

PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT NANG ỐNG MẬT CHỦ Ở NGƯỜI TRUNG THÀNH

Nguyễn Hải Đăng*; Bùi Tuấn Anh**

TÓM TẮT

Mặc dù là một bệnh lý lành tính, nang ống mật chủ cần được cắt bỏ hoàn toàn cùng với túi mật vì nguy cơ gây ung thư đường mật. Đa số BN là trẻ em và phụ nữ trẻ, do đó thẩm mỹ là yếu tố rất quan trọng trong điều trị. Chúng tôi áp dụng kỹ thuật phẫu thuật nội soi cắt nang ống mật chủ thay cho phương pháp mổ mở truyền thống. *Đối tượng và phương pháp:* từ tháng 01 - 2015, phẫu thuật cắt nang ống mật chủ cho 37 trường hợp với kỹ thuật nội soi ổ bụng dùng 4 trocar. 4 trường hợp phẫu thuật với hỗ trợ của robot; 4 trường hợp chuyển mổ mở do tổn thương mạch máu lớn, viêm dính nhiều quanh tĩnh mạch cửa và có sỏi trong gan nhiều kèm theo không thể lấy qua nội soi. Tất cả trường hợp còn lại đều cắt nang ống mật chủ và thực hiện miệng nối ống gan chung - hồng tràng nội soi trong ổ bụng. 5 trường hợp mổ nội soi hoàn toàn (thực hiện miệng nối hồng - hồng tràng nội soi trong ổ bụng). *Kết quả:* thời gian mổ trung bình 241 phút. Lượng máu mất trung bình 178 ml. Thời gian nằm viện hậu phẫu trung bình 8,4 ngày. Tỷ lệ biến chứng sau mổ 16,2%, chủ yếu rò mật (10,8%) và chảy máu (5,4%). Các biến chứng đều được điều trị bảo tồn, 1 trường hợp phải mổ lại do chảy máu. Không có tử vong. *Kết luận:* phẫu thuật nội soi cắt nang ống mật chủ ở người trưởng thành là một phương pháp khả thi, hiệu quả và an toàn, có tính thẩm mỹ cao.

* Từ khóa: Nang ống mật chủ; Phẫu thuật nội soi; Người trưởng thành.

Laparoscopic Excision of a Choledochal Cyst in Adult Patients

Summary

Despite a benign disease, a choledochal cyst must be removed with the gallbladder due to the risk of cancer in the biliary tract. Most patients are young females or children, all of whom show strong interest in the cosmetic results in addition to the complete resolution of their medical problems. Here, we introduce a laparoscopic management technique for a choledochal cyst. Subjects and methods: Between 01 - 2015 and 05 - 2018, we performed a laparoscopic choledochal cyst excision procedure on 37 patients using a four-hole method. There were 4 cases of robotic surgery. There were 4 open conversions due to major vessel damage, severe inflammation around the portal vein and liver stones. For the remaining cases, excision of the cyst and hepaticojejunostomy were performed laparoscopically. There was 5 total laparoscopic cases (jejunojunctionostomy was performed laparoscopically). Results: The mean operation time was 241 mins. The estimated blood loss was 178 mL. The average hospital stay was 8.4 days.

* Bệnh viện Quân y 103

** Bệnh viện Đa khoa Bãi Cháy, Quảng Ninh

Người phản hồi (Corresponding): Nguyễn Hải Đăng (drhaidang@gmail.com)

Ngày nhận bài: 10/06/2018; Ngày phản biện đánh giá bài báo: 06/07/2018

Ngày bài báo được đăng: 14/08/2018

Postoperative complications was 16.2%. The most common complications were minor bile leakage (10.8%) and bleeding (2.5%), both of which were managed conservatively. Reoperation was necessary for 1 patient due to bleeding. No deaths were recorded. Conclusions: Laparoscopic excision of a choledochal cyst in adult patients can be the best choice in terms of its good cosmetic results and its feasible level of operative safety.

** Keywords: Choledochal cyst; Laparoscopic excision; Adult patients.*

ĐẶT VẤN ĐỀ

Nang ống mật chủ (OMC) là một bệnh lý tương đối hiếm gặp, đặt biệt ở các nước phương Tây. Tuy nhiên, ngày nay số lượng người trưởng thành bị nang OMC ngày càng tăng nhờ vào sự phát triển của các phương tiện hình ảnh học gan mật không xâm lấn tầm soát sức khỏe định kỳ của người dân. Mặc dù là một bệnh lý lành tính, nang OMC cần được cắt bỏ do nguy cơ cao dẫn đến bệnh lý ác tính đường mật và biến chứng muộn như sỏi đường mật.

Nang OMC là bệnh lý thường gặp ở bệnh nhân (BN) nữ trẻ tuổi. Do vậy, yêu cầu về thẩm mỹ có tầm quan trọng tương đương với yêu cầu khỏi bệnh. Trên cơ sở đó, chúng tôi triển khai kỹ thuật phẫu thuật nội soi cắt nang OMC với 4 trocar thay cho phương pháp mổ mở truyền thống.

Chúng tôi tiến hành kỹ thuật này một cách thường quy trên tất cả BN người trưởng thành bị nang OMC mà không có yếu tố nghi ngờ bệnh lý ác tính đường mật. Mục tiêu của nghiên cứu này: *Đánh giá kết quả sớm phẫu thuật nội soi cắt nang OMC ở người trưởng thành.*

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu.

** Tiêu chuẩn chọn bệnh:*

- BN được chẩn đoán nang OMC dựa vào chụp cắt lớp điện toán (CT-scan), cộng hưởng từ mật tụy (MRCP) hoặc nội soi mật tụy ngược dòng (ERCP).

- BN bị nang OMC týp 1, týp 2 và týp 4.

** Tiêu chuẩn loại trừ:*

- BN có nguy cơ phẫu thuật cao ASA > 3.

- BN có vết mổ cũ trên rốn.

- BN bị bệnh nội khoa nặng, chống chỉ định phẫu thuật nội soi.

- BN không đồng ý phẫu thuật.

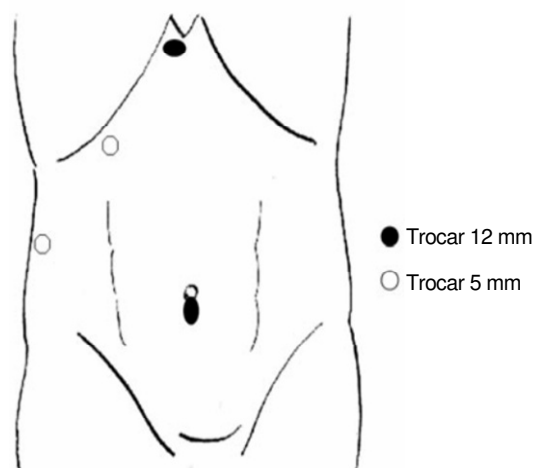
2. Phương pháp nghiên cứu.

- Thiết kế nghiên cứu: nghiên cứu mô tả tiến cứu, loạt ca bệnh.

- Thời gian và địa điểm nghiên cứu: từ tháng 01 - 2015 đến 05 - 2018 tại Bệnh viện Bình Dân TP. Hồ Chí Minh.

- Thu thập, phân tích và xử lý số liệu: tất cả số liệu được mã hóa, nhập và tính toán dựa vào phần mềm SPSS 22.0 for Windows. Thống kê mô tả, cung cấp thông tin về số lượng, tỷ lệ phần trăm, số trung bình \pm độ lệch chuẩn. Sử dụng các phép kiểm t, Chi bình phương, Kendall's tau và Fisher. Khác biệt có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

* Phương pháp phẫu thuật:



Hình 1: Vị trí đặt trocar.

Bộc lộ phẫu trường, phẫu tích nang khối cấu trúc xung quanh, phẫu tích đầu xa của OMC. Khi phẫu tích tới đoạn xa nhỏ nhất, có thể khâu cột hoặc dùng Hemoclock kẹp; cắt đoạn xa. Phẫu tích lên đến ống gan chung hoặc lên đến 2 ống gan phải và trái.

Trước đây, chúng tôi mở rộng đường mổ ở vị trí trocar rốn khoảng 2 cm, đưa hồng tràng ra ngoài để làm miệng nối hồng - hồng tràng tận-bên. Những ca gần đây (5 ca), chúng tôi thực hiện miệng nối hồng - hồng tràng hoàn toàn nội soi trong ổ bụng bằng cách dùng stappler nội soi.

Tạo miệng nối ống gan chung - hồng tràng Roux - en - Y trước đại tràng ngang. Với một số trường hợp miệng nối quá căng, chúng tôi làm miệng nối xuyên mạc treo đại tràng ngang. Trước đây, miệng nối được khâu bằng chỉ vicryl 3.0 hay 4.0, mặt sau dùng mũi khâu vắt và mặt trước dùng mũi khâu rời. Những ca gần đây, chúng tôi dùng chỉ V-clock 3.0 khâu vắt

toàn bộ miệng nối đối với miệng nối rộng hơn 10 mm, hoặc khâu vắt mặt sau, mặt trước khâu mũi rời bằng chỉ PDS 3.0 nếu miệng nối < 10 mm.

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. Kết quả phẫu thuật.

Từ tháng 01 - 2015 đến 05 - 2018, chúng tôi đã phẫu thuật cắt nang OMC cho 37 trường hợp với kỹ thuật nội soi ổ bụng dùng 4 trocar.

Tất cả BN đều được chụp cắt lớp điện toán, cộng hưởng từ mật tụy hoặc làm nội soi mật tụy ngược dòng trước mổ nhằm đánh giá bất thường kênh chung mật - tụy, đánh giá giới hạn nang cần cắt bỏ và có kế hoạch phẫu thuật cụ thể.

Trong 37 trường hợp phẫu thuật nội soi cắt nang OMC, 4 BN chuyển mổ mở. 1 BN do tổn thương mạch máu lớn, không thể cầm máu qua nội soi. 1 BN do nang viêm dính xung quanh nhiều, không thể gỡ dính qua nội soi. 2 BN có sỏi trong gan nhiều, không thể lấy qua nội soi được, phải chuyển mổ mở để nội soi đường mật kết hợp tán sỏi điện - thủy lực.

* Đặc điểm mẫu nghiên cứu ($n = 37$): tuổi trung bình: $41,2 \pm 12,6$; trẻ nhất 20 tuổi, lớn nhất 60 tuổi; tỷ lệ nam/nữ: 8/29. Đa số là BN nữ (78,4%). BMI trung bình: $21,1 \pm 1,6$. Hầu hết các trường hợp là nang OMC týp 1; trong đó Ia: 16 BN (43,2%); Ib: 3 BN (8,1%); Ic: 10 BN (27,0%). Thời gian mổ: $241,5 \pm 52,1$ phút (180 - 360).

Lượng máu mất trung bình $178,4 \pm 369,2$ ml (50 - 2.300); thời gian nằm viện hậu phẫu $8,4 \pm 1,7$ ngày (7 - 14 ngày).

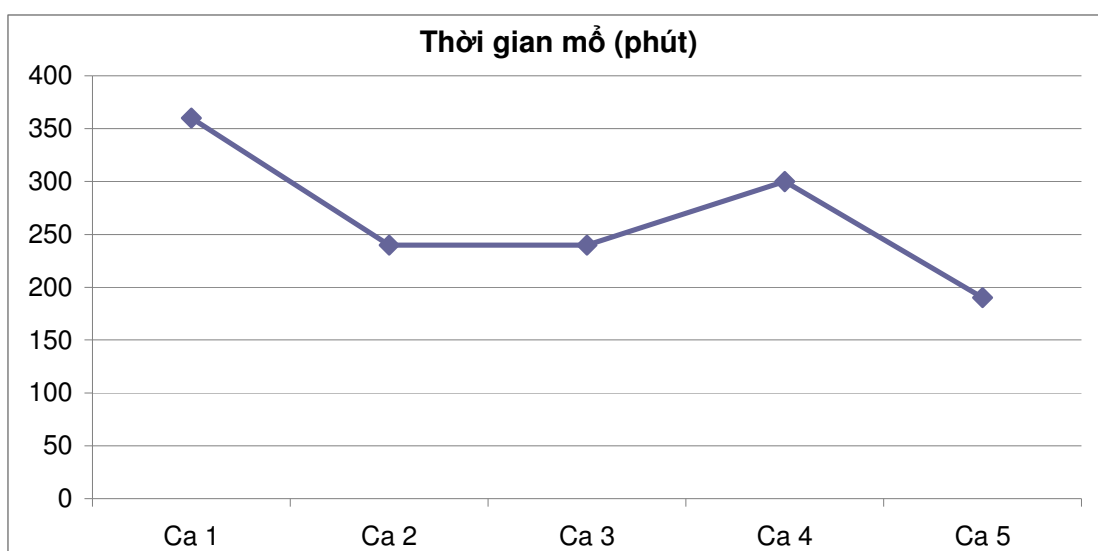
TẠP CHÍ Y - DƯỢC HỌC QUÂN SỰ SỐ CHUYÊN ĐỀ NGOẠI BỤNG-2018

Trước đây, chúng tôi thực hiện miệng nối hồng - hồng tràng tận-bên bằng mở ổ bụng. Loại bỏ các trường hợp phải chuyển rộng đường mổ ở vị trí trocar rốn. 5 BN gần đây, chúng tôi thực hiện miệng nối hồng - hồng tràng hoàn toàn nội soi trong ổ bụng. Loại bỏ các trường hợp phải chuyển mổ mở, so sánh giữa 2 nhóm nối hồng - hồng tràng ngoài và nội soi trong ổ bụng.

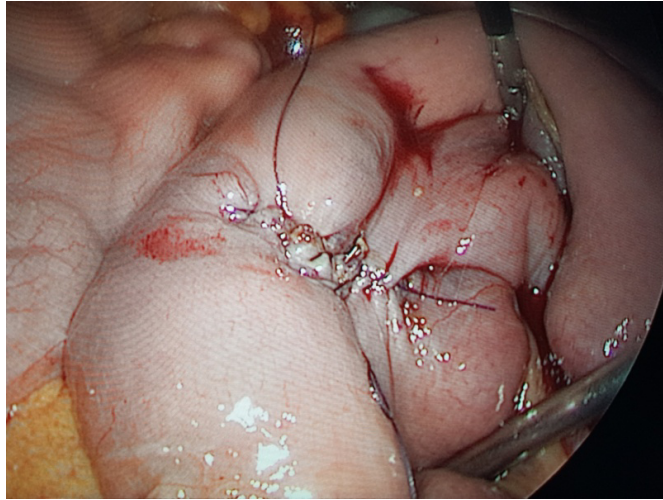
Bảng 1: So sánh giữa 2 nhóm nối hồng - hồng tràng ngoài và nội soi trong ổ bụng.

	Nối hồng - hồng tràng nội soi trong ổ bụng	Nối hồng - hồng tràng ngoài ổ bụng	p
Tổng số (n)	5	28	
Thời gian mổ (phút)	266,0 ± 65,4	239,5 ± 49,6	0,30
Máu mất (ml)	80,0 ± 27,4	114,3 ± 67,8	0,28
Biến chứng	1	5	1
Thời gian nằm viện hậu phẫu (ngày)	9,4 ± 2,6	8,2 ± 1,5	0,17
Mổ lại	0	1	1
Tử vong	0	0	1

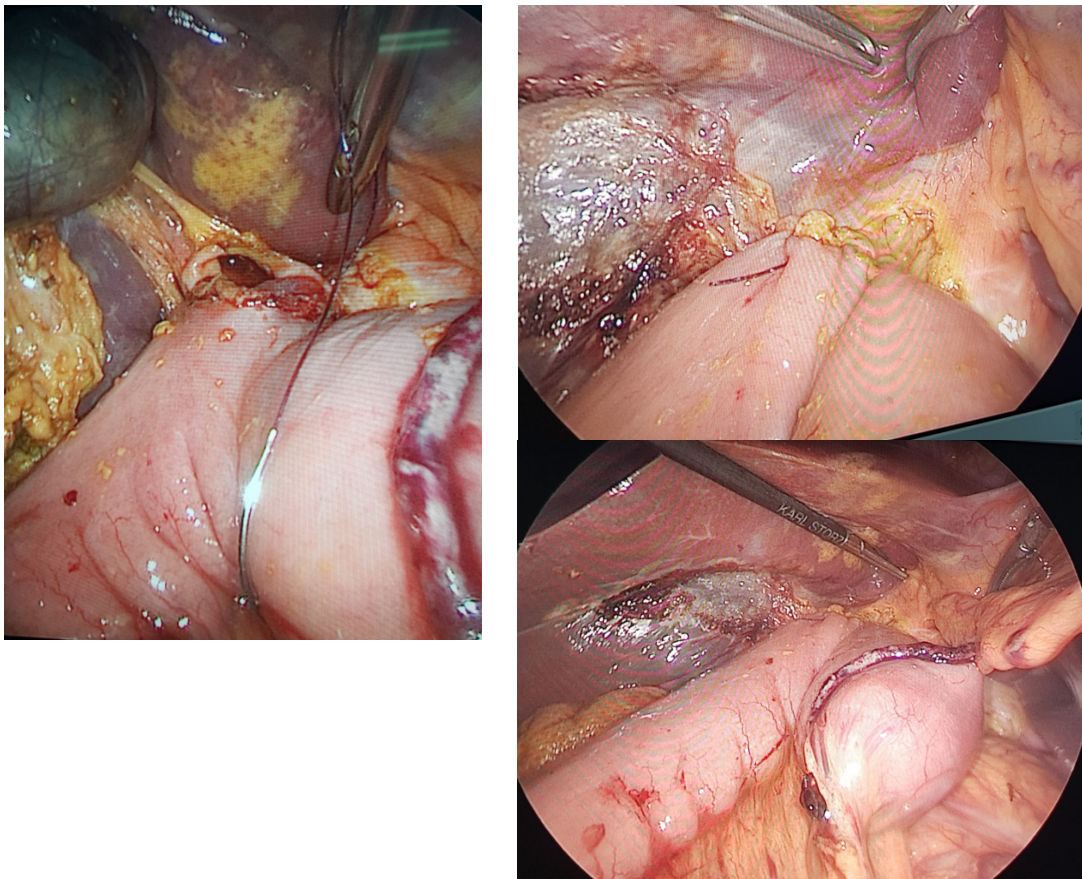
Kết quả cho thấy phương pháp mổ nội soi hoàn toàn trong ổ bụng có thời gian phẫu thuật lâu hơn so với phương pháp thực hiện miệng nối hồng - hồng tràng bằng mở rộng đường mổ ở vị trí trocar rốn.



Biểu đồ 1: Đường cong học tập (phương pháp nội soi hoàn toàn).



Hình 2: Miệng nối hồng - hồng tràng thực hiện qua nội soi.
(Dùng stappler bấm bên-bên và dùng chỉ V-clock may tăng cường)



Hình 3: Miệng nối ống gan chung - hồng tràng thực hiện qua nội soi.

2. Biến chứng sớm và muộn.

Trong 37 BN, 6 BN (16,2%) có biến chứng sau mổ trong thời gian nằm viện. Chủ yếu là rò mật (4 BN = 10,8%) và chảy máu (2 BN = 5,4%). Hầu hết BN đều đáp ứng với điều trị nội khoa bảo tồn, chọc hút dẫn lưu. 1 BN bị chảy máu phải mổ lại do nang viêm dính xung quanh nhiều, khi bóc tách cắt nang làm tổn thương các mạch máu xung quanh nang. BN bị chảy máu nhiều vào ngày thứ 2, được mổ mở lại cầm máu.

Tất cả BN hẹn tái khám định kỳ sau mổ vào các thời điểm 2 tuần, 1 tháng, 3 tháng, 6 tháng, 12 tháng. Kết quả: chưa phát hiện thấy BN nào hẹp miệng nối mật - ruột hay hóa ác tính sau mổ. Tuy nhiên, cần theo dõi trong thời gian lâu hơn để có kết quả chính xác.

BÀN LUẬN

1. Về dịch tễ.

Nang OMC là một bệnh lý phổ biến ở các nước châu Á hơn châu Âu [11]. Lứa tuổi hay gặp ở nhóm < 45 tuổi; độ tuổi càng cao, tỷ lệ mắc bệnh càng ít [6, 7]. Trong nghiên cứu này, tuổi trung bình 41 tuổi, nhỏ nhất 20 tuổi và lớn nhất 60 tuổi, tương đương với kết quả của Nguyễn Cao Cường [1].

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ BN nữ chiếm đa số, cao gấp 3,6 lần so với nam. Tương tự, tất cả các nghiên cứu đều ghi nhận nang OMC chiếm tỷ lệ cao ở nữ, nhưng chưa giải thích được nguyên nhân [1, 6, 7].

2. Về phân loại nang đường mật.

Qua kết quả hình ảnh học cộng hưởng từ mật tụy, CT-scan, nội soi mật tụy ngược dòng và nhận định trong lúc mổ, 29 BN nang loại I (78,4%), 4 BN loại IV (21,6%). Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy nang loại I chiếm tỷ lệ cao, tương tự với các nghiên cứu khác. Sau khi đo đường kính nang và ống gan trong lúc mổ, chúng tôi ước tính trữ dạng nang, nang dạng hình cầu 87%, hình thoi 13%. Tuy nhiên, chúng tôi không quan tâm nhiều đến dạng nang, vì dạng nang cũng chỉ mang tính chất tương đối vì phụ thuộc vào đánh giá chủ quan của từng phẫu thuật viên. Theo Todani T, nang hình cầu hay hình thoi chỉ mang tính tương đối vì nó phụ thuộc nhiều vào đánh giá chủ quan của mỗi phẫu thuật viên ở từng lứa tuổi, thể trạng bệnh và độ phóng đại của X quang.

3. Về kỹ thuật mổ.

Năm 1995, bác sỹ Farello lần đầu tiên thực hiện kỹ thuật phẫu thuật nội soi cắt nang OMC [5], cho đến nay đã có nhiều báo cáo ở nước ngoài về kỹ thuật này [8, 9]. Kỹ thuật phẫu thuật nội soi cắt nang OMC từng bước được áp dụng phổ biến và trở thành thường quy thay cho phương pháp mổ mở truyền thống. Tại Việt Nam, phẫu thuật nội soi (PTNS) cắt nang OMC ngày nay được áp dụng rộng rãi cho cả bệnh nhi, số lượng BN lớn tuổi được PTNS ngày càng nhiều [2]. Về mặt kỹ thuật, phẫu thuật có khác nhau như vị trí BN và phẫu thuật viên, số kênh thao tác, kỹ thuật phẫu tích nang, nối mật - ruột... tùy theo từng tác giả. Chúng tôi thực hiện kỹ thuật

cắt nang ngoài bao thành một khối, không mở cắt ngang nang trong trường hợp nang to cũng như không áp dụng kỹ thuật Lilly khi nang dính quá nhiều. Ưu điểm của cắt nang thành một khối là phẫu trường sạch, diện phẫu tích giữa nang và cấu trúc lân cận khá rõ khi nang còn căng. Phẫu tích thực hiện từ phần xa của ống mật trước, kẹp cắt đầu xa và phẫu tích ngược lên rốn gan.

Trước đây, chúng tôi đưa hồng tràng ra ngoài để làm miệng nối hồng - hồng tràng tận-bên bằng cách mở rộng đường mổ ở vị trí trocar rốn khoảng 2 cm. Những BN sau, chúng tôi thực hiện miệng nối hồng - hồng tràng hoàn toàn nội soi trong ổ bụng. Dùng 1 stappler 60 mm cắt ngang hồng tràng cách góc tá - hồng tràng khoảng 20 cm. Sau đó, thực hiện miệng nối hồng - hồng tràng bên-bên bằng cách bấm stappler, cách miệng nối ống gan chung - hồng tràng khoảng 50 cm. Phương pháp này có ưu điểm là sẹo mổ thẩm mỹ hơn, BN ít đau sau mổ hơn so với phương pháp cũ. Tuy nhiên, thời gian phẫu thuật lâu hơn so với phương pháp cũ do phải thực hiện miệng nối hồng - hồng tràng hoàn toàn nội soi trong ổ bụng, đây là ca đầu tiên thực hiện nên chưa hoàn toàn làm chủ kỹ thuật so với phương pháp truyền thống.

Về cải tiến dụng cụ phẫu thuật, trước đây miệng nối được khâu bằng chỉ vicryl 3.0 hay 4.0, mặt sau dùng mũi khâu vắt và mặt trước dùng mũi khâu rời nếu đường kính ống gan chung > 10 mm. Dùng mũi khâu rời cho cả miệng nối khi đường kính ống gan < 10 mm để tránh hẹp. Những trường hợp sau này, chúng tôi dùng chỉ

V-clock 3.0 khâu vắt toàn bộ miệng nối đối với miệng nối rộng > 10 mm, hoặc khâu vắt mặt sau, mặt trước khâu mũi rời bằng chỉ PDS 3.0 nếu miệng nối < 10 mm. Chỉ V-clock giúp thao tác khâu nội soi thực hiện dễ dàng hơn và tăng tính an toàn của miệng nối. Chúng tôi còn sử dụng dao siêu âm (Harmonic) hay Ligasure trong mổ, giúp rút ngắn thời gian và tăng tính an toàn của phẫu thuật.

Nang loại IV-A liên quan đến nang trong và ngoài gan, là một thách thức trong điều trị và còn đang tranh cãi [3]. Với nang ngoài gan nên cắt nang như loại I, nối ống gan - hồng tràng tại rốn gan. Khoảng 1/3 số BN có nang trong gan và cắt hoàn toàn nang là nhiệm vụ bất khả thi [4], cắt mở rộng cho nang loại này còn nhiều tranh cãi [10]. Nhiều tác giả chủ trương chỉ cắt phần nang ngoài gan, nối ống gan - hồng tràng [10]. Vấn đề nang trong gan, các tác giả nhận thấy những nang giãn lan tỏa dạng hình thoi có thể thứ phát và sau cắt nang ngoài gan, các nang này xẹp. Thực tế, đây là vấn đề gây nhầm lẫn trong xếp loại nang loại Ic và loại IV-A, Todani đưa ra những lưu ý để tránh nhầm lẫn giữa nang loại Ic và IV-A, trong đó nang Ic giãn dạng hình thoi lên đến rốn gan, tương tự nang IV-A có chút hẹp tại rốn gan còn lại. Theo y văn, bệnh lý ác tính xảy ra với nang trong gan có thể xảy ra sau cắt nang ngoài gan với nối ống gan - hồng tràng. Do đó, với nang trong gan khu trú ở một vị trí, đặc biệt những trường hợp có biến chứng như sỏi, viêm đường mật, hoặc xơ gan đường mật, cắt hạ phân thùy, thùy gan được đặt ra [3, 5].

Trong nghiên cứu này, chúng tôi chỉ chủ trương cắt phần nang ngoài gan, nối ống gan - hồng tràng Roux-en-Y và theo dõi sau mổ.

3. Về thời gian phẫu thuật.

Có hai thì phẫu thuật chiếm nhiều thời gian là phẫu tích nang và thì nối ống gan - hồng tràng, do đòi hỏi sự tỉ mỉ. Thời gian phẫu thuật phụ thuộc vào loại nang, nang có biến chứng trước đó hay không, độ tuổi của BN và kỹ năng thành thạo của kíp phẫu thuật. Đối với BN lớn tuổi, quá trình bệnh lâu dài làm cho tình trạng viêm nhiễm quanh nang nặng nề, phẫu tích khó khăn dẫn đến kéo dài thời gian phẫu thuật. Ngoài ra, kíp phẫu thuật phải thực sự thuần thục (từ người cầm đèn soi đến người phụ mổ), phối hợp thật tốt mới cải thiện tốt thời gian phẫu thuật.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, thời gian phẫu thuật trung bình 241 phút. Thời gian phẫu thuật cho những BN đầu tiên trong nghiên cứu của Jang J.Y [8] là 330 phút, nhưng với kinh nghiệm tích lũy dần, thời gian rút ngắn lại, trung bình 228 phút. Trong 10 ca gần nhất, thời gian phẫu thuật còn < 200 phút. Tuy nhiên, nghiên cứu này thực hiện cho cả bệnh nhi và BN lớn tuổi [9]. Thời gian phẫu thuật trung bình trong nghiên cứu của Lu SH.CH là 280 phút, của Hwang D.W [7] là 395,8 phút. Thời gian phẫu thuật trong mổ mổ cắt nang của Nguyễn Cao Cương là 120 - 180 phút [1], của Đỗ Hữu Liệt [2] thực hiện nối ống gan với đường mổ mở dưới sườn phải hoặc bàn tay hỗ trợ là 253,1 phút với đường kính ngang trung bình 46,9 mm.

Một số nghiên cứu cho thấy thời gian PTNS cắt nang OMC dài hơn mổ mở. Tuy nhiên, thời gian mổ cắt nang OMC qua PTNS giảm dần theo đường cong huấn luyện. Điều này cho thấy PTNS cắt nang ống mật chủ là một phẫu thuật phức tạp, đòi hỏi nhiều kỹ năng, tỉ mỉ, tinh tế của phẫu thuật viên.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, đối với phương pháp làm miệng nối hồng tràng - hồng tràng nội soi hoàn toàn trong ổ bụng, đường cong học tập cho thấy sự cải thiện rõ rệt về thời gian mổ.

4. Về tai biến biến chứng và cách xử lý.

Nghiên cứu của Jang J.Y và CS ở Hàn Quốc trên 82 BN được phẫu thuật nội soi cắt nang OMC [9], các tai biến trong mổ làm phẫu thuật nội soi thất bại phải chuyển sang mổ mở bao gồm: đứt đầu xa nang OMC khi bóc tách vào đoạn trong tụy, chảy máu nhiều do rối loạn đông máu ở BN xơ gan và viêm dính nang vào tĩnh mạch cửa. Những nguyên nhân này tương tự nghiên cứu của chúng tôi. Tuy nhiên, chúng tôi gặp 2 BN chuyển mổ mở do có sỏi đường mật trong gan nhiều, phải mổ mở để tán sỏi điện - thủy lực. Có thể do BN thường đến bệnh viện muộn khi đã có biến chứng tạo sỏi.

Jang J.Y nêu ra các biến chứng sớm sau mổ dẫn đến phải mổ lại bao gồm chảy máu mạc treo, hẹp miệng nối mật - ruột do bóc tách cắt nang cao quá mức, tổn thương ống tụy chính do bóc tách nang quá mức đoạn trong tụy và tắc ruột.

Chảy máu mạc treo ruột non do dùng dao cắt siêu âm cắt mạc treo hồng tràng

trong phương pháp miệng nối hồng - hồng tràng nội soi ổ bụng. Tác giả khuyến cáo nên dùng stappler nội soi hay Ligasure để cắt mạc treo ruột non thay cho dao siêu âm [9]. Chúng tôi cắt mạc treo ruột non trong nội soi bằng cách dùng dao siêu âm kết hợp kẹp clip hay hemoclock mạch máu để tiết kiệm chi phí cho BN.

Trong trường hợp hẹp miệng nối mật - ruột, tác giả do cố gắng cắt hết nang lên đến hai ống gan phải và trái, nên rất khó khăn để nối hai ống gan đường kính nhỏ (3 - 4 mm). Tác giả khuyến cáo miệng nối phải được thực hiện dưới chỗ chia 2 ống gan, dù phải để lại một phần nang. Tương tự, khi cắt đầu xa nang đoạn trong tụy, phải thật cẩn thận để tránh làm tổn thương ống tụy chính và đứt đầu xa của nang do kéo căng quá mức [9].

Tỷ lệ biến chứng sớm trong nghiên cứu của chúng tôi 16,2%, chủ yếu là rò mật (10,8%) và chảy máu (5,4%). Hầu hết các biến chứng đều nhẹ, điều trị bảo tồn, chỉ có 1 BN phải mổ lại do chảy máu. Không có tử vong. Chứng tỏ đây là phương pháp an toàn. Chúng tôi cố gắng hoàn thiện kỹ thuật này với mục tiêu thẩm mỹ và an toàn cho BN. Tuy nhiên, kết quả lâu dài của kỹ thuật chưa đảm bảo, do thời gian theo dõi sau mổ quá ngắn, cần thực hiện tiếp những nghiên cứu trong tương lai với thời gian theo dõi BN dài hơn.

KẾT LUẬN

Phẫu thuật nội soi cắt nang OMC, nối ống gan chung - hồng tràng dùng 4 trocar ở người trưởng thành là một phương pháp khả thi, hiệu quả và an toàn, đảm bảo

cả về yêu cầu thẩm mỹ và chức năng cho BN. Kỹ thuật này có thể trở thành tiêu chuẩn và cho bác sỹ phẫu thuật có kinh nghiệm phẫu thuật nội soi và gan mật tụy trong điều trị bệnh lý nang OMC ở người trưởng thành.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Cao Cương. Chẩn đoán và kết quả phẫu thuật cắt nang đường mật ở người lớn. Luận án Tiến sỹ Y học. Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh. 2005.
2. Đỗ Hữu Liệt, Bùi An Thọ, Đoàn Tiến Mỹ, Cường Nguyễn Tấn. 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), tr.13-21.
3. Bhavsar M.S, Vora H.B, Giriappa V.H. Choledochal cysts: A review of literature. Saudi J Gastroenterol, 2012, 18 (4), pp.230-236.
4. Dutta H.K, Das K.K, Das N.J. Type iva choledochal cyst: Results following haemihepatectomy and mucosectomy of intrahepatic cyst. Indian J Surg. 2010, 72 (1), pp.58-60.
5. Farello G.A, Cerofolini A, Rebonato M, Bergamaschi G, Ferrari C, Chiappetta A. Congenital choledochal cyst: Video-guided laparoscopic treatment. Surg Laparosc Endosc. 1995, 5, pp.354-358.
6. Gong L, Qu Q, Xiang X, Wang J. Clinical analysis of 221 cases of adult choledochal cysts. Am Surg. 2012, 78, pp.414-418.
7. Hwang D.W, Lee J.H, Lee S.Y, Song D.K, Hwang J.W, Park K. M, Lee Y.J. Early experience of laparoscopic complete en bloc excision for choledochal cysts in adults. Surg Endosc. 2012, 26 (11), pp.3324-3329.

8. Jang J.Y, Kim S.W, Han H.S, Yoon Y.S, Han S.S, Park Y.H. Totally laparoscopic management of choledochal cysts using a four-hole method. Surg Endosc. 2006, 20 (11), pp.1762-1765.

9. Jang J.Y, Yoon Y.S, Kang M.J, Kwon W, Park J.W, Chang Y.R et al. Laparoscopic excision of a choledochal cyst in 82 consecutive patients. Surg Endosc. 2013, 27, pp.1648-1652.

10. Khandelwal C, Anand U, Kumar B, Priyadarshi R.N. Diagnosis and management of choledochal cysts. Indian Journal of Surgery. 2012, 74 (1), pp.29-34.

11. Kim M.H, Lim B.C, Park H.J, Lee S.K, Kim C.D, Roe I.H, Kim Y.T, Song S.Y, Kim J.H, Chung J.B, Shim C.S, Yoon Y.B, Min Y.I, Yang U.S, Kang J.K. A study on normal structures, variations, and anomalies of the Korean pancreaticobiliary ducts: Cooperative multicenter study. Korean J Gastrointest Endosc. 2000, 21. pp.624-632.

12. Lee S.E, Jang J.Y, Lee Y.J, Choi D.W, Lee W.J, Cho B.H, Kim S.W. Korean Pancreas Surgery Club. Choledochal cyst and associated malignant tumors in adults: A multicenter survey in South Korea. Arch Surg. 2011, 146 (10), pp.1178-1184.