

MỘT SỐ KỸ THUẬT TRONG MỔ TIÊU HOÁ

TRỊNH HỒNG SƠN

MỞ ĐẦU

Kết quả một cuộc phẫu thuật khi mổ bụng phụ thuộc vào rất nhiều yếu tố. Đầu tiên cần chẩn đoán chính xác trước mổ để lựa chỉ định mổ đúng đắn. Khi mổ bụng, một lần nữa phải thăm dò kỹ càng, tỷ mỉ để lựa chọn phương pháp mổ hợp lý nhất dựa vào kiến thức cơ bản, kiến thức cập nhật, tình trạng bệnh nhân, điều kiện gây mê hồi sức, trang thiết bị hiện có... Cuối cùng, một số động tác và kỹ thuật thành thục của phẫu thuật viên cũng có tác động tới kết quả của cuộc phẫu thuật.

Bài viết này trình bày một vài kỹ thuật cá nhân trong mổ một số bệnh lý tiêu hoá đạt kết quả rất tốt qua quá trình theo dõi bệnh nhân.

MÔ TẢ TIÊU CHUẨN CỦA MỘT SỐ KỸ THUẬT

1. Kỹ thuật đóng mỏ tá tràng.

Trong cắt dạ dày điều trị tổn thương loét và ung thư, phẫu thuật viên thường đóng mỏ tá tràng trước khi làm miệng nối dạ dày ruột. Cách đóng mỏ tá tràng tùy thuộc vào phẫu thuật viên cốt sao không để rò mỏ tá tràng.

Khi nạo vét hạch trong điều trị ung thư dạ dày, tác giả thường nạo vét hạch hệ thống nhóm 12 (hạch cuống gan), nhóm 13 (hạch sau tá tràng đầu tụy), và sinh thiết hạch nhóm 16 (đọc động mạch, tĩnh mạch chủ sau đầu tụy). Vì vậy cách đóng mỏ tá tràng có nhiều thuận lợi. Các thao tác kỹ thuật bao gồm:

- Làm động tác Kocher (cắt dây chằng gan- tá tràng, hạ đại tràng góc gan, bộc lộ nhìn rõ bờ trái

động mạch chủ bụng sau tụy, tĩnh mạch thận trái, nhìn rõ tĩnh mạch sinh dục phải).

- Lấy lá phúc mạc trước cuống gan, lấy hạch nhóm 8 bộc lộ động mạch gan chung và động mạch vị tá tràng; thắt, cắt bó mạch vị phải (môn vị) tận gốc; thắt, cắt bó mạch vị mạc nối phải tận gốc (lấy hạch nhóm 6); thắt, cắt mạch tá tràng 1, đôi khi cả bó mạch tá tràng 2.

- Cắt đôi tá tràng dưới môn vị, khâu vắt toàn thể lượt đi và về tránh chảy máu mép cắt tá tràng.

- Khâu một mũi thanh cơ mặt trước và sau chính giữa mỏm tá tá tràng, buộc chỉ.

- Dùng kẹp phẫu tích ấn nhẹ, vùi 2 mép mỏm tá tràng cùng lúc hoặc từng mép một và khâu thanh cơ vùi 2 nửa túi mà không cần sự trợ giúp người phụ. Nhiều trường hợp mỏm tá tràng tự vùi theo nhu động ruột, phẫu thuật viên rất dễ dàng khâu lớp thanh cơ vùi tiếp mỏm tá tràng (không cần phụ mổ trợ giúp).

Nếu không nạo vét hạch nhóm 8, 12, 13, 16, không cần thiết phải vùi mỏm tá tràng như cách thức nêu trên. Nếu mỏm tá tràng không được bộc lộ rõ và đủ dài, tá tràng đầu tụy không được di động thì rất khó vùi theo cách nêu trên.

Trong trường hợp không vùi được mỏm tá tràng do ung thư lan xuống tá tràng, hoặc cắt tá tràng tới D2 lộ bóng Vater, có thể sử dụng kỹ thuật đưa quai hồng tràng lên nối với tá tràng quai chữ Y được trình bày dưới đây.

2. Kỹ thuật xử lý tổn thương tá tràng rộng trong một số trường hợp ung thư và chấn thương.

Mỗi một kỹ thuật trong ngoại khoa nói chung và trong phẫu thuật tiêu hoá nói riêng đều có chỉ định nhất định. Chỉ định để thực hiện kỹ thuật phụ thuộc vào phân tích một cách logic các khả năng thành công và thất bại của các động tác và các bước phẫu thuật, sinh bệnh học, phương tiện điều kiện cụ thể, chăm sóc theo dõi hậu phẫu, kinh nghiệm trong y văn, kinh nghiệm của bản thân phẫu thuật viên, kết quả của phương pháp đó qua nghiên cứu hồi cứu...

Kỹ thuật đưa quai đầu hồng tràng (chữ Y) lên nối với vùng tá tràng đầu tụy mà tác giả đã thực hiện thành công trong 10 năm qua được chỉ định trong những trường hợp đặc biệt sau:

- Tổn thương tá tràng rộng vùng đầu tụy từ D1 đến D3 do chấn thương vỡ tá tràng, mổ lần đầu hoặc mổ lại.

- Cắt dạ dày do ung thư dạ dày xâm lấn qua môn vị vào tá tràng, không thể đóng được mỏm tá tràng.

- Xuất huyết tiêu hoá nặng do loét tá tràng mặt sau thủng vào động mạch vị tá tràng bất buộc phải cắt dạ dày nhưng không thể đóng được mỏm tá tràng, ngay cả dẫn lưu mỏm tá tràng khâu cũng khó khăn.

- Bục mỏm tá tràng sau khi đã dẫn lưu tá tràng hoặc sau khi đã khâu tá tràng ở lần mổ trước do các bệnh lý hoặc do chấn thương hoặc do thầy thuốc gây nên.

- Ung thư đại tràng phải xâm lấn rộng vào tá tràng D1, D2, D3 hoặc ăn thủng vào tá tràng D1, D2, D3.

- Xuất huyết tiêu hoá nặng mổ lại nhiều lần không giải quyết được nguyên nhân do ung thư đại tràng phải tái phát thủng vào các nhánh mạch cấp máu mặt trước khối tá tụy (vị tá tràng hoặc tá tụy trước dưới)

- Khối u ở tá tràng D1, D2, D3, cần phải cắt bỏ u nhưng không thể thực hiện được cắt khối tá tụy hoặc không cần thiết phải thực hiện cắt khối tá tụy.

Các thao tác kỹ thuật cơ bản:

- Làm động tác Kocher để di động toàn bộ khối tá tràng và đầu tụy. Có thể bóc tách hết mạc Told bên phải di động toàn bộ đại tràng phải, đoạn cuối góc hồi manh tràng ra ngoài ổ bụng.

- Bóc tách lá phúc mạc phủ tá tràng đầu tụy, tách mạc treo đại tràng phải ra khỏi

D2, D3, mỏm móc tụy để nhìn thấy rõ bờ phải tĩnh mạch mạc treo tràng trên (đoạn chạy trước tá tràng D3, D4 rồi đi vào mặt sau tụy).

- Bộc lộ tam giác THS với 3 cạnh: động mạch gan chung, động mạch vị tá tràng và bờ trên đầu tụy.

- Chuẩn bị vùng tá tràng và tụy để làm miệng nối.

Trong trường hợp ung thư lan xuống tá tràng, hoặc xâm lấn hạch nhóm 6 hoặc xâm lấn vào 1 phần tụy, cần cắt tới tổ chức lành. Trong trường hợp vỡ tá tràng cắt lọc, xén mép tổ chức thành tá tràng dập nát. Với tá tràng có thể cắt tới sát bờ tá tràng dính vào đầu tụy cả mặt trước và mặt sau. Với tổ chức tụy sau khi cắt vào diện tụy lành vùng đầu tụy, cần cầm máu kỹ mỉ bằng các mũi khâu rời prolene hoặc PDS 4/0 hoặc 3/0. Một số trường hợp toàn bộ niêm mạc tá tràng phân bảm vào tụy có thể lộ hết từ D1 đến D3, lộ bóng Vater (trong trường hợp vỡ rộng tá tràng hoặc ung thư xâm lấn diện rộng tá tràng).

- Cách góc Treitz khoảng 15 cm cắt đôi hồng tràng. Đóng đầu dưới 2 lớp và làm chân quai Y cách đầu ruột vừa đóng kín khoảng 60 cm (miệng nối tận bên 2 lớp trong vắt ngoài rời Vicryl 3/0 hoặc 4/0).

- Đưa đầu hồng tràng lên nối với tá tràng đầu tụy qua mạc treo đại tràng ngang. Chiều dài mở ruột phụ thuộc vào kích thước tổn thương tá tràng đầu tụy. Miệng nối được làm 2 lớp. Trong trường hợp chỉ có tổn thương tá tràng, mép tá tràng gọn: lớp trong khâu vắt, lớp ngoài mũi rời chỉ Vicryl hoặc PDS 3/0 hoặc 4/0. Trong trường hợp tổn thương rộng, có cả tổn thương mặt trước đầu tụy (thậm trí cả mỏm móc tụy) thì khâu mũi rời. Trên nguyên tắc mở toàn bộ tá tràng và phần tụy tổn thương vào quai ruột đưa lên. Phần khâu ruột với tụy lớp ngoài có thể khâu bằng chỉ Prolene 3/0 hoặc 4/0.

- Trường hợp cắt dạ dày do ung thư dạ dày xâm lấn xuống tá tràng, phải làm 2 quai hồng tràng với 2 chân quai chữ Y (quai hồng tràng thứ 1 nối với mỏm dạ dày còn lại, quai hồng tràng thứ 2 nối với tá tràng không đóng được mỏm).

- Các trường hợp còn lại không cắt dạ dày nhưng phải luôn sonde dạ dày qua mũi, qua môn vị, qua miệng nối tá tràng- hồng tràng (quai Y đưa lên) trước khi làm miệng nối mặt trước hoặc gấn kết thúc miệng nối mặt trước ở lớp thứ nhất. Như vậy dịch dạ dày,

dịch mật, dịch tụy được lưu thông cả đường tự nhiên qua góc Treitz; cả đường qua quai chữ Y.

- Mở thông hồng tràng dưới chân quai chữ Y 15 cm.

- Kiểm tra lại ổ bụng, lau rửa sạch ổ bụng nếu có viêm phúc mạc, kiểm tra lại các miệng nối. Cố định mạc treo ruột và chuẩn bị đặt hệ thống dẫn lưu.

- Nên đặt 3 dẫn lưu: 1 dẫn lưu nhựa to đặt dưới gan phải và 2 dẫn lưu nhựa số 14 (1 đặt phía trước, 1 đặt phía sau miệng nối tá tràng - hồng tràng) ra cùng 1 lỗ rạch rộng da ở mạng sườn phải.

- Lưu ý: cố định sonde dạ dày qua mũi bằng 1 mũi chỉ cố định vào 1 cánh mũi để tránh tuột sonde. Sonde này được hút nhẹ liên tục. Trái lại 3 sonde dẫn lưu ổ bụng không cần hút liên tục, để chảy tự nhiên rút sau 7 ngày.

- Đóng bụng 1 lớp nếu có viêm phúc mạc.

3. Kỹ thuật dùng manh tràng che phủ tiểu khung.

Trong phẫu thuật cắt đứt trực tràng đường bụng và tầng sinh môn không thể đóng lại phúc mạc Douglas (nhất là các trường hợp cắt cả tử cung, buồng trứng ở nữ giới); các trường hợp mổ lại lấy bỏ tổ chức ung thư tiểu khung; các trường hợp mổ lấy bỏ u tiểu khung xâm lấn trực tràng (cắt bỏ u và cắt trực tràng); các trường hợp cắt trực tràng, lấy bỏ u tiểu khung có kèm cắt bàng quang bán phần hoặc phải nối lại niệu quản bàng quang... sẽ để lại một khoảng hở rộng, sâu ở tiểu khung. Khoảng trống này các quai ruột non thường tới dính vào gây tắc ruột do dính hoặc do ung thư tái phát xâm lấn về sau. Hơn nữa, sau mổ nếu bệnh nhân được xạ trị vùng tiểu khung, có khi quai hồng tràng chui xuống dính rất dễ bị teo xơ dẫn tới hẹp, tắc.

Để lấp khoảng trống này, một số tác giả khuyên cho mạc nối lớn tới (qua rãnh đại tràng trái). Tuy nhiên nếu mạc nối nhiều khi không đủ dài và rộng để có thể lấp và che phủ khuyết hồng chậu hông bé.

Tác giả mô tả kỹ thuật dùng manh tràng che phủ tiểu khung với các động tác cơ bản sau:

- Sau khi cầm máu kỹ vùng tiểu khung, tầng sinh môn (trong trường hợp cắt đứt trực tràng đường bụng và tầng sinh môn) đánh dấu Clip vùng nghi ngờ còn tổ chức ung thư để làm dấu cho xạ trị về sau, đánh giá thấy không thể khâu được phúc mạc Douglas sẽ tiến hành di động manh tràng và đại tràng phải che phủ tiểu khung.

- Cắt mạc Told từ manh tràng, rãnh đại tràng phải, hạ đại tràng góc gan, cắt dây chằng gan tá tràng, đôi khi tách mạc nối lớn ra khỏi đại tràng góc gan, nhìn rõ niệu quản phải, bó mạch chậu gốc, chậu ngoài bên phải, bó mạch sinh dục phải.

- Cắt ruột thừa, vùi.

- Đưa manh tràng sang hố chậu trái, toàn bộ manh tràng và một phần đại tràng lên nằm vắt ngang che hết toàn bộ tiểu khung.

- Cố định phúc mạc manh tràng vào phúc mạc thành bụng vùng hố chậu trái. Như vậy toàn bộ vùng

tiểu khung, đáy bàng quang đã được che phủ bởi manh tràng và một phần đại tràng lên. Toàn bộ ruột non nằm ở khung trong đó phía trên là đại tràng ngang, phía dưới là manh tràng và một phần đại tràng lên. Ruột non không tới dính vào vùng tiểu khung được nữa.

4. Tam giác THS (Tam giác xác định tĩnh mạch cửa bờ trên tụy).

Trong quá trình nạo lấy hạch nhóm 8 (hạch động mạch gan chung, bờ trên đầu tụy) một cách hệ thống của phẫu thuật ung thư dạ dày cũng như phẫu thuật cắt khối tá tụy và cắt gan, tác giả đã nhận thấy mốc để bộc lộ tĩnh mạch cửa bờ trên tụy.

Mốc này là một tam giác với 3 cạnh: động mạch gan chung, động mạch vị tá tràng và bờ trên đầu tụy. Bình diện sau tam giác này là mặt trước của tĩnh mạch cửa.

Bộc lộ tam giác này có thể thực hiện như sau:

- Mở rộng phần mỏng mạc nối nhỏ vào hậu cung mạch nối nhìn rõ tụy ngay sát môn vị mặt sau, bờ trên đầu tụy và hạch nhóm 8.

- Mở phúc mạc sát bờ trên đầu tụy, lấy hạch nhóm 8 bộc lộ động mạch gan chung (nằm ngay sau hạch này).

- Mở phúc mạc mặt trước cuống gan và mặt sau cuống gan sát bờ trên tụy, bộc lộ gốc động mạch vị phải (môn vị), từ đó tìm ra nơi động mạch gan chung phân chia động mạch vị tá tràng. Thấy rõ động mạch vị tá tràng chạy dọc sau tá tràng dưới môn vị). Thông thường động mạch môn vị tách ra từ động mạch gan riêng (cũng có khi tách ra từ động mạch vị tá tràng hoặc từ sát ngã ba động mạch gan chung, động mạch gan riêng và động mạch vị tá tràng).

Thực tế lâm sàng cho thấy, nếu không thể bộc lộ tam giác này do u xâm lấn và thâm nhiễm vào thì khó cắt khối tá tụy được.

Bộc lộ tam giác này là động tác cần thiết để nạo tiếp hạch nhóm 12 nằm bám theo tĩnh mạch cửa tới rốn gan. Đôi khi hạch nằm chen giữa động mạch gan riêng và tĩnh mạch cửa. Tác giả chưa gặp một biến chứng nào khi nạo vét hạch N12.

5. Kỹ thuật khâu đóng một đầu ruột.

Cắt đôi ruột non, sau đó đóng lại 1 đầu ruột để chuẩn bị cho các phẫu thuật nối tiêu hoá tiếp theo (miệng nối chữ Y chẳng hạn) là một kỹ thuật thường làm bởi các phẫu thuật viên tiêu hoá. Khi đóng đầu ruột, thông thường đầu ruột được cặp bằng Clamp mềm, sau đó khâu toàn thể mũi rời hoặc khâu vắt, tiếp theo là vùi đầu ruột bằng các mũi khâu thanh cơ.

Kỹ thuật đóng đầu ruột của tác giả thực hiện như sau:

- Xác định vị trí cần cắt ruột, chuẩn bị để đầu ruột khoảng 1,5 cm không có mạch mạc treo nuôi dưỡng.

- Cắt lớp thanh mạc, lớp cơ từ bờ mạc treo mặt trước tới bờ tự do mặt trước và nối tiếp từ bờ tự do mặt sau tới bờ mạc treo mặt sau tương ứng với bờ mạc treo mặt trước. Điều kiện đường rạch: thứ nhất phải vuông góc với trục của ruột, không được chéo. Thứ

hai đường cắt không được thủng niêm mạc, lộ rõ từng mạch máu dưới niêm mạc.

- Khâu hình túi (đường khâu vắt vòng theo đường cắt nêu trên) với các mũi khâu đều đặn cách nhau khoảng 7mm sát vào thanh cơ đường cắt dao điện nêu trên bằng chỉ tiêu Vicryl 3/0. Sau đó buộc chặt chỉ để đóng kín đầu ruột.

- Dùng dao điện cắt lớp niêm mạc và dưới niêm mạc còn lại cách nút buộc chỉ khoảng từ 2 đến 3mm.

- Khâu thanh cơ rồi buộc để vùi kín đầu ruột lần thứ 2 sao cho ruột vùi sát mạc treo ruột để nuôi dưỡng tốt đoạn ruột. Kết thúc đóng đầu ruột.

Kỹ thuật khâu đóng đầu ruột nêu trên đòi hỏi người thực hiện phải rất quen, thành thạo sử dụng dao điện, thao tác chính xác, động tác tinh tế, mắt nhìn rõ các lớp ruột, mạch máu thành ruột

6. Kỹ thuật tạo hình mạc nối lớn.

Ngoại trừ một số trường hợp ung thư dạ dày, ung thư buồng trứng và một số ung thư tiêu hoá di căn mạc nối lớn phải cắt bỏ mạc nối lớn. Đa số các trường hợp còn lại, đối với phẫu thuật ổ bụng, mạc nối lớn có vai trò rất quan trọng. Bảo vệ mạc nối lớn và sử dụng mạc nối lớn che phủ vết mổ trong những trường hợp phải mổ bụng nhiều lần, những trường hợp viêm phúc mạc, thành bụng dày mỡ là hết sức cần thiết. Tác giả xin trình bày dưới đây kỹ thuật tạo hình mạc nối lớn đã được thực hiện trong một số bệnh cảnh.

6.1. Tạo hình mạc nối lớn sau khi cắt gan.

Cắt gan trong ung thư gan hay trong chấn thương gan: điều quan trọng nhất về mặt kỹ thuật là phải đảm bảo kiểm soát tốt chảy máu (từ động mạch gan, tĩnh mạch cửa, tĩnh mạch gan), kiểm soát tốt đường mật (tránh rò mật) và thể tích gan còn lại phải đảm bảo tiêu chuẩn cho phép (tránh suy gan).

Sau mổ cần đặt hệ thống dẫn lưu tốt. Dùng mạc nối lớn che phủ diện cắt chỉ là động tác "che mắt" nếu các điều kiện kỹ thuật nêu trên không đảm bảo. Tuy nhiên trong một số trường hợp có thể sử dụng mạc nối lớn để che phủ diện cắt và lấp khoảng trống dưới hoành sau cắt gan. Tạo hình mạc nối lớn trong trường hợp này phải đảm bảo các điều kiện: mạc nối lớn che hết diện cắt gan, vị trí của đại tràng và dạ dày không tiếp xúc trực tiếp với diện cắt gan, vẫn còn phần mạc nối đủ rộng che phủ vết mổ để ruột non không tiếp xúc trực tiếp với vết mổ. Ví dụ một vài động tác tạo hình mạc nối lớn sau cắt gan phải:

- Sau khi kết thúc cầm máu điện cắt gan, kiểm soát rò mật (bằng cắt túi mật, đặt sonde kiểu Escart (sonde số 6) vào đường mật qua ống cổ túi mật và bơm huyết thanh mặn 0,9% (có thể pha ít xanh Methylene), nếu có rỉ mật ở diện cắt: khâu kín bằng các mũi chỉ PDS hoặc Prolene 4/0) sẽ che phủ diện cắt gan bằng 1 vạt mạc nối lớn.

- Tải rộng mạc nối lớn để xác định độ rộng, cuống mạch nuôi chính của phần đưa lên che phủ diện cắt gan.

- Cắt mạc nối lớn tới chỗ mạc nối bám vào đại tràng ngang

- Hạ đại tràng góc gan và di động nửa phải mạc nối lớn. Tách lá mạc nối lớn dính vào đại tràng ngang góc gan, phần dính vào mạc treo đại tràng ngang, tá tràng đầu tụy chỉ để lại cuống mạch.

- Đưa toàn bộ nửa phải mạc nối lớn che phủ toàn bộ diện cắt gan, khâu dính mạch nối lớn vào bao Glisson sát diện cắt gan cả mặt trên và mặt dưới. Đặt ít nhất 2 dẫn lưu điện cắt. Che phủ toàn bộ vết mổ bằng nửa trái của mạc nối lớn còn lại sau khi lau rửa sạch ổ bụng, xếp lại ruột.

6.2. Tạo hình mạc nối lớn che phủ ổ bụng và vết mổ.

Mạc nối lớn có vai trò quan trọng để che phủ ổ bụng, đặc biệt là che phủ vết mổ trong một số trường hợp như mổ bụng nhiều lần (do bệnh lý, chấn thương các tạng trong ổ bụng); các trường hợp đóng bụng 1 lớp sau mổ viêm phúc mạc. Nguyên nhân bục vết mổ sau mổ gây lòi ruột khiến bệnh nhân và gia đình rất sợ hãi. Nếu che phủ mạc nối lớn tốt có thể tránh được lòi ruột. Tất nhiên bục thành bụng do nhiều nguyên nhân: thể trạng bệnh nhân yếu, kỹ thuật khâu... Thực tế cho thấy, một số trường hợp mổ lại thấy mạc nối lớn bị co rúm sau lần mổ trước, hoặc mạc nối lớn không còn nguyên vẹn giải phẫu. Trong những trường hợp này cần tạo hình lại mạc nối lớn sao cho ít nhất đủ che phủ vết mổ.

Cách tạo hình dựa trên nguyên tắc:

- Giữ mạc nối lớn tối đa.

- Chỉ cần giữ cuống mạch nuôi tối thiểu từ cung mạch bờ cong lớn dạ dày (phía phải từ bó mạch vi mạc nối phải, phía trái từ các nhánh bó mạch lách).

- Di động mạc nối lớn bằng cách: cắt bỏ lá phúc mạc ngoài bám sát đại tràng, bóc lá phúc mạc trước tá tràng, tách mạch treo đại tràng dính vào mặt trước tá tràng đầu tụy, hạ đại tràng góc gan và góc lách nếu cần thiết.

- Trong trường hợp mạc nối lớn có nhiều mảnh rời, tiết kiệm tối đa và vá các mảnh rời với nhau sao cho mạc nối lớn có diện tích lớn nhất.

- Nhiều trường hợp mạc nối lớn vón cục có thể khéo léo phẫu tích để mạc nối lớn tải ra có diện tích đủ rộng để che phủ vết mổ.

6.3. Tạo hình mạc nối lớn che phủ tiểu khung.

Nếu mạc nối lớn dài và rộng, thay vì dùng manh tràng che phủ tiểu khung với kỹ thuật nêu trên, có thể dùng nửa trái mạc nối lớn lấp và che phủ tiểu khung.

- Sau khi chọn cuống mạch phía bên trái nuôi dưỡng nửa trái mạc nối lớn, xẻ dọc mạch nối lớn từ phần tự do tới phần bám sát đại tràng ngang ưa tiên phần mạc nối lớn bên trái nhiều hơn (phần mạc nối lớn bên phải chỉ cần đủ để che phủ vết mổ).

- Cắt mạc nối lớn sát cung mạch bờ cong lớn dạ dày

- Cắt bỏ lá phúc mạc bám vào cực dưới lách để kéo dài phần trái mạc nối lớn

- Hạ đại tràng góc lách và cắt cả 4 lá phúc mạc của mạc nối lớn bám vào phía đại tràng góc lách kéo dài thêm phần trái mạc nối lớn.

- Cắt lá phúc mạc của mạc nối lớn bám vào đại tràng ngang từ góc lách tới chỗ xẻ dọc mạc nối lớn để kéo dài thêm nữa phần trái mạc nối lớn.

- Mở mạc Told bên trái, lật đại tràng trái sang phải, nhìn rõ mạc niệu quản trái

- Toàn bộ phần trái mạc nối lớn được đưa xuống tiểu khung qua rãnh đại tràng trái.

- Xếp lại ruột, che phủ ruột non và vết mổ bằng nửa phải còn lại của mạc nối lớn.

7. Kỹ thuật đóng bụng một lớp trong viêm phúc mạc toàn thể.

Sau mổ viêm phúc mạc (VPM) nhất là những trường hợp mổ lại VPM nhiều lần, ổ bụng có nhiều mũ thối, ngoài giải quyết nguyên nhân thật chuẩn, lau rửa sạch ổ bụng nhiều lần bằng nước muối sinh lý (khi lau rửa nên theo thứ tự nhất định từng khoang ổ bụng vòm hoành trái, hố lách; vòm hoành phải, mặt trên gan, các dây chằng treo gan, vùng dưới gan, cuống gan; rãnh đại tràng trái, rãnh đại tràng phải; từng quai ruột non và mạc treo tương ứng; mạc treo toàn bộ khung đại tràng; sau cùng là tiểu khung và túi cùng Douglas), đặt hệ thống dẫn lưu ổ bụng chuẩn; phủ mạc nối lớn; thì đóng bụng cũng là khâu quan trọng. Khi đóng bụng trong các trường hợp này phẫu thuật

viên chính phải thực hiện, đừng để Bác sĩ phụ mổ đóng bụng vì thành bụng rất dễ bục, toác ...

Nguyên tắc cơ bản của đóng bụng sau mổ VPM là đóng bụng 1 lớp. Đóng bụng 1 lớp có 2 kiểu: đóng bụng 1 lớp toàn thể và đóng bụng 1 lớp hở da. Đóng bụng 1 lớp toàn thể là khâu 1 lớp gồm phúc mạc, cân cơ và da. Cách đóng này thời gian cắt chỉ thường phải sau ít nhất 2 tuần. Đây là kiểu đóng cũng rất hiệu quả nhưng thời gian cắt chỉ lâu. Đóng bụng 1 lớp hở da là chỉ khâu phúc mạc và cân, không khâu da, chỉ thường để dài và thời gian cắt chỉ cũng ít nhất sau 2 tuần. Kiểu đóng bụng này thường phải khâu da thì 2.

Cách đóng bụng 1 lớp xen kẽ các mũi khâu toàn thể và các mũi khâu hở da trình bày sau đây cho kết quả rất tốt. Cụ thể: mũi khâu thứ 1, thứ 2 và thứ 3 khâu phúc mạc, cân, cơ không khâu da. Mũi khâu thứ 4 khâu toàn thể cả da. Mũi khâu thứ 5, thứ 6, thứ 7 khâu phúc mạc, cân, cơ không khâu da. Mũi khâu thứ 8 khâu toàn thể cả da... Lần lượt như trên sao cho các mép da hở cánh quăng. Cách khâu này vừa tránh nhiễm trùng sau mổ viêm phúc mạc (hoặc áp xe trong ổ bụng), vừa không phải đóng da thì 2. Trong trường hợp cần thiết có thể cắt mũi chỉ khâu da toàn thể để luôn sonde vào ổ phúc mạc thăm dò mà không làm sổ vết mổ.