

26.KHÂU VẾT THƯƠNG ĐỘNG MẠCH MẠC TREO TRÀNG TRÊN

I. ĐẠI CƯƠNG

Động mạch mạc treo tràng trên xuất phát ở mặt trước động mạch chủ bụng đi sau eo tụy và tĩnh mạch cửa xuống dưới trước khi chia các nhánh nuôi toàn bộ ruột non và đại tràng phải. Đôi khi động mạch này có biến đổi giải phẫu để cho nhánh nuôi gan phải và/hoặc gan trái. Là một nhánh lớn trực tiếp của động mạch chủ bụng nên vết thương động mạch mạc treo tràng trên có thể gây ra các triệu chứng sốc mất máu và nguy hiểm tới tính mạng người bệnh một cách nhanh chóng hoặc gây thiếu máu, hoại tử ruột non nếu không được xử lý chính xác. Vì vậy, việc nắm rõ vị trí giải phẫu và phát hiện kịp thời các tổn thương động mạch mạc treo tràng trên để xử trí một cách hiệu quả là cực kỳ quan trọng đối với mỗi phẫu thuật viên tiêu hoá.

II. CHỈ ĐỊNH

- Chấn thương hoặc vết thương bụng có hoặc không có sốc mất máu.
- Có hình ảnh máu tụ lớn ở mạc treo ruột non, bờ dưới tụy, sau phúc mạc trên phim cắt lớp vi tính.
- Trong quá trình phẫu thuật cắt u xâm lấn động mạch mạc treo tràng trên, chủ động cắt để đảm bảo tính triệt căn.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Không có chống chỉ định tuyệt đối.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện:

- 01 bác sỹ mổ chính, 02 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 trong trường hợp nghi ngờ có thể

làm tổn thương mạch mạc treo tràng trên.

3. Phương tiện:

- Bộ dụng cụ đại phẫu và mạch máu lớn
- Chỉ mạch máu (Prolene) 3/0, 4/0, 5/0
- Mạch nhân tạo
- Máy siêu âm Doppler trong mổ (để đánh giá lưu lượng tĩnh mạch cửa khi cần).

4. Thời gian phẫu thuật:

Tùy từng loại phẫu thuật và mức độ tổn thương.

Trung bình từ 1 tới 3 giờ.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Tư thế: Người bệnh nằm ngửa, có thể kê gối dưới lưng, ngang mũi ức nếu điều kiện cho phép.

2. Vô cảm: Gây mê toàn thân

3. Kỹ thuật:

- Bước 1: Thăm dò và đánh giá thương tổn bằng cách quan sát khối máu tụ và các tổn thương lân cận.
- Bước 2: Làm động tác Kocher để di động khối tá tràng đầu tụy.
- Bước 3: Phẫu tích bộc lộ động mạch mạc treo tràng trên ở trên và dưới tổn thương. Đặc biệt chú ý tới nguyên ủy của động mạch này nằm sâu sau phúc mạc, phía sau eo tụy. Đôi khi phải thắt động mạch vị tá tràng và di động tụy để bộc lộ tổn thương.
- Bước 4: Tùy vào mức độ và vị trí tổn thương mà quyết định khâu lại tổn thương tại chỗ bằng chỉ Prolene 4/0, 5/0 mũi rời.
- Bước 5: Kiểm tra lại tưới máu ngoại vi tại các quai ruột bằng quan sát hoặc siêu âm Doppler. Nếu tổn thương thiếu máu không hồi phục thì cắt đoạn ruột tương ứng.
- Bước 6: Kiểm tra kỹ để phát hiện các tổn thương phối hợp, đặt dẫn lưu ổ bụng.

- Bước 7: Đóng bụng theo các lớp giải phẫu.

Chú thích: Quy trình này áp dụng cho cả trường hợp phẫu tích giải phóng các u, hạch có xâm lấn vào động mạch mạc treo tràng trên và phải cắt vào động mạch này để đảm bảo tính triệt căn. Các bước kỹ thuật tương đối giống với các bước ở trên. Tuy nhiên, do tính chất cấp máu quan trọng nên ưu tiên điều trị bảo tồn.

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

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.

- Thiếu máu ruột non: Theo dõi toàn trạng và mức độ chướng bụng, dấu hiệu viêm phúc mạc, xuất huyết tiêu hoá, đôi khi có sốc. Có thể đánh giá tưới máu ruột non bằng chụp Cắt lớp vi tính hoặc chụp mạch.

- Nhiễm trùng: Theo dõi toàn trạng, dấu hiệu nhiễm trùng toàn thân hoặc tại chỗ. Nguyên nhân nhiễm trùng có thể từ vết mổ, từ khối máu tụ, do thiếu máu hoại tử ruột hoặc do bỏ sót tổn thương.

2. Xử trí tai biến:

- Điều trị bảo tồn: cân cân nhắc và theo dõi sát tại cơ sở ngoại khoa

+ Kháng sinh toàn thân

+ Dinh dưỡng tích cực

+ Truyền máu và các chế phẩm từ máu

- Phẫu thuật: Quyết định mổ lại sớm khi nghi ngờ chảy máu hoặc có dấu hiệu viêm phúc mạc.