ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ BƯỚC ĐẦU PHẪU THUẬT NỘI SOI ĐIỀU TRỊ BỆNH TẮC TÁ TRÀNG

Lê Anh Dũng; Nguyễn Thanh Liêm**
Phạm Duy Hiền; Vũ Mạnh Hoàn**

TÓM TẮT

13 bệnh nhi (7 nam, 6 nữ), tuổi trung bình 31 ngày, tắc tá tràng bẩm sinh được phẫu thuật tại Bệnh viện Nhi TW từ 5 - 2008 đến 6 - 2010, sử dụng 3 trocar (1 trocar optic và 2 trocar cho dụng cụ phẫu thuật), bơm hơi áp lực 8 mmHg, lưu lượng khí 3 lít/phút.

Kết quả: tắc tá tràng do màng ngăn: 10 bệnh nhân (BN), teo tá tràng: 1 BN, tắc tá tràng do tụy nhẫn: 2 BN. Triệu chứng: nôn dịch mật (100%), vàng da (61,3%), chướng bụng trên rốn (46,2%), chậm ỉa phân su (36,4%). Dấu hiệu hai mức nước hơi điển hình 92,3%, tắc tá tràng hoàn toàn trên phim chụp transit 15,4%. Dị tật phối hợp 23,1%. Thời gian mổ nội soi trung bình 90 phút, không có BN nào phải chuyển mổ mở, 1 BN tử vong sau mổ do rò miệng nối.

* Từ khóa: Tắc tá tràng, Phẫu thuật nội soi, Trẻ em.

INITIAL RESULTS OF LAPAROSCOPIC SURGERY OF DUODENAL OBSTRUCTION IN CHILDREN

SUMMARY

13 pediatric patients (including 7 boys and 6 girls) with the mean age of 31 days who had congential duodenal obstruction (DO) underwent laparoscopic surgery at National Hospital of Pediatric from May, 2008 to November, 2008. The procedure was carried out by using 1 optical trocart and 2 operating trocars. Abdominal insufflation with carbon dioxide was maintained at a pressure of 8 mmHg.

Results: Duodenal diaphragm: 10 patients, duodenal atresia: 1 patient, annular pancreas: 2 patients. Bile - stained vomit 100%, jaudice 61,3%, meteorism 46.2%, delayed passage of meconium 36.4%. Double - bubble apperance in plain radiographs 92.3%, totally DO apperance in transit radiographs 15.4%. Associated anomalie 23.1%. The mean operative time was 90 minutes. No cases had to converse to open operation. However, there was 1 postoperative death due to anastomosis leakage.

** Key words: Duodenal obstruction; Laparascopic surgery; Children.*

* *Bệnh viện Nhi TW*

Phản biện khoa học: PGS. TS. Hoàng Mạnh An

ĐẶT VẤN ĐỀ

Tắc tá tràng (TTT) là một bệnh lý tương đối hiếm, chiếm tỷ lệ từ 1/10.000 - 1/40.000 ở trẻ mới sinh [1]. Tỷ lệ bệnh không khác nhau giữa con trai và con gái. TTT thường gặp là teo tá tràng (lòng tá tràng tắc hoàn toàn hoặc gián đoạn) hoặc do hẹp tá tràng (lòng tá tràng bị bít tắc không hoàn toàn). TTT có thể do nguyên nhân bên trong (do màng ngăn, do teo tá tràng) hoặc nguyên nhân bên ngoài (do dây chằng, do tụy nhẫn, do dị dạng mạch máu). Điều trị TTT kinh điển thường mổ mở. Dùng đường rạch ngang dưới sườn phải, tiếp theo là thủ thuật Kocher Maneuver để bộc lộ toàn bộ khung tá tràng, cắt dây chằng Ladd (nếu có) và nối tá tràng-tá tràng hình thoi. Kết quả sau mổ tốt. Tuy nhiên, rất ít báo cáo về phẫu thuật nội soi (PTNS) trong việc trị TTT ở trẻ em [2, 4]. Vì vậy, mục đích của bài báo này là *mô tả kỹ thuật, đánh giá kết quả điều trị ban đầu của PTNS điều trị TTT tại Khoa Ngoại Bệnh viện Nhi TW.*

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU.

1. Đối tượng nghiên cứu.

Từ tháng 5 - 2008 đến 11 - 2008, 13 bệnh nhi được PTNS điều trị TTT.

2. Phương pháp nghiên cứu.

Thu thập số liệu: tuổi, giới, cân nặng, triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng, dị tật phối hợp, phương pháp mổ, thời gian mổ, biến chứng sớm sau mổ. Kết quả tốt: sau mổ BN hết nôn, không sốt, ăn uống tốt.

** Kỹ thuật mổ trong nghiên cứu:*

Tư thế nằm ngửa, gây mê toàn thân, phẫu thuật viên đứng giữa 2 chân BN, người phụ cầm camera đứng bên trái.

Sử dụng 3 trocar, 1 trocar 5 mm đặt qua rốn, 2 trocar 3 mm đặt ở hố chậu phải và dưới sườn trái. Áp lực bơm hơi 8 mmHg, lưu lượng 2 - 3 lít/phút.

** Phương pháp:* giải phóng tá tràng (sử dụng Kocher Manouver), bộc lộ rõ và giải phóng tá tràng khỏi phúc mạc thành sau nhằm xác định chính xác đoạn tá tràng giãn và đoạn hẹp, xác định vị trí tắc. Giải phóng rộng đoạn 2 và đoạn 3 tá tràng nhằm tránh căng, co kéo miệng nối tá tràng-tá tràng.

Sau khi xác định chính xác vị trí tắc, mở tá tràng đoạn hẹp ở bờ tự do theo chiều dọc (khoảng 2 cm). Tá tràng đoạn giãn mở theo chiều ngang. Thực hiện một mũi rời ở góc trước để bộc lộ miệng nối tá tràng, sau đó khâu vắt 1 lớp toàn thể, dùng chỉ PDS 5.0, không trường hợp nào cần dùng kỹ thuật tạo hình thu nhỏ bớt tá tràng.

Rút sông dạ dày vào ngày thứ 2 và ăn đường miệng bắt đầu ngay sau đó.

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

13 BN mổ nội soi điều trị TTT từ tháng 5 - 2008 đến 6 - 2010, trong đó 6 nam, 5 nữ; tỷ lệ nam/nữ = 1,2

Độ tuổi: nhỏ nhất 1 ngày tuổi, lớn nhất 180 ngày tuổi, trung bình 31 ngày.

** Triệu chứng lâm sàng:* nôn dịch mật 13 BN (100%); trướng bụng trên rốn 6 BN (46,2%); chậm ỉa phân su 5 BN (38,5%); vàng da: 8 BN (61,5%).

Thực hiện chụp bụng không chuẩn bị cho tất cả BN. 12 BN (92,3%) có dấu hiệu 2 mức nước hơi điển hình. Tất cả BN đều được siêu âm, cho thấy: 6 BN (46,2%) bị giãn dạ dày, tá tràng; 11 BN được chụp lưu thông dạ dày thực quản.

* Chụp lưu thông dạ dày thực quản cho 13 BN, trong đó 2 BN (15,4%) có dấu hiệu tắc tá tràng hoàn toàn trên X quang; không hoàn toàn: 9 BN (69,2%) không chụp 2 BN (15,4%).

** Dị tật phối hợp:*

Teo thực quản: 1 BN (7,7%); teo ruột: 1 BN (7,7%), xoắn trung tràng: 1 BN (7,7%). Không BN nào mắc dị tật tim mạch. Thời gian mổ trung bình 90 ± 7,8 phút, ngắn nhất: 80 phút, dài nhất: 150 phút.

** Nguyên nhân gây tắc:* TTT chủ yếu do màng ngăn: 10/13 BN (76,9%). Ngoài ra, do tụy nhẫn (15,4%) và teo tá tràng (7,7%).

Thời gian rút sông dạ dày trung bình sau mổ: 2 ngày

** Kết quả điều trị sớm sau mổ:*

11 BN (84,6%) có kết quả tốt sau mổ, 1 BN sau mổ nôn kéo dài 1,5 tháng, chụp phim lưu thông ruột thấy có hẹp miệng nối. Xử trí: nong miệng nối qua nội soi tiêu hóa thành công, BN hết nôn, tăng 1 kg sau 3 tuần. 1 BN tử vong sau mổ:

BÀN LUẬN

Năm 1916, Ernst lần đầu tiên PTNS điều trị TTT thành công, từ đó tới nay, ngày càng có nhiều BN được cứu sống. Tình trạng tử vong hiện nay chủ yếu do các dị tật phối hợp. Để nâng cao hơn nữa chất lượng điều trị, rút ngắn ngày điều trị, tính thẩm mỹ cao, ít dính ruột, tắc ruột sau mổ, PTNS ngày càng thay thế dần phẫu thuật kinh điển nói chung và phẫu thuật điều trị TTT nói riêng. PTNS điều trị TTT do Bax thực hiện đầu tiên vào năm 2001 [3]. Đến nay, đã có một số trung tâm trên thế giới thực hiện phẫu thuật này. Tuy nhiên, ở Việt Nam chưa có báo cáo nào về lĩnh vực trên.

Kinh nghiệm của chúng tôi qua 13 trường hợp cho thấy PTNS TTT khả thi, với thời gian mổ trung bình 90 phút. Phương pháp này cho phép giải phóng rộng rãi khung tá tràng, nhìn rõ đoạn tá tràng giãn phía trên và tá tràng hẹp phía dưới. Sau khi mở tá tràng, việc xác định vị trí của bóng Vater dễ dàng, bằng cách ép nhẹ vào túi mật và nhìn thấy mật trào ra ở bóng Vater. Thực hiện miệng nối không quá phức tạp với dụng cụ nhỏ 3 mm. Mở rộng tá tràng (2 cm) và mở dọc theo bờ tự do ở đoạn tá tràng hẹp, mở ngang ở túi cùng tá tràng phía trên. Mũi chỉ đầu tiên ở góc phía trên miệng nối, đưa chỉ ra ngoài thành bụng để thấy rõ 2 mép của miệng nối. Sau đó, sử dụng 2 đường khâu vắt toàn thể ở mặt trước và sau miệng nối, sử dụng chỉ PDS 6.0 cho hầu hết các trường hợp. Một số tác giả chủ trương tạo hình thu nhỏ tá tràng đoạn giãn ở tất cả các trường hợp teo tá tràng [5, 6]. Điều này có thể thực hiện bằng PTNS. Tuy nhiên, kết quả điều trị của một số tác giả [2, 4] cho thấy không thực sự cần thiết, trong số 13 bệnh nhi được phẫu thuật, 1 trường hợp teo tá tràng hoàn toàn và được nối tận chéo, cho kết quả tốt .

Giống phẫu thuật mổ mở, các biến chứng về miệng nối như: hẹp, rò, bục có thể xuất hiện khi PTNS. Trường hợp biến chứng thứ nhất (hẹp miệng nối), chúng tôi sử dụng bộ nội soi dạ dày ống mềm để nong, cho kết quả tốt. Đây cũng là một kinh nghiệm quý báu.

Trường hợp thứ 2: miệng nối bị bục và gây viêm phúc mạc, sau đó phải mổ lại, nhưng BN tử vong vì suy hô hấp và nhiễm khuẩn. Theo kinh nghiệm của chúng tôi, bục miệng nối do giải phóng tá tràng chưa đủ rộng, dẫn đến miệng nối bị căng bục. Đó là trường hợp đầu tiên được tiến hành mổ nội soi.

Về kết quả lâu dài, đa phần cho kết quả tốt, cần có số lượng BN đủ lớn và thời gian theo dõi dài hơn để phát hiện các biến chứng có thể xảy ra sau phẫu thuật mổ mở như: phình to tá tràng, trào ngược dạ dày-thực quản, viêm dạ dày hoặc sỏi mật

KẾT LUẬN

Với 13 trường hợp đầu tiên được PTNS để điều trị TTT tại Bệnh viện Nhi Trung ương, chúng tôi thấy đây là phương pháp khả thi, dễ dàng và có thể thực hiện được ở những trung tâm ngoại nhi lớn, có đội ngũ phẫu thuật viên giàu kinh nghiệm.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Thanh Liêm. Tắc tá tràng phẫu thuật tiêu hóa trẻ em. Nhà xuất bản Y học. Hà Nội. 2000, tr.91-109.

2. Patrieia A. Vahisek, Trong L. Laparoscopic duodenal atresia repair using surgical U - clip a novel technique. Surg Endosc. 2007, 21, pp.1023-1024.

3. Riquelme M, Aranda A. Laparoscopic treatment of duodenal obstruction: Report on first experiences in Latin America. Eur J Pediatr Surg. 2008, 18, pp.334-336.

4. Steyaert H, J.S.Valla. Diaphragmatic duodenal atresia: Laparoscopic repair. Eur J Pediatr Surg. 2003, 13, pp.414-416.

5. Adzick NS, Harrison MR. Tapering duodeno plasty for megaduodenum associated with duodenal astresia. J Pediatr Surg. 1986, 21, pp.311-312.

6. Spigland N, Yazbecks B. Complications associated with surgical treatment of congenital intrinsic duodenal obstruction. J Pediatr Surg. 1990, 25, pp.1127-1130.