

cao nhất 98, trung bình $63,3 \pm 19,3$ tương tự kết quả nghiên cứu của Thân Trọng Hưng, Nguyễn Văn Việt. Tuy nhiên chúng tôi đã thực hiện ở bệnh nhân có tuổi cao nhất 98, cao hơn đối tượng nghiên cứu của các tác giả khác.

Đối tượng nghiên cứu của chúng tôi có lượng dịch trong khoang màng phổi chủ yếu ở mức trung bình, đã được chúng tôi tiến hành sinh thiết và đều lấy được bệnh phẩm đạt yêu cầu và an toàn cho người bệnh, khả năng lấy được bệnh phẩm không liên quan với mức độ tràn dịch.

Về hiệu quả chẩn đoán nguyên nhân: Ngay từ lần chọc đầu tiên, kết quả sinh thiết bằng kim COPE cho hiệu quả chẩn đoán chính xác $>70\%$, trong đó có 19/26 (71,1%) ca ung thư và 53/71 (74,6%) ca lao màng phổi được xác định ngay từ lần chọc đầu tiên, kết quả này tương tự kết quả của các tác giả khác thực hiện trên kim castelain và kim Abram: Boutin C (1996) STMP bằng kim castelain thấy nguyên nhân do lao tỉ lệ (+) đạt 70 - 75%. Nguyên nhân do ung thư STMP (+) chỉ đạt trung bình 57%, Battesti J.P (1975) đã sinh thiết MP ở 230 bệnh nhân TDMP bằng kim Castelain thu được kết quả do lao 85,7% và TDMP do ung thư 50%. Zsiray M sinh thiết MP ở 171 bệnh nhân TDMP thu được kết quả do lao 51%, TDMP do ung thư đạt 75%. Bing Chang và CS (1991) tiến hành sinh thiết MP kín trên 25 bệnh nhân TDMP dưới

hướng dẫn của siêu âm đã có kết quả nguyên nhân do lao 86%; do ung thư 70%.

KẾT LUẬN

Sinh thiết màng phổi kín bằng kim COPE tại Bệnh viện Đa khoa Bắc Ninh ở 105 bệnh nhân tràn dịch màng phổi dịch tiết có độ tuổi trung bình $63,3 \pm 19,3$ với lượng dịch thường gặp ở mức trung bình, số lần sinh thiết trung bình cho một bệnh nhân là $1,32 \pm 0,56$, ít nhất là 1 lần, nhiều nhất là 3 lần, đã cho thấy 100% lần sinh thiết lấy được bệnh phẩm đạt yêu cầu, có 9,9% có tai biến mức độ nhẹ (tràn khí màng phổi mức độ ít). Hiệu quả chẩn đoán lao 74,6% và ung thư 71,1% ngay từ lần chọc đầu tiên.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Mai Xuân Khả, Bùi Quang Việt (2010), *Nghiên cứu giá trị chẩn đoán nguyên nhân tràn dịch màng phổi dịch tiết bằng kim Abrams*, Luận văn Thạc sỹ Y học, Học viện Quân y.
2. Đặng Hùng Minh (2002), *Hiệu quả sinh thiết màng phổi bằng kim Castelain dưới định vị của siêu âm trong chẩn đoán nguyên nhân tràn dịch màng phổi*, Luận văn Thạc sỹ y khoa, Trường Đại học Y Hà Nội.
3. Nguyễn Xuân Triều (1995), *Giá trị chẩn đoán nguyên nhân tràn dịch màng phổi thanh tơ và máu của sinh thiết màng phổi bằng kim cải tiến kiểu Castelain và chải màng phổi*, Luận văn Tiến sỹ Y học, Học viện Quân y.

CAN THIỆP ÍT XÂM LẤN ĐIỀU TRỊ SỎI ĐƯỜNG MẬT CHÍNH

NGUYỄN KHẮC ĐỨC
Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Phẫu thuật nội soi ngày càng được áp dụng phổ biến để lấy sỏi ống mật chủ với tỷ lệ sạch sỏi cao. Bên cạnh đó sỏi ống mật chủ cũng có thể được lấy qua nội soi dạ dày có cắt cơ thắt Oddi. Tuy nhiên, khi cơ thắt bị cắt sẽ dẫn đến tình trạng trào ngược dịch tá tràng vào đường mật gây biến chứng nhiễm trùng đường mật, sỏi tái phát và ung thư. **Mục đích:** So sánh kết quả lấy sỏi đường mật chính ngoài gan bằng phẫu thuật nội soi (PTNS) và nội soi đường mật ngược dòng có cắt cơ thắt (E.S). **Phương pháp nghiên cứu:** Mô tả hồi cứu, cỡ mẫu thuận tiện. **Kết quả:** 90 bệnh nhân có sỏi đường mật chính ngoài gan trong đó 46 bệnh nhân được PTNS và 44 bệnh nhân làm E.S. Nhóm PTNS: Tỷ lệ thành công 97,9%, thất bại 2,1%, biến chứng 8,7%. Nhóm làm E.S lấy sỏi: Tỷ lệ thành công 97,8%, thất bại 2,2%, biến chứng 9,1%. Cả 2 nhóm không có trường hợp nào tử vong. **Kết luận:** PTNS và E.S là hai phương

pháp điều trị sỏi đường mật chính ngoài gan hiệu quả, an toàn với tỷ lệ sạch sỏi trên 95% ở những bệnh nhân được lựa chọn.

Từ khóa: Sỏi đường mật chính, phẫu thuật nội soi, cắt cơ thắt lấy sỏi

SUMMARY

MINIMAL INVASIVE EXPLORATION OF THE COMMON BILE DUCT

Background: Laparoscopic common bile duct exploration (LCBDE) is becoming more popular, although endoscopic sphincterotomy (E.S) remains the usual treatment for bile duct stones. However, loss of the biliary sphincter causes permanent duodenobiliary reflux and recurrent stone disease and biliary neoplasia may be a consequence. **Purpose:** Comparison of Endoscopic sphincterotomy and Laparoscopic exploration of the common bile duct. **Results of the research and systematic literature review was conducted.** **Method and objects:** Retrospective study description from 1/2010 to 12/2012 at Viet Duc University Hospital. This research including 46 patients were performed by Laparoscopic exploration and 46 patients were applied ERCP plus E.S. **Results:** The success rate and conversion rate of LCBDE was 97.9% and 2.1%, respectively with consistent duct clearance rate of

Chịu trách nhiệm: Nguyễn Khắc Đức

Email: khacducmd@gmail.com

Ngày nhận: 05/6/2017

Ngày phân biên: 29/6/2017

Ngày duyệt bài: 11/7/2017

Ngày xuất bản: 20/8/2017

over 95%, complications rate was 8.7%. The result of E.S compare with LCBDE show that slightly lesser success rate (97.8%) and rate of duct clearance (94.3%). Total complications rate of E.S was 9.1%. There were no mortality in both LCBDE and E.S. Conclusions: LCBDE and E.S are alternative procedure for management of CBD stones with or without gallstones. Both of them can be done safely and effectively in more than 95% in selected patients.

Keywords: Common bile duct stone, Laparoscopic, Endoscopic Sphincterectomy

ĐẶT VẤN ĐỀ

Sỏi mật là một bệnh lý thường gặp trên thế giới cũng như ở Việt Nam. Áp dụng các phương tiện chẩn đoán như siêu âm, chụp cắt lớp vi tính, chụp cộng hưởng từ, tán sỏi nội soi, phẫu thuật nội soi và nội soi can thiệp ngược dòng, nên việc chẩn đoán và điều trị bệnh lý sỏi mật có nhiều tiến bộ. Nội soi can thiệp ngược dòng và phẫu thuật nội soi là hai phương pháp can thiệp ít xâm lấn được áp dụng để lấy sỏi đường mật. Mục đích của nghiên cứu này là đánh giá kết quả và lựa chọn chỉ định của các phương pháp can thiệp điều trị sỏi đường mật chính.

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu

Tiêu chuẩn lựa chọn: Các bệnh nhân được chẩn đoán sỏi đường mật chính ngoài gan được mổ nội

soi hoặc làm ES lấy sỏi.

Tiêu chuẩn loại trừ: sỏi trong gan.

2. Phương pháp nghiên cứu: Mô tả hồi cứu các trường hợp từ 1/2010 đến 12/2012, chia 2 nhóm, mô tả về tuổi, giới, thời gian mổ, ghi nhận các biến chứng.

KẾT QUẢ

Bảng 1. Tuổi

Nhóm tuổi	Nội soi		E.S		Tổng n (%)
	n	Tỷ lệ %	n	Tỷ lệ %	
0 - 49	12	26,1	5	11,4	17 (37,5)
50-100	34	73,9	39	88,6	73 (62,5)
Tổng	46	100	44	100	90 (100)

Nhận xét: $\chi^2 = 3,18$, không có sự khác biệt về độ tuổi giữa 2 nhóm được chỉ định mổ nội soi lấy sỏi và nhóm làm ES với $\alpha = 0,05$

Bảng 2. Số lượng sỏi trong đường mật chính ngoài gan

Số lượng (Viên)	Mổ nội soi n (%)	E.S n (%)	Tổng n (%)
1 - 2	38 (54,3)	42 (68,1)	70 (77,8)
≥ 3	8 (17,5)	2 (4,7)	10 (22,2)
Tổng	46 (51,1)	44 (48,9)	90 (100)

Nhận xét: Số lượng sỏi ống mật chủ nhiều hay ít không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê đối với chỉ định làm ES hay phẫu thuật nội soi với $\chi^2 = 3,76$ ($\alpha = 0,05$)

Bảng 3. Kết quả can thiệp lấy sỏi

Thời gian can thiệp lấy sỏi Thời gian nằm viện Thành công	Mổ nội soi		E.S	
	Thời gian	Thành công	Thời gian	Thành công
	112,4 ± 24,6 phút	97,9%	32,2 ± 5,3 phút	94,3%
	8 ngày	Hết sỏi	3 ngày	Hết sỏi
	Hết sỏi	95,8%	Hết sỏi	94,3%
	Sốt sỏi	2,1%	Sốt sỏi	4,5%
Thất bại	2,1%		2,2%	

Bảng 4. Biến chứng sau mổ của 2 phương pháp

Biến chứng	Nội soi	E.S
Tụ dịch dưới gan	4,3%	0%
Rò mật	2,2%	0%
Viêm phổi	2,2%	2,3%
Viêm tụy cấp	0%	4,5%
Nhiễm trùng đường mật do trào ngược	0%	2,3%
Tỷ lệ biến chứng chung	8,7%	9,1%

Nhận xét: Nhóm được mổ nội soi hay gặp biến chứng rò mật và tụ dịch dưới gan sau mổ (6,6%), còn viêm tụy cấp và nhiễm trùng đường mật ngược dòng thường gặp ở nhóm được làm ES, sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê với $\alpha = 0,05$

BÀN LUẬN

Về độ tuổi: tuổi trung bình ở nhóm E.S là 69,3 ± 15,8, bệnh nhân làm E.S lấy sỏi phần nhiều có tuổi cao, số bệnh nhân trên 50 tuổi chiếm tới 88,6%, điều này phù hợp với những nghiên cứu của Lê Quang Quốc Ánh [1]. Nhóm mổ nội soi có tuổi trung bình thấp hơn là 59,3 ± 16,7 có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Tuy nhiên theo nhiều nghiên cứu của các tác giả trên thế giới, không có sự khác biệt về tuổi trong chỉ định làm E.S hay phẫu thuật nội soi [2-4]. Trong

nghiên cứu của Bora Koc [5] năm 2013, tuổi trung bình của nhóm LCBDE + LC là 51,5 ± 16,6 (từ 23 – 69 tuổi), tuổi trung bình của nhóm ERCP/S+LC là 54,9 ± 17,9 (từ 25 – 71 tuổi)

Số lượng và kích thước sỏi. Trong nhóm mổ nội soi, nhiều nhất là 1 viên (54,3%), sỏi 2 viên chiếm 28,2%, sỏi ≥ 3 viên chiếm phần ít 17,5%. Trong nhóm làm E.S, sỏi 1 viên (68,1%), sỏi 2 viên có 12 bệnh nhân (27,2%), sỏi 3 viên có 2 bệnh nhân (4,7%) đa số kích thước sỏi ≤ 10 mm, không có trường hợp nào kích thước sỏi > 20 mm.

Kết quả can thiệp lấy sỏi: Thời gian lấy sỏi của nhóm mổ nội soi là 112,4 ± 24,6 phút, ngắn nhất là 60 phút, dài nhất là 225 phút. Theo Nguyễn Hoàng Bắc thời gian mổ trung bình 145 phút [2]. Kết quả can thiệp lấy sỏi của nhóm làm E.S là 32,2 ± 5,3 phút, ngắn hơn nhiều so với mổ nội soi.

Thời gian nằm viện sau can thiệp lấy sỏi: của nhóm nội soi là 8,5 ngày, ngắn nhất 4 ngày, dài nhất 20 ngày. Thời gian nằm viện sau lấy sỏi trung bình của nhóm E.S là: 2,9 ± 1,8 ngày. Theo Lê Quang Quốc Ánh thời gian nằm viện sau lấy sỏi trung bình là 3,8 ngày [1]. Chúng tôi có 46 bệnh nhân được mổ nội

soi, trong đó 45 trường hợp thành công chiếm 97,6%, kết quả này tương đương với một số tác giả trong nước như Nguyễn Hoàng Bắc (97,7 %) [6]. Chúng tôi có một bệnh nhân phải chuyển sang mổ mở (1,7%) do túi mật ăn sâu vào nhu mô gan, khi phẫu tích giải phóng túi mật gây chảy máu nhiều. Đối với nhóm làm

E.S tỷ lệ thành công (97,8%), một trường hợp thất bại (2,2%), sót sỏi gặp ở 2 bệnh nhân (4,5%). Theo Lê Quang Quốc Ánh,[1] tỷ lệ thành công là 89,8%, sạch sỏi (91%), sót sỏi trung bình 9%.

Bảng 5. Kết quả và biến chứng sớm của phẫu thuật nội soi lấy sỏi ống mật chủ

Tác giả	Năm	N	Tuổi trung bình	Tỷ lệ thành công	Tỷ lệ sạch sỏi	Tỷ lệ biến chứng	Viêm tụy cấp	Chảy máu tiêu hóa	Viêm đường mật	Thủng tá tràng	Tử vong
			Năm	%	%	%	%	%	%	%	%
Safrany	1978	3853		93	90	7	1	2	1	1	1
Lambert	1991	602	76	91	90	10	3	5	2	1	2
Escourrou	1984	443	92	92	96	7	1	4	1	1	2
Leese	1985	394	67	98	92	10	3	6	2	1	1
Boender	1994	242	70	94	82	14	2	6	4	2	
Suglyama	1998	115	50	97	96	8	4	3	1	1	

Biến chứng sau mổ: Khi mổ nội soi, 2 trường hợp tụ dịch dưới gan, một trường hợp rò mật do sót sỏi phát hiện qua chụp Kehr ngày thứ 7, bệnh nhân này được làm E.S. Sốt sỏi sót cho kết quả tốt, không có trường hợp nào viêm tụy cấp sau mổ. Ngược lại khi làm E.S, 2 trường hợp bị viêm tụy cấp (4,5%), tỷ lệ

này trong nghiên cứu của Lê Quang Quốc Ánh 2,3% [1], Nguyễn Đình Hối 5% [7]. Cả hai nhóm không có trường hợp nào tử vong hoặc nặng xin về.

Bảng 6. Biến chứng trung hạn sau nội soi cắt cơ thắt lấy sỏi [4]

Tác giả	Năm	n	Thời gian theo dõi	Không triệu chứng	Sỏi tái phát	Chít hẹp Oddi	Viêm đường mật	Ung thư đường mật	Tử vong
			Năm	%	%	%	%	%	%
Bergman	1996	94	15		14	10			1
Suglyama	1998	103	14,2	90	8	7	5		
Tanaka	1998	410	10,1	90	12	1	5	2	
Wotjun	1997	483	6		6	1	1		
Jacobsen	1987	96	4,1	93	3		6		2

Trong các báo được trình bày theo Tranter và Thompson [4, 8] tỷ lệ thành công của cắt cơ thắt lấy sỏi từ 79 đến 98% (trung bình 92%), tỷ lệ sạch sỏi từ 75% đến 96% (trung bình 91%). Biến chứng thay đổi từ 2% đến 24% (trung bình 8%). Viêm tụy cấp có thể xảy ra sau ERCP và tăng lên sau khi cắt cơ thắt Oddi (từ 1 đến 19%). Viêm đường mật thường dưới 4%, chảy máu đường mật (1-6%), thủng tá tràng xảy ra ở 1-2% các trường hợp và là nguyên nhân làm tăng tỷ lệ chết từ 0 – 5%. Khi theo dõi kết quả trung hạn trong Bảng 6[4] cho thấy những biến chứng chính như sỏi tái phát (3 – 14%) nếu chít hẹp sau cắt cơ thắt và từ 1 – 7% nếu không chít hẹp, tỷ lệ viêm đường mật (1 – 6%), tỷ lệ sỏi tái phát và viêm đường mật tăng lên khi thời gian theo dõi kéo dài. Theo tác giả Ikeda [9] khi nghiên cứu 408 trường hợp, tỷ lệ tái phát sỏi là 6% với thời gian theo dõi 2,4 năm. Tác giả Sugiyama [8] khi theo dõi những bệnh nhân được cắt cơ thắt lấy sỏi từ 10 năm trở lên, thấy rằng tỷ lệ tái phát sỏi ở những bệnh nhân có sỏi sắc tố nâu (canxium bilirubinate) và đường kính đường mật ≥ 15 mm lần lượt là 15 % (so với 4% ở sỏi Cholesterol) và 17% (5% ở bệnh nhân có đường kính < 15 mm). Tác giả kết luận: bệnh nhân sau làm E.S cần phải theo dõi khả năng tái phát sỏi đặc biệt là những bệnh nhân

có sỏi sắc tố nâu và/hoặc đường kính ống mật chủ ≥ 15 mm. Mặc dù có tỷ lệ tái phát sỏi nhưng vẫn có thể lấy sỏi lại bằng ERCP an toàn và hiệu quả, do đó có thể chỉ định làm E.S thay cho phẫu thuật ngay cả khi bệnh nhân còn trẻ. Kết quả của phẫu thuật nội soi lấy sỏi ống mật chủ cho thấy tỷ lệ sạch sỏi trên 90%, sót sỏi khoảng 5% (từ 0 – 19%), tỷ lệ chuyển mổ mở 4% (1% – 20%), tỷ lệ biến chứng chung 8% (2% – 17%) trong đó 1% tử vong (0 – 5%). Tỷ lệ sạch sỏi, biến chứng và tử vong không có sự khác biệt nhiều ở hầu hết các nghiên cứu (Bảng 5 [4]). Khi so sánh phương pháp PTNS và E.S ở Bảng 1, 5, 6[4] thì tỷ lệ sạch sỏi, số ngày nằm viện của hai phương pháp là như nhau nhưng PTNS có tỷ lệ biến chứng và tử vong cao hơn so với làm E.S, tuy nhiên tỷ lệ này giảm đi ở những phẫu thuật viên có kinh nghiệm. Lựa chọn PTNS hay nội soi can thiệp lấy sỏi. Cơ thắt Oddi là hàng rào bảo vệ tránh sự trào ngược dịch tá tràng vào trong lòng đường mật nhưng khi làm E.S thì chức năng này bị mất đi. Tỷ lệ biến chứng nhiễm trùng đường mật tăng lên sau cắt cơ thắt Oddi (lên tới 60%) do sự trào ngược [10], nguyên nhân tạo sỏi tái phát (thường là sỏi sắc tố mật calcium bilirubinate), khiến cho bệnh nhân phải làm ERCP-ES nhiều lần [9].

Bảng 7. Biểu chứng xa của nội soi cắt cơ thắt Oddi lấy sỏi [4].

Tác giả	Năm	Biểu chứng xa
Bergmann	1997	Mất chức năng cơ thắt, nhiễm trùng đường mật mạn tính
Kurumado	1994	Nhiễm trùng đường mật, sỏi sắc tố mật tái phát
Eleftheliadis	1988	Tăng sản, loạn sản niêm mạc đường mật
Tanaka	1998	Ung thư đường mật
Strong	1999	Ung thư đường mật sau nối mật ruột
Tocchi	2001	Ung thư đường mật sau nối mật ruột

Mặt khác, khi cắt cơ thắt Oddi, tiếp xúc với môi trường mới, niêm mạc đường mật bị loạn sản ở hầu hết các trường hợp trong nghiên cứu của Kurumado. Eleftheliadis tiến hành nội soi dạ dày sinh thiết niêm mạc đường mật ở những bệnh nhân sau 1 – 12 năm nối mật ruột phát hiện ra có sự loạn sản và dị sản ruột của biểu mô đường mật gặp ở 9 bệnh nhân. Tăng sản và dị sản ruột ở những bệnh nhân bị nhiễm trùng đường mật mạn tính có thể dẫn đến việc hình thành khối u ở biểu mô đường mật. Tỷ lệ ung thư đường mật có thể tới 7,4% khi được nối mật ruột hoặc mật-tá tràng, sau khoảng thời gian 10 – 30 năm. Mặt khác, bất thường của kênh chung mật tụy ở những bệnh nhân bị nang ống mật chủ bẩm sinh có nguy cơ gây biến chứng ác tính. Sự bất thường này làm dịch tụy trào ngược vào đường mật, hoạt hóa photpholipase A2 làm tăng sản biểu mô, đồng thời chất lysophosphatidylcholine gây độc cho

tế bào. Những chất này có thể gây tổn thương niêm mạc đường mật nếu cơ thắt Oddi bị cắt [4]. Phẫu thuật kinh điển lấy sỏi ống mật chủ được qua mổ mở đã được chứng minh là hiệu quả và an toàn ở nhiều nghiên cứu. Ngày nay, PTNS lấy sỏi OMC có thể lấy hết sỏi trên 90%, giảm nguy cơ viêm tụy cấp so với mổ mở, giảm tỷ lệ tử vong đặc biệt trên những bệnh nhân còn trẻ. Đối với người lớn tuổi thì sự lựa chọn PTNS có nhiều khó khăn. Theo trung tâm nghiên cứu sức khỏe của Mỹ (The National Institutes of Health – USA) kết luận, PTNS lấy sỏi ống mật chủ nên được lựa chọn nếu có kỹ năng phẫu thuật thành thạo hơn là làm thủ thuật E.S. Để tỷ lệ sạch sỏi cao, tránh cắt cơ thắt Oddi hoặc nối mật ruột, nội soi đường mật trong lúc mổ nội soi là sự lựa chọn tốt nhất đối với bệnh lý sỏi ống mật chủ.

Bảng 8. Kết quả phẫu thuật nội soi lấy sỏi ống mật chủ ở các nghiên cứu [4]

Tác giả	Năm	n	Tuổi	Thành công (%)	Chuyển mổ mở (%)	Sốt sỏi (%)	Biểu chứng (%)	Tử vong (%)	Ngày nằm viện
Martin	1998	300	51	90	4	5	7	0	2
Berthou	1998	220		95	1	3	9	2	7,8
Drouard	1997	161		92		4	7	0	7,6
Doman	1998	148	53	97	3	2	4	1	
Depaula	1994	114		90	3	1	6	1	2
Hawasli	2000	73		85		11			

Sỏi đường mật ngoài gan ở các nước Âu – Mỹ thường là sỏi $\leq 5\text{mm}$ thuận lợi cho việc lấy sỏi qua nội soi đường mật ngược dòng mà không cần cắt cơ

vòng Oddi.

Bảng 9 : Thuận lợi và khó khăn của lấy sỏi ống mật chủ một thì và hai thì theo tác giả Memon M.A [3]

Phẫu thuật	Thuận lợi	Khó khăn
Một thì Cắt túi mật, lấy sỏi ống mật chủ nội soi	Một lần nhập viện Ngày nằm viện ngắn Nhanh hồi phục Giảm biến chứng và tử vong Giảm chi phí so với mổ mở	Kỹ thuật khó Kinh nghiệm mổ nội soi của phẫu thuật viên Kỹ năng mổ nội soi thành thạo Thời gian mổ kéo dài Chống chỉ định gây mê kéo dài Chi phí phẫu thuật lớn Thất bại phải làm ERCP
Hai thì - ERCP lấy sỏi ống mật chủ trước, mổ nội soi cắt túi mật sau đó - Cắt túi mật nội soi trước, làm ERCP sau	Thời gian mổ cắt túi mật nội soi ngắn Không đòi hỏi kỹ năng mổ phức tạp Dễ thực hiện Trang thiết bị dụng cụ mổ nội soi cơ bản	Hai lần nhập viện làm thủ thuật Thực hiện 2 thủ thuật khác nhau Phải có sự can thiệp của bác sỹ nội soi tiêu hóa Nằm viện kéo dài Tăng nguy cơ biến chứng và tử vong Thất bại khi làm ERCP Tăng chi phí phẫu thuật

Ở Việt Nam sỏi có kích thước lớn cần nong, thậm chí phải cắt cơ thắt mới lấy được sỏi. Lấy sỏi qua nội soi mật tụy ngược dòng (ERCP) là một can thiệp ít xâm lấn với tỷ lệ thành công trên 90%, nên chỉ định đối với những bệnh nhân già yếu sỏi sau mổ hoặc có chống chỉ định đối với phẫu thuật nội soi. Tuy nhiên thủ thuật này bị hạn chế khi bệnh nhân có hẹp thực quản, cắt đoạn dạ dày, sỏi ống mật chủ kích thước trên 20 mm. Trong nghiên cứu này có 1 trường hợp thất bại do sỏi to. Có 23/90 bệnh nhân có sỏi túi mật hoặc bệnh lý khác của túi mật đi kèm, do đó can thiệp bằng phẫu thuật nội soi có ưu việt hơn. Tác giả S.E. Tranter và M.H. Thompson [4] nghiên cứu so sánh E.S và PTNS trong điều trị sỏi đường mật chính cho biết tỷ lệ ung thư hoá đường mật là 1%, sỏi mật tái phát 16%, biến chứng 5% khi làm E.S và đi đến kết luận PTNS là lựa chọn đối với những bệnh nhân trẻ để lấy sỏi ống mật chính có hoặc không kèm theo sỏi túi mật. Đối với sỏi trong gan, khi PTNS có thể kết hợp nội soi đường mật tán sỏi. Như vậy, theo chúng tôi, thủ thuật ERCP để lấy sỏi ở Việt Nam nên chỉ định cho những bệnh nhân có chống chỉ định của PTNS, bệnh nhân già yếu, mổ mật nhiều lần.

KẾT LUẬN

Tỷ lệ thành công của can thiệp cao, an toàn, không có trường hợp nào tử vong hoặc nặng xin về. Đối với sỏi đường mật chính ngoài gan có hoặc không kèm theo sỏi túi mật nên áp dụng các phương

pháp can thiệp ít xâm hại để thay thế cho phẫu thuật kinh điển trong đó nên thực hiện phẫu thuật nội soi tránh làm tổn thương cơ thắt Oddi. Nội soi can thiệp lấy sỏi nên áp dụng cho đối tượng bệnh nhân trên 60 tuổi, kích thước sỏi dưới 1 cm, bệnh nhân có chống chỉ định của mổ nội soi hoặc đã mổ mật nhiều lần.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Lê Quang Quốc Ánh (2012). Vai trò của ERCP trong bệnh lý đường mật. *Tạp chí Y học thực hành*, 821, 130 - 134.
2. Berci G (1994). Laparoscopic management of common bile duct stones. *Surgical endoscopy*, 8, 12, 1452-1453.
3. Memon M.A., Hassaballa H., Memon M.I (2000). Laparoscopic common bile duct exploration: the past, the present, and the future. *American journal of surgery*, 179, 4, 309-315.
4. Tranter S.E., Thompson M.H (2002). Comparison of endoscopic sphincterotomy and laparoscopic exploration of the common bile duct. *The British journal of surgery*, 89, 12, 1495-1504.
5. Koc B., Karahan S., Adas G., et al (2013). Comparison of laparoscopic common bile duct exploration and endoscopic retrograde cholangiopancreatography plus laparoscopic cholecystectomy for choledocholithiasis: a prospective randomized study. *American journal of surgery*, 206, 4, 457-463.

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ U TUYẾN DƯỚI HÀM TẠI BỆNH VIỆN RĂNG HÀM MẶT TRUNG ƯƠNG HÀ NỘI

PHẠM HOÀNG TUẤN

Bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung ương Hà Nội

SUMMARY

RESULT OF TREATMENT SUBMANDIBULAR GLAND TUMOR AT HANOI NATIONAL HOSPITAL OF ODONTO STOMATOLOGY

Aim: The study was performed on 109 patients with submandibular gland tumor at Hanoi National Hospital of Odonto Stomatology. Methods: Quasi experiment. Treating tumor with surgery. Results: Most of benign tumor don't need lymph nodes ectomy, but most of malignant tumor need it. Most of patients satisfied with the scar (90,83%), good treatment rate of benign tumor are higher (96%) than malignant tumor (70,59%). Conclusion: Tumor-gland ectomy with benign tumor, and tumor-gland-lymph nodes ectomy with malignant tumor make the result better and reduce the ability of complication and recurrence

Keywords: submandibular gland, malignant, benign, surgery

ĐẶT VẤN ĐỀ

Về điều trị u tuyến dưới hàm, phẫu thuật (PT) cắt tổn thương cùng toàn bộ tuyến là phương pháp chủ yếu, xạ trị sau mổ thường ít có tác dụng, chỉ hỗ trợ cho một số nhóm u chuyên biệt và các tổn thương lớn không thể phẫu thuật lấy hết hoàn toàn, hoá trị

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu được thực hiện trên 109 bệnh nhân có u tuyến dưới hàm điều trị tại Bệnh viện Răng Hàm Mặt TƯ Hà Nội. Phương pháp nghiên cứu: thử nghiệm lâm sàng không có nhóm chứng. Điều trị u tuyến bằng phẫu thuật. Kết quả: Đa số các trường hợp u lành không vét hạch (82,86%), ngược lại đa phần trường hợp u ác có cắt bỏ hạch (83,87%), phần lớn vết mổ của BN liền sẹo tốt, và BN hài lòng với vết mổ chiếm đa số (90,83%). Tỷ lệ u lành tính có kết quả tốt (96,00%), cao hơn so với nhóm u ác tính (70,59%). Kết luận: Phẫu thuật cắt u + tuyến với u lành, u + tuyến + mô xung quanh kèm theo vét hạch khi u ác tính cho hiệu quả điều trị cao, ít biến chứng và tái phát

Từ khóa: tuyến dưới hàm, ác tính, lành tính, phẫu thuật

Chịu trách nhiệm: Phạm Hoàng Tuấn

Email: drtuan1966@gmail.com

Ngày nhận: 12/6/2017

Ngày phân biên: 03/7/2017

Ngày duyệt bài: 24/7/2017

Ngày xuất bản: 20/8/2017