

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ PHẪU THUẬT NỘI SOI ĐIỀU TRỊ NANG GAN QUA 115 TRƯỜNG HỢP TẠI BỆNH VIỆN VIỆT ĐỨC

Dương Trọng Hiền; Nguyễn Đức Tiến**

TÓM TẮT

Nghiên cứu 115 bệnh nhân (BN) điều trị nang gan qua nội soi, chúng tôi rút ra kết luận: phẫu thuật nội soi (PTNS) có tỷ lệ thành công cao (100%), trong đó phương pháp cắt chỏm nang gan đơn thuần thực hiện nhiều hơn (58,3%). Không có chuyển mổ mở. Thời gian mổ ngắn ($57,4 \pm 32,92$ phút), biến chứng trong mổ là 0%. Thời gian trung tiện sau mổ trung bình $1,28 \pm 0,45$ ngày (1 - 2 ngày). Ngày điều trị trung bình: $6,37 \pm 3,58$. Biến chứng sau mổ thấp. Tỷ lệ tái phát nang giảm so với phương pháp điều trị chọc hút nang và tập trung chủ yếu ở nhóm cắt chỏm nang đơn thuần (10,8%). Phương pháp này giúp người bệnh phục hồi sức khỏe sau mổ nhanh hơn, đồng thời giảm gánh nặng về tài chính.

* Từ khóa: Nang gan; Phẫu thuật nội soi; Cắt chỏm nang gan đơn thuần.

ASSESSMENT RESULT OF LAPAROSCOPIC SURGERY IN TREATMENT OF 115 PATIENTS WITH HEPATIC CYST AT VIETDUC HOSPITAL

SUMMARY

Study on 115 patients who underwent laparoscopic surgery for treatment of hepatic cyst, we remarked the following:

Application of laparoscopic surgery in treatment of hepatic cyst got high successful percentage (100%). Among the performed laparoscopic surgeries, single liver unroofing method was predominant, making up 58.3%. No cases were converted to open operation. The operative time was short, ranging from 57.4 ± 32.92 minutes. Intra-operative complication was 0%. On average, patients were able to fart after 1.28 ± 0.45 days (1 - 2 days). The mean treatment time was 6.37 ± 3.58 days. The post-operative complication was low. The recurrent rate which mainly concentrated on the single liver deroofing cases (10.8%) reduced compared to the centesis method (fenestration & aspiration). Laparoscopic surgery was the best choice for treatment of hepatic cyst so that patients can recover quickly as well as reduce the cost of treatment.

* *Key words: Hepatic cyst; Laparoscopic surgery; Single liver deroofing.*

* Bệnh viện Việt Đức

Phản biện khoa học: PGS. TS. Nguyễn Văn Xuyên

ĐẶT VẤN ĐỀ

Nang gan đơn thuần, không có biểu hiện lâm sàng, được xếp vào nhóm bệnh lành tính của gan, hầu hết do bẩm sinh, chiếm 2,5 - 5% [6], gặp nhiều ở phụ nữ lớn tuổi. Cùng với sự phát triển của kỹ thuật chẩn đoán hình ảnh, bệnh nang gan trước đây thường được phát hiện rất muộn và hiếm gặp, nay được phát hiện nhiều hơn. Điều trị bằng phẫu thuật là sự lựa chọn tốt nhất. PTNS giúp BN hồi phục sức khỏe nhanh, giảm chi phí điều trị và sớm trở về với cộng đồng. Góp phần nghiên cứu, đánh giá phương pháp điều trị thích hợp, chúng tôi tiến hành đề tài nhằm: *Đánh giá kết quả của PTNS điều trị bệnh nang gan qua 115 trường hợp tại Bệnh viện Việt Đức.*

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu.

115 BN mắc bệnh nang gan, điều trị bằng PTNS tại Bệnh viện Việt Đức từ tháng 01 - 2005 đến 09 - 2009.

* *Tiêu chuẩn lựa chọn:* nang gan có kích thước > 5 cm.

* *Tiêu chuẩn loại trừ:* BN có nang do ký sinh trùng (*E.chinococcus*), nang đường mật, bệnh Caroli, nang có kích thước < 5 cm. BN không được theo dõi.

2. Phương pháp nghiên cứu.

Nghiên cứu mô tả hồi cứu và tiến cứu.

* *Kỹ thuật mổ nội soi:* đặt BN tư thế nằm ngửa. Gây mê nội khí quản, dùng 3 - 5 trocar. Trước tiên, xác định vị trí, kích thước nang, các tổn thương phối hợp. Chọc hút nang, cắt chỏm nang kèm theo đốt niêm mạc nang bằng dao điện hay dung dịch cồn tuyệt đối hoặc dung dịch betadine, cắt chỏm nang có hay không đặt mạc nối lớn vào nang, cắt bỏ nang gan hoặc cắt một phần gan có nang.

Thu thập số liệu về: thời gian phẫu thuật, tai biến và biến chứng trong mổ, kết quả sớm sau mổ, thời gian điều trị sau mổ, diễn biến sau mổ, thời gian trung tiện, tình trạng vết mổ, số ngày sử dụng kháng sinh sau phẫu thuật, biến chứng sau mổ, kết quả xa sau mổ.

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

VÀ BÀN LUẬN

1. Tuổi và giới.

Tuổi trung bình $61,78 \pm 12,6$ (24 - 84 tuổi), tuổi > 50 chiếm nhiều nhất (87%), 30 BN nam (26,1%), 85 BN nữ (73,9), phù hợp nghiên cứu của Almet Balic [3] và Nguyễn Thị Thanh Vân [2]. Giới: tỷ lệ nữ/nam là 2,83/1, tương tự với một số tác giả [1].

2. Phương pháp phẫu thuật.

Trong quá trình mổ, dựa vào vị trí và kích thước của nang, phẫu thuật viên có thái độ xử lý và quyết định lựa chọn phương pháp phẫu thuật hợp lý.

Phẫu thuật cắt chỏm nang là phương pháp thông dụng dễ thực hiện và an toàn nếu vị trí nang nằm nông và ở mặt trước của gan. Phẫu thuật cắt gan là phương pháp điều trị triệt để

bệnh nang gan [7], tuy nhiên phẫu thuật này ít được chỉ định [8]. Cắt gan bằng PTNS đòi hỏi phẫu thuật viên có nhiều kinh nghiệm và cần có phương tiện dụng cụ hỗ trợ như dao siêu âm, stappler.

Thực hiện cắt chỏm nang đơn thuần: 67 BN (58,3%), cắt chỏm nang + đốt mạc nối lớn vào nang: 23 BN (20%). 22 BN (19,1%) cắt chỏm nang + đốt niêm mạc nang còn lại bằng cồn tuyệt đối hoặc betadine. 3 BN (2,6%) cắt phần gan có nang.

3. Kết quả phẫu thuật.

Thời gian phẫu thuật trung bình $57,4 \pm 32,92$ phút (15 - 200 phút). Thời gian phẫu thuật phụ thuộc nhiều yếu tố: tình trạng bệnh, kinh nghiệm của phẫu thuật viên, phương pháp phẫu thuật... Theo Fiamingo P. và CS, thời gian phẫu thuật trung bình là 80 phút, của Palanivelu C. là 72 phút [9].

Trong số 72 BN làm giải phẫu bệnh: vỏ nang có nguồn gốc biểu mô chiếm nhiều nhất (69 BN = 95,8%), phù hợp với các nghiên cứu về tổ chức học của vỏ nang. Không trường hợp nào vỏ nang có dấu hiệu ác tính, chứng tỏ bệnh nang gan là bệnh lành tính.

12/85 BN (14,2%) dịch trong nang có màu đục, có thể do bội nhiễm dịch trong nang. Sau mổ, phẫu thuật viên thường đặt dẫn lưu ổ bụng để phòng nhiễm khuẩn và dùng thêm kháng sinh dự phòng sau mổ. Nuôi cấy vi khuẩn 28/30 BN (93,3%), không thấy vi khuẩn sau 72 giờ, 2 BN gặp vi khuẩn Gram (+). Như vậy, có thể do bội nhiễm dịch trong nang hoặc do sai sót trong quá trình lấy mẫu làm xét nghiệm. Điều này phù hợp với màu sắc dịch trong nang: đa số dịch trong và nghiên cứu của Hà Văn Quyết, Lương Nhất Việt.

Không có biến chứng trong mổ. Thời gian điều trị trung bình $6,37 \pm 3,58$ ngày (2 - 23 ngày). 2 trường hợp điều trị kéo dài 23 ngày do BN tuổi cao, kèm theo cao huyết áp, đái tháo đường. Kết quả của chúng tôi tương tự nghiên cứu của Hà Văn Quyết, Lương Nhất Việt [1], Cugat E. trung bình là 5,6 ngày [4].

Thời gian trung tiện sau mổ trung bình $1,28 \pm 0,45$ ngày (1 - 2 ngày). Thời gian sử dụng thuốc giảm đau sau mổ trung bình $1,07 \pm 0,78$ ngày (0 - 3 ngày). Sau PTNS, diễn biến lâm sàng nhẹ hơn nhiều so với mổ mở kinh điển, BN hồi phục sức khỏe nhanh hơn. Nhưng có một số biến chứng như chảy máu, rò mật, nhiễm trùng vết mổ (lỗ mổ trocar), viêm phúc mạc hay viêm tụy cấp [10]. Trong nghiên cứu này, 2 BN rò dịch mật qua sonde dẫn lưu với số lượng rất ít và hết dẫn trong những ngày sau. Rò mật có thể từ diện cắt giữa chỏm nang và nhu mô gan, vì nang gan không thông với đường mật trong gan, phù hợp với nghiên cứu của Sendt W: rò mật sau mổ: 3/34 BN [10]. 37 BN (32,2%) được kiểm tra siêu âm sau mổ trước khi ra viện, trong đó, 33 BN (89,2%) không còn nang, 4 BN (10,8%) còn nang với kích thước < 1/3 kích thước ban đầu, kết quả tốt: 100%, phù hợp với kết quả nghiên cứu của Hà Văn Quyết [1]. Tuy nhiên, số lượng BN siêu âm kiểm tra sau mổ còn hạn chế (37/115 trường hợp), nên chưa đánh giá hết được kết quả sớm sau phẫu thuật. Đây là một hạn chế trong nghiên cứu của chúng tôi.

Trong 115 BN được điều trị PTNS bệnh nang gan, 83 trường hợp đến khám lại (72,2%). Trong đó, kết quả tốt: 70/83 trường hợp (84,3%), xấu: 13/83 trường hợp (15,7%). Tỷ lệ tái phát: 15,7%, nghiên cứu của Lương Nhất Việt là 5,88%, của Fiamigo P. và CS là 11%. So sánh về tỷ lệ tái phát trong nghiên cứu này (15,7%) với Nguyễn Trọng Hiếu nghiên cứu tác

dụng của supramycin trong điều trị nang gan đơn độc, tỷ lệ tái phát là 35,7%. Như vậy, PTNS điều trị bệnh nang gan của chúng tôi cho kết quả tốt hơn, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,01$).

Trong 83 BN được khám lại bằng siêu âm, chúng tôi thấy: tỷ lệ tái phát của nhóm cắt chỏm nang đơn thuần: 10,8% (9/83 BN), tỷ lệ tái phát của nhóm cắt chỏm nang kết hợp với đặt mạc nối lớn: 1,2% (1/83 BN), tỷ lệ tái phát của nhóm cắt chỏm nang kết hợp với đốt niêm mạc nang: 3,7% (3/83 BN).

KẾT LUẬN

PTNS cắt chỏm nang gan đơn thuần là kỹ thuật được lựa chọn tốt nhất. Có thể phối hợp điều trị nhiều bệnh, không xảy ra tai biến trong mổ. Vì vậy, nên ứng dụng rộng rãi trong điều trị nang gan. Thời gian phẫu thuật ngắn, biến chứng sau mổ thấp, thời gian điều trị sau mổ ngắn, BN phục hồi sức khỏe sau mổ nhanh hơn, giảm gánh nặng về tài chính trong điều trị, tỷ lệ tái phát thấp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hà Văn Quyết, Lương Nhất Việt. Nghiên cứu chẩn đoán và điều trị phẫu thuật nang đơn gan. Ngoại khoa. 2003, 5 (3), tr.12-18.
2. Nguyễn Thị Thanh Vân. Góp phần nghiên cứu triệu chứng lâm sàng, hình ảnh siêu âm bệnh nang gan. Kết quả điều trị bằng tiêm cồn iodua kali tại nang. Luận văn Thạc sỹ Y học. Trường Đại học Y Hà Nội. 1997.
3. Almet Balic. Surgical treatment of hydatid disease of the liver. Arch Surg. 1999, 134, pp.166-169.
4. Cugat E, Olsina J.J, Rotellar F, et al. Initial results of the national registry of laparoscopic liver surgery. Cir Esp. 2005, Sep, 78 (3), pp.152-160.
5. Gloor B, Ly Q, Candinas D. Role of laparoscopy in hepatic cyst surgery. Dig Surg. 2002, 19 (6), pp.494-499.
6. Mondragón-Sánchez R, Gómez-Gómez E, Mondragón-Sánchez A. Laparoscopic liver surgery. Rev Gastroenterol Mex. 2004, Aug, 69 Suppl 1, pp.91-98.
7. Newman K.D, Torre V.E, Rabela J, Nagorney D.M. Treatment of highly symptomatic polycystic liver disease. Ann Surg. 1999, 212, pp.30-37.
8. Palanivelu C, Rangarajan M, Senthilkumar R, Madankumar M.V. Laparoscopic management of symptomatic multiple hepatic cysts: a combination of deroofting and radical excision. JSLS. 2007, Oct-Dec, 11 (4), pp.466-469.
9. Sendt W., Weber T, Retschke S, et al. Symptomatic non-parasitic liver cysts: early and long-term results of surgical management. Zentralbl Chir. 2009, Apr, 134 (2), Epub, pp.149-154.