

Thuận lợi và khó khăn trong phẫu thuật nội soi cắt nang ống mật chủ

Nguyễn Thanh Xuân¹, Lê Đình Khánh², Hồ Hữu Thiện³

1. Nghiên cứu sinh Trường Đại học Y Dược Huế - Đại học Huế, 2. Hướng dẫn 1 - Trường Đại học Y Dược Huế, 3. Hướng dẫn 2 - Bệnh viện Trung ương Huế

Từ khóa:

Phẫu thuật nội soi cắt nang ống mật chủ, thuận lợi - khó khăn

Địa chỉ liên hệ:

Nguyễn Thanh Xuân,
Khoa Ngoại Nhi - Cấp Cứu Bụng -
Bệnh Viện Trung ương Huế,
16 Lê Lợi, TP Huế
Điện thoại: 0945313999
Email: thanhxuan82vn@gmail.com

Ngày nhận bài: 31/5/2018

Ngày duyệt: 01/6/2018

**Ngày chấp nhận đăng:
06/6/2018**

Tóm tắt

Đặt vấn đề: Đánh giá những thuận lợi và khó khăn trong phẫu thuật nội soi cắt nang ống mật chủ.

Phương pháp nghiên cứu: Gồm 70 người bệnh nang ống mật chủ được chẩn đoán và điều trị bằng phẫu thuật nội soi tại Bệnh viện Trung ương Huế từ tháng 1/2012 đến tháng 12/2017.

Kết quả: Thuận lợi: Thời gian phẫu thuật trung bình ($219,79 \pm 64,88$ phút) ngắn hơn so với thời gian phẫu thuật của nhiều nghiên cứu khác. Không có người bệnh tái khám sau mổ từ 10 ngày đến 3 tháng có đánh giá kết quả điều trị trung bình hoặc xấu. 94,1% người bệnh được rút dẫn lưu trong vòng 1 - 4 ngày sau mổ. 71,4% số người bệnh nằm viện sau mổ từ 5 - 10 ngày. Có 94,9% người bệnh hài lòng với kết quả điều trị sau mổ từ 10 ngày đến 3 tháng.

Khó khăn: Có 5 trường hợp dò mật sau mổ trong đó 3 trường hợp theo dõi sau 5 ngày người bệnh ổn định, 2 trường hợp dò mật kéo dài phải mổ lại để làm lại miệng nối. Có 2 người bệnh phải truyền máu do kích thước nang lớn, dính nhiều tổ chức xung quanh và thời gian phẫu thuật kéo dài.

Kết luận: Phẫu thuật nội soi trong điều trị cắt nang ống mật chủ là phương pháp an toàn, hiệu quả và khả thi ở các trung tâm y tế lớn, tuy nhiên đòi hỏi cao về kỹ năng của phẫu thuật viên, trình độ gây mê cũng như trang thiết bị phòng mổ.

Advantage and disadvantage of laparoscopic choledochal cyst excision

Nguyen Thanh Xuan¹, Lê Đình Khanh², Ho Huu Thien³

1. PhD Study - Hue University of medicine and pharmacy, 2. Hue Central Hospital, 3. Hue University of medicine and pharmacy - Hue University

Abstract

Introduction: Evaluating the advantage and disadvantage of the laparoscopic choledochal cyst excision.

Material and Methods: We analysed 70 patients who were treated at the Hue Central Hospital from January 2012

to December 2017 with statistical analysis of epidemiological data, clinical manifestations, diagnosis, treatment and postoperative outcome.

Results: Advantages: Average operation duration (219.79 ± 64.88 minutes) was shorter than typical intervention. Postoperative treatment results were evaluated from 10 days to 3 months after surgery: No average or bad result. 94.1% of patients were withdrawn drains within 1- 4 days after surgery. There were 71.4% of patients who hospitalized from 5 - 10 days postoperatively and 94.9% of patients were satisfied with the results. Disadvantages: 5 cases of postoperative biliary leakage were found, including 3 cases that were stabilized after 5 days of medical treatment and 2 cases requiring surgical intervention for prolonged anastomotic leakage. Blood transfusions were seen in 2 cases because the large size of the cyst, adhesences to surrounding tissues and prolonged operation duration.

Conclusion: Laparoscopic surgery for choledochal cyst resection is a safe and effective method. However, it requires a high level of anaesthesia and operating room equipment.

Keyword: Laparoscopic choledochal cyst excision, Advantage and disadvantage.

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 [16]. Bệnh lý này chủ yếu xuất hiện ở trẻ gái và phân bố chủ yếu ở vùng Đông Á. Mặc dù đây là bệnh lành tính, nhưng bệnh lý này có mối liên quan đến sỏi mật, viêm tụy, viêm đường mật và ung thư đường mật [18]. Tại Bệnh viện Trung ương Huế, phương pháp phẫu thuật nội soi tái lập lưu thông mật ruột kiểu Roux-en-Y được các phẫu thuật viên lựa chọn sử dụng đã mang lại cho người bệnh phương pháp điều trị có hiệu quả [8]. Đây là một trong những phương pháp tiếp cận hiện đại của ngành ngoại khoa, và được chấp nhận như kỹ thuật thường quy trong ngoại khoa trên toàn thế giới. Để đánh giá cụ thể và chính xác những ưu khuyết điểm của việc phẫu thuật nội soi và kỹ thuật tái lập lưu thông mật ruột cũng như các yếu tố ảnh hưởng đến kỹ thuật nên chúng tôi thực hiện đề tài này nhằm mục đích đánh giá: “Những thuận lợi và khó khăn trong phẫu thuật nội soi tái lập lưu thông mật ruột sau cắt nang ống mật chủ”.

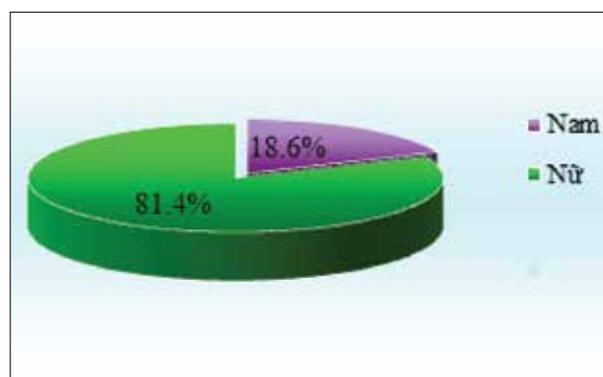
II. Đối tượng và phương pháp nghiên cứu

Bao gồm 70 trường hợp người bệnh nang OMC ở bệnh viện trung ương Huế từ 1/2012 đến 12/2017.

Tất cả người bệnh được phẫu thuật cắt nang ống mật chủ bằng phương pháp nội soi và tái lập lưu thông mật ruột kiểu Roux-en-y. Phương pháp nghiên cứu: tiến cứu.

III. Kết quả và bàn luận

Đặc điểm chung



Biểu đồ 3.1. Phân bố về giới của người bệnh

Nhận xét: Tỷ lệ nữ/nam là: $57/13 = 4,38$

Tỷ lệ này cũng tương đồng với các tài liệu trong y văn cũng như nhiều báo cáo trên thế giới. Theo Sheng Q (2017) tỷ lệ mắc bệnh giữa nữ/nam khoảng $15/3 = 5$ [17]. Theo Liu Y và cộng sự (2014), tỷ lệ nữ/nam là $29/6 = 4,83$ [14]. Chu Văn Lai (2014), trẻ gái chiếm 75% [5]. Có thể nhận thấy rõ ràng rằng bệnh lý nang OMC phần lớn gặp ở nữ giới nên giá

trị thẩm mỹ do phẫu thuật nội soi mang lại càng trở nên quý giá.

Bảng 3.1. Tỷ lệ giữa 2 nhóm tuổi

Người bệnh	Số người bệnh (n)	Tỷ lệ %
< 16 tuổi	51	72,9
≥ 16 tuổi	19	27,1
Tất cả người bệnh	70	100,0

Nhận xét: Tuổi người bệnh nhỏ nhất là 2,5 tháng tuổi. Tuổi người bệnh lớn nhất là 75 tuổi. Tuổi trung bình của người bệnh: $12,76 \pm 17,59$ tuổi. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng tương đồng với các nghiên cứu khác ở trong và ngoài nước. Huang CS và cộng sự (2010), báo cáo 101 trường hợp nang ống mật chủ trong đó trẻ em 42 trường hợp chiếm 41,6% và người lớn 59 trường hợp chiếm 58,4%, tuổi trung bình là 8,9 tuổi (tuổi trung bình nhóm trẻ em là 3,7 tuổi và người lớn là 43,6 tuổi) [12]. Theo nghiên cứu độ tuổi trung bình trong báo cáo của Đỗ Minh Hùng (2014) là 28 tuổi [2]. Nghiên cứu ở người lớn của Đỗ Minh Hùng (2015) là 32 tuổi [4].

Kết quả những thuận lợi và khó khăn trong phẫu thuật nội soi tái lập lưu thông mật ruột sau cắt nang ống mật chủ.

Bảng 3.2. Thời gian toàn bộ phẫu thuật

Thời gian phẫu thuật	< 16 tuổi	≥ 16 tuổi	Chung
≤ 120 phút	8	1	9
120 - 180 phút	15	4	19
>180	28	14	42
Ngắn nhất (phút)	100	120	100
Dài nhất (phút)	360	360	360
Trung bình ± độ lệch chuẩn	214,7±67,95	233,42±55,13	219,79±64,88

Nhận xét: Thời gian phẫu thuật ngắn nhất là 100 phút. Thời gian phẫu thuật dài nhất là 360 phút. Thời gian phẫu thuật trung bình là $219,79 \pm 64,88$ phút

Thời gian phẫu thuật luôn là một thách thức lớn với tất cả các phẫu thuật viên đặc biệt là ở trẻ nhỏ, trẻ sơ sinh. 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 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. Vì vậy thời gian phẫu thuật ở giai đoạn đầu tiến hành PTNS luôn dài hơn (learning covered). So sánh với các phương pháp mổ mở trong một nghiên cứu mới đây của chúng tôi cho thấy rằng thời gian phẫu thuật nội soi vẫn dài hơn. Thời gian phẫu thuật trung bình của chúng tôi là $219,79 \pm 64,88$ phút. Thời gian phẫu thuật của chúng tôi tương đương với các tác giả khác. Nghiên cứu thời gian phẫu thuật của một số tác giả trong nước như Huỳnh Giới và cộng sự (2012), thời gian phẫu thuật trung bình là 215,1 phút [1]. Thời gian phẫu thuật trung bình của phẫu thuật nội soi cắt nang ống mật chủ ở người lớn của Đỗ Minh Hùng (2013) đã báo cáo là 257,2 phút [3]. Liem NT (2012) qua 400 người bệnh thì thời gian phẫu thuật đối với nhóm nối ống gan chung với tá tràng là 164,8 phút, với nhóm nối ống gan chung hồng tràng là 220 phút [13]. Theo Liu Y và cộng sự (2014) thì thời gian phẫu thuật trung bình ở nhóm nội soi là 249 phút so với nhóm mổ hở 132 phút [14].

Bảng 3.3. Số người bệnh phải truyền máu và lượng máu truyền (ml)

Người bệnh	< 16 tuổi	≥ 16 tuổi	Tổng
NB truyền máu			
Số người bệnh phải truyền máu	2	0	2
Lượng máu truyền	125,0±35,36	0	125,0±35,36

Nhận xét: Có 2 người bệnh phải truyền máu đều nằm ở nhóm < 16 tuổi.

Một trong những biến chứng trong phẫu thuật cắt nang ống mật chủ nội soi đó là tình trạng chảy máu cần phải truyền máu trong quá trình phẫu

thuật hoặc cắt ngang ống gan như trong báo cáo của Liem NT (2012) có 4 trường hợp cần phải truyền máu, 3 trường hợp cắt ngang qua 2 ống gan

và 1 trường hợp thủng ống gan phải [13] hay Tang Shao -Tao ghi nhận có 8 trường hợp cần truyền máu trong mổ [18].

Bảng 3.4. Thời gian trung tiện sau phẫu thuật

Người bệnh	< 16 tuổi		≥ 16 tuổi		Tất cả người bệnh	
	n	%	n	%	n	%
Thời gian trung tiện sau phẫu thuật (giờ)						
< 24	13	18,6	4	5,7	17	24,3
24 - 48	29	41,4	9	12,9	38	54,3
> 48	9	12,9	6	8,5	15	21,4
Tổng	51	72,9	19	27,1	70	100,0

Nhận xét: Đa số người bệnh trung tiện sau 24 – 48 giờ sau phẫu thuật (54,3%)

Bảng 3.5. Thời gian rút dẫn lưu sau mổ

Người bệnh	< 16 tuổi		≥ 16 tuổi		Tất cả người bệnh	
	n	%	n	%	n	%
Thời gian Rút dẫn lưu (ngày)						
1 - 4	46	65,7	18	25,7	64	91,4
Sau 4	5	7,2	1	1,4	6	8,6
Tổng	51	72,9	19	27,1	70	100,0

Nhận xét: 94,1% người bệnh được rút dẫn lưu trong vòng 1 - 4 ngày sau mổ. Thời gian rút dẫn lưu sau mổ sớm nhất là 1 ngày.

Hồ Hữu Thiện và cộng sự (2009), thời gian rút dẫn lưu trung bình là 3 ngày [6].

Bảng 3.6. Thời gian điều trị sau mổ trung bình của người bệnh

Người bệnh	Thời gian điều trị sau mổ trung bình (ngày)
< 16 tuổi	9,31 ± 3,43
≥ 16 tuổi	11,68 ± 5,47
Tất cả người bệnh	9,96 ± 4,17

Nhận xét: Thời gian điều trị hậu phẫu ngắn nhất là 5 ngày. Thời gian điều trị hậu phẫu trung bình: 9,96 ± 4,17 ngày.

Bảng 3.7. Thời gian nằm viện sau mổ

Thời gian (ngày)	Tuổi				Tất cả người bệnh	
	< 16 tuổi	≥ 16 tuổi				
5 -10	39	55,7	11	15,7	50	71,4
11 -15	9	12,9	5	7,1	14	20,0
> 15	3	4,3	3	4,3	6	8,6
Tổng cộng	51	72,9	19	27,1	70	100,0

Nhận xét: 71,4% số người bệnh nằm viện sau mổ từ 5 - 10 ngày.

Theo Đỗ Minh Hùng (2013) ghi nhận thời gian xuất viện trung bình 7 ngày sau mổ (từ 4 - 17 ngày) [3]. Tạ Văn Tùng và cộng sự (2013) là 8 ngày [7]. Diao M (2012) là 6,14 ngày [10].

Bảng 3.8. Biến chứng sớm sau mổ của người bệnh

Biến chứng	< 16 tuổi	≥ 16 tuổi	Tổng
Rò mật	4	1	5
Tụ dịch ổ bụng	0	1	1
Viêm tụy	2	1	3
Tổng cộng	6	3	9

Nhận xét: Trong quá trình theo dõi các biến chứng sớm sau mổ, chúng tôi ghi nhận 9/70 trường hợp có biến chứng sớm. 1 trường hợp tụ dịch ổ bụng, 3 trường hợp viêm tụy và 5 trường hợp rò mật. 9 trường hợp biến chứng sớm được theo dõi và điều trị sát sau đó người bệnh ổn định ở 7 trường hợp. Rò mật liên tục 2 trường hợp phải chuyển mổ lại. Báo cáo 39 trường hợp của Đỗ Minh Hùng (2013) về biến chứng sớm của 39 trường hợp phẫu thuật nội soi cắt nang ống mật chủ ở người lớn ghi nhận tỷ lệ rò mật 1 chiếm 2,6%, tụ dịch do rò mật 2 (5,1%), tụ dịch ổ bụng 1 (2,6%), chảy máu tiêu hóa 1 (2,6%), viêm tụy cấp 1 (2,6%) [3]. Liuming H (2011) ghi nhận 1 trường hợp rò mật sau mổ nội soi 39 người bệnh [15]. Theo Acker SN (2013) rò mật xuất hiện 1/62 với tỷ lệ 1,6% [9]. Biến chứng viêm tụy sau phẫu thuật nang ống mật chủ tương đối hiếm do đó biến chứng liên quan đến tụy trước phẫu thuật có thể là yếu tố nguy cơ viêm tụy sau phẫu thuật [11]. Như vậy, so với các nghiên cứu khác, tỷ lệ biến chứng sớm của nghiên cứu của chúng tôi là thấp.

Kinh nghiệm của một số tác giả cũng như của chúng tôi cho thấy muốn giảm được tỉ lệ rò mật thì thứ nhất không nên quá lạm dụng đốt điện và phẫu tích quá kỹ mật trước ống gan chung, thứ hai là kỹ thuật khâu nối nội soi phải thuần thực, thứ ba là phải lựa chọn quai ruột đưa lên có cung mạch tốt mạc

treo đủ dài tránh hiện tượng căng kéo miệng nối cuối cùng là phải kiểm tra kỹ miệng nối trước khi rút troca kết thúc cuộc mổ. Các nghiên cứu khác đều có biến chứng tụ dịch vết mổ, rò tụy hay dính và tắc ruột sớm sau mổ nhưng nghiên cứu của chúng tôi không ghi nhận biến chứng này.

Bảng 3.9. Đánh giá kết quả điều trị theo phân loại của Terblanche

Kết quả TK	Tuổi < 16 tuổi		≥ 16 tuổi		Tất cả người bệnh	
	Số bệnh nhân	Phần trăm (%)	Số bệnh nhân	Phần trăm (%)	Số bệnh nhân	Phần trăm (%)
Tốt	38	64,4	15	25,4	53	89,8
Khá	4	6,8	2	3,4	6	10,2
Tổng cộng	42	71,2	17	28,8	59	100,0

Nhận xét: Không có người bệnh tái khám sau mổ từ 10 ngày đến 3 tháng có đánh giá kết quả điều trị trung bình hoặc xấu theo phân loại của Terblanche.

V. Kết luận

Phẫu thuật nội soi trong điều trị cắt nang ống mật chủ là phương pháp an toàn, hiệu quả và khả thi ở các trung tâm y tế lớn, tuy nhiên đòi hỏi cao về kỹ năng của phẫu thuật viên, trình độ gây mê cũng như trang thiết bị phòng mổ.

Tài liệu tham khảo

- Huỳnh Giới, Đào Trung Hiếu, Nguyễn Tấn Cường, Trương Nguyễn Uy Linh, Lê Tấn Sơn, Huỳnh Công Hiếu (2012), “Đánh giá khả năng xử trí qua nội soi các bất thường và các biến thể giải phẫu đường mật phối hợp trong nang ống mật chủ trẻ em”, Tạp chí Y học Thực hành, 4(816), tr. 57-60.
- Đỗ Mạnh Hùng, Đỗ Tuấn Anh, Nguyễn Khắc Đức, Trần Đình Thơ, Nguyễn Quang Nghĩa, Trịnh Quốc Đạt, Trần Bình Giang (2014), “Phẫu thuật nội soi điều trị nang ống mật chủ ở người lớn tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức”, Tạp chí phẫu thuật nội soi và nội soi Việt Nam, 1(4), tr. 5-10.
- Đỗ Minh Hùng (2013), “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, 17(6), tr. 304-310.
- Đỗ Minh Hùng (2015), “Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi cắt nang ống mật chủ ở người lớn” Luận án tiến sĩ Y học, Đại Học Y Dược Thành Phố Hồ Chí Minh.
- Chu Văn Lai, Trương Nguyễn Uy Linh (2014), “Hiệu quả cắt nang trong điều trị thủng nang ống mật chủ ở trẻ em”, Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh, 18(1), tr. 529-533.
- 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.
- Tạ Văn Tùng, Lê Tất Hải, Dương Văn Hùng (2013), “Đánh giá kết quả điều trị 26 ca nang ống mật chủ bằng phẫu thuật nội soi tại Bệnh viện Nhi Thanh Hóa”, Tạp chí Phẫu thuật nội soi và Nội soi Việt Nam, 3(3), tr. 18-22.
- Nguyễn Thanh Xuân, Phạm Như Hiệp, Hồ Hữu Thiện, Phạm Anh Vũ, Phan Hải Thanh, Lê Đình Khánh, Đào Lê Minh Châu (2013), “Điều trị u nang ống mật chủ bằng phẫu thuật nội soi”, Phẫu Thuật Nội Soi và Nội Soi Việt Nam, 1 (3): Tr.22-25.
- Acker SN, Bruny JL, Narkewicz MR, Roach JP, Rogers A, Karrer FM (2013), “Preoperative imaging does not predict intrahepatic involvement in choledochal cysts”, J Pediatr Surg, 48(12):2378-2382.
- Diao M, Li L, Cheng W (2012), “To drain or not to drain in Roux-en-Y hepatojejunostomy for children with choledochal cysts in the laparoscopic era: a prospective randomized study”, J Pediatr Surg, 47(8):1485-1489.
- Fujishiro J, Masumoto K, Urita Y, Shinkai T, Gotoh C (2013), “Pancreatic complications in pediatric choledochal cysts”, J Pediatr Surg, 48(9):1897-1902
- Huang CS, Huang CC, Chen DF (2010), “Choledochal cysts: differences between pediatric and adult patients”, J Gastrointest Surg, 14(7):1105-1110.
- Liem NT, Pham HD, Dung le A, Son TN, Vu HM (2012), “Early and intermediate outcomes of laparoscopic surgery for choledochal cysts with 400 patients”, J

- Laparoendosc Adv Surg Tech A, 22(6):599-603.
14. Liu Y, Yao X, Li S, Liu W, Liu L, Liu J (2014), "Comparison of Therapeutic Effects of Laparoscopic and Open Operation for Congenital Choledochal Cysts in Adults", *Gastroenterol Res Pract*, 2014:670260.
 15. Liuming H, Hongwu Z, Gang L, Jun J, Wenying H, Wong KK, Miao X, Qizhi Y, Jun Z, Shuli L, Li L (2011), "The effect of laparoscopic excision vs open excision in children with choledochal cyst: a midterm follow-up study", *J Pediatr Surg*, 46(4):662-665.
 16. Ramadwar R, Salgaonkar H, Sawant (2011), "Laparoscopic Management of Choledochal cyst – Our experience of 49 cases", *Pediatr Surg Int*, 28(5), pp.443-447.
 17. Sheng Q, Lv Z, Xu W, Xiao X, Liu J, Wu Y (2017), "Reoperation After Cyst Excision with Hepaticojejunostomy for Choledochal Cysts: Our Experience in 18 Cases", *Med Sci Monit*, 23:1371-1377.
 18. Tang ST, Yang Y, Wang Y (2011), "Laparoscopic choledochal cyst excision, hepaticojejunostomy, and extracorporeal Roux-en-Y anastomosis: a technical skill and intermediate-term report in 62 cases", *Surg Endosc*, 25(2), pp.416-422.