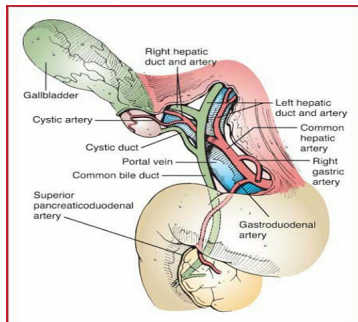


Bs Phan Văn Thanh -

I/ Các lưu ý trong cuộc mổ

Mô tả: Phẫu thuật (PT) này thường được thực hiện trên BN sỏi túi mật có triệu chứng hoặc viêm đường mật cấp. Mục đích nội soi được ưu tiên hơn mổ hở vì ít xâm lấn và giúp phục hồi sớm. PT nội soi (NS) cắt túi mật có thể chứng minh trên nhàn BN có rối loạn đông máu chưa điều chỉnh, COPD mức độ nặng, hoặc có bệnh lý tim mạch nặng (không cho được tình trạng tăng áp lực ổ bụng). Thêm vào đó, bệnh nhân có tiền căn phẫu thuật bụng hoặc bệnh nhân viêm túi mật cấp có nguy cơ cao hơn phải chuyển sang mổ hở. Ưu tiên PTV sẽ tiếp cận khoang bụng qua đường rốn, bụng kim Veress (kẹp thu hẹp kín: đi kim mù) hoặc trocar Hasson (kẹp thu hẹp mở: nguy cơ sang chấn mạch máu, ruột và bàng quang). Nếu sử dụng kim Veress, cần đặt sonde dạ dày và thông tiều để làm xẹp dạ dày và bàng quang trước c. CO2 được bơm vào khoang bụng với áp lực 15 mmHg. Nếu xảy ra bất thường về hô hấp hoặc huyết động, cần giảm áp lực ổ bụng còn 10 – 12 mmHg. Sử dụng tổng cộng 4 trocar, 1 trocar ở rốn và 3 trocar ở hạ sườn phải. Bệnh nhân đặt ở tư thế Trendelenburg ngược (đầu cao, chân thấp) và nghiêng trái để dịch chuyển dạ dày, ruột non và đại tràng ngang khỏi phẫu trường.



Đường mạch túi mật và ống túi mật (cùng với ống gan hợp thành tam giác Calot) được kẹp và cắt (hình 1). Túi mật được bóc tách khỏi gan bằng monopolar, bỏ vào bao và đưa ra ngoài theo đường rốn. Sau đó tiến hành cầm máu, rửa bụng với nước muối sinh lý, và đóng các trocar. Tỷ lệ chuyển sang mổ hở là 5% cho phẫu thuật túi mật chứng minh an toàn và 10% đối với viêm túi mật cấp.

Gây mê trong phẫu thuật nội soi cắt túi mật và thám sát ổ bụng

Viết bởi Biên tập viên

Thứ 7, 05 Tháng 7 2023 16:12 - Lần cập nhật cuối Thứ 7, 05 Tháng 7 2023 16:18

[Xem tiếp tại đây](#)