

PHẪU THUẬT NỘI SOI TÁI LẬP LƯU THÔNG MẬT RUỘT SAU CẮT NANG ỐNG MẬT CHỦ

Nguyễn Thanh Xuân¹, Phạm Như Hiệp¹, Hồ Hữu Thiện¹, Phạm Anh Vũ², Phan Hải Thanh¹,
Lê Đình Khánh², Văn Tiến Nhân¹, Trần Nghiêêm Trung¹, Phạm Trung Vỹ¹,
Phạm Xuân Đông¹, Phạm Minh Đức¹, Mai Trung Hiếu¹, Đào Lê Minh Châu¹.

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Nang ống mật chủ là bệnh lý bẩm sinh hiếm gặp của đường mật. Một số tác giả trong nước và trên thế giới đã báo cáo một số kinh nghiệm và kết quả cắt nang ống mật chủ nội soi. Vấn đề tái lập lưu thông mật ruột rất quan trọng sau khi cắt nang ống mật chủ. Chúng tôi thực hiện đề tài này nhằm "Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi tái lập lưu thông mật ruột sau cắt nang ống mật chủ".

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Từ tháng 1/2012 đến tháng 9/2015 có 45 trường hợp được phẫu thuật nội soi cắt nang ống mật chủ và tái lập lưu thông mật ruột tại Bệnh viện Trung ương Huế. Nghiên cứu tiền cứu theo dõi dọc có tái khám.

Kết quả: 45 trường hợp chúng tôi thực hiện việc tái lập lưu thông mật ruột bằng nội soi ổ bụng với thời gian mổ trung bình $185,3 \pm 9,18$ phút, 10 bệnh nhân là người lớn và 35 bệnh nhân trẻ em, lớn nhất là 60 tuổi và nhỏ nhất là 3 tháng. Tỷ lệ nữ/nam là 3,5/1. Tuổi trung bình của bệnh nhân là $8,51 \pm 5,04$ tuổi, thời gian hậu phẫu $7 \pm 3,7$ ngày.

Kết luận: Phẫu thuật nội soi tái lập lưu thông mật ruột sau cắt nang ống mật chủ là phương pháp an toàn, hiệu quả và khả thi ở các trung tâm y tế lớn.

Từ khóa : Phẫu thuật nội soi, lưu thông mật ruột, cắt nang ống mật chủ.

ABSTRACT

LAPAROSCOPIC HEPATICOJEJUNOSTOMY AFTER EXCISION OF A CHOLEDOCHAL CYST

Nguyen Thanh Xuan¹, Pham Nhu Hiep¹, Ho Huu Thien¹, Pham Anh Vu², Phan Hai Thanh¹,
Le Dinh Khanh², Van Tien Nhan¹, Tran Nghiem Trung¹, Pham Trung Vy¹, Pham Xuan Dong¹,
Pham Minh Duc, Mai Trung Hieu¹, Dao Le Minh Chau¹.

Introduction: Evaluating the results in laparoscopic hepaticojunostomy after excision of a choledochal cyst.

Materials and methods: 45 patients with laparoscopic hepaticojunostomy after excision of a choledochal cyst from 1/2012 to 9/2015 in Hue Central Hospital.

Results: Male/female was 3.5/1. Age: 8.51 ± 5.04 years. The range operating time was 185.3 ± 9.18 M. The hospital stay was 7 ± 3.7 day.

1. Bệnh viện TW Huế
2. Trường Đại học Y Dược
Huế

- Ngày nhận bài (Received): 20/10/2015; Ngày phản biện (Revised): 1/12/2015;
- Ngày đăng bài (Accepted): 14/12/2015
- Người phản biện: Lê Lộc
- Người phản hồi (Corresponding author): Nguyễn Thanh Xuân
- Email: thanhxuan82vn@yahoo.com ; ĐT: 0945313999

Phẫu thuật nội soi tái lập lưu thông mật ruột sau cắt nang ống mật chủ...

Conclusion: Laparoscopic hepaticojejunostomy after excision of a choledochal cyst is safe, feasible and efficient in medical high-tech center.

Key words: Laparoscopic, hepaticojejunostomy, excision of a choledochal cyst.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nang ống mật chủ là một bệnh lý bẩm sinh hiếm gặp của đường mật. Vấn đề chẩn đoán sớm, chính xác và can thiệp ngoại khoa sớm nhất là rất cần thiết để tránh nguy cơ ung thư hóa đường mật [1],[5]. Phẫu thuật nội soi cắt nang ống mật chủ là một lựa chọn tối ưu của các phẫu thuật viên. Tuy nhiên việc lựa chọn phương pháp tái lập lưu thông mật ruột vẫn có nhiều ý kiến khác nhau. Một số tác giả trong nước và trên thế giới đã báo cáo một số kinh nghiệm và kết quả cắt nang ống mật chủ nội soi và tái lập lưu thông mật ruột sau đó cho thấy việc tái lập lưu thông mật ruột sau mổ là rất quan trọng. Chúng tôi nghiên cứu đề tài này với mục tiêu “**Đánh giá kết quả tái lập lưu thông mật ruột nội soi sau cắt nang ống mật chủ**”.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng: Bao gồm 45 bệnh nhân được phẫu thuật nội soi tái lập lưu thông mật ruột sau cắt nang ống mật chủ từ tháng 1 năm 2012 đến tháng 9 năm 2015 tại Bệnh viện Trung ương Huế.

2.2. Phương pháp: Nghiên cứu tiến cứu theo dõi dọc có tái khám.

2.3. Kỹ thuật mổ: Tư thế bệnh nhân và vị trí phẫu thuật viên.

Bệnh nhân được đặt ở tư thế nằm ngửa, đầu cao và nghiêng trái (T). Phẫu thuật viên và người phụ mổ một cầm camera đứng bên trái bệnh nhân, phụ mổ hai đứng bên phải. Máy nội soi được đặt ở bên phải (P) bệnh nhân.

Chúng tôi sử dụng 4 trocar. Một trocar 10mm ngay dưới rốn dùng cho optique. Một trocar 10mm hoặc 5mm dưới mũi ức và hơi lệch trái, hai trocar 5mm dưới sườn phải. Sau khi cắt nang ống mật chủ nội soi, nối ống gan chung với hồng tràng theo phương pháp Roux-en-Y. Miệng nối hồng - hồng tràng thực hiện qua một đường rạch nhỏ khoảng 1,5cm-2cm vòng quanh rốn. Miệng nối ống gan chung với hồng tràng được thực hiện hoàn toàn bằng phương pháp nội soi. Đặt ống dẫn lưu dưới gan, đóng lại thành bụng. 100% nang và túi mật được gỡ giải phẫu bệnh [3], [4], [8].

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Nhóm nghiên cứu bao gồm 33 nữ và 12 nam, thời gian mổ trung bình $185,3 \pm 9,18$ phút, 10 bệnh nhân là người lớn và 35 bệnh nhân trẻ em, lớn nhất là 60 tuổi và nhỏ nhất là 3 tháng. Tỷ lệ nữ/nam là 3,5/1. Tuổi trung bình của bệnh nhân là $8,51 \pm 5,04$ tuổi, thời gian hậu phẫu $7 \pm 3,7$.

Bảng 1. Thời gian phẫu thuật trung bình

Thời gian	Người lớn (phút)	Trẻ em (phút)	Chung (phút)
Thời gian phẫu tích nang	118,5	92,2	97,2
Thời gian làm miệng nối	64,7	83,4	80,6
Tổng thời gian phẫu thuật	183,2	176,5	177,8

Bảng 2. Tỷ lệ chuyển mổ mở

Tỷ lệ chuyển mổ mở	n	%
Người lớn (n=10)	1	10
Trẻ em (n=35)	1	2,8
Tổng cộng (n=45)	2	4,4

Không có chảy máu và tử vong trong mổ.

Bệnh viện Trung ương Huế

Bảng 3. Biến chứng sau mổ

Biến chứng sau mổ	Người lớn (n=10)		Trẻ em (n=35)		Chung (n=45)	
Dò mật	2	20%	2	5,7%	4	8,8%
Chảy máu sau mổ	1	10%	0	0%	1	2,2%
Nhiễm trùng vết mổ	1	10%	1	2,8%	2	4,4%

Thời gian hậu phẫu $7 \pm 3,7$ ngày.

Bảng 4. Đánh giá quai ruột sau mổ

Phương pháp	Kết quả			
Khám lâm sàng	Bình thường	Đau bụng	Vàng da	Tiêu chảy
CTscanner bụng (n = 32)	Bình thường	Viêm đường mật	Hẹp miệng nối	Viêm miệng nối
	29 (90,3%)	3 (9,7%)	0	0
Siêu âm (n=45)	Bình thường	Viêm đường mật	Hẹp miệng nối	Viêm miệng nối
	41(91,1%)	4 (8,8%)	0	1 (2,2%)

Bảng 5. Đánh giá kết quả tái khám

Kết quả	n	%
Tốt	42	93,3
Trung bình	2	4,6
Xấu	1	2,1

Có 45 bệnh nhân quay trở lại tái khám, trong đó 42 bệnh nhân hoàn toàn hài lòng về kết quả phẫu thuật, các triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng được cải thiện, chúng tôi xếp vào nhóm có kết quả tốt. 4 bệnh nhân tái khám có tình trạng viêm đường mật, nhiễm trùng đường mật, tuy nhiên sau đợt điều trị nội khoa bệnh nhân hoàn toàn được hồi phục. Có 1 trường hợp nào bị mổ lại ngay sau mổ do dò mật.

IV. BÀN LUẬN

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi thể hiện phương pháp cắt nang ống mật chủ nội soi là một phương pháp mang lại cho bệnh nhân kết quả điều trị tốt.

Ưu điểm của phương pháp mổ nội soi là phẫu thuật ít gây sang chấn, bệnh nhân đỡ đau sau mổ,

thời gian hồi phục nhanh (ăn đường miệng, đi lại, nằm viện) ngắn hơn so với mổ mở. Ưu điểm tiếp theo đó là tính thẩm mỹ, Nếu như mổ mở bệnh nhân phải chịu một sẹo mổ dài ở dưới sườn phải hoặc đường giữa trên rốn thì mổ nội soi hầu như không có sẹo mổ. Hơn thế nữa nang OMC phần lớn gặp ở trẻ nữ, ở hầu hết các nghiên cứu tỉ lệ trẻ nữ cao gấp 3,5-4 lần trẻ nam[2],[6]. Do vậy tính thẩm mỹ cho nữ giới càng trở nên quý giá.

Thời gian phẫu thuật luôn là một thách thức lớn với tất cả các PTV đặc biệt là ở trẻ nhỏ khi mà phẫu trường thao tác chật hẹp. Nếu thời gian phẫu thuật quá dài sẽ ảnh hưởng đến vấn đề hồi sức trong cũng như sau mổ. Để rút ngắn thời gian mổ cần đến nhiều yếu tố, quan trọng nhất là trình độ của phẫu

Phẫu thuật nội soi tái lập lưu thông mật ruột sau cắt nang ống mật chủ...

thuật viên, bác sĩ phụ mổ, y tá dụng cụ và phối hợp ăn ý với nhóm gây mê. Ngoài ra đòi hỏi phương tiện dụng cụ phải đồng bộ, phù hợp, tuổi bệnh nhân được phẫu thuật, kích thước cũng như mức độ viêm dính của nang. Vì vậy thời gian phẫu thuật ở giai đoạn đầu lúc mới tiến hành phẫu thuật nội soi dài hơn nhiều so với những trường hợp phẫu thuật sau này. Thời gian mổ trung bình của chúng tôi là $185,3 \pm 9,18$ phút. Thời gian này tương đương với thời gian mổ của các tác giả khác ở trong nước và thế giới [10], [11], [12].

Khi phẫu thuật viên có kinh nghiệm mổ nội soi, việc thực hiện cắt nang, miệng nối mật ruột chính xác hơn so với mổ mở. Trong mổ mở việc

thực hiện các thao tác phẫu thuật đôi khi rất khó khăn do trẻ nhỏ, phẫu trường ở sâu, hẹp thì với phẫu thuật nội soi do gan được treo lên thành bụng một cách khoa học (như kỹ thuật mô tả ở trên), cùng với độ phóng đại của camera, việc thao tác phẫu thuật trở nên rất thuận lợi. Điều này giải thích tại sao tỉ lệ biến chứng trong mổ (chảy máu, thủng đường tiêu hoá), hoặc tỉ lệ đục, xì, rò hoặc hẹp miệng nối mật ruột trong mổ nội soi đều thấp, 2 trường hợp nào phải chuyển mổ mở do nang quá lớn và dính nhiều, tỉ lệ biến chứng sau mổ ở nghiên cứu của chúng tôi là 17,6% nhưng đều được điều trị khỏi bằng nội khoa và không có tử vong sau mổ.

Bảng 6. Tỷ lệ chuyển mổ mở trên thế giới [10]

	N	Chuyển mổ mở	%
Lee KH(2009)	37	3	8,1
Chokshi (2009)	9	3	33,3
Tanaka (2001)	8	3	37,5
Palanivelu(2008)	35	3	8,5
Tang ST (2011)	62	1	1,6
Hong (2008)	31	4	12,9
Diao (2010)	218	0	0
Ramadwar	49	1	2,04
Chúng tôi	27	0	4,4

Việc sử dụng quai ruột Roux–En-Y để tái lập lưu thông mật ruột bằng phẫu thuật nội soi là xu hướng được các tác giả trong nước và trên thế giới thực hiện. Ưu điểm của quai ruột này làm giảm tỷ lệ nhiễm trùng đường mật sau mổ. Sinh lý về đường mật và ống tiêu hóa được đảm bảo. [9] Dựa vào các lợi điểm và y văn nên chúng tôi nghiên cứu sử dụng phương pháp này.

Trong nghiên cứu của chúng tôi có đến 93,3% đạt kết quả tốt sau mổ. Một trường hợp mổ lại ngay sau mổ do bệnh nhân bị dò mật, tuy nhiên sau mổ lại bệnh nhân ổn định và ra viện tốt. Chỉ có 4 trường hợp bị viêm đường mật chiếm 14,81% và được điều

trị nội khoa ổn định. Kết quả này cũng tương đương với kết quả tại Viện Nhi Trung ương [2],[7].

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật nội soi tái lập lưu thông mật ruột sau cắt nang ống mật chủ là một phương pháp an toàn, khả thi cho kết quả tốt với độ chính xác và thẩm mỹ cao. Không có tai biến trong mổ, biến chứng sau mổ ít và có thể điều trị bằng nội khoa. Tuy nhiên, đây là một kỹ thuật phức tạp với nhiều nguy cơ có thể xảy ra trong mổ do đó kỹ thuật cần phải được thực hiện ở các trung tâm y tế lớn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Cao Cường, Lê Quang Nghĩa, Văn Tần (2004), “Ung thư nang đường mật ở người lớn”, *Y học TP Hồ Chí Minh*, 8(1), tr. 26-29.
2. Nguyễn Thanh Liêm (2000), “Giãn đường mật bẩm sinh”, *Phẫu thuật tiêu hóa trẻ em*, tr. 320-337.
3. Trương Nguyễn Uy Linh, Nguyễn Kinh Bang, Đào Trung Hiếu (2008), “Đánh giá kết quả phẫu thuật cắt nang triệt để và nối cao mật ruột trong điều trị nang ống mật chủ ở trẻ em”, *Y học TP Hồ Chí Minh*, 12(4), tr. 411-419.
4. Hồ Hữu Thiện, Phạm Như Hiệp, Phạm Anh Vũ, Phan Hải Thanh, Nguyễn Thanh Xuân, Văn Tiến Nhân, Trần Nghiêm Trung (2009), “*Phẫu thuật nội soi điều trị nang ống mật chủ ở trẻ em: Kết quả bước đầu tại bệnh viện Trung ương Huế*” *Tạp chí Y học Thực Hành*, 690+691, tr. 64-68.
5. Trần Thiện Trung, Nguyễn Hoàng Bắc, Lê Châu Hoàng Quốc Chương, Đỗ Trọng Hải, Đỗ Trọng Khanh, Nguyễn Tấn Cường (2007), “Kết quả sớm của phẫu thuật điều trị nang đường mật ở người lớn”, *Y học TP Hồ Chí Minh*, 11(1), tr. 146-153.
6. Phạm Anh Vũ (2002), *Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị bệnh giãn đường mật bẩm sinh ở trẻ em tại Bệnh viện Trung ương Huế, Luận văn thạc sĩ y học*, Đại học Y Dược Huế - Đại học Huế, Huế.
7. Abramson L.P., Superina R., Radhakrishnan J. (2009), “Choledochal cyst”, *Pediatric surgery*, 2nd edition, pp. 306-310.
8. Brunicaudi F.C. (2002), “Gallbladder and the Extrahepatic biliary system”, *Schwartz's principles of surgery*, 8th edition, pp. 2556-2573.
9. Karrer F.M. (2009), “Complications of hepatobiliary surgery”, *Compli53*. Tiao G.M. (2007), “Operative treatment of Choledochal cysts”, *Mastery of surgery*, 5th edition, pp. 2788-2799.
10. Ure B M, Schier F, Schmidt A I, Nustede R, Peterson C, Jesch NK (2005), “Laparoscopic resection of congenital choledochal cyst, Choledocojejunostomy, and extraabdominal Roux-en-Y anastomosis”, *Surg endosc*, 19(8), pp. 1055 -1057.
11. Visser B C, Suh I, Way LW, Kang S M (2004), “Congenital choledochal cysts in adults”, *Arch Surg*, (139), pp. 855-862.
12. Vries JS, Vries S, et al (2002), “Choledochal cysts: Age of presentation, symptoms, and late complication related to Todani's classification”, *J Pediatr Surg*, (37), pp. 1568-1573.