

bụng, áp xe trong ổ bụng và rò miệng nối, có 124 trường hợp có chỉ định chụp cắt lớp vi tính ổ bụng, có 59,7% trường hợp phát hiện dịch tự do ổ bụng, 41,9% trường hợp thấy hình ảnh ổ áp xe trong ổ bụng, 25,8% trường hợp thấy hình ảnh rò miệng nối.³

Điều trị: trong số 9 bệnh nhân viêm phúc mạc toàn thể, 100% được điều trị bằng phẫu thuật. Trong số 24 bệnh nhân viêm phúc mạc khu trú có 4,3% trường hợp được điều trị bằng phẫu thuật, 43,5% trường hợp được điều trị nội khoa, 52,2% trường hợp được điều trị bằng can thiệp. Kết quả nghiên cứu này của chúng tôi tương đồng với kết quả nghiên cứu của MW Buchler trên 186 bệnh nhân bị viêm phúc mạc lan tỏa, đã đi đến kết luận rằng, bệnh nhân bị viêm phúc mạc toàn thể, nên được điều trị bằng phẫu thuật càng sớm càng tốt.⁵

Trong nghiên cứu của chúng tôi, không gặp trường hợp nào xuất hiện biến chứng sớm và tử vong. Tuy nhiên, có một số nghiên cứu cho kết quả hoàn toàn khác biệt. Như trong nghiên cứu của Tariq Hameed và cộng sự trên 350 bệnh nhân viêm phúc mạc, tỷ lệ tử vong là 6%.⁶

V. KẾT LUẬN

Đặc điểm lâm sàng toàn thân biểu hiện bởi hội chứng nhiễm trùng, các dấu hiệu lâm sàng điển hình thường xuất hiện muộn. Chụp cắt lớp vi tính ổ bụng giúp phân biệt viêm phúc mạc khu trú và viêm phúc mạc toàn thể. Viêm phúc mạc

toàn thể cần được điều trị bằng phẫu thuật. Viêm phúc mạc khu trú có thể lựa chọn điều trị nội khoa đơn thuần, can thiệp hoặc phẫu thuật tùy từng đặc điểm lâm sàng và tổn thương cụ thể của từng bệnh nhân.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Sylvie Gueroult; Yann Parc; Franc oise Duron; Franc oise Paye; Rolland Parc.** Completion Pancreatectomy for Postoperative Peritonitis After Pancreaticoduodenectomy. 2004; 139:16-19.
- Bader F, Schröder M, Kujath P, Muhl E, Bruch H, Eckmann C** (2009), Diffuse Postoperative Peritonitis – Value Of Diagnostic Parameters And Impact Of Early Indication For Relaparotomy, Eur J Med Res, 14, pp. 491-496.
- Thierry Bensignor, Jeremie Lefevre, Ben Creavin, Najim Chafai, Thomas Lescot, et al.** Postoperative Peritonitis After Digestive Tract Surgery: Surgical Management and Risk Factors for Morbidity and Mortality, a Cohort of 191 Patients. World Journal of Surgery, Springer Verlag, 2018, 42 (11), pp.3589 – 3598
- Traoré A, et al.** (2014) Post-Operative Peritonitis: Diagnostic Problems, Morbidity and Mortality in Developing Countries. Surgical Science. 5. 363-367.
- Büchler M, Baer H, Brügger L, et al.** Chirurgische Therapie der diffusen Peritonitis: Herdsanierung und intraoperative extensive Lavage. Chirurg (1997) 68: 811–815.
- Tariq Hameed, Awadh Kumar, Shivanand Sahni, Rahul Bhatia and Ajit Kumar Vidhyarthi.** Emerging Spectrum of Perforation Peritonitis in Developing World. Frontiers in Surgery. 2020; 7:50.

KẾT QUẢ PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT TÚI MẬT CÓ ỨNG DỤNG GÓC NHÌN AN TOÀN THIẾT YẾU

Huỳnh Thanh Long^{1,2}, Nguyễn Lâm Trường An³,
Nguyễn Mạnh Khiêm², Nguyễn Tạ Quyết^{3,4}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá sự an toàn của phẫu thuật nội soi cắt túi mật (PTNSCTM) có ứng dụng "Góc nhìn an toàn thiết yếu" (GNATY) trong điều trị bệnh lý sỏi túi mật (TM). **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu tiền cứu, mô tả hàng loạt ca trên bệnh nhân được

phẫu thuật nội soi cắt túi mật có áp dụng GNATY điều trị sỏi TM tại Bệnh viện Bình Dân từ 1/2022 đến 10/2022. **Kết quả:** Có 89 bệnh nhân và ghi nhận kết quả như sau: tỷ lệ thành công cao, đạt 97,8%. Các trường hợp thất bại là do sỏi lớn kẹt cổ TM và viêm dính vùng tam giác gan mật quá nhiều trong viêm TM hoại tử. Biến chứng chảy máu chung là 10,3% (9 trường hợp) và trong khi thực hiện GNATY là 6,7% (6 trường hợp). Biến chứng thủng TM chung là 8% (7 trường hợp) và trong khi thực hiện GNATY là 4,4% (4 trường hợp), không có biến chứng tổn thương đường mật. Biến chứng sau phẫu thuật gồm tụ dịch giương TM chiếm 10,3% và nhiễm trùng vết mổ chiếm 2,3%. Tất cả đều được điều trị nội khoa thành công. **Kết luận:** Chúng tôi nhận thấy GNATY là kỹ thuật nhận định cần thiết áp dụng, an toàn, hiệu quả trong PTNSCTM điều trị bệnh lý sỏi TM.

¹Trường ĐH Nguyễn Tất Thành

²Bệnh viện Nguyễn Tri Phương

³Bệnh viện Bình Dân

⁴Trường ĐH Y Dược TP.HCM

Chịu trách nhiệm chính: Huỳnh Thanh Long

Email: bs.huynhlong1967@gmail.com

Ngày nhận bài: 7.3.2024

Ngày phản biên khoa học: 23.4.2024

Ngày duyệt bài: 13.5.2024

Từ khóa: Góc nhìn an toàn thiết yếu, sỏi túi mật, phẫu thuật nội soi cắt túi mật.

SUMMARY

RESULT OF LAPAROSCOPIC CHOLECYSTECTOMY USING THE CRITICAL VIEW OF SAFETY TECHNIQUE

Aim: To assess the safety of laparoscopic cholecystectomy using "The Critical View of Safety" (CVS) technique for the management of gallbladder stone disease. **Subjects and methods:** Prospective study, describing a series of cases of patients undergoing laparoscopic cholecystectomy with CVS applied to treat venous stones at Binh Dan Hospital from January 2022 to October 2022. **Results** We enrolled 89 patients and recorded the following outcomes: the success rate was high, at 97.8%. The failure cases were due to large stones blocking the gallbladder neck and severe adhesions in the hepatobiliary triangle in necrotizing cholecystitis. The overall bleeding complication rate was 10.3% (9 cases) and during CVS was 6.7% (6 cases). The overall gallbladder perforation complication rate was 8% (7 cases) and during CVS was 4.4% (4 cases), with no biliary tract injuries. The postoperative complications included fluid collection in the gallbladder bed in 10.3% of cases and surgical wound infection in 2.3% of cases. All were successfully treated with conservative measures. **Conclusion:** We concluded that CVS is a necessary, safe, and effective diagnostic method in laparoscopic cholecystectomy for gallbladder stone disease.

Keywords: The critical view of safety, gallbladder stones, laparoscopic cholecystectomy.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ngày nay, phẫu thuật nội soi cắt túi mật (PTNSCTM) đã dần thay thế mổ mở cắt túi mật (TM) kinh điển. Kết quả một số nghiên cứu đã chỉ ra rằng việc nhận định sai về cấu trúc giải phẫu là nguyên nhân chính các trường hợp TTĐM trong PTNSCTM¹. Từ đó đã có những nghiên cứu đề ra cách tiếp cận an toàn giúp phòng ngừa TTĐM trong PTNSCTM, trong đó phải kể đến "The Critical View of Safety" (CVS), tạm dịch thuật ngữ này là "Góc nhìn an toàn thiết yếu" (GNATTY)². Việc ứng dụng GNATTY từ khi được Steven M Strasberg và cộng sự giới thiệu lần đầu tiên năm 1995 được coi là phương pháp đáng tin cậy và an toàn để xác định ống túi mật và động mạch TM. Tại Việt Nam đã có nghiên cứu của tác giả Trần Hồ về GNATTY trong PTNSCTM. Tuy nhiên đối tượng nghiên cứu không bao gồm các trường hợp viêm TM cấp (VTMC) nên tính khả thi và hiệu quả của việc áp dụng GNATTY vẫn chưa được nghiên cứu.

Do vậy, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm đánh giá sự an toàn của PTNSCTM có ứng dụng "Góc nhìn an toàn thiết yếu" và tỷ lệ biến

chứng trong phẫu thuật và sau phẫu thuật khi thực hiện phương pháp này.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Tất cả bệnh nhân (BN) được PTNSCTM do sỏi tại BV Bình Dân

2.1.1. Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân. BN được chẩn đoán sỏi TM dựa vào siêu âm, BN được chẩn đoán viêm túi mật cấp (VTMC) do sỏi theo Tokyo Guideline 2018; được mổ bằng phương pháp PTNSCTM, có thực hiện GNATTY.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ. BN VTMC có sỏi ống, nang mật chủ (OMC), sỏi gan, u đường mật, u đầu tụy,... kèm theo.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu và cỡ mẫu

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

Số lượng mẫu lấy tối đa số bệnh nhân có thể.

2.2.2. Thời gian và địa điểm

Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 1/2022 đến hết tháng 10/2022.

2.3. Phương pháp tiến hành



III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Từ tháng 1/2022 đến 10/2022, tại bệnh viện (BV) Bình Dân có 89 trường hợp phẫu thuật nội soi cắt TM có áp dụng góc nhìn an toàn thiết yếu đạt tiêu chuẩn lựa chọn vào đối tượng nghiên cứu. Trong đó có 87 trường hợp thành công.

3.1. Đặc điểm chung

3.1.1. Tuổi. Tuổi trung bình là 53,2 ± 13,1; nhỏ tuổi nhất 17 và lớn tuổi nhất là 83. Nhóm tuổi thường gặp nhất là 40-60 tuổi (50,6%), từ 17- 39 tuổi có tỷ lệ 21,3% và 60-83 tuổi có tỷ lệ 28,1%.

3.1.2. Giới tính. Có 60 nữ (67,4%) và 29 nam (32,6%). Tỷ lệ nữ/nam xấp xỉ là 2/1

3.1.3. Nhóm phẫu thuật viên. Trong nghiên cứu của chúng tôi có 69 trường hợp phẫu thuật (chiếm 77,5%) thực hiện bởi các nhóm PTV có kinh nghiệm từ 30 ca PTNSCTM trở lên.

Bảng 3.1. Số trường hợp phẫu thuật theo nhóm PTV

| Nhóm PTV | Số trường hợp |
|----------------------------|---------------|
| PTV kinh nghiệm dưới 30 ca | 20 |

| | |
|-----------------------------|----|
| PTV kinh nghiệm từ 30-50 ca | 30 |
| PTV kinh nghiệm trên 50 ca | 39 |

3.2. Kết quả phẫu thuật nội soi cắt túi mật có ứng dụng "Góc nhìn an toàn thiết yếu"

3.2.1. Thương tổn trong phẫu thuật.

Chúng tôi kết hợp hình ảnh siêu âm, chụp cắt lớp vi tính, chụp cộng hưởng từ ổ bụng, tổn thương trong phẫu thuật để xác định tình trạng của TM.

Bảng 3.2. Thương tổn trong phẫu thuật

| Nhóm PTV | Số trường hợp |
|---|---------------|
| Tình trạng TM | |
| TM không to, thành không dày | 39 |
| TM to thành dày | 37 |
| TM hoại tử | 8 |
| Sỏi kẹt cổ TM | 5 |
| Mức độ dính của TM | |
| Không dính | 38 |
| Dính ít | 38 |
| Dính nhiều | 13 |
| Mức độ viêm dính của tam gan mật | |
| Không viêm dính | 52 |
| Viêm dính ít | 19 |
| Viêm dính nhiều | 18 |

3.2.2. Tỷ lệ đạt "Góc nhìn an toàn thiết yếu". Tổng số có 89 trường hợp PTNSCTM có áp dụng GNATTY. Tỷ lệ thành công là 97,8% (87 TH). 2 trường hợp thất bại trong quá trình phẫu tích để đạt GNATTY: 1 trường hợp sỏi lớn kẹt cổ TM và 1 viêm TM hoại tử.

3.2.3. Thời gian đạt "Góc nhìn an toàn thiết yếu". Thời gian đạt GNATTY trung bình: 35,8 ± 19,5 phút; ngắn nhất là 10 phút, dài nhất là 90 phút.

Bảng 3.3. Thời gian đạt GNATTY theo các nhóm thương tổn và thời điểm phẫu thuật

| | Thời gian đạt GNATTY (phút) | p |
|--|-----------------------------|------------------------------------|
| Mức độ viêm dính tam giác gan mật | | |
| Không viêm | 25,5±11,8 | p<0,01 (phép kiểm Kruskal Wallis) |
| Viêm dính ít | 39,2±11,0 | |
| Viêm dính nhiều | 65,3±15,6 | |
| Tình trạng TM | | |
| TM không to, thành không dày | 24,2±13,4 | p=0,001 (phép kiểm Kruskal Wallis) |
| TM to, thành dày | 35,4±14,3 | |
| TM hoại tử | 62,7±18,2 | |
| Sỏi kẹt cổ TM | 55,5±17,4 | |
| Mức độ dính của TM | | |
| Không dính | 23,3±12,1 | p<0,01 (phép kiểm Kruskal Wallis) |
| Dính ít | 30,1±14,2 | |
| Dính nhiều | 50,7±18,5 | |
| Nhóm phẫu thuật viên | | |
| Nhóm phẫu | 38,3±10,3 | p=0,004 |

| | | |
|--------------------------------------|-----------|----------------------------|
| thuật viên dưới 30 ca | | (phép kiểm Kruskal Wallis) |
| Nhóm phẫu thuật viên từ 30 đến 50 ca | 43,3±24,2 | |
| Nhóm phẫu thuật viên trên 50 ca | 28,4±16,4 | |

Có sự khác biệt có ý nghĩa về thời gian phẫu thuật giữa các nhóm mức độ viêm dính tam giác gan mật, các tình trạng TM, mức độ dính của TM với các cấu trúc xung quanh, kinh nghiệm của PTV.

3.2.4. Các biến chứng trong phẫu thuật

Bảng 3.4. Biến chứng trong phẫu thuật

| Biến chứng | Số bệnh nhân | Tỷ lệ (%) |
|----------------------|---|-----------|
| Chảy máu | 9 trường hợp | 10,3 |
| | 6 trường hợp khi phẫu tích để đạt GNATTY 3 trường hợp sau khi đạt GNATTY | |
| Thủng TM | 7 trường hợp | 8,0 |
| | 4 trường hợp khi phẫu tích để đạt GNATTY 3 trường hợp sau khi đạt GNATTY | |
| TTĐM | 0 | 0 |
| Tổn thương tạng khác | 0 | 0 |

Trong số 6 trường hợp chảy máu khi phẫu tích để đạt GNATTY có: 3 rách nhánh nhỏ của động mạch TM, 1 chảy máu ở giường TM và 2 vừa rách nhánh nhỏ của động mạch TM và chảy máu ở giường TM. 3 trường hợp chảy máu còn lại đều xảy ra ở giường TM sau khi đã đạt GNATTY; được xử lý bằng đốt đơn cực và chèn gạc.

Trong 7 trường hợp thủng TM có 4 là do cầm nắm, 3 là thủng trong khi giải phóng TM ra khỏi giường TM. Các trường hợp thủng TM được lau, rửa sạch vùng dưới gan, gắp sỏi rơi trong ổ bụng.

* *Biến chứng chảy máu*

Bảng 3.5. Biến chứng chảy máu theo thương tổn và thời điểm phẫu thuật

| | Chảy máu | Không chảy máu | p |
|------------------------------|----------|----------------|-----------------------------|
| Tình trạng túi mật | | | |
| TM không to, thành không dày | 0 | 39 | p<0,01 (Kiểm định Fisher's) |
| TM to, thành dày | 3 | 34 | |
| TM hoại tử | 6 | 1 | |
| Sỏi kẹt cổ TM | 0 | 4 | |
| Mức độ dính của TM | | | |
| Không dính | 0 | 38 | p<0,01 |
| Dính ít | 1 | 36 | |

| | | | |
|--|---|----|--------------------------------|
| Dính nhiều | 8 | 4 | (Kiểm định Fisher's) |
| Mức độ viêm dính tam giác gan mật | | | |
| Không viêm | 1 | 51 | p<0,01 (Kiểm định Fisher's) |
| Viêm dính ít | 0 | 19 | |
| Viêm dính nhiều | 8 | 8 | |
| Nhóm phẫu thuật viên | | | |
| Nhóm PTV dưới 30 ca | 1 | 19 | p=0,61 (Kiểm định Fisher's) |
| Nhóm PTV từ 30-50 ca | 3 | 27 | |
| Nhóm PTV trên 50 ca | 5 | 32 | |

* *Thùng túi mật*

Bảng 3.6. Biến chứng thùng TM theo thương tổn và thời điểm phẫu thuật

| | Thùng TM | Không thùng TM | p |
|--|----------|----------------|---------------------------------|
| Tình trạng túi mật | | | |
| TM không to, thành không dày | 2 | 37 | p<0,01 (Kiểm định Fisher's) |
| TM to, thành dày | 0 | 37 | |
| TM hoại tử | 3 | 4 | |
| Sỏi kẹt cổ TM | 2 | 2 | |
| Mức độ dính của TM | | | |
| Không dính | 2 | 36 | p=0,11 (Kiểm định Fisher's) |
| Dính ít | 2 | 35 | |
| Dính nhiều | 3 | 9 | |
| Mức độ viêm dính tam giác gan mật | | | |
| Không viêm | 3 | 49 | p=0,026 (Kiểm định Fisher's) |
| Viêm dính ít | 0 | 19 | |
| Viêm dính nhiều | 4 | 12 | |
| Nhóm phẫu thuật viên | | | |
| Nhóm PTV dưới 30 ca | 2 | 18 | p=0,68 (Kiểm định Fisher's) |
| Nhóm PTV từ 30-50 ca | 3 | 27 | |
| Nhóm PTV trên 50 ca | 2 | 35 | |

3.2.5. Biến chứng sau phẫu thuật

BN được theo dõi từ ngày đầu sau phẫu thuật đến khi xuất viện, tái khám sau xuất viện 14 ngày và 30 ngày.

Bảng 3.7. Biến chứng sau phẫu thuật

| Biến chứng | Số bệnh nhân | Tỷ lệ (%) |
|--------------------|--------------|-----------|
| Tụ dịch giường TM | 9 | 10,3 |
| Nhiễm trùng vết mổ | 2 | 2,3 |

Kết quả siêu âm vào ngày thứ nhất sau phẫu thuật phát hiện có 9 bệnh nhân (10,3%) có tụ dịch giường TM. 7 trường hợp có kích thước ổ tụ dịch nhỏ hơn 30 mm và 2 trường hợp có ổ tụ dịch lớn hơn 30 mm.

Các trường hợp tụ dịch đều được đặt dẫn lưu dưới gan dự phòng trong phẫu thuật, được theo dõi và điều trị nội khoa, siêu âm bụng kiểm tra lại thấy ổ tụ dịch giảm kích thước, lâm sàng ổn định.

Bảng 3.8. Tình trạng tụ dịch trên siêu âm theo nhóm thương tổn và thời điểm

phẫu thuật

| | Tụ dịch | Không tụ dịch | p |
|--|---------|---------------|---------------------------------|
| Tình trạng túi mật | | | |
| TM không to, thành không dày | 0 | 39 | p<0,01 (Kiểm định Fisher's) |
| TM to, thành dày | 4 | 33 | |
| TM hoại tử | 4 | 3 | |
| Sỏi kẹt cổ TM | 1 | 3 | |
| Mức độ dính của TM | | | |
| Không dính | 0 | 38 | p<0,01 (Kiểm định Fisher's) |
| Dính ít | 3 | 34 | |
| Dính nhiều | 6 | 6 | |
| Mức độ viêm dính tam giác gan mật | | | |
| Không viêm | 0 | 52 | p<0,01 (Kiểm định Fisher's) |
| Viêm dính ít | 0 | 19 | |
| Viêm dính nhiều | 9 | 7 | |
| Nhóm phẫu thuật viên | | | |
| Nhóm PTV dưới 30 ca | 0 | 20 | p=0,147 (Kiểm định Fisher's) |
| Nhóm PTV từ 30-50 ca | 5 | 25 | |
| Nhóm PTV trên 50 ca | 4 | 33 | |

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung

4.1.1. Tuổi. Tuổi trung bình của BN là 53,2 ± 13,1 cũng như nghiên cứu của Nassar³, có tuổi trung bình là 53,2. Các trường hợp thành công đạt GNATTY phân bố ở nhiều nhóm tuổi khác nhau nên chúng tôi cho rằng tuổi không ảnh hưởng đến tỷ lệ thành công đạt GNATTY.

4.1.2. Giới tính. Có 60 trường hợp (67,4%) nữ và 28 trường hợp (32,6%) nam, tỷ lệ nữ trên nam là xấp xỉ 2/1. Nghiên cứu của Đỗ Trọng Hải⁴ tỷ lệ nữ trên nam là 3/1. Gần như toàn bộ các trường hợp đều đạt GNATTY nên giới tính không ảnh hưởng đến tỷ lệ đạt GNATTY.

4.1.3. Nhóm phẫu thuật viên. Có 3 nhóm phẫu thuật viên được phân loại dựa theo số ca PTNSCTM mà họ từng tiến hành. Cả 2 trường hợp sỏi kẹt cổ và viêm TM hoại tử thất bại trong thực hiện GNATTY đều được tiến hành bởi các BS có nhiều kinh nghiệm với hơn 50 ca cắt TM. Các BS trẻ có kinh nghiệm dưới 30 ca và nhóm BS có kinh nghiệm 30-50 ca cắt TM đều thực hiện thành công GNATTY. Do vậy, tỷ lệ thành công đạt GNATTY không bị ảnh hưởng bởi kinh nghiệm của PTV

4.2. Đặc điểm trong mổ

4.2.1. Tình trạng túi mật và mức độ viêm dính vùng tam giác gan mật. Có 39 trường hợp TM không có dấu hiệu viêm. 37 trường hợp TM to, thành dày; gây nhiều khó khăn cho cuộc PT: TM to làm phẫu trường hẹp lại, thành TM dày gây khó khăn cho kẹp TM, đòi

hỏi phải thực hiện các kỹ thuật kết hợp như chọc hút làm xẹp TM chủ động, cắt TM từ đáy, cắt gần toàn bộ TM.

Có 8 trường hợp viêm TM hoại tử. Trong đó có 7 trường hợp thành công đạt GNATTY chiếm tỷ lệ 87,5%. Trong viêm TM hoại tử việc cắt bỏ TM qua nội soi là một thách thức đối với phẫu thuật viên vì TM bị viêm dính nhiều, mủn, hoại tử khó cầm nắm, khó nhận định cấu trúc giải phẫu.

Có 5 trường hợp sỏi kẹt cổ TM. Theo A.H.M.Nassar³, tỷ lệ đạt GNATTY chỉ 60% với nhóm TM có sỏi kẹt ở túi Hartmann. Các trường hợp sỏi kẹt cổ TM đa số có tình trạng viêm vừa đến nhiều và nếu sỏi càng to sẽ càng gặp khó khăn khi phẫu tích rõ tam giác mật và bộc lộ 1/3 dưới giường TM nên khả năng thất bại tăng lên khi thực hiện đạt GNATTY.

4.2.2. Tỷ lệ thành công đạt "Góc nhìn an toàn thiết yếu". Tỷ lệ đạt GNATTY là 97,8%. Có 2 trường hợp thất bại trong quá trình phẫu tích để đạt GNATTY: 1 trường hợp không đạt GNATTY do sỏi to kẹt vùng cổ TM và 1 trường hợp viêm TM hoại tử, nên chúng tôi thực hiện cắt TM từ đáy, phẫu tích theo sát thành TM đến phễu và ống TM. Sau đó kẹp cắt ống TM và động mạch TM. Kết thúc phẫu thuật an toàn.

Tỷ lệ đạt GNATTY trong nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với các nghiên cứu khác. Nghiên cứu của C. Avgerinos⁵ với 1046 trường hợp cắt TM. Tác giả này áp dụng GNATTY cho tất cả các tổn thương viêm TM và nhận thấy đây là kỹ thuật dễ thực hiện, chính xác và rất phù hợp trong PTNSCTM.

4.2.3. Thời gian đạt "Góc nhìn an toàn thiết yếu". Trong nghiên cứu của chúng tôi thời gian đạt GNATTY trung bình là $35,8 \pm 19,5$ phút. Khi so sánh với nghiên cứu của J. K. Koong⁶, thời gian đạt GNATTY (trung bình là $22,8 \pm 14,3$ phút) ngắn hơn trong nghiên cứu của chúng tôi. Sự khác nhau này do nhiều yếu tố khác biệt giữa 2 nghiên cứu.

Thời gian đạt GNATTY càng kéo dài khi mức độ viêm dính tam giác gan mật càng nhiều, khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,01$). Thời gian đạt GNATTY ở các nhóm PTV cũng khác nhau, khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p=0,004$). Với nhóm PTV nhiều kinh nghiệm trong NC của chúng tôi, thời gian đạt GNATTY trung bình $28,4 \pm 16,4$ phút dài hơn so với kết quả của Koong. Tuy nhiên, nếu xét các trường hợp không viêm $17,4 \pm 6,4$ phút và viêm nhẹ $32,5 \pm 11,6$ phút thì thời gian này là gần tương đương nhau.

4.2.4. Các biến chứng trong phẫu thuật

a. Chảy máu. Đây là một trong các nguyên nhân chính phải chuyển mổ mở. Chúng tôi gặp 9 trường hợp bị chảy máu (10,3%), trong đó có 6 trường hợp gặp trong quá trình phẫu tích, lượng máu mất từ 50- 100ml, không trường hợp nào cần truyền máu hay mổ mở. Các trường hợp TM hoại tử thì tình trạng chảy máu trong phẫu thuật cũng nhiều hơn các tình trạng khác có ý nghĩa thống kê ($p < 0,01$).

Nghiên cứu của Nguyễn Văn Hải và Nguyễn Tuấn⁷ ở 66 trường hợp có 4 trường hợp chảy máu nhiều trong mổ nhưng không phải truyền máu. Trong 998 trường hợp PTNSCTM áp dụng thành công GNATTY, C. Avgerinos⁵ ghi nhận chỉ có 2 trường hợp chảy máu nhiều phải chuyển mổ mở: 1 trường hợp từ vết trocar rốn, 1 trường hợp từ giường TM. Khi sử dụng GNATTY trong phẫu thuật, tỷ lệ xảy ra biến chứng chảy máu rất thấp và chủ yếu gặp ở các trường hợp TM viêm dính nhiều Phần lớn xử lý cầm máu thành công, hiếm trường hợp phải chuyển mổ mở.

b. Thủng túi mật. Có 7 trường hợp thủng TM, trong đó 3 trường hợp thủng TM (3,4%) khi phẫu tích TM ra khỏi giường TM, 4 trường hợp thủng do cầm nắm (4,6%). Tỷ lệ biến chứng thủng TM có sự khác biệt giữa các nhóm tình trạng TM ($p < 0,001$), trong đó TM hoại tử có tỷ lệ thủng cao nhất là 3/4 TH. Hầu như hiếm có nghiên cứu có áp dụng GNATTY trong PTNSCTM để cập đến thủng TM trong khi phẫu thuật. Tỷ lệ thủng TM của Vũ Bích Hạnh⁸ là 11,6%. Thủng TM trong phẫu tích không tăng khả năng xảy ra các biến chứng khác.

c. Tổn thương đường mật. Có 87 bệnh nhân viêm dính TM và tam giác gan mật, được phẫu thuật bởi 3 nhóm PTV. Không có trường hợp nào xảy ra TTĐM. Kết quả này cho thấy các bác sĩ ít kinh nghiệm được đào tạo bài bản về thực hiện GNATTY thì có thể tránh được biến chứng TTĐM. C. Avgerinos⁵ báo cáo 998 trường hợp sử dụng GNATTY trong khi PTNSCTM với các tổn thương TM viêm cấp, viêm mạn và sỏi TM. Trong đó, 555 trường hợp được thực hiện bởi các phẫu thuật viên trẻ dưới sự giám sát của một chuyên gia. Có 5 trường hợp rò mật nghi từ ống TM hay giường TM và tự hết. Không có trường hợp TTĐM nặng nào xảy ra.

4.2.5. Các biến chứng sau phẫu thuật. Khi áp dụng GNATTY chúng tôi gặp biến chứng sau mổ gồm tụ dịch giường TM là 10,3%, nhiễm trùng vết mổ là 2,3%. Kết quả siêu âm kiểm tra sau mổ (được thực hiện vào ngày thứ nhất sau mổ) ghi nhận có 9 trường hợp (10,3%) có tụ dịch giường TM. Trong đó 7 trường hợp kích

thước ổ tụ dịch <30mm, 2 ổ tụ dịch >30mm. Nhóm TM viêm và hoại tử có tỷ lệ tụ dịch nhiều hơn nhóm không viêm và sỏi kẹt cổ cổ ý nghĩa thống kê ($p<0,01$). Nhóm TM có viêm dính tam giác gan mật nhiều cũng có tỷ lệ tụ dịch cao hơn nhóm viêm dính ít và không viêm dính ($p<0,01$). Tỷ lệ tụ dịch theo nhóm PTV khác nhau không có ý nghĩa ($p=0,147$). Với các trường hợp tụ dịch sau phẫu thuật chúng tôi theo dõi sát lâm sàng và kích thước ổ tụ dịch qua các lần siêu âm sau đó ghi nhận kích thước tụ dịch giảm nên cho xuất viện như các trường hợp khác, không cần can thiệp thêm. Kết quả của chúng tôi không có sự khác biệt nhiều với Vũ Bích Hạnh⁸ gặp 3 trường hợp (5%), Nguyễn Văn Hải⁷ gặp 2 trường hợp (3,0%) tụ dịch dưới gan.

V. KẾT LUẬN

Việc áp dụng GNATTY trong PTNSCTM tại BV Bình Dân là hoàn toàn khả thi. Tỷ lệ thành công cao, đạt 97,8%. Các biến chứng trong phẫu thuật và sau phẫu thuật chiếm tỷ lệ nhỏ và không nghiêm trọng. Chúng tôi nhận thấy GNATTY là kĩ thuật nhận định cần thiết áp dụng, an toàn, hiệu quả trong điều trị bệnh lý sỏi TM.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Chuang KI, Corley D, Postlethwaite DA, Merchant M, Harris HW.** Does increased experience with laparoscopic cholecystectomy yield more complex bile duct injuries? American

- journal of surgery. Apr 2012;203(4):480-7. doi:10.1016/j.amjsurg.2011.08.018
2. **Brunt LM, Deziel DJ, Telem DA, et al.** Safe Cholecystectomy Multi-society Practice Guideline and State of the Art Consensus Conference on Prevention of Bile Duct Injury During Cholecystectomy. Annals of surgery. Jul 2020; 272(1):3-23. doi:10.1097/sla.0000000000003791
3. **Nassar AHM, Ng HJ, Wysocki AP, Khan KS, Gil IC.** Achieving the critical view of safety in the difficult laparoscopic cholecystectomy: a prospective study of predictors of failure. Surgical endoscopy. Nov 2021;35(11):6039-6047. doi:10.1007/s00464-020-08093-3
4. **Hải Đ.T.** Cắt túi mật nội soi trong viêm túi mật cấp do sỏi. Kỷ yếu các đề tài khoa học Đại hội Ngoại khoa Việt Nam lần thứ XI. 2004:20-21.
5. **Avgerinos C, Kelgiorgi D, Touloumis Z, Baltatzis L, Dervenis C.** One Thousand Laparoscopic Cholecystectomies in a Single Surgical Unit Using the "Critical View of Safety" Technique. Journal of Gastrointestinal Surgery. 2009/03/01 2009;13(3):498-503. doi:10.1007/s11605-008-0748-8
6. **Koong JK, Ng GH, Ramayah K, Koh PS, Yoong BK.** Early identification of the critical view of safety in laparoscopic cholecystectomy using indocyanine green fluorescence cholangiography: A randomised controlled study. Asian journal of surgery. Mar 2021;44(3):537-543. doi:10.1016/j.asjsur.2020.11.002
7. **Hải NV.** Kết quả cắt túi mật nội soi trong viêm túi mật cấp. Y học Thành phố Hồ Chí Minh. 2005;9(2):109-113.
8. **Hạnh VB.** Nghiên cứu một số mẫu lâm sàng và kết quả phẫu thuật nội soi cắt túi mật trong điều trị viêm túi mật cấp do sỏi. Học viện Quân y; 2010.

UNG THƯ BIỂU MÔ TUYẾN TẠI BÀNG QUANG: BÁO CÁO 2 TRƯỜNG HỢP LÂM SÀNG

Đỗ Anh Tú¹, Vũ Huyền Trang¹

TÓM TẮT

Ung thư biểu mô tuyến ở bàng quang là một thể mô bệnh học hiếm gặp. Các báo cáo chủ yếu ghi nhận ca bệnh, chùm ca bệnh. Cho đến nay chưa có một hướng dẫn điều trị cụ thể cho các trường hợp này. Chúng tôi báo cáo 2 trường hợp ung thư biểu mô tuyến tại bàng quang. Trường hợp đầu tiên là bệnh nhân nữ 45 tuổi, đi khám vì tiểu máu 2 tháng nay. Nội soi bàng quang có hình ảnh u sùi kích thước 2,5cm, giải phẫu bệnh sinh thiết là carcinoma tuyến nhầy. Bệnh nhân được chẩn đoán ung thư ống niệu rốn đã được điều trị phẫu thuật cắt rốn + ống niệu rốn + u

thành trước bàng quang. Đánh giá trong mổ là khối thành trước bàng quang liên tục với ống niệu rốn kích thước 3x4cm và giải phẫu bệnh sau mổ cũng là carcinoma tuyến nhầy. Bệnh nhân được theo dõi, sau mổ hiện tại 6 tháng chưa thấy tổn thương tái phát. Trường hợp thứ 2 là bệnh nhân nam 33 tuổi, đi khám vì tiểu máu. Kết quả giải phẫu bệnh sinh thiết u bàng quang: carcinoma tuyến tụy ruột. Nội soi tiểu hóa chưa phát hiện bất thường. Bệnh nhân được phẫu thuật cắt bàng quang bán phần. Giải phẫu bệnh sau mổ là carcinoma tuyến tụy ruột, xâm lấn hết thành bàng quang. Sau phẫu thuật 3 tuần, bệnh nhân hồi phục, tiểu tiện bình thường. **Từ khóa:** Ung thư biểu mô tuyến, ung thư bàng quang.

SUMMARY

ADENOCARCINOMA OF BLADDER: 2 CASE REPORT

Bladder adenocarcinoma is a scarce histological variant. Most of reports are single-case and small-

¹Bệnh viện K

Chịu trách nhiệm chính: Đỗ Anh Tú

Email: doanhtu.bvk@gmail.com

Ngày nhận bài: 4.3.2024

Ngày phản biện khoa học: 22.4.2024

Ngày duyệt bài: 13.5.2024