

ĐIỀU TRỊ NANG ỐNG MẬT CHỦ BẰNG PHẪU THUẬT NỘI SOI

*Nguyễn Thanh Xuân, Phạm Như Hiệp, Hồ Hữu Thiện, Phạm Anh Vũ,
Phan Hải Thanh, Văn Tiến Nhân, Trần Nghiêem Trung, Phạm Trung Vỹ,
Phạm Xuân Đông, Đào Lê Minh Châu, Mai Trung Hiếu
Bệnh viện Trung ương Huế*

Tóm tắt:

Đặt vấn đề: Đánh giá kết quả điều trị bệnh nang ống mật chủ bằng phẫu thuật nội soi. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Từ tháng 1/2010 đến tháng 4/2012 có 32 trường hợp được phẫu thuật nội soi cắt nang ống mật chủ tại Bệnh viện Trung ương Huế. Nghiên cứu tiến cứu. **Kết quả:** 25 trường hợp phẫu thuật bóc nang ống mật chủ nội soi với thời gian mổ trung bình là 125 phút, 7 trường hợp chúng tôi thực hiện việc tái lập lưu thông mật ruột hoàn toàn bằng nội soi ổ bụng với thời gian mổ trung bình là 192 phút. Tỷ lệ nữ/nam là 3,57/1. Tuổi trung bình của bệnh nhân là $16,89 \pm 15,32$ tuổi, bao gồm 12 bệnh nhân là người lớn và 20 bệnh nhân trẻ em. Không có trường hợp cần mổ lại hay tử vong, thời gian hậu phẫu $7 \pm 2,5$ ngày. **Kết luận:** Phẫu thuật nội soi bóc nang ống mật chủ là phương pháp an toàn, hiệu quả và khả thi ở các trung tâm y tế lớn.

Abstract:

TREATMENT OF CHOLEDOCHAL CYST BY LAPAROSCOPY

*Nguyen Thanh Xuan, Pham Nhu Hiep, Ho Huu Thien, Pham Anh Vu,
Phan Hai Thanh, Van Tien Nhan, Tran Nghiem Trung, Pham Trung Vy,
Pham Xuan Dong, Dao Le Minh Chau, Mai Trung Hieu
Hue Central Hospital*

Objectives: Evaluating the results in applying laparoscopic treatment of choledochal cyst in Hue Central Hospital. **Materials and methods:** 32 patients with choledochal cyst were treated by laparoscopy from 1/2010 to 4/2012 in Hue Central Hospital. **Results:** 25 cases laparoscopic treatment of choledochal cyst with operation times is 125M, 7 cases with complete laparoscopic treatment of choledochal cyst with operation times is 192M. 2male/female was 3.57/1. Age: 16.89 ± 15.32 years. There was no mortality and reoperation. The hospital stay was $7 \pm 2,5$ days. **Conclusion:** Laparoscopic treatment of choledochal cyst is safe, feasible and efficient in medical high-tech center.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nang ống mật chủ là một bệnh lý lành tính tương đối hiếm gặp của đường mật, được biểu hiện bởi tình trạng giãn thành dạng túi hay dạng nang bẩm sinh của đường mật ngoài gan và/hoặc đường mật trong gan. Được biểu hiện với tình trạng đau tức hạ sườn phải, sốt, vàng da, khối gồ ở hạ sườn phải hoặc không có triệu chứng [1],[2].

Vấn đề chẩn đoán sớm, chính xác và can thiệp ngoại khoa sớm nhất là rất cần thiết

để tránh nguy cơ ung thư hóa đường mật [9]. Đã có nhiều phương pháp phẫu thuật điều trị để bóc nang ống mật chủ và tái lập lưu thông mật-tiêu hóa [7]. Tuy nhiên trong những năm gần đây với sự phát triển vượt bậc của phẫu thuật nội soi cùng với những ưu việt của nó thì phẫu thuật điều trị nang ống mật chủ bằng phương pháp nội soi đã trở thành một lựa chọn của các phẫu thuật viên [5]. Do đó chúng tôi nghiên cứu đề tài này với mục tiêu “Đánh

giá kết quả điều trị bệnh nang ống mật chủ bằng phẫu thuật nội soi”.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng: Bao gồm 32 bệnh nhân được phẫu thuật cắt nang ống mật chủ nội soi từ tháng 1 năm 2010 đến tháng 4 năm 2012 tại – Bệnh viện Trung ương Huế.

2.2. Phương pháp: Nghiên cứu tiến cứu.

2.3. Phân loại của Todani

Bảng phân loại này được Todani và cs đề xuất năm 1977. Nó bao gồm cả các nang đường mật ngoài gan và trong gan. Gồm 5 thể chính:

- Thể I : giãn đơn thuần ống mật chủ, phổ biến nhất, gồm 3 phân nhóm:

- + IA : giãn hình cầu toàn bộ ống mật chủ
- + IB : giãn khu trú một đoạn ống mật chủ
- + IC : giãn lan tỏa hay giãn hình trụ

- Thể II : túi thừa đường mật ngoài gan

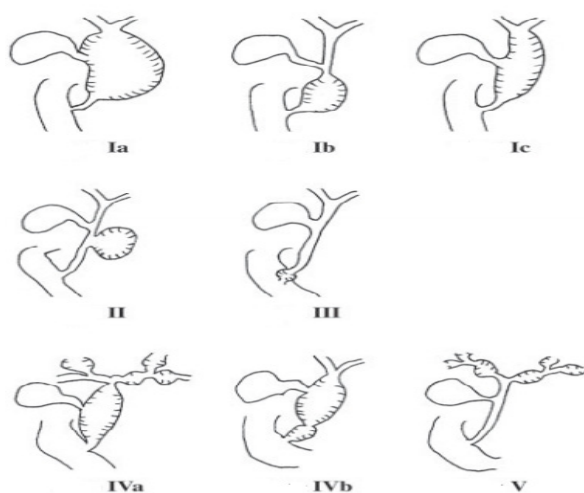
- Thể III : túi sa ống mật chủ

- Thể IV : gồm 2 nhóm nhỏ:

+ IVA : giãn thành nhiều nang ở cả đường mật ngoài gan lẫn đường mật trong gan

+ IVB: giãn thành nhiều nang ở đường mật ngoài gan.

- Thể V : giãn đường mật trong gan thành một hay nhiều nang, đường mật ngoài gan bình thường, còn gọi là bệnh Caroli.



Hình 1.1. Phân loại nang ống mật chủ theo Todani

2.4. Kỹ thuật mổ: Tư thế bệnh nhân và vị trí phẫu thuật viên.

Bệnh nhân được đặt ở tư thế nằm ngửa, đầu cao và nghiêng trái (T).

Phẫu thuật viên và người phụ mổ một cầm camera đứng bên trái bệnh nhân, phụ mổ hai đứng bên phải. Máy nội soi được đặt ở bên phải (P) bệnh nhân.

Chúng tôi sử dụng 4 trocar. Một trocar 10mm ngay dưới rốn dùng cho optique. Một trocar 10mm hoặc 5mm dưới mũi ức và hơi lệch trái, hai trocar 5mm dưới sườn phải. Phẫu tích và giải phóng nang: Đầu tiên phẫu tích và cắt túi mật nhưng cổ túi mật vẫn còn dính liền với nang. Sau đó, phẫu tích nang ra khỏi tĩnh mạch cửa và động mạch gan. Ở phía xa của nang lưu ý động mạch tá tụy trước trên và động mạch vị tá tràng. Đây là hai mạch máu dễ bị tổn thương nhất. Sau khi phẫu tích tới đoạn cuối của nang thực hiện đóng lại đầu dưới của nang đã thu nhỏ lại trong trường hợp đầu dưới thông còn không xử trí gì nếu đầu dưới tắc hoàn toàn. Tiếp theo, phẫu tích lên vùng rốn gan chỗ chia đôi của ống gan phải và trái. Ở vùng này luôn chú ý đến động mạch gan P chạy ở mặt sau của ống gan chung tại rốn gan, nếu phẫu tích không cẩn thận dễ bị tổn thương mạch máu này. Sau khi phẫu tích toàn bộ nang ra khỏi cuống gan, cắt bỏ nang, lấy dịch thử amylase.

Nối ống gan chung với hồng tràng theo phương pháp Roux –en-Y. Mở một đường nhỏ 3cm-4cm tại lỗ trocar 5mm vùng hạ sườn P thực hiện nối ống gan chung với hồng tràng theo Roux-en-Y hoặc miệng nối hồng –hồng tràng có thể thực hiện qua một đường rạch nhỏ khoảng 1,5 cm-2 cm vòng quanh rốn và miệng nối ống gan chung với hồng tràng bằng phương pháp nội soi. Đặt ống dẫn lưu dưới gan, đóng lại thành bụng. 100% nang và túi mật được giải phẫu bệnh [3],[4],[8].

3. KẾT QUẢ

3.1. Đặc điểm chung:

Từ tháng 1 năm 2010 đến tháng 4 năm 2012, chúng tôi đã thực hiện được 32 trường hợp điều trị nang ống mật chủ bằng phẫu thuật nội soi, nhóm nghiên cứu bao gồm 25 nữ và 7 nam, tỷ lệ nữ/nam là 3,57/1.

Tuổi trung bình của bệnh nhân là $16,89 \pm 15,32$ tuổi, bao gồm 12 bệnh nhân là người lớn và 20 bệnh nhân trẻ em, lớn nhất là 61 tuổi và nhỏ nhất là 4 tháng.

3.2. Các đặc điểm lâm sàng:

Bảng 1. Các biểu hiện lâm sàng của bệnh nang ống mật chủ

Biểu hiện	Số lượng	Tỷ lệ %
Đau bụng HSP	26	81,25%
Khối gờ ở HSP	5	15,63%
Sốt	8	25%
Vàng da	4	12,5%
Phân bạc màu	3	9,37%
Nôn	12	37,5%
Đầy đủ tam chứng	3	9,37%

Triệu chứng lâm sàng đau bụng HSP chiếm đa số, bệnh nhân có đầy đủ tam chứng cổ điển chỉ có 3 trường hợp chiếm 9,37%.

Bảng 2. Các thể lâm sàng của nang ống mật chủ

Thể lâm sàng	Số lượng	Tỷ lệ %
IA	14	43,75%
IC	16	50%
IVA	2	6,25%

Thể IA và IC chiếm đa số với 93,75%.

3.3. Các đặc điểm cận lâm sàng:

Bảng 3. Các biểu hiện cận lâm sàng

Biểu hiện	Số lượng	Tỷ lệ%
Tăng bilirubin trực tiếp	4	12,5%
Tăng men tụy	1	3,1%

3.4. Quá trình phẫu thuật:

25 trường hợp phẫu thuật bóc nang ống mật chủ nội soi với thời gian mổ trung bình là 125 phút, 7 trường hợp chúng tôi thực hiện việc tái lập lưu thông mật ruột hoàn toàn bằng nội soi ổ bụng với thời gian mổ trung bình là 192 phút.

Trong mổ chúng tôi chỉ gặp một trường hợp tai biến cắt đôi 2 ống gan, trường hợp này chúng tôi khâu lại 2 ống gan kiểu nòng súng khi tái lập lưu thông mật ruột.

Không có chảy máu và tử vong trong mổ.

3.5. Theo dõi sau mổ:

Thời gian hậu phẫu $7 \pm 2,5$ ngày

Bảng 4. Thời gian trung tiện sau phẫu thuật

Thời gian trung tiện sau phẫu thuật (giờ)	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
< 24	6	18,75
24 - 48	19	59,38
> 48	7	21,87
Tổng cộng	32	100

- Thời gian trung tiện sớm nhất là sau mổ 16 giờ.

- Thời gian trung tiện muộn nhất là sau mổ 76 giờ.

- Thời gian trung tiện sau mổ trung bình là $31,5 \pm 17,4$ giờ.

- 77,8% bệnh nhân trung tiện trở lại trong vòng 48 giờ sau mổ.

Bảng 5. Biến chứng sau mổ

Biến chứng	Số lượng	Tỷ lệ %
Chảy máu sau mổ	1	3,12%
Dò mật	3	9,37%
Viêm tụy sau mổ	2	6,25%
Nhiễm trùng vết mổ	1	3,12%
Áp xe tồn lưu sau mổ	1	3,12%

Một trường hợp bị chảy máu sau mổ, tuy nhiên không phải chảy máu trong ổ bụng mà chảy máu ở đường mổ ngang dưới sườn. Các biến chứng trên đều xảy ra ở nhóm phẫu thuật bóc nang nội soi và tái lập lưu thông mật ruột ngoài cơ thể.

3.6. Tái khám:

Bảng 6. Kết quả tái khám

Kết quả	Số lượng	Tỷ lệ %
Tốt	26	92,85%
Trung bình	2	7,15%

Có 28 bệnh nhân quay trở lại tái khám, trong đó 26 bệnh nhân hoàn toàn hài lòng về kết quả phẫu thuật, các triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng được cải thiện, chúng tôi xếp vào nhóm có kết quả tốt. Hai bệnh nhân tái khám có tình trạng viêm đường mật, nhiễm trùng đường mật, tuy nhiên sau đợt điều trị nội khoa bệnh nhân hoàn toàn được hồi phục. Không có trường hợp nào bị mổ lại.

4. BÀN LUẬN

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi thể hiện phương pháp cắt nang ống mật chủ nội soi là một phương pháp mang lại cho bệnh nhân kết quả điều trị tốt nhất.

Ưu điểm của phương pháp mổ nội soi là phẫu thuật ít gây sang chấn, bệnh nhân đỡ đau sau mổ, thời gian hồi phục nhanh. Ưu điểm tiếp theo đó là tính thẩm mỹ. Nếu như mổ mở trẻ phải chịu một sẹo mổ dài ở dưới sườn phải hoặc đường giữa trên rốn thì mổ nội soi hầu như không có sẹo mổ. Hơn thế nữa nang OMC phần lớn gặp ở trẻ nữ, ở hầu hết các nghiên

cứu tỉ lệ trẻ nữ cao gấp 3,5-4 lần trẻ nam [6]. Do vậy tính thẩm mỹ cho nữ giới càng trở nên quý giá.

Khi phẫu thuật viên có kinh nghiệm mổ nội soi, việc thực hiện cắt nang, miệng nối mật ruột chính xác hơn so với mổ mở. Trong mổ mở việc thực hiện các thao tác phẫu thuật đôi khi rất khó khăn do trẻ nhỏ, phẫu trường ở sâu, hẹp thì với phẫu thuật nội soi do gan được treo lên thành bụng một cách khoa học cùng với độ phóng đại của camera, việc thao tác phẫu thuật trở nên rất thuận lợi. Điều này giải thích tại sao tỉ lệ biến chứng trong mổ (chảy máu, thủng đường tiêu hóa), hoặc tỉ lệ đục, rò, rò hoặc hẹp miệng nối mật ruột trong mổ nội soi đều thấp, tỉ lệ nhiễm trùng đường mật ngược dòng ở nghiên cứu của chúng tôi là 7,15% và không có tử vong sau mổ.

Trong nghiên cứu của chúng tôi có đến 92,85% đạt kết quả tốt sau mổ. Chỉ có 2 trường hợp bị viêm đường mật chiếm 7,15% và được điều trị nội khoa ổn định. Kết quả này cũng tương đương với kết quả tại Viện Nhi Trung ương [2].

5. KẾT LUẬN

Phẫu thuật nội soi điều trị u nang ống mật chủ là một phương pháp an toàn, khả thi cho kết quả tốt với độ chính xác và thẩm mỹ cao. Không có tai biến trong mổ, biến chứng sau mổ ít và có thể điều trị bằng nội khoa. Tuy nhiên, đây là một kỹ thuật phức tạp với nhiều nguy cơ có thể xảy ra trong mổ do đó kỹ thuật cần phải được thực hiện ở các trung tâm y tế lớn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Cao Cương, Lê Quang Nghĩa, Văn Tàn (2004), “Ung thư nang đường mật ở người lớn”, *Y học TP Hồ Chí Minh*, 8(1), tr. 26-29.
2. Nguyễn Thanh Liêm (2000), “Giãn đường mật bẩm sinh”, *Phẫu thuật tiêu hóa trẻ em*, tr. 320-337.
3. Trương Nguyễn Uy Linh, Nguyễn Kinh Bang, Đào Trung Hiếu (2008), “Đánh giá kết quả phẫu thuật cắt nang triệt để và nối cao mật ruột trong điều trị nang ống mật chủ ở trẻ em”, *Y học TP Hồ Chí Minh*, 12(4), tr. 411-419.
4. Hồ Hữu Thiện, Phạm Như Hiệp, Phạm Anh Vũ, Phan Hải Thanh, Nguyễn Thanh Xuân, Văn Tiến Nhân, Trần Nghiêm Trung (2009), “Phẫu thuật nội soi điều trị nang ống mật chủ ở trẻ em: Kết quả bước đầu tại Bệnh viện Trung ương Huế” *Tạp chí Y học thực hành* số 690+691 tr 64-68.

5. Trần Thiện Trung, Nguyễn Hoàng Bắc, Lê Châu Hoàng Quốc Chương, Đỗ Trọng Hải, Đỗ Trọng Khanh, Nguyễn Tấn Cường (2007), “Kết quả sớm của phẫu thuật điều trị nang đường mật ở người lớn”, *Y học TP Hồ Chí Minh*, 11(1), tr. 146-153.
6. Phạm Anh Vũ (2002), *Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị bệnh giãn đường mật bẩm sinh ở trẻ em tại Bệnh viện Trung ương Huế, Luận văn thạc sĩ y học*, Đại học Y Dược Huế - Đại học Huế, Huế.
7. Abramson L.P., Superina R., Radhakrishnan J. (2009), “Choledochal cyst”, *Pediatric surgery*, 2nd edition, pp. 306-310.
8. Brunicaudi F.C. (2002), “Gallbladder and the Extrahepatic biliary system”, *Schwartz's principles of surgery*, 8th edition, pp. 2556-2573.
9. Karrer F.M. (2009), “Complications of hepatobiliary surgery”, *Compli53*. Tiao G.M. (2007), “Operative treatment of Choledochal cysts”, *Mastery of surgery*, 5th edition, pp. 2788-2799.

HAI HỢP CHẤT POLYOXYGENATED STEROID PHÂN LẬP TỪ LOÀI SAN HÔ MỀM *SINULARIA CRUCIATA*

Võ Quốc Hùng, Nguyễn Thị Hoài
Khoa Dược, Trường Đại học Y Dược Huế

Tóm tắt

Đặt vấn đề: Sinh vật biển là một nguồn dự trữ hợp chất chuyển hóa hết sức phong phú và phức tạp, đồng thời thể hiện nhiều hoạt tính sinh học có giá trị. Trong số đó, San hô mềm cũng là một đối tượng nhiều năng nhưng chưa được nghiên cứu đầy đủ. Nghiên cứu này tiếp tục xác định cấu trúc các thành phần hóa học được phân lập từ loài *Sinularia cruciata*. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Mẫu San hô mềm *Sinularia cruciata*, được thu thập tại Khu Bảo tồn biển Cồn Cỏ - Quảng Trị. Phân lập các chất bằng sắc ký cột silica gel pha thường, pha đảo, sắc ký lớp mỏng điều chế, Sephadex LH 20, sắc ký lớp mỏng pha thường và pha đảo. Xác định cấu trúc bằng số liệu phổ cộng hưởng từ hạt nhân NMR, phổ khối lượng ESI-MS. **Kết quả - Kết luận:** Đã phân lập và xác định được cấu trúc của 2 hợp chất thuộc nhóm polyoxygenated steroid là: (1) ergosta-3 β ,5 α ,6 β ,11 α -tetraol (sarcoaldesterol B) và (2) ergosta-1 β ,3 β ,5 α ,6 β -tetraol. Hiện chưa có báo cáo nào về tác dụng sinh học của 2 chất này nhưng nhiều nghiên cứu về polyoxygenated steroid cho thấy nhóm chất này sở hữu nhiều tác dụng sinh học quý, trong đó có hoạt tính chống ung thư.

Từ khóa: *Sinularia cruciata*, sarcoaldesterol B, polyoxygenated steroid, San hô mềm, ung thư.

Abstract:

TWO POLYOXYGENATED STEROIDS FROM SOFT CORAL *SINULARIA CRUCIATA*

Vo Quoc Hung, Nguyen Thi Hoai
Faculty of Pharmacy, Hue University of Medicine and Pharmacy

Background: Marine organisms are rich sources of complicated and various secondary metabolites which have a larger number of valuable bioactivities. Among those, although soft