

5. **Terek M, Akman L, Hursitoglu B, et al.** The retrospective analysis of patients with uterine sarcomas: A single-center experience. *J Can Res Ther.* 2016;12(1): 309. doi: 10.4103/0973-1482.148698
6. **Naaman Y, Shveiky D, Ben-Shachar I, Shushan A, Mejia-Gomez J, Benshushan A.** Uterine Sarcoma: Prognostic Factors and Treatment Evaluation. *Isr Med Assoc J.* 2011;13:4.
7. **Edge SB, Byrd DR, Compton CC, et al (Eds).** *AJCC Cancer Staging Manual.* 8th ed. Springer.
8. **Mbatani N, Olawaiye AB, Prat J.** Uterine sarcomas. *International Journal of Gynecology & Obstetrics.* 2018;143(S2): 51-58. doi: 10.1002/ijgo.12613

KẾT QUẢ SỚM ĐIỀU TRỊ NANG ỔNG MẬT CHỦ BẰNG PHẪU THUẬT NỘI SOI TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT ĐỨC GIAI ĐOẠN 2016 – 2020

Mẫn Văn Chung*, Nguyễn Thu Hà*, Phạm Minh Hiếu*, Chu Minh Phúc*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi điều trị nang ống mật chủ tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức giai đoạn 2016 – 2020. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả hồi cứu trên các người bệnh nang ống mật chủ được phẫu thuật nội soi điều trị trong giai đoạn nghiên cứu. **Kết quả:** Nang ống mật chủ (OMC) là bệnh lý bẩm sinh, thường gặp ở nữ nhiều hơn nam với tỉ lệ 8:1. Phần lớn người bệnh nang OMC thường 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. 100% người bệnh được phẫu thuật nội soi nối miệng nối ống gan chung – hồng tràng, miệng nối hồng – hồng tràng có thể thực hiện nối máy nội soi hoặc mổ nhỏ quanh rốn để thực hiện. Theo dõi trong thời gian nằm viện có 11,11 % rò mật sau mổ, 7,41% dịch tồn dư sau mổ, tuy nhiên đều được điều trị nội khoa và ổn định ra viện, không cần phải can thiệp thủ thuật hay phẫu thuật lại. **Kết luận:** Phẫu thuật nội soi điều trị nang ống mật chủ là phẫu thuật khả thi, an toàn và ít biến chứng, nên được áp dụng rộng rãi tại các cơ sở ngoại khoa có kinh nghiệm về phẫu thuật nội soi. **Từ khóa:** Nang ống mật chủ, phẫu thuật nội soi, bệnh viện Hữu nghị Việt Đức.

SUMMARY

LAPAROSCOPIC SURGERY FOR CHOLEDOCHAL CYST: EARLY RESULTS AT VIET DUC UNIVERSITY HOSPITAL FROM 2016 – 2020

Objectives: To assess the results of laparoscopic surgery for choledochal cyst at Viet Duc University Hospital from 2016 to 2020. **Methods:** Retrospective descriptive study on patients with choledochal cyst treated with laparoscopic surgery in the research period. **Results:** Choledochal cysts are a congenital disease that is more common in females than males with a ratio of 8:1. 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. 100% of patients underwent endoscopic surgery to excise the cyst and hepaticojunostomy can be performed intracorporally or through a small incision around the umbilicus. During hospitalization, 11.11% had postoperative bile leakage and 7.41% had residual fluid after surgery, but all were treated medically and stabilized for discharge without the need for surgical intervention or reoperation. **Conclusions:** Laparoscopic surgery for the treatment of choledochal cysts is a feasible, safe and low-complication surgery that should be widely applied at surgical facilities with experience in laparoscopic surgery. **Keywords:** Choledochal cysts, endoscopic surgery, Viet Duc University Hospital.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nang ống mật chủ (OMC) là tình trạng giãn khu trú hay lan tỏa đường mật trong và ngoài gan. Phần lớn người bệnh bị nang OMC không có biểu hiện đầy đủ tam chứng cổ điển (đau bụng, vàng da và u bụng), các xét nghiệm hoá sinh chỉ phản ánh mức độ tắc mật và tình trạng nhiễm trùng đường mật hoặc chức năng của gan. Do vậy việc chẩn đoán chính xác nang OMC chủ yếu phụ thuộc vào các phương pháp chẩn đoán hình ảnh. Các phương tiện chẩn đoán hình ảnh bao gồm: siêu âm, chụp mật tụy ngược dòng, chụp mật qua da, chụp cắt lớp vi tính (CT), chụp cộng hưởng từ (MRI). Việc điều trị nang OMC đã thay đổi trong nhiều thập niên qua, phương pháp dẫn lưu nang hoặc tạo hình nang đã dần bị bác bỏ. Phương pháp điều trị bằng nối nang với tá tràng được thay thế bằng phương pháp nối nang với quai hồng tràng biệt lập. Ngày nay phẫu thuật nội soi đang dần thay thế cho đường mổ kinh điển là đường trắng giữa trên rốn hoặc đường ngang dưới sườn phải để phẫu thuật điều trị bệnh nang OMC. Cùng với những ưu điểm vượt trội như thẩm mỹ, ít gây chấn thương bụng, thời gian phục hồi nhanh. Tại Việt Nam, một số trung tâm đã áp dụng phẫu thuật nội soi điều trị bệnh lý này từ năm 2008, nhưng đa số các tác giả chủ

*Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

Chịu trách nhiệm chính: Mẫn Văn Chung

Email: bsmanvanchung1617@gmail.com

Ngày nhận bài: 9.10.2023

Ngày phản biện khoa học: 20.11.2023

Ngày duyệt bài: 15.12.2023

trương cắt nang, nối ống gan chung với hồng tràng theo kiểu Roux-en-Y và mở nhỏ (5cm) dưới sườn phải để thực hiện miệng nối mật ruột cho kết quả khả quan. Trong khoảng 10 năm trở lại đây, một số trung tâm đã thực hiện phẫu thuật cắt nang ống mật chủ và thực hiện miệng nối mật ruột qua nội soi ở trẻ em. Tuy nhiên việc thực hiện kỹ thuật trên ở người lớn thì còn nhiều bàn cãi do số lượng người bệnh ít. Do vậy chúng tôi thực hiện nghiên cứu nhằm hai mục tiêu:

1. *Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và các phương pháp chẩn đoán nang ống mật chủ ở người lớn.*

2. *Đánh giá kết quả điều trị phẫu thuật nội soi cắt nang ống mật chủ, nối mật ruột trên quai Y ở người lớn tại bệnh viện Hữu nghị Việt Đức giai đoạn 2016 – 2020.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu. Bao gồm các trường hợp nang OMC trên 16 tuổi được điều trị phẫu thuật nội soi cắt nang, nối ống gan chung – hồng tràng trên quai Y tại Bệnh viện Việt Đức trong thời gian từ tháng 01 năm 2016 đến tháng 6 năm 2020.

Tiêu chuẩn lựa chọn. Người bệnh từ 16 tuổi được chẩn đoán nang ống mật chủ.

Nang OMC loại I, II, IV theo phân loại của Todani.

Người bệnh được mổ nội soi ổ bụng cắt nang ống mật chủ, nối ống gan chung – hồng tràng trên quai Y.

Kết quả giải phẫu bệnh lý là nang ống mật chủ

Tiêu chuẩn loại trừ. Các nang loại III, V theo phân loại của Todani.

Có bệnh lý nội khoa kèm theo chống chỉ định mổ nội soi.

Có sẹo mổ cũ trên rốn.

Người bệnh từ chối tham gia nghiên cứu.

2. Phương pháp

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

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

2.3. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu.

Nghiên cứu sử dụng phương pháp chọn mẫu thuận tiện, lựa chọn tất cả người bệnh đủ tiêu chuẩn trong thời gian nghiên cứu. Thực tế thu được 27 người bệnh.

2.4. Biến số và công cụ thu thập số liệu.

Sử dụng bệnh án nghiên cứu được xây dựng dựa trên các biến số và chỉ số phù hợp với mục tiêu.

Các biến số trong nghiên cứu bao gồm: thông tin chung củ người bệnh (giới, tuổi); đặc

điểm chẩn đoán (triệu chứng lâm sàng, tiền sử bệnh, xét nghiệm, cộng hưởng từ); đặc điểm phẫu thuật; kết quả điều trị (thời gian hồi phục hậu phẫu, biến chứng sau mổ). Các thông tin thu thập được từ hồ sơ bệnh án, từ đó tổng hợp dữ liệu vào bệnh án nghiên cứu.

3. Xử lý số liệu. Dữ liệu thu thập và quản lý bằng phần mềm Excel. Xử lý theo các thuật toán thống kê với phần mềm SPSS 16.0. Các dữ liệu được so sánh và đánh giá bằng các phép kiểm thống kê: khi bình phương, Test Student với độ tin cậy 95%.

4. Đạo đức nghiên cứu. Các thông tin thu thập được chỉ phục vụ cho mục đích nghiên cứu. Sự tham gia của người bệnh là hoàn toàn tự nguyện, đối tượng có thể rút lui khỏi nghiên cứu vào bất kỳ thời điểm nào mà không có bất kỳ nguy cơ nào. Tất cả thông tin về đối tượng nghiên cứu được đảm bảo giữ bí mật và được mã hóa.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong thời gian nghiên cứu từ tháng 1 năm 2016 đến tháng 6 năm 2020, chúng tôi đã thực hiện phẫu thuật nội soi cắt nang ống mật chủ trên 27 người bệnh phù hợp tiêu chuẩn lựa chọn.

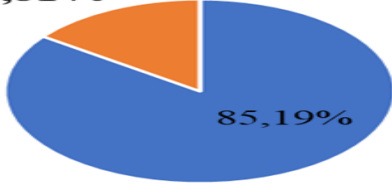
❖ Đặc điểm chẩn đoán

Bảng 1. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng trước mổ (N = 27)

Đặc điểm	Số lượng (N)	Tỉ lệ (%)
Tuổi	37 ± 12 (16 – 71)	
Giới nữ	24	88,89
Triệu chứng lâm sàng		
Đau bụng hạ sườn phải	20	74,07
Nôn	1	3,70
Sốt	1	3,70
Vàng da	2	7,41
Phát hiện tình cờ	3	11,12
Đau bụng hạ sườn phải	20	74,07
Tiền sử bản thân		
Viêm túi mật	2	7,5
Không có tiền sử	25	92,5
Xét nghiệm		
Bạch cầu tăng > 10x10 ⁹ /L	11	40,74
SGOT tăng	7	25,93
SGPT tăng	5	18,52
Bilirubin toàn phần tăng	8	29,63
Cộng hưởng từ		
Nang OMC đơn thuần	23	85,18
Nang OMC kèm sỏi mật	3	11,11
Nang OMC kèm viêm tụy	1	3,70
Kích thước nang trên cộng hưởng từ		
< 30	12	44,44

31 - 50	9	33,33
51 - 100	6	22,22
Đường kính nang trung bình	39,21 ± 13,87mm	

❖ **Phân loại nang ống mật chủ**
14,81%



■ Loại I ■ Loại IV
Biểu đồ 1. Phân loại nang ống mật chủ (N = 27)

❖ **Đặc điểm phẫu thuật**

Bảng 2. Điều trị trong mổ (N = 27)

Thời gian (phút)	Trung bình	Độ lệch chuẩn	Tối thiểu	Tối đa
Phẫu tích nang	120	38	50	200
Nối hông-hông tràng	42	12	25	55
Nối ống gan chung - hông tràng	65	15	30	90
Tổng thời gian mổ	240	53	180	320

Không có trường hợp nào phải chuyển mổ mở. Có 02 NB phải truyền máu trong mổ, 03 NB phải truyền máu ngay sau mổ do xét nghiệm hematocrit dưới 30%. Hồi cứu lại đây là các NB lớn tuổi, thể trạng gầy, có thiếu máu nhẹ trước mổ (hematocrit dưới 36%, hemoglobin dưới 110g/L). Các NB này hậu phẫu đều ổn định và không phải truyền thêm máu.

❖ **Kết quả điều trị**

Bảng 3. Theo dõi hậu phẫu (N = 27)

Thời gian hồi phục hậu phẫu				
Đặc điểm	Trung bình	Độ lệch chuẩn	Tối thiểu	Tối đa
Phục hồi lưu thông ruột (ngày)	2,5	0,8	1	4
Cho ăn qua đường miệng (ngày)	3,2	0,7	1	4
Biến chứng sau mổ				
Đặc điểm	Số trường hợp (n)	Tỷ lệ %		
Rò mật sau mổ	3	11,11%		
Dịch tồn dư sau mổ	2	7,41%		
Chảy máu sau mổ	0	0%		

Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 5 NB gặp biến chứng (18,52%). Trong đó, có 3 trường hợp (11,11%) có rò mật sau mổ, 2 trường hợp (7,41%) có dịch tồn dư ổ bụng sau mổ. Trong số 3 trường hợp rò mật sau mổ, có 1 trường hợp rò

qua chân Kehr, biểu hiện sau mổ bằng dẫn lưu Kehr thấm dịch mật. Chúng tôi tiến hành điều trị nội khoa, kháng sinh cephalosporin thế hệ III phối hợp với metronidazole, thay băng hàng ngày và siêu âm kiểm tra. NB được ra viện sau 11 ngày với tình trạng ổn định, khám lại sau 1 tháng không còn thấy ổ dịch tồn dư quanh miệng nối. Hai trường hợp rò mật còn lại biểu hiện qua dẫn lưu dưới gan ra khoảng 30ml dịch mật trong 7 ngày. Với toàn trạng NB ổn định và lượng dịch mật ra ít, chúng tôi điều trị nội khoa với kháng sinh phổ rộng và sau 10 ngày hậu phẫu được rút dẫn lưu cho ra viện. Hai NB này cũng được siêu âm kiểm tra khi khám lại sau 1 tháng và không thấy còn ổ dịch tồn dư. Hai trường hợp có dịch tồn dư ổ bụng sau mổ về lâm sàng ổn định, tuy nhiên dẫn lưu còn ra dịch sau 4 ngày, khi siêu âm kiểm tra lại còn thấy dịch tồn dư ổ bụng số lượng ít (1 trường hợp 20mm, 1 trường hợp 30mm), dịch tập trung chủ yếu dưới gan. Chúng tôi điều trị kháng sinh cho 2 NB này, sau đó các NB đều ổn định và ra viện lần lượt sau 11 và 12 ngày. Trong nghiên cứu của chúng tôi không có trường hợp nào chảy máu sau mổ. Tất cả các trường hợp được truyền máu trong và sau mổ đều là do NB có tình trạng thiếu máu nhẹ trước mổ, và các NB này đều ra viện tốt.

IV. BÀN LUẬN

❖ **Kỹ thuật cắt nang.** Tại Việt nam, PTNS cắt nang ống mật chủ ngày nay đã được áp dụng rộng rãi cho các bệnh nhi, số lượng NB lớn tuổi được PTNS cũng càng ngày càng nhiều hơn [1, 2]. Về mặt kỹ thuật, phẫu thuật có khác nhau như vị trí NB và phẫu thuật viên, số kên thao tác, kỹ thuật phẫu tích nang, nối mật – ruột... tùy theo từng tác giả. Một số tác giả thực hiện kỹ thuật phẫu tích từ đầu dưới cho những trường hợp nang có kích thước nhỏ và trung bình, thực hiện mở ngang thành trước nang cho những trường hợp nang có kích thước lớn và sử dụng kỹ thuật Lilly cho những trường hợp viêm đường mật tái diễn, khả năng tổn thương tĩnh mạch cửa cao [3]. Kỹ thuật cắt nang phụ thuộc vào kích thước và mức độ viêm dính của nang, cũng như kinh nghiệm của phẫu thuật viên. Nang loại IV-A liên quan tới nang trong và ngoài gan, vì vậy còn nhiều tranh cãi trong điều trị nang loại này [4]. Đối với các nang ngoài gan, có thể điều trị như cắt nang loại I, nối ống gan chung - hông tràng tại rốn gan. Các nang trong gan gần như không thể cắt bỏ hoàn toàn. Các tác giả còn tranh cãi nhiều về việc cắt mở rộng nang trong gan[5]. Một số tác giả chỉ cắt nang ngoài gan và nối

gan-ruột [5]. Các nang trong gan có thể là giãn lan tỏa thứ phát, và sau khi cắt nang ngoài gan, các nang này có thể xẹp. Tác giả Lal R và cộng sự đã tiến hành cắt nang ngoài gan và dẫn lưu đường mật trong gan cho kết quả tốt [4].

❖ **Phẫu tích nang khỏi các cấu trúc xung quanh.** Khi phẫu tích, chúng tôi dùng móc điện đơn cực nhằm phẫu tích từng lớp mỏng và tránh làm bong các cấu trúc xung quanh, vừa phẫu tích vừa đốt cầm máu kỹ. Đối với các trường hợp có tăng sinh mạch máu nhiều, nguy cơ chảy máu cao chúng tôi dùng kẹp phẫu tích để đốt cầm máu trước khi cắt hoặc dùng dao siêu âm, dao hàn mạch. Phẫu tích nang khỏi các cấu trúc xung quanh đòi hỏi vô cùng tinh tế để tránh làm tổn thương các cấu trúc xung quanh như tĩnh mạch cửa, động mạch gan hay tá tràng. Ở các NB lớn tuổi, để lâu ngày có thể viêm dính nhiều, nang dính với cuống gan và đầu tụy nhiều, gây nhiều khó khăn trong việc phẫu tích. Việc phẫu tích cần bắt đầu từ đầu dưới nang, do đầu dưới đường kính nang nhỏ, sẽ dễ dàng phẫu tích hơn, đặc biệt trong các trường hợp viêm dính quá nhiều. Việc phẫu tích từ đầu dưới giúp giảm nguy cơ tổn thương tĩnh mạch cửa, do đầu dưới nang thường nằm xa tĩnh mạch cửa về mặt giải phẫu. Với các trường hợp nang to, nằm sâu trong nhu mô tụy, việc phẫu tích nang có thể gặp nhiều khó khăn hơn, đặc biệt là các trường hợp nang viêm dính, tăng sinh mạch máu. Một số tác giả cũng tiến hành phẫu tích từ đầu trên của nang xuống [6]. Trong các trường hợp nang quá to, có thể tiến hành giảm áp bằng cách mở thành trước làm xẹp bớt nang. Phẫu tích nang ở đoạn cuối trong nhu mô tụy là bước rất quan trọng, cần tránh không chảy máu để có thể xác định đoạn hẹp lại bình thường của ống mật chủ. Các tác giả khuyên không nên đốt điện quá nhiều vì có thể làm tổn thương ống tụy chính và kênh chung mật-tụy. Chúng tôi luôn theo nguyên tắc phẫu tích dọc sát thành nang nhất có thể để tránh tổn thương ống tụy khi phẫu tích ở đoạn cuối, tránh tổn thương tĩnh mạch cửa và động mạch gan khi phẫu tích ở đoạn trên của nang; phẫu tích tỉ mỉ vùng rốn gan tới mức có thể, thường đến chỗ hợp lưu 2 ống gan để có thể cắt cao ngay dưới chỗ hợp lưu nhưng không cắt ngang 2 ống gan. Nhiễm trùng đường mật tái diễn làm thoái hóa mất lớp niêm, sự tái sinh lớp niêm mạc phía dưới dính chặt vách nang làm biến dạng cấu trúc giải phẫu do dính với những cấu trúc lân cận; thêm vào đó có sự tăng sinh mạch máu quanh nang đặc biệt ở vách nang làm tăng khả năng chảy máu trong quá trình phẫu

tích nang, làm khả năng lành miệng nối kém đi [7]. Chính tình trạng viêm nhiễm, tăng sinh mạch máu làm cho quá trình phẫu tích gặp nhiều khó khăn vì thế đa số các tác giả thường sử dụng thêm các nguồn năng lượng khác hỗ trợ trong quá trình này như dao đốt lưỡng cực, dao siêu âm hoặc cả hai [6,7]. Để hạn chế phỏng lan tỏa nhưng vẫn đảm bảo cầm máu hiệu quả chúng tôi thường đặt chế độ dòng điện thấp đốt, ngắt liên tục khi phẫu tích để cầm máu những mạch máu nhỏ. Trong những trường hợp nang có biến chứng viêm đường mật cấp, viêm tụy, tắc mật nên điều trị bằng kháng sinh đường tĩnh mạch và những can thiệp không phẫu thuật trước như nội soi mật tụy ngược dòng... bởi vì viêm nhiễm cấp tính vùng rốn gan sẽ làm tăng nguy cơ tai biến biến chứng của phẫu thuật.

❖ **Làm miệng nối hồng - hồng tràng.** Chúng tôi tiến hành làm miệng nối hồng-hồng tràng trong ổ bụng ở 6 trường hợp, và mở nhỏ ở rốn trong 21 trường hợp còn lại. Đối với miệng nối trong ổ bụng, chúng tôi sử dụng hệ thống stapler để hỗ trợ, điều này giúp giảm đáng kể thời gian nối, do việc cắt nối trực tiếp dưới nội soi hoàn toàn thường khó do không gian làm việc chật hẹp. Tất cả các NB nối trong ổ bụng của chúng tôi đều không bị các biến chứng sau mổ như abscess tồn dư hay bục rò miệng nối. Thông thường để tiết kiệm chi phí chúng tôi sử dụng 2 stapler để cắt và nối ruột, còn khâu lại bằng tay lỗ mở ruột để đưa 2 ngành stapler vào. Có 3 NB chúng tôi dùng 3 stapler để cắt, nối ruột và đóng lại lỗ mở ruột. Dùng 3 stapler giảm thời gian phẫu thuật khoảng 10 phút. Tuy nhiên, việc cắt nối trực tiếp dưới nội soi vẫn là một kỹ thuật khó, đòi hỏi phẫu thuật viên có kinh nghiệm. Đối với các trường hợp còn lại, chúng tôi mở nhỏ ở quanh rốn để làm miệng nối, thời gian và chiều dài đường rạch rốn tương tự như các tác giả khác. Chiều dài đường rạch da phụ thuộc rất nhiều vào thể trạng NB, ở NB gầy thì đường rạch nhỏ hơn.

❖ **Làm miệng nối ống gan chung - hồng tràng.** Vấn đề cắt đầu trên nang, các phẫu thuật viên đều cố gắng cắt cao, ở ống gan chung hoặc gần chỗ hợp lưu của 2 ống gan phải và trái. Thì nối ống gan chung – hồng tràng là thì phẫu thuật quan trọng và khó khăn vì đòi hỏi kỹ năng khâu nội soi tốt để tránh hẹp miệng nối sau mổ. Có 64% trường hợp trong nghiên cứu của chúng tôi có phần ống gan còn lại > 10 mm, đều được khâu bằng mũi khâu vắt ở cả mặt sau và mặt trước; 36% trường hợp khâu nối hoàn toàn bằng mũi rời vì phần ống gan nhỏ < 10 mm. Ống gan

thường được cắt vát theo chiều trước sau trong trường hợp ống gan nhỏ để tăng đường kính và thực hiện miệng nối dễ hơn. Đối với miệng nối nhỏ, chúng tôi thực hiện làm miệng nối hoàn toàn bằng mũi khâu rời để tránh nguy cơ hẹp miệng nối. Cả 27 NB, chúng tôi đều đặt dẫn lưu đường mật là dẫn lưu Kehr, việc đặt dẫn lưu đường mật có nhiều tác dụng: tránh hẹp miệng nối, giảm áp cho miệng nối... Để làm miệng nối nhanh cần có kỹ thuật khâu nối nội soi, vị trí đặt trocars thao tác tốt, các phẫu thuật viên trợ giúp phải thuần thục đặc biệt là người cầm camera.

❖ **Thời gian phẫu thuật.** Hai thì phẫu thuật chiếm nhiều thời gian nhất là thì phẫu tích nang và nối ống gan chung - hồng tràng vì hai thì này đòi hỏi phẫu tích rất tỉ mỉ. Thời gian mổ phụ thuộc vào loại nang, nang có biến chứng trước đó hay không, độ tuổi của NB và khả năng của phẫu thuật viên. Trong nghiên cứu của chúng tôi, thời gian mổ trung bình là 240 phút, nhanh nhất là 180 phút, chậm nhất là 320 phút. Thời gian phẫu tích nang trung bình là 120 phút, lâu hơn nhiều thời gian nối ống gan chung - hồng tràng, trung bình là 65 phút. Điều này phù hợp với bệnh cảnh ở người lớn, do bệnh lý gây viêm dính quanh nang kéo dài, phẫu tích khó khăn, tăng thời gian phẫu thuật. Về thời gian phẫu thuật, nghiên cứu của chúng tôi cũng tương tự như nghiên cứu của các tác giả trong y văn [8]. Thời gian phẫu tích từng loại nang trong nghiên cứu của chúng tôi tương đương nhau, tuy nhiên do cỡ mẫu nhỏ (27 NB, trong đó chỉ có 3 NB có nang loại IV) nên khó đánh giá được mối liên quan giữa loại nang và thời gian phẫu thuật. Thời gian mổ ngắn nhất ghi nhận được là theo nghiên cứu của Phạm Duy Hiền [2] với thời gian trung bình là $181,7 \pm 56,3$ phút. Tuy nhiên đây là nghiên cứu trên nhóm NB trẻ em, tình trạng viêm dính quanh nang ít nên đỡ được thời gian phẫu tích.

❖ **Thời gian theo dõi hậu phẫu.** Thời gian phục hồi lưu thông tiêu hóa và cho ăn trở lại đường miệng trong nghiên cứu của chúng tôi lần lượt là 2,5 và 3,2 ngày. Kết quả này tương tự như các nghiên cứu của các tác giả khác [8]. Một số nghiên cứu cho thấy thời gian lập lại lưu thông ruột ở nhóm mổ nội soi nhanh hơn nhóm mổ mở [8]. Kết quả này có thể được giải thích là do phẫu thuật nội soi ít gây tổn thương các tạng trong ổ bụng. Hơn nữa, có thể với đường mổ nhỏ, NB đỡ đau hơn, dẫn đến vận động trở lại sớm hơn và có nhu động trở lại sớm hơn. Với tiến bộ về kỹ thuật và thời điểm can thiệp phẫu thuật thì tỉ lệ tử vong do phẫu thuật gần như

bằng không. Tỉ lệ biến chứng sớm và muộn sau phẫu thuật cũng giảm đi rõ rệt. Các biến chứng sớm sau phẫu thuật cắt nang nối ống gan - đường tiêu hóa có thể gặp như chảy máu, nhiễm trùng vết mổ, rò miệng nối mật - ruột, rò tụy, tắc ruột, tụ dịch hoặc áp xe ổ bụng.

Dịch tồn dư trong ổ bụng. Trong nghiên cứu của chúng tôi gặp ở 2 trường hợp. Cả 2 trường hợp chúng tôi đều thấy có dịch đọng ra từ ống dẫn lưu tới ngày thứ 4 sau mổ, siêu âm kiểm tra lại vẫn còn dịch trong ổ bụng. Cả 2 NB chúng tôi đều quyết định điều trị nội khoa tích cực bằng kháng sinh phổ rộng và vận động trở lại sớm. Sau lần lượt 11 và 12 ngày cả 2 NB đều được siêu âm lại, thấy không còn ổ dịch tồn dư và sau đó được xuất viện. Việc tụ dịch tồn dư trong ổ bụng có thể là do không hút hết dịch trong quá trình lau rửa ổ bụng, hoặc đặt dẫn lưu không hiệu quả. Phạm Duy Hiền [1] cáo trên nhóm NB trẻ em có 2 NB (1,7%) có biến chứng này. Trong cả 2 nghiên cứu đều không phải mổ lại, chỉ cần điều trị nội khoa.

Rò mật là do sự xơ hóa và viêm mạn tính của đường mật tại thời điểm mổ, nên miệng nối mủn, xơ sẹo, liền kèm và dẫn tới rò mật sau mổ. NB càng lớn tuổi, đường mật càng xơ hóa và viêm, dẫn tới nguy cơ rò mật càng tăng. Vì vậy, nếu có thể nên cố gắng phẫu thuật càng sớm càng tốt khi còn trẻ. Điều trị biến chứng này trước hết bằng nội khoa. Biến chứng này cũng đáp ứng tương đối tốt với điều trị nội khoa và dẫn lưu tốt. Tuy nhiên, trong các trường hợp rò mật nhiều, dẫn lưu không có kết quả có thể tạo thành ổ dịch nhiễm trùng, ổ abscess quanh miệng nối hoặc thậm chí viêm phúc mạc. Trong các trường hợp này cần phải chọc hút dưới hướng dẫn của chẩn đoán hình ảnh hoặc thậm chí phải mổ lại. Tỉ lệ rò miệng nối thay đổi, có thể lên tới 20% [6,7].

V. KẾT LUẬN

Trong thời gian nghiên cứu, chúng tôi nhận thấy phẫu thuật nội soi điều trị nang ống mật chủ là phẫu thuật khả thi, an toàn và ít biến chứng, nên được áp dụng rộng rãi tại các cơ sở ngoại khoa có kinh nghiệm về phẫu thuật nội soi.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Hiền, P.D., N.T. Liêm, and V.M. Hoàn,** Kết quả điều trị nang ống mật chủ bằng phẫu thuật nội soi cắt nang, nối ống gan chung hồng tràng kiểu Roux-en-Y. Tạp Chí Nghiên cứu Và Thực hành Nhi Khoa, 2017. 1(1): p. 35-42.
2. **Nguyễn, V.L. and D.H. Phạm,** 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

3. **Wu, W., et al.**, Lilly's Technique for Delayed Hemorrhage After Choledochal Cyst Radical Surgery. *J Laparoendosc Adv Surg Tech A*, 2023. **33**(1): p. 95-100.
4. **Lal, R., et al.**, Type IV-A choledochal cysts: a challenge. *J Hepatobiliary Pancreat Surg*, 2005. **12**(2): p. 129-34.
5. **Khandelwal, C., et al.**, Diagnosis and management of choledochal cysts. *Indian J Surg*, 2012. **74**(5): p. 401-6.
6. **Hwang, D.W., et al.**, Early experience of laparoscopic complete en bloc excision for choledochal cysts in adults. *Surg Endosc*, 2012. **26**(11): p. 3324-9.
7. **Singham, J., E.M. Yoshida, and C.H. Scudamore**, Choledochal cysts. Part 3 of 3: management. *Can J Surg*, 2010. **53**(1): p. 51-6.
8. **Y, T., et al.**, Management of type I choledochal cyst in adult: Totally laparoscopic resection and roux-en-y hepaticoenterostomy. *J Gastrointest Surg*, 2010. **14**(9): p. 1381-1388.

SO SÁNH HIỆU QUẢ GIẢM ĐAU SAU MỔ LẤY THAI CỦA GÂY TÊ NGOÀI MÀNG CỨNG BẰNG ROPIVACAINE NỒNG ĐỘ 0.1% VỚI 0.125% PHỐI HỢP FENTANYL

Trần Thế Quang¹, Nguyễn Tuấn Anh¹, Phan Lạc Tiến¹

TÓM TẮT

Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 150 sản phụ được giảm đau sau mổ lấy thai bằng gây tê ngoài màng cứng với ropivacaine 0,1% và ropivacaine 0,125% phối hợp với fentanyl chia làm 2 nhóm. Kết quả: Để đạt tác dụng giảm đau sau mổ của ropivacaine 0,125% tương đương với ropivacaine 0,1% (điểm VAS ở trạng thái tĩnh và VAS ở trạng thái động tương đương nhau ở 24 giờ đầu và 24 giờ tiếp theo) tổng lượng thuốc ropivacaine ở cả 2 nhóm trong 24h đầu là tương đương nhau (Tổng lượng thuốc sử dụng trong 24h giờ đầu của nhóm ropivacaine 0,125% và ropivacaine 0,1% lần lượt là 185,6 ± 47,2 mg và 181,3 ± 35,9); ropivacaine 0,125% gây tê chân nhiều hơn so với ropivacaine 0,1% (Tỷ lệ tê bì chân ở nhóm ropivacaine 0,125% và ropivacaine 0,1% lần lượt là 13,3% và 1,33%), trong khi các tác dụng không mong muốn khác không có sự khác biệt. Kết luận: ropivacaine 0,125% có tác dụng giảm đau sau mổ lấy thai tương đương so với ropivacaine 0,1% khi gây tê ngoài màng cứng. Tuy nhiên, ở nồng độ ropivacaine 0,125% gây tê bì chân nhiều hơn so với ropivacaine 0,1%.

Từ khóa: Gây tê ngoài màng cứng, giảm đau sau mổ, Ropivacaine

SUMMARY

COMPARISON OF EFFECTIVE ANALGESIA POSTOPERATIVE WITH EPIDURAL ANESTHESIA WITH ROPIVACAINE 0.1% AND ROPIVACAINE 0.125% COMBINED WITH FENTANYL

Cross-sectional descriptive study, 150 women analgesia postoperative with epidural anesthesia with ropivacaine 0.1% and ropivacaine 0.125% combined with 2mcg/ml fentanyl divided into 2 groups. Results:

¹Bệnh viện Phụ Sản Hà Nội

Chịu trách nhiệm: Trần Thế Quang

Email: tranthequanghn@gmail.com

Ngày nhận bài: 6.10.2023

Ngày phản biện khoa học: 10.11.2023

Ngày duyệt bài: 15.12.2023

To achieve the postoperative analgesic effect of Ropivacaine 0.125% is equivalent to ropivacaine 0.1% (VAS point static and dynamic equivalent status in the first 24 hours and 24 hours the next). The consumption of ropivacaine in the 2 groups in the first 24 hours was similar (The total amount of drug used in the first 24 hours of the ropivacaine 0.125% and ropivacaine 0.1% groups were 185.6 ± 47.2 mg and 181.3, respectively. ± 35.9); ropivacaine 0.125% causes more leg numbness than ropivacaine 0.1% (The rate of leg numbness in the ropivacaine 0.125% and ropivacaine 0.1% groups is 13.3% and 1.33%, respectively), while the side effects other two group did not differ. Conclusion: Ropivacaine 0.125% has an equivalent analgesic effect after cesarean section compared to ropivacaine 0.1% for epidural anesthesia. However, the concentration of ropivacaine 0.125% causes more numbness in the legs than ropivacaine 0.1%. **Keywords:** epidural anesthesia, analgesia postoperative, Ropivacaine

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đau sau mổ lấy thai là phiền nạn lớn cho sản phụ gây ra tình trạng sợ hãi lo lắng khi phải chấp nhận phẫu thuật. Đau sau mổ gây ra nhiều rối loạn các cơ quan (hô hấp, tuần hoàn, nội tiết,...), ức chế miễn dịch, tăng quá trình viêm, chậm liền sẹo, kéo dài thời gian nằm viện. Hiện nay phẫu thuật mổ lấy thai là một phẫu thuật phổ biến hầu hết ở các bệnh viện, tỷ lệ phẫu thuật mổ lấy thai ngày càng tăng thì việc chọn phương pháp giảm đau sau mổ thích hợp ngày càng quan trọng và là mối quan tâm lớn của bác sỹ gây mê hồi sức và bác sỹ sản phụ khoa. Có nhiều phương pháp và kỹ thuật làm giảm đau sau mổ lấy thai được nghiên cứu và áp dụng giúp cho sản phụ trải qua thời kì hậu phẫu nhẹ nhàng hơn, như: giảm đau tĩnh mạch, liệu pháp tâm lý, giảm đau opioid, gây tê tủy sống, gây tê vùng cơ vuông thắt lưng, gây tê ngoài màng cứng... Mỗi