

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ BƯỚC ĐẦU ĐIỀU TRỊ NANG ỐNG MẬT CHỦ TẠI BỆNH VIỆN NHI THANH HOÁ

Tạ Văn Tùng - Lê Tất Hải - Đoàn Nam Hưng và CS

TÓM TẮT

Mục tiêu: Báo cáo kết quả bước đầu điều trị nang ống mật chủ (NOMC) bằng mổ mở và mổ nội soi.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Bao gồm 30 bệnh nhân NOMC. Có 12 nam và 18 nữ, tuổi từ 2 tháng đến 12 tuổi. Chẩn đoán được khẳng định bằng lâm sàng và chẩn đoán hình ảnh. 21 bệnh nhân được mổ mở và 9 bệnh nhân mổ nội soi từ tháng 7/2007 - 30/7/2011.

Kết quả: Sau mổ 30 bệnh nhân: Tử vong 0, rò mật 1 bệnh nhân điều trị nội khoa có kết quả tốt bệnh nhân xuất viện an toàn. 29 bệnh nhân tốt: Tai biến chảy máu 0, nhiễm trùng đường mật 0, nhiễm trùng vết mổ 0, áp xe tồn dư và dính ruột 0, bệnh nhân phải mổ lại 0, mổ nội soi phải chuyển sang mổ mở 0.

Kết luận: Việc điều trị bằng mổ mở và nội soi cắt nang OMC, nối ống gan chung với ống tràng hoặc tá tràng là an toàn và có hiệu quả.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nang ống mật chủ (NOMC) là hiện tượng giãn bẩm sinh ống mật chủ thành nang hình cầu hoặc hình thoi mà không tắc ở phần cuối ống mật chủ [6], là một dị tật đường mật thường thấy ở trẻ em [1], [4]. Phần lớn các bệnh nhân không đủ tam chứng cổ điển, nên chẩn đoán xác định dựa vào chẩn đoán hình ảnh [2], [3]. Các tác giả đều khẳng định cắt nang với sự tạo hình lại đường mật tránh được sự trào ngược dịch tụy vào mật là kỹ thuật tiêu chuẩn được lựa chọn hiện nay [1], [2], [3],[4], [7], [8],[9]. Từ tháng 7/2007 đến 30/7/2011 Bệnh viện Nhi Thanh Hoá đã tiến hành mổ cho các bệnh nhân NOMC theo phương pháp cắt NOMC rồi nối ống gan chung với tá tràng hoặc với ống tràng kiểu Roux-en-Y bằng mổ mở và mổ nội soi, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài này với mục tiêu sau:

Đánh giá kết quả bước đầu điều trị cắt NOMC, nối ống gan chung với tá tràng hoặc ống tràng bằng mổ mở và mổ nội soi tại Bệnh viện Nhi Thanh hoá.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Gồm 30 bệnh nhân nhi đã được chẩn đoán là NOMC và được mổ cắt NOMC nối ống gan chung với tá tràng hoặc ống tràng bằng mổ mở từ tháng 07/2007- 10/2010 và mổ nội soi từ tháng 10/2010 đến 30/7/2011 tại Bệnh viện Nhi Thanh Hoá. Các bệnh nhân thuộc nhóm nghiên cứu: Tuổi từ 2 tháng - 12 tuổi, cả nam và nữ, được chẩn đoán là NOMC.

Đối tượng không nằm trong diện nghiên cứu gồm: giãn đường mật do u, do sỏi, do teo đường mật ngoài gan, NOMC được mổ mở nối nang - ruột.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Là phương pháp mô tả tiến cứu 30 bệnh nhân được mổ cùng một kíp phẫu thuật. Các bệnh án được làm theo một mẫu thống nhất. Các thông tin nghiên cứu gồm: giới, tuổi, dấu hiệu lâm sàng, kết quả siêu âm và CT scanner gan mật trước và sau mổ, Ghi nhận quan sát trong mổ và kỹ thuật mổ. Đánh giá tình trạng toàn thân, tại chỗ các biến chứng trong và sau mổ.

Chỉ tiêu nghiên cứu đánh giá kết quả điều trị:

- Tốt: Bệnh nhân diễn biến sau mổ tốt không có biến chứng sau mổ.

- Khá: Bệnh nhân có nhiễm trùng vết mổ, rò dịch mật điều trị nội khoa có kết quả tốt, bệnh nhân xuất viện.

- Xấu: Chảy máu, nhiễm trùng toác vết mổ, rò miệng nối, áp xe trong ổ bụng phải mổ lại hoặc tử vong trong và sau mổ. Các kết quả này được so sánh với các kết quả của các tác giả khác.

* Kỹ thuật mổ:

- Tư thế bệnh nhân: Nằm ngửa có đệm lưng cho cả mổ mở và mổ nội soi. Trong mổ nội soi phẫu thuật viên đứng ở giữa 2 chân bệnh nhân.

- Mổ mở: Mổ bụng theo đường ngang trên rốn. Bóc tách túi mật, bóc NOMC khỏi tĩnh mạch cửa và động mạch gan. Cắt bỏ phần nang phía trên: Nơi ranh giới hợp lại với nhau của ống túi mật và ống gan chung, phẫu tích nang và phần dưới nang đến ngay sát lỗ của ống mật tụy chung cặp cắt và khâu buộc phần tận cùng của nang ống mật chủ. Nối ống gan chung với tá tràng bằng chỉ: PDS 5.0 hoặc nối ống gan chung với hồng tràng theo phương pháp Roux – en – Y bằng chỉ: PDS hay Vicryl 5.0. Nối ruột kiểu tận bên khâu vết 2 lớp bằng chỉ: PDS hay Vicryl 5.0.

- Mổ nội soi:

+ Bơm khí CO₂ theo phương pháp bơm hơi mở của Hasson, duy trì áp lực khí ổ bụng từ 8 - 12mmHg tùy theo lứa tuổi.

+ Vị trí và số lượng troca: Đặt 04 trocar: 1 trocar 10mm qua rốn cho đèn soi, 2 troca ở HSP và HST ngay phía trên rốn trên đường giữa đòn cho dụng cụ phẫu thuật, 1 troca ngay phía dưới mũi ức cho dụng cụ đỡ gan. Kỹ thuật mổ nội soi: Sau khi soi đánh giá thương tổn và tình trạng ổ bụng thì các thao tác kỹ thuật phẫu tích nang giống như phẫu thuật mở nói ở trên, tiếp theo giải phóng tá tràng đoạn D2, mở tá tràng theo chiều dọc ở đoạn giữa D2 và D1. Nối ống gan chung vào tá tràng 1 lớp. Khâu vết nếu đường kính ống gan chung >1cm.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Giới, tuổi: Trong đó 30 bệnh nhân NOMC được mổ có 12 nam chiếm tỉ lệ 40%, 18 nữ chiếm

tỉ lệ 60%. Tuổi mổ thấp nhất 2 tháng, cao nhất 12 tuổi, lứa tuổi dưới 5 tuổi gặp 24 bệnh nhân chiếm tỉ lệ 80%, trên 5 tuổi 06 bệnh nhân chiếm tỉ lệ 20%. Đường kính nang (trên siêu âm và CT scanner): Nhỏ nhất 28mm, lớn nhất 80 mm, sỏi trong nang gặp 4/30 chiếm 13,3% bệnh nhân.

3.2. Biểu hiện lâm sàng: Đau bụng dưới sườn phải 28 bệnh nhân chiếm 93,3%, sốt 17 bệnh nhân chiếm 56,6%, vàng da 18 bệnh nhân chiếm 60%, tam chứng cổ điển 6 bệnh nhân chiếm 20%, U dưới sườn phải 5 BN 16,6%.

3.3. Hình ảnh đường mật trên siêu âm và CT scanner

Nang OMC đơn thuần 15 ca chiếm 50%, NOMC phối hợp giãn đường mật trong gan 13 ca chiếm 43,3%, nghi ngờ NOMC 2 ca chiếm 6,7% (đã chụp CT scanner xác định NOMC đơn thuần).

Đường kính nang (trên siêu âm và CT scanner): Nhỏ nhất 28mm, lớn nhất 80 mm, sỏi trong nang gặp 4/30 chiếm 13,3% bệnh nhân.

3.4. Phương pháp mổ và thời gian mổ

Mổ mở 21 bệnh nhân chiếm 70%, mổ nội soi 9 bệnh nhân chiếm tỉ lệ 30%. Thời gian mổ mở dài nhất 240 phút, ngắn nhất là 150 phút, trung bình 180 phút. Thời gian mổ nội soi dài nhất 360 phút, ngắn nhất 170 phút, trung bình 210 phút.

3.5. Kết quả mổ: Tốt 29 bệnh nhân chiếm tỉ lệ 96,6%. Rò miệng nối gặp 1 bệnh nhân chiếm 3,4%, tử vong 0, chảy máu trong và sau mổ 0, viêm tụy cấp-viêm phúc mạc do thủng ruột và áp xe tồn dư 0, nhiễm trùng toác vết mổ 0, phải mổ lại 0, mổ nội soi chuyển mổ mở 0.

4. BÀN LUẬN

- NOMC là bệnh lý bẩm sinh gặp nhiều ở trẻ em các nước châu Á [1,7,8]. Thống kê của chúng tôi 80% trẻ từ 2 tháng đến 5 tuổi, tỉ lệ nữ/nam là 1,5/1, kết quả của Nguyễn Thanh Liêm [5] là 2,2 nữ/1 nam.

- Các dấu hiệu lâm sàng chủ yếu là đau bụng dưới sườn phải 93,3%, của Nguyễn Thanh Liêm [7] là 96,4%, của Trần Bình Giang [2] 100%. Các dấu hiệu khác theo kết quả của chúng tôi: Vàng da 60%, sốt 56,6%, U dưới sườn phải 16,6%, tam chứng cổ điển 20% điều này cũng phù hợp với các

nghiên cứu của tác giả khác.

- Biểu hiện cận lâm sàng: Các xét nghiệm hóa sinh có tác dụng xem có tắc mật và đánh giá chức năng gan.

Chẩn đoán hình ảnh 100% các ca đều được siêu âm và 80% các ca được chụp CT scanner gan mật. Nhờ phương tiện trên đã tinh cờ chẩn đoán được 2 bệnh nhân là NOMC không rõ dấu hiệu lâm sàng. 2 trường hợp siêu âm nghi ngờ thì CT scanner bổ trợ và cho kết quả là NOMC đơn thuần có đường kính 30-35cm phù hợp với chẩn đoán trong mổ. Chúng tôi nghĩ chẩn đoán hình ảnh là phương tiện chủ yếu xác định NOMC. Các nhận xét của chúng tôi cũng phù hợp với nhận xét của Trần Bình Giang[2].

- Điều trị: Có 30 bệnh nhân NOMC được mổ, các nang đều thuộc loại I và loại IV theo phân loại của Todani [10]. Có 21 ca mổ mở nối ống gan chung với hồng tràng và 9 ca mổ bằng nội soi bụng nối ống gan chung với tá tràng. Việc cắt NOMC nối ống gan chung với hồng tràng theo phương pháp Roux-en-Y là kỹ thuật chuẩn được lựa chọn hiện nay [2], [3], [6], [7], [8], [9] vì phương pháp này giải quyết được 2 vấn đề cơ bản: Nhiễm trùng đường mật ngược dòng và nguy cơ ung thư hóa biểu mô NOMC [2], [8], [9]. Nhưng có nhiều ý kiến về nhược điểm của phương pháp này [7] là: Nguy cơ gây loét dạ dày - tá tràng và giảm hấp thu mỡ sau mổ, chính vì lý do đó một số tác giả tiến hành nối ống gan chung vào tá tràng để dẫn lưu mật vào tá tràng. Trong phẫu thuật phẫu tích nang là một thì khó chúng tôi trung thành kỹ thuật tỉ mỉ, nhẹ nhàng, kiên trì đi sát vào thành nang [5], tách nang khỏi động mạch gan bên phải và tĩnh mạch cửa phía sau. Những trường hợp dính nhiều ở phía sau, sau khi bóc mặt trước – mặt trái nang chúng tôi mổ nang phía trước và 2 bên để nhìn rõ mặt sau để tiếp tục phẫu tích [5], [8], [9] chính vì vậy chúng tôi chưa bị ca nào gây tổn thương tĩnh mạch cửa và động mạch gan. Trong 9 ca cắt nang bằng nội soi, nối ống gan chung với tá tràng chúng tôi hoàn toàn sử dụng bằng nội soi trong ổ bụng.

* Kết quả điều trị sau mổ 30 bệnh nhân không có tai biến như: chảy máu, nhiễm trùng đường mật, nhiễm trùng vết mổ, không có áp xe tồn dư và dính

ruột, không có bệnh nhân phải mổ lại hoặc mổ nội soi chuyển sang mổ mở và không có bệnh nhân tử vong. Những tai biến trên đều có nêu trong báo cáo của các tác giả: Lê Đình Chiến [1] tỉ lệ mổ lại 1,7% tử vong 1,7%, Nguyễn Thanh Liêm [6] tỉ lệ mổ lại 9,1% tử vong 1,09%. Rò mật chúng tôi gặp 1 bệnh nhân (0,33%) chuyển tuyến trên điều trị nội khoa ổn định, rò mật của Trương Nguyễn Uy Linh [7] là 7,69%, của Nguyễn Thanh Liêm [6] là 5,4%. Chúng tôi gặp 2 ca sót kéo dài sau mổ nhưng bệnh nhân vẫn trung đại tiện ăn được, bụng mềm không đau siêu âm ổ bụng bình thường không tắc mật, xét nghiệm bạch cầu không tăng được điều trị bằng nội khoa. Kết quả theo dõi của chúng tôi về: Thời gian trung tiện lại sau mổ là 36-48 giờ, thời gian nằm viện trung bình sau mổ 8 ngày. Một số bệnh nhân được kiểm tra lại sau mổ thời gian từ 6 tháng- 2 năm bằng lâm sàng, siêu âm gan mật xét nghiệm huyết học và sinh hóa thấy không có: Hiện tượng dính ruột, tắc mật, tạo sỏi đường mật. Các chỉ số xét nghiệm bình thường.

5. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu trên nhận thấy những biểu hiện lâm sàng và cận lâm sàng là cơ sở cho chẩn đoán, trong đó siêu âm và CT scanner đóng vai trò chủ yếu xác định bệnh. Việc điều trị cắt nang OMC nối ống gan chung với tá tràng hoặc hồng tràng là an toàn và có hiệu quả.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Lê Đình Chiến, Nguyễn Thanh Liêm** (2000): Đánh giá kết quả điều trị UNOMC ở trẻ em bằng phương pháp cắt nang và nối mật ruột kiểu Roux-en-Y. Kỷ yếu công trình NCKH Hội Nhi khoa toàn quốc lần thứ 17, NXB Y học, Hà Nội, tr 542 – 547.
2. **Trần Bình Giang** (2006): Điều trị cắt bỏ nang OMC qua soi ổ bụng tại Bệnh viện Việt - Đức. YHTH (số 5, tập 542), tr 221 – 227.
3. **Phan thị Hiền, Nguyễn gia Khánh, Nguyễn Thanh Liêm** (2000): Nghiên cứu các biểu hiện lâm sàng và siêu âm chẩn đoán giãn ống mật chủ ở trẻ em. Tạp chí Y học thực hành số 391, tr 218-221.

4. Nguyễn Thanh Liêm (2000): Giãn đường mật bẩm sinh. Phẫu thuật tiêu hoá trẻ em. NXB Y học, Hà Nội, tr 330 – 337.

5. Nguyễn Thanh Liêm, Lê Anh Dũng, Trần Ngọc Sơn (2008): Điều trị NOMC bằng phẫu thuật nội soi cắt nang và nối ống gan chung với tá tràng. Ngoại khoa (số 1, tập 58), tr 1 – 5.

6. Nguyễn Thanh Liêm, Phạm Duy Hiền (2007): Kết quả điều trị 276 trường hợp u nang ống mật chủ bằng kỹ thuật cắt nang nối mật ruột kiểu Roux-en-Y và quai ruột biệt lập. Tạp chí thông tin Y Dược, số 5, 31- 35.

7. Trương Nguyễn Uy Linh, Đào Trung Hiếu, Trần Thành Trai (2000): Điều trị NOMC ở trẻ em

tại Bệnh viện Nhi Đồng 1. Ngoại khoa (số 3, tập 16), tr 8 – 11.

8. Miyano T. and Yamataka A. (2003): Congenital biliary dilatation (choledochal cyst). Newborn surgery (second edition), Arnold Group London, p 589 – 601.

9. O' Neill J. A. (2006): Choledochal cyst. Pediatric surgery(sixth edition, volum two). Printed in USA, p 1620 – 1634.

10. Todani T., Watanabe Y., Toki A.(2003): Classification of congenital biliary cystic disease: special refrence to type Ic and IVa cyst with primary ductal stricture ,j Hepatobiliary pancreat surg 10 (5), p 340-344.

ABSTRACT

RESULTS OF TREATMEN OF CYSTIC BILE DUCT AT THANH HOA CHILDREN HOSPITAL

Objective: To report preliminary results of treatment of cystic bile duct (CBD) by open surgery and laparoscopy.

Material and Methods: 30 patients including 12 male and 18 female, aged from 2 months old to 12 years old. Diagnosis is confirmed by clinical and diagnostic imaging. 21 patients open surgery and laparoscopic surgery 9 patients from 7/2007 - 30/7/2011.

Results: After surgery 30 patients: mortality 0, leaking bile 1 medical therapy of patients with good results and safety of patients discharged from hospital. 29 patients with good: NO bleeding, no bile duct infection, no wound infection, no abscess and no intestinal adhesion, no laparoscopy must be converted to open procedure.

Conclusion: Treatment with open surgery and laparoscopic cutting (CBD), common hepatic duct connected to the jejunum or duodenum is safe and effective.