Lớp YCK36

Tống Hoài Nhân 1053010309

Phạm Thị Hồng Nhung 1053010313

Ngô Như Ngọc 1053010305

Nguyễn Thị Lệ Quyên 1053010320

Phương Thanh Phong 1053010318

**HẬU MÔN NHÂN TẠO**

**1. Nhắc lại giải phẫu ruột già:**

Ruột già là phần cuối của ống tiêu hoá nối từ hồi tràng đến hậu môn, gồm có 4 phần: manh tràng, kết tràng, trực tràng và ống hậu môn.

Ruột già hình chữ U ngược vây quanh ruột non từ phải sang trái gồm có:Manh tràng và ruột thừa, kết tràng lên, góc kết tràng phải, kết tràng ngang, góc kết tràng trái, kết tràng xuống, kết tràng xích ma, trực tràng, ống hậu môn.

Ruột già dài từ 1,4 đến 1,8m bằng 1/4 chiều dài của ruột non. Đường kính manh tràng từ 6 - 7cm và giảm dần đến đại tràng xích ma.Ở trực tràng có đoạn phình to ra gọi là bóng trực tràng.

Trừ trực tràng, ruột thừa và ống hậu môn hình thể ngoài của ruột già có những đặc điểm như sau:

- Có 3 dãi cơ dọc: từ manh tràng đến kết tràng xích ma do các lớp cơ dọc tập trung lại: 1 dãi ở phía trước, 1 dãi ở phía sau trong và 1 dãi ở phía sau ngoài.

- Có túi phình kết tràng: là những túi nằm giữa các dãi cơ dọc, cách nhau bởi những chỗ thắt ngang.

- Các túi thừa mạc nối: Là những túi phúc mạc nhỏ có mỡ, bám vào các dãi cơ dọc trong đó có 1 nhánh động mạch, do đó khi thắt có thể gây hoại tử ruột.

Nhìn chung ruột già từ ngoài vào trong có 5 lớp:

- Lớp thanh mạc tạo bởi lá tạng của phúc mạc có túi thừa mạc nối.

- Tấm dưới thanh mạc: lớp ngoài là cơ dọc, phần lớn cơ dọc tập trung tạo thành 3 dãi cơ dọc. Giữa 3 dài lớp cơ dọc rất mỏng. Lớp trong là cơ vòng.

- Tấm dưới niêm mạc: là tổ chức liên kết có nhiều mạch máu và thần kinh.

- Lớp niêm mạc: lớp niêm mạc của kết tràng không có nếp vòng và mao tràng, chỉ có những nếp bán nguyệt. Có nhiều nang bạch huyết đơn độc.

Trực tràng: được phúc mạc che phủ phần trên, phần dưới trực tràng không có phúc mạc che phủ. Bên trong trực tràng có 3 nếp niêm mạc nhô lên tạo thành 3 nếp ngang hình lưỡi liềm: trên, giữa và dưới. Còn ở ống hậu môn lớp niêm mạc được nối phần da của hậu môn. Ranh giới ở hai phần này là đường lược, ở trên đường lược niêm mạc tạo thành các cột lồi vào lòng hậu môn là cột hậu môn, các cột nối liền nhau ở đáy bằng các nếp niêm mạc là van hậu môn. Khoảng giữa các cột tạo thành các túi là các xoang hậu môn, nơi đây có miệng đổ vào của các tuyến hậu môn, khi bị viêm nhiễm gây nên áp xe và là nguyên nhân của dò hậu môn.

Kết tràng trái được nuôi dưỡng bởi các nhánh của động mạch mạc treo tràng dưới.

Động mạch mạc treo tràng dưới tách ra từ động mạch chủ bụng ngang mức đốt sống thắt lưng 3 phía trên vị trí phân đôi của động mạch chủ bụng 5cm. Động mạch đi xuống và sang trái trong mạc treo kết tràng xuống và tận cùng ở ngang mức đốt sống cùng 3.Động mạch mạc treo tràng dưới dài khoảng 4,2cm (đo từ nguyên uỷ đến chỗ phân nhánh đầu tiên), đường kính khoảng 3,3mm.Động mạch có các nhánh bên:

- Động mạch kết tràng trái: đi lên trên và sang trái chia làm 2 nhánh. Nhánh lên nối với động mạch kết tràng giữa, nhánh xuống nối với động mạch kết tràng xích ma.

-Các động mạch kết tràng xích ma: có từ 2-4 nhánh nối với nhau.

-Động mạch trực tràng trên: nối với động mạch xích ma và động mạch trực tràng giữa.

Máu từ kết tràng phải gồm có các nhánh đổ về tĩnh mạch mạc treo tràng trên. Máu từ kết tràng xuống và kết tràng xích ma gồm có các đám rối tĩnh mạch đổ về tĩnh mạch mạc treo tràng dưới.

Ruột già được chi phối bởi các sợi thần kinh tự động và thần kinh cảm giác. Các sợi thần kinh này xuất phát từ các đám rối thân tạng, mạc treo tràng trên và mạc treo tràng dưới; phần xa của kết tràng được chi phối bởi các sợi thần kinh xuất phát từ đám rối hạ vị dưới.

**2. Định nghĩa hậu môn nhân tạo:**

Hậu môn nhân tạo là một chỗ mở của hồi tràng hay đại tràng trên thành bụng, tạm thời hay vĩnh viễn. Phân di chuyển trong lòng ruột qua chỗ mở này thoát ra ngoài vào một túi gắn ở thành bụng. Các lỗ thoát này không có van hoặc cơ nên sẽ không thể kiểm soát sự di chuyển của phân ra ngoài

Tác động nghiêm trọng nhất mà hậu môn nhân tạo mang đến cho người bệnh là sang chấn về tâm lý. Do đó BN phải được thông báo trước và được giải thích về việc cần thiết phải làm hậu môn nhân tạo. Cần phải có một chuyên viên tư vấn về tâm lý trước và sau mổ.

Tất cả mọi người ở mọi lứa tuổi đều có thể có phẫu thuật hậu môn nhân tạo, từ trẻ sơ sinh, thanh niên đến người già. Tuổi tác và giai đoạn của cuộc đời khi một người có phẫu thuật hậu môn nhân tạo là một yếu tố ảnh hưởng đến khả năng thích nghi của họ với hậu môn nhân tạo.

**3. Chỉ định :**

Hậu môn nhân tạo được chỉ định trong một số trường hợp sau:

-Ung thư đại tràng đến muộn trong giai đoạn trễ không còn khả năng cắt bỏ.

-Viêm loét năng trực tràng chảy nhiều máu.

-Bệnh túi thừa đại tràng.

-Rò trực tràng – âm đạo hay rò trực tràng – bàng quang.

-Chấn thương

-Các rối loạn chức năng khác.

**4.Đặc điểm của hậu môn nhân tạo bình thường:**   
- Một hậu môn nhân tạo khỏe mạnh có màu đỏ chỉ ra rằng nó được cung cấp máu tốt. Bề mặt niêm mạc thường là ẩm và mềm tương tự như là mô ở trong miệng.

- Bởi vì đường tiêu hóa và đường niệu không có dây thần kinh cảm giác do đó hậu môn nhân tạo không có cảm giác. 

- Thông thường chỉ có 1 lỗ mở trên hậu môn nhân tạo, nơi mà chất thải được thải ra. Lý tưởng nhất là lỗ mở nằm ở trung tâm của hậu môn nhân tạo, tuy nhiên tùy vào cấu trúc phẫu thuật, có thể có 2 lỗ mở trên bề mặt hậu môn nhân tạo (vòng) và có thể có hơn 1 hậu môn nhân tạo (hai nòng súng).   
  
 - Da xung quanh hậu môn nhân tạo nên được nguyên vẹn.

**5. Vị trí HMNT**:  Vị trí làm hậu môn nhân tạo phải đạt được các yêu cầu sau:

- Ở vùng thành bụng phẳng (để dễ dán túi).

-Không gần sẹo cũ, chỗ gồ xương.

-Không nằm ngay vị trí thắt lưng quần.

-BN dễ quan sát và dễ chăm sóc.

Mỗi ¼ thành bụng đều có thể được chọn lựa để làm hậu môn nhân tạo. Việc làm hậu môn nhân tạo qua cơ thẳng bụng trước đây được cho là nhằm giảm bớt nguy cơ thoát vị cạnh hậu môn nhân tạo, nhưng ngày nay điều này được cho là không cần thiết.

Vị trí được chọn lựa để làm hậu môn nhân tạo phải được xác định trước cuộc mổ. Cần chọn lựa vị trí ở cả tư thế đứng và ngồi. Đánh dấu vị trí bằng mực không phai màu (India).

**6. Nguyên tắc:**

Nguyên tắc căn bản của hậu môn nhân tạo là tạo ra sự dính giữa thành đại tràng và da thành bụng. Do đó nguyên tắc làm hậu môn nhân tạo gần giống với nguyên tắc khâu nối đại tràng, đó là:

- Cả hai phía của HMNT (đại tràng và da) phải được **tưới máu tốt**.

- Đoạn đại tràng được đưa ra làm hậu môn nhân tạo **không căng**, **không xoắn.**

-Cần thiết phải **di động tốt đoạn đại tràng** trước khi đưa nó qua thành bụng làm hậu môn nhân tạo. Thành bụng phải được xẻ đủ rộng để không làm hẹp miệng hậu môn nhân tạo.

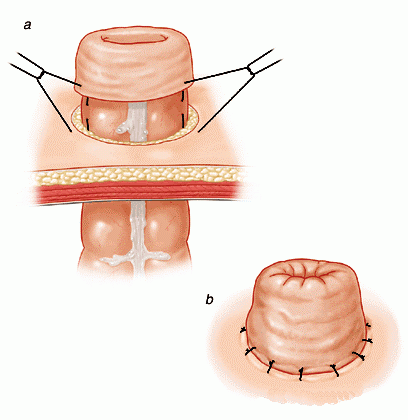
-**Thành bụng phải được khâu kín với thành đại tràng** để cho dịch phân không trào ngược vào xoang bụng.

**7. Kỹ thuật làm HMNT:**

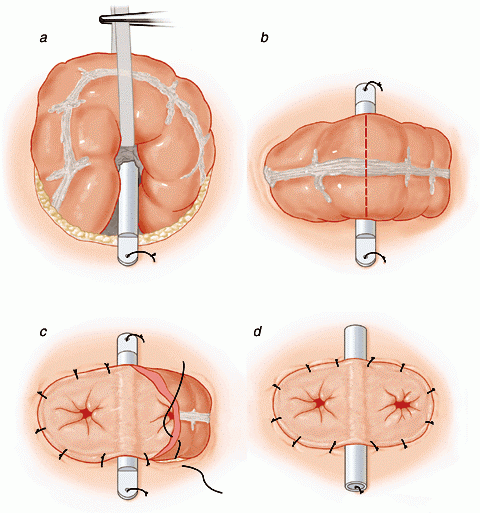
Để làm HMNT PTV phải xác định chắc chắn đoạn đại tràng sẽ được đưa ra làm hậu môn nhân tạo. Sau đó PTV tiến hành mở bụng, đi đến đoạn đại tràng cần làm hậu môn nhân tạo, đưa quai ruột già ra khỏi thành bụng, tiến hành cắt và đưa ống thông vào lòng đại tràng , da và mô xung quanh được cắt bỏ, đường kính khoảng 2.5cm, tạo thành một đường hầm mới, gọi là hậu môn nhân tạo.

Có 3 kiểu hậu môn nhân tạo chính:

**7.1 Hậu môn nhân tạo kiểu đầu tận (End colostomy):**

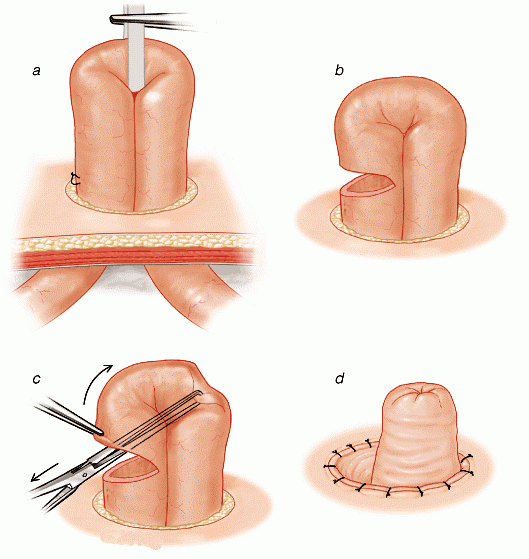
Phần cuối của đại tràng (đoạn nối với đường tiêu hóa trên – đầu gần) được đưa ra khỏi thành bụng khoảng 2cm, miệng đại tràng được khâu kín vào da thành bụng, bề mặt của HMNT là lớp niêm mạc của đại tràng, thường có màu hồng và ẩm ướt. Còn phần xa của đại tràng (đầu dưới) được khâu kín và để lại trong ổ bụng.

**7.2 Hậu môn nhân tạo kiểu nòng súng (Double-barrel colostomy):**

Kiểu nòng súng được thực hiện nhanh hơn kiểu đầu tận và thường có tính chất tạm thời. Đầu gần được đưa ra ngoài thành bụng, được dùng như là một hậu môn tạm thời để tống phân ra ngoài. Đầu xa cũng được đưa ra ngoài thành bụng, tạo thành một lỗ rò, có mộ tí chất nhầy chảy ra. Kiểu nòng sung giúp ruột được nghỉ ngơi và sẽ đóng lại thì sau.

**7.3 Hậu môn nhân tạo kiểu quai (Loop colostomy):**

Quai ruột sẽ được đưa ra khỏi thành bụng vài cm, và được cố định bằng thanh nhựa trượt bên dưới. Quai ruột được xẻ một hình vòng cung, cho phép phân di chuyển trong đại tràng và được tống ra ngoài. Thanh hỗ trợ được lấy ra khoảng 7 đến 10 ngày sau khi phẫu thuật. Kiểu quai được thực hiện để tạo ra lỗ thoát tạm thời cho phân từ một đoạn đại tràng bị tắc nghẽn hoặc bị tổn thương.



**8. Yêu cầu kỹ thuật:** HMNT cần đạt những yêu cầu sau:

-Phân ra dễ dàng: miệng hậu môn phải đủ rộng, lỗ mở đại tràng và thành bụng phải đủ rộng.

-Phân ra toàn bộ: phải đưa toàn bộ khẩu kính cuả đại tràng ra ngòai, bờ mạc treo ruột phải nằm ở ngoài da.

-Lắp túi phân thuận lợi: đại tràng được đưa ra ngoài không quá lớn, không sa đại tràng, chỗ nằm của hậu môn trên thành bụng phải xa các gờ, các ụ xương.

-Không gây khó khăn cho lần mỗ sau đối với HMNT tạm thời.

-Tự chủ: đối với HMNT vĩnh viễn, nếu có thể, làm cho HMNT tự chủ một phần, thuận lợi cho bệnh nhân trong sinh hoạt.

**9. Chăm sóc sau mổ**

Đối với BN phẩu thuật HMN hay bất kỳ cuộc phẩu thuật nào cũng cần được theo dõi huyết áp, mạch, nhịp thở, nhiệt độ. BN sẽ được hướng dẫn cách hít thở, ho, và cho thuốc giảm đau khi cần thiết. Ống thông mũi dạ dày vẫn được lưu lại, được hút liên tục đến khi ruột hoạt động trở lại. Trong vòng 24-48 giờ đầu tiên sau khi phẫu thuật, HMNT sẽ thoát chất nhày đẫm máu. BN sẽ được nuôi ăn bằng đường tĩnh mạch.Thông thường trong vòng 72 giờ, khí và phân sẽ thoát ra lỗ HMNT. Ban đầu, phân lỏng, dần dần đặt lại và bệnh nhân có thể bắt đầu ăn thức ăn mềm, đặc dần. Bệnh nhân thường ra khỏi giường trong 8 đến 24 giờ sau khi phẫu thuật và có thể xuất viện trong 2-4 ngày.

Một túi sẽ đặt trên bụng BN xung quanh miệng HMNT, trong thời gian nằm viện BN và người nhà sẽ được tư vấn cách chăm sóc hậu môn giả: chọn loại túi thích hợp và thường xuyên thay đổi túi, chăm sóc cẩn thận vùng da xung quanh miệng HMNT, chế độ ăn uống cần duy trì chức năng tiêu hóa, tránh thức ăn cứng, thức ăn khó tiêu và táo bón.

HMNT sẽ gây ra một số hạn chế cho BN, BN sẽ bị giới hạn về ăn uống, thể thao, làm việc, du lịch. Cần tránh các hoạt động thể lực mạnh, nâng các vật nặng hoặc tiếp xúc cơ thể với môi trường ô nhiễm.

**10. Biến chứng:**

Có **5 biến chứng thường gặp** sau phẫu thuật làm hậu môn nhân tạo là:

**- Chảy máu vết mổ.**

**- Hậu môn nhân tạo tụt vào trong xoang bụng.**

**- Nhiễm trùng vết mổ.**

**- Hoại tử hậu môn nhân tạo.**

**- Sa hậu môn nhân tạo.**

Ngoài ra còn gặp một số biến chứng khác như: thoát vị quanh hậu môn nhân tạo, hẹp lổ hậu môn nhân tạo, tắc ruột….

**10.1 Chảy máu sau phẫu thuật:**

Nguyên nhân do bệnh nhân có bệnh liên quan đến rối loạn yếu tố đông máu, dùng thuốc kháng đông trước đó hay do cầm máu không kỹ.

Xử trí: Khâu cầm máu kĩ.

**10.2 Hậu môn nhân tạo bị tụt vào xoang bụng:**

Nguyên nhân: Do đoạn đại tràng đưa ra làm hậu môn nhân tạo quá căng, đính đại tràng vào thành bụng không đúng kĩ thuật, hậu môn nhân tạo bị hoại tử.

Xử trí:

- Mổ lại, làm lại hậu môn nhân tạo

- Đóng hậu môn nhân tạo nếu đã đến thời điểm đóng.

**10.3 Nhiễm trùng:**

Do không tuân thủ nguyên tắc vô trùng, thao tác kỹ thuật không đúng làm dây vi trùng ra quanh hậu môn nhân tạo.

- Viêm tấy da quanh hậu môn nhân tạo:

+ Xử trí:

Dán túi dán để hạn chế dây dịch ruột ra xung quanh.

Chăm sóc da: rửa da bằng xà phòng trung tính, lau khô, thoa thuốc mỡ ô – xít kẽm.

Kháng sinh.

- Áp xe quanh hậu môn nhân tạo:

+ Xử trí: Cắt chỉ, tách một phần miệng hâu môn nhân tạo ra khỏi mép da để thoát mủ, thay băng hằng ngày.

**10.4 Hoại tử hậu môn nhân tạo:**

- Do đoạn đại tràng được đưa ra làm hậu môn nhân tạo bị **thiếu máu nuôi**. Biến chứng này thường liên quan tới các thao tác kỹ thuật như xoắn đại tràng hay tổn thương mạc treo ruột; thiếu máu nuôi còn do giảm lưu lượng tuần hoàn, nghẽn mạch ….Biến chứng này xảy ra trong khoảng 5 ngày đầu sau phẫu thuật.

Xử trí:

- Theo dõi thêm nếu hậu môn nhân tạo ra phân và phần hoại tử không lan xuống quá lớp cân thành bụng.

- Mổ lại nếu nghi ngờ xoắn hậu môn nhân tạo hay phần hoại tử lan sâu quá lớp cân

**10.5 Sa hậu môn nhân tạo:**

Thường xảy ra ở hậu môn nhân tạo kiểu quay.

Xử trí: Làm lại hậu môn nhân tạo, chuyển kiểu quay thành kiểu tận – tận, đóng hậu môn nhân tạo nếu đã đến thời điểm đóng.

**10.6 Các biến chứng khác**:

**10.6.1 Thoát vị quanh hậu môn nhân tạo:** Là tình trạng các tạng như ruột non, ruột già chui ra ngoài xoang bụng qua lổ hậu môn nhân tạo.

Nguyên nhân có thể do yếu tố liên quan đến bệnh nhân hay do thao tác kỹ thuật của thầy thuốc. Yếu tố liên quan đến bệnh nhân như béo phì, điều trị bằng thuốc steroid trước phẫu thuật, nhiễm trùng vết mổ, ho mạn tính …..Do thao tác kỹ thuật như lổ mở hậu môn nhân tạo quá rộng, đính hậu môn nhân tạo vào thành bụng không đúng kỹ thuật….

Biến chứng này có thể xảy ra bất kì thời gian nào sau phẫu thuật nhưng thường trong khoảng thời gian 2 năm sau phẫu thuật.

Xử trí: Khâu hẹp lại lổ mở hậu môn nhân tạo, khâu đính đại tràng vào hậu môn nhân tạo đúng kỹ thuật.

**10.6.2 Hẹp miệng hậu môn nhân tạo:**

Nguyên nhân thường gặp là nhiễm trùng quanh hậu môn.

Xử trí: hẹp nhẹ, gây tê tại chỗ làm lổ hậu môn nhân tạo rộng ra. Hẹp nặng, phẫu thuật tạo hình lại hậu môn nhân tạo.

**10.6.3 Tắc ruột:**

Nguyên nhân:

- Đường hầm trên thành bụng quá hẹp

- Còn tổn thương ở đoạn đại tràng phía trên hậu môn nhân tạo

- Hậu môn nhân tạo bị xoắn

- Hậu môn nhân tạo bị đưa lộn đầu

- Thoát vị cạnh hậu môn nhân tạo (nghẹt)

Xử trí: mổ lại, tuỳ tổn thương mà xử trí.

**Tham khảo:**

<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/ency/article/002942.htm>

<http://www.cancer.org/treatment/treatmentsandsideeffects/physicalsideeffects/ostomies/colostomyguide/colostomy-what-is-colostomy>

<http://thuctapngoai.wordpress.com/2013/11/17/chuyen-de-hau-mon-nhan-tao-tuan-1/>

<http://ngoaikhoalamsang.blogspot.com/2011/07/hau-mon-nhan-tao.html>

<http://www.surgeryencyclopedia.com/Ce-Fi/Colostomy.html>

<http://haumonnhantao.com.vn/hollister/cac-loai-hau-mon-nhan-tao/pid/7.html>

http://woundcareadvisor.com/understanding-stoma-complications\_vol2-no4/

http://www.hopkinsmedicine.org/healthlibrary/test\_procedures/gastroenterology/colostomy\_92,p07727