

4. PHẪU THUẬT THAY ĐOẠN ĐỘNG MẠCH CHỦ BỤNG DƯỚI THẬN, ĐỘNG MẠCH CHẬU

I. ĐẠI CƯƠNG

- Là phẫu thuật mạch máu áp dụng cho các bệnh lý phồng động mạch chủ và tắc động mạch chủ (hội chứng Leriche)
- Kỹ thuật yêu cầu sử dụng mạch nhân tạo làm vật liệu thay thế mạch bệnh.
- Đa phần tổn thương ĐMCB khu trú ở đoạn dưới ĐM thận nên bài viết này chỉ mô tả kỹ thuật thay đoạn ĐMCB dưới thận qua đường mở bụng (laparotomy)

II. CHỈ ĐỊNH

- Phồng ĐMCB đường kính trên 2,5 lần đường kính cổ trên hoặc trên 5cm.
- Phồng ĐMCB có biến chứng: Nhiễm trùng, vỡ, dọa vỡ, tắc mạch chi.
- Thiếu máu chi từ giai đoạn II nặng trở lên trong hội chứng Leriche.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Thể trạng người bệnh không cho phép (quá già yếu, nhiều bệnh nội khoa phối hợp nặng).
- Có kèm bệnh lý ung thư đường tiêu hóa (chống chỉ định tương đối)

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện: gồm 2 kíp

- + Kíp phẫu thuật: Phẫu thuật viên chuyên khoa tim mạch, 2 trợ thủ, 1 dụng cụ viên và 1 chạy ngoài.
- + Kíp gây mê: Bác sĩ gây mê và 1 trợ thủ.

2. Phương tiện:

- + *Dụng cụ phẫu thuật:*

Bộ dụng cụ phẫu thuật mạch máu, cần có các dụng cụ chuyên dụng như kẹp mạch máu cỡ lớn (để kẹp ĐMC), kẹp mạch máu các cỡ, sonde Forgaty để lấy huyết khối trong trường hợp tắc mạch phía dưới, thìa nạo (Curette) hoặc Spatule để lấy bỏ nội mạc bệnh lý. Chỉ phẫu thuật cần có chỉ mạch máu (prolene hoặc ethylene 4.0; 5.0; 6.0). Chỉ để khâu ĐM đốt sống (vicryl hoặc Safil 3.0). Các loại chỉ khác cho phẫu thuật ổ bụng. Vật liệu mạch nhân tạo có thể dùng Dacron, Gore-tex hoặc mạch Dacron có tráng bạc (Silvergraft)

- + *Phương tiện gây mê:*

Mê nội khí quản có giãn cơ

3. Người bệnh: Chuẩn bị mổ theo qui trình mổ phiên. Giải thích người bệnh và gia đình theo qui định. Hoàn thiện các biên bản pháp lý.

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

4. Hồ sơ bệnh án: Hoàn chỉnh hồ sơ bệnh án theo qui định chung của phẫu thuật (siêu âm, xét nghiệm, x quang ...). Đầy đủ thủ tục pháp lý (xác nhận của BS lãnh đạo...). Có thể hoàn thành các bước này sau nếu người bệnh tối cấp cứu. Các xét nghiệm cần thiết bao gồm:

- + X-quang ngực thẳng
- + ECG, siêu âm tim đánh giá thiếu máu cơ tim
- + Chức năng hô hấp
- + Nhóm máu
- + Công thức máu toàn bộ
- + Chức năng đông máu cầm máu toàn bộ
- + Xét nghiệm đánh giá chức năng gan, thận
- + Điện giải đồ
- + Xét nghiệm nước tiểu
- + Siêu âm mạch cảnh và mạch chi dưới hai bên\

5. Dự kiến thời gian phẫu thuật: 180 phút

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Kiểm tra hồ sơ: Đầy đủ theo qui định (hành chính, chuyên môn, pháp lý).
- Kiểm tra người bệnh: Đúng người (tên, tuổi ...), đúng bệnh.

1. Vô cảm và chuẩn bị người bệnh: Gây mê nội khí quản; theo dõi huyết áp và điện tim. Đặt thông tiểu, thông dạ dày, theo dõi huyết áp liên tục. Đặt đường truyền TM trung ương để theo dõi và bù dịch trong trường hợp cần thiết. Đặt tư thế người bệnh nằm ngửa, có kê gối đệm ngang mũi ức; sát trùng bộc lộ toàn bộ ổ bụng và hai bẹn; trải toan.

2. Kỹ thuật:

- Bước 1: Mở bụng đường trắng giữa trên và dưới rốn
- Bước 2: Đánh giá các tạng trong ổ bụng (u, loét, túi thừa?).
- Bước 3: Vén ruột ra khỏi phẫu trường, trong trường hợp đưa ruột ra ngoài ổ bụng cần giữ ấm và chống căng, xoắn cho cuống mạch mạc treo tràng trên.
- Bước 4: Bộc lộ ĐMCB: Mở phúc mạc lá thành vị trí dây chằng tá hồng tràng, lật góc treitz và D4 tá tràng sang phải để bộc lộ ĐMCB sát ĐM thận. Bộc lộ vị trí thay mạch phía dưới phụ thuộc vào hình thái khối phòng hoặc chiều dài mạch bị tắc. Có thể bộc lộ ĐMCB đoạn ngã ba chủ chậu, ĐM chậu góc, ĐM chậu ngoài hoặc ĐM đùi chung hai bên. (Cần lưu ý tách riêng niệu quản khi bộc lộ ĐM chậu)
- Bước 5: Heparin toàn thân liều 50UI/kg.
- Bước 6: Kẹp mạch máu trên và dưới tổn thương.
- Bước 7: Thay đoạn mạch máu:
 - + Trong trường hợp phòng mạch: Mở dọc ĐMCB đoạn khối phòng, khâu cầm máu các ĐM đốt sống. Thay đoạn ĐM nhân tạo đoạn tổn thương bằng mạch nhân tạo đoạn thẳng hoặc chữ Y tùy trường hợp, miệng nối đầu trên tiến hành trước với chỉ mạch máu 4.0; Miệng nối dưới dùng chỉ 4.0 (cho mạch chủ) hoặc 5.0 (cho mạch chậu, đùi). Cần lưu ý thả kẹp mạch để lấy bỏ các mảng xơ vữa tại miệng nối, đuôi khí phù hợp. Trong trường hợp nghi ngờ thiếu máu đại tràng trái cần phục hồi lưu thông cho ĐM mạc treo tràng dưới. Sau khi thay đoạn mạch nhân tạo, khâu lại áo của khối phòng mạch che mạch nhân tạo
 - + Trong hội chứng Lericq: Không mở ĐM mà kẹp và khâu thắt đoạn mạch bị tắc. Kỹ thuật thay đoạn mạch được tiến hành như trong phòng mạch
- Bước 8: Đặt dẫn lưu trong trường hợp cần thiết (phòng nhiễm trùng, vỡ).
- Bước 9: Khâu lại phúc mạc lá thành
- Bước 10: Lau rửa, xếp ruột
- Bước 11: Đóng các vết mổ, kết thúc phẫu thuật.

VI. THEO DÕI

- Nhịp tim, mạch, huyết áp, áp lực TM trung ương trong suốt quá trình phẫu thuật và hậu phẫu.
- Cho kháng sinh điều trị dự phòng nhiễm khuẩn; truyền máu và các dung dịch thay thế máu ... tùy theo tình trạng huyết động và các thông số xét nghiệm.
- Cho thuốc chống đông (heparin) ngay sau 6 – 8 giờ đầu sau mổ nếu mạch máu xơ vữa nặng, hết nguy cơ chảy máu.

VII. XỬ TRÍ TAI BIẾN

- Chảy máu: điều chỉnh đông máu. Chỉ định mổ lại cầm máu cấp cứu nếu có khối máu tụ lớn, có rối loạn huyết động.
- Tắc mạch sau mổ: Do không xử trí hết (bỏ sót) tổn thương, kỹ thuật khâu phục hồi lưu thông mạch hoặc sử dụng thuốc chống đông chưa hợp lý. Chỉ định mổ lại phục hồi lưu thông mạch
- Thiếu máu ruột do phẫu thuật ảnh hưởng đến ĐM mạc treo tràng dưới và ĐM chậu trong 2 bên, phải mổ lại cắt ruột nếu có viêm phúc mạc do hoại tử ruột.
- Thiếu máu tủy do thắt các ĐM đốt sống, điều trị phục hồi chức năng
- Nhiễm trùng: Có thể tại chỗ hoặc toàn thân, xử trí từ nhẹ đến nặng bao gồm cắt chỉ cách quãng, mổ lại, thắt mạch và bắc cầu ngoài giải phẫu.
- Các biến chứng của đông máu (tăng hoặc giảm đông): điều chỉnh thuốc chống đông.