

NÓI VỊ TRÀNG

I. ĐẠI CƯƠNG

Nói vị tràng là phẫu thuật làm miệng nói 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 nhân...
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:

- Rửa dạ: 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 TẠI BIÊN

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 dạ dày 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 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.