

KẾT QUẢ PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT NANG ỐNG MẬT CHỦ VÀ NỐI MẬT RUỘT KIỂU ROUX - EN Y

Nguyễn Thanh Xuân¹, Phan Thanh Hải²

¹Khoa Ngoại Nhi - Cấp cứu bụng, Bệnh viện Trung Ương Huế

²Khoa Ngoại Tổng hợp, Bệnh viện Trung Ương Huế cơ sở 2

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả các đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh lý nang ống mật chủ. Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi (PTNS) bóc nang ống mật chủ và tái lập lưu thông mật ruột kiểu Roux-en-Y.

Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu tiến cứu có mô tả 105 bệnh nhân được chẩn đoán xác định nang ống mật chủ và được phẫu thuật nội soi cắt nang và tái lập lưu thông mật ruột kiểu Roux-en-Y tại Bệnh viện Trung ương Huế từ tháng 01 năm 2016 đến tháng 12 năm 2021.

Kết quả: Tuổi trung bình 9,4 tuổi. Nữ chiếm 81%. Có 99 trường hợp bệnh nhân thể I và 6 trường hợp thể IVA theo phân loại Todani. 74,3% bệnh nhân vào viện vì đau hạ sườn phải. Thời gian phẫu thuật trung bình 173,43 phút. Thời gian cắt nang trung bình 41,36 phút. Thời gian trung bình làm miệng nối mật ruột 43,67 phút, ruột - ruột là 35,56 phút. 66,7% bệnh nhân trung tiện sau 24 - 48 giờ. Thời gian hậu phẫu trung bình 6,5 ngày. Tỷ lệ tai biến 1,9%, tỷ lệ biến chứng 2,9%. Kết quả phẫu thuật 85,7% tốt, 9,5% khá, 4,7% trung bình.

Kết luận: PTNS bóc nang ống mật chủ, nối mật ruột kiểu Roux-en-Y là một phương pháp khả thi, hiệu quả và an toàn, bảo đảm yêu cầu chức năng và thẩm mỹ cho bệnh nhân.

Từ khóa: Phẫu thuật nội soi, nang ống mật chủ, nối mật ruột Roux-en-Y.

ABSTRACT

SURGICAL OUTCOMES OF LAPAROSCOPIC SURGERY FOR CHOLEDOCHAL CYSTECTOMY AND ROUX-EN-Y HEPATICOJEJUNOSTOMY

Nguyen Thanh Xuan¹, Phan Thanh Hai²

Purposes: To explore the clinical and paraclinical characteristics of choledochal cyst, and evaluates the surgical outcomes of laparoscopic choledochal cyst resection and Roux-en-Y Hepaticojejunostomy.

Methods: A prospective descriptive study was conducted on 105 patients who were diagnosed with choledochal cysts and underwent laparoscopic cystectomy resection and Roux-en-Y jejunojejunal anastomosis at Hue Central Hospital from January 2016 to December 2021.

Results: The mean age was 9.4 years old. Females accounted for 81%. There were 99 cases of type I and 6 cases of type IVA according to Todani classification. 74.3% of patients were admitted to the hospital because of right upper quadrant pain. The mean operative time was 174.43 minutes. The mean resection time was 41.36 minutes. The mean time was 43.67 minutes for a Roux-en-Y Hepaticojejunostomy and 35.56

Ngày nhận bài:

06/6/2022

Ngày chỉnh sửa:

4/8/2022

Chấp thuận đăng:

17/8/2022

Tác giả liên hệ:

Nguyễn Thanh Xuân

Email:

thanhxuanbvhh@gmail.com

SĐT: 0983038999

Kết quả phẫu thuật nội soi cắt nang ống mật chủ và nối mật ruột...

minutes for jejuno - jejunal anastomosis. 66.7% of patients had a bowel movement after 24 - 48 hours. The mean postoperative stay was 6.5 days. The accident rate was 1.9%. The complication rate was 2.9%. Surgical result was classified as very good in 85.7%, good in 9.5% and average in 4.7%.

Conclusions: Laparoscopic surgery for cholelithiasis is a feasible, effective and safe, ensuring functional and aesthetic results for patients.

Keywords: Laparoscopy, cholelithiasis, Roux-en-Y hepaticojejunostomy.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nang ống mật chủ là tình trạng giãn khu trú hay lan tỏa đường mật trong và ngoài gan được mô tả lần đầu tiên vào năm 1723 do hai nhà y học là Vater và Ezler. Nang ống mật chủ là một bệnh lý hiếm gặp. Tần suất mắc bệnh khoảng 1/13000 ở châu Á, đặc biệt là ở Nhật Bản. Trong khi tỷ lệ này ở các nước phương Tây là 1/100000. Chẩn đoán sớm, chính xác và can thiệp ngoại khoa là cần thiết để tránh nguy cơ ung thư hóa đường mật [1].

Hiện nay phẫu thuật nội soi đã được ứng dụng rất hiệu quả trong việc phẫu tích nang ống mật chủ, tuy nhiên việc thực hiện miệng nối mật - ruột vẫn còn nhiều tranh luận và kết quả phụ thuộc vào ưu nhược điểm của từng phương pháp. Những nghiên cứu gần đây cho thấy phẫu tích nang ống mật chủ bằng phương pháp nội soi đã trở nên đơn giản, dễ thực hiện và miệng nối ống gan chung - hồng tràng theo kiểu Roux-en-Y làm cho đường mật ít tiếp xúc với dịch tiêu hóa nên đã giảm thiểu được tỷ lệ nhiễm trùng đường mật so với những phương pháp nối mật ruột khác, do đó nhiều phẫu thuật viên ưu tiên lựa chọn. Với kiểu nối này miệng nối mật ruột được lưu thông tốt, tỷ lệ biến chứng rò rỉ miệng nối rất thấp khoảng 2,3% [2]. Chọn một phương pháp nối mật - ruột an toàn, ít biến chứng và mang lại chất lượng cuộc sống tốt cho bệnh nhân sau cắt nang ống mật chủ là nhu cầu thật sự cần thiết trong bối cảnh hiện nay. Với mong muốn đánh giá thêm những ưu khuyết điểm của phương pháp, góp phần số liệu vào lĩnh vực nghiên cứu tạo điều kiện cho phẫu thuật viên có thêm cơ sở để chọn lựa phương pháp điều trị nang ống mật chủ, chúng tôi thực hiện đề tài “Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi cắt nang ống mật chủ và nối mật ruột kiểu Roux-en-Y” với 2 mục tiêu: nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh lý nang ống mật chủ. Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi

bóc nang ống mật chủ và tái lập lưu thông mật ruột kiểu Roux-en-Y.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng

Thực hiện nghiên cứu tiến cứu ở 105 bệnh nhân được chẩn đoán xác định nang ống mật chủ và được phẫu thuật nội soi cắt nang và tái lập lưu thông mật ruột kiểu Roux-en-Y tại Bệnh viện Trung ương Huế từ tháng 01 năm 2016 đến tháng 12 năm 2021.

2.2. Kỹ thuật mổ

Bệnh nhân được vô cảm bằng phương pháp gây mê nội khí quản.

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.

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.

Tùy theo vị trí nang ống mật chủ, không gian thao tác trong ổ bụng bệnh nhân, phẫu thuật viên có thể thay đổi vị trí trocar sao cho phù hợp với phẫu thuật viên.

Phẫu tích và giải phóng nang:

Tiến hành giải phóng túi mật, phẫu tích động mạch túi mật và cắt động mạch túi mật.

Phẫu tích túi mật ra khỏi gan và đi xuống phía cổ túi mật. Dùng túi mật để treo nang lên, phẫu tích mặt trước nang, sau đó phẫu tích bên trái và bên phải nang. Từ bên trái phẫu tích dần tách nang khỏi động mạch gan và tĩnh mạch cửa cho đến lúc luôn được kẹp phẫu tích qua giữa nang và tĩnh mạch cửa bên trái sang bên phải. Trong trường hợp phẫu tích khó khăn có thể khâu treo dây chằng tròn vào thành bụng để nâng gan.

Bệnh viện Trung ương Huế

Tiếp tục phẫu tích bóc tách phần dưới nang khỏi tổ chức xung quanh và tụy. Trong quá trình phẫu tích dùng máy đốt lưỡng cực và đơn cực. Ở phía xa của nang lưu ý động mạch tá tụy trước trên và động mạch vị tá tràng. Đây là hai mạch máu dễ bị tổn thương nhất. Dùng một kẹp đưa qua trocar thứ 4 để đẩy tá tràng xuống dưới, dùng một kẹp đưa qua trocar thứ 3 để phẫu tích và cầm máu. Cắt sâu xuống phía dưới phần ống mật chủ nằm sau tá tràng, cắt tối đa có thể đến khi phần còn lại có thể kẹp bằng clip. Nếu phẫu tích khó thì có thể mở nang ra quan sát từ trong nang để tìm ra lỗ của ống mật tụy chung sau đó khâu lại lỗ này.

Sau khi phẫu tích tới đoạn cuối của nang, thực hiện đóng lại đầu dưới của nang đã thu nhỏ lại bằng Hemolock phần nối giữa đáy nang và ống mật tụy chung trong trường hợp đầu dưới thông, không xử trí gì nếu đầu dưới tắc hoàn toàn.

Cắt rời đáy nang. Tiếp tục bóc tách phần trên nang lên sát ống gan chung. Cắt phần trên ngang dưới mức đổ vào ống cổ túi mật. Quan sát để tìm lỗ của ống gan chung. Cắt tiếp phần còn lại của nang ra khỏi ống gan chung.

Tiếp theo, phẫu tích lên vùng rốn gan chỗ chia đôi của nhánh gan P và T. Ở vùng này luôn chú ý đến các mạch máu chạy ở mặt sau của ống gan chung tại rốn gan, nếu phẫu tích không cẩn thận dễ bị tổn thương các mạch máu này. Sau khi phẫu tích toàn bộ nang ra khỏi cuống gan, cắt bỏ nang, lấy dịch thử amylase.

Kỹ thuật nối mật - ruột Roux-en-Y:

Nối trước đại tràng ngang, miệng nối ống gan - hồng tràng cách miệng nối hồng - hồng tràng từ 30 - 60cm để tránh căng và trào ngược tụy. Mở ruột tụy

kích thước ống gan, cách đầu tận quai hồng tràng khoảng 2cm. Đường khâu qua tất cả các lớp của ruột, lấy 1 mũi khoảng 4 - 5mm ở lớp thanh cơ, ít hơn ở niêm mạc và khoảng 3mm ở ống mật. Sau khi cắt nang, nội soi vén đại tràng ngang lên phía trên để tìm góc Treitz. Khâu một mũi chỉ chờ cách góc Treitz 30cm, khâu một mũi chỉ Vicryl cách mũi khâu thứ nhất 2cm. Đối với một số phẫu thuật viên có kinh nghiệm thường không sử dụng bước này. Dùng một kẹp giữ quai ruột giữa 2 mũi khâu. Rút bỏ trocar rốn và mở rộng trocar rốn thêm 1cm theo chiều dọc. Dùng kẹp đẩy quai ruột qua vết mổ ở rốn và kéo quai ruột này ra ngoài thành bụng.

Cắt đôi quai ruột giữa 2 sợi chỉ và nối hồng tràng - hồng tràng theo kiểu tận - bên. Đưa ruột trở lại ổ bụng. Khâu nhỏ vết mổ qua rốn. Đặt lại trocar rốn và tiếp tục thì nội soi.

Đưa quai ruột chữ Y qua mạc treo lên rốn gan hoặc có thể để trên đại tràng. Mở quai ruột theo chiều dọc cách đầu tận cùng khoảng 2cm. Nối ống gan chung - hồng tràng một lớp tận - bên bằng chỉ vicryl 5.0 hoặc 4.0.

Đưa quai ruột chữ Y qua mạc treo lên rốn gan hoặc có thể để trên đại tràng. Mở quai ruột theo chiều dọc cách đầu tận cùng khoảng 2cm. Nối ống gan chung - hồng tràng một lớp tận - bên bằng chỉ vicryl 5.0 hoặc 4.0. Khâu dính mạc treo nếu nối xuyên qua mạc treo đại tràng ngang. Đặt dẫn lưu dưới gan và đóng các lỗ trocar.

III. KẾT QUẢ

Gồm 105 bệnh nhân, tuổi nhỏ nhất 2,5 tháng, lớn nhất 75, trung bình 9,4 tuổi. Nhóm tuổi < 16 tuổi có 80 bệnh nhân chiếm 76,2%, ≥ 16 tuổi có 25 bệnh nhân chiếm 23,8%. Nữ chiếm tỷ lệ 81%, nam 19%.

Bảng 1: Lý do vào viện

LD nhập viện \ Tuổi	< 16 tuổi		≥ 16 tuổi		Tổng	
	n	%	n	%	n	%
Đau bụng HSP	58	55,2	20	19,1	78	74,3
Nôn	2	1,9	0	0	2	1,9
Sốt	2	1,9	1	1	3	2,9
Vàng da	8	7,6	4	3,8	12	11,4
Phân bạc màu	4	3,8	0	0	4	3,8
Phát hiện tình cờ	4	3,8	2	1,9	6	5,7

Kết quả phẫu thuật nội soi cắt nang ống mật chủ và nối mật ruột...

Bảng 2: Đặc điểm lâm sàng

Triệu chứng	Số lượng	Tỷ lệ %
Đau hạ sườn phải	78	74,3
Khối gồ hạ sườn phải	5	4,8
Vàng da	12	11,4
Sốt	3	2,9
Nôn, buồn nôn	7	6,7

Bảng 3: Các thể lâm sàng của nang ống mật chủ

Thể lâm sàng	Số lượng	Tỷ lệ %
IA	49	46,7
IB	12	11,4
IC	38	36,1
IVA	6	5,8

Kích thước nang ống mật chủ trên siêu âm: 10 - 30mm: 55 bệnh nhân (52,3%); 31 - 50mm: 40 bệnh nhân (38,1%), > 50mm: 10 bệnh nhân (9,6%). Kích thước nang trung bình là 35mm.

Cận lâm sàng có 48 bệnh nhân (45,7%) có tăng bạch cầu, 12 bệnh nhân (11,4%) có tăng bilirubin máu, 10 bệnh nhân (9,5%) có tăng men gan, 50 bệnh nhân (47,6%) có tăng amylase và lipase máu.

Không có trường hợp nào phải chuyển mổ mở. Viêm dính quanh ống mật chủ có 15 trường hợp (14,2%).

Thời gian mổ ngắn nhất là 120 phút, dài nhất là 290 phút, trung bình là 173,43 phút.

Bảng 4: Thời gian phẫu thuật

	Ngắn nhất	Dài nhất	Trung bình
Thời gian cắt nang	35	120	41,36
Thời gian nối ruột - ruột	20	50	35,56
Thời gian nối mật - ruột	35	65	43,67
Thời gian phẫu thuật	100	290	173,43

Không có mối liên quan giữa thời gian phẫu thuật và nhóm tuổi ($p > 0,05$). Có mối liên quan giữa thời gian cắt nang, thời gian phẫu thuật và viêm dính quanh ống mật chủ ($p < 0,05$). Không có mối liên quan giữa thời gian phẫu thuật và kích thước nang trên siêu âm ($p > 0,05$). Không có mối liên quan giữa thời gian cắt nang, thời gian nối ruột - ruột, thời gian nối mật - ruột và nhóm tuổi ($p > 0,05$).

Có 2 trường hợp tai biến chảy máu phải truyền máu trong mổ, chiếm tỷ lệ 1,9%.

Thời gian trung tiện trong 24h đầu có 19%, 66,7% trong 24 - 48h, 14,2% trung tiện sau 48h. Tỷ lệ biến chứng 2,9%. Thời gian nằm viện ngắn nhất 5 ngày, dài nhất 15 ngày, trung bình là 6,5 ngày. Kết quả phẫu thuật 85,7% tốt, 9,5% khá, 4,7% trung bình.

IV. BÀN LUẬN

Sau trường hợp PTNS điều trị nang OMC đầu tiên được báo cáo bởi Farello và CS (1995) [3], nhiều tác giả, đặc biệt ở châu Á đã báo cáo nhiều nghiên cứu với số lượng bệnh nhân rất lớn nang OMC được điều trị bằng PTNS [4 - 7]. Với sự phát triển nhanh chóng của công nghệ hiện đại, phẫu thuật nội soi đã tỏ rõ sự ưu việt và dần thay thế phẫu thuật mở bụng trong hầu hết các phẫu thuật trong ổ bụng nói chung và phẫu thuật điều trị nang ống mật chủ nói riêng. Năm 2006, tại Bệnh viện Trung ương Huế trường hợp phẫu thuật nội soi cắt nang OMC đầu tiên đã được thực hiện và cho kết quả tốt. Ưu điểm đầu tiên của PTNS phải kể đến đó là hiệu quả điều trị tốt, an toàn, ít đau sau mổ, giảm tỷ lệ biến chứng sau mổ và tính thẩm mỹ. Hơn thế nữa nang ống mật chủ phần lớn gặp ở nữ, do vậy tính thẩm mỹ cho nữ giới càng trở nên quý giá. Tuy nhiên nó đòi hỏi phẫu thuật viên phải có nhiều kinh nghiệm mổ nội soi, kỹ năng phẫu tích và khâu nối khó, chỉ mới được thực hiện ở các bệnh viện lớn trong nước, nơi có các chuyên gia hàng đầu về phẫu thuật nội soi. Từ tháng 1 năm 2016 tới 12 năm 2021 có 105 trường hợp nang OMC được PTNS bóc nang, nối ống gan chung hồng tràng kiểu Roux-en-Y tại Bệnh viện Trung Ương Huế, chúng tôi thấy đây là phẫu thuật khả thi, hiệu quả và an toàn, bảo đảm yêu cầu chức năng và thẩm mỹ cho bệnh nhân.

Cắt nang nội soi được thực hiện trên 105 bệnh nhân, tuổi nhỏ nhất 2,5 tháng, lớn nhất 75, trung

Bệnh viện Trung ương Huế

binh 9,4 tuổi. Bệnh chủ yếu gặp ở lứa tuổi trẻ em với nhóm tuổi < 16 tuổi có 80 bệnh nhân chiếm 76,2%, ≥ 16 tuổi có 25 bệnh nhân chiếm 23,8%. Nữ chiếm tỷ lệ 81%, nam 19%.

Bệnh nhân nhập viện chủ yếu với triệu chứng đau bụng hạ sườn phải chiếm 74,3%, vàng da 11,4%, kết quả này cũng tương đương với một số nghiên cứu khác [5, 7]. Điều này cũng có thể giải thích được dựa trên những biến chứng thường gặp của bệnh lý nang ống mật chủ là nhiễm trùng đường mật, sỏi đường mật hay là trong bệnh cảnh của một đợt viêm tụy cấp. Ở người lớn có thể là các cơn đau quặn gan thoáng qua, không kèm các triệu chứng đặc hiệu của bệnh lý gan mật như vàng mắt, vàng da, khối gồ hạ sườn phải nên bệnh nhân thường dễ bỏ qua. Còn ở lứa tuổi trẻ em thường là lần đầu tiên làm trẻ quấy khóc khiến bố mẹ lo lắng đưa trẻ vào viện. Vàng da được giải thích là do nang đường mật kèm theo teo đầu dưới ống mật chủ hoặc kênh chung mật-tụy bất thường gây tắc nghẽn đường mật.

Kết quả siêu âm và kết quả phẫu thuật hoàn toàn phù hợp với nhau về phân loại nang ống mật chủ với 46,7% thể IA, 11,4% thể IB, 36,1% thể IC và 5,8% thể IVA.

PTNS cắt nang ống mật chủ là một phẫu thuật an toàn và hiệu quả. Trong nghiên cứu của chúng tôi tất cả các trường hợp đều được chỉ định phẫu thuật nội soi sau khi có chẩn đoán xác định là nang ống mật chủ, và không có trường hợp nào phải chuyển qua mổ mở. Chảy máu yêu cầu phải truyền trong mổ có 2 bệnh nhân, chiếm tỷ lệ 1,9%, lượng máu phải truyền không nhiều (từ 100 đến 150ml). Đây là một tai biến hay gặp trong phẫu thuật cắt nang ống mật chủ nội soi, tỷ lệ này thấp hơn các tác giả khác [7, 8].

Thời gian phẫu thuật của chúng tôi là 173,43 phút, ngắn hơn đáng kể so với các tác giả trên thế giới [2, 3, 5, 9, 10]. Trong nghiên cứu của chúng tôi không có sự liên quan giữa thời gian phẫu thuật và nhóm tuổi ($p > 0,05$). Viêm dính quanh nang và ống mật chủ có 15 trường hợp chiếm tỷ lệ 14,2%, giữa thời gian phẫu thuật và viêm dính quanh ống mật chủ có sự liên quan với nhau ($p < 0,05$). Ống mật chủ viêm dính càng nhiều càng làm kéo dài thời gian cắt nang và thời gian phẫu thuật.

Kích thước nang ống mật chủ 10 - 30mm có 55 bệnh nhân (52,3%); 31 - 50mm có 40 bệnh nhân

(38,1%), và trên 50mm có 10 bệnh nhân (9,6%). Tuy nhiên không có sự liên quan giữa thời gian phẫu thuật cũng như thời gian cắt nang và kích thước nang ống mật chủ ($p > 0,05$). Trong nghiên cứu của chúng tôi, kỹ thuật cắt nang cần phải tùy thuộc vào kích thước và độ viêm dính của nang, nếu nang không lớn quá (< 4cm), mức độ viêm dính ít thì chúng tôi chủ trương phẫu tích luân lăc, cắt đôi nang ở vị trí bên dưới cổ túi mật sau đó sẽ phẫu tích từng phần trên và dưới của nang. Trường hợp nang quá to hoặc quá viêm dính thì có thể phẫu tích từ đáy nang lên (kẹp cắt ống mật tụy chung trước) sau đó phẫu tích dần lên ống gan chung sau, hoặc có thể cắt dần từ thành trước ra sau. Thời gian cắt nang của chúng tôi ngắn hơn so với các tác giả khác [2, 11]. Trong trường hợp khó xác định lỗ ống mật tụy chung hoặc khó xác định ống gan chung, chúng tôi chủ động cắt đôi nang để xác định, nhờ đó hạn chế được các tai biến tổn thương ống gan chung hay rò tụy.

Nối ống gan chung hồng tràng bằng PTNS là một thách thức lớn với các phẫu thuật viên vì đòi hỏi nhiều kinh nghiệm và sự khéo léo về kỹ năng khâu nối nội soi, ở một số trung tâm phải tiến hành mổ bụng nhỏ đường dưới sườn để thực hiện kỹ thuật này. Ở bệnh viện chúng tôi các PTV phẫu thuật cắt nang OMC đều là những người có kinh nghiệm PTNS lâu năm, với những OGC có kích thước ≤ 1cm chúng tôi tiến hành khâu mũi rời để tránh hẹp, với những OGC có kích thước > 1cm chúng tôi tiến hành khâu mặt sau vắt mặt trước rời hoặc khâu vắt. Với sự giúp đỡ của chỉ V-lock thì thời gian khâu nối mật ruột của chúng tôi ngày càng rút ngắn.

Nhờ những ưu điểm của PTNS nên tỉ lệ biến chứng sau phẫu thuật của chúng tôi chỉ 2,9%, và các trường hợp này đều điều trị bảo tồn thành công, không cần phải mổ lại. Thời gian nằm viện sau mổ cũng là 6,5 ngày, kết quả này là tương đồng so với các tác giả tiến hành PTNS cắt nang OMC khác [2, 6, 9, 12].

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật nội soi cắt nang ống mật chủ và nối mật ruột kiểu Roux-en-Y điều trị bệnh lý nang ống mật chủ là một phương pháp mổ an toàn, hiệu quả. Có tính khả thi ở các bệnh viện có trang thiết bị hiện đại và đội ngũ phẫu thuật viên giàu kinh nghiệm.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Liu Y, Yao X, Li S, Liu W, Liu L, Liu J. Comparison of therapeutic effects of laparoscopic and open operation for congenital choledochal cysts in adults. *Gastroenterol Res Pract*. 2014. 2014: 670260.
2. Đỗ Minh Hùng. Nc 584 những điểm kỹ thuật của phẫu thuật nội soi cắt nang ống mật chủ ở người lớn. *Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh*. 2013. 17: 304-310.
3. Farello GA, Cerofolini A, Rebonato M, Bergamaschi G, Ferrari C, Chiappetta A. Congenital choledochal cyst: video-guided laparoscopic treatment. *Surg Laparosc Endosc*. 1995. 5: 354-8.
4. Liu F, Xu X, Lan M, Tao B, Li L, Wu Q, et al. Total versus conventional laparoscopic cyst excision and Roux-en-Y hepaticojejunostomy in children with choledochal cysts: a case-control study. *BMC Surg*. 2020. 20: 243.
5. Soares KC, Arnaoutakis DJ, Kamel I, Rastegar N, Anders R, Maithel S, et al. Choledochal cysts: presentation, clinical differentiation, and management. *J Am Coll Surg*. 2014. 219: 1167-80.
6. Song G, Jiang X, Wang J, Li A. Comparative clinical study of laparoscopic and open surgery in children with choledochal cysts. *Saudi Med J*. 2017. 38: 476-481.
7. Xiao J, Chen M, Hong T, Qu Q, Li B, Liu W, et al. Surgical Management and Prognosis of Congenital Choledochal Cysts in Adults: A Single Asian Center Cohort of 69 Cases. *J Oncol*. 2022. 2022: 9930710.
8. Liem NT, Pham HD, Dung le A, Son TN, Vu HM. Early and intermediate outcomes of laparoscopic surgery for choledochal cysts with 400 patients. *J Laparoendosc Adv Surg Tech A*. 2012. 22: 599-603.
9. Arafa A, Ragab M, Eltagy GH. Laparoscopic hepaticoduodenostomy for choledochal cysts in children < 1 year. *Afr J Paediatr Surg*. 2022. 19: 36-39.
10. Huỳnh Giới. Kết quả phẫu thuật nội soi cắt nang ống mật chủ ở trẻ em dựa trên chẩn đoán hình ảnh cộng hưởng từ mật - tụy. *Luận án tiến sĩ Y học - Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh*. 2013.
11. Phạm Duy Hiền. Nghiên cứu ứng dụng phẫu thuật nội soi điều trị nang ống mật chủ ở trẻ em. *Luận án tiến sĩ Y học - Học viện Quân Y*. 2012.
12. Nguyễn Thanh Liêm, Phạm Duy Hiền, Vũ Mạnh Hoàn. So sánh kết quả sớm giữa hai phương pháp mổ mở và nội soi trong điều trị bệnh lý nang ống mật chủ ở trẻ em. *Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh*. 2011. 15: 106-110.