

23. CẮT LÁCH BỆNH LÝ

I. ĐỊNH NGHĨA

Cắt lách là phẫu thuật cắt bỏ toàn bộ lách (có thể cả lách phụ nếu có chỉ định của phẫu thuật này) Ngoại trừ cắt lách do chấn thương, phẫu thuật này được tiến hành theo kế hoạch. Cắt lách được chỉ định trong rất nhiều bệnh.

II. CHỈ ĐỊNH

Vì là quy trình kỹ thuật cắt lách nên chúng tôi chỉ nêu các chỉ định chung trong các chuyên ngành khác nhau đưa ra như cắt lách bệnh lý (do bệnh chảy máu giảm tiểu cầu tủy miễn, do sốt rét, xơ gan giai đoạn còn bù, Hodgkin, Lymphom ác tính ở lách, do áp xe....

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- ASA 3 - 4 (ASA 2 cần xem xét: như chảy máu do giảm tiểu cầu tủy miễn vẫn có chỉ định
- Rối loạn đông máu (trừ giảm tiểu cầu tủy miễn gây chảy máu)

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- Phẫu thuật viên tiêu hóa, gan mật: 1
- Dụng cụ viên: 1; Bác sĩ gây mê hồi sức: 1; Bác sĩ phụ mổ: 2; phụ gây mê hồi sức

2. Phương tiện

- Phòng mổ vô trùng
- Dụng cụ: Bộ phẫu thuật đại phẫu
- Chi Vicryl 3.0 (2.0)

3. Người bệnh: Được giải thích kỹ về chỉ định tai biến, biến chứng (cao thấp tùy thuộc vào chỉ định thể trạng người bệnh) và kỹ thuật. Người bệnh (hoặc người đại diện) phải ký cam đoan mổ.

4. Hồ sơ bệnh án: Phải có hội chẩn và duyệt mổ theo qui định

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Lần cuối bác sĩ gây mê hồi sức kiểm tra hồ sơ bệnh án và đối chiếu với tên người bệnh

- Thực hiện kỹ thuật:

1. Thì 1: Mở bụng thăm dò

Mở bụng đường thẳng giữa trên rốn từ mũi ức tới ngang rốn. Trường hợp lách to số 3,4 nên mở tiếp đường thẳng xuống dưới rốn (có một số phẫu thuật viên mở đường ngang sang từ rốn (chữ L), một số khác dùng đường Kehr). Bọc đường mở, thăm kehr dò ở bụng đặc biệt trong bệnh lý ác tính (Hogkin hay không Hogkin, u Lymphoma) xơ gan lách to: đánh giá tình trạng tăng áp lực tĩnh mạch cửa, các mạch nối Nếu xơ gan teo, tăng áp lực tĩnh mạch vừa r nên hội chẩn dùng cuộc mổ. Kiểm tra xem lách có dính vào cơ hoành thành ngực trái và thành bụng sau hay không. Nếu có dính không nên gỡ dính.

2. Thì 2: Cắt lách

Thắt động mạch và tĩnh mạch lách chủ động

Mở hậu cung mạc nối qua mạc nối vị đại tràng. Thường qua vùng vòm mạch, kéo dạ dày lên trên và ra trước như lật mặt sau dạ dày từ dưới lên bộc lộ thân và đuôi tụy. Phụ 1 dùng van mềm vén dạ dày ra trước và lên trên bộc lộ bờ trên tụy tạng. Ở người bệnh gầy có thể nhìn thấy động mạch lách chạy sát bờ trên thân và đuôi tụy. Dùng kéo phẫu tích mở phúc mạc dọc bờ trên thân và đuôi tụy 2 - 3cm. Nhìn r động mạch và sờ r động mạch đập giữa ngón cái và ngón trỏ bàn tay trái của phẫu thuật viên. Qua chỗ mở phúc mạc dùng Disector p

hầu tích và luồn chỉ quanh động mạch lách (có thể dùng số -01 Perlon) thắt chặt. Phía sau dưới động mạch lách ở phần thân đuôi tụy, nơi vừa thắt động mạch lách là tĩnh mạch lách. Vặn ngón chỏ và ngón cái bàn tay trái của phẫu thuật viên giữ tĩnh mạch lách ở giữa, tay phải phẫu tích tĩnh mạch lách ra khỏi tổ chức tụy theo chiều dọc xuống rốn lách. Dùng Disetor phẫu tích quanh chu vi tĩnh mạch lách (lưu ý: Tĩnh mạch lách rất mỏng, dễ bị tổn thương khi phẫu tích, nếu bị rách, tĩnh mạch lách được kẹp ngay bởi ngón chỏ và ngón cái tay trái phẫu thuật viên) luồn chỉ và thắt tĩnh mạch lách.

Sau khi thắt động mạch và tĩnh mạch lách như trên, lách nhỏ đi đáng kể và nhất là lách có màu tím (chứng tỏ đã thắt đúng động mạch và tĩnh mạch lách)

Cắt lách: Phụ 1 kéo mạnh bụng vết mổ sang trái. Tay phải phẫu thuật viên dùng cả bàn tay gỡ dính lách khỏi thành bụng, thành ngực bên, cơ hoành, gỡ lách khỏi thành bụng sau. Sau khi gỡ dính cả lách và đuôi tụy tự do khỏi thành bụng. Tay trái phẫu thuật viên đỡ lách để lách nằm trên lòng bàn tay, cuống lách được không chế bởi phía sau là lòng bàn tay và phía trước là ngón cái. Lách được đưa ra ngoài ổ bụng. Tiến hành cặp cắt giấy chằng tỳ - đại tràng, giấy chằng vị - tỳ và thắt cắt các động mạch ngang (động mạch từ lách vào bờ cong dạ dày - phình vị). Phẫu tích đuôi tụy khỏi rốn lách, cặp, cắt, thắt lần nữa các động mạch, tĩnh mạch lách sát đến rốn lách (nếu ung thư lách, vét các hạch xung quanh đuôi tụy). Thường mất

máu không đáng kể khi đã thắt động mạch, tĩnh mạch lách chủ động. Kiểm tra cầm máu vết mổ, đặc biệt chỗ lách dính vào cơ hoành và phúc mạc thành sau nơi lách tì đè vào cực trên bao thận trái bằng các mũi chỉ Vicryl 3.0. Kiểm tra đại tràng góc lách (mổ như trên hiêm khi đại tràng bị tổn thương) và phình vị.

Nếu cắt lách do bệnh - chảy máu do bệnh giảm tiểu cầu tự miễn cần kiểm tra tìm lách phụ. Lách phụ thường nhỏ (đường kính khoảng 1cm) có màu như màu lách, bình thường và ở giây chằng vị - tỳ, tỳ - đại tràng đôi khi ở cả mạc nối lớn và đặc biệt ở vùng rốn lách chỗ tiếp giáp với đuôi tụy, lách phụ được cặp, cắt thắt và lấy đi

3. Thì 3: Kiểm tra, đóng bụng (kiểm tra dụng cụ gạc, meche...) đóng bụng 2 lớp.

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

1. Theo dõi

Ngoài việc theo dõi như sau mổ đại phẫu khác, sau cắt lách cần theo dõi chảy máu (ít gặp), áp xe dư (do dẫn lưu không có hiệu quả)

2. Xử trí tai biến

- Nếu mổ cắt lách do bệnh chảy máu tiểu cầu tự miễn tình trạng chảy máu thường được cải thiện rõ ràng và thậm chí -ngay lập tức. Đôi khi cắt lách trong trường hợp này gần như là chỉ định cấp cứu.
- Các bệnh lý khác như Hodgkin, Lymphoma ác tính không Hodgkin... việc điều trị sau cắt lách là bắt buộc và theo chuyên khoa