

Đánh giá kết quả điều trị phẫu thuật nội soi toàn bộ điều trị nang ống mật chủ người lớn tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

Mẫn Văn Chung, Nguyễn Mạnh Hùng

Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

Địa chỉ liên hệ:

Nguyễn Mạnh Hùng,
Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức
40 Tràng Thi, Hoàn Kiếm, Hà Nội
Điện thoại: 0365 680 360
Email: nguyenmanhhungmu@gmail.com

Ngày nhận bài: 14/9/2024

Ngày chấp nhận đăng:

24/10/2024

Ngày xuất bản: 10/11/2024

Tóm tắt

Đặt vấn đề: Nang ống mật chủ (OMC) là một bất thường giải phẫu bẩm sinh của đường mật trong và ngoài gan. Phẫu thuật cắt nang, tái lập lưu thông qua phẫu thuật nội soi ổ bụng là phương pháp điều trị được lựa chọn.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu hồi cứu 16 người bệnh nang OMC được phẫu thuật nội soi toàn bộ cắt nang từ 02/2023 đến 07/2024 tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức.

Kết quả: Trong tổng số 16 trường hợp, nữ gặp nhiều hơn nam với tỉ lệ 7:1. Phần lớn không có đủ triệu chứng kinh điển (đau hạ sườn phải, vàng da, sờ thấy khối u bụng) mà chỉ có từ 1-2 triệu chứng. Thời gian phẫu thuật: $227,8 \pm 29,7$ phút, thời gian làm miệng nối mật ruột: $29,8 \pm 8,14$ phút, thời gian làm miệng nối ruột ruột: $15 \pm 5,6$ phút, thời gian hậu phẫu: $8 \pm 1,5$ ngày. Biến chứng: 01 người bệnh áp xe tồn dư sau mổ chiếm tỷ lệ 6,25% đáp ứng tốt điều trị nội khoa. Không có trường hợp nào rò mật, rò tiêu hóa, tắc ruột, cũng không có trường hợp nào cần can thiệp lại.

Kết luận: Phẫu thuật nội soi toàn bộ điều trị nang OMC khả thi, an toàn, biến chứng chấp nhận do ít, nên được áp dụng ở các cơ sở ngoại khoa có trang bị và phẫu thuật viên có kinh nghiệm mổ nội soi.

Từ khoá: Nang ống mật chủ, phẫu thuật nội soi, Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức.

Results of total laparoscopic resection of choledochal cyst in adults at Viet Duc University Hospital

Man Van Chung, Nguyen Manh Hung

Viet Duc University Hospital

Abstract

Introduction: Choledochal cyst is a congenital disease of the abnormal anatomy of intra-extra hepatic bile ducts. Total laparoscopic resection of choledochal cyst is the main treatment method.

Patients and Methods: Retrospective descriptive study of 16 patients with choledochal cyst were removed by total laparoscopic surgery from 02/2023 to 07/2024 at Viet Duc University Hospital.

Results: Among 16 patients enrolled, female were mostly common than males with a ratio was 7:1. Most patients with choledochal cysts do not have all the classic symptoms (right upper quadrant pain, jaundice, and abdominal mass) but only has 1-2 symptoms. The average surgical time was $227,8 \pm 29,7$ min, time of hepaticojejunostomy: $29,8 \pm 8,14$ min, time of Jejunojejunostomy: $15 \pm 5,6$ min, time of postoperative treatment was $8 \pm 1,5$ days. The postoperative complication as residual abscess was found in one case, accounting for 6.25%, responding well to medical treatment. There were no cases of bile leakage, digestive leakage, or intestinal obstruction, also no case that required re-intervention.

Conclusions: Total laparoscopic surgery for choledochal cysts is a feasible, safe and low-complication surgery that should be widely applied at the surgical facilities well equipped the medical equipment with skilled surgeons.

Keywords: Choledochal cysts, endoscopic surgery, Viet Duc University Hospital.

Đặt vấn đề

Nang ống mật chủ (OMC) là bệnh bẩm sinh biểu hiện bằng tình trạng giãn khu trú hay lan tỏa của đường mật trong và ngoài gan, chiếm từ 1/150.000 đến 1/100.000 trẻ. Biểu hiện các triệu chứng lâm sàng như: đau bụng, vàng da, vàng mắt, sờ thấy khối u vùng bụng hạ sườn phải, khi có biến chứng

(viêm đường mật, sỏi đường mật,...) và đáng chú ý hơn là nguy cơ ung thư hóa cao từ 8-29%. Chẩn đoán nang OMC dựa vào các cận lâm sàng như chụp cắt lớp vi tính (CLVT), cộng hưởng từ (CHT), chụp mật tụy ngược dòng qua nội soi (ERCP), siêu âm ổ bụng (SAOB). Điều trị nang OMC bằng phẫu thuật cắt bỏ nang, nối mật – ruột, hoặc cắt gan đối

với nang type V (Bệnh Caroli).¹⁻⁴ Phẫu thuật nội soi (PTNS) ổ bụng trong điều trị nang OMC mang lại nhiều ưu điểm vượt trội, thời gian đầu các tác giả chủ yếu sử dụng nội soi ổ bụng để phẫu tích nang và cắt nang, thì làm miệng nối mật – ruột và ruột – ruột vẫn phải sử dụng phương pháp mổ nhỏ dưới sườn, mổ nhỏ quanh rốn. Tuy nhiên đối tượng mắc bệnh lý nang OMC thường là giới nữ, trẻ tuổi nên ngưỡng chịu đau kém, yêu cầu cao về thẩm mỹ vết mổ, tâm lý lo lắng trước phẫu thuật với đường mổ dài và mong muốn được mổ nội soi. Do vậy chúng tôi thực hiện nghiên cứu nhằm: Đánh giá kết quả điều trị phẫu thuật nội soi toàn bộ trong điều trị bệnh nang OMC ở người lớn tại bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu

Đối tượng nghiên cứu: Bao gồm các trường hợp nang OMC trên 16 tuổi được điều trị bằng PTNS toàn bộ cắt nang OMC, nối ống gan chung với hồng tràng trên quai Y tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức.

Tiêu chuẩn lựa chọn:

Người bệnh trên (NB) 16 tuổi được chẩn đoán nang OMC dựa vào lâm sàng và cận lâm sàng (CHT gan mật).

Nang OMC type I, II, IV theo Todani

Người bệnh được PTNS toàn bộ cắt nang OMC, nối ống gan chung hồng tràng trên quai Roux -en-Y.

Kết quả giải phẫu bệnh là nang OMC.

Phương pháp nghiên cứu.

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả hồi cứu.

Địa điểm nghiên cứu: Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức.

Cỡ mẫu: nghiên cứu sử dụng phương pháp chọn mẫu thuận tiện, lựa chọn tất cả các NB đủ tiêu chuẩn. Thực tế thu được 16 NB.

Xử lý số liệu: sử dụng phần mềm SPSS Statistics 20.0

Kết quả nghiên cứu

Trong thời gian từ 02/2023 đến 07/2024 chúng tôi thực hiện PTNS toàn bộ cắt nang OMC, nối mật ruột trên quai Y cho 16 người bệnh (NB) tại bệnh viện Hữu nghị Việt Đức, trong đó có 2 NB nam và 14 NB nữ. Độ tuổi trung bình là $36 \pm 14,8$ tuổi, tuổi lớn nhất là 63 tuổi, nhỏ nhất là 18 tuổi. Lý do đến khám bệnh chủ yếu là đau bụng hạ sườn phải với 14 NB chiếm 87,5%. Các xét nghiệm cận lâm sàng: tổng phân tích tế bào máu, sinh hóa máu, đông máu cơ bản, chất chỉ điểm ung thư (CA 19-9) đều nằm trong giới hạn bình thường. Chẩn đoán xác định dựa vào chẩn đoán hình ảnh (chụp CHT), kết quả thu được 14 NB nang OMC type I và 2 NB nang OMC type IV. Không gặp trường hợp nào có biến đổi giải phẫu về đường mật hay mạch máu.

Bảng 1. Đặc điểm phẫu thuật.

Thời gian (phút)	Trung bình	Khoảng (min – max)
Phẫu tích nang, cắt nang	115	60 – 200
Làm miệng nối mật – ruột	29,8	20 – 40
Làm miệng nối ruột – ruột	15	10 – 25
Tổng thời gian	227,8	153 – 286

Bảng 2. Kết quả điều trị theo phân loại Terblanche sau phẫu thuật và tái khám sau 1 tháng

	Sau mổ	Tái khám sau 1 tháng
Tốt	15	14
Khá	0	2
Trung bình	1	0
Kém	0	0

Chúng tôi thực hiện đánh giá phân loại kết quả sau phẫu thuật tại thời điểm một tháng sau phẫu thuật cho tất các trường hợp khi NB tái khám để rút dẫn lưu Kehr theo kế hoạch.

Số lượng trocar trong mổ gồm 4 NB đặt 4 trocar và 12 NB đặt 5 trocar, thời gian phẫu thuật trung bình là $227,8 \pm 39,7$ phút, với ca mổ ngắn nhất là 153 phút và dài nhất là 286 phút. Hậu phẫu: 16 NB đều có trung tiện ngày thứ 2 hoặc thứ 3 sau mổ (trung bình 2,6 ngày), thời gian rút dẫn lưu ổ bụng trung bình là 3,8 ngày và tập ăn trung bình 3,25 ngày sau khi có lưu thông tiêu hóa. Sử dụng giảm đau sau mổ: có 02 NB sử dụng gói giảm đau tăng cường ngoài màng cứng sau mổ, 02 NB không cần sử dụng giảm đau và thời gian dùng giảm đau đường tĩnh mạch sau mổ dài nhất là 4 ngày (trung bình: $2,25 \pm 1,3$ ngày). Kết quả SAOB sau mổ phát hiện có 1 NB có ổ tụ dịch dưới gan phải kích thước 45×21 mm, 6 NB có dịch tự do ổ bụng trung bình đo được là 23,3mm với nhỏ nhất và lớn nhất lần lượt là 8mm và 45mm. Kết quả giải phẫu bệnh: 14 trường hợp nang OMC viêm mạn tính trong đó có 4 trường hợp viêm túi mật kèm theo, 02 trường hợp nang OMC ung thư hóa. Tất cả các NB đều được chụp XQ dẫn lưu Kehr sau mổ cho kết quả tốt, thuốc lưu thông tá tràng, không thấy có hiện tượng rò thoát thuốc ra khỏi đường mật. Các NB đều đáp ứng tốt với điều trị nội khoa, không có trường hợp nào cần can thiệp thêm.

Bàn luận

Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng: Trong số nhóm NB nghiên cứu của chúng tôi có độ tuổi trung bình là $36 \pm 14,8$ tuổi, tuổi lớn nhất là 63 tuổi, nhỏ nhất là 18 tuổi, tỷ lệ nữ/nam là 7/1, triệu chứng lâm sàng chủ yếu là do đau bụng hạ sườn phải chiếm 87,5%, các xét nghiệm huyết học, sinh hóa, chất chỉ thị u đều nằm trong giới hạn bình thường, phù

hợp các kết quả nghiên cứu đã công bố.⁵⁻⁹ Chúng tôi cũng gặp chủ yếu nhóm nang OMC type I chiếm đa số và nang OMC type IV. Các tác giả Nguyễn Xuân Toàn, Nguyễn Thanh Liêm, Đỗ Mạnh Hùng đều cho kết quả tương tự, và rất ít khi gặp biến đổi giải phẫu.¹⁰⁻¹²

Kỹ thuật mổ.

Trước đây PTNS điều trị nang OMC thường được thực hiện các thì cắt túi mật, phẫu tích toàn bộ nang OMC, thắt đầu dưới, cắt đầu trên đảm bảo lấy hết toàn bộ nang được thực hiện qua nội soi, còn thì làm miệng nối ruột ruột kiểu Roux en Y hay làm miệng nối mật ruột thông qua một đường mổ nhỏ dưới sườn hoặc mổ nhỏ quanh rốn. Cùng với sự tiến bộ của PTNS, các dụng cụ nội soi cải tiến, góc nhìn của camera linh hoạt, sự nâng cao về kỹ thuật của phẫu thuật viên và đặc biệt là nhu cầu thẩm mỹ, tâm lý NB mong muốn mổ nội soi, lo lắng với một vết rạch dài ở bụng, bản thân phẫu thuật viên cũng không muốn mổ bụng NB khi đã mổ nội soi. Do đó PTNS toàn bộ cắt nang OMC, ống gan chung - hồng tràng giúp giải quyết các vấn đề trên.

Thì phẫu tích nang OMC, cắt túi mật: Sử dụng móc điện, dao siêu âm hoặc ligasure để phẫu tích cắt túi mật, phẫu tích nang OMC ra khỏi các thành phần của cuống gan, đầu trên đến ống gan chung (OGC) ngay dưới chỗ hợp lưu 2 ống gan phải và trái, đầu dưới đến đoạn xa nhỏ nhất của OMC nằm trong nhu mô tụy. Khi phẫu tích đến đoạn xa nhỏ nhất có thể khâu buộc hoặc kẹp Hem-o-lock.

Thì chuẩn bị quai hồng tràng: Sử dụng máy cắt nối tự động nội soi cắt đôi một quai hồng tràng cách góc Treitz 20cm, cầm máu kỹ, có thể khâu tăng cường. Xác định vị trí dự kiến làm miệng nối mật – ruột. Sử dụng máy cắt nối tự động làm miệng nối ruột – ruột cách vị trí miệng nối mật ruột 60cm, có thể sử dụng 1 kẹp cắt nối máy kết hợp khâu

tăng cường, hoặc 2 băng kẹp cắt nối máy.

Thời làm miệng nối ống gan chung – hồng tràng:

Mở ruột với độ rộng phù hợp với độ rộng của ống gan chung. Khâu mặt sau của miệng nối OGC – hồng tràng bằng mũi khâu vắt toàn thể ở mặt sau, đặt dẫn lưu Kehr phù hợp với kích thước của OGC và miệng nối với một ngành ngang của dẫn lưu Kehr nằm trong ruột, ngành còn lại nằm trong phần còn lại của ống gan chung với độ dài ngành phụ thuộc vào độ dài của OGC còn lại. Khâu mặt trước miệng nối bằng mũi rời hoặc khâu vắt toàn thể, ngành dọc của dẫn lưu Kehr đưa ra tại mặt trước của miệng nối và đưa ra ngoài thành bụng tại trocar vùng thượng vị, kiểm tra lại đảm bảo miệng nối không xì rò hay dẫn lưu Kehr bị gập.

Thời gian phẫu thuật

Thời gian mổ trung bình của chúng tôi là $227,8 \pm 39,7$ phút, Nguyễn Thu Hà (2020) thống kê 27 NB PTNS cắt nang OMC cho kết quả 240 ± 53 phút,¹³ Nguyễn Xuân Toàn (2019) thực hiện nghiên cứu trên 51 NB trẻ em và 19 NB người lớn có thời gian phẫu thuật trung bình lần lượt là $214,7 \pm 68$ phút và $233,4 \pm 55$ phút, chung cho cả hai nhóm là $219,8 \pm 65$ phút,¹⁴ tương tự của Đỗ Minh Hùng (2015) là 257,2 phút.¹⁰ Phạm Duy Hiền (2023) báo cáo kết quả điều trị nang OMC bằng PTNS Robot cắt nang, nối ống gan chung hồng tràng kiểu Roux en Y cho kết quả thời gian mổ trung bình là $192,7 \pm 46,5$ phút.¹⁵ Tác giả Dea Wook Hwang (2012) với những kinh nghiệm sớm nhất trong PTNS toàn bộ cắt nang OMC có thời gian mổ trung bình là $395,8 \pm 58,7$ phút, tuy nhiên có đến 7/20 trường hợp phải chuyển mổ mở.¹ Các nghiên cứu trên đều sử dụng đường mổ nhỏ quanh rốn để thực hiện miệng nối ruột – ruột, như vậy thời gian mổ trung bình của chúng tôi đã ngắn hơn so với các nghiên cứu thực hiện đường mổ nhỏ quanh rốn để thực hiện làm miệng nối ruột ruột.

Thời gian làm miệng nối ruột ruột qua nội soi.

Tính riêng thời gian làm miệng nối ruột ruột qua nội soi của chúng tôi là 15 phút ngắn hơn so với kết quả nghiên cứu của Nguyễn Xuân Toàn 2019 thực hiện nghiên cứu trên cả người lớn và trẻ em với kết quả lần lượt là 45,9 và 48,2 phút, Nguyễn Thu Hà (2020) là 42 phút với 27 NB và cả hai tác giả trên đều nghiên cứu trên NB thực hiện miệng nối ruột ruột qua đường mổ nhỏ quanh rốn. Thời gian của chúng tôi ngắn hơn do tiết kiệm được thời gian mổ nhỏ quanh rốn, cầm máu đường mổ bụng, đường mổ bụng của các NB có chiều dài khác nhau, trường hợp người bệnh thể trạng béo, thành bụng dày thì đường mổ bụng cần rộng rãi, người bệnh gầy thì đường mổ bụng ngắn hơn tương ứng với thời gian dài ngắn khác nhau. Ngoài ra sau khi thực hiện xong miệng nối ruột ruột, do ruột non bị kéo ra ngoài thành bụng để thuận tiện cho việc cắt nối nên sau khi hoàn thành miệng nối phẫu thuật viên phải đưa ruột trở lại ổ bụng và phải xếp lại ruột non sau khi làm miệng nối để tránh tắc ruột, bán tắc ruột sau mổ. Việc đưa ruột non ra ngoài thành bụng, thao tác trực tiếp bằng tay cũng làm tăng nguy cơ nhiễm trùng hơn so với phương pháp thực hiện miệng nối ngay qua nội soi.

Thời gian làm miệng nối mật ruột.

Thời gian làm miệng nối mật ruột theo Nguyễn Xuân Toàn báo cáo ở trẻ em là 45,6 phút và ở người lớn là 48,6 phút dài hơn trong nghiên cứu của chúng tôi là 29,8 phút,¹⁴ ở thì này chúng tôi thực hiện làm miệng nối mật ruột ngay sau khi hoàn thành miệng nối ruột ruột, tiết kiệm thời gian đóng lại vết mổ quanh rốn, tương tự như khi mổ bụng thời gian đóng lại vết mổ để tiếp tục thực hiện miệng nối mật ruột phụ thuộc vào thể trạng của người bệnh. Ngoài ra sau khi đặt trocar lại với vết mổ được khâu phục hồi sẽ xảy ra tình trạng xì, rò khí CO₂ khiến cho áp lực ổ bụng giảm, phẫu trường bị thu hẹp cũng gây khó

khăn thao tác và là yếu tố làm cho thời gian hoàn thành miệng nối kéo dài hơn.

Hậu phẫu

Thời gian có trung tiện trở lại là 3 ngày không chậm hơn so với các nghiên cứu trước, thậm chí ngắn hơn. Đây cũng là vấn đề giúp thời gian nằm hậu phẫu ngắn hơn, giảm chi phí điều trị. Nguyên nhân có thể do chúng tôi thực hiện miệng nối ruột ruột trong ổ bụng thông qua nội soi tránh được các thao tác cầm nắm ruột bằng tay, thao tác xếp lại ruột non khi đưa ruột trở lại ổ bụng hay quai ruột bị kéo căng để đưa ra ngoài ổ bụng. Ngoài ra một vết mổ nội soi có mức độ đau ít hơn soi với mổ mở, đặc biệt những trường hợp người bệnh thành bụng dày đường mổ rộng cũng xem xét là yếu tố dẫn đến chậm trung tiện sau mổ.

Theo dõi hậu phẫu tất cả các NB đều đau ít tại các vùng đặt trocar. Với tỷ lệ lớn của bệnh lý nang OMC là nữ giới, đây là đối tượng rất nhạy cảm, ngưỡng chịu đau kém do đó giảm được mức độ đau của người bệnh là nhu cầu cần thiết của cuộc mổ. Ngoài ra yếu tố tâm lý cũng cần quan tâm, trạng thái lo lắng quá mức có thể dẫn tới tăng huyết áp, tăng nhịp tim, đường máu,... đều không có lợi cho quá trình điều trị.

Vấn đề thẩm mỹ sau mổ trước kia được ít được quan tâm, tuy nhiên do bệnh lý nang OMC chủ yếu xuất hiện ở nhóm NB nữ, trẻ tuổi do đó sẹo sau mổ là vấn đề được rất nhiều NB quan tâm. Tất cả các NB được hỏi đều mong muốn sẹo mổ nhỏ thay vì một đường rạch lớn. Theo dõi tình trạng vết mổ không phát hiện chảy máu hay nhiễm trùng ở tất cả các NB điều này giúp giải phóng tâm lý của người bệnh, tin tưởng và tuân y lệnh điều trị của bác sỹ.

Trong số 16 NB nghiên cứu có 1 NB sử dụng giảm đau dài nhất trong 4 ngày, và có 4 NB không cần dùng giảm đau sau mổ. Như vậy mặc dù nhóm

nghiên cứu đa số là NB nữ với ngưỡng chịu đau kém nhưng số ngày cần dùng giảm đau đường truyền đã giảm rõ rệt.

Phạm Duy Hiền thực hiện nghiên cứu trên 221 NB nhi so sánh giữa nhóm được đặt dẫn lưu ổ bụng sau mổ và không đặt dẫn lưu cho thấy dẫn lưu ổ bụng không có tác dụng làm giảm các biến chứng như chảy máu, rò mật, rò tiêu hóa, chỉ có tác dụng theo dõi.¹⁶ Tuy nhiên để phát hiện các biến chứng này có thể bằng khám lâm sàng tình trạng bụng, nhiệt độ cơ thể, siêu âm ổ bụng và không đặt dẫn lưu là an toàn trong mổ nội soi cắt nang OMC. Trong nghiên cứu của chúng tôi tất cả các NB đều được đặt dẫn lưu ổ bụng theo dõi, không phát hiện rò mật, rò tiêu hóa, số lượng dịch chảy qua dẫn lưu hằng ngày rất ít kể cả trường hợp có áp xe tồn dư sau mổ.

Một NB gặp áp xe tồn dư sau mổ là trường hợp bệnh nam chẩn đoán nang OMC type IV với đường kính nang lớn nhất trong số các NB là 45mm, tổn thương trong mổ chỉ nhìn thấy một phần nang nằm phía trên bờ tụy và phần lớn nằm sâu trong nhu mô đầu tụy, phẫu tích khó khăn, dễ chảy máu. Các trường hợp khác đều không gặp các biến chứng như rò mật, chảy máu, tắc ruột sau mổ. Nguyễn Thu Hà báo cáo 27 trường hợp với tỷ lệ rò mật là 11,11%, Đỗ Mạnh Hùng thông báo 2% rò mật với cỡ mẫu là 54.¹³

Thời gian hậu phẫu của chúng tôi là $8 \pm 1,5$ ngày, các nghiên cứu khác đã công bố trước đây như Đỗ Mạnh Hùng báo cáo là 9 ngày,¹¹ Đỗ Hữu Liệt là 10,36 ngày,¹² Nguyễn Xuân Toàn là $9,9 \pm 4,2$ ngày với nghiên cứu tổng hợp cả người lớn và trẻ em,¹⁴ Phạm Duy Hiền nghiên cứu NB nhi là $8,6 \pm 3,5$ ngày với nhóm có đặt dẫn lưu ổ bụng và $6,9 \pm 1,8$ ngày ở nhóm không đặt dẫn lưu.¹⁶ Thời gian hậu phẫu này phụ thuộc vào số ngày sau mổ mà phẫu thuật viên thực hiện siêu âm ổ bụng, chụp

kiểm tra lưu thông Kehr, chúng tôi thực hiện ở ngày thứ 7 cho cả 16 NB. Kết quả trên cho thấy mặc dù chúng tôi thực hiện siêu âm ổ bụng kiểm tra và chụp lưu thông dẫn lưu mật ở ngày thứ 7 sau mổ nhưng thời gian nằm viện hậu phẫu không dài hơn so với các tác giả khác.

Theo dõi tái khám tất cả 16 NB đều được khám lâm sàng và siêu âm ổ bụng kiểm tra thời gian sau khi ra viện 1 tháng đều cho kết quả tốt và rút dẫn lưu Kehr. Thời gian theo dõi người bệnh sau ra viện dài nhất là 18 tháng với tình trạng lâm sàng tốt, không phát hiện triệu chứng bán tắc ruột, không phát hiện hẹp miệng nối gây triệu chứng tắc mật.

Tình trạng vết mổ trong thời gian nằm viện sau mổ cả 16 trường hợp đều không xuất hiện tình trạng nhiễm trùng hay chảy máu vết mổ. Tại thời điểm tái khám vết mổ của nhóm NB nghiên cứu đều liền tốt, không phát hiện đau kéo dài, tụ dịch hay mưng mủ.

Nói tóm lại PTNS ổ bụng toàn bộ điều trị bệnh lý nang OMC tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức cho kết quả tốt và an toàn, tương đương với các nghiên cứu khác đã công bố trước đây. Ngoài ra giúp cải thiện tâm lý người bệnh, thời gian sử dụng giảm đau ít hơn, vấn đề thẩm mỹ của sẹo mổ tối ưu hơn phương pháp mổ nội soi kết hợp với đường mổ bụng nhỏ.

Kết luận

Qua 16 trường hợp chúng tôi báo cáo có thể kết luận được PTNS ổ bụng toàn bộ cắt nang OMC ở người trên 16 tuổi cho thấy phương pháp này khả thi, an toàn, hiệu quả với các ưu điểm vượt trội của PTNS như kết quả điều trị tương đương các phương pháp khác, ngoài ra còn giảm mức độ đau sau mổ, thời gian nằm viện ngắn và đạt nhu cầu thẩm mỹ của người bệnh.

Tài liệu tham khảo

1. Hwang DW, Lee JH, Lee SY, et al. Early experience of laparoscopic complete en bloc excision for choledochal cysts in adults. *Surg Endosc.* 2012;26(11):3324-3329.
2. Powell CS, Sawyers JL, Reynolds VH. Management of adult choledochal cysts. *Ann Surg.* 1981;193(5):666-676.
3. Singham J, Yoshida EM, Scudamore CH. Choledochal cysts. Part 3 of 3: management. *Canadian journal of surgery Journal canadien de chirurgie.* 2010;53(1):51-56.
4. Todani TJJH-B-PS. Congenital choledochal dilatation: classification, clinical features, and long-term results. *1997;4:276-282.*
5. J S, E.M Y, C.H S. Choledochal cysts. Part 3 of 3: Management. *Can J Surg.* 2010;53(1):51-56.
6. J SO, H SA, A ZS, et al. Choledochal cysts in children and adults with contrasting profiles: 11-year experience at a tertiary care center in kashmir. *World J Surg.* 2009;33(11):2403-2411.
7. Y MJ, G B, C H, F GJ. Management of congenital bile duct cysts. *Dig Surg.* 2010;27(1):12-18.
8. Y T, D WS, D ZA, X CD. Management of type i choledochal cyst in adult: Totally laparoscopic resection and roux-en-y hepaticoenterostomy. *J Gastrointest Surg.* 2010;14(9):1381-1388.
9. Y.B L, J.W W, K.R D, et al. Congenital choledochal cysts in adults: Twenty-five-year experience. *Chin Med J.* 2007;120(16):1404-1407.
10. Hùng ĐM, Minh NP. Phẫu thuật nội soi cắt nang ống mật chủ ở người lớn - nối ống gan hồng tràng roux-en-y. *Phẫu thuật nội soi và nội soi Việt Nam.* 2012;2(2):55-60.
11. Hùng ĐM, Nghĩa NQ, Khánh LV, Anh ĐT, Giang TB. Điều trị bệnh u nang ống mật chủ bằng phẫu thuật nội soi tại Bệnh viện Việt Đức. *Ngoại Khoa.* 2010;4-5-6(60):22-27.
12. Liệt ĐH, Thọ BA, Mỹ ĐT, Tấn CN. Kết quả bước đầu phẫu thuật nội soi cắt nang đường mật ở trẻ lớn và người lớn. *Ngoại Khoa.* 2010;4-5-6(60):13-21.
13. Hà; NT. Đánh giá kết quả điều trị nang ống mật chủ ở người lớn bằng phẫu thuật nội soi tại bệnh viện Hữu

- ngộ Việt Đức giai đoạn 2016 – 2020. Hà Nội: Luận văn chuyên khoa cấp II, Đại học Y Hà Nội; 2020.
14. Xuân; NT. Nghiên cứu ứng dụng phẫu thuật nội soi cắt nang ống mật chủ và tái lập lưu thông mật ruột kiểu Roux-en-Y. Huế: Luận án tiến sỹ; Trường Đại học Y dược, Đại học Huế; 2019.
 15. Phạm Duy Hiền VMH, Trần Xuân Nam;. Kết quả điều trị nang ống mật chủ bằng phẫu thuật nội soi Robot cắt nang, nối ống gan chung hồng tràng kiểu ROUX-EN-Y. 2016.
 16. Nguyễn VL, Phạm DH. kết quả phẫu thuật nội soi và vai trò của dẫn lưu ổ bụng trong điều trị nang ống mật chủ ở trẻ em tại bệnh viện nhi trung ương. tạp chí y học việt nam. 2023;520(2).