

TAI BIẾN CỦA CẮT TÚI MẬT NỘI SOI VÀ XỬ TRÍ

*PGS.TS Trần Bảo Long
Bộ môn Ngoại – ĐHY HÀ NỘI*

Mục tiêu học tập:

Sau khi học xong bài này, học viên phải có khả năng:

- 1. Trình bày các tai biến của cắt túi mật nội soi.*
- 2. Mô tả thành thạo các đặc điểm bệnh lý, phân loại của tổn thương đường mật trong cắt túi mật nội soi.*
- 3. Nêu được thái độ xử trí các tai biến trong cắt túi mật nội soi.*

Lịch sử

- Muhe: 1985
- P.Mouret: 1987
- Needle laparoscopy
- Một cổng (single port)
- Theo đường tự nhiên không để lại sẹo (NOTE).
- Mổ bằng robot ...vv.

Tai biến của cắt túi mật nội soi cũng gia tăng như tổn thương mạch máu lớn trong ổ bụng, tổn thương tạng lân cận ...vv, một trong những thảm họa trong cắt túi mật là tổn thương đường mật tăng từ 2,5-4 lần.

1. Chảy máu

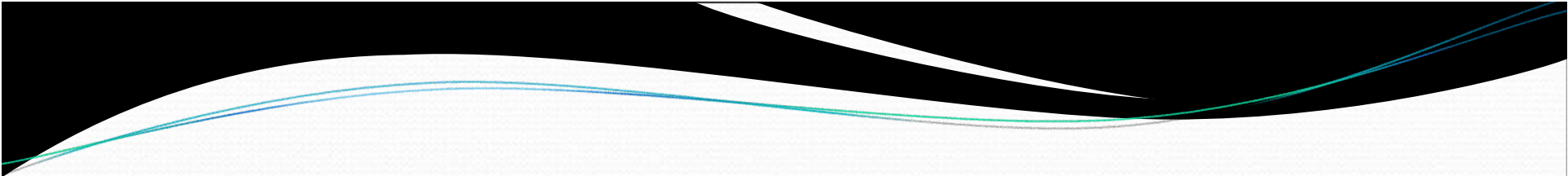
- Nguồn gốc chảy máu: từ mạch máu thành bụng, mạch máu lớn trong ổ bụng, mạch máu vùng cuống gan (động mạch túi mật, động mạch gan), giường túi mật.
- Xảy ra trong quá trình đặt troca, phẫu tích ống cổ túi mật, giải phóng thân và đáy túi mật ra khỏi mặt dưới gan.

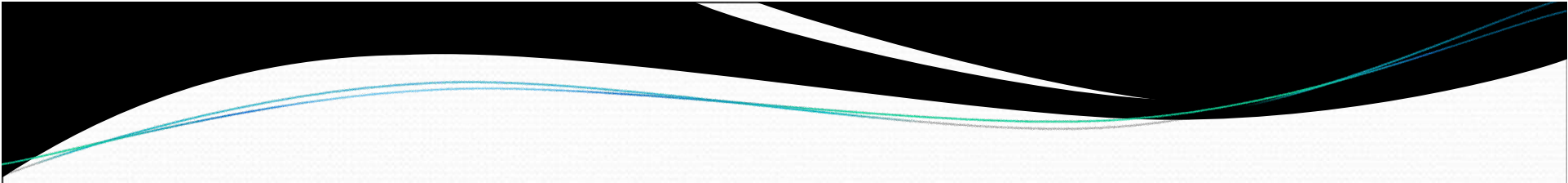
Dấu hiệu và xử trí

- Nếu ngay sau khi đặt camera quan sát thấy máu trong ổ bụng nhiều, tăng nhanh, ảnh hưởng tới huyết động thì phải nghĩ tới tổn thương mạch máu lớn trong ổ bụng, thường tổn thương ở gần vị trí có nhiều máu cục. Chuyển mổ mở và phối hợp với phẫu thuật mạch máu nếu cần

Dấu hiệu và xử trí

- Chảy máu trong quá trình phẫu tích ống cổ túi mật, động mạch túi mật: thường do động mạch túi mật và các nhánh của nó.
- Tuyệt đối không kẹp hoặc đốt điện mò mẫm để cầm máu vì nguy cơ gây tổn thương đường mật. Ép nhẹ cầm máu tạm thời, hút sạch phẫu trường để tìm vị trí chảy máu và xử trí.
- Nếu khó khăn, nên chuyển mổ mở để xử trí.

- 
- Chảy máu từ giường túi mật: do phẫu tích không đúng lớp giải phẫu hay do co kéo túi mật quá mạnh. Thường cầm máu bằng đốt điện, spongel, khâu ... không quá khó khăn. Lưu ý với trường hợp chảy sát rốn gan, tránh đốt quá mức hay khâu mở mắt gây tổn thương ống gan phải khi ống này đổ thấp hơn bình thường.

- 
- Chảy máu từ lỗ troca: thường từ nhánh nhỏ ở lớp dưới da hay cơ thành bụng sẽ tự cầm sau khi đặt troca. Nếu còn chảy, nên mở rộng vết mổ để khâu cầm máu.

2. Tổn thương đường mật chính

- Tổn thương đường mật là tổn thương trong cắt túi mật nội soi chiếm 0,1-0,7% gấp 2-4 lần so với mổ mở cắt túi mật.

2. Tổn thương đường mật chính

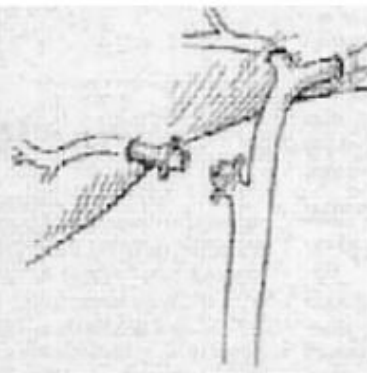
- Nguyên nhân:
 - Nhầm ống mật chủ với ống túi mật: do kéo phễu túi mật lên cao và vào trong, tam giác Calot bị thu hẹp, ống cổ túi mật nằm song song ở phía trước ống mật chủ. Do ống cổ túi mật đổ cao, vùng phễu túi mật viêm dính nhất là khi có sỏi kẹt vùng phễu hay ống cổ túi mật, ống mật chủ không giãn dính sát vào phễu túi mật ...vv
 - Do viêm túi mật gây dày dính ở vùng phễu túi mật và cuống gan, không rõ ranh giới các thành phần, đốt, kẹp clip hay cắt mò mẫm ...
 - Do bất thường về bệnh lý, giải phẫu: hội chứng Mirizzi, biến đổi giải phẫu đường mật vùng cuống gan ...vv.

Hình thái tổn thương, phân loại tổn thương và thái độ xử trí

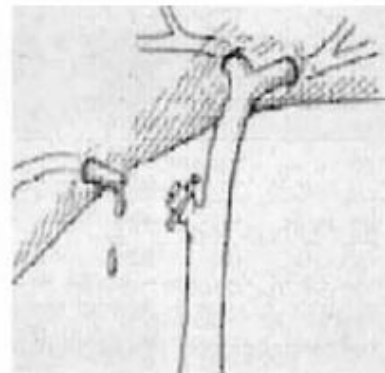
- Có nhiều hình thái tổn thương, nhiều phân loại tổn thương phục vụ cho lựa chọn phương pháp điều trị và tiên lượng.
 - Phân loại của Strasberg (1995):



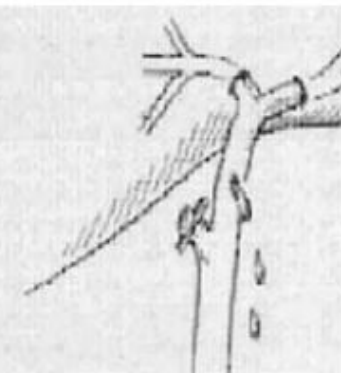
Type A



Type B



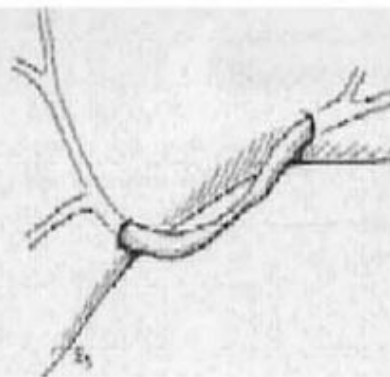
Type C



Type D



E_1
> 2 cms



E_2
< 2 cms

Type E_3



Type E_4



Type E_5

- loại A: Rò mật từ ống mật nhỏ còn liên tục với ống mật chủ.
- loại B: liên quan đến thắt một phần cây đường mật như thắt các ống mật phụ bất thường.
- loại C: tổn thương như loại B nhưng ống mật không được thắt buộc.
- loại D: vết thương bên của đường mật ngoài gan.
- loại E tương tự phân loại của Bismuth.
- E1: tổn thương hẹp ống gan chung thấp, đoạn ống gan chung dưới nơi hội lưu >2cm.
- loại E2: tổn thương hẹp ống gan chung cao, đoạn ống gan chung dưới nơi hội lưu <2cm.
- loại E3: hẹp rốn gan, còn hội lưu ống gan phải và trái.
- loại E4: hội lưu hai ống gan bị phá hủy, ống gan phải và ống gan trái tách rời.
- loại E5: liên quan tổn thương ống gan phải, có hoặc không có hẹp ống gan chung.

Phân loại của Stewart

- Dạng 1: vết thương nhỏ 1 phần của ống mật chủ hay ống gan chung
- Dạng 2: Vết thương bên của ống gan chung gây hẹp và/hoặc rò mật do tổn thương đốt điện, clip.
- Dạng 3: cắt đôi, mất đoạn ống mật chủ, ống gan chung hay ống gan do nhầm ống mật chủ với ống túi mật.
- Dạng 4: Ống gan phải hay phân thùy của gan phải bị cắt do nhầm với ống túi mật, động mạch gan phải bị nhầm với động mạch túi mật. Ống gan phải và động mạch gan phải bị cắt.

Xử trí trong lúc mổ cắt túi mật

- Chuyển mổ để đánh giá tổn thương đường mật chính xác.
- Tổn thương nhánh đường mật nhỏ dưới 3 mm: thắt
- Tổn thương nhánh đường mật ≥ 4 mm phục hồi hoặc nối mật ruột.
- Vết thương bên ống mật chủ: khâu trên dẫn lưu Kehr
- Vết thương hoàn toàn ống mật chủ: nối mật ruột có kết quả xa tốt hơn.
 - Xử trí tổn thương sau mổ: phần lớn người bệnh bị tổn thương kéo dài sau mổ 1 vài tuần như rò mật, viêm phúc mạc mật, tắc mật ...vv. Siêu âm, chụp cắt lớp vi tính hay chụp mật ngược dòng có ích trong xác định tổn thương.
 - Với ổ dịch khu trú, dẫn lưu qua da.
 - Tổn thương hẹp đường mật: stent qua da hay qua nội soi can thiệp
 - Rò mật loại A hay D của Strasberg: Nội soi can thiệp đặt stent
 - Khi tình trạng viêm được kiểm soát, mổ để sửa chữa tổn thương. Chú ý đảm bảo thẳng bằng nước, điện giải, thẳng bằng kiềm toan ở giai đoạn này. Nối mật ruột trên quai Y trên ống dẫn lưu chất dẻo sau khi cắt bỏ chỗ chít hẹp. Ống dẫn lưu này để lâu 1 vài tháng vì nguy cơ chít hẹp miệng nối và chít hẹp tiếp tổ chức lành phía trên.

3. Sỏi rơi vào ổ bụng

- Tỷ lệ thủng túi mật khoảng 20%. Nguy cơ rơi sỏi vào ổ bụng và có thể sót gây áp xe tồn dư ...vv.
- Phòng tránh bằng cách hút tối đa dịch trong túi mật khi bị thủng, dùng gạc đặt phía dưới túi mật ngăn sỏi di chuyển ra xa và dễ nhặt cho vào túi chất dẻo

4. Thủng tạng rỗng

- + Nguyên nhân: do đặt troca, do phẫu tích mò mẫm, do đốt điện gây hoại tử.
- + Xử trí: mổ mở hay mổ nội soi tùy vị trí và mức độ tổn thương.

Tài liệu tham khảo

- Steven A. Ahrendt, M.D., Henry A. Pitt (2001), Surgical Therapy of Iatrogenic Lesions of Biliary Tract, World J. Surg, 25, 1360–1365.
- K.G. Tsalis, E.C. Christoforidis, C.A. Dimitriadis, S.C. Kalfadis, D.S. Botsios, J.D. Dadoukis (2001), Management of bile duct injury during and after laparoscopic Cholecystectomy, Surg Endosc, 17:31–37
- Adamsen S, Hansen OH, Funch-Jensen P, Schulze S, Stage JG, Wara P, (1997), Bile duct injury during laparoscopic cholecystectomy: a prospective nationwide series. J Am Coll Surg 184:571–578
- Archer SB, Brown DW, Smith CD, Branum GD, Hunter JG (2001), Bile duct injury during laparoscopic cholecystectomy: results of a national survey. Ann Surg 234:549–559
- Asbun HJ, Rossi RL, Lowell JA, Munson JL (1993), Bile duct injury during laparoscopic cholecystectomy: mechanism of injury, prevention, and management. World J Surg, 17:547–552

Câu hỏi lượng giá

- Hãy kể trên các tai biến trong cắt túi mật nội soi, nguyên nhân thường gặp và cách phòng tránh.
- Hãy trình bày tai biến chảy máu trong cắt túi mật nội soi và thái độ xử trí.
- Hãy trình bày tai biến tổn thương đường mật, phân loại, chẩn đoán và thái độ điều trị