

CẮT TÚI MẬT NỘI SOI

PGS.TS. Trần Bảo Long

BV HN Việt Đức

Bộ môn Ngoại ĐH Y Hà Nội



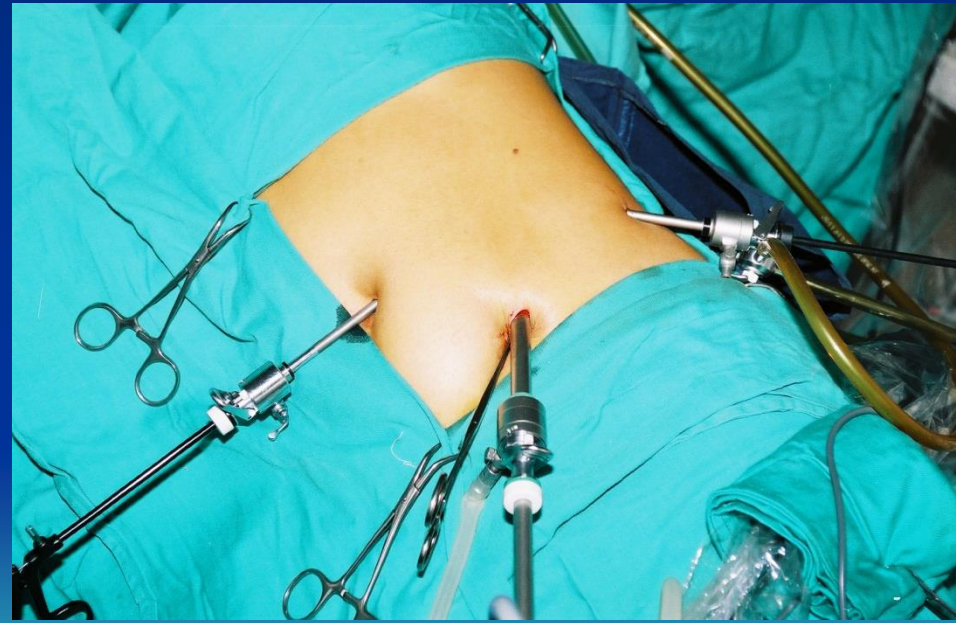
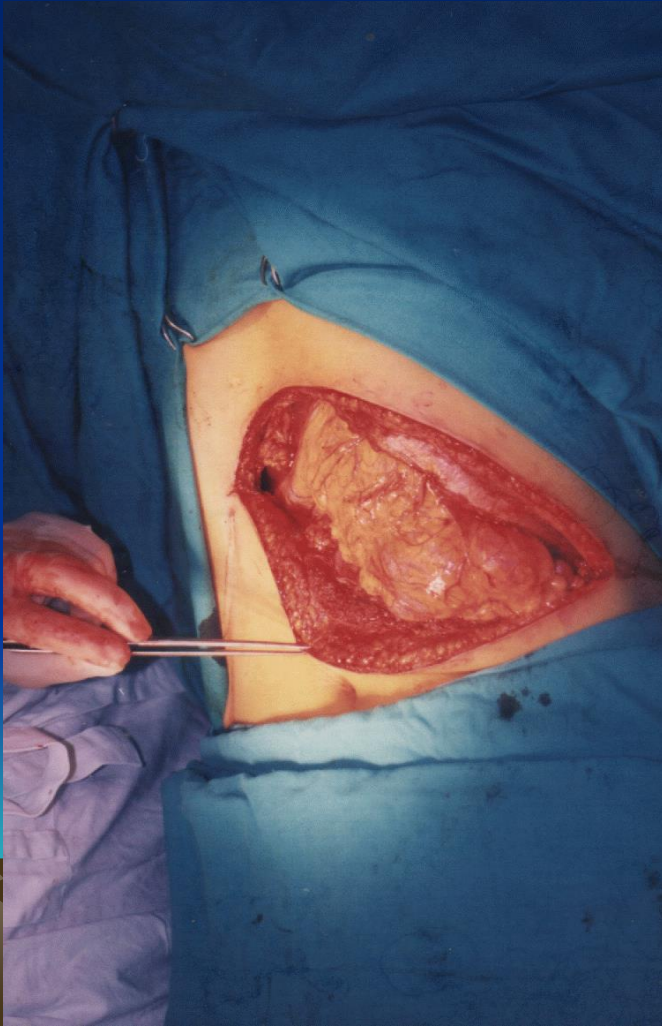
Mục tiêu học tập

Sau khi học xong bài này, học viên phải:

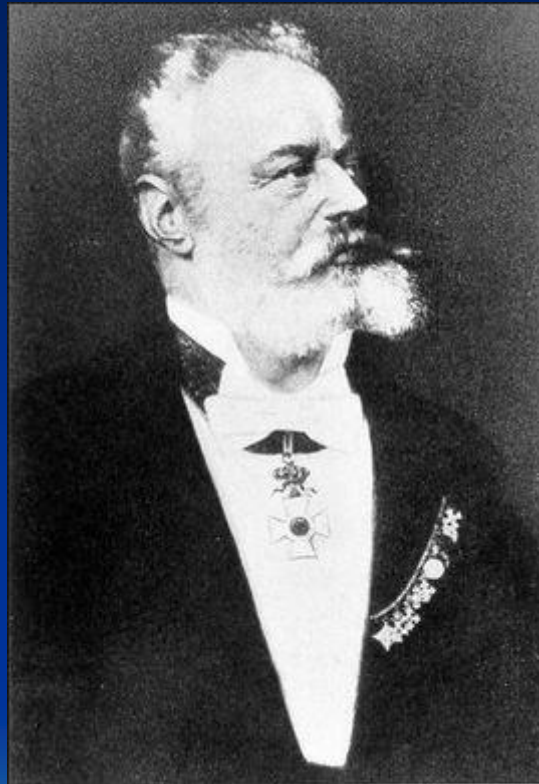
- *Trình bày được chỉ định, chống chỉ định của cắt túi mật nội soi.*
- *Mô tả thành thạo kỹ thuật cắt túi mật nội soi.*
- *Nêu được các tai biến trong mổ, các biến chứng sau mổ cắt túi mật nội soi và thái độ xử trí.*



MỒ MỞ - MỒ NỘI SOI



VÀI NÉT VỀ LỊCH SỬ



Langenbuch (1846-1901)

Lần đầu tiên phẫu thuật cắt túi mật mổ mở 1882

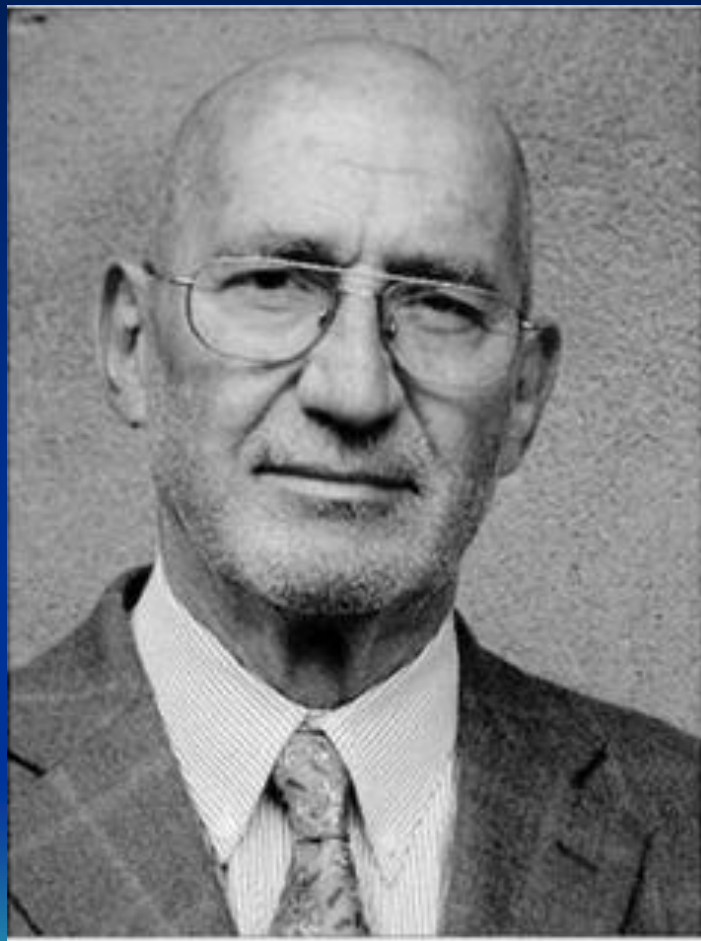
VÀI NÉT VỀ LỊCH SỬ



G. Kelling (1866-1945)

Soi ổ bụng lần đầu tiên
bằng dụng cụ soi bàng quang: 1901

VÀI NÉT VỀ LỊCH SỬ



P. Mouret 1987

NEEDLE LAPAROSCOPY



The Lindbergh operation

The name was derived from that of American aviator [Charles Lindbergh](#), because he was the first person to fly solo across the Atlantic Ocean 1927.

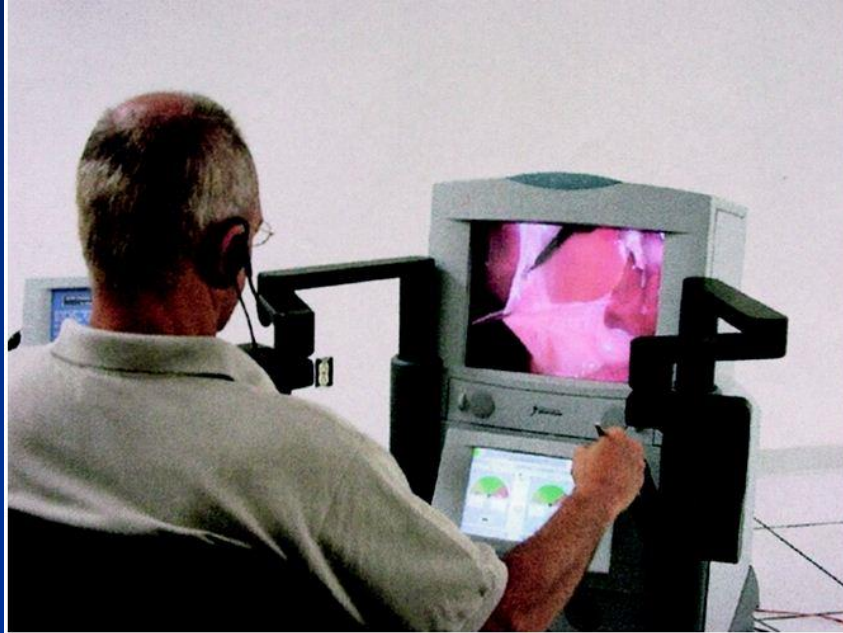


Figure 1. Operator and surgeon's robotic console in New York.

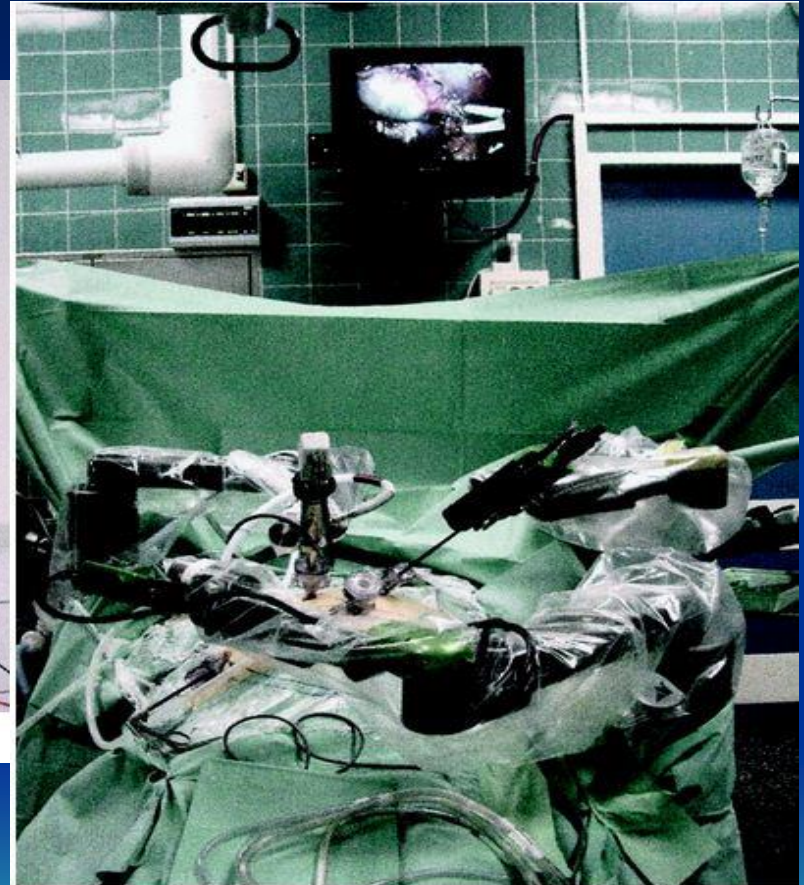
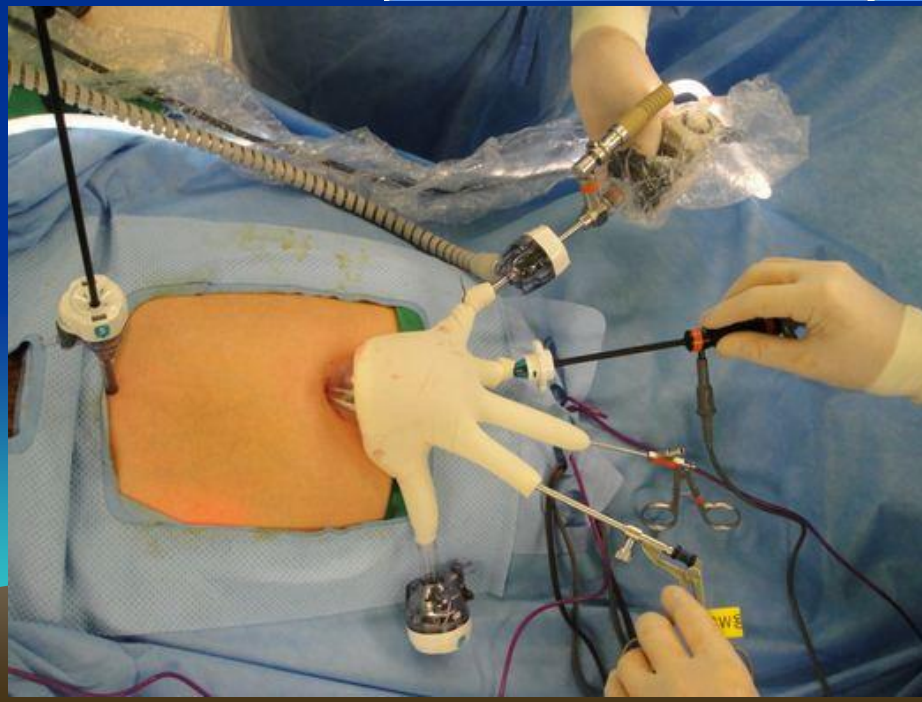


Figure 2. Robotic arms at the remote site in Strasbourg.

The operation was performed successfully on September 7, 2001 by Professor [Jacques Marescaux](#) and his team from the [IRCAD](#) (Institute for Research into Cancer of the Digestive System)

1 CÔNG



ƯU ĐIỂM CỦA PHẪU THUẬT NỘI SOI

- Ít gây tổn thương thành bụng, tránh tổn thương mạch máu thần kinh, giảm mất máu, tránh nhiễm trùng, tránh thoát vị thành bụng, giảm ngày nằm viện, giảm sử dụng thuốc, dịch truyền.
- Thiết bị hình ảnh cho phép người mổ có được hình ảnh phóng đại, rõ nét có màu sắc thực.
- Cho phép tiếp cận các vùng mổ sâu, khó thao tác khi mổ mở (vùng tâm vị, thượng thận)
- Phương pháp mổ có tính thẩm mỹ cao.



HẠNH CHẾ

- Phương pháp đòi hỏi có phương tiện đồng bộ, hiện đại, tương đối đắt tiền.
- Thay đổi môi trường và thói quen làm việc của phẫu thuật viên (quan sát trên màn hình 2 chiều, mất xúc giác, dụng cụ cấu tạo khác).
- - Có tai biến và biến chứng đặc thù của PTNS (chọc kim và trocar, bơm khí ổ bụng).



NOTES Natural Orifice Transluminal Endoscopic Surgery

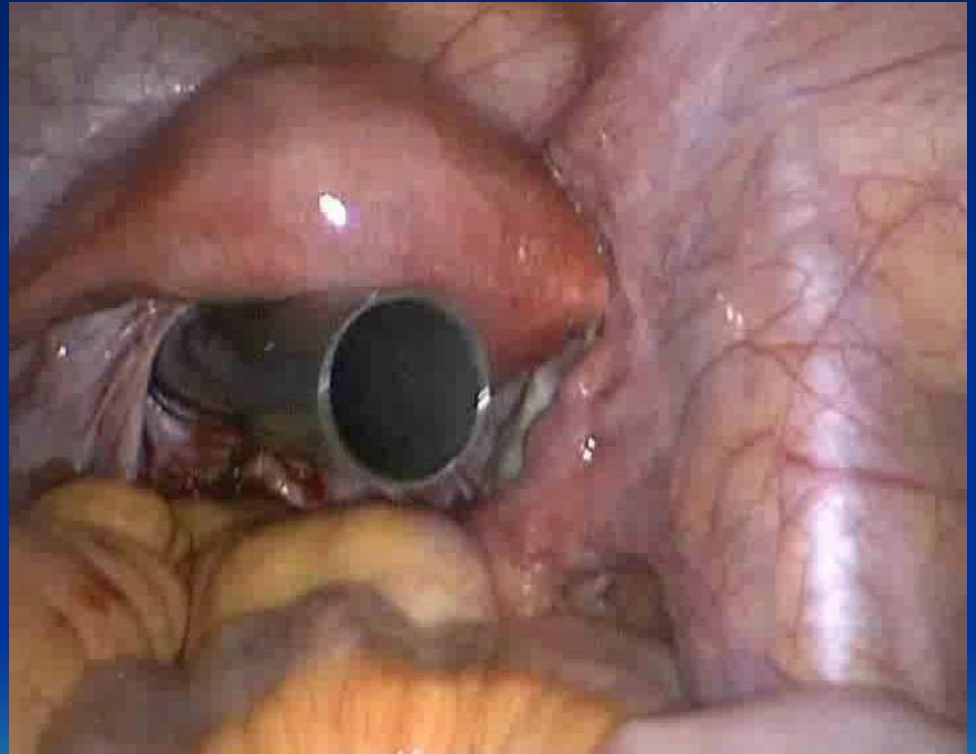
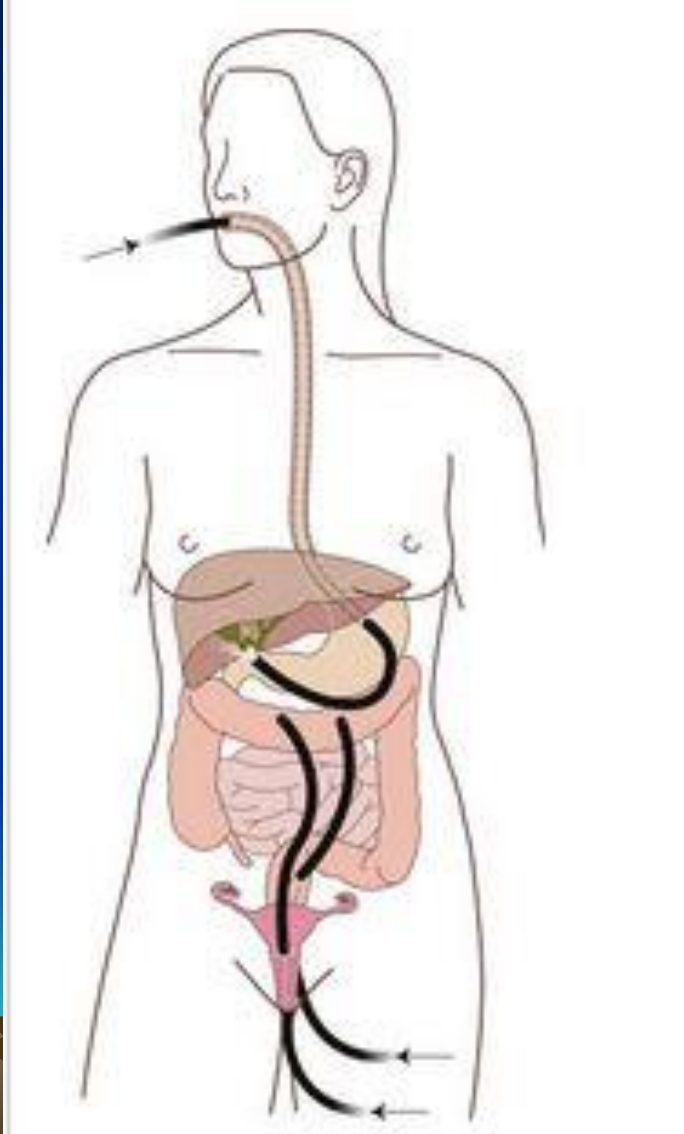




FIG. 3. Single-port system with surgical glove.



FIG. 2. An incision was made on the cervicovaginal junction.



FIG. 4. The gallbladder was removed through the vaginal port.

TƯ THẾ MỸ VÀ PHÁP



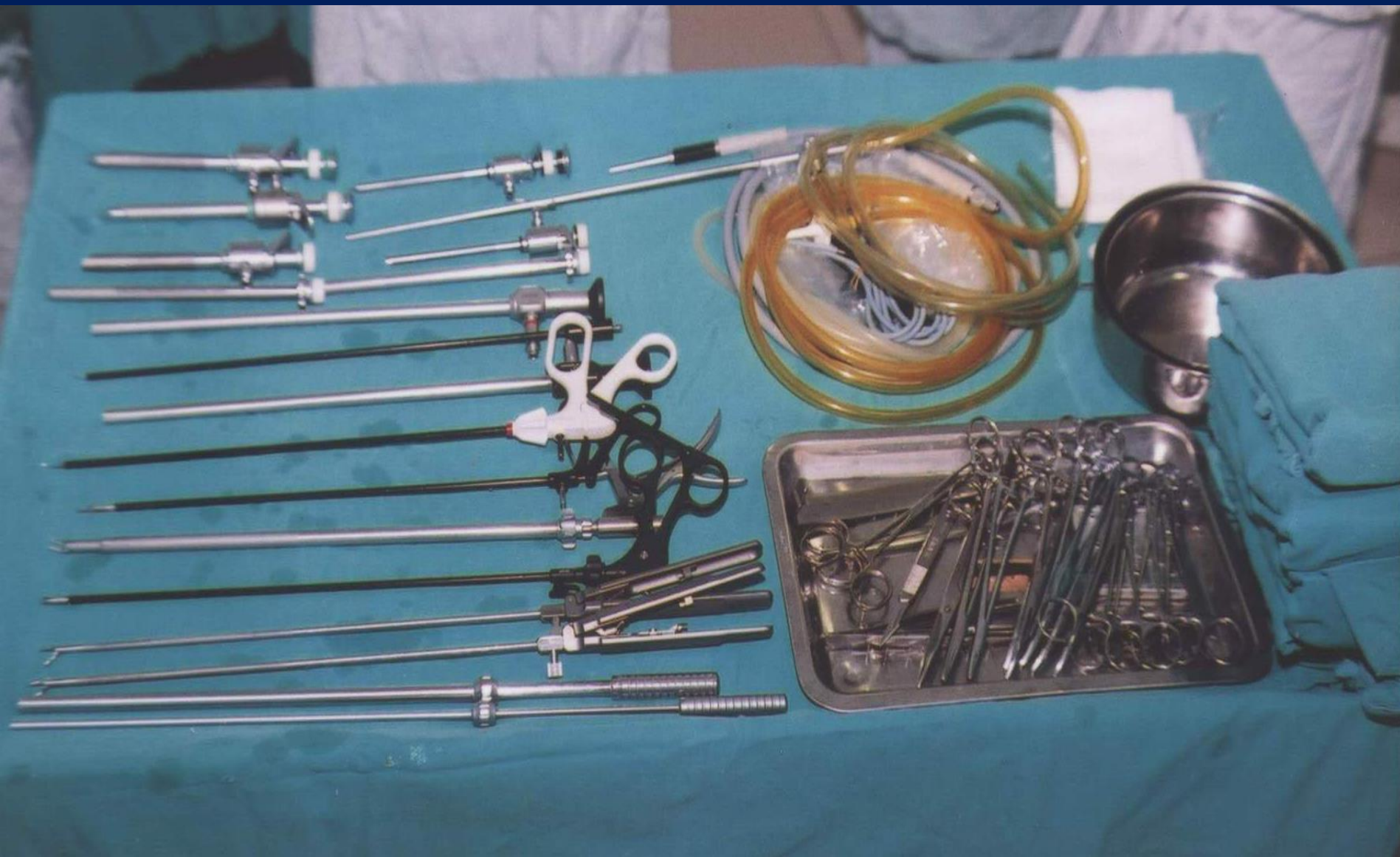
PHƯƠNG TIỆN MỔ NỘI SOI



Camera



DỤNG CỤ



GIẢI PHẪU VÙNG ỐNG CỔ TÚI MẬT

Các ống gan
phải và trái

Ống gan chung

Động mạch
túi mật

Ống túi mật

Tĩnh mạch cửa

Gan

Ống mật chủ

Túi mật

Phần trên (thứ nhất)
của tá tràng

Kết tràng ngang
(đã cắt)

Đầu tụy

Các động mạch gan phải và trái

Động mạch gan riêng

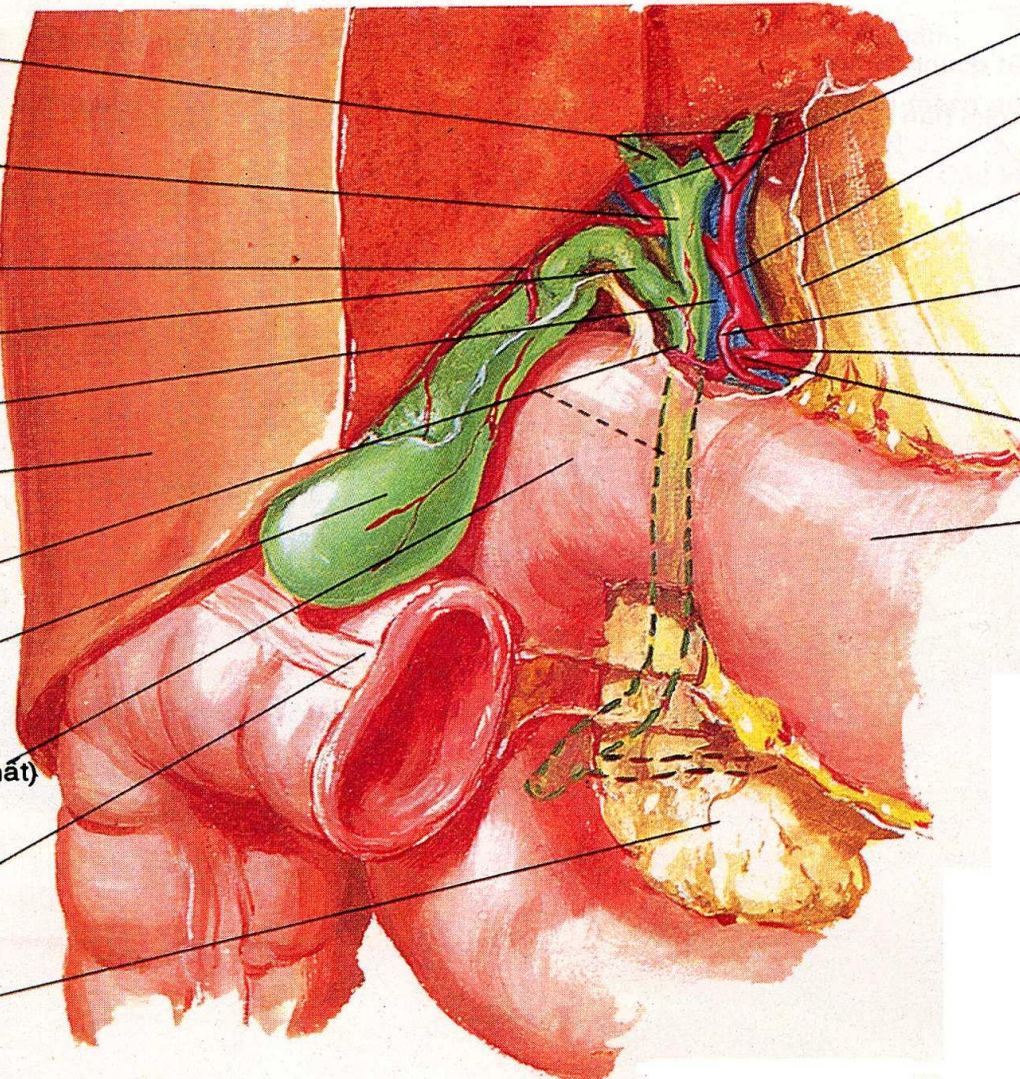
Lá trước của
mạc nối nhỏ (*mép cắt*)

Động mạch vị phải

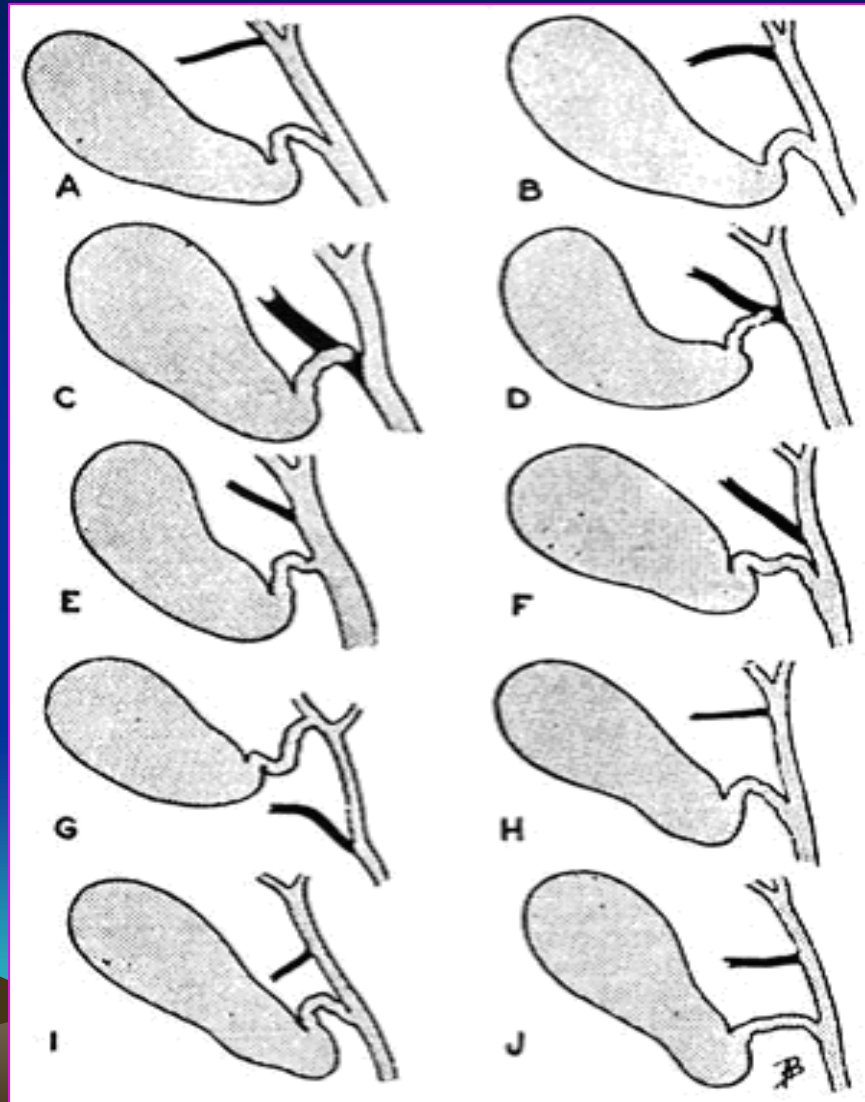
Động mạch gan chung

Động mạch vị - tá tràng

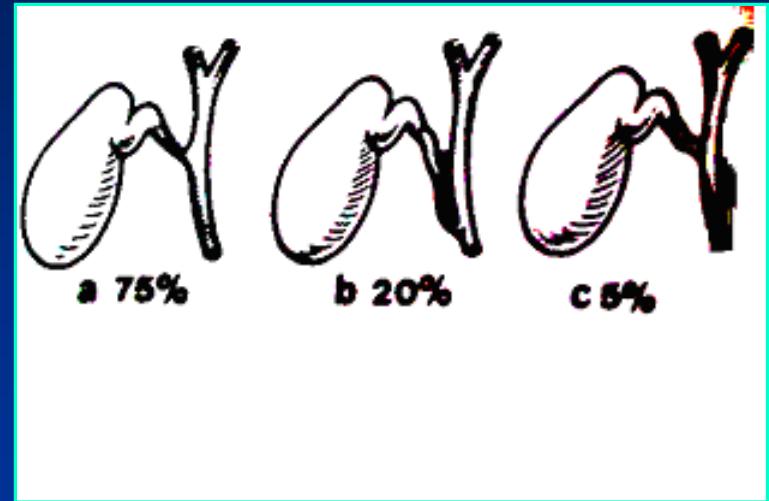
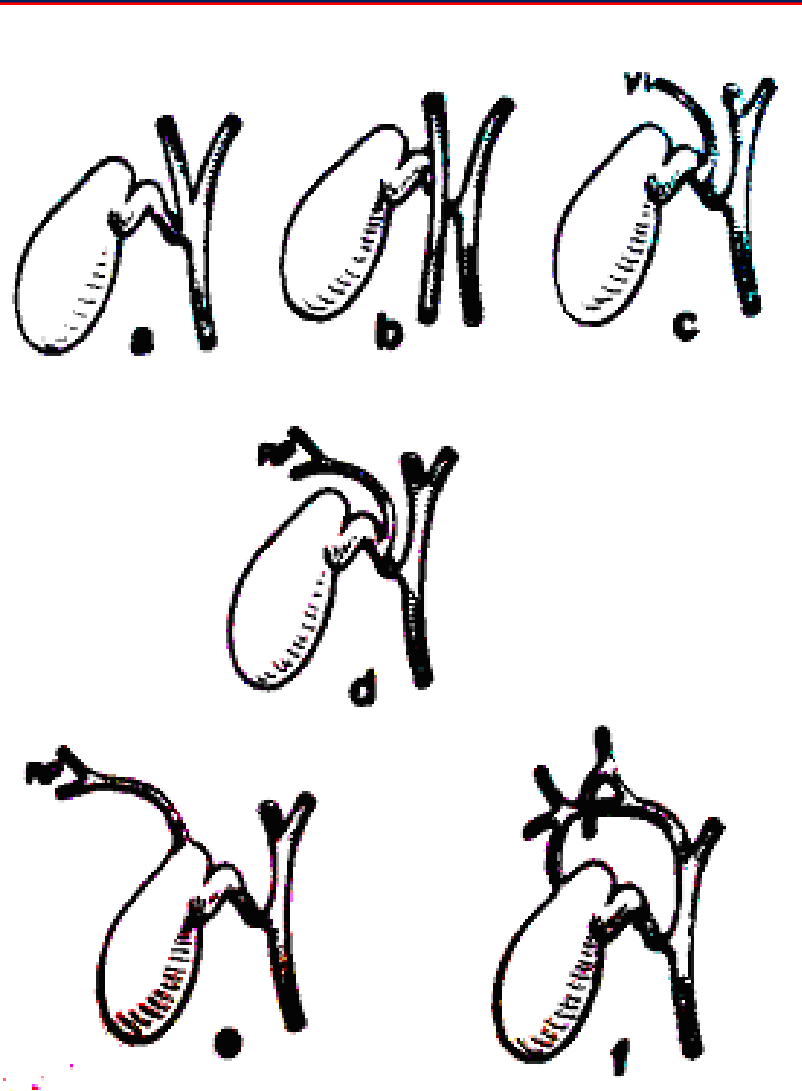
Dạ dày



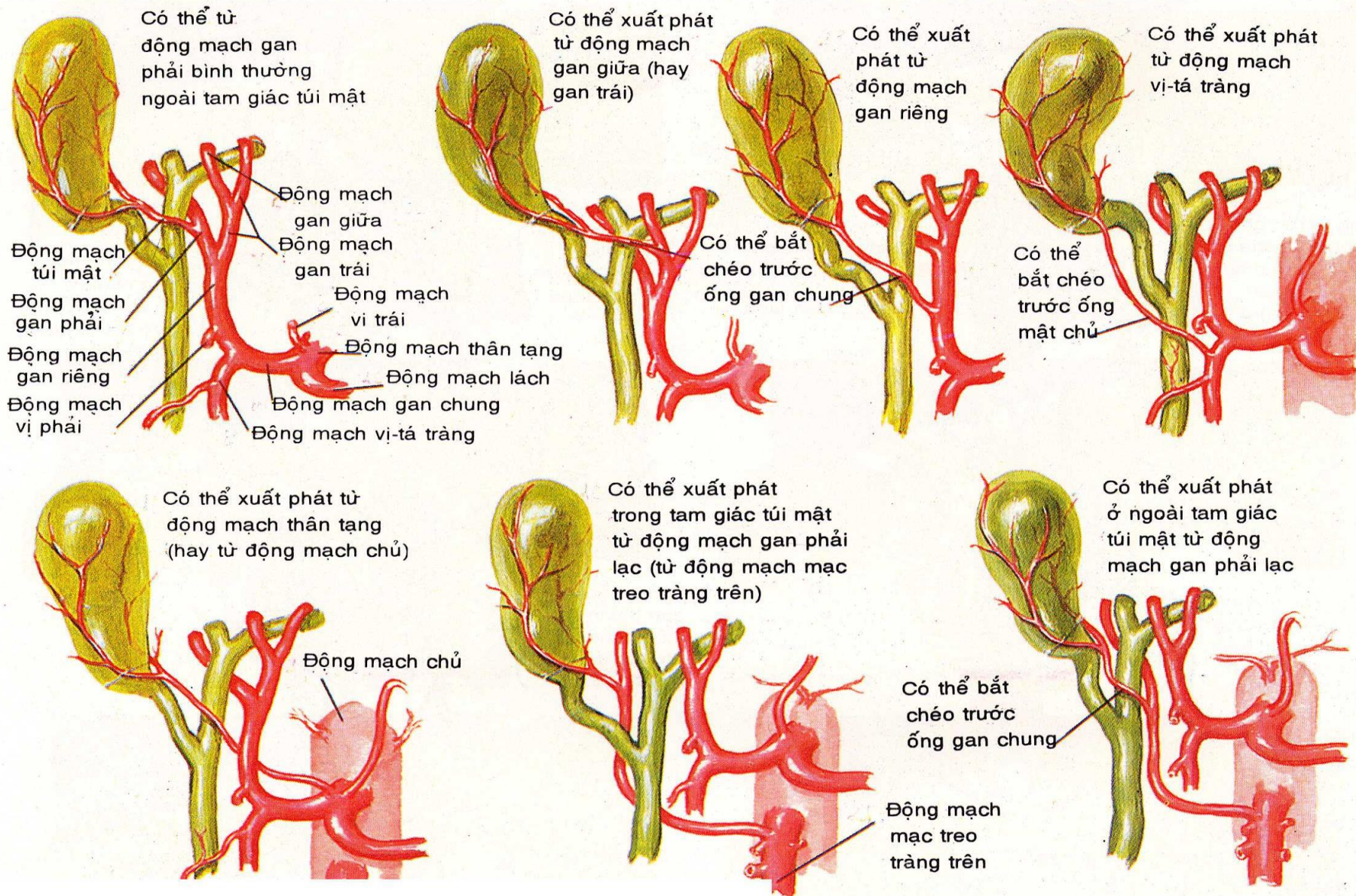
Ronald A. Bergman , Adel K. Afifi, và Ryosuke Miyauchi



Y. Bouchet



DẠNG ĐỘNG MẠCH TÚI MẬT



Chỉ định cắt túi mật nội soi

- + *Sỏi túi mật có triệu chứng: đau vùng dưới sườn phải ...*
- + *Các bệnh lý khác của túi mật: Polype túi mật có triệu chứng hay kích thước $\geq 1\text{cm}$, viêm túi mật không do sỏi ...*
- *Kết quả siêu âm gan mật ít nhất hai lần có sỏi túi mật đơn thuần, không có dị vật trong đường mật chính, đường mật chính không giãn.*
- *Xét nghiệm không có tắc mật (bilirubin máu trong giới hạn bình thường), các thăm dò và xét nghiệm khác trong giới hạn cho phép mổ nội soi.*

Ung thư túi mật

Tis, T1a

U nguyên phát (T)

- Tx Không đánh giá được u nguyên phát.
- To Không có u nguyên phát.
- Tis Carcinoma *in situ* (u tại chỗ, khu trú trên lớp cơ niêm).
- T1 u xâm lấn lớp cơ niêm hay lớp cơ.
 - T1a u xâm lấn lớp cơ niêm.
 - T1b u xâm lấn lớp cơ.
- T2 u xâm lấn vào tổ chức liên kết quanh lớp cơ nhưng chưa vượt qua thanh mạc, chưa xâm lấn vào gan.
- T3 vượt qua thanh mạc hoặc xâm lấn trực tiếp vào gan ($\leq 2\text{cm}$) và/hoặc 1 cơ quan, cấu trúc lân cận khác.
- T4 u xâm lấn vào gan $> 2\text{cm}$ hoặc vào động mạch gan hoặc tĩnh mạch cửa hoặc xâm lấn vào 2 cơ quan hay cấu trúc ngoài gan.

Hạch vùng (N)

- NX Không đánh giá được hạch
- N0 không có di căn hạch
- N1 di căn hạch ống cổ túi mật, hạch quanh ống mật chủ, và/hoặc hạch rốn gan.
- N2 di căn hạch quanh tụy (chỉ đầu tụy), quanh tá tràng, quanh tĩnh mạch cửa, quanh động mạch gan, động mạch thân tạng và/hoặc động mạch mạc treo tràng trên.

Di căn xa (M)

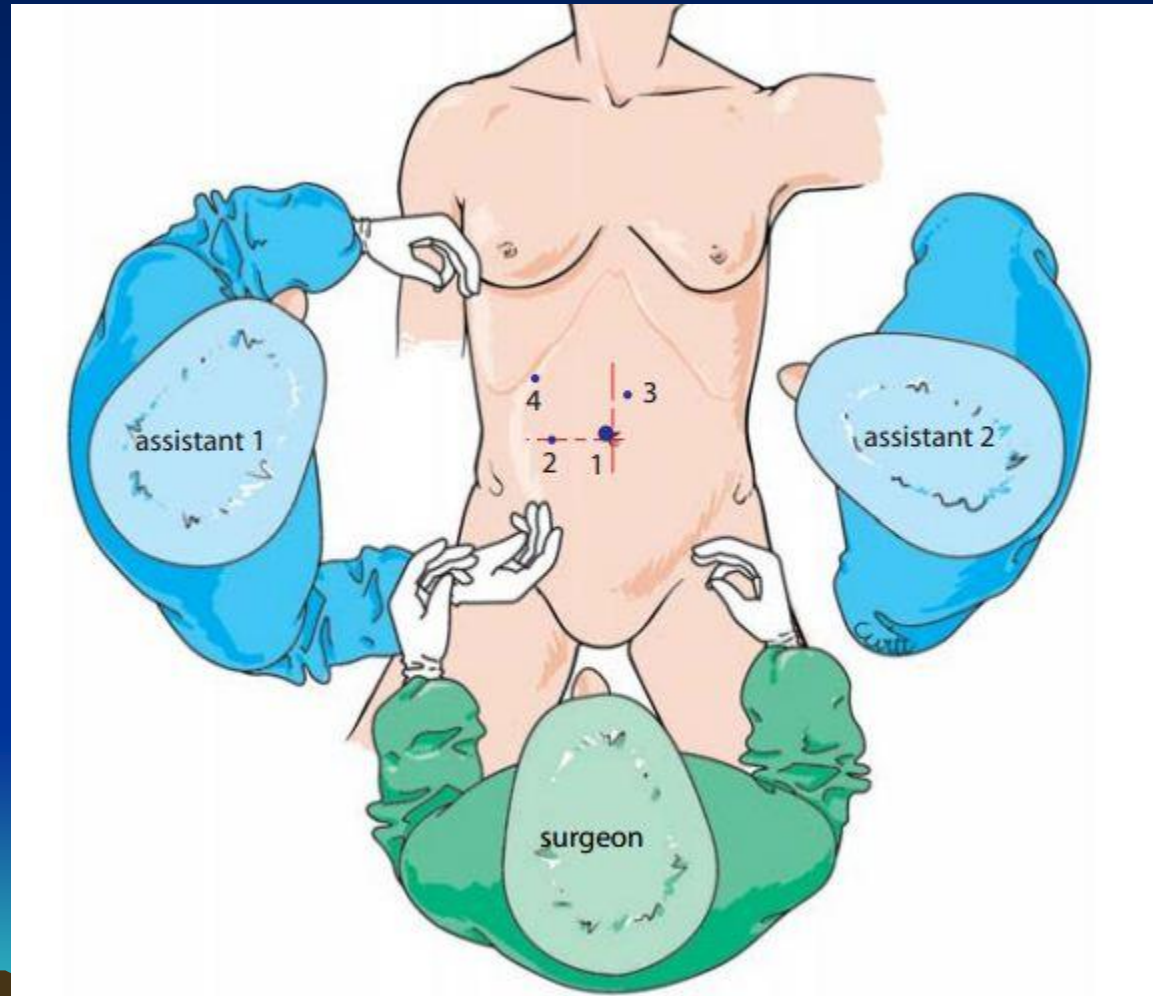
- MX không đánh giá được di căn xa
- M0 Không có di căn xa
- M1 Có di căn xa

Chống chỉ định cắt túi mật nội soi

- + Các chống chỉ định của phẫu thuật nói chung: rối loạn đông máu, suy đa tạng ...
- + Các chống chỉ định của gây mê nội khí quản, bơm hơi CO₂ ổ bụng.



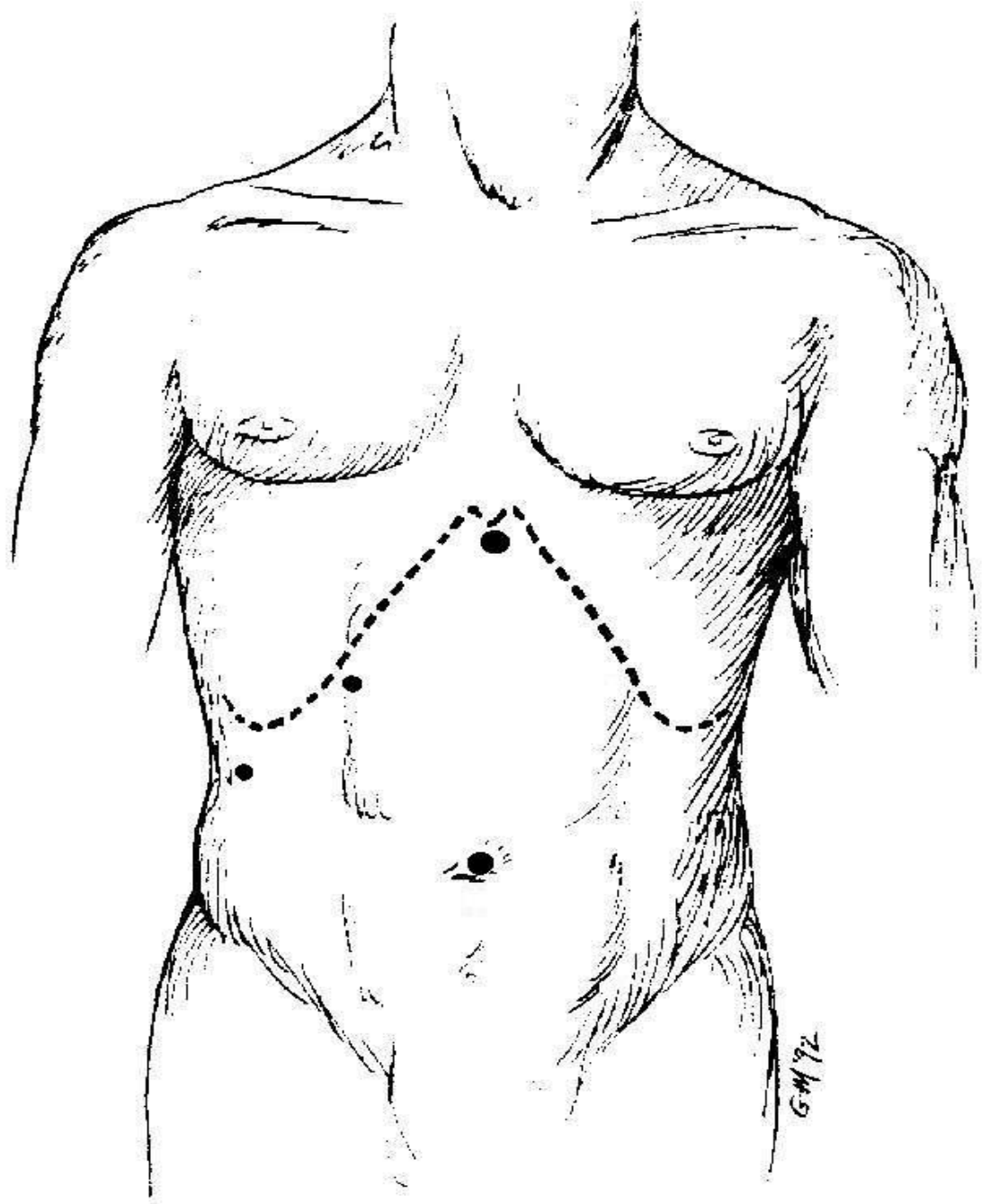
TƯ THẾ PHÁP



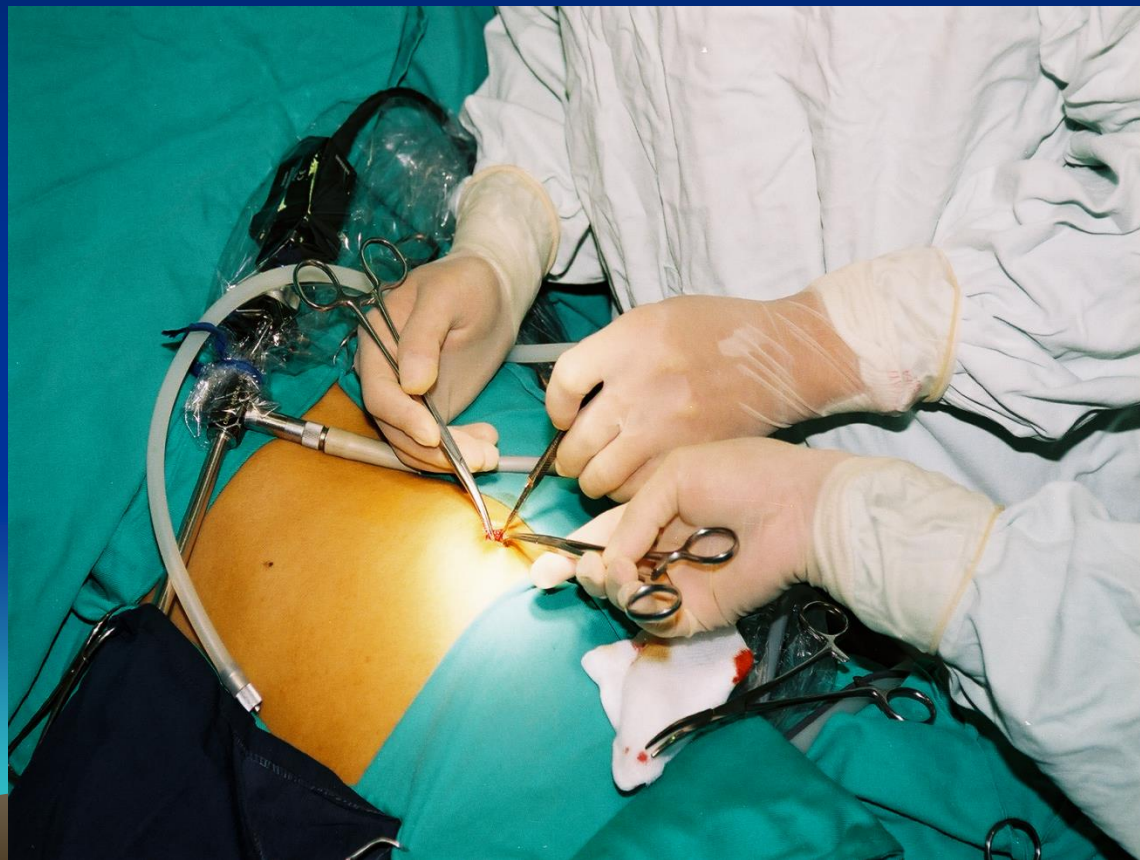
TƯ THẾ MỸ



VỊ TRÍ TROCAR



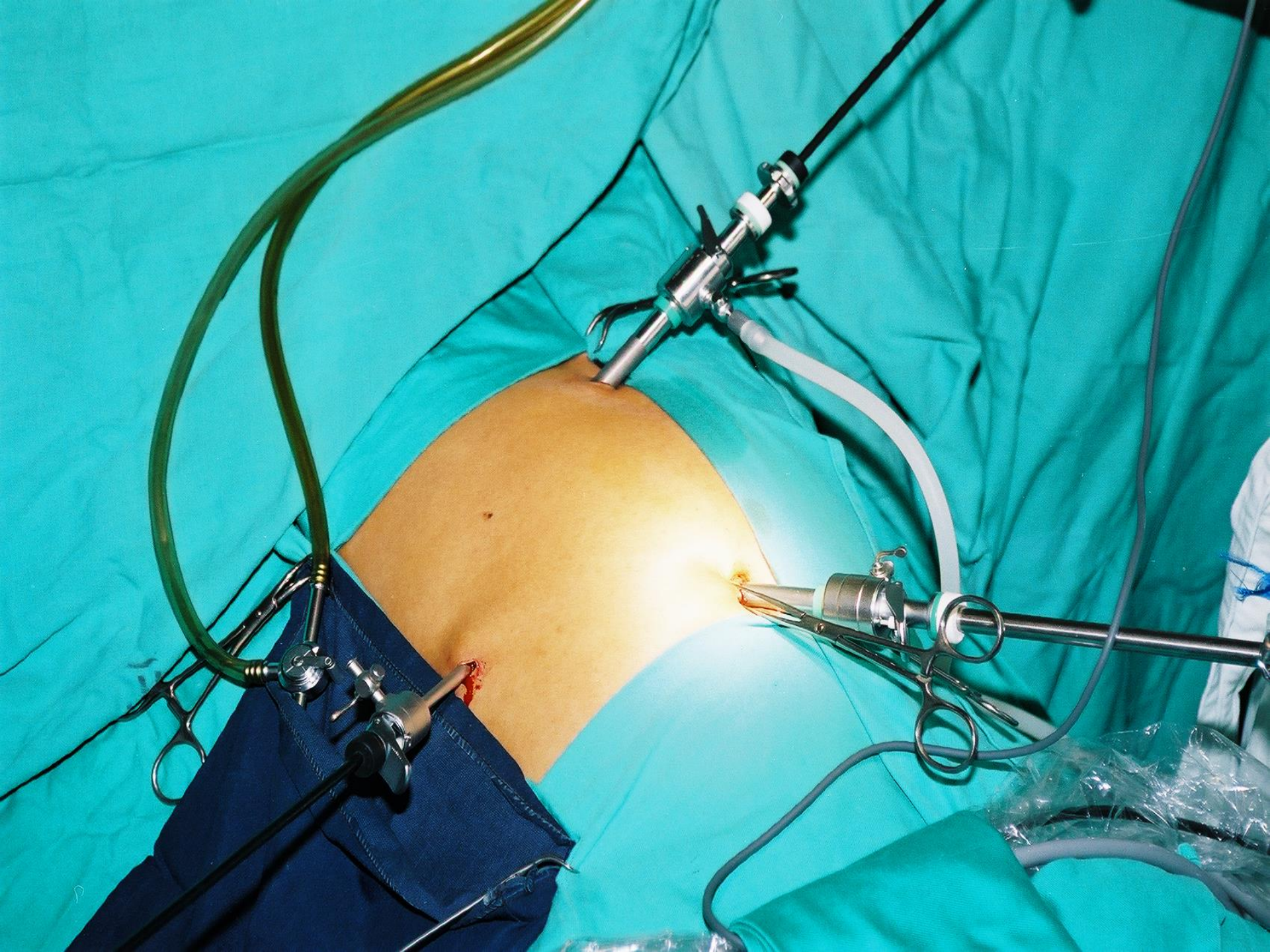
Thì bơm hơi ổ bụng



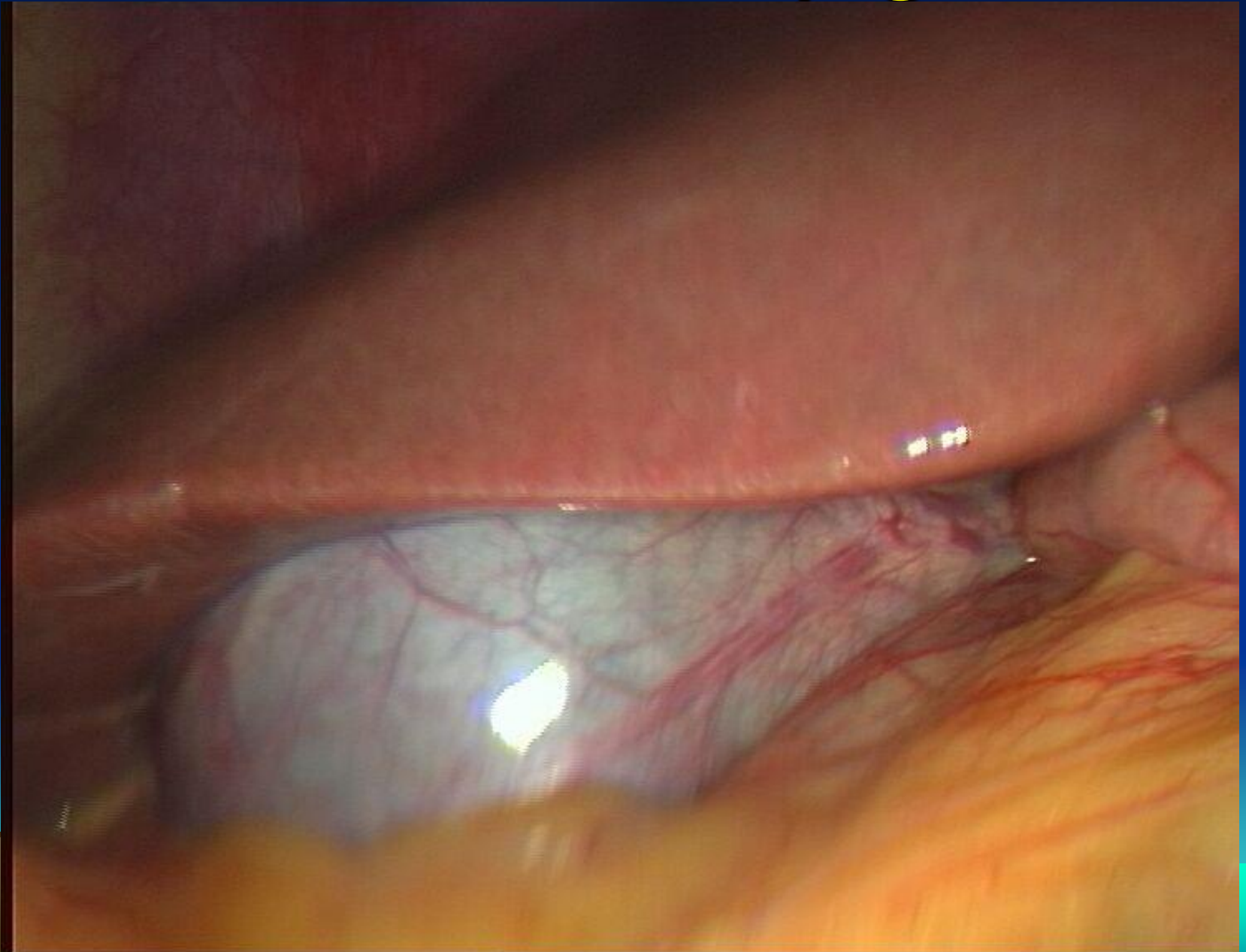




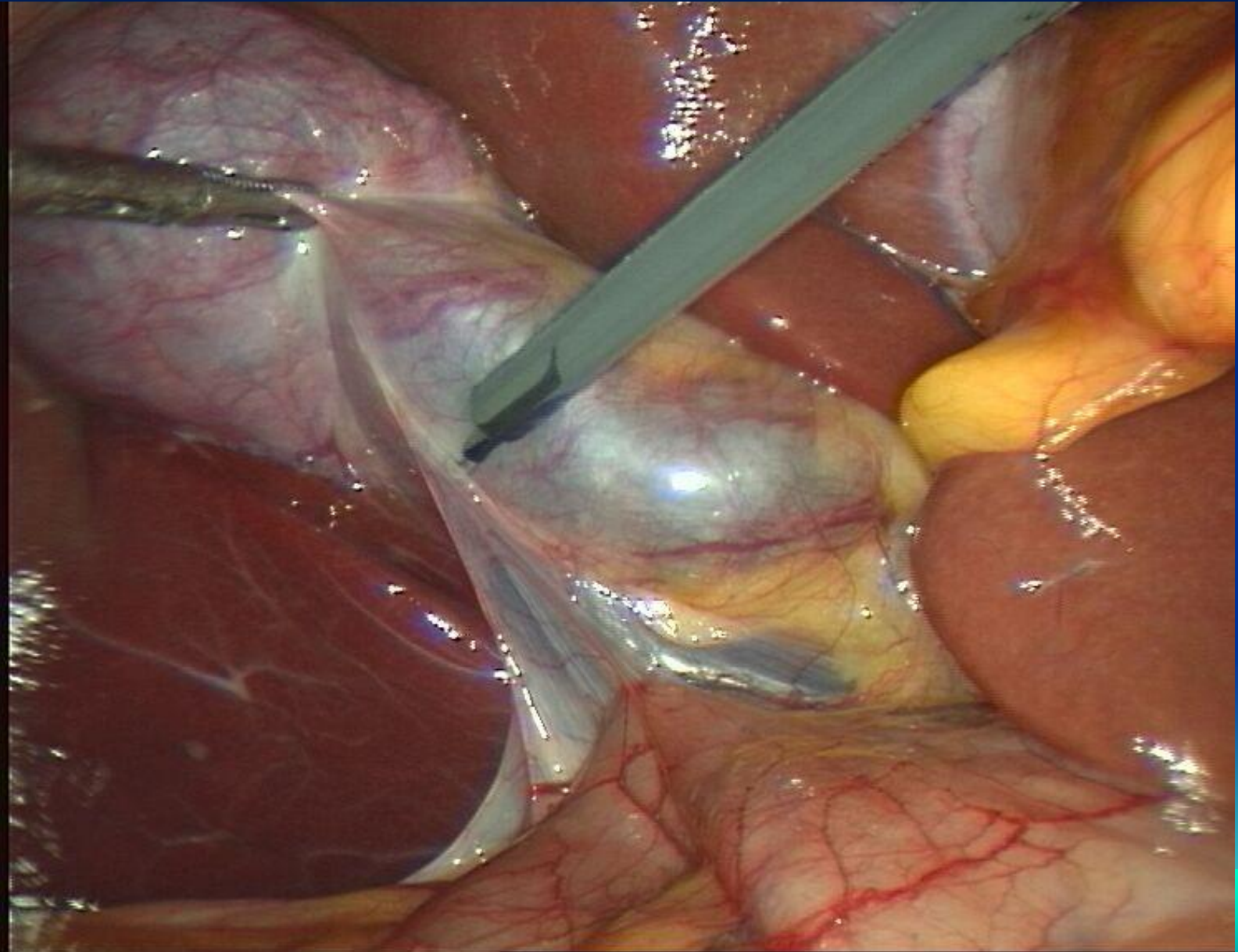




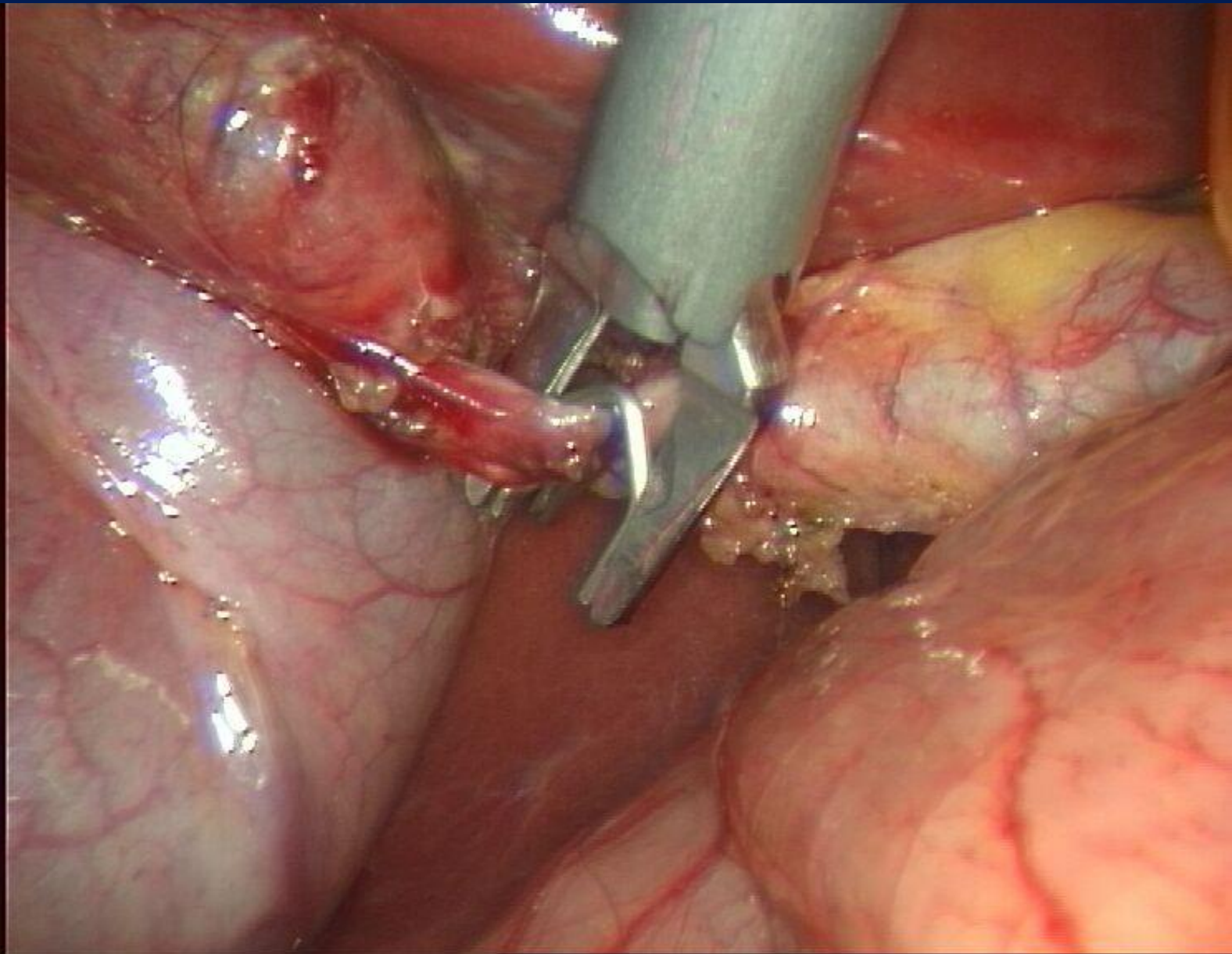
Thăm dò ổ bụng



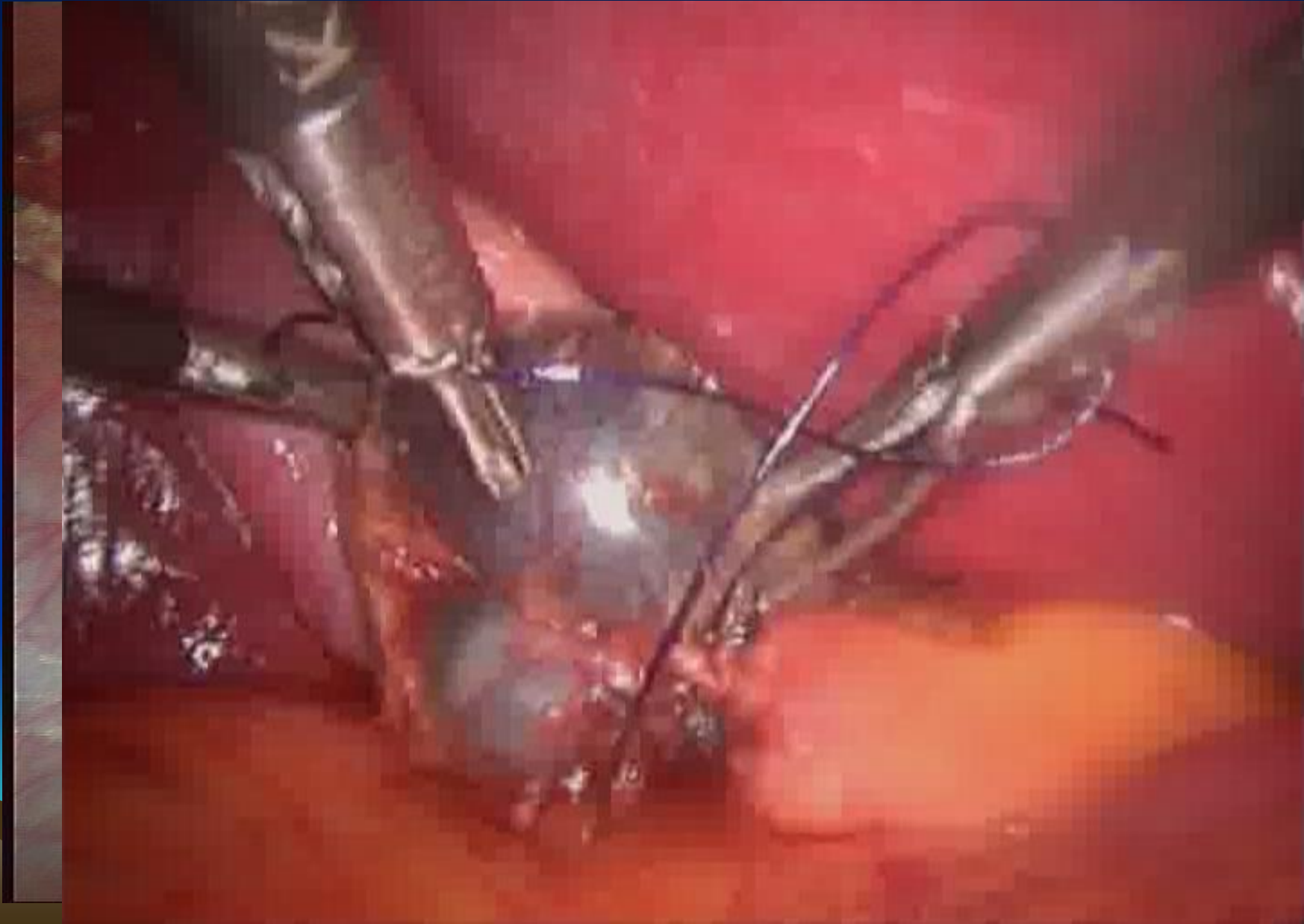
Bộc lộ ống cổ túi mật



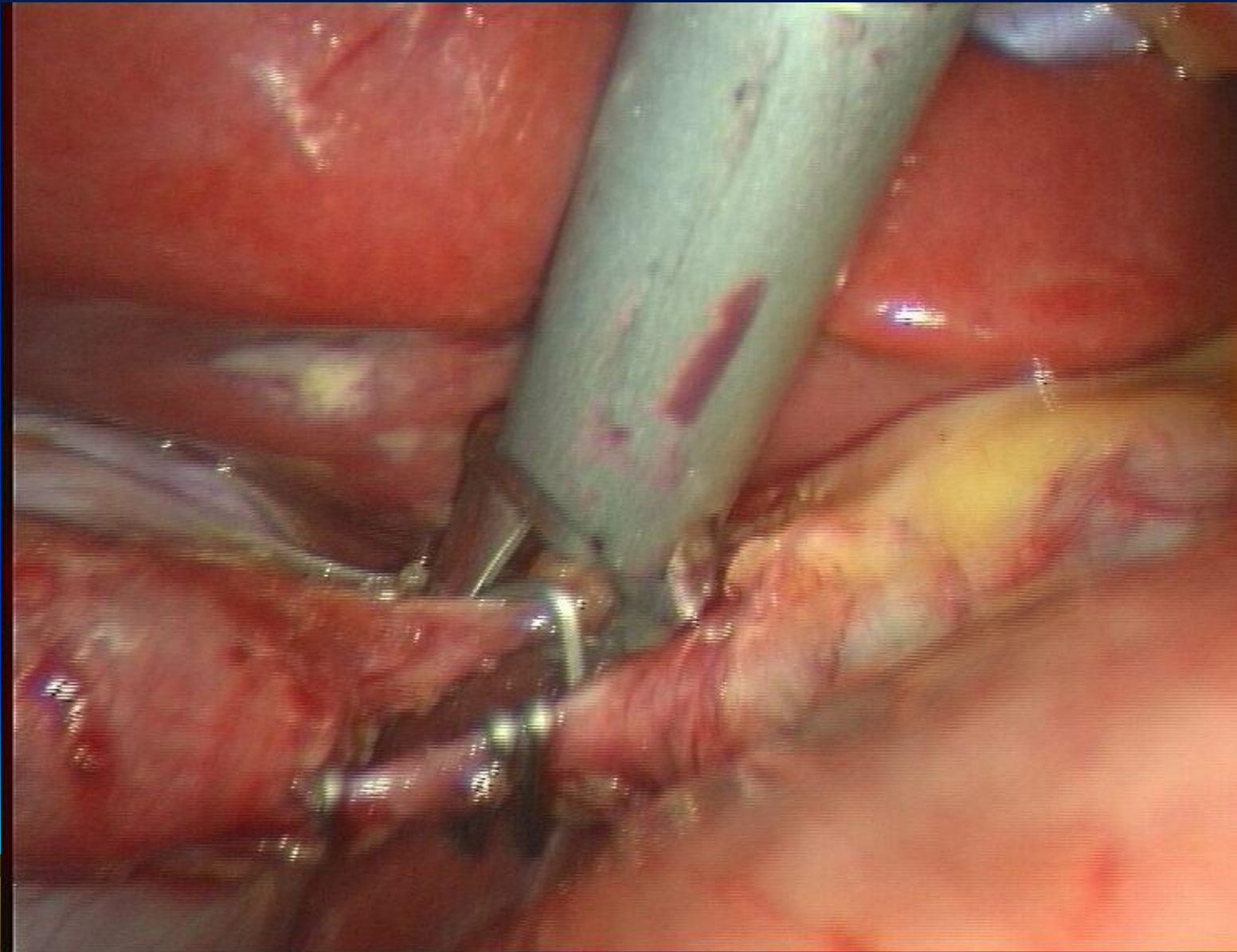
Kẹp clip ống cổ túi mật



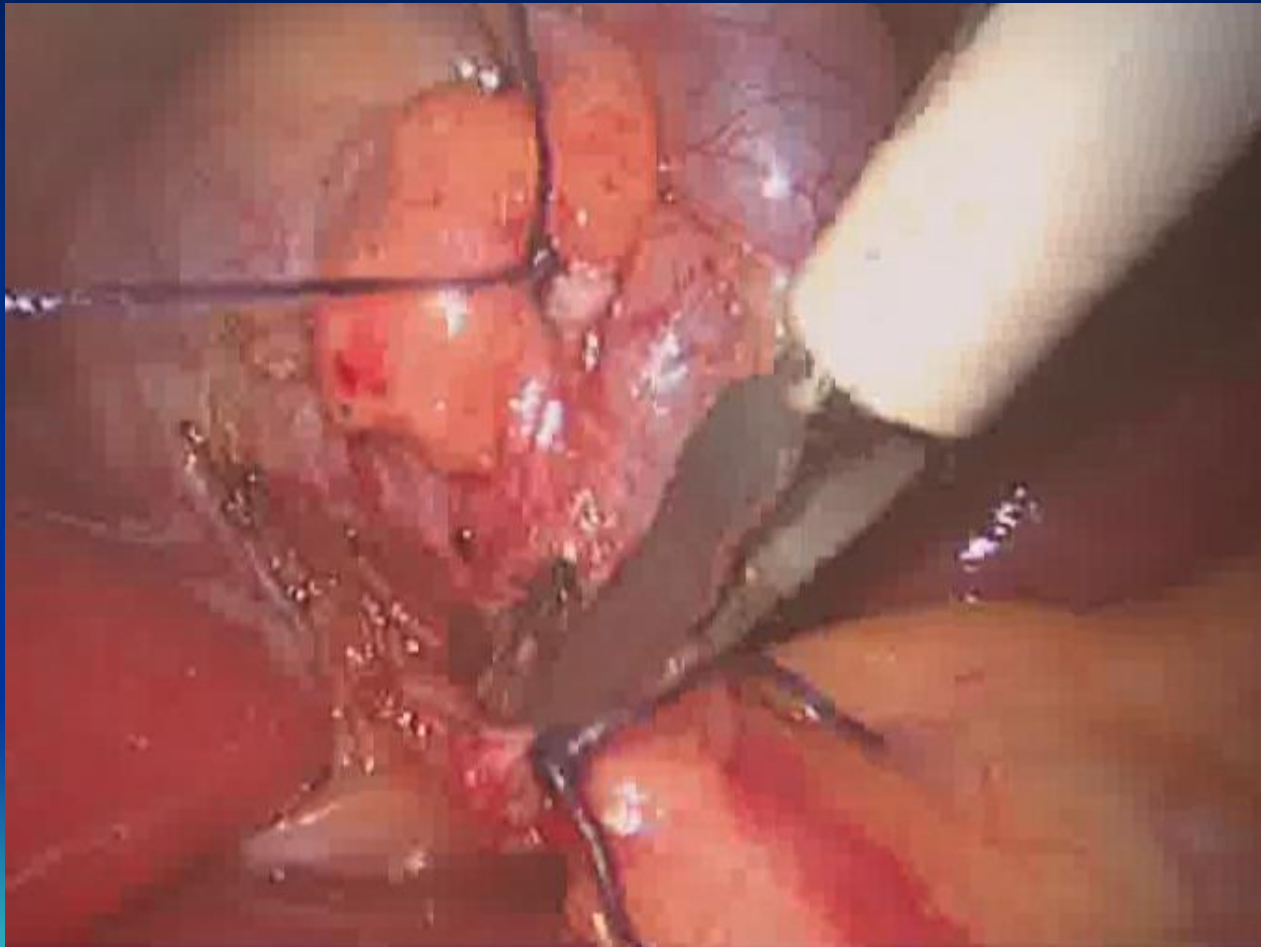
Buộc ống cổ túi mật



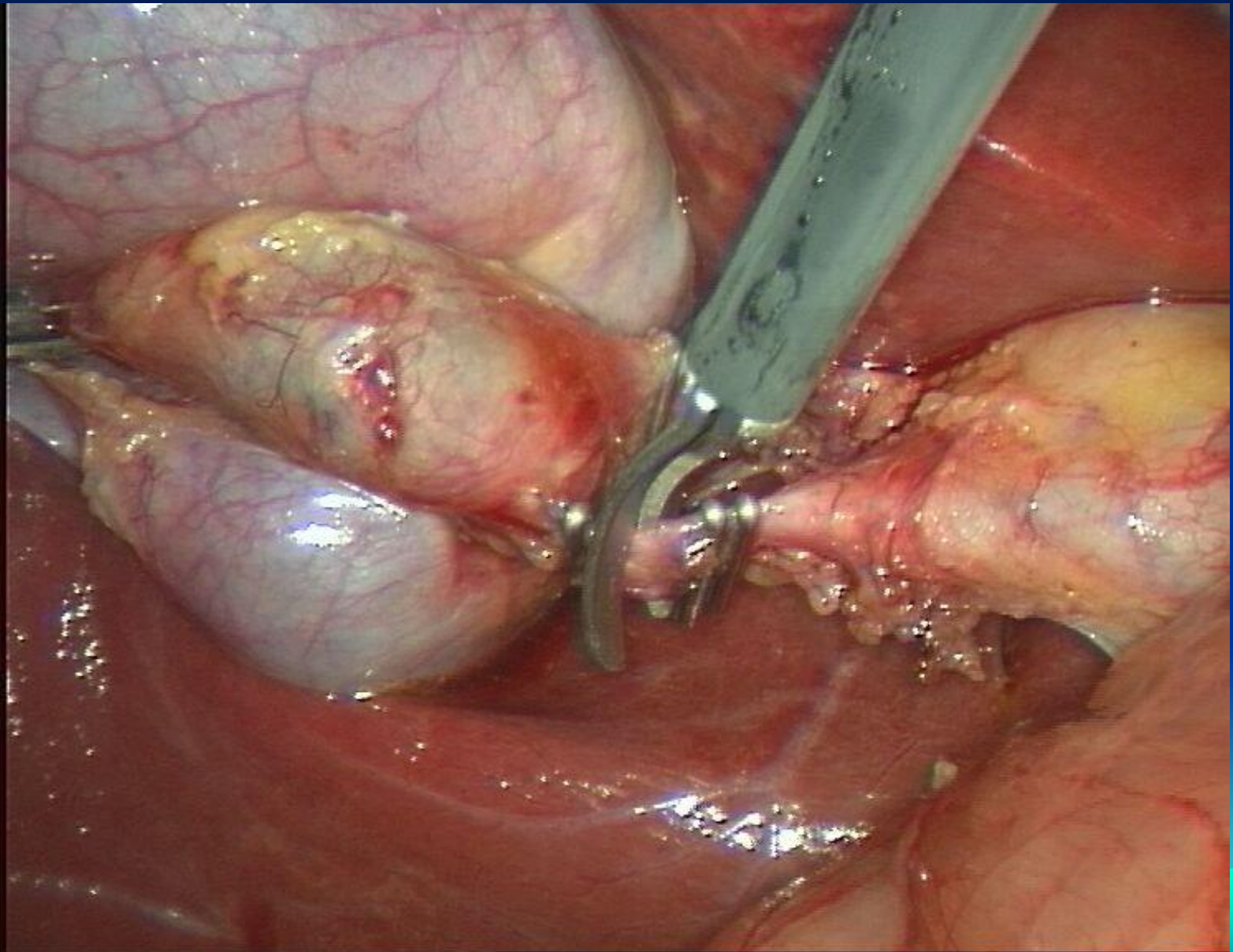
Kẹp clip động mạch túi mật



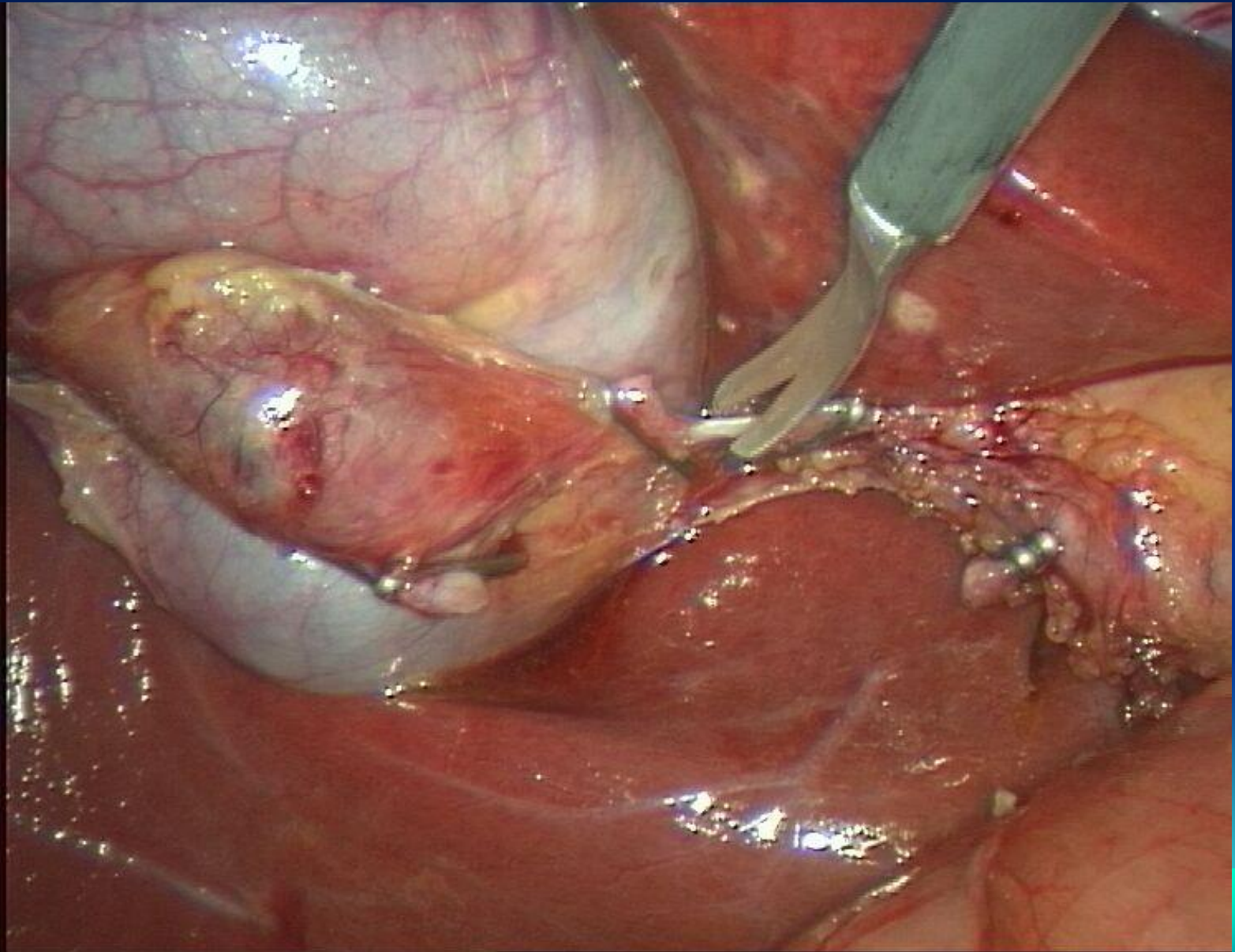
Đốt lưỡng cực cầm máu động mạch túi mật

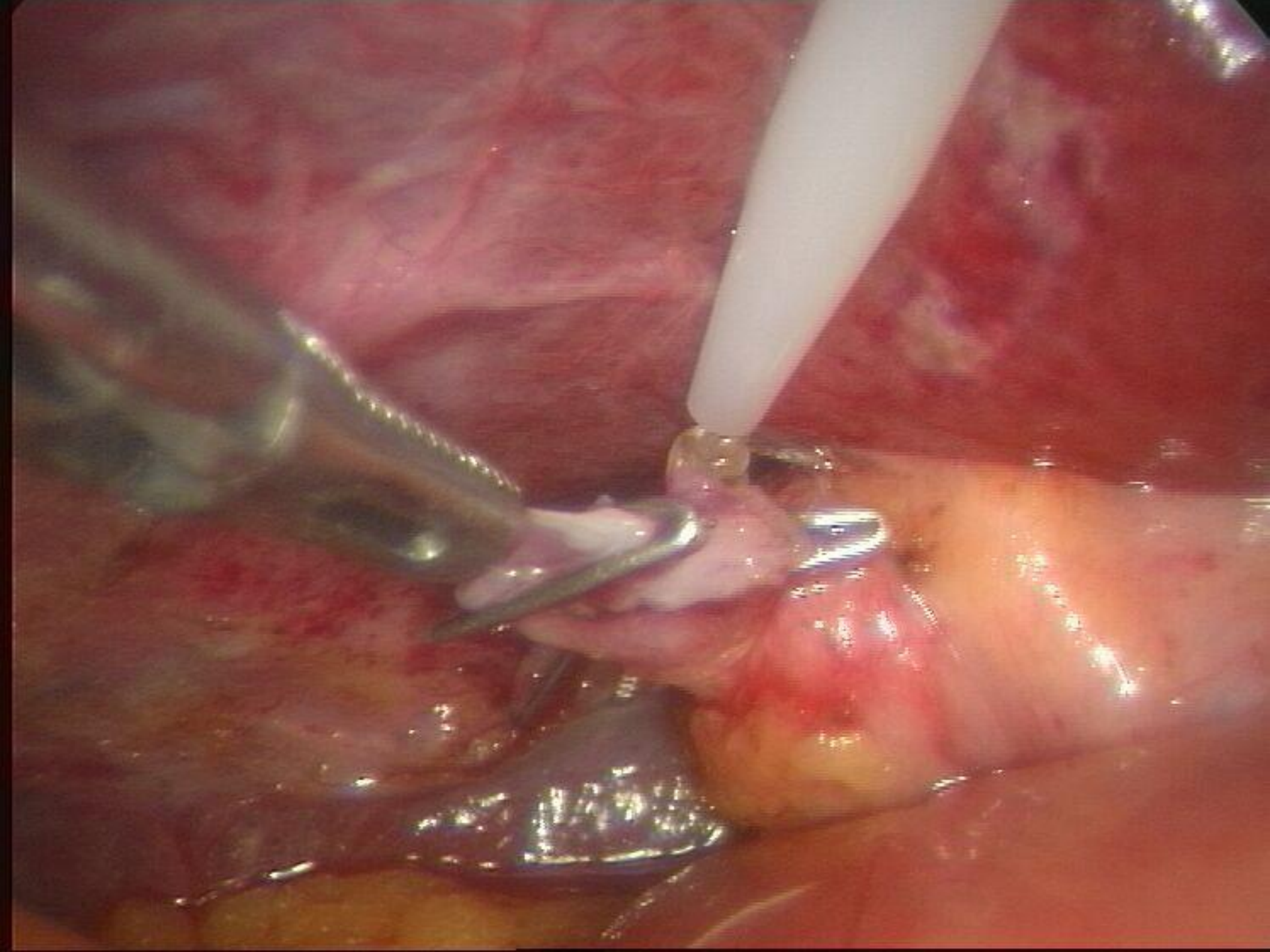


Cắt ống cổ túi mật

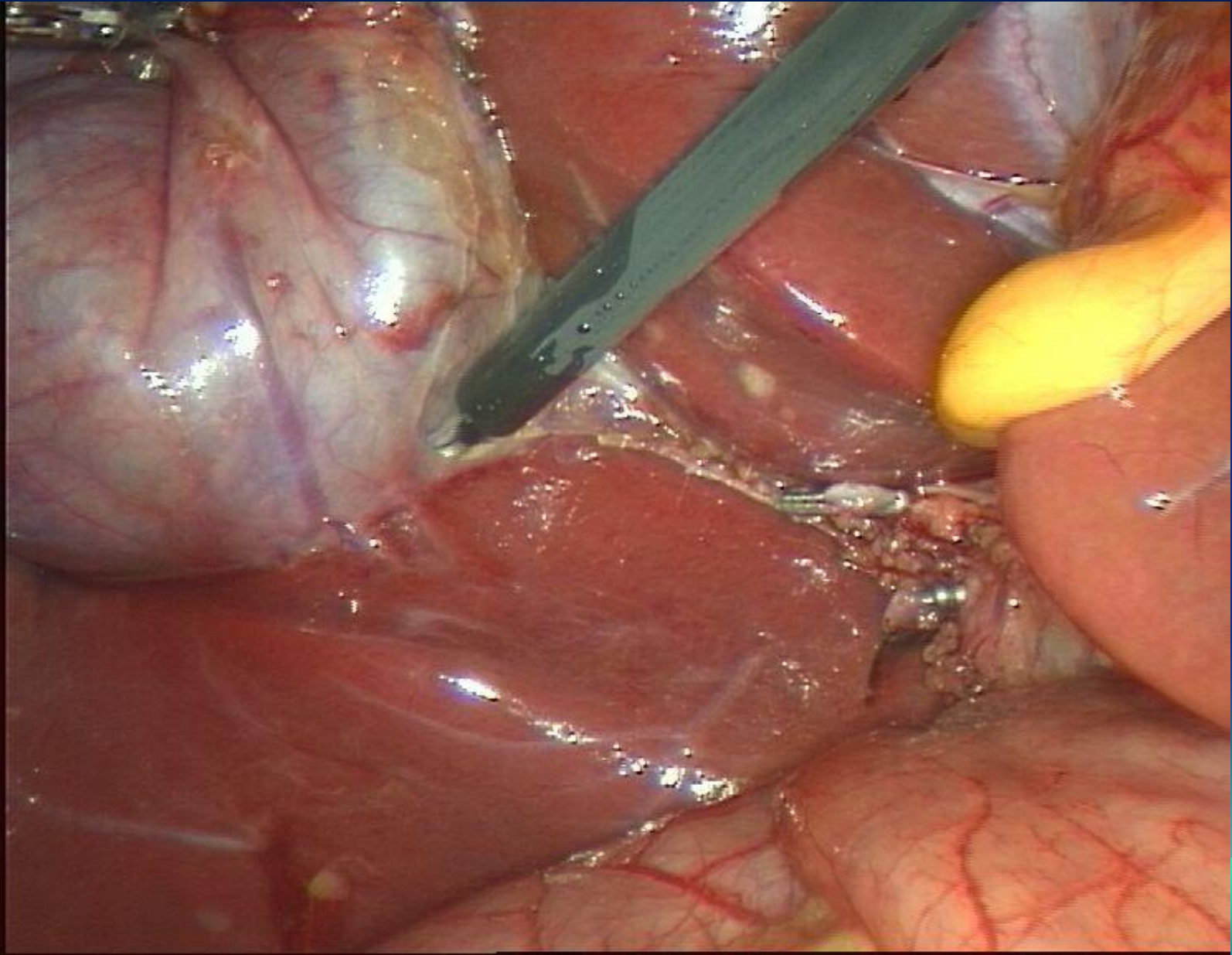


Cắt động mạch túi mật

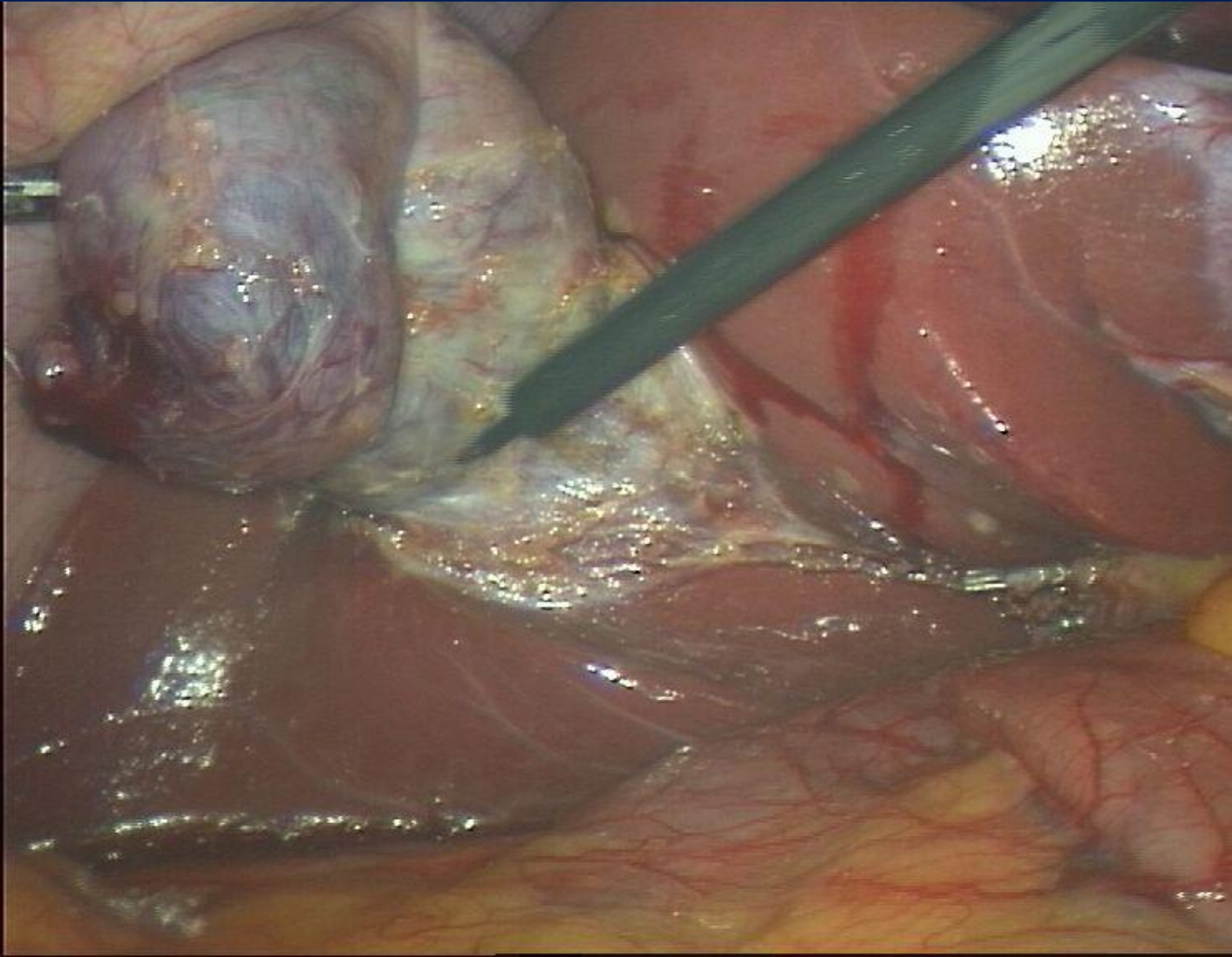


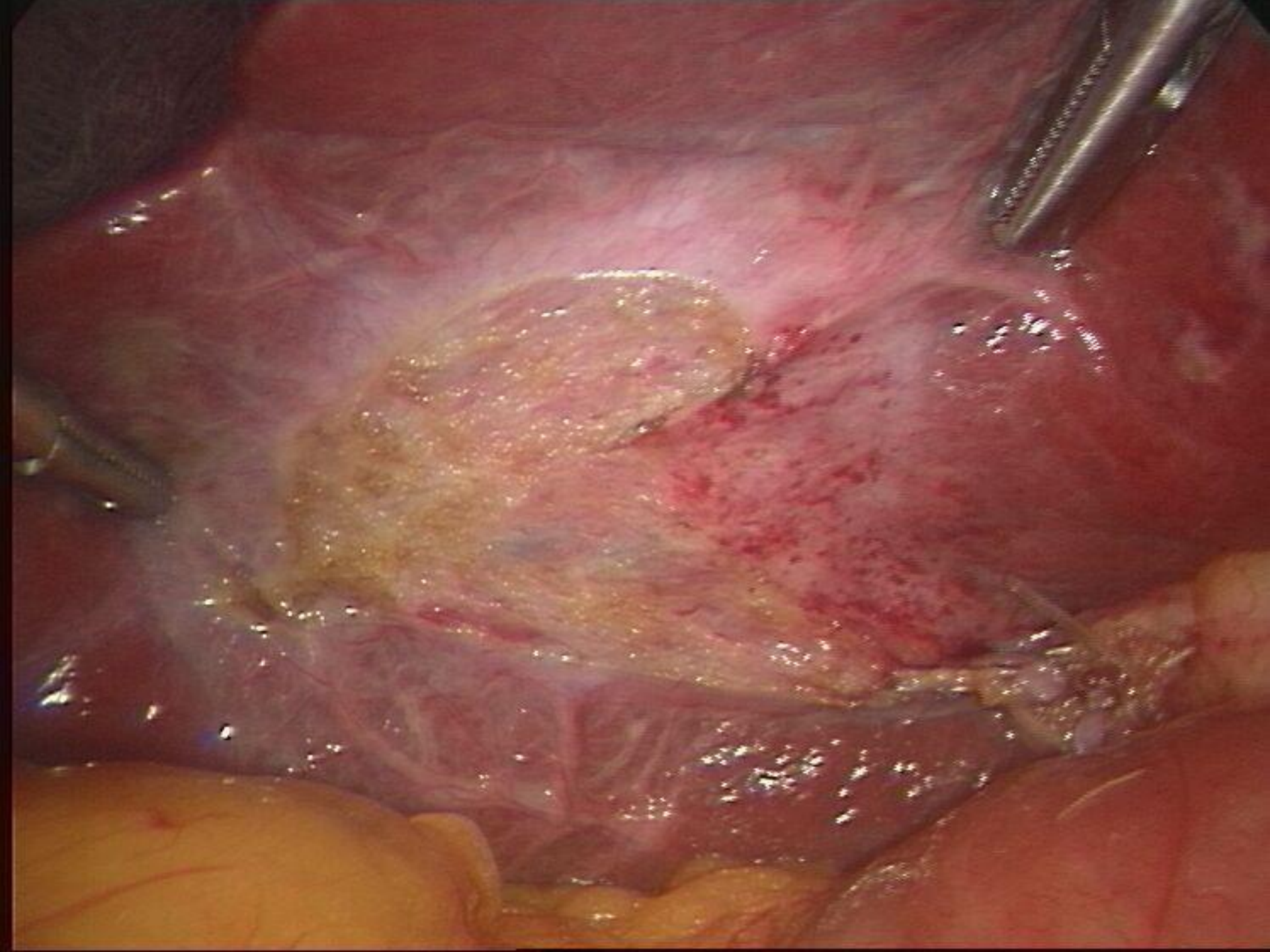


Phẫu tích giường túi mật



Phẫu tích giường túi mật





Phẫu trường sau cắt túi mật không clip



TAI BIẾN TRONG MỔ

Tai biến chung của mổ nội soi:

- Tai biến do chọc kim, bơm khí*
- Tai biến chứng của phẫu thuật cắt túi mật:**
 - *Chảy máu*
 - *Tổn thương đường mật chính*
 - Rơi sỏi vào ổ bụng*
 - Thủng ống tiêu hóa*



Table 1. Bismuth's classification (1982)^[4]

Type	Criteria
1	Low CHD stricture, with a length of the common hepatic duct stump of >2 cm
2	Proximal CHD stricture-hepatic duct stump <2 cm
3	Hilar stricture, no residual CHD, but the hepatic ductal confluence is preserved
4	Hilar stricture, with involvement of confluence and loss of communication between right and left hepatic duct
5	Involvement of aberrant right sectorial hepatic duct alone or with concomitant stricture of the CHD

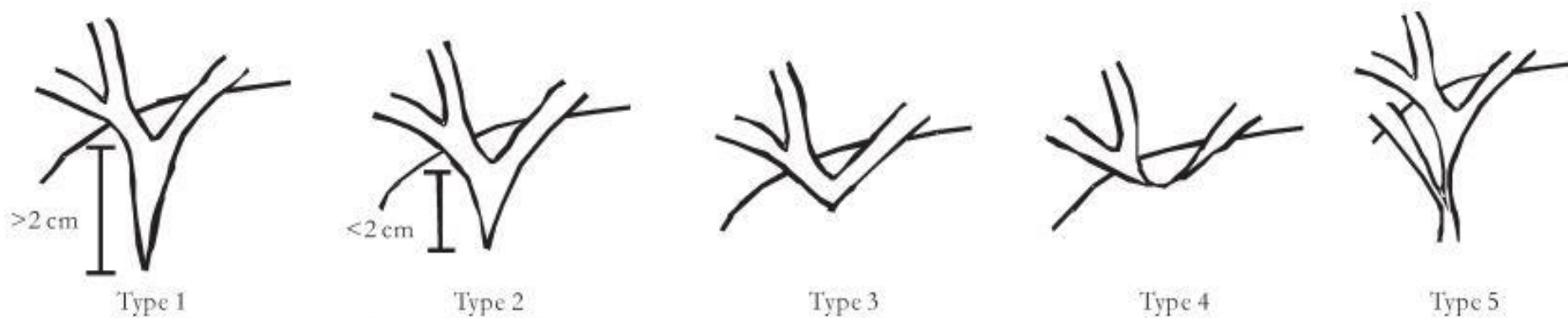


Fig. Diagram illustrating of Bismuth's classification.

Table 7. Stewart-Way's classification of laparoscopic bile duct injuries (2004)^[13]

Class	Criteria
I	CBD mistaken for cystic duct, but recognized Cholangiogram incision in cystic duct extend
II	Bleeding, poor visibility Multiple clips placed on CBD/CHD
III	CBD mistaken for cystic duct, not recognized CBD, CHD, or right or left hepatic ducts transected and/or resected
IV	Right hepatic duct (or right sectorial duct) mistaken for cystic duct Right hepatic artery mistaken for cystic artery Right hepatic duct (or right sectorial duct) and right hepatic artery transected

Table 3. Strasberg's classification (1995)^[9]

Type	Criteria
A	Cystic duct leaks or leaks from small ducts in the liver bed
B	Occlusion of a part of the biliary tree, almost invariably the aberrant right hepatic ducts
C	Transection without ligation of the aberrant right hepatic ducts
D	Lateral injuries to major bile ducts
E	Subdivided as per Bismuth's classification into E1 to E5

Chăm sóc sau mổ:

- Bệnh nhân nhịn ăn truyền dịch trong 6-8 giờ.
- Sau khi hết tác dụng của thuốc gây mê có thể thay đổi tư thế, dậy đi lại và ăn nhẹ.
- Nếu không có viêm túi mật cấp và cuộc mổ tiến hành bình thường, dùng kháng sinh theo chế độ dự phòng.
- Bệnh nhân ra viện 24-48 giờ sau mổ, trở lại sinh hoạt và công việc bình thường sau 7-10 ngày.



BIẾN CHỨNG

- **Chảy máu**

Tỷ lệ từ 0,08 đến 0,3%. Biểu hiện bằng dấu hiệu của hội chứng chảy máu trong sau mổ.

- **Rò mật sau mổ**

Tỷ lệ từ 0,2 đến 1,5%, do tuột clip ống cổ túi mật, hoại tử đầu ống cổ túi mật hay tổn thương đường mật chính.

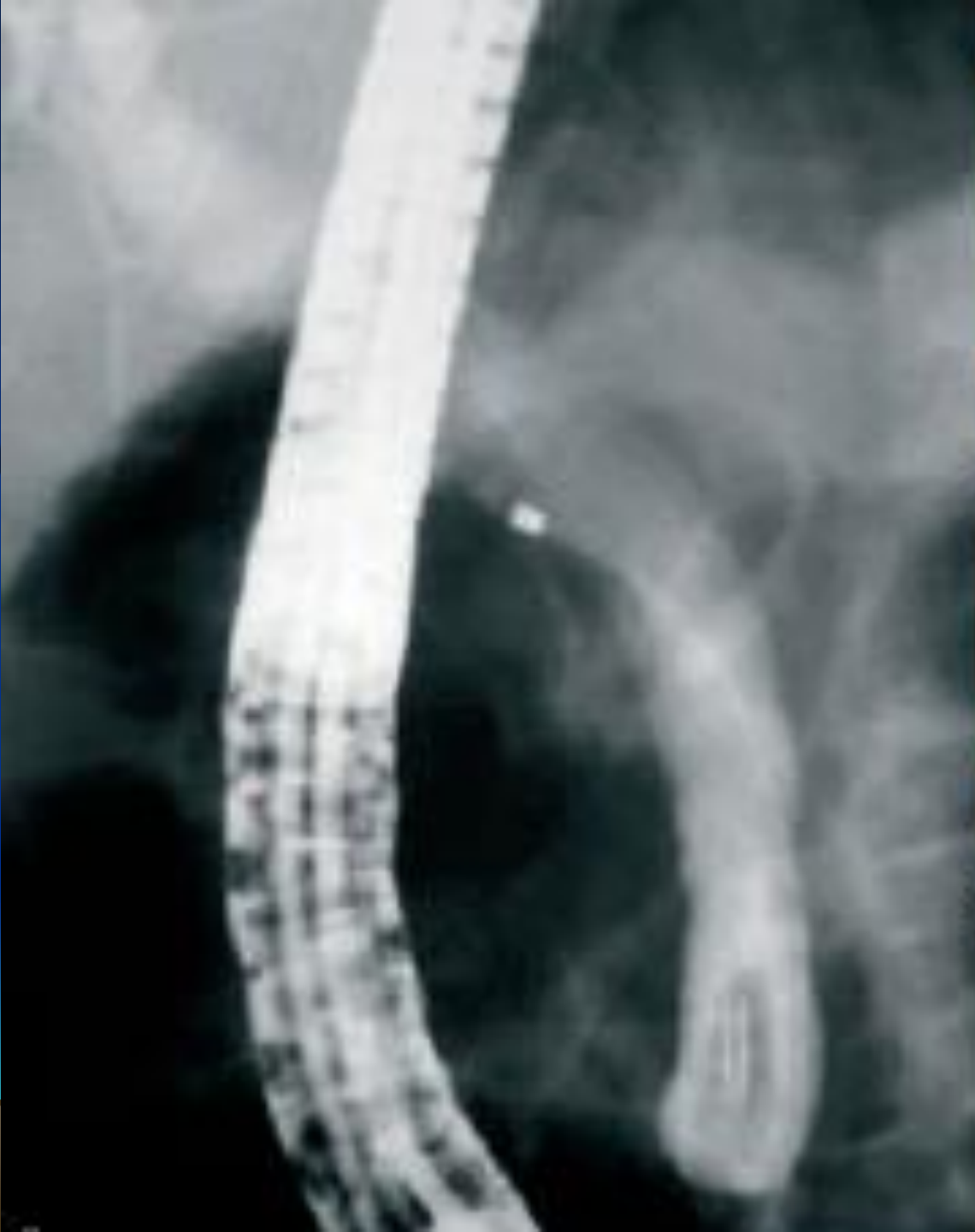
- **Tắc mật sau mổ**

- Tắc mật sớm sau mổ là do kẹp clip hay thắt, cắt vào đường mật chính.

- Tắc mật muộn sau mổ thường là do chít hẹp đường mật một phần do kẹp clip hay khâu một phần ống mật chủ. Cũng có thể do sẹo xơ sau bỏng đường mật do dao điện.

- **Khác:** NK, thoát vị lỗ troca ..

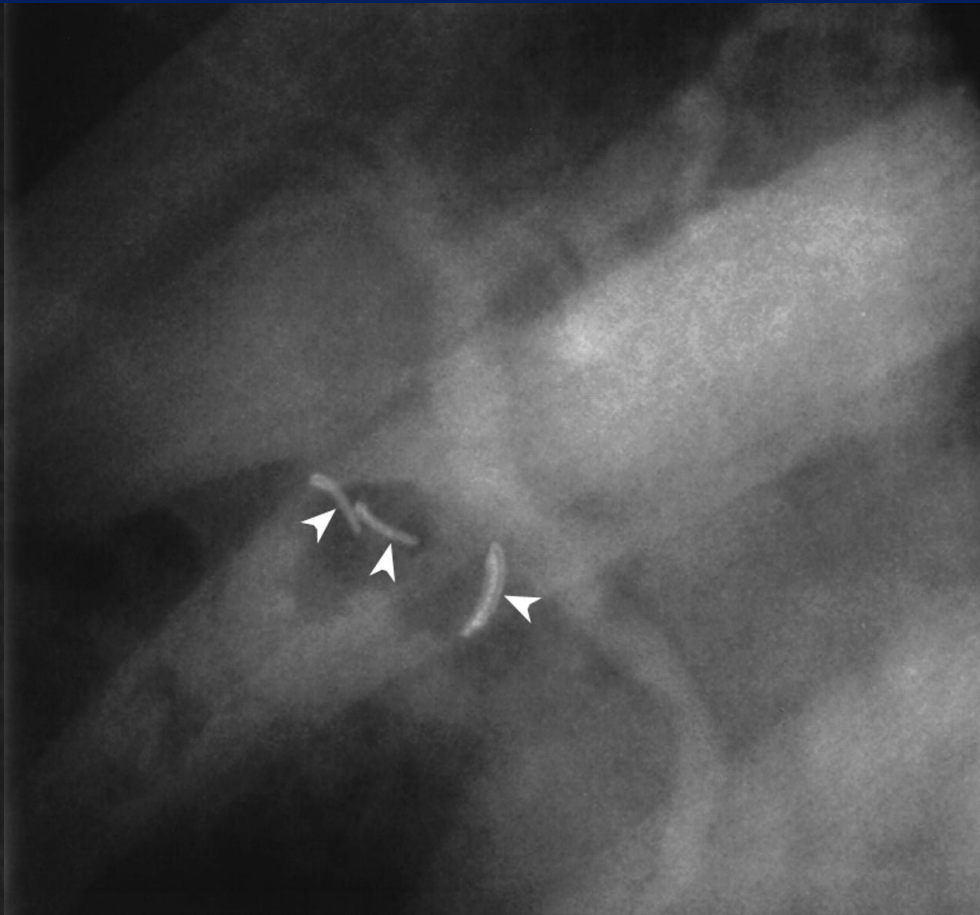
(1). Di
chuyển
clíp
sau
mổ



(1). Di chuyển clip sau mổ vào ổ áp xe dưới hoành



Clíp làm mất tín hiệu trên MRI



MỘT SỐ KHÓ KHĂN

Viêm túi mật cấp
Biến đổi giải phẫu
Rò túi mật tá tràng
Hội chứng Mirizzi...

Sẵn sàng chuyển mổ





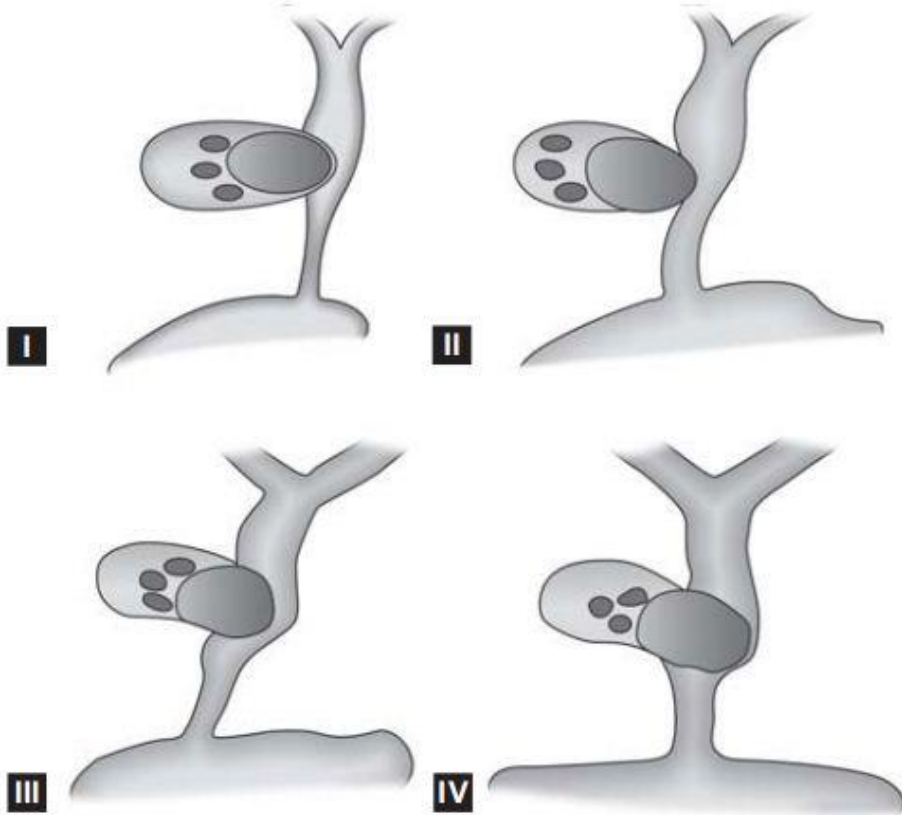


Fig. 1: Schematic representation of Csendes classification for Mirizzi's syndrome⁴

1. Type I: No fistula present
 - Type IA—presence of the cystic duct
 - Type IB—obliteration of the cystic duct
2. Types II-IV: Fistula present
 - Type II—defect smaller than 33% of the CBD diameter
 - Type III—defect 33 to 66% of the CBD diameter
 - Type IV—defect larger than 66% of the CBD diameter.