung phẫu thuật vùng hậu môn - trực tràng).

Có thể thực hiện dưới gây tê tủy sống hoặc dưới gây tê tại chỗ.

3. Kỹ thuật: Thời gian mổ dự kiến 30 phút

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:

- Đánh giá thương tổn:

Đặt van Hill - Ferguson vào hậu môn

Đánh giá các thương tổn phối hợp

- Xác định chính xác chân khối u, cắt khối u sâu xuống lớp cơ thắt trong của ống hậu môn.

+ Sinh thiết sát lớp cơ gửi giải phẫu bệnh

+ Khâu kín diện cắt u. Có thể khâu mũi rời hoặc khâu vắt. Nên dùng loại chỉ nhỏ, tự tiêu (Vicryl 4.0 hoặc 5.0).

- 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. Uống thêm thuốc nhuận tràng, tránh táo bón độn phân trong trực tràng gây kích thích đại tiện, gây đau kéo dài. Bắt đầu ăn trở lại sau mổ 6 giờ.

- Trường hợp u to, chân rộng, nhịn ăn 3 - 5 ngày, dùng thuốc gây táo bón tránh phân đi qua vết mổ.

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

2. Xử trí tai biến (xem bài Nguyên tắc chung phẫu thuật vùng hậu môn - trực tràng):

- Phẫu thuật cắt u lành tính ống 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 diện cắt. 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.

PHẪU THUẬT CẮT LỌC, XỬ LÝ VẾT THƯƠNG TẦNG SINH MÔN ĐƠN GIẢN

I. ĐẠI CƯƠNG

- Vết thương tầng sinh môn đơn giản là những vết thương phần mềm đơn thuần không kèm theo các thương tổn nặng vùng tiểu khung.

- Có nhiều nguyên nhân gây vết thương tầng sinh môn như do tai nạn giao thông, do ngồi vào vật nhọn, do tai biến sản khoa,...

II. CHỈ ĐỊNH

Vết thương phần mềm vùng tầng sinh môn.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Các vết thương tầng sinh môn kèm theo thương tổn khác ở tiểu khung như trực tràng, ống hậu môn, cơ thắt, niệu đạo, bàng quang, xương chậu,...

IV. CHUẨN BỊ

- Người thực hiện: phẫu thuật viên ngoại chung hoặc phẫu thuật viên tiêu hóa.

- Người bệnh: thường đến viện trong tình trạng cấp cứu, cho kháng sinh, truyền dịch.

- Phương tiện: bộ phẫu thuật trung phẫu, các loại chỉ tiêu chậm và không tiêu,...

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Tư thế: phụ khoa hoặc nằm sấp.

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

3. Kỹ thuật: Thời gian dự kiến phẫu thuật 45 - 60 phút

- Lấy dị vật như sỏi, đá, mảnh tre...
- Làm sạch vết thương bằng nước muối, oxy già, betadine...
- Cắt lọc tổ chức dập nát hoặc hoại tử không còn mạch nuôi. Cố gắng bảo tồn tối đa da vùng tầng sinh môn, sẽ cắt lọc lần 2 nếu tổ chức bị hoại tử tiếp.
- Không khâu kín vết thương.

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

1. Chăm sóc và theo dõi:

- Chăm sóc và theo dõi người bệnh như các trường hợp phẫu thuật vết thương phần mềm khác.
- Dùng kháng sinh toàn thân (metronidazol, cephalosporin thế hệ 3,...).
- Thay băng một đến nhiều lần trong ngày nếu vết thương rộng, bẩn.

2. Xử trí tai biến:

- Chảy máu: băng ép bằng gạc hoặc khâu cầm máu khi cần thiết.
- Nhiễm trùng: thay băng nhiều lần trong ngày, có thể cắt lọc lại lần 2, trong một số trường hợp phải làm hậu môn nhân tạo./.

PHẪU THUẬT CẮT LỌC, XỬ LÝ VẾT THƯƠNG TẦNG SINH MÔN PHỨC TẠP

I. ĐẠI CƯƠNG

- Vết thương tầng sinh môn phức tạp là những vết thương tầng sinh môn có tổn thương cơ thắt, ống hậu môn hoặc và kèm theo các thương tổn nặng vùng tiểu khung như trực tràng, bàng quang, niệu đạo, xương chậu,...
- Có nhiều nguyên nhân gây vết thương tầng sinh môn như do tai nạn giao thông, do ngồi vào vật nhọn, do tai biến sản khoa,...

II. CHỈ ĐỊNH

Các vết thương tầng sinh môn kèm theo thương tổn khác ở tiểu khung như trực tràng, ống hậu môn, cơ thắt, niệu đạo, bàng quang, xương chậu,...

III. CHUẨN BỊ

- Người thực hiện: phẫu thuật viên ngoại chung hoặc phẫu thuật viên tiêu hóa.

- Người bệnh: thường đến viện trong tình trạng cấp cứu, cho kháng sinh, truyền dịch, phòng chống sốc.

- Phương tiện: bộ phẫu thuật đại phẫu, chỉ tiêu chậm, chỉ không tiêu, chỉ khâu mạch máu, túi hậu môn, sonde bàng quang,...

IV. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Tư thế: phụ khoa.

2. Vô cảm: gây mê toàn thân.

3. Kỹ thuật: Thời gian dự kiến mổ tùy theo mức độ thương tổn, kéo dài từ 60 phút đến vài giờ.

- Lấy dị vật như sỏi, đá, mảnh tre,...

- Làm sạch vết thương bằng nước muối, oxy già, betadine,...

- Cắt lọc tổ chức dập nát hoặc hoại tử không còn mạch nuôi. Cố gắng bảo tồn tối đa da vùng tầng sinh môn, sẽ cắt lọc lần 2 nếu tổ chức bị hoại tử tiếp.

- Để hở vết thương.

- Xử lý thương tổn phối hợp:

+ Làm hậu môn nhân tạo bảo vệ trong các trường hợp có tổn thương cơ thắt $\frac{1}{2}$ trên, tổ chức phần mềm dập nát, mất nhiều, vết thương thủng trực tràng,...

+ Dẫn lưu bàng quang trong trường hợp có tổn thương niệu đạo, bàng quang,...

+ Các thương tổn cơ thắt, niệu đạo, trực tràng, ... phức tạp nên xử lý thì 2 khi Người bệnh đã ổn định, vết thương phần mềm sạch hoặc đã liền.

V. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

1. Chăm sóc và theo dõi:

- Chăm sóc và theo dõi Người bệnh như các trường hợp phẫu thuật mở bụng khác.

- Dùng kháng sinh toàn thân, phối hợp 2 loại kháng sinh (metronidazol, cephalosporin thế hệ 3,...)

- Thay băng hàng ngày, nhiều lần trong ngày nếu vết thương rộng, bẩn, thấm nhiều dịch,...

2. Xử trí tai biến:

- Chảy máu: băng ép bằng gạc, chèn mét hoặc khâu cầm máu khi cần thiết.

- Nhiễm trùng: thay băng nhiều lần trong ngày, có thể cắt lọc lại lần 2.

KHÂU VẾT THƯƠNG LÁCH

I. ĐẠI CƯƠNG

Các tổn thương trong ổ bụng bởi hoá khí hay bạch khí cần được thăm dò ổ bụng bằng phẫu thuật mổ mở hoặc nội soi. Dấu hiệu và triệu chứng vết thương thấu bụng phụ thuộc nhiều yếu tố trong đó có loại vũ khí gây nên thương tổn, vị trí vết thương và số vết thương. Các vết thương hoá khí thường có năng lượng cao, tùy thuộc vào bị đạn bắn tầm gần hoặc xa mà tổn thương có khác nhau và với năng lượng cao và sự cháy của thuốc nổ nên hình thái tổn thương không xác định được cũng như các tổn thương thứ phát do các mảnh đạn và mảnh xương gây nên. Với các vết thương do bạch khí thường có tổn thương xác định trên đường đi nhưng đôi khi dễ bỏ sót các tổn thương gây hiệu quả nghiêm trọng. Tổn thương lách tùy nguyên nhân có thể kèm theo đụng dập. Với những trường hợp tổn thương không vào cuống lách và vết thương nông dưới 3 cm có thể khâu bảo tồn lách.

II. CHỈ ĐỊNH

- Vết thương thấu bụng có tổn thương lách đơn thuần
- Tổn thương lách không vào cuống lách và đường rạch sâu dưới 3 cm.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Có biến chứng thủng ruột và viêm phúc mạc, cần phải cắt ruột và có tình trạng viêm các tạng.

- Huyết động không ổn định
- Phẫu thuật viên không được đào tạo về kỹ thuật này.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người bệnh:

- Người bệnh được hồi sức đảm bảo huyết động ổn định
- Dùng kháng sinh dự phòng
- Phẫu thuật viên giải thích cho người bệnh về tình trạng bệnh,

2. Vô cảm:

Gây mê toàn thân, đặt nội khí quản. Cần phải có máy theo dõi áp lực CO₂ máu (Pa CO₂) và áp lực CO₂ khí thở ra (PET CO₂) để bác sỹ gây mê chủ động điều chỉnh thuốc mê, thông khí...

3. Phương tiện, trang thiết bị:

- Bộ dụng cụ đại phẫu mổ mở.
- Bộ dụng cụ khâu mạch máu
- Chỉ liên kim: prolene hoặc premilen 3/0

4. Tư thế người bệnh:

Người bệnh nằm ngửa, với tư thế đầu cao hay thấp, nghiêng phải hay trái tùy theo yêu cầu khi mổ. Người bệnh cần được đặt ống thông đái, OTDD. Người bệnh được đặt một tấm đệm lưng ngang bờ dưới xương bả để dễ bộc lộ lách.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Vị trí kẹp mổ:

Phẫu thuật viên đứng bên phải của người bệnh, hai phụ bên trái người bệnh.

2. Kỹ thuật xử trí tổn thương

- Người bệnh được mở bụng đường trắng giữa trên rốn, kéo dài xuống dưới rốn.
- Số lượng dịch trong ổ bụng được ghi nhận.
- Trên gác vào vùng lách trong khi tiếp tục kiểm tra toàn bộ ổ bụng
- Các tạng trong ổ bụng được kiểm tra đánh giá mức độ tổn thương.

- Với tổn thương lách cần các bước:
 - + Hạ đại tràng góc lách để bộc lộ vùng lách, hay cắt dây chằng lách đại tràng
 - + Giải phóng mặt sau lách (cắt dây chằng lách thận và tổ chức liên kết giữa lách và thận sát với cực trên và các nhánh vị ngấn).
 - + Đưa lách ra gần vết mổ, tiến hành khâu cầm máu lách bằng những mũi chữ U dọc theo hai mép của đường vỡ. Hoặc khâu ép bằng mạc nối lớn hoặc miếng pledget tepflon.
- Sau khi kiểm tra kỹ không còn chảy máu, tiến hành rửa sạch ổ bụng và đặt 1 tới hai dẫn lưu ở hố lách.
- Đóng bụng theo các lớp giải phẫu.

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

1. Theo dõi:

- Theo dõi gây mê hồi sức, hồi tỉnh và chống đau
- Nuôi dưỡng người bệnh bằng đường tĩnh mạch đến khi có dấu hiệu an toàn phẫu thuật và phục hồi tiêu hoá.
- Theo dõi các biến chứng phẫu thuật: chảy máu trong 48h đầu bằng theo dõi mạch, huyết áp và tình trạng dẫn lưu ổ bụng.

2. Xử trí tai biến:

- Chủ yếu phát hiện biến chứng chảy máu sau mổ, nếu huyết động ổn định có thể chụp mạch để xác định nguyên nhân chảy máu và thực hiện nút mạch.
- Nếu tình trạng huyết động không ổn định cần có chỉ định mổ lại kiểm tra, nếu không kiểm soát được chảy máu trong mổ cần tiến hành cắt lách.

CÁC PHẪU THUẬT LÁCH KHÁC

I. ĐẠI CƯƠNG

Là phẫu thuật cắt bỏ toàn bộ lách để điều trị.

II. CHỈ ĐỊNH

Khi đã xác định có những bệnh lí cần cắt bỏ lách để điều trị:

- Ung thư lách.
- Lách to kiểu Banti.
- Hodgkin.
- Vàng da tan huyết...
- Xơ gan lách to.

III. CHUẨN BỊ

1. **Người thực hiện:** Phẫu thuật là bác sĩ ngoại khoa chung hoặc ngoại khoa bụng (PTV và 2 phụ mổ).

2. **Phương tiện:** Dụng cụ phẫu thuật bụng (Bộ đại phẫu).

3. Người bệnh và hồ sơ bệnh án: Theo quy định chung. Đặc biệt chú ý các xét nghiệm yếu tố về máu, xét nghiệm đông máu và siêu âm gan, tĩnh mạch cửa.

* **Dự kiến cuộc mổ:** 90 phút

IV. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Vô cảm: Gây mê nội khí quản.

2. Kỹ thuật:

- Người bệnh nằm ngửa đầu hơi cao, hơi nghiêng về bên phải.

- Đặt ống thông dạ dày, hút.

- Đường rạch mở bụng: Thường rạch đường giữa trên rốn. Trường hợp lách to nhiều hoặc trong bệnh Hoggkin cần thăm dò 2 buồng trứng (ở phụ nữ), có thể mở rộng xuống dưới rốn. Ở người bệnh béo hoặc lách quá to, có thể rạch đường dưới sườn trái, nếu cần có thể mở rộng sang dưới sườn phải hoặc mở ra phía sau đến góc sườn - thắt lưng.

- Cắt dây chằng dạ dày - lách và thắt động mạch lách ở bờ trên thân tụy.

- Cắt dây chằng lách - hoành.

- Cắt dây chằng lách - đại tràng.

- Cắt tĩnh mạch lách và động mạch lách ở cuống lách. Buộc 2 đầu tĩnh mạch lách và động mạch lách bằng chỉ không tiêu.

Chú ý tìm những lách phụ, nhất là trong những bệnh về máu. Chú ý tìm ở vùng rốn lách, dọc cuống lách, trong mạc nối lớn, trong dây chằng lách - đại tràng hoặc mạc treo ruột - cắt bỏ những lách phụ này.

- Kiểm tra lại vùng mổ, cầm máu kỹ.

- Phủ phúc mạc vùng hố lách. Đưa đại tràng, mạc nối lớn đến vùng hố lách.

- Lau ổ bụng. và đóng thành bụng.

* **Thay đổi kỹ thuật.**

Trường hợp lách to hoặc có viêm quanh lách làm lách dính với xung quanh, không thể đưa lách ra ngoài, dùng kỹ thuật cắt lách để lách tại chỗ:

Mở vào phần trái của dây chằng dạ dày - lách và dây chằng dạ dày - đại tràng vào hậu cung mạc nối. Bộc lộ và thắt động mạch lách ở hậu cung mạc nối. Xác định đuôi tụy và mạc nối tụy - lách trong đó có cuống lách. Phẫu tích, cặp và cắt dần từng mạch của cuống lách, bắt đầu là động mạch rồi đến tĩnh mạch. Sau đó bóc tách giải phóng dần lách khỏi những chỗ dính, giải phóng đến cực trên lách. Cắt lách khỏi cơ hoành. Trong trường hợp cần thiết và bắt buộc có thể cắt đuôi tụy cùng với cắt lách.. Có thể cắt lách bằng phẫu thuật nội soi ổ bụng.

V. THEO DÕI

- Toàn trạng, mạch, huyết áp, nhiệt độ, huyết sắc tố, hematocrit, tiểu cầu.
- Ống dẫn lưu (nếu có).

VI. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

1. Trong phẫu thuật:

Chảy máu: Cần chú ý khi phẫu tích, cắt cắt và buộc các mạch máu. Cầm máu kỹ.

2. Sau phẫu thuật:

- Chảy máu: Bù máu và khối lượng tuần hoàn. Nếu chảy nhiều, phẫu thuật lại để cầm máu.
- Áp xe dưới hoành trái: chính dẫn lưu.
- Nhiễm khuẩn, viêm phổi, xẹp phổi trái.
- Tắc mạch, thường gặp tắc tĩnh mạch chi, tắc mạch phổi. Có thể gặp huyết khối tĩnh mạch cửa, huyết khối tim.
- Rối loạn đông máu.
- Tăng tiểu cầu.

PHẪU THUẬT RÒ, NANG ỐNG RÓN TRANG, NIỆU RÓN (PHẪU THUẬT NANG NIỆU RÓN)

I. ĐẠI CƯƠNG

Trong thời kỳ bào thai, ống Rón - Niệu (dài 3-10 cm , đường kính: 8-10 mm) là ống nối liền giữa bàng quang và rốn. Sau sinh, ống này tự động đóng lại và trở thành dây chằng rốn. Trong một số trường hợp cá biệt, ống này không đóng lại và trẻ sơ sinh bị chứng bệnh tồn tại ống rốn niệu.

II. CHỈ ĐỊNH

Nang niệu rốn có và không có biến chứng.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Người bệnh già yếu, suy kiệt, chống chỉ định phẫu thuật.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện:

Kíp phẫu thuật viên tiêu hóa và kíp bác sỹ gây mê hồi sức, kỹ thuật viên có kinh nghiệm.

2. Phương tiện: Bộ dụng cụ mổ mở đại phẫu tiêu hóa, chỉ khâu,...

3. Người bệnh:

- Các xét nghiệm cơ bản chẩn đoán.
- Siêu âm bụng hoặc CT bụng trong những trường hợp khó.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ: thủ tục hành chính, chuyên môn,...

2. Kiểm tra người bệnh: tên, tuổi, bệnh, phẫu thuật viên, bác sỹ gây mê,...

3. Thực hiện kỹ thuật: dự kiến khoảng 30 phút

1.1. Tư thế: nằm ngửa dạng hai chân, đặt sonde bàng quang.

Phẫu thuật viên đứng bên phải người bệnh, hai người phụ đứng bên đối diện

1.2. Vô cảm: gây mê nội khí quản.

1.3. Kỹ thuật:

- Rạch bụng đường trắng giữa trên dưới rốn 3 cm
- Cắt và khoét bỏ nang niệu rốn
- Khâu buộc đường rò (dây chằng rốn)
- Kiểm tra cầm máu
- Đóng bụng.

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

1.1. Theo dõi: Theo dõi như mọi trường hợp phẫu thuật đường tiêu hóa nói chung.

1.2. Tai biến và xử trí

- Chảy máu: chảy máu trong ổ bụng, cần theo dõi sát, cần thiết phải phẫu thuật lại ngay.

- Tắc ruột sau mổ: kiểm tra xem do dẫn ruột cơ năng hay tắc ruột cơ học. Nếu do nguyên nhân cơ học phải mổ kiểm tra và xử lý nguyên nhân.

- Áp xe hoặc viêm phúc mạc do rò, bục miệng nối: điều trị nội hoặc phẫu thuật lại tùy thuộc mức độ của biến chứng.

PHẪU THUẬT KHÂU THÙNG CƠ HOÀNH DO VẾT THƯƠNG

I. ĐẠI CƯƠNG

Thùng cơ hoành là tổn thương mất toàn vẹn của cơ hoành do vết thương ngực - bụng.

Đường vào của vết thương có thể từ ngực hoặc bụng.

Tác nhân gây vết thương thường là hỏa khí hoặc bạch khí.

+ Qua chỗ rách cơ hoành, các tạng trong ổ bụng có thể chui lên lồng ngực ngay sau tai nạn hoặc sau một thời gian, gây nên thoát vị cơ hoành, nếu tổn thương ở bên phải thường không có thoát vị do có gan phải che chắn.

+ Vì thùng cơ hoành do vết thương ngực bụng nên nó thường kèm theo nhiều tổn thương khác ở ổ bụng và lồng ngực.

II. CHỈ ĐỊNH

Cơ hoành bị thùng do vết thương thấu bụng, sau tai biến của phẫu thuật khác

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Không có chống chỉ định

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện quy trình kỹ thuật: phẫu thuật viên ngoại chung / tiêu hóa / tim mạch - lồng ngực, và bác sĩ gây mê hồi sức.

2. Người bệnh

- Các xét nghiệm cơ bản: công thức máu, sinh hóa, chụp phổi.
- Đặt đường truyền tĩnh mạch, sonde dạ dày, sonde bàng quang.

3. Phương tiện

- Dụng cụ phẫu thuật cơ bản: pince, kéo, cặp kim, ống hút, rửa...
- Bàn mổ phải đáp ứng được việc thay đổi tư thế đầu cao hay thấp, nghiêng phải hay trái tùy theo yêu cầu khi mổ.
- Bộ mổ mở tiêu hóa, lồng ngực.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Tư thế: Người bệnh nằm ngửa, có thể kê gối độn dưới lưng ngang mũi ức.

2. Vô cảm: Gây mê toàn thân, đặt nội khí quản.

3. Vị trí kẹp mổ: Phẫu thuật viên đứng bên đối diện với bên cơ hoành tổn thương, người phụ đứng khác bên với phẫu thuật viên. Dụng cụ viên đứng cùng phía phẫu thuật viên.

4. Đường mổ:

- Mở bụng đường trắng trên rốn, khi cần thiết có thể kéo dài xuống dưới rốn hoặc mở thêm đường ngang sang bên phải trong trường hợp phải xử lý chấn thương gan phải kèm theo.

5. Kiểm tra ổ bụng:

- Dịch ổ bụng: Quan sát đánh giá số lượng, màu sắc, tính chất của dịch ổ bụng, xác định dịch máu, dịch tiêu hóa hay dịch mật, mủ, nước tiểu...số lượng dịch, khi dịch máu nhiều có nghĩa là thương tổn lớn, cần nhanh chóng xác định mức độ thương tổn tương xứng và không nên kéo dài việc thăm dò nhất là khi huyết động không ổn định.

- Tầng trên mạc treo đại tràng ngang: Cần đánh giá gan, lách, hậu cung mạc nối, thân, đuôi tụy.

- Tầng dưới mạc treo đại tràng ngang: Kiểm tra đại tràng ngang, đoạn đầu của ruột non, quan sát dọc 2 rãnh đại tràng, hút dịch đánh giá được đại tràng lên và đại tràng xuống, xích ma. Kiểm tra ruột non và mạc treo từ góc hồi manh tràng trở lên. Đánh giá bàng quang, máu tụ sau phúc mạc, tử cung, phần phụ (ở nữ).

6. Xử trí tổn thương cơ hoành

- Với tạng thoát vị: Đưa trở lại ổ bụng, thái độ xử trí tùy thuộc sức sống của mô tạng thoát vị.

- Kiểm tra khoang màng phổi, phổi cùng bên qua chỗ vỡ cơ hoành, xử lý tổn thương nhu mô phổi nếu có, rửa màng phổi nếu có dịch mủ, dịch tiêu hóa, giả mạc, máu cục.

- Đặt dẫn lưu màng phổi cùng bên tổn thương vị trí khoang liên sườn V, đường nách giữa, xử lý vết thương thành ngực nếu có.

- Bộc lộ mép vết thương cơ hoành, cắt lọc.

- Khâu cơ hoành 1 lớp khâu vát hoặc mũi rời chỉ không tiêu, số 0.

- Đặt dẫn lưu tùy vị trí cơ hoành và các tạng tổn thương.

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

1. Theo dõi:

- Như mọi trường hợp phẫu thuật đường tiêu hóa, lồng ngực nói chung

- Sau phẫu thuật điều trị kháng sinh 5 - 7 ngày

- Theo dõi dịch, khí qua dẫn lưu màng phổi; dẫn lưu ổ bụng

2. Tai biến và xử trí:

2.1. Trước và trong phẫu thuật: shock nhiễm trùng, suy hô hấp, chèn ép tim do chẩn đoán muộn: hạn chế thay đổi tư thế người bệnh, nhanh chóng giải phóng khoang màng phổi, khi cần phải đặt dẫn lưu màng phổi trước, phối hợp với bác sĩ gây mê vừa mổ vừa hồi sức.

2.2. Sau phẫu thuật:

- Dò khí, chảy máu màng phổi: thái độ xử trí tùy thuộc số lượng máu, khí ra dẫn lưu.

- Dò tiêu hóa: số lượng ít: theo dõi điều trị nội.

- Dò số lượng nhiều, áp xe trong ổ bụng, viêm phúc mạc: mổ đánh giá lại tổn thương. tạng, thái độ xử trí phụ thuộc tính chất, mức độ tổn thương.

PHẪU THUẬT KHÂU VỠ CƠ HOÀNH

I. ĐẠI CƯƠNG

Vỡ cơ hoành là tổn thương mất toàn vẹn của cơ hoành, gặp trong chấn thương bụng kín, thường là một chấn thương mạnh làm áp lực ổ bụng tăng cao đột ngột, vòm hoành bị căng lên và vỡ. Thường thấy vỡ cơ hoành bên trái, cơ hoành bên phải ít bị vỡ do được gan che chở. Chấn thương ngực kín cũng có thể gây vỡ cơ hoành nhưng ít gặp hơn.

+ Qua chỗ rách cơ hoành, các tạng trong ổ bụng có thể chui lên lồng ngực ngay sau chấn thương hoặc sau chấn thương một thời gian, gây nên thoát vị cơ hoành do chấn thương.

+ Vì rách cơ hoành thường xảy ra do một chấn thương mạnh nên nó thường kèm theo nhiều tổn thương khác ở ổ bụng và lồng ngực, làm cho việc chẩn đoán và điều trị gặp nhiều khó khăn.

II. CHỈ ĐỊNH

Cơ hoành bị thủng, rách, vỡ do chấn thương, vết thương thấu bụng, sau tai biến của phẫu thuật khác.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Không có chống chỉ định

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện quy trình kỹ thuật: phẫu thuật viên ngoại chung / tiêu hóa/ tim mạch - lồng ngực, và bác sĩ gây mê hồi sức.

2. Phương tiện:

- Dụng cụ phẫu thuật cơ bản: pince, kéo, cặp kim, ống hút, rửa...
- Bàn mổ phải đáp ứng được việc thay đổi tư thế đầu cao hay thấp, nghiêng phải hay trái tùy theo yêu cầu khi mổ.
- Bộ mổ mở tiêu hóa, lồng ngực.

3. Người bệnh:

- Các xét nghiệm cơ bản: công thức máu, sinh hóa, chụp phổi.
- Đặt đường truyền tĩnh mạch, sonde dạ dày, sonde bàng quang.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Tư thế: Người bệnh nằm ngửa, có thể kê gối độn dưới lưng ngang mũi ức.

2. Vô cảm: Gây mê toàn thân, đặt nội khí quản.

3. Vị trí kẹp mổ: Phẫu thuật viên đứng bên đối diện với bên cơ hoành tổn thương, người phụ đứng khác bên với phẫu thuật viên. Dụng cụ viên đứng cùng phía phẫu thuật viên.

4. Đường mổ: Mở bụng đường trắng trên rốn, khi cần thiết có thể kéo dài xuống dưới rốn hoặc mở thêm đường ngang sang bên phải trong trường hợp phải xử lý chấn thương gan phải kèm theo.

5. Kiểm tra ổ bụng:

- Dịch ổ bụng: Quan sát đánh giá số lượng, màu sắc, tính chất của dịch ổ bụng, xác định dịch máu, dịch tiêu hóa hay dịch mật, mủ, nước tiểu... số lượng dịch, khi dịch máu nhiều có nghĩa là thương tổn lớn, cần nhanh chóng xác định mức độ thương tổn tương xứng và không nên kéo dài việc thăm dò nhất là khi huyết động không ổn định.

- Tầng trên mạc treo đại tràng ngang: Cần đánh giá gan, lách, hậu cung mạc nối, thân, đuôi tụy.

- Tầng dưới mạc treo đại tràng ngang: Kiểm tra đại tràng ngang, đoạn đầu của ruột non, quan sát dọc 2 rãnh đại tràng, hút dịch đánh giá được đại tràng lên và đại tràng xuống, xích ma. Kiểm tra ruột non và mạc treo từ góc hồi manh tràng trở lên. Đánh giá bàng quang, máu tụ sau phúc mạc, tử cung, phần phụ (ở nữ).

6. Xử trí tổn thương cơ hoành:

- Với tạng thoát vị: Đưa trở lại ổ bụng, thái độ xử trí tùy thuộc sức sống của mô tạng thoát vị

- Kiểm tra khoang màng phổi, phổi cùng bên qua chỗ vỡ cơ hoành, xử lý tổn thương nhu mô phổi nếu có, rửa màng phổi nếu có dịch mủ, dịch tiêu hóa, giả mạc, máu cục

- Đặt dẫn lưu màng phổi cùng bên tổn thương vị trí khoang liên sườn V, đường nách giữa.

- Bộc lộ mép vết thương cơ hoành, cắt lọc.

- Khâu cơ hoành 1 lớp khâu vát hoặc mũi rời chỉ không tiêu, số 0

- Đặt dẫn lưu tùy vị trí cơ hoành và các tạng tổn thương

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

1. Theo dõi:

- Như mọi trường hợp phẫu thuật đường tiêu hóa, lồng ngực nói chung

- Sau phẫu thuật điều trị kháng sinh 5 - 7 ngày

- Theo dõi dịch, khí qua dẫn lưu màng phổi; dẫn lưu ổ bụng

2. Tai biến và xử trí:

- Trước và trong phẫu thuật: shock nhiễm trùng, suy hô hấp, chèn ép tim do chẩn đoán muộn: hạn chế thay đổi tư thế người bệnh, nhanh chóng giải phóng khoang màng phổi, khi cần phải đặt dẫn lưu màng phổi trước, phối hợp với bác sĩ gây mê vừa mổ vừa hồi sức.

- Sau phẫu thuật:

+ Rò khí, chảy máu màng phổi: thái độ xử trí tùy thuộc số lượng máu, khí ra dẫn lưu.

+ Rò tiêu hóa: số lượng ít: theo dõi điều trị nội

+ Rò số lượng nhiều, áp xe trong ổ bụng, viêm phúc mạc: mổ đánh giá lại tổn thương tạng, thái độ xử trí phụ thuộc tính chất, mức độ tổn thương.

PHẪU THUẬT ĐIỀU TRỊ THOÁT VỊ KHE HOÀNH

I. ĐẠI CƯƠNG

- Thoát vị khe hoành hầu hết xảy ra ở người lớn tuổi và là thoát vị mắc phải. Thoát vị khe thực quản xảy ra ở người trẻ tuổi có thể là thoát vị bẩm sinh. Nguyên nhân của thoát vị khe thực quản là do sự suy yếu màng ngăn thực quản (thoát vị mắc phải) hay một lỗ khiếm khuyết của cơ hoành ở khe thực quản (thoát vị bẩm sinh).

- Thoát vị khe thực quản có hai loại: thoát vị kiểu trượt, trong đó tâm vị của dạ dày bị thoát vị lên lồng ngực, hay thoát vị kiểu cuộn, trong đó tâm vị vẫn ở vị trí bình thường trong khoang bụng và chỉ có đáy vị là bị thoát vị lên lồng ngực (hình 1). Ngoài ra còn có loại thoát vị hỗn hợp, kết hợp thoát vị trượt và thoát vị cuộn. 99% thoát vị khe thực quản mắc phải là thoát vị trượt.

- Phần lớn người bệnh bị thoát vị trượt không có triệu chứng gì. Phần dạ dày bị thoát vị lên cơ hoành khi người bệnh nằm hay có động tác làm tăng áp lực trong xoang bụng (ho, hắt hơi...) và trở lại xoang bụng khi người bệnh đứng. Thoát vị thể trượt, vì thế, được gọi là loại thoát vị “có thể xuống được”. Hậu quả thường gặp nhất của thoát vị trượt là hiện tượng trào ngược thực quản. 20% người bệnh bị thoát vị trượt bị viêm thực quản do trào ngược. Phần biểu mô thực quản bị viêm mãn tính do trào ngược có thể bị chuyển sản (thực quản Barrett), dị sản và cuối cùng hoá ác.

- Trong thoát vị kiểu cuộn, do khe thực quản rộng, đáy vị bị thoát vị lên lồng ngực, nằm ở phía trước và bên trái thực quản, trong khi tâm vị vẫn nằm ở

vị trí bình thường trong khoang bụng. Thoát vị kiểu cuộn, vì thế, còn được gọi là thoát vị cạnh thực quản.

- Người bệnh bị thoát vị cạnh thực quản không có biểu hiện trào ngược thực quản, nhưng phần dạ dày bị thoát vị thường không thể xuống bụng. Thoát vị cạnh thực quản, vì thế, được gọi là thoát vị “không xuống được”.

- Khi khe thực quản rộng ra, phần bờ cong lớn dạ dày bị thoát vị càng lớn. Quá trình này làm cho dạ dày bị xoay ngược chiều kim đồng hồ. Khi toàn bộ bờ cong lớn dạ dày bị thoát vị (kèm theo là mạc nối lớn), môn vị bị kéo lên nằm sát tâm vị, dạ dày sẽ bị xoắn. Xoắn dạ dày trong thoát vị khe thực quản là xoắn dạ dày thứ phát. Dạ dày bị xoắn thứ phát sẽ nằm trong lồng ngực.

- Cần phân biệt xoắn dạ dày thứ phát với xoắn dạ dày nguyên phát. Xoắn dạ dày nguyên phát không kèm theo thoát vị khe thực quản và dạ dày bị xoắn nằm trong khoang bụng, dưới cơ hoành (cơ hoành bình thường).

- Nguy cơ lớn nhất của thoát vị cạnh thực quản là nghẹt, dẫn đến hoại tử phần dạ dày bị thoát vị.

- Các yếu tố thuận lợi của thoát vị khe thực quản mắc phải:

+ Cơ (bao gồm cả cơ hoành, trong đó có hai trụ cơ hoành) bị yếu và giảm tính đàn hồi (thoát vị mắc phải ở người già).

+ Khiếm khuyết khe thực quản (thoát vị bẩm sinh ở người trẻ).

+ Tăng áp lực trong khoang bụng (cổ trướng, phụ nữ, người béo phì, người bị táo bón mãn tính...).

+ Viêm thực quản mãn tính (làm xơ hoá lớp cơ dọc, dẫn đến thực quản bị rút ngắn)...

+ Thoát vị khe thực quản thường gặp ở phụ nữ và người trên 40 tuổi. Tần suất mắc bệnh càng cao khi tuổi càng lớn. Chỉ 10% người bệnh bị thoát vị khe thực quản ở độ tuổi dưới 40, trong khi đó 70% người bệnh trên 70 tuổi.

+ Hậu quả và biến chứng của thoát vị khe thực quản thể trượt (hình 2):

+ Viêm thực quản, bào mòn thực quản (loét Cameron), loét thực quản.

+ Chảy máu từ các sang thương viêm hay loét thực quản. Máu thường chảy rỉ rả. Chảy máu ồ ạt hiếm khi xảy ra.

II. CHẨN ĐOÁN

2.1. Lâm sàng

- Đau thượng vị, đau ngay sau xương ức.

- Nóng rát sau xương ức (cảm giác “đau cháy sau tim”)

- Đầy hơi, khó tiêu

- Nôn, nôn máu

- Đau ngực, khó thở
- Có thể có biểu hiện thiếu máu nhẹ, toàn trạng béo phì ...
- Khi xảy ra biến chứng hoại tử bờ cong lớn dạ dày, biểu hiện lâm sàng của người bệnh là một hội chứng viêm phúc mạc do thủng tạng rỗng.

Cần chẩn đoán phân biệt với:

- Viêm dạ dày, loét dạ dày-tá tràng.
- Viêm tụy
- Cơ đau quặn mật
- Cơ đau thắt ngực
- Tràn khí màng phổi
- Tắc ruột
- Thủng tạng rỗng...

2.2. Cận lâm sàng

- X-quang ngực thẳng: thấy hình ảnh các khối mờ lớn có mức nước hơi, biểu hiện của hơi và dịch vị bị ứ đọng trong phần dạ dày bị nghẹt.

- Chụp lưu thông thực quản-dạ dày: thấy hình ảnh của một túi cản quang nằm lân cận thực quản. Nếu chụp đôi quang kép, hình ảnh nếp niêm mạc dạ dày sẽ hiện diện trong túi cản quang này. Dấu hiệu này giúp chẩn đoán phân biệt thoát vị khe hoành với túi thừa thực quản.

- Chụp CT ngực bụng: thấy hình ảnh thoát vị khe thực quản trên CT là một khối (có thể có mức nước hơi hay không) nằm sau tim. Khi mạc nối lớn bị thoát vị, hình ảnh trên CT là tăng khối lượng mô mỡ quanh thực quản.

- Chụp MRI: tương tự chụp CT, có thể thấy thoát vị mạc nối lớn cạnh thực quản với hình ảnh của một khối mỡ liên tục với các mạch máu và phát triển từ khoang bụng lên lồng ngực.

- Siêu âm bụng: khe thực quản giãn rộng đến 16-21 mm, chứng tỏ không phải thực quản mà là dạ dày nằm ở khe thực quản. Dấu hiệu này có độ nhạy 100% và độ đặc hiệu 90% trong chẩn đoán thoát vị khe thực quản.

- Nội soi thực quản-dạ dày: thoát vị khe thực quản có thể được chẩn đoán dễ dàng bởi nội soi thực quản-dạ dày. Trên nội soi, thoát vị khe thực quản biểu hiện bằng hình ảnh niêm mạc dạ dày nằm ở phía trên khe thực quản của cơ hoành. Hình ảnh này có thể được quan sát từ phía trên (thực quản) xuống hay từ phía dưới (dạ dày) lên. Nội soi giúp phân loại viêm loét thực quản do trào ngược:

- + Độ 1: Thực quản viêm đỏ.
- + Độ 2: Thực quản có các vết loét thẳng và không hội tụ.

+ Độ 3: Thực quản có các vết loét ngoằn ngoèo và hội tụ.

+ Độ 4: Thực quản bị chít hẹp hay thực quản Barrett.

III. CHỈ ĐỊNH

- Tất cả các trường hợp thoát vị khe hoành, cạnh thực quản.

- Các trường hợp thoát vị trượt:

+ Triệu chứng không được kiểm soát hoàn toàn bởi thuốc ức chế bơm proton, hoặc người bệnh muốn được điều trị dứt điểm trong một lần.

+ Nội soi: thực quản bị hẹp hay Barrett thực quản (độ 4).

+ Người bệnh có triệu chứng ngoài thực quản, thí dụ như triệu chứng hô hấp (ho, khò khè, sặc), triệu chứng tai mũi họng (viêm họng, khàn tiếng, viêm tai giữa), triệu chứng răng (bào mòn men răng)...

IV. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Tình trạng lâm sàng không ổn định, rối loạn thông khí phổi, tình trạng cao áp phổi, bệnh tim mạch nặng.

V. CHUẨN BỊ

1. Điều dưỡng, bác sỹ điều trị

- Đánh giá tình trạng Người bệnh trước mổ: mức độ suy hô hấp, viêm phổi, viêm đường hô hấp trên, tình trạng dinh dưỡng toàn thân, dấu hiệu mất nước, điện giải, tình trạng nhiễm trùng ...

- Điều chỉnh rối loạn điện giải, toan kiềm, phát hiện và điều trị hạ đường huyết.

- Giải thích tình trạng bệnh, cách thức phẫu thuật, tai biến và biến chứng có thể xảy ra trong và sau mổ

- Kháng sinh dự phòng, an thần...

2. Người bệnh

- Vệ sinh thân thể, làm sạch đường tiêu hóa: rửa dạ dày, thụt tháo...

- Nhịn ăn hoàn toàn trước mổ 12h.

3. Chuẩn bị dụng cụ

- Có thể thực hiện phẫu thuật nội soi hay mổ mở

- Mổ nội soi: dàn máy mổ nội soi, camera góc nhìn 30o, trocar 10mm, 5mm, kim, chỉ khâu tiêu chậm, tấm lưới nhân tạo...

- Mổ mở: bộ dụng cụ mổ bụng trung phẫu, kim, chỉ tiêu chậm, tấm lưới nhân tạo để sử dụng trong trường hợp cơ hoành có lỗ thoát vị lớn.

VI. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

Phẫu thuật điều trị thoát vị khe hoành có thể được thực hiện qua nội soi hay mổ mở. Hiện nay, phẫu thuật nội soi ngày càng được thực hiện nhiều hơn. Quá trình phẫu thuật được thực hiện qua 2 bước (nếu thoát vị trượt):

1. Phẫu thuật sửa chữa lỗ thoát vị:

- Đưa phần dạ dày bị thoát vị (và tâm vị, trong trường hợp thoát vị trượt) trở lại ổ bụng.

- Khâu đóng lỗ thoát vị (khép khe thực quản của cơ hoành). Nếu lỗ thoát vị lớn, có thể đặt mảnh ghép che lỗ thoát vị.

- Có thể cân nhắc đến việc cố định dạ dày vào thành bụng bằng cách mở dạ dày ra da tạm thời nếu người bệnh bị thoát vị cạnh thực quản.

2. Phẫu thuật chống trào ngược: Các phẫu thuật này được chia làm hai loại chính:

- Khâu cuộn hình vị quanh tâm vị (phẫu thuật Nissen, Toupet).

- Cố định tâm vị vào vùng bụng sau (phẫu thuật Hill)..

- Kết thúc cuộc mổ là đóng bụng, rút trocar.

VII. CHĂM SÓC VÀ THEO DÕI SAU MỔ

- Theo dõi tình trạng hô hấp, tim mạch.

- Tiếp tục kháng sinh tĩnh mạch 7-10 ngày.

- Bồi phụ nước, điện giải, nuôi dưỡng qua đường tĩnh mạch hoàn toàn từ 2-3 ngày, sau đó cho ăn đường miệng hoặc qua ống thông dạ dày.

- Chăm sóc vết thương mỗi ngày và cắt chỉ sau 07 ngày.

VIII. BIẾN CHỨNG VÀ XỬ TRÍ BIẾN CHỨNG

- Tràn khí màng phổi, xẹp phổi: dẫn lưu khí khoang màng phổi, thở máy.

- Nhiễm trùng phổi, nhiễm trùng huyết, nhiễm trùng tiểu...: làm kháng sinh đồ và điều trị kháng sinh.

- Thoát vị hoành tái phát (5-20%), và khoảng 30% cho các trường hợp dùng mảnh ghép nhân tạo.

KỸ THUẬT KHÂU PHỤC HỒI THÀNH BỤNG DO TOÁC VẾT MỔ

I. ĐẠI CƯƠNG

- Toác vết mổ là biến chứng sau mổ, tình trạng vết mổ thành bụng được khâu không liền lại, làm cho hai mép vết mổ cũng như phúc mạc thành bụng không dính lại với nhau như trước mổ mà toác rộng ra, làm cho các tạng trong ổ bụng chui ra ngoài qua vết mổ. Toác vết mổ có thể là một phần hoặc toàn bộ vết mổ.

- Khâu phục hồi thành bụng là phẫu thuật khâu đóng lại 2 mép vết mổ, khôi phục lại tình trạng toàn vẹn, liên tục của thành bụng tránh cho các tạng chui ra ngoài qua vết mổ và nhiễm khuẩn từ ngoài vào trong ổ bụng.

**Nguyên nhân và các yếu tố ảnh hưởng:*

- *Nhiễm khuẩn vết mổ:*

- + Trường hợp mổ các loại viêm phúc mạc
- + Trường hợp mổ các tạng như đại tràng, trực tràng...
- + Trường hợp mổ viêm ruột thừa mù
- + Trường hợp mổ không đảm bảo nguyên tắc vô trùng

- *Kỹ thuật khâu đóng bụng không đúng:* khâu không đúng lớp cân, mũi chỉ quá căng, chỉ khâu bị đứt.

- *Áp lực ổ bụng sau mổ lớn và kéo dài làm tình trạng cân cơ thành bụng quá căng*: thở máy kéo dài, bụng quá chướng do liệt ruột cơ năng sau mổ, người bệnh gắng sức ho rặn, nôn, có ổ áp xe tồn dư sau mổ...

- *Yếu tố nguy cơ của toác vết mổ thành bụng*: suy dinh dưỡng, béo phì, đang dùng thuốc ức chế miễn dịch hay corticoid, đái tháo đường, suy thận, bệnh lý ác tính hóa trị hay xạ trị...

II. CHỈ ĐỊNH

Các trường hợp sau mổ có toác vết mổ thành bụng

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Cần nhắc thực hiện kỹ thuật trong các trường hợp mất tổ chức thành bụng rộng, vết mổ còn bản và không có khả năng kéo ép vết mổ vào nhau.

IV. CHUẨN BỊ

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

2. Phương tiện:

- Găng tay vô khuẩn
- Áo vô khuẩn
- Chỉ không tiêu số 1 hoặc số 0, có thể chỉ kim loại
- Kim kẹp kim
- Panh, kẹp phẫu tích, kéo vô khuẩn
- Gạc các cỡ vô khuẩn, dung dịch sát khuẩn: betadine.

3. Người bệnh:

- Làm bilan trước mổ: Cần xác định rõ có viêm phúc mạc hay áp xe trong ổ bụng sau mổ không?

- Điều trị các bệnh lý toàn thân phối hợp.
- Bồi phụ dinh dưỡng, nước - điện giải
- Dùng kháng sinh dự phòng.
- Giải thích cho người bệnh và gia đình biết rõ bệnh.

4. Hồ sơ bệnh án:

- Hoàn thành các thủ tục hành chính theo qui định.
- Hoàn thiện đầy đủ các bước khám lâm sàng, cận lâm sàng cần thiết.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ

2. Kiểm tra người bệnh

3. Thực hiện kỹ thuật

3.1. **Vô cảm:** Gây mê nội khí quản hoặc tê tại chỗ trong các trường hợp toác vết mổ nhỏ, đơn thuần.

3.2. **Kĩ thuật:**

3.2.1. Với những trường hợp toác vết mổ đơn thuần:

- Làm sạch vết mổ: Lấy hết tổ chức giả mạc, bộc lộ cân cơ

- Khâu lại thành bụng:

- Vết mổ sạch: Khâu cân cơ bằng chỉ vicryl số 1, khoảng cách mỗi mũi khâu 1,5-2cm. Khâu da thưa.

- Vết mổ bẩn: Đóng cân cơ - da một lớp có hoặc không có cầu phao.

3.2.2. Với những trường hợp toác vết mổ có biến chứng của lần mổ trước:

- Bóc tách gỡ dính các tạng với nhau, với mép vết mổ và đưa vào trong ổ bụng. Làm xẹp ruột.

- Thăm dò ổ bụng.

- Lấy dịch, bệnh phẩm làm vi sinh, kháng sinh đồ.

- Lau rửa ổ bụng, đặt dẫn lưu, sắp xếp lại các quai ruột.

- Khâu phục hồi thành bụng bằng đóng thành bụng một lớp. Khâu một lớp đi từ da cách mép vết mổ từ 1,5 - 2cm xuyên vào tới phúc mạc của mổ mép vết mổ (gồm tất cả các lớp) và tiếp tục từ phúc mạc ra da mép vết mổ đối diện cân xứng rồi thắt chỉ.

- Phương pháp này dùng các loại chỉ không tiêu hoặc tiêu chậm số 1 hoặc số 0, có thể sử dụng cầu phao hoặc có thể sử dụng chỉ kim loại, khâu bằng các mũi rời, các mũi khâu cách nhau khoảng 2 cm.

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

1. Theo dõi

- Truyền dịch, dùng kháng sinh, giảm đau...

- Theo dõi tình trạng ổ bụng, vết mổ, dẫn lưu, toàn thân.

- Phát hiện và xử trí các biến chứng do bệnh, do phẫu thuật...

2. Xử trí tai biến

- Chảy máu thành bụng sau mổ

- Nhiễm trùng vết mổ

- Bục lại vết mổ

- Thoát vị vết mổ

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

KHÂU VẾT THƯƠNG THÀNH BỤNG

I. ĐẠI CƯƠNG

- Vết thương thành bụng là vết thương gây tổn thương cơ thành bụng nhưng không gây thủng lá phúc mạc, ổ bụng không thông thương với bên ngoài.
- Tùy vào nguyên nhân mà tổn thương thành bụng có thể sắc, gọn, sạch hay cơ thành bụng bị đung dập, bầm, có dị vật.
- Tùy thuộc vào kích thước, số lượng vết thương mà vết thương thành bụng có thể được xử lý bằng tại phòng tiểu phẫu hoặc phòng mổ.

II. CHỈ ĐỊNH

Khâu kín vết thương thành bụng trong các trường hợp vết thương gọn sạch, không còn dị vật.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Không khâu kín vết thương trong trường hợp vết thương bầm, đung dập tổ chức nhiều do hỏa khí hay do động vật cắn.
- Không khâu kín vết thương trong trường hợp chưa loại trừ vết thương thấu bụng hoặc các chấn thương khác trong ổ bụng.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện quy trình: Bác sĩ ngoại khoa

2. Phương tiện:

- Găng tay vô khuẩn, áo vô khuẩn

- Bộ dụng cụ mổ mở: panh, kìm kẹp kim, kẹp phẫu tích, kéo vô khuẩn,
- Gạc các cỡ vô khuẩn, dung dịch sát khuẩn: betadine.
- Kim chỉ: chỉ tiêu chậm số 2.0, số 0, số 1 để khâu cân cơ; chỉ khâu da (liền kim hoặc chỉ line).

3. Người bệnh:

- Được giải thích về tình trạng bệnh, các nguy cơ của phẫu thuật.
- Tiêm phòng uốn ván.
- Sử dụng kháng sinh trước mổ.

4. Hồ sơ bệnh án: Đầy đủ phần hành chính, bilan chẩn đoán.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ

2. Kiểm tra người bệnh

3. Thực hiện kỹ thuật:

3.1. Vết thương nhỏ, sạch:

- Sát khuẩn vết thương bằng dung dịch betadine, trải toan vô khuẩn.
- Vô cảm: tê tại chỗ.
- Làm sạch vết thương bằng dung dịch nước ôxy già, dung dịch NaCl 0,9% và dung dịch betadine. Lấy sạch hết tổ chức dập nát, máu cục, dị vật. Cầm máu tổ chức bằng đốt điện hoặc khâu mũi chữ X.

- Khâu lại cân cơ thành bụng bằng chỉ tiêu chậm số 0 hoặc số 1. Các mũi khâu cách nhau 1,5 - 2cm.

- Khâu da bằng chỉ không tiêu đơn sợi hoặc chỉ line 1,5 - 2cm/mũi.

3.2. Nhiều vết thương rộng: Xử lý tương tự như với vết thương nhỏ nhưng cần gây mê nội khí quản và đặt dẫn lưu tới đáy vết thương nếu cần.

3.3. Đối với các vết thương bản do hỏa khí, động vật cắn:

- Kỹ thuật tương tự như trên.
- Tuy nhiên sau khi cắt lọc, làm sạch vết thương thì để hở da.

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

1. Theo dõi:

- Thay băng hàng ngày, kiểm tra vết thương.
- Dùng kháng sinh, giảm đau, giảm phù nề. Dùng kháng sinh đường uống với vết thương nhỏ, sạch hoặc tiêm truyền với các vết thương phức tạp, bản, đa vết thương.
- Rút dẫn lưu khi không còn ra dịch, thường vào ngày thứ 2 sau mổ.

- Cắt chỉ khâu da sau mổ 7-10 ngày tùy tình trạng vết thương.

2. Xử trí tai biến:

- Chảy máu vết thương:

+ Thường do cầm máu vết thương không kỹ.

+ Tùy từng mức độ, nếu chảy máu ít chỉ cần băng ép vết thương cầm máu, nếu băng ép không cầm được máu thì cần mở lại vết thương cầm máu lại.

- Viêm tấy mủ vết thương:

+ Do vết thương bẩn hoặc còn đọng dịch viêm.

+ Thay băng, cắt chỉ cách quãng làm sạch vết thương.

+ Điều trị kháng sinh, giảm viêm sau mổ.

QUY TRÌNH PHẪU THUẬT MỞ BỤNG THĂM DÒ, LAU RỬA, ĐẶT DẪN LƯU

I. ĐẠI CƯƠNG

Thăm dò ổ bụng là thì đầu tiên để quyết định mọi can thiệp vào các tạng trong ổ bụng. Thủ thuật nhằm xác định chính xác vị trí, tính chất của tổn thương, liên quan của nó với các tạng khác, nhất là các tạng lân cận để có quyết định phẫu thuật thích hợp. Đây là một thủ thuật kinh điển, ngày nay nhờ có các tiến bộ về nội soi tiêu hóa, soi ổ bụng nên các thương tổn bệnh lý đã được xác định trước mổ tương đối đầy đủ, tuy vậy mọi quyết định cách thức phẫu thuật vẫn phải dựa trên tổn thương cụ thể được xác định qua thăm dò sau khi mở bụng, nhất là đối với vết thương thấu bụng thì thăm dò ổ bụng là bắt buộc không thể bỏ qua. Nguyên tắc của thủ thuật là phải xác định đầy đủ các thương tổn, không được bỏ sót, nhất là trong chấn thương bụng thì phải thăm dò kỹ toàn bộ ổ bụng. Những trường hợp thăm dò bệnh lý của từng tạng riêng biệt thì ta có những đường mổ tương ứng, nhưng nếu cần phải thăm dò toàn bộ ổ bụng thì tốt nhất là mở đường giữa trên và dưới rốn để có thể thăm dò rộng rãi và dễ dàng.

II. CHỈ ĐỊNH

Các trường hợp chấn thương bụng, các phẫu thuật trong ổ bụng

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Chống chỉ định trong các trường hợp người bệnh có chống chỉ định gây mê, chưa sử dụng các phương pháp chẩn đoán không xâm lấn khác.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện: Người thực hiện tiêu hóa.

2. Người bệnh:

- Hồ sơ bệnh án đầy đủ, chú ý phát hiện các bệnh phối hợp: tim mạch, huyết áp, đái đường, tiết niệu... tình trạng ruột sa, tình trạng tự chủ hậu môn.

- Được chuẩn bị như phẫu thuật thông thường, thụt sạch ngày hôm trước và sáng hôm phẫu thuật.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Thăm dò gan và đường mật ngoài gan

1.1. Đường mở bụng: Thông thường mở đường giữa trên rốn, ngoài ra còn đi đường dưới bờ sườn phải hoặc đường giữa trên rốn phối hợp mở vuông góc sang bên phải, hai đường này cắt ngang qua nhiều cơ gây thương tổn giải phẫu nặng cho thành bụng.

1.2. Thăm dò thùy phải và đường mật ngoài gan:

- Thăm dò mặt trên: Sau khi đã mở thành bụng và bóc mép vết mổ, đặt một van cho người phụ nâng bờ sườn phải lên và một van mềm đè đại tràng góc gan, tá tràng xuống dưới, chiếu đèn mổ vào vùng dưới sườn phải. Người mổ quan sát mặt trên gan bằng mắt, đồng thời dùng bàn tay luân giữa cơ hoành và vòm gan (lòng bàn tay ôm lấy mặt trên gan) để tìm thương tổn của gan. Thăm dò tổn thương mặt trên gan là khó vì gan thường áp sát với vòm hoành.

- Thăm dò mặt dưới và đường mật ngoài gan: Đặt một van vào nâng mép phải vết mổ và bờ dưới gan phải lên, một van mềm đè nhẹ tá tràng xuống dưới ta có thể nhìn thấy rõ mặt dưới gan, túi mật. Nếu đặt một van dài hơn nâng nhẹ cả túi mật và mặt dưới gan lên ta có thể thấy rõ cuống gan, gồm ống mật chủ ở phía bên phải, động mạch gan ở phía bên trái, tĩnh mạch cửa nằm phía sau hai thành phần trên.

1.3. Thăm dò thùy trái: Thùy trái của gan thăm dò thường dễ, đặt van nâng vết mổ lên đã có thể thấy được mặt trên thùy trái, dùng tay ấn nhẹ bờ dưới thùy trái xuống ta sẽ kiểm tra được toàn bộ mặt trên thùy gan trái. Kéo dạ dày xuống dưới, nâng vết mổ lên ta sẽ nhìn thấy mặt dưới thùy gan trái.

2. Thăm dò lách

Lách nằm rất sâu, sát vòm hoành trái và thành ngực sau bên nên thăm dò tương đối khó. Đặt một van kéo mép trái vết mổ sang trái, kéo dạ dày xuống dưới và sang phải, chiếu đèn mổ vào vùng lách ta có thể quan sát được cuống lách, phía trước của lách. Người mổ luân bàn tay phải sát thành bụng lên dưới vòm hoành trái lòng bàn tay ôm toàn bộ mặt ngoài của lách để tìm tổn thương.

3. Thăm dò dạ dày

- Thăm dò mặt trước dạ dày:

Mở bụng đường giữa trên rốn, banh rộng vết mổ bằng van tự giữ ta thấy ngay một phần của mặt trước dạ dày, góc bờ cong nhỏ và một phần của bờ cong lớn.

- Thăm dò phần trên của dạ dày:

Gồm có tâm vị và phần trên thân vị, đều nằm ở bên trái cột sống. Dùng một van banh vết mổ đặt ở mặt dưới gan trái nâng thùy gan trái lên và kéo mép trái của vết mổ sang trái để cho người phụ giữ. Người mổ dùng gạc lớn kéo dạ dày xuống dưới và sang phải sẽ thấy được phình vị lớn, phần đứng bờ cong nhỏ, tâm vị - thực quản, có thể nhìn hoặc sờ thấy dây thần kinh số X trái như sợi cước chạy dọc trước thực quản - tâm vị.

- Thăm dò phần dưới của dạ dày:

Gồm có mặt trước của hang vị, môn vị và hành tá tràng, các thương tổn bệnh lý như loét, ung thư dạ dày thì có khoảng 70% là ở vùng này. Vị trí của môn vị và hành tá tràng ở bên phải cột sống, sát với đầu tụy, cuống gan. Để thăm dò vùng này ta tiến hành như sau: dùng một van banh vết mổ đặt vào mặt dưới gan để nâng mặt dưới gan phải và túi mật lên đồng thời kéo mép phải của vết mổ sang bên phải, giao cho người phụ giữ. Người mổ dùng gạc lớn kéo dạ dày sang trái và xuống dưới ta sẽ thấy được:

+ Phần ngang bờ cong nhỏ, bờ cong lớn và mặt trước hang vị.

+ Môn vị và hành tá tràng, thông thường có một tĩnh mạch chạy vắt ngang phía trước môn vị.

Kiểm tra luôn cả túi mật, cuống gan, đầu tụy và các hạch ở vùng này.

Trong trường hợp ung thư dạ dày ở phụ nữ nhất thiết phải thăm dò buồng trứng hai bên xem có u hay không.

- Thăm dò mặt sau:

Mặt sau dạ dày là thành trước của hậu cung mạc nối, vì vậy muốn thăm dò mặt sau dạ dày ta phải đi vào hậu cung mạc nối. Khi thăm dò chú ý không được bỏ sót các thương tổn ở mặt sau thân vị. Để có thể bộc lộ rộng rãi mặt sau dạ dày, trong số các đường vào hậu cung mạc nối ta chỉ dùng ba đường để vào thăm dò mặt sau dạ dày sau đây: Đường qua hai lá trước của mạc nối lớn:

+ Kéo nhẹ mạc nối lớn và đại tràng ngang xuống dưới đồng thời kéo dạ dày lên trên để thấy rõ những khoảng vô mạch ở phía ngoài cung mạc bờ cong lớn của dạ dày. Chọc thủng hai lá trước của mạc nối lớn, mở rộng về hai phía, nếu có cắt phải những mạch máu nhỏ thì cầm máu kỹ, ta có một đường vào hậu cung mạc nối khá rộng rãi, bộc lộ mặt sau dạ dày để kiểm tra một cách dễ dàng.

+ Sau khi thăm dò xong phải khâu kín lại chỗ mở này. Căng đại tràng ngang, kéo toàn bộ mạc nối lớn lên phía trên để lộ rõ khe giữa đại tràng ngang và mạc nối lớn. Rạch và cắt hai lá sau của mạc nối lớn dọc theo đại tràng ngang, mở một đường khá rộng rãi vào hậu cung mạc nối để thăm dò mặt sau dạ dày.

4. Thăm dò các tạng khác

- Các tạng khác được kiểm tra tuần tự từ ruột non, đại tràng, tử cung phần phụ (ở nữ giới), ghi nhận các bất thường, xử trí các tổn thương nếu có.

- Đặt dẫn lưu bụng.

- Tùy mục đích, yêu cầu (theo dõi, điều trị, dự phòng,...) mà có thể đặt một hoặc nhiều dẫn lưu.

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

1. Theo dõi:

- Thông thường như sau các trường hợp phẫu thuật bụng khác.
- Cho ăn khi có lưu thông ruột. Tập luyện cơ tròn sau phẫu thuật.

2. Xử trí biến chứng:

- Khâu vào mạch máu gây tụ máu: kiểm tra và khâu cầm máu.
- Chảy máu từ thành bụng, do sót tổn thương: kiểm tra và cầm máu.

LẤY MẠC NỔI LỚN VÀ MẠC MỎI NHỎ

I. ĐẠI CƯƠNG

Phúc mạc thành là lá phúc mạc lót ở mặt sâu của thành bụng. Phúc mạc tạng là lá phúc mạc bao bọc mặt ngoài các tạng. Hai lá này liên tiếp với nhau tạo nên mạc treo, mạc dính và mạc chằng (là phần phúc mạc nối cơ quan với thành bụng). Mạc nối là phần phúc mạc nối hai cơ quan trong ổ bụng. Giữa hai lá của các mạc thường có mạch máu và thần kinh đi vào các tạng.

Có nguồn gốc từ vách ngang đi từ gan đến dạ dày và tá tràng, tạo thành thành trước tiền đình túi mạc nối, gồm có hai lá trước và sau, hai lá này liên tiếp ở bờ phải của nó tạo thành bờ tự do của mạc nối nhỏ bao bọc lấy cuống gan. Phía trên mạc nối nhỏ bám vào cơ hoành, rãnh dây chằng tĩnh mạch của gan và cửa gan, phía dưới bám vào thực quản, bờ cong vị nhỏ, 2 -3 cm đầu tiên của tá tràng

Do sự phát triển xuống dưới của túi mạc nối tạo thành, đi từ bờ cong vị lớn phủ lấy mặt trước quai ruột như một tạp dề, sau đó quật lên trên vòng phía trên kết tràng ngang và dính với mạc treo kết tràng ngang đi đến thành bụng sau bao bọc tá tràng, tuy tạng cuối cùng dính vào cơ hoành. Mạc nối lớn là một hàng rào ngăn cản vi trùng, thường khu trú các ổ nhiễm trùng.

II. CHỈ ĐỊNH

Các trường hợp ung thư dạ dày, ung thư buồng trứng, ung thư phúc mạc...

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Chống chỉ định trong các trường hợp người bệnh có chống chỉ định gây mê, chưa sử dụng các phương pháp chẩn đoán không xâm lấn khác.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện: Người thực hiện tiêu hóa.

2. Người bệnh:

- Hồ sơ bệnh án đầy đủ, chú ý phát hiện các bệnh phối hợp: tim mạch,
- huyết áp, đái đường, tiết niệu... tình trạng ruột sa, tình trạng tự chủ hậu môn.
- Được chuẩn bị như phẫu thuật thông thường, thụt sạch ngày hôm trước và sáng hôm phẫu thuật.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Lấy bỏ mạc nối lớn và giải phóng bờ cong lớn dạ dày

Công việc này không khó nhưng chú ý:

- Tránh tổn thương cung mạch của mạc treo đại tràng ngang.
- Bóc mạc nối lớn về phía trái không kéo căng quá để làm rách lách.
- Lấy mạc nối lớn phía bên phải khi gần tới tá tràng nên dùng kéo tách giữa mạc treo đại tràng với mạc nối lớn, tới sát môn vị. Ở đây trong lớp tổ chức lỏng lẻo sẽ thấy: nhiều hạch bạch huyết mà cần cắt bỏ, thấy gốc động mạch vị mạc nối phải, kẹp, cắt và buộc động mạch này cùng với cụm hạch còn lại sát đầu tụy. Thực hiện tốt công việc trên chúng ta đã lấy được các hạch số 4,6 và một phần nhóm số 10 (cuống lách).

2. Cắt bỏ mạc nối nhỏ và lấy hạch vùng bờ cong nhỏ dạ dày

- Trợ thủ kéo dạ dày lên trên sẽ thấy gốc động mạch vành vị. Bộc lộ động mạch buộc động mạch sát với tụy bằng chỉ Lin. Sau đó kẹp cắt và khâu cầm máu bổ sung. Ở đây sẽ thấy hạch to nằm sát ngay gốc mạch máu cần nhẹ nhàng lấy bỏ nó.

- Tiếp tục cắt mạc nối nhỏ tới tâm vị rồi bóc mạc nối này từ phía tâm vị dọc bờ cong bé xuống quá vị trí dự định đường cắt dạ dày sẽ đi qua. Như vậy phần bờ cong bé để lại không có mạc nối nhỏ, để lộ lớp cơ, cần khâu vùi lại bằng một vài mũi chỉ Lin. Sau thủ thuật này ta đã lấy được hạch số 1,3,7,8, 9.

- Tiếp tục kiểm tra và lấy hạch bạch huyết còn lại.

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

1. Theo dõi :

- Thông thường như sau các trường hợp phẫu thuật bụng khác.
- Cho ăn khi có lưu thông ruột. Tập luyện cơ tròn sau phẫu thuật.

2. Xử trí biến chứng :

- Khâu vào mạch máu gây tụ máu: kiểm tra và khâu cầm máu.
- Chảy máu từ thành bụng, do sót tổn thương: kiểm tra và cầm máu.

PHẪU THUẬT LẤY TOÀN BỘ TRĨ VÒNG

I. ĐẠI CƯƠNG

- Trĩ vòng là trĩ chiếm hết vòng hậu môn.
- Có nhiều phương pháp phẫu thuật cắt toàn bộ trĩ vòng chủ yếu là phẫu thuật Whitehead, phẫu thuật Toupet, phẫu thuật Longo. Ngoài ra có thể áp dụng phương pháp phẫu thuật Milligan- Morgan, phẫu thuật Ferguson hoặc triệt mạch treo trĩ.

II. CHỈ ĐỊNH

Trĩ vòng độ 3, độ 4.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Trĩ vòng đang có viêm nhiễm 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 50cm x 30cm).

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 mê 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.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. **Tư thế:** (Xem bài nguyên tắc chung phẫu thuật vùng hậu môn - trực tràng).

2. **Vô cảm:** (Xem bài nguyên tắc chung phẫu thuật vùng hậu môn - trực tràng).

3. Kỹ thuật:

3.1. *Phẫu thuật Whitehead (Anh- 1882):*

Lấy toàn bộ búi trĩ và niêm mạc ống hậu môn bằng 4 đường rạch dọc theo trục hậu môn. Sau đó khâu nối niêm mạc trực tràng với da rìa hậu môn.

Hiện nay ít sử dụng vì có nhiều biến chứng: đại tiện không tự chủ, sẹo chít hẹp hậu môn, sa niêm mạc trực tràng... Để hạn chế các biến chứng này cần cắt hết trĩ, khâu nối niêm mạc trực tràng với da rìa hậu môn cao hơn để đường khâu nằm trong ống hậu môn, không gây lộ niêm mạc trực tràng.

3.2. *Phẫu thuật Toupet (Pháp - 1965):*

Về nguyên tắc giống phẫu thuật Whitehead nhưng khác ở điểm là phẫu tích bắt đầu từ đường lược để bảo tồn niêm mạc ống hậu môn.

3.3. *Phẫu thuật Longo (Ý - 1983):* Xem bài phẫu thuật Longo.

3.4. *Một số phương pháp khác có thể áp dụng:*

- Triệt mạch trĩ: thường áp dụng cho trĩ vòng nhỏ.

- Phẫu thuật Milligan-Morgan hoặc phẫu thuật Ferguson (xem bài phẫu thuật Milligan- Morgan và Ferguson): Lưu ý, nếu cầu da - niêm mạc dài thì cần cắt ngắn cầu da- niêm mạc và khâu nối lại.

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

1. Theo dõi:

- Thường cho kháng sinh toàn thân 5 ngày, dùng giảm đau loại Paracetamol và morphin nếu cần thiết. 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. Trong một số trường hợp đặc biệt, để tránh nguy cơ nhiễm trùng, có thể cho Người bệnh nhịn ăn, nuôi dưỡng tĩnh mạch, gây táo bón bằng Imodium trong 2-5 ngày.

- Săn sóc tại chỗ: giữ sạch vết mổ (sau đại tiện rửa sạch hậu môn, thấm khô). Có thể đặt viên đạn trĩ vào hậu môn. Thay băng vết mổ hàng ngày.

2. Xử trí tai biến:

- Đau: Dùng thuốc giảm đau loại Paracetamol.

- Chảy máu: Ít gặp, thường đại tiện lần đầu dính ít máu. Nếu mức độ chảy máu nhiều không tự cầm, cần kiểm tra lại vết mổ để cầm máu.

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

- Mất tự chủ hậu môn: Ít gặp.

- Nhiễm trùng, tụ dịch vết mổ: Thay băng, nặn dịch vết mổ.

- Hẹp ống hậu môn: Ít gặp

PHẪU THUẬT LONGO

I. ĐẠI CƯƠNG

Phẫu thuật được đề nghị và thực hiện lần đầu tiên bởi bác sỹ Antonio Longo - người Ý, năm 1983.

Phẫu thuật cắt bỏ một khoang niêm mạc trực tràng trên đường lược khoảng 1 - 1,5cm, có tác dụng cố định búi trĩ bị sa và giảm nguồn máu tới búi trĩ. Do vậy có tác dụng điều trị bệnh trĩ.

II. CHỈ ĐỊNH

- Trĩ độ 3, độ 4, sa trĩ tắc mạch.
- Trĩ đã được điều trị bằng các phương pháp khác thất bại còn sa và chảy máu.

III. 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-tàng 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 50cm x 30cm).

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.

IV. 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.

3. Kỹ thuật:

- Bước 1: Nong hậu môn, đánh giá tình trạng bệnh trĩ.

- Bước 2: Đặt van hậu môn.

- Bước 3: Khâu vòng niêm mạc, chỉ prolene 2.0, trên đường lược 2,5cm, bắt đầu từ vị trí 3h. Độ sâu mũi khâu tới lớp dưới niêm mạc trực tràng.

- Bước 4: Đặt đầu máy trên vòng khâu, xiết vòng chỉ khâu và buộc nút chỉ. Dùng que chuyên dụng móc 2 đầu sợi chỉ và thắt nút.

- Bước 5: Đóng máy từ từ tới vạch đánh dấu. Kiểm tra vách âm đạo không nằm trong đường cắt (Người bệnh nữ). Giữ khoảng 1 phút để ép mô sẽ cắt.

- Bước 6: Bấm máy, giữ khoảng 2 phút.

- Bước 7: Tháo máy, thường mở 2 vòng xoay, quay máy 90 độ sang phải và trái để mô cắt rời ra hoàn toàn.

- Bước 8: Kiểm tra vòng cắt trên máy và miệng nối. Nếu còn chảy máu khâu mũi chữ X vicryl 3.0. Không đốt điện để cầm máu tránh gây bỏng hoại tử thứ phát về sau. Có thể phối hợp cắt da thừa, u nhú, lấy máu cục khi trĩ tắc mạch.

V. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

1. Theo dõi:

- Thường cho kháng sinh 5 ngày loại Metronidazol, dùng giảm đau loại Paracetamol nếu cần thiết. 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). Không cần đặt viên đạn trĩ vào hậu môn.

2. Xử trí tai biến:

- Chảy máu thường đại tiện lần đầu dính ít máu. Nếu mức độ chảy máu ít thì băng ép cầm máu, nếu mức độ chảy máu nhiều không tự cầm, cần kiểm tra lại vết mổ để cầm máu.

- 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 tự chủ hậu môn: Ít gặp.

ĐÓNG RÒ TRỰC TRÀNG - BÀNG QUANG

I. ĐẠI CƯƠNG

- Định nghĩa: Rò trực tràng - bàng quang là một thông thương bất thường giữa trực tràng với bàng quang, khí và phân từ trực tràng sẽ rò sang bàng quang, ngược lại nước tiểu chảy qua lỗ hậu môn.

- Nguyên nhân: Rò trực tràng - bàng quang có thể là hậu quả của:

+ Chấn thương trong sản khoa.

+ Bệnh Crohn hoặc các bệnh viêm ruột khác.

+ Ung thư hoặc sau xạ trị bệnh lý vùng tiểu khung.

+ Biến chứng sau p thuật liên quan đến âm đạo, tầng sinh môn, trực tràng, hậu môn...

II. CHỈ ĐỊNH

- Một số rò trực tràng - bàng quang có thể từ liền bằng cách đặt sonde bàng quang, điều trị kháng sinh, giảm nề...nhưng hầu hết cần phải điều trị bằng phẫu thuật.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Đường rò mũn nát, viêm nhiễm nặng...

- Rò do bệnh Crohn, lao...tiến triển.

- Toàn trạng người bệnh nặng (suy tim, phổi, sóc,..) không cho phép phẫu thuật.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện: Phẫu thuật viên tiêu hoá hoặc và phối hợp phẫu thuật viên chuyên khoa tiết niệu.

2. Người bệnh:

- Hồ sơ bệnh án đầy đủ với các xét nghiệm cơ bản về máu và nước tiểu,..cho phép phẫu thuật.

- Được chẩn đoán dựa trên triệu chứng lâm sàng (có rò phân và khí qua bàng quang, nước tiểu chảy qua lỗ hậu môn), chụp chụp cản quang bàng quang - trực tràng, kiểm tra bằng chất nhuộm xanh, nội soi bàng quang, cắt lớp vi tính, cộng hưởng từ, siêu âm nội soi,...

- Được làm các xét nghiệm khác để chẩn đoán nguyên nhân như nội soi đại trực tràng và sinh thiết trong bệnh Crohn...

- Người bệnh được chuẩn bị đại tràng sạch trước mổ bằng thuốc tẩy ruột (fortrans,...), thụt tháo bằng nước. Sử dụng kháng sinh, truyền dịch dinh dưỡng nếu cần thiết.

3. Phương tiện: Bộ dụng cụ trung hoặc đại phẫu tùy thuộc mức độ phức tạp của lỗ rò.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Tư thế: Tư thế phụ khoa

2. Vô cảm: Tê tuỷ sống hoặc mê nội khí quản.

3. Kỹ thuật:

- Mở bụng đường trắng giữa dưới rốn.

- Phẫu tích vào túi cùng douglas, bóc tách trực tràng ra khỏi thành sau bàng quang, tìm đường rò.

- Thì bàng quang: Cắt lọc lỗ rò, khâu lại 2 lớp: Niêm mạc khâu vắt, thanh cơ mũi rời.

Nếu lỗ rò mũn, rộng, bàng quang viêm nhiễm thì phải dẫn lưu bàng quang phối hợp.

- Thì trực tràng: Cắt lọc lỗ rò, khâu lại 2 lớp niêm mạc và thanh cơ. Nếu lỗ rò to, mũn thì cắt đoạn trực tràng có lỗ rò. Đại tràng chuẩn bị chưa tốt, trực tràng thành viêm dày, mũn,...phải làm hậu môn nhân tạo bảo vệ.

VI. CHĂM SÓC, THEO DÕI

- Theo dõi như mọi trường hợp phẫu thuật đường tiêu hoá, tiết niệu nói chung.

- Dùng kháng sinh metronidazole, kháng sinh đường tiết niệu như quinolon hoặc phối hợp thêm 1 loại kháng sinh khác trong 7 ngày.

- Nuôi dưỡng đường tĩnh mạch.

- Lưu sonde tiểu 7 ngày, cấy nước tiểu khi có nghi ngờ nhiễm khuẩn tiết niệu.

VII. XỬ TRÍ TAI BIẾN VÀ BIẾN CHỨNG

- Chảy máu trong ổ bụng: Phải mổ lại khâu cầm máu.

- Áp xe, viêm phúc mạc do bọc chỗ khâu, bọc miệng nối mổ lại làm sạch ổ bụng, dẫn lưu áp xe, làm hậu môn nhân tạo.
- Viêm phúc mạc nước tiểu do bọc chỗ khâu bàng quang: Khâu lại, dẫn lưu bàng quang.
- Tắc ruột: Nếu điều trị nội thất bại (dinh dưỡng đường tĩnh mạch, bồi phụ nước điện giải, hút sonde dạ dày...) thất bại thì phải mổ lại giải quyết nguyên nhân.

PHẪU THUẬT LONGO KẾT HỢP VỚI KHÂU TREO TRĨ

I. ĐẠI CƯƠNG

Phẫu thuật được đề nghị và thực hiện lần đầu tiên bởi bác sỹ Antonio Longo - người Ý, năm 1983. Phẫu thuật cắt bỏ một khoang niêm mạc trực tràng trên đường lược khoảng 1- 1,5cm, có tác dụng cố định búi trĩ bị sa và giảm nguồn máu tới búi trĩ. Do vậy có tác dụng điều trị bệnh trĩ.

Trong một số trường hợp sau khi tháo máy Longo, búi trĩ còn sa có thể sử dụng phương pháp khâu treo trĩ kết hợp.

II. CHỈ ĐỊNH

- Trĩ độ 3, độ 4.
- Trĩ đã được điều trị bằng các phương pháp khác thất bại còn sa và chảy máu.

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 50cm x 30cm).

3. Người bệnh:

Giải thích cho người bệnh và gia đình biết rõ tình trạng bệnh tại chỗ và tình trạng chung của người bệnh, về khả năng phẫu thuật sẽ thực hiện, về các tai

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

Giải đáp những khúc mắc của người bệnh về bệnh tật, về phẫu thuật,...trong phạm vi cho phép.

+ *Tối hôm trước ngày phẫu thuật:*

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

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

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

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

4. Hồ sơ bệnh án

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

- Hoàn thiện đầy đủ các bước khám lâm sàng, cận lâm sàng cần thiết để có chẩn đoán xác định bệnh (tùy thuộc các phương tiện, cơ sở y tế). Đánh giá tình trạng toàn thân như tuổi, cơ địa, những bệnh mãn tính nặng phối hợp có ảnh hưởng tới cuộc phẫu thuật, trong thời kỳ hậu phẫu. Đánh giá khả năng phẫu thuật để chuẩn bị cho cuộc mổ diễn ra an toàn và hiệu quả nhất.

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

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Tư thế: 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.

3. Kỹ thuật:

- Xem bài phẫu thuật cắt trĩ phương pháp Longo.

- Khâu treo búi trĩ: tùy theo búi trĩ còn sa mà sử dụng phương pháp khâu treo búi trĩ bằng mũi khâu chữ X, chỉ vicyl 2/0.

- Có thể phối hợp cắt da thừa, u nhú, lấy máu cục khi búi trĩ tắc mạch.

VI. THEO DÕI

1. Theo dõi:

- Thường cho kháng sinh 5 ngày loại Metronidazol, dùng giảm đau loại Paracetamol nếu cần thiết. 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). Không cần đặt viên đạn trĩ vào hậu môn.

2. Xử trí tai biến:

- Chảy máu: Thường đại tiện lần đầu dính ít máu. Nếu chảy máu ít có thể băng ép cầm máu, nếu chảy máu nhiều phải kiểm tra vết mổ để khâu cầm máu.

- Đau: Dùng thuốc giảm đau loại Paracetamol.

- Bí đái: Thường gặp sau gây tê tủy sống, nếu cần thiết phải đặt sonde bàng quang.

- Mất tự chủ hậu môn: Ít gặp.

PHẪU THUẬT KHÂU TREO VÀ TRIỆT MẠCH TRĨ (THD)

I. ĐẠI CƯƠNG

Khâu treo triệt mạch trĩ dựa trên nguyên tắc làm giảm lưu lượng máu đến búi trĩ để thu nhỏ thể tích khối trĩ và treo búi trĩ lên ống hậu môn bằng các mũi khâu tay khâu xếp nếp niêm mạc trên đường lược 2-3 cm. Phương pháp phẫu thuật khâu treo kém hiệu quả đối với trĩ hỗn hợp có thành phần trĩ ngoại phình giãn quá lớn so với thành phần trĩ nội.

THD (Transanal Hemorrhoidal Dearterilization) là phương pháp phẫu thuật khâu thắt động mạch trĩ và khâu treo búi trĩ dưới hướng dẫn của đầu dò siêu âm Doppler. Phương pháp này đã được áp dụng lần đầu tiên năm 1995 do bác sỹ Morinaga người Nhật. THD là phương pháp phẫu thuật tiên tiến, không đau, hiệu quả, đơn giản, ít tai biến, hậu phẫu đơn giản, thời gian nằm viện ngắn và chi phí thấp. Đến nay THD đã được áp dụng rộng rãi và đã được áp dụng tại Việt Nam.

II. CHỈ ĐỊNH

- Trĩ nội độ 3, độ 4, trĩ vòng.
- Trĩ đã được điều trị bằng các phương pháp khác thất bại còn sa và chảy máu.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Trĩ hỗn hợp mà thành phần trĩ ngoại to dẫn nở, trĩ huyết khối tắc mạch, trĩ ngoại phình to.
- Hậu môn viêm nhiễm.
- Hẹp hậu môn, không đặt được ống nong hậu môn.
- Bệnh rối loạn về đông máu, bệnh toàn thân ở giai đoạn cấp, suy giảm miễn dịch HIV dương tính; chỉ điều trị trĩ khi các bệnh phối hợp đã ổn định.

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:

Máy THD: Máy triệt mạch trĩ với đầu dò siêu âm Doppler mạch.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. **Tư thế:** (xem bài nguyên tắc chung phẫu thuật vùng hậu môn - trực tràng)

2. **Vô cảm:** (xem bài nguyên tắc chung phẫu thuật vùng hậu môn - trực tràng)

3. Kỹ thuật

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

3.2. Khâu treo triệt mạch từng búi trĩ: Thường bắt đầu ở búi 3h.

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

Nếu sử dụng máy THD, dùng đầu dò Doppler giúp xác định vị trí bó mạch trước khi khâu và kiểm tra tính chất triệt mạch sau khi khâu treo.

Nguyên tắc chung là khâu chữ X hoặc chữ I chỉ lấy lớp niêm mạc và lớp dưới niêm, nhằm triệt mạch máu đến cung cấp cho các đám rối trĩ và điều trị được phần niêm mạc bị sa trượt ra ngoài. Mũi khâu cách đường lược 1,5 - 2 cm, sâu đến lớp dưới niêm mạc và có thể lấy một phần cơ thắt trong, sau đó khâu tăng cường vào các khoảng giữa của các mũi chính, thường khoảng 8 mũi. Mũi khâu cuối trên đường lược 5 mm (vùng không đau). Sau khi kết thúc các mũi khâu vòng, phần thừa của niêm mạc trực tràng và ống hậu môn phía trên được khâu cột vào nếp khâu phía dưới để giúp kéo các búi trĩ vào sâu trong ống hậu môn hơn.

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

Sau khi khâu treo triệt mạch 3 búi trĩ chính, kiểm tra lại các vị trí khâu, cầm máu bằng đốt điện hoặc khâu nếu cần. Nếu sử dụng máy THD có đầu dò Doppler, dùng đầu dò xác định vị trí bó mạch trước khi khâu và kiểm tra tính chất triệt mạch sau khi khâu treo.

3.4. Có thể cắt sửa da thừa hậu môn tối thiểu.

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

VI. THEO DÕI

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

- Thường cho kháng sinh, thuốc giảm đau 3 - 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 độn phân trong trực tràng gây kích thích đại tiện, gây đau kéo dài. Thuốc trị trĩ: Daflon 0,5g.

- Chế độ ăn: Bắt đầu ăn trở lại sau mổ 6 giờ. Ngày đầu: ăn lỏng dễ tiêu. Những ngày sau ăn chế độ ăn nhuận tràng.

- Săn sóc tại chỗ: Thường đặt viên đạn trĩ vào hậu môn 1 viên/ngày. Hàng ngày ngâm rửa hậu môn vào chậu nước ấm pha thuốc tím hoặc dung dịch sát trùng nhẹ 2 - 3 lần/ngày. Không nhét gạc hậu môn và không cần chăm sóc vết mổ hàng ngày. Có thể ra viện vào ngày hôm sau mổ.

VII. XỬ TRÍ BIẾN CHỨNG

Phẫu thuật khâu treo triệt mạch trĩ 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 kết hợp ngâm hậu môn nước ấm.

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

BÓC U XƠ, CƠ...TRỰC TRÀNG ĐƯỜNG Ổ BỤNG

I. ĐẠI CƯƠNG

U xơ, cơ...thường là các khối u lành tính của trực tràng, nằm trong tổ chức liên kết thành trực tràng.. Chiếm tỉ lệ nhỏ trong các khối u của trực tràng (trên 95 % là u biểu mô tuyến của trực tràng).

II. CHỈ ĐỊNH

- Các khối u xơ, cơ, thần kinh,... của trực tràng ở 1/3 giữa trở lên.
- Những khối u ở trực tràng thấp nhưng kích thước lớn (thường > 4cm), không di động, thăm trực tràng không sờ thấy cục trên u, phẫu thuật đường tầng sinh môn đơn thuần không lấy được toàn bộ u phải phẫu thuật đường bụng hoặc phối hợp đường bụng.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Ung thư biểu mô tuyến của trực tràng.
- Thể trạng người bệnh quá yếu, cần hồi sức tích cực trước phẫu thuật.
- Người bệnh già yếu, có các bệnh nặng phối hợp như suy tim, phổi,...
- Ung thư đã di căn xa đặc biệt là phúc mạc.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện: Phẫu thuật viên tiêu hóa.

2. Người bệnh:

- Hồ sơ bệnh án đầy đủ với các kết quả xét nghiệm cơ bản (công thức máu, sinh hóa máu, đông máu, nước tiểu...) cho phép phẫu thuật.
- Chụp khung đại tràng, nội soi đại tràng và sinh thiết.
- Nếu nghi ngờ có thâm nhiễm hay rò vào các cơ quan khác cần xác minh rõ ràng bằng chụp cắt lớp, cộng hưởng từ, siêu âm nội soi...
- Chuẩn bị đại tràng sạch bằng thuốc tẩy (fortrans,...), thực thao theo quy định.

- Nâng cao thể trạng người bệnh trước phẫu thuật bằng truyền dịch nuôi dưỡng,...Kháng sinh dự phòng.

3. Phương tiện: Bộ phẫu thuật đại phẫu.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Tư thế: Phụ khoa.

2. Vô cảm: Gây mê toàn thân...

3. Kỹ thuật:

- Rạch da đường thẳng giữa dưới rốn, có thể kéo dài lên trên rốn.
- Thăm dò đánh giá tổn thương và toàn bộ ổ bụng.
- Mở trực tiếp vào khối u, sinh thiết tức thì nếu có thể.
- Phẫu tích bóc khối u ra khỏi thành trực tràng, tránh làm thủng niêm mạc trực tràng.

- Kiểm tra kỹ xem có thủng thành trực tràng hay không bằng quan sát hoặc bơm hơi qua hậu môn làm căng trực tràng chỗ bóc u và để chìm trong nước, nếu thủng sẽ thấy hơi xì ra làm nổi bong bóng (như thử săm xe đạp).

- Khâu lại chỗ mở thành trực tràng. Trong trường hợp có thủng niêm mạc trực tràng phải khâu lại, có thể phải làm hậu môn nhân tạo bảo vệ.

- Một số trường hợp u lớn, lan xuống 1/3 dưới trực tràng, xâm lấn rộng,... phải phối hợp thì tăng sinh môn để cắt u..

- Đặt dẫn lưu Douglas, đóng bụng 2 hoặc 3 lớp.

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

1. Chăm sóc và theo dõi:

- Chăm sóc và theo dõi người bệnh như các trường hợp phẫu thuật đường tiêu hóa nói chung.

- Dùng kháng sinh toàn thân, phối hợp 2 loại kháng sinh (metronidazol, cephalosporin thế hệ 3...) từ 5 - 7 ngày.

- Dinh dưỡng đường tĩnh mạch 5 - 7 ngày.

- Nhịn ăn uống từ 5 - 7 ngày.

2. Xử trí tai biến, biến chứng:

- Chảy máu trong ổ bụng: Mổ lại khâu cầm máu...

- Viêm phúc mạc do bục đường khâu: Mổ lại, lau rửa sạch ổ bụng, làm hậu môn nhân tạo bảo vệ.

- Áp xe tồn dư trong ổ bụng: Dẫn lưu áp xe dưới hướng dẫn siêu âm hoặc phẫu thuật làm sạch và dẫn lưu áp xe.

- Tắc ruột: Nếu điều trị nội (bồi phụ nước điện giải, hút sonde dạ dày...) thất bại phải mổ lại để tìm và giải quyết nguyên nhân.