

NHỮNG THAY ĐỔI GIẢI PHẪU ĐƯỜNG MẬT TRONG GAN ỨNG DỤNG TRONG NỘI SOI ĐƯỜNG MẬT

THÁI NGUYỄN HUNG - *Bệnh viện Việt Đức*
HÀ VĂN QUYẾT, NGUYỄN VĂN HUY - *Trường Đại học Y Hà Nội*

ĐẶT VẤN ĐỀ

Giải phẫu gan đã được các nhà truyền giáo Babylon nghiên cứu từ cách đây 4000-5000 năm tuy nhiên từ thế kỷ 18 với kinh nghiệm phẫu tích xác chết cũng như bơm khí trời và chất màu vào trong lòng mạch máu và đường mật, cấu trúc giải phẫu gan mới dần dần được sáng tỏ.

Các nghiên cứu về giải phẫu đường mật trong gan được Hjortsjo, Faininger, Couinaud, Healey và Schroy, Tôn Thất Tùng, Trịnh Văn Minh nghiên cứu qua tiêu bản ăn mòn cho thấy sự biến đổi rất đa dạng đường mật trong gan.

Dưới đây chúng tôi xin trình bày những thay đổi giải phẫu đường mật trong gan qua phân tích những tiêu bản ăn mòn giải phẫu đường mật.

CÁC BIẾN ĐỔI GIẢI PHẪU ĐƯỜNG MẬT TRONG GAN THEO TÁC GIẢ

Qua phân tích gan và 17 tiêu bản ăn mòn đường mật trong gan được thực hiện tại Bộ môn Giải phẫu trường Đại học Y Hà Nội, chúng tôi thấy có những biến đổi về giải phẫu đường mật trong gan như sau:

1. Các biến đổi giải phẫu ở ngã ba đường mật.

- Ngã 3 do hai ống mật tạo thành: OGF kết hợp với OGT tạo thành OGC: 11/17 (64,7%).

- 6/17 (35,3%) trường hợp ngã ba đường mật có 3 ống.
+ 3/17(17,6%) trường hợp ngã ba bao gồm OGT, FTT và FTS (FTT và FTS đổ vào ngã 3, không có OGF).
+ 2/17 trường hợp ngã 3 gồm OGF và hai ống bên T là ống IV và OGT (OGT tạo thành do ống FTB và ống HFTI, còn ống IV đổ thẳng vào OGC).

+ 1/17 ba ống ở ngã ba là OGF, ống HFTV và OGT.



Hình 1. Ống HFTV đổ vào OGF

2. Các biến đổi ở mức phân thụ và HFT bên phải.

- FTS: 14/17 (82,4%) trường hợp FTS kết hợp với FTT tạo thành OGF.

+ FTS trượt rất thấp đổ vào phần thấp OMC (không có OGF): 5,8% (1/17 trường hợp).

+ 2/17 trường hợp FTS đổ vào ngã ba (không có ống gan phải) (11,8%).



Hình 2. Không có OGF. FTT trượt thấp đổ vào OGC



Hình 3 : Ống HFTV đổ vào OGT ngay sát nơi tạo thành FTB



Hình 4: Ngã 3 có 3 ống (OGF, OGT, ống HFTIV)



Hình 5. FTS trượt rất thấp, ống cổ túi mật đổ vào FTS

- HFTVII đổ vào FTT: 1/17 trường hợp.
- FTT: 3/17 trường hợp FTT đổ thẳng vào ngã 3 đường mật.

- HFTV: 1/17 trường hợp đổ vào OGF, 1/17 trường hợp đổ vào OGC.

- HFTVIII: 2/17 trường hợp đổ vào FTS, 6/17 trường hợp có 2 ống HFTVIII.

3. Các biến đổi giải phẫu đường mật bên trái.

- 15/17 trường hợp có 1 OGT (88,2%), 2/17 trường hợp có 2 OGT (11,8%).

- HFTIV: Có 10/17 trường hợp có 2 ống (58,8%), 5/17 trường hợp có 1 ống (29,4%), 2/17 trường hợp có 3 ống.

Vị trí đổ vào của HFTIV: 12/17 trường hợp đổ vào OGT (70,6%), 2/17 trường hợp đổ vào OGC (11,7%), 3/17 trường hợp đổ vào cả OGT và ống HFTIII (17,7%).

- Đường mật FTB, HFTII, HFTIII không thấy có biến đổi.

4. Các biến đổi đường mật HFTI.

- Biến đổi số lượng ống mật: 4 ống mật cho HFTI có 1/17 trường hợp (5,8%), 3 ống mật HFTI có 6/17 trường hợp (35,2%), 2 ống mật HFTI có 6/17 trường hợp (35,2%), có 1 ống cho HFTI chiếm 1/17 trường hợp (5,8%).

- Các biến đổi vị trí dẫn lưu đường mật:

+ Có 11/17 trường hợp các ống HFTI đổ cả vào các ống gan phải và trái (64,7%).

+ 5/17 trường hợp đổ vào OGT (29,4%).

+ 1/17 trường hợp chỉ đổ vào OGF (5,8%).

BÀN LUẬN

- Các biến đổi giải phẫu ở ngã ba đường mật :

+ Ngã ba đường mật có hai ống mật:

Nghiên cứu trên 100 tiêu bản ăn mòn của Healey và Schroy [5] cho thấy ngã ba đường mật được tạo thành do sự kết hợp OGF và OGT (ngã ba có 2 ống) là 72%. Tỷ lệ này theo Couinaud là 57% [4], tỷ lệ ngã ba đường mật có hai ống của chúng tôi chiếm 64,7%.

+ Ngã ba đường mật có 3 ống mật:

Trong 17 tiêu bản cho thấy có 6/17 (35,3%) trường hợp ngã ba đường mật có 3 ống bao gồm 3/17 (17,6%) trường hợp, 3 ống này gồm OGT, ống FTS và ống FTT. Như vậy trong dạng này không có ống gan phải mà ống mật FTS và ống mật FTT kết hợp với OGT tạo thành OGC. Như vậy trên lâm sàng khi nội soi đường mật sẽ gặp trường hợp không xác định được ống FTS hay ống FTT nhất là khi hai ống này trượt thấp hay hẹp đường

mật chính tại nơi đổ vào OGC của các ống này (hình 2 và hình 5). Chúng tôi gặp hai trường hợp FTS trượt thấp đổ vào OGC. Trường hợp thứ nhất khi soi xác định đường mật bên phải không có sỏi nhưng SA cho thấy nhiều sỏi ở FTS. Chúng tôi NSĐM kiểm tra lại thì thấy FTS hẹp tại nơi đổ vào OGC (Không có OGF). Chúng tôi nong chỗ hẹp và TSĐTL qua chỗ hẹp.

Trường hợp thứ hai FTS trượt thấp và sỏi HFTVI. NSĐM cho thấy hẹp ở nơi FTS đổ vào OGC. Chúng tôi tạo hình đường mật và mở như mô gan lấy sỏi phối hợp với dẫn lưu qua nhu mô.

Có 2/17 (11,8%) các trường hợp ngã ba đường mật được tạo thành bởi OGF và hai ống bên trái là ống FTG và ống FTB (ống FTG đổ thẳng vào OGC, hình 4). Trường hợp này theo Healey và Schroy có 2% [5].

Trường hợp thứ 6 là trường hợp ngã ba đường mật gồm OGF, OGT và ống HFTV (hình 1). Như vậy ống HFTV không kết hợp với ống HFTVIII để tạo thành ống FTT mà đổ thẳng vào OGC.

Các biến đổi GFĐM ở phân thùy và hạ phân thùy bên phải.

+ 82,4% các trường hợp ống FTS kết hợp với FTT tạo thành OGF, 11,8% các trường hợp FTS và FTT đổ thẳng vào OGC (không có OGF). Chúng tôi có 1 trường hợp ống FTS trượt rất thấp (hình 5). Trường hợp này ống cổ túi mật đổ vào ống FTS. Trường hợp này Couinaud có 2% (N=107). Như vậy khi NSĐM, xác định ống FTS rất khó khăn, nhiều khi không thực hiện được.

+ Chúng tôi không có trường hợp nào FTS hay FTT đổ vào OGT. Tuy nhiên báo cáo của Healey và Schroy cho thấy FTS đổ vào OGT là 22%. FTT đổ vào OGT là 6% [5] các tỷ lệ trên theo Couinaud tương ứng là 5% và 1% [4]. Theo Tôn Thất Tùng [2], tỷ lệ FTS trượt sang trái là 19% và FTT là 3%.

- Ở mức HFT, chúng tôi có thấy có 1 trường hợp HFT V đổ vào OGF và 1 trường hợp ống HFTV đổ OGC (hình 1).

Có tới 6 trường hợp có 2 ống HFTVIII.

- Các biến đổi giải GFĐM bên trái:

+ Biến đổi số lượng OGT đã trình bày ở trên.

+ Biến đổi về số ống mật HFTIV:

58,8% có 2 ống HFTIV, 29,4% có 1 ống HFTIV, 11,8% có 3 ống HFTIV

+ Biến đổi vị trí kết hợp của ống HFTIV"

12/17 đổ vào OGT (70,6%), 2/17 đổ vào OGC, 2/17 trường hợp đổ vào OGT và HFTIII. Các biến đổi này theo Healey và Schroy [5] là 67% ống HFTIV đổ vào OGT, 25% ống HFTIV đổ vào ống HFTIII, 4% đổ vào cả OGT và HFTIII, 1% đổ vào HFTII và HFTIII, 1% đổ vào OGC và OGT, 1% đổ vào OGT.

Như vậy sự thay đổi GFĐM ở bên trái chủ yếu là sự biến đổi số lượng OGT, sự biến đổi số lượng và vị trí đổ vào OGT và OGC cũng như các ống HFTII và HFTIII. Khi NSĐM chúng tôi nhận thấy sự biến đổi GFĐM ở HFTIV là khó khăn lớn trong xác định sỏi và tổn thương đường mật của HFTIV.

- Không thấy có sự biến đổi ống mật HFTII và HFTIII.

KẾT LUẬN

Sự thay đổi GFĐM trong gan có những dạng chính như sau:

+ Ở ngã ba đường mật là sự thay đổi số lượng ống mật tạo thành OGC từ dạng có 2 ống mật là OGF và OGT tạo thành OGC đến 3 ống mật tạo thành OGC. Trong đó có ống FTS và ống FTT không kết hợp với nhau tạo thành OGF mà đổ thẳng vào ngã ba và dạng OGF kết hợp với 2 ống bên trái là OGT và ống HFTIV tạo thành OGC.

+ Các thay đổi GFĐM bên gan phải là sự trượt thấp của ống FTT hay ống FTS hay sự đổ vào OGT của hai ống này.

+ Ống HFTV kết hợp với ống HFTVIII tạo thành ống FTT mà đổ vào OGF và OGC.

+ Sự thay đổi số lượng ống HFTVIII

+ Sự thay đổi số lượng và vị trí đổ vào của ống HFTIV

+ Các thay đổi số lượng và vị trí đổ vào của phân thùy I

+ Các ống mật HFTII HFTIII chưa thấy sự thay đổi.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Trịnh Văn Minh (1982). Những biến đổi giải phẫu của hệ tĩnh mạch cửa trong gan người dưới quan điểm phân thùy gan hiện đại. Luận án tiến sĩ Y học.

2. Tôn Thất Tùng (1984). Các phẫu thuật lớn cắt bỏ gan. Một số công trình nghiên cứu khoa học. NXB Y học, 55-87.

3. Berci.G (1992). Biliary ductal anatomy and anomalies. Surgical clinic of North America 72. 1069-1075.

4. Couinaud.C (1989). Surgical anatomy of the Liver Revisited. Tex book of surgery, 62-89.

5. Healey.John.E,Schroy. Paul.C (1952), Anatomy of the biliary ducts within the human liver. Analysis of the Prevailing Pattern of Branchings and the Major Variations of the Biliary Ducts.Archives of Surgery 66, 599-616.

6. Hjortsjo CH (1948), The topography of the intrahepatic duct systems. Archives of Surgery 11, 599-615.

7. Gadzijev Eldar.M, Dean Ravnik (2000), Biliary System. Atlas of Applied Internal Liver Anatomy, Springer Medicine, 103-146.