

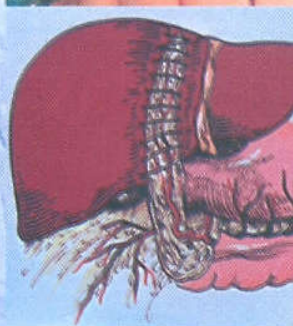
YH2.18

BỘ MÔN NGOẠI TRƯỞNG ĐẠI HỌC Y HÀ NỘI

TÔN THẤT BÁCH - TRẦN BÌNH GIANG

NGUYỄN DUY HUỀ - NGUYỄN THANH LONG

PHẪU THUẬT GAN MẬT



**THƯ VIỆN
Y HỌC**

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

BỘ MÔN NGOẠI TRƯỞNG ĐẠI HỌC Y HÀ NỘI

TÔN THẤT BÁCH - TRẦN BÌNH GIANG
NGUYỄN DUY HUỆ - NGUYỄN THANH LONG

PHẪU THUẬT GAN MẬT

(Tái bản lần thứ nhất)



NHÀ XUẤT BẢN Y HỌC
HÀ NỘI - 2008

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

CHỦ BIÊN:

TÔN THẤT BÁCH

THAM GIA BIÊN SOẠN:

TRẦN BÌNH GIANG

NGUYỄN DUY HUỆ

NGUYỄN THANH LONG

LỜI GIỚI THIỆU

Phẫu thuật gan mật là một lĩnh vực của Ngoại Khoa mà các nhà khoa học Việt Nam có những đóng góp quan trọng.

Ngay từ năm 1939, Giáo sư Tôn Thất Tùng đã trình bày trường hợp cắt gan có kế hoạch đầu tiên theo phương pháp của ông mà sau này trở thành một trường phái cắt gan nổi tiếng trên thế giới được gọi là cắt gan theo phương pháp Tôn Thất Tùng. Tiếp sau đó ông cùng các cộng sự tại Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức đã công bố các công trình về bệnh lý sỏi mật và chảy máu đường mật nhiệt đới vào những năm 50 của thế kỷ 20. Trong khoảng vài thập niên gần đây, những hiểu biết mới về sinh lý bệnh học cũng như các tiến bộ vượt bậc của ngành Gây mê Hồi sức và trang thiết bị mổ sê đã đem lại một bước tiến nhảy vọt cho ngành Ngoại Khoa nói chung và Phẫu thuật gan mật cần được nhìn nhận đến ánh sáng của những hiểu biết này.

Phó Giáo sư, Viện sĩ Tôn Thất Bách là một chuyên gia trong lĩnh vực Phẫu thuật gan mật. Ngoài những kiến thức ông nhận được từ Giáo sư Tôn Thất Tùng, cha ông, và trực tiếp từ các bậc thầy khác, bản thân ông cũng tích lũy được nhiều kinh nghiệm trong quá trình đào tạo và thực hành mổ sê. Là một nhà giáo, một trong những trăn trở của ông là truyền thụ lại cho các thế hệ học trò những kiến thức và kho tàng kinh nghiệm của mình. Ông có một kế hoạch giảng dạy, đào tạo quy mô mà trong đó sách chuyên môn là yếu tố cơ bản.

Cuốn sách “Phẫu thuật gan mật” này là một phần trong kế hoạch đó. Phần lớn nội dung cuốn sách do Ông viết đúc kết từ những kinh nghiệm của bản thân kết hợp với tham khảo từ các nguồn tài liệu phong phú trong và ngoài nước. Một số chương trong cuốn sách được viết bởi các cộng sự và học trò của ông trong nhiều năm.

Phó Giáo sư Tôn Thất Bách đột ngột ra đi khi sự nghiệp và hoài bão của ông còn dang dở và cuốn sách “Phẫu thuật gan mật” cũng mới viết xong ở dạng bản thảo.

Nhận thức đây là một trong những di sản khoa học có ích cho các thế hệ Phẫu thuật viên. Bản thảo do Tiến sĩ Trần Bình Giang, Phó Giám đốc, Trưởng Khoa Phẫu thuật cấp cứu bụng Bệnh viện Việt Đức, một trong những học trò của cố Phó Giáo sư, Viện sĩ Tôn Thất Bách hiệu đính và đọc lại lần cuối trước khi đưa in.

Chắc chắn cuốn sách còn có những thiếu sót không thể tránh khỏi, tuy nhiên chúng tôi xin trân trọng giới thiệu và mong nhận được các ý kiến đóng góp, phê bình của bạn đọc.

NHÀ XUẤT BẢN Y HỌC



MỤC LỤC

Trang

PHẦN I: KỸ THUẬT CẮT GAN THEO PHƯƠNG PHÁP TÔN THẤT TÙNG

Cơ sở giải phẫu, nguyên lý cơ bản, một số kết quả và kinh nghiệm

PGS. Tôn thất Bách

7

MỞ ĐẦU

Chương I: Cơ sở giải phẫu áp dụng kỹ thuật cắt gan theo phương pháp Tôn Thất Tùng

11

Chương II: Các hình thái cắt gan theo phương pháp Tôn Thất Tùng

20

Chương III: Nguyên tắc cơ bản của cắt gan theo phương pháp Tôn Thất Tùng

23

Chương IV: Một số kỹ thuật cắt gan thường sử dụng

29

Chương V: Chỉ định và kết quả các hình thái cắt gan theo phương pháp Tôn Thất Tùng

39

PHẦN II: THƯƠNG TÍCH GAN DO CHẤN THƯƠNG VÀ VẾT THƯƠNG

PGS. Tôn Thất Bách

56

Chương I: Giải phẫu và sinh lý

57

Chương II: Các kỹ thuật xử lý

60

Chương III: Một số hình thái đặc biệt của thương tích gan do chấn thương và vết thương

65

Chương IV: Biến chứng sau mổ thương tích gan do chấn thương và vết thương

69

PHẦN III: PHẪU THUẬT SỎI ĐƯỜNG MẬT

71

Chương I: Giải phẫu đường mật

72

PGS. Tôn Thất Bách

Chương II: Chẩn đoán siêu âm sỏi mật

75

PGS. Nguyễn Duy Huệ

Chương III: Đường mổ bụng, đánh giá tổn thương, tìm ống mật chủ, đóng bụng và dẫn lưu

87

PGS. Tôn Thất Bách

Chương IV: Mổ ống mật chủ

90

PGS. Tôn Thất Bách



5

Chương V: Phẫu thuật cắt túi mật	99
	<i>TS. Trần Bình Giang</i>
Chương VI: Kỹ thuật nối mật – ruột	119
	<i>TS. Nguyễn Thanh Long</i>
Chương VII: Chăm sóc và biến chứng sau mổ	129
	<i>PGS. Tôn Thất Bách</i>
KẾT LUẬN	135
TÀI LIỆU THAM KHẢO	136

Phần I

KỸ THUẬT CẮT GAN THEO PHƯƠNG PHÁP TÔN THẤT TÙNG

CƠ SỞ GIẢI PHẪU, NGUYÊN LÝ CƠ BẢN, MỘT SỐ KẾT QUẢ VÀ KINH NGHIỆM

MỞ ĐẦU

Từ nền tảng bản luận văn “Sự phân bố các tĩnh mạch của gan và những áp dụng để cắt gan” năm 1939 tại Trường Đại học Y khoa Hà Nội, TÔN THẤT TÙNG đã xây dựng nên một phương pháp cắt gan có kế hoạch với tên gọi là “Kỹ thuật cắt gan bằng cách thắt các cuống mạch trong nhu mô gan” – Phương pháp này công bố lần đầu tiên trên thế giới năm 1962 ở Đức (27), năm 1963 ở Anh (28), năm 1964 được đưa vào Pháp (34) rồi từ đó phương pháp này được phổ biến rộng rãi và trở thành một trường phái cắt gan nổi tiếng trên thế giới dưới tên gọi thông thường là phương pháp cắt gan bằng bóp ngón tay. Thực ra bóp ngón tay chỉ là một thao tác nhằm phá vỡ nhu mô gan đi vào bên trong nhu mô gan tìm kiếm để buộc và thắt các mạch máu và đường mật và ngày nay người ta có thể thay ngón tay bằng dụng cụ hoặc sóng siêu âm hoặc tia laser phá vỡ nhu mô gan. Như vậy, nguyên lý của phương pháp cắt gan TÔN THẤT TÙNG phải được hiểu đúng nghĩa của nó là ***cắt gan bằng cách kiểm soát các cuống mạch của gan trong nhu mô gan.***

Trước khi có đầy đủ hiểu biết về giải phẫu bên trong gan, người ta tiến hành cắt gan một cách mò mẫm và thành công chỉ là sự may rủi hủ họa. Phẫu thuật cắt gan lần đầu tiên được biết đến trong y văn thế giới là phẫu thuật cắt bỏ một mảnh gan bằng quả cau do đạn bắn trong chiến tranh Pháp - Đức năm 1870 do BRUNS thực hiện. Năm 1886, LIN và ESCHER cắt bỏ một u gan trên một phụ nữ 67 tuổi. Năm 1887 LANGENBUCH cắt một u gan ở thùy trái nặng 370g và bệnh nhân sống. Cho đến năm 1913 theo THOLE, đã có 60 trường hợp mổ cắt gan được công bố trên y văn.

Từ năm 1913 đến năm 1938, theo JASIENKI có 27 trường hợp cắt gan được công bố. Như vậy cho đến năm 1938 trên y văn thế giới đã có 87 trường hợp cắt gan, trong đó 48 trường hợp do ung thư gan.

Các trường hợp cắt gan trong giai đoạn này do không dựa trên những nguyên tắc về giải phẫu mạch máu và đường mật trong gan cho nên chúng được

mang tên là cắt gan không điển hình hoặc cắt gan không có kế hoạch. Các kết quả của kiểu cắt gan này không có độ tin cậy và những thành công dựa trên sự may rủi (8).

Bên cạnh những phẫu thuật cắt gan, các công trình nghiên cứu về giải phẫu gan của VALOEUS (1640), GLISSON (1654), REX (1888), CANTLIE (1898), WENDEL (1921), MELNIKOFF (1927), MAC INDOE (1927), TÔN THẤT TÙNG (1937), HJORTSJO (1947), COUINAUD (1954) đã dần dần xây dựng nên một nền tảng của các phẫu thuật cắt gan hiện đại: cắt gan có kế hoạch.

Năm 1939, MAYER MAY và TÔN THẤT TÙNG đã trình bày trường hợp cắt gan có kế hoạch đầu tiên ở Viện Hàn Lâm phẫu thuật Paris. Đây là một trường hợp ung thư gan và hai tác giả đã cắt thùy gan trái bằng cách tìm được các tĩnh mạch gan để thắt trước khi cắt. Các tác giả đã gọi phương pháp cắt này là cắt gan theo giải phẫu, đó là tên gọi đầu tiên của phương pháp cắt gan có kế hoạch.

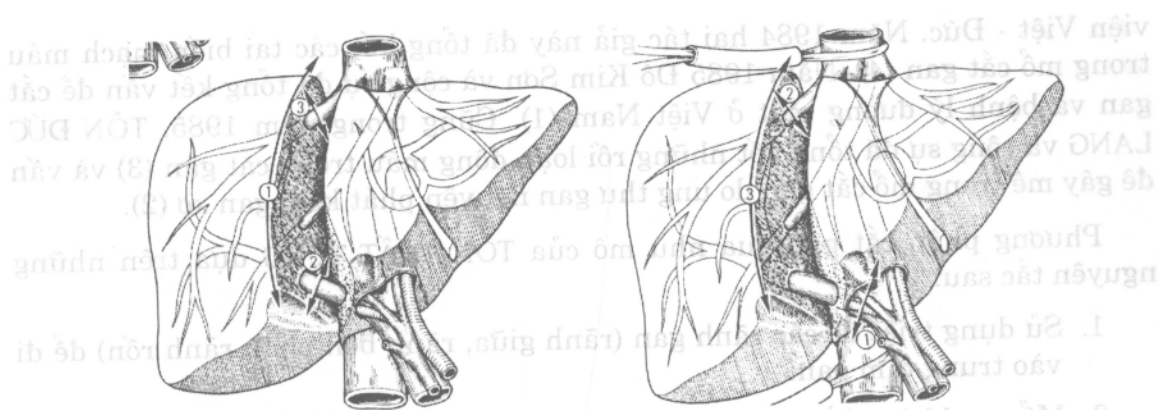
Năm 1947 PETTINARI, rồi năm 1949 RAVEN đã cắt thùy gan trái sau khi thắt động mạch ở cuống gan.

Năm 1952, tại hội nghị phẫu thuật quốc tế tại Copenhagen, LORTAT-JAKOB (23) đã công bố trường hợp cắt gan phải có kế hoạch bằng cách thắt các cuống mạch ở rốn gan trước khi cắt và sau đó SENEQUE, ROUX, CHATELIN và HUGUENARD công bố một trường hợp cắt gan trái có kế hoạch.

Năm 1956, STUCKE thống kê 1270 trường hợp cắt gan trên thế giới trong đó chỉ có 198 trường hợp cắt gan có kế hoạch: 45 trường hợp bên phải và 153 trường hợp bên trái.

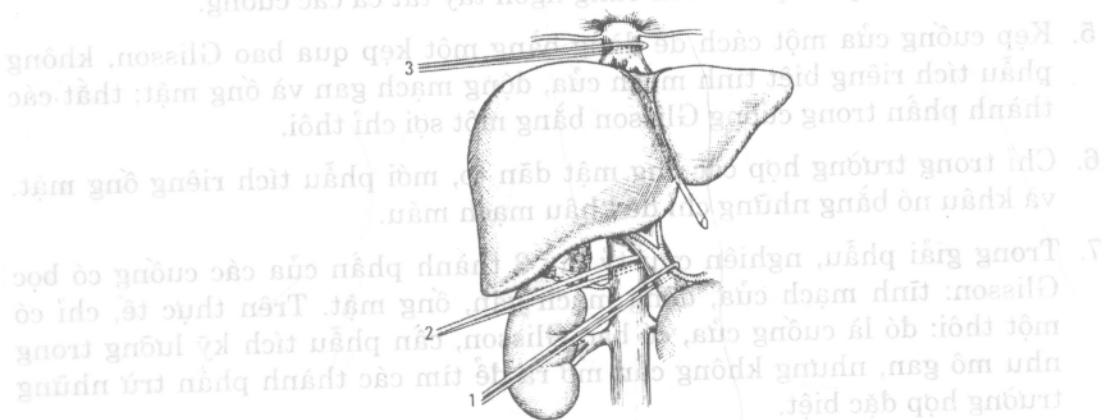
Phương pháp cắt gan của TÔN THẤT TÙNG đã được trình bày trong bản luận văn tốt nghiệp bác sĩ nội trú năm 1939 tại Hà Nội. Năm 1962, phương pháp cắt gan TÔN THẤT TÙNG công bố ở Đức, năm 1963 ở Anh. Năm 1964 tại hội nghị quốc tế phẫu thuật gan ở LYON (Pháp), TÔN THẤT TÙNG và NGUYỄN DƯƠNG QUANG đã trình bày một thống kê của bệnh viện Việt - Đức trong 4 năm gồm 311 trường hợp cắt gan có kế hoạch, 72 trường hợp bên phải và 259 trường hợp bên trái. Thống kê này đã đủ sức thuyết phục để tạo nên một vị trí vững chắc cho kỹ thuật cắt gan TÔN THẤT TÙNG. Năm 1966 phương pháp này được đưa vào Bách khoa toàn thư về phẫu thuật của Pháp.

Năm 1978, BISMUTH đã kết hợp hai phương pháp cắt gan có kế hoạch để xây dựng nên phương pháp của tác giả: các thành phần của cuống Glisson được thắt ở rốn gan (kỹ thuật LORTAT- JAKOB) còn các tĩnh mạch trên gan được cắt ở trong nhu mô gan (kỹ thuật TÔN THẤT TÙNG).



Hình 1.1. Cắt gan theo phương pháp Lortat Jakob và Tôn Thất Tùng.

Năm 1973 HUGUET đã đề xuất kỹ thuật biệt lập tuần hoàn gan trong một số trường hợp cắt gan do u gan to hoặc u nằm trước hội lưu tĩnh mạch trên gan chủ dưới.



Hình 1.2. Biệt lập tuần hoàn gan theo kỹ thuật Huguet.

Năm 1985 các phẫu thuật viên Âu-Mỹ và Nhật bắt đầu ứng dụng tia laser (YAGND) và sóng siêu âm (máy SURGITROM) vào phẫu thuật cắt gan.

Năm 1988 SALIZZONI sử dụng phương pháp cắt gan TÔN THẤT TÙNG để cắt bớt gan người lớn khi ghép cho bệnh nhân trẻ em.

Ở Việt nam, ngoài các công trình cắt gan của TÔN THẤT TÙNG tập trung vào ba vấn đề là kỹ thuật cắt gan, cắt gan trong ung thư gan và cắt gan trong bệnh lý nhiễm trùng đường mật nhiệt đới, năm 1963 NGUYỄN DƯƠNG QUANG và NGUYỄN XUÂN THỤ đã nghiên cứu vấn đề cắt gan trong bệnh lý nhiễm trùng đường mật ở trẻ em. Các công trình nghiên cứu về giải phẫu gan của TRỊNH VĂN MINH (9,36) đã đóng góp rất nhiều cho kỹ thuật mổ gan. Năm 1978, TÔN THẤT BÁCH lần đầu tiên thành công một trường hợp khâu nối vết thương tĩnh mạch trên gan ở trong nhu mô gan (5). Năm 1983, TÔN THẤT BÁCH và TÔN ĐỨC LANG đã báo cáo tổng kết 1004 trường hợp cắt gan tại Bệnh



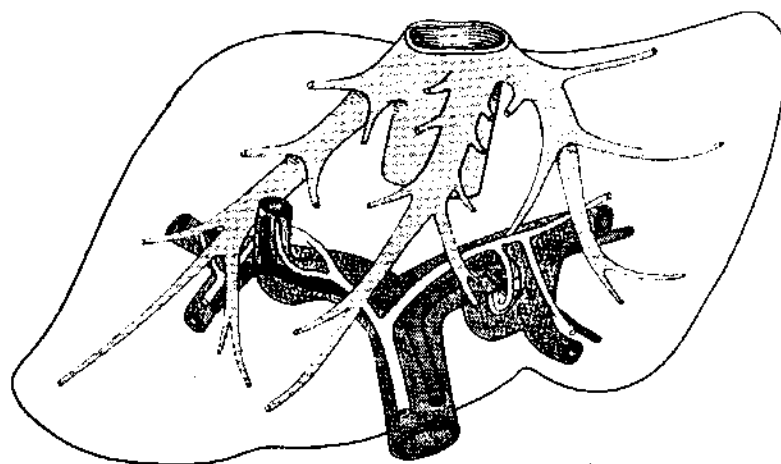
THƯ VIỆN
HUBT

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

viện Việt - Đức. Năm 1984 hai tác giả này đã tổng kết các tai biến mạch máu trong mổ cắt gan (4). Năm 1985 Đỗ Kim Sơn và cộng sự đã tổng kết vấn đề cắt gan và bệnh lý đường mật ở Việt Nam (1). Cũng trong năm 1985, TÔN ĐỨC LANG và cộng sự đã tổng kết những rối loạn đông máu trong cắt gan (3) và vấn đề gây mê trong mổ cắt gan do ung thư gan nguyên phát kèm gan xơ (2).

Phương pháp cắt gan qua nhu mô của TÔN THẮT TÙNG dựa trên những nguyên tắc sau:

1. Sử dụng triệt để các rãnh gan (rãnh giữa, rãnh bên phải, rãnh rốn) để đi vào trung tâm gan.
2. Mổ gan không bằng dao kéo mà bằng hai ngón tay hoặc dụng cụ.
3. Gập cuống gan trong các trường hợp cần có một phẫu trường rõ rệt, không chảy máu.
4. Tìm và buộc các cuống cửa và các tĩnh mạch trên gan ngay trong nhu mô gan; như thế phải phẫu tích bằng ngón tay tất cả các cuống.
5. Kẹp cuống cửa một cách dễ dàng bằng một kẹp qua bao Glisson, không phẫu tích riêng biệt tĩnh mạch cửa, động mạch gan và ống mật; thắt các thành phần trong cuống Glisson bằng một sợi chỉ thôi.
6. Chỉ trong trường hợp các ống mật dẫn to, mới phẫu tích riêng ống mật, và khâu nó bằng những chỉ để khâu mạch máu.
7. Trong giải phẫu, nghiên cứu tỷ mỉ 3 thành phần của các cuống có bọc Glisson: tĩnh mạch cửa, động mạch gan, ống mật. Trên thực tế, chỉ có một thôi: đó là cuống cửa, có bao Glisson, cần phẫu tích kỹ lưỡng trong nhu mô gan, nhưng không cần mở ra để tìm các thành phần trừ những trường hợp đặc biệt.



Hình 1.3. Các thành phần cuống gan.

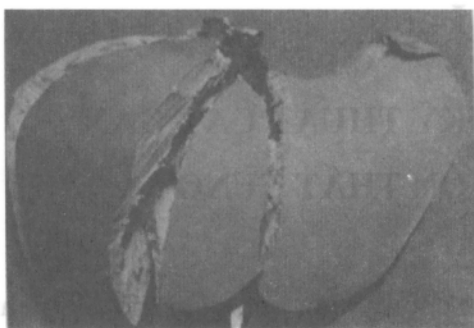
Chương I

CƠ SỞ GIẢI PHẪU ÁP DỤNG KỸ THUẬT CẮT GAN THEO PHƯƠNG PHÁP TÔN THẤT TÙNG

Gan là một tạng giống như phổi: nếu như cuống phổi bao gồm một ống chức năng là phế quản, một mạch máu chức phận là động mạch phổi và một mạch máu nuôi dưỡng là động mạch phế quản thì cuống gan cũng có một ống chức phận là ống mật, mạch máu chức phận là tĩnh mạch cửa và mạch máu nuôi dưỡng là động mạch gan. Nếu như tĩnh mạch dẫn máu trở về của phổi là tĩnh mạch phổi, không nằm trong cuống phổi mà lại nằm ở rãnh liên thùy thì tĩnh mạch dẫn máu về của gan là tĩnh mạch trên gan (hoặc tĩnh mạch gan theo cách gọi của các tác giả Anh-Mỹ) không nằm trong cuống gan mà nằm ở một bình diện khác. Điều khác nhau là các rãnh liên thùy phổi nhìn thấy rất rõ trong khi ở gan rất hiếm khi nhận thấy rãnh tự nhiên. Như vậy nếu gan là một tạng cấu trúc giống như phổi thì chắc chắn phẫu thuật cắt từng phần gan có thể thực hiện được như cắt thùy và phân thùy của phổi theo trình tự giải phẫu.

Trong một số trường hợp gan có rãnh tự nhiên, người ta nhận thấy rãnh tự nhiên này chính là đường đi của tĩnh mạch trên gan. Các nghiên cứu về giải phẫu gan đều thấy tĩnh mạch trên gan lại đi vào chỗ chia đôi của cuống gan: tĩnh mạch trên gan giữa đi vào đúng chỗ chia đôi của cuống gan chung, tĩnh mạch trên gan phải đi vào đúng chỗ chia của cuống gan phải còn tĩnh mạch trên gan trái đi vào chỗ chia của cuống gan ở thùy gan trái. Từ nhận xét quan trọng này, các tác giả nghiên cứu giải phẫu gan đều thống nhất rằng tĩnh mạch trên gan chính là các mốc giới của các rãnh gan. Muốn tìm các tĩnh mạch trên gan, hay nói cách khác là muốn xác định rãnh gan, ta phải dựa vào các mốc giới bên ngoài ở cả mặt trên và mặt dưới vì thế giải phẫu ứng dụng trong cắt gan là dựa vào các mốc giới bên ngoài gan để xác định các rãnh gan.

Các rãnh gan bình thường chỉ có một rãnh duy nhất nhìn thấy là rãnh rốn và các rãnh còn lại phải dựa vào các mốc bên ngoài gan để xác định như mặt trên có các mốc: tam giác bám sau của dây chằng liềm, chỗ bám của dây chằng vành phải; mặt dưới có hố túi mật, rãnh ngang bên phải của gan và phần đuôi của thùy Spiegel.



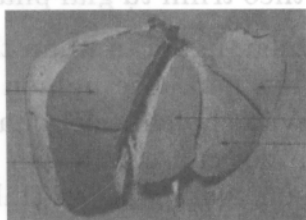
Hình 1.4. Tam giác bảm sau dây chằng liềm.



Hình 1.5. Phần đuôi thùy Spiegel.

1. Rãnh giữa

Rãnh giữa được xác định ở mặt trên, xuất phát từ giữa tĩnh mạch chủ dưới đoạn trên gan, nối với điểm giữa của hố túi mật; mặt dưới tiếp tục từ điểm giữa của hố túi mật đi đến điểm giữa của cuống gan (hình 1.4, 1.6).



Hình 1.6. Rãnh giữa: mặt trên và mặt dưới



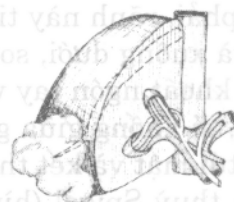
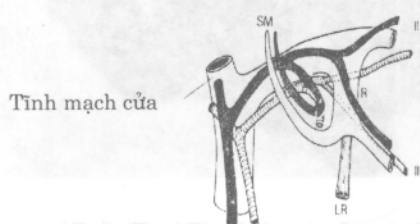
Đi vào rãnh giữa theo một mặt phẳng xác định bởi hai đường mô tả ở trên, theo thứ tự từ trên xuống, ta gặp ngay tĩnh mạch trên gan giữa rồi tới chỗ chia đôi của cuống Glisson (hình 1.7).



Hình 1.7. Bên trong rãnh giữa.

Cuống Glisson được chia đôi thành cuống gan phải và cuống gan trái. Cuống gan phải ngắn khoảng 0,5 cm và có nhiều khi không có trong trường hợp cuống gan phải chia ngay làm hai (hình 1.8, 1.13) trong khi đó, cuống gan trái thường dài từ 1,5cm đến 2cm (hình 1.8) và trong 25% các trường hợp, cuống gan phân

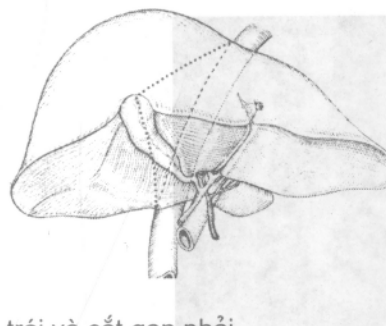
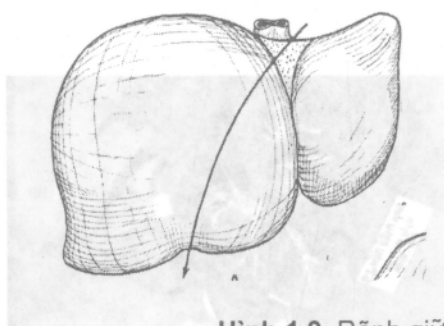
thủy sau đổ sang cuống gan trái. Vận dụng nguyên lý này trong phẫu thuật, khi cắt gan phải, chúng tôi thường kẹp riêng hai cuống phân thủy để bảo vệ an toàn cho cuống gan trái khi cuống gan phải chia ngay và khi cắt gan trái, chúng tôi kẹp cuống gan trái ở sát ngách Rex để bảo vệ cho 25% trường hợp ống gan phân thủy sau trượt sang cuống gan trái.



Hình 1.8. Cuống gan trái và cuống gan phải.

Như vậy rãnh giữa chia gan thành hai nửa gan: nửa gan phải (hay còn gọi là gan phải) và nửa gan trái (hay còn gọi là gan trái). Cần lưu ý danh từ rất khác nhau giữa trường phái Pháp với trường phái Anh-Mỹ: các tác giả Anh-Mỹ gọi gan phải hay trái là thủy phải hay thủy trái trong khi các tác giả Pháp gọi thủy phải và trái dựa trên mốc phân chia của dây chằng liềm. Chúng tôi sẽ không nhắc lại điều này nữa và chúng tôi sử dụng thuật ngữ theo trường phái Pháp.

Khi cắt nửa gan bên nào thì ta gọi tên bên đó nên sẽ có cắt gan phải và cắt gan trái. Phẫu thuật cắt gan sử dụng rãnh giữa phẫu thuật. Rãnh này hơi khác với rãnh giữa giải phẫu: khi cắt gan phải thì điểm bắt đầu là bờ phải của tĩnh mạch chủ dưới, khi cắt gan trái, điểm bắt đầu là điểm bên trái của tĩnh mạch này (hình 1.9 và 1.10).



Hình 1.9. Rãnh giữa trong cắt gan trái và cắt gan phải

Rãnh giữa rất hiếm khi nhận thấy nhưng một số tác giả đã phát hiện qua mổ tử thi (hình 1.10).

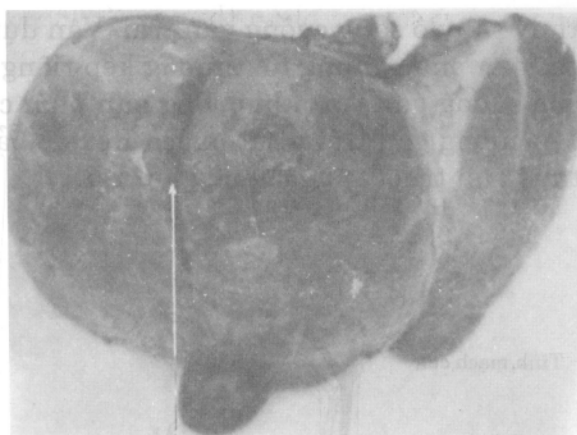


THƯ VIỆN
HUBT

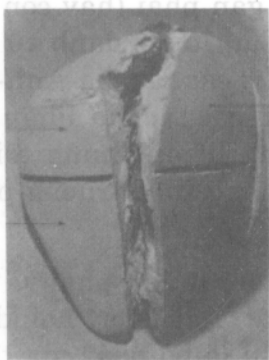
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

2. Rãnh bên phải.

Rãnh bên phải là một rãnh khó xác định. Bắt đầu nó xuất phát từ bờ phải của tĩnh mạch chủ dưới, đi theo chỗ bám của dây chằng vành phải. Đến chỗ dây chằng này vòng ra phía sau để tạo thành dây chằng tam giác phải, rãnh này tiếp tục đi ra trước và xuống dưới, song song và cách ba khoát ngón tay với bờ phải của gan, đi xuống giữa góc gan phải với hố túi mật và kết thúc ở phần đuôi của thùy Spiegel (hình 1.11).



Hình 1.10. Rãnh giữa tự nhiên (Tôn Thất Tùng)



Hình 1.11. Rãnh bên phải.

Đi theo rãnh này từ trên xuống, ta gặp tĩnh mạch trên gan phải (hình 1.12) và tĩnh mạch trên gan phải đi vào chỗ cuống gan phải chia làm hai (hình 1.13).



Hình 1.12. Tĩnh mạch trên gan phải



Hình 1.13. Cuống gan phải chia đôi.

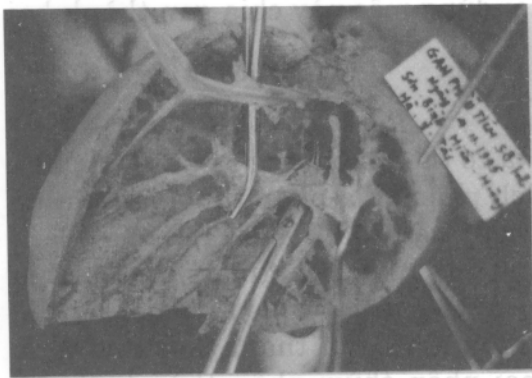
Như vậy, rãnh bên phải chia gan phải ra làm hai phần, mỗi phần độc lập với nhau về cấp và dẫn máu và được các tác giả Anh-Mỹ đặt tên là phân thùy sau và phân thùy trước. Một mốc quan trọng ở mặt dưới, phân chia ranh giới

phân thủy sau và phân thủy trước: đó là xoang ngang bên phải của Gans (hình 1.14).

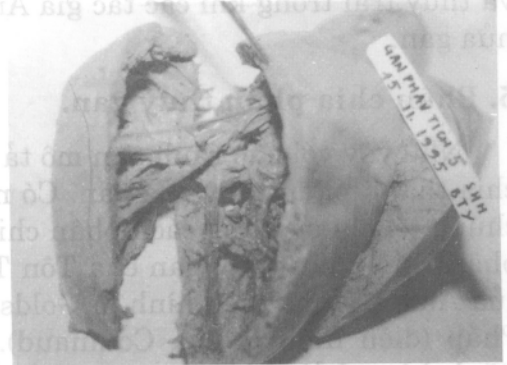
Cuống Glisson phân thủy trước đi thẳng lên trên vòm gan, tận cùng bằng hai nhánh (hình 1.15) trong khi cuống phân thủy sau đi ngang ra phía sau rồi đi dần lên trên (hình 1.16). Điều lưu ý là đường mặt của ống phân thủy sau đa số đi vòng ra sau cuống phân thủy trước để ra trước cuống phân thủy sau tạo nên hình vòng cung được gọi dưới tên quai Hjerjho trên phim chụp cản quang đường mật và quai này là một mốc quan trọng xác định ống gan phân thủy sau trên phim chụp mật.



Hình 1.14. Xoang ngang bên phải của Gans.



Hình 1.15. Cuống gan phải chia đôi



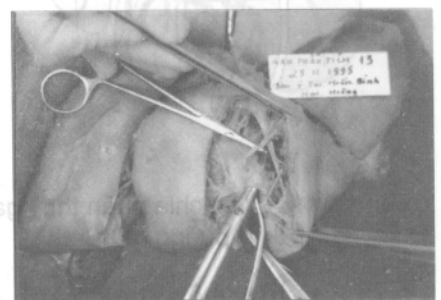
Hình 1.16. Cuống gan phân thủy sau.

3. Rãnh bên trái.

Rãnh bên trái bắt đầu từ bờ trái của tĩnh mạch chủ dưới, đi thẳng đến điểm giữa của bờ trước thủy gan trái (hình 1.17). Đi theo rãnh này vào gan, ta gặp tĩnh mạch trên gan trái, tĩnh mạch này đi vào chỗ phân chia hai nhánh cuối của ống gan trái. Như vậy rãnh này chia thủy gan trái ra thành hai phần.

4. Rãnh rốn - cửa.

Đây là rãnh duy nhất ta nhận biết được nhờ hình dáng bên ngoài. Mặt trên rãnh này chính là chỗ bám của dây chằng liềm, mặt dưới chính là cuống Arantius (hình 1.18).

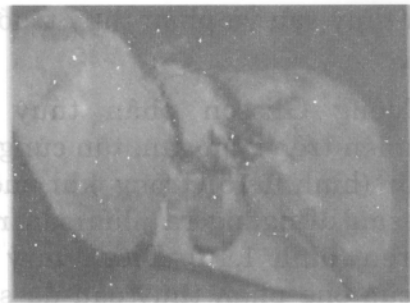
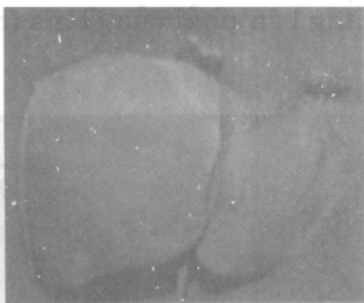


Hình 1.17. Rãnh bên trái.



THƯ VIỆN
HUBT

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ



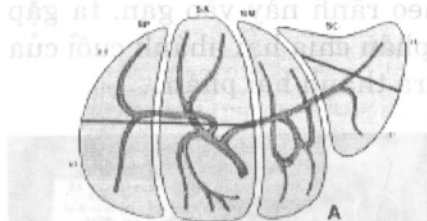
Hình 1.18. Rãnh rốn cửa.

Đi theo rãnh này vào trong nhu mô gan, ta không gặp tĩnh mạch trên gan mà gặp ngay tĩnh mạch của bên trái, chỗ tĩnh mạch rốn đổ vào trong thời kỳ bào thai và khi trưởng thành teo lại thành dây chằng tròn. Do tĩnh mạch rốn đổ vào nên chỗ này phình rộng ra và được gọi là ngách Rex.

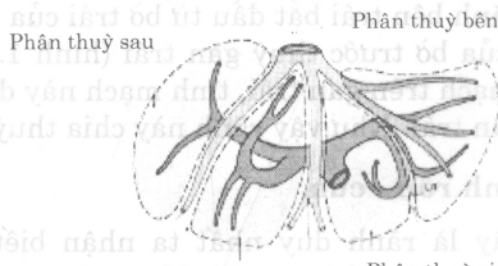
Các tác giả Pháp dùng dây chằng liềm chia gan thành hai thùy: thùy phải và thùy trái trong khi các tác giả Anh-Mỹ lại dùng mốt này chia gan thành hai nửa gan.

5. Phân chia phân thùy gan.

Như vậy với bốn rãnh gan mô tả ở trên, ta có thể hình dung ra được sự phân chia thành phân thùy của gan. Có nhiều cách phân chia phân thùy gan nhưng chúng tôi chỉ sử dụng cách phân chia phân thùy gan của Tôn Thất Tùng. Cách phân chia phân thùy gan của Tôn Thất Tùng là sự kết hợp giữa sự phân chia của Anh-Mỹ (mà điển hình là Goldsmiths và Woodburne) với sự phân chia của Pháp (điển hình là của Couinaud). Rãnh giữa chia gan thành hai nửa gan. Rãnh bên phải chia nửa gan phải thành hai phân thùy: phân thùy trước và phân thùy sau. Rãnh rốn chia nửa gan trái thành hai phân thùy: phân thùy giữa và phân thùy bên đồng thời rãnh rốn cũng chia toàn bộ gan thành hai thùy: thùy trái (tương ứng với phân thùy bên) và thùy gan phải (tương ứng với 3 phân thùy giữa, trước, bên).



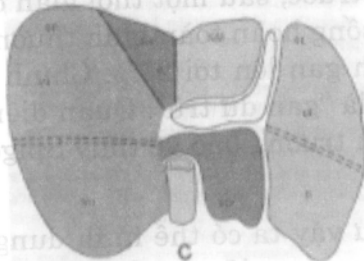
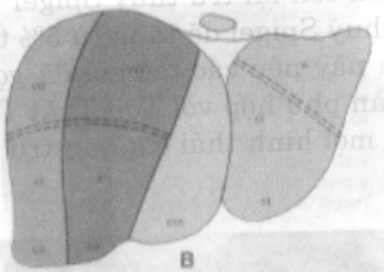
Hình 1.19. Phân chia phân thùy gan theo đường mặt.



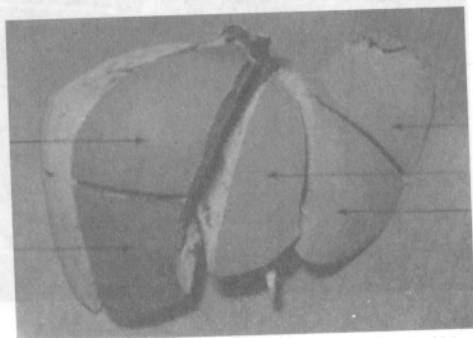
Hình 1.20. Phân chia phân thùy gan theo tĩnh mạch gan

Phân thùy bên được rãnh bên trái chia thành hai hạ phân thùy: II và III. Một đường ngang chia hai phân thùy bên phải thành 4 hạ phân thùy: V và VIII.

của phân thùy trước; còn VI và VII của phân thùy sau. Phân thùy giữa và phân thùy đuôi không chia nhỏ hơn (hình 1.21, 1.22). Như vậy gan có năm phân thùy (phân thùy bên, phân thùy giữa, phân thùy trước, phân thùy sau và phân thùy đuôi) và các hạ phân thùy II, III (phân thùy bên), VI, VII (phân thùy sau), V, VIII (phân thùy trước). Riêng phân thùy giữa và phân thùy đuôi không chia nhỏ thành hạ phân thùy.

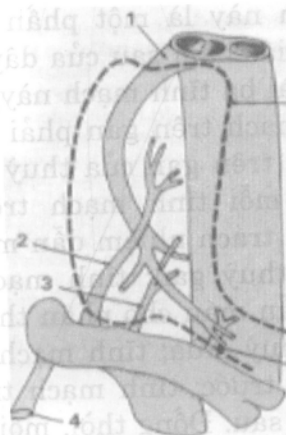


Hình 1.21. Phân chia phân thùy gan theo Tôn Thất Tùng.



Hình 1.22. Phân chia phân thùy gan theo Tôn Thất Tùng.

Phân thùy đuôi hoặc thùy Spigel là một đơn vị gan độc lập vì cuống của của nó bắt nguồn từ cả hai cuống bên phải và bên trái; đồng thời nó có một hệ tĩnh mạch trên gan riêng biệt (hình 1.23).



Hình 1.23. Thùy Spigel.



THƯ VIỆN
HUBT

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

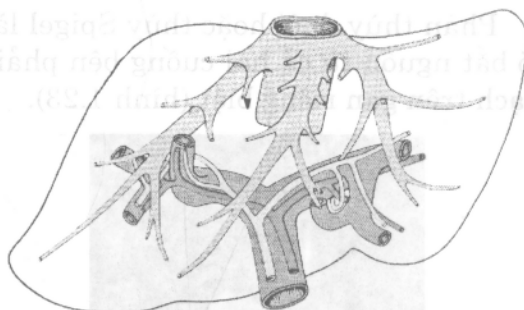
Thủy Spiegel có một vai trò sinh lý đặc biệt nhất là đóng góp cho việc bù trừ chức năng gan. Thực nghiệm của FOUKOU và JOYEUX trên chuột cho thấy thủy này có thể phát triển đáp ứng cho toàn bộ gan chuột nếu như ta cắt dần từng phần gan chuột đi (16). Thực nghiệm của FOUKOU và JOYEUX tiến hành cắt bỏ toàn bộ gan chuột trừ thủy Spiegel thì con chuột sẽ chết do suy gan vì thủy Spiegel không bảo đảm nổi chức năng của lá gan nhưng nếu bắt đầu cắt một nửa gan đi trước, sau một thời gian cắt nốt phần gan còn lại trừ thủy Spiegel thì con chuột sống hoàn toàn bình thường và thể tích thủy Spiegel đã tăng từ 5% toàn bộ thể tích gan lên tới 20%. Chính từ nghiên cứu này nên các tác giả đã gọi thủy Spiegel là “gan dự trữ”. Quan điểm này hoàn toàn phù hợp với Tôn Thất Tùng vì ông chủ trương bảo vệ thủy Spiegel tối đa trong mọi hình thái cắt gan trừ khi nó bị bệnh.

Như vậy ta có thể hình dung mối tương quan giữa tĩnh mạch gan, cuống Glisson; sự cấp máu, dẫn mật và dẫn máu trở về tim của gan trong sự tương quan với phân chia phân thủy gan qua hình 1.25.

Chúng tôi muốn trình bày thêm một chút về hệ thống tĩnh mạch trên gan. Có ba tĩnh mạch trên gan chính là các tĩnh mạch trên gan phải, giữa và trái. Tĩnh mạch trên gan giữa và trên gan trái trước khi đổ vào tĩnh mạch chủ dưới, hợp lại thành thân chung tĩnh mạch vì vậy chỗ thân tĩnh mạch này đổ vào tĩnh mạch chủ dưới làm cho tĩnh mạch chủ dưới rộng ra gần gấp rưỡi tĩnh mạch chủ dưới đoạn dưới gan. Mốc tìm thân chung tĩnh mạch này là một phần ba sau của tam giác bắm sau của dây chằng liềm. Ngoài ba tĩnh mạch này, còn có các tĩnh mạch trên gan phải phụ và tĩnh mạch trên gan của thủy Spiegel. Như vậy mỗi tĩnh mạch trên gan chính chịu trách nhiệm dẫn máu cho hai phân thủy gan: tĩnh mạch trên gan trái dẫn máu cho phân thủy bên và phân thủy giữa; tĩnh mạch trên gan giữa dẫn máu cho phân thủy giữa và phân thủy trước; tĩnh mạch trên gan phải dẫn máu cho phân thủy trước và phân thủy sau. Đồng thời, mỗi phân thủy gan cũng có hai hệ thống tĩnh mạch dẫn máu trở về: phân thủy sau có tĩnh mạch trên gan phải và tĩnh mạch trên gan phải phụ; phân thủy trước có tĩnh mạch trên gan phải và tĩnh mạch trên

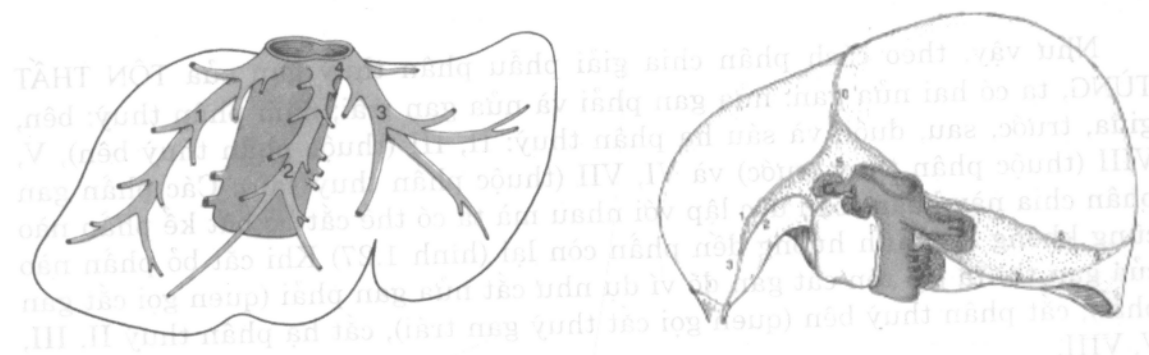


Hình 1.24. Phi đại bù trừ của phần đuôi thủy Spiegel



Hình 1.25. Tương quan tĩnh mạch trên gan và cuống Glisson.

gan giữa; phân thủy giữa có tĩnh mạch trên gan giữa và trên gan trái; phân thủy bên có tĩnh mạch trên gan trái và vòng nối với tĩnh mạch của thủy Spiegel (hình 1.26). Nhờ vậy đôi khi có trường hợp bất buộc phải thắt tĩnh mạch trên gan trong chấn thương như trường hợp của Depinto mà gan không bị hoại tử.



Hình 1.26. Hệ thống tĩnh mạch trên gan.



Hình 1.27. Tĩnh độc lập của các phần thủy và hệ phân thủy gan.



Hình 1.28. Cắt ba phần thủy.

Chương II

CÁC HÌNH THÁI CẮT GAN THEO PHƯƠNG PHÁP TÔN THẮT TÙNG

Như vậy, theo cách phân chia giải phẫu phân thủy gan của TÔN THẮT TÙNG, ta có hai nửa gan: nửa gan phải và nửa gan trái; năm phân thủy: bên, giữa, trước, sau, đuôi; và sáu hạ phân thủy: II, III (thuộc phân thủy bên), V, VIII (thuộc phân thủy trước) và VI, VII (thuộc phân thủy sau). Các phần gan phân chia này hoàn toàn độc lập với nhau mà ta có thể cắt bỏ bất kể phần nào cũng không làm ảnh hưởng đến phần còn lại (hình 1.27) Khi cắt bỏ phần nào của gan thì ta gọi tên cắt gan đó ví dụ như cắt nửa gan phải (quen gọi cắt gan phải), cắt phân thủy bên (quen gọi cắt thủy gan trái), cắt hạ phân thủy II, III, V, VIII.

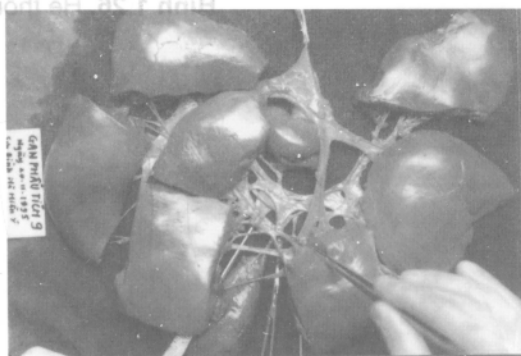
Theo TÔN THẮT TÙNG, có hai loại cắt gan: cắt gan rộng khi ta cắt từ hai phân thủy trở lên và cắt gan nhỏ khi ta cắt dưới một phân thủy. Dựa theo nguyên tắc này chúng tôi sắp xếp các hình thái cắt gan từ lớn đến bé gồm:

I. Cắt gan rộng.

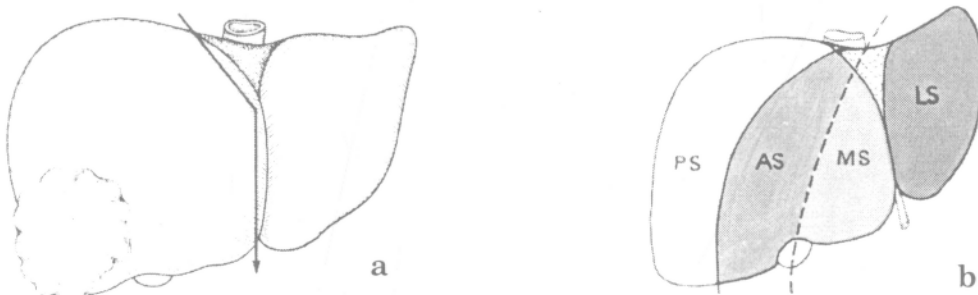
1.1. Cắt ba phân thủy gan

(Trisegmentectomy) (Hình 1.28a)

- Cắt 3 phân thủy bên phải hoặc cắt thủy gan phải kinh điển.
- Cắt ba phân thủy bên trái hoặc cắt nửa gan trái mở rộng vào toàn bộ phân thủy trước (hình 1.28b).



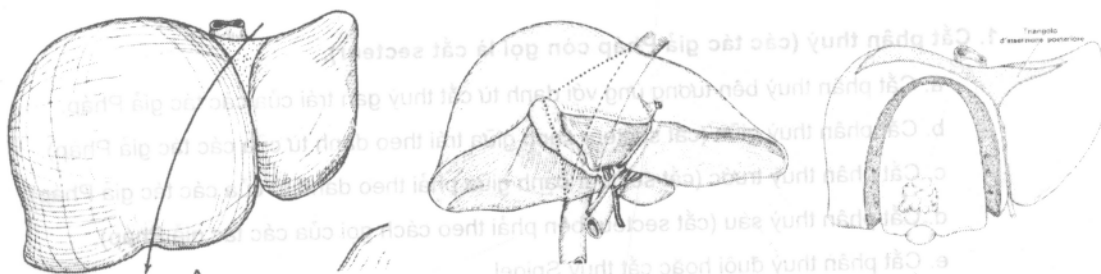
Hình 1.27. Tính độc lập của các phân thủy và hạ phân thủy gan.



Hình 1.28. Cắt ba phân thủy.

1.2. Cắt hai phân thùy gan (Bisegmentectomy) (hình 1.29)

- Cắt hai phân thùy bên phải hay cắt nửa gan phải.
- Cắt hai phân thùy bên trái hay cắt nửa gan trái.
- Cắt hai phân thùy giữa hay cắt hai phân thùy trước và giữa.

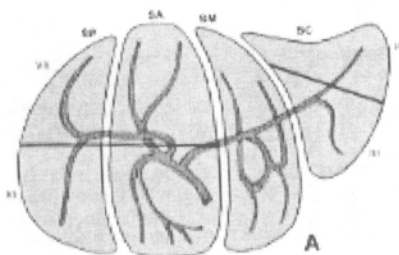


Hình 1.29. Cắt hai phân thùy.

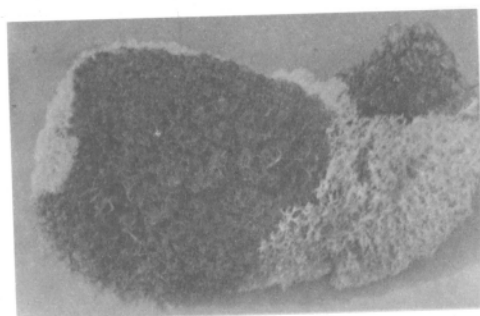
2. Cắt gan nhỏ.

2.1. Cắt phân thùy gan (Segmentectomy): Cắt phân thùy bên (hoặc cắt thùy gan trái kinh điển), cắt phân thùy giữa, cắt phân thùy trước, cắt phân thùy sau và cắt phân thùy đuôi (hoặc phân thùy lưng hoặc thùy Spigel) (Hình 1.30).

2.2. Cắt hạ phân thùy gan (Subsegmentectomy): II, III, V, VI, VII, VIII. (Hình 1.31).



Hình 1.30. Cắt phân thùy gan.



Hình 1.31. Các hạ phân thùy.

Để hiểu thêm các danh từ hiện nay đang sử dụng trong cắt gan, chúng tôi xin tóm tắt lại:

I. CẮT GAN RỘNG

1. Cắt ba phân thùy bên phải tương ứng với danh từ cắt thùy gan phải theo các tác giả Pháp.
2. Cắt ba phân thùy bên trái tương ứng với danh từ cắt gan trái mở rộng sang toàn bộ phân thùy trước theo các tác giả Pháp.



3. Cắt hai phân thủy bên phải tương đương với danh từ cắt gan phải của các tác giả Pháp hoặc cắt thủy gan phải theo danh từ của các tác giả Anh-Mỹ.
4. Cắt hai phân thủy bên trái tương đương với danh từ cắt gan trái của các tác giả Pháp và cắt thủy bên trái của các tác giả Anh-Mỹ.

II. CẮT GAN NHỎ.

1. Cắt phân thủy (các tác giả Pháp còn gọi là cắt secteur).

- a. Cắt phân thủy bên tương ứng với danh từ cắt thủy gan trái của các tác giả Pháp.
- b. Cắt phân thủy giữa (cắt secteur cạnh giữa trái theo danh từ của các tác giả Pháp).
- c. Cắt phân thủy trước (cắt secteur cạnh giữa phải theo danh từ của các tác giả Pháp).
- d. Cắt phân thủy sau (cắt secteur bên phải theo cách gọi của các tác giả Pháp).
- e. Cắt phân thủy đuôi hoặc cắt thủy Spiegel.

2. Cắt hạ phân thủy: tùy theo vị trí của hạ phân thủy cắt bỏ mà ta gọi. Cần lưu ý các tác giả Pháp gọi cắt hạ phân thủy là cắt phân thủy).

Chương III

NGUYÊN TẮC CƠ BẢN CỦA CẮT GAN THEO PHƯƠNG PHÁP TÔN THẤT TÙNG

1. Tư thế bệnh nhân và vị trí phẫu thuật viên

Gan là một tạng nằm trong ổ bụng nhưng lại nắp dưới khung xương sườn nên giống như nằm trong lồng ngực vì vậy cần phải có đường tiếp cận rộng rãi cùng với một tư thế thích hợp. Có nhiều đường mổ để sử dụng kể cả đường mổ ngực-hoành-bụng nhưng cho đến nay, các phẫu thuật viên đều dùng đường mổ dưới bờ sườn hai bên kể cả cắt gan lẫn ghép gan. Chúng tôi sử dụng đường mổ dưới bờ sườn hai bên cùng với gối đòn là đủ. Bệnh nhân nằm ngửa, đòn gối phía dưới lưng, bờ dưới của gối ngang với móm xương bả vai. Tư thế này làm phần vòm gan bộc lộ ra ngoài nhiều nhất sau khi mổ bụng. Nếu ta đặt gối đòn ở ngang thắt lưng thì vùng cuống gan được bộc lộ ra nhiều nhất trong khi vòm gan lại bị chui vào sâu làm cho các thao tác ở vòm gan cũng như khi đưa gan ra ngoài sẽ khó khăn hơn. Trong phẫu thuật cắt gan, khó khăn thường xảy ra ở vùng vòm gan vì vậy chúng tôi dùng gối đòn ở mức ngang hai móm xương bả vai. Một số trường hợp cắt gan bên phải, chúng tôi đặt gối theo chiều dài của người bệnh sát với cột sống. Tư thế này giúp cho bộc lộ gan phải dễ dàng hơn.

Phẫu thuật viên đứng đối diện với phần gan định cắt: nếu cắt phần gan bên trái thì phẫu thuật viên đứng bên phải và ngược lại. Đèn mổ đặt theo hướng cùng phía phẫu thuật viên.

2. Đường rạch da

Được sử dụng nhiều nhất là đường mổ bụng dưới bờ sườn hai bên. Phía gan bên nào định cắt thì đường mổ mở rộng sang bên đó. Đường rạch da cách dưới bờ sườn khoảng 1,5 cm. Nếu rạch cao quá sát bờ sườn khi đóng bụng sẽ khó khăn còn nếu rạch thấp quá, ruột sẽ bị phòi trong quá trình mổ. Nếu trường hợp u bên phải hoặc khó khăn, chúng tôi thường bắt đầu từ xương sườn XII. Một số trường hợp cắt thùy gan trái, chúng tôi chỉ cần dùng đường mổ giữa trên rốn kéo vòng qua bên phải xuống dưới rốn là đủ.

Sau khi vào ổ bụng, điều đầu tiên là phải thăm dò tình trạng toàn thể các tạng trong ổ bụng, đặc biệt là lách, cuống gan cũng như tình trạng tổn thương của gan.

Trong những trường hợp bị dính hay mổ lại, việc thăm dò đánh giá này được thực hiện sau khi gỡ dính xong. Nếu tổn thương cho phép cắt gan, việc làm tiếp theo là giải phóng gan.

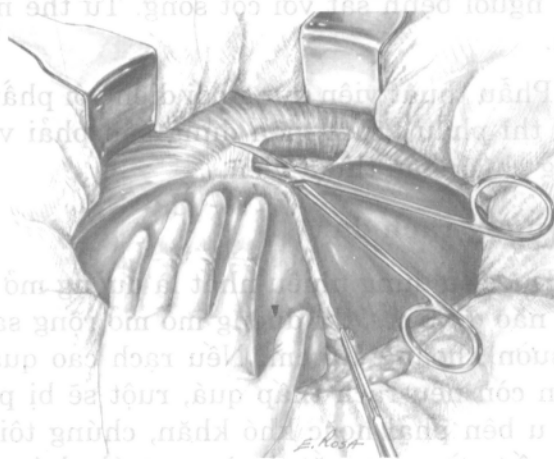
3. Giải phóng gan

Gan là một tạng nằm trong ổ bụng nhưng lại núp dưới bờ sườn nên phẫu trường rất sâu vì vậy nếu muốn thực hiện tốt phẫu thuật cắt gan, ta cần giải phóng gan tối đa để đưa gan ra ngoài. Trình tự giải phóng bao gồm dây chằng tròn, dây chằng liềm, dây chằng vành, dây chằng tam giác, mặt trên và mặt dưới gan.

3.1. Trước hết ta cắt và cắt dây chằng tròn. Dây chằng tròn là di tích của tĩnh mạch rốn nên thường có nhiều mạch máu vì vậy nó có thể là một trong những nguyên nhân gây chảy máu sau mổ nếu không được thắt buộc kỹ. Chúng tôi thường cắt dây chằng tròn giữa hai kẹp Kocher. Đầu ngoài kẹp sát thành bụng và khâu xuyên một sợi chỉ chắc để buộc còn đầu trong chúng tôi dùng một kẹp Kocher hoặc Kelly có răng dùng để kéo gan ra ngoài và khâu buộc sau khi đã hoàn thành công việc cắt gan.

3.2. Sau khi cắt và buộc đầu ngoài dây chằng tròn, ta tiến hành cắt dây chằng liềm. Lúc này người trợ thủ dùng hai banh Harman hoặc hai van trên vệ nhỏ nâng thành bụng hai bên dây chằng liềm, phẫu thuật viên dùng bàn tay trái áp lên vòm gan sao cho dây chằng liềm nằm giữa ngón tay trở và ngón tay giữa và hạ gan xuống làm dây chằng liềm được căng ra dưới hai lực đối nghịch rồi dùng dao điện cắt dây chằng liềm ở sát phần gan. Đốt điện cầm máu những chỗ chảy từ diện cắt. Điều quan trọng là ta phải bộc lộ được toàn bộ tam giác bám sau của dây chằng liềm (hình 1.32). Tam giác này được cấu tạo bởi chỗ dây chằng liềm toả sang hai bên nhập với hai dây chằng vành phải và trái.

Tam giác này là một mốc quan trọng trong cắt gan. Nếu ta chia tam giác này ra làm ba phần thì một phần ba phía đỉnh bên phải là mốc nhận biết tĩnh mạch chủ dưới nằm ngay ở phía sau của mốc này và hai phần ba tam giác bên trái là mốc nhận biết thân chung của tĩnh mạch trên gan giữa và trái, nằm ngay ở trong nhu mô của mốc này.



Hình 1.32. Giải phóng dây chằng liềm và bộc lộ tam giác bám sau.

3.3. Sau khi bộc lộ rõ ràng tam giác bám sau dây chằng liềm, ta giải phóng dây chằng vành và tam giác. Cần lưu ý có hai nguyên tắc phải tuyệt đối tôn trọng:

- Thứ nhất là cắt gan bên nào phải giải phóng toàn bộ dây chằng vành bên đó để có thể đưa gan ra ngoài dễ dàng và tránh tình trạng nếu giải phóng không tốt, khi đưa gan ra ngoài không những khó khăn mà còn



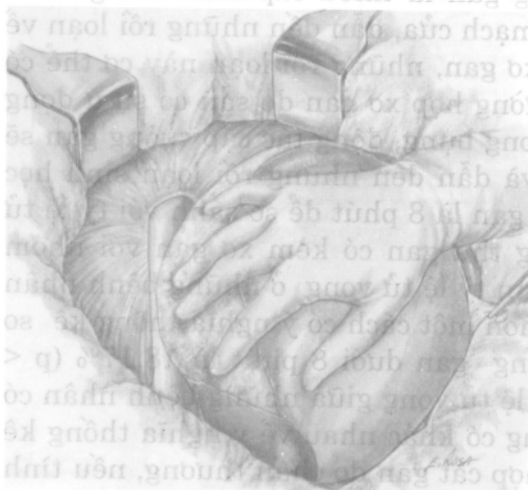
làm gấp góc tĩnh mạch chủ dưới gây cản trở máu về tim làm tụt lưu lượng tim có thể dẫn đến ngừng tim, nhất là đối với cắt gan bên trái.

- Thứ hai là không bao giờ giải phóng cả hai dây chằng vành đồng thời vì khi đưa gan ra ngoài, ta sẽ làm cho tĩnh mạch chủ dưới bị xoắn lại gây tụt khối lượng tuần hoàn và bệnh nhân bị ngừng tim. Như vậy nếu cắt gan bên phải ta chỉ giải phóng dây chằng vành phải và khi cắt gan bên trái, ta chỉ giải phóng dây chằng vành trái.

3.4. Cắt dây chằng vành phải, trong khi người phụ mổ kéo bờ sườn phải lên cao bằng hai van vệ, bàn tay trái của phẫu thuật viên đè vòm gan xuống và tay kia gỡ và cắt dây chằng vành phải từ bờ phải của tĩnh mạch chủ dưới. Khi giải phóng đến chỗ dây chằng vành phải rẽ ra sau, ta chuyển sang giải phóng dây chằng tam giác phải. Khi cắt dây chằng tam giác phải, người phụ 1 dùng kẹp Kelly cặp vào dây chằng tam giác nâng lên cho phẫu thuật viên cắt. Khi cắt xong dây chằng tam giác, phẫu thuật viên dùng tay bóc nốt dây chằng vành phải và phần gan phải nằm ngoài phúc mạc.

- **Khi cắt dây chằng tam giác trái**, người phụ thứ hai nâng thành bụng trước bằng van vệ, người phụ thứ nhất kéo dây chằng tròn ra ngoài, phẫu thuật viên dùng bàn tay trái đè vòm gan xuống và tay phải cắt ở giữa dây chằng vành trái, sau đó luồn một mèche từ trên xuống dưới để kéo thùy gan trái ra ngoài, làm cho việc cắt dây chằng này dễ dàng hơn. Say khi cắt xong dây chằng vành trái, ta cặp và cắt nốt dây chằng tam giác trái.

- **Giải phóng mặt dưới gan**. Mặt dưới gan phải cần giải phóng những chỗ góc đại tràng phải, mạc nối lớn dính vào. Khi mặt dưới gan phải được giải phóng toàn bộ, ta vén gan phải bắt buộc phải nhìn thấy được bờ phải của đoạn tĩnh mạch chủ dưới sau gan. Đây là điều bắt buộc phải làm để chắc chắn gan phải đã được hoàn toàn giải phóng (hình 1.33).



Hình 1.33. Kiểm tra giải phóng gan phải.



Hình 1.34. Mặt dưới thùy gan trái và cuống Arantius.



THƯ VIỆN
HUBT

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

- **Mặt dưới gan trái** hay nói chính xác hơn là mặt dưới của thùy trái (phân thùy bên) cần được giải phóng triệt để trong những trường hợp cắt gan do bệnh lý đường mật vì bệnh lý đường mật, kể cả những trường hợp mổ lần đầu, do quá trình viêm nhiễm, mặt dưới của thùy gan trái (phân thùy bên) thường dính vào với dạ dày vì vậy ta cần giải phóng mặt dưới của thùy gan trái (phân thùy bên) cho đến cuống Arantius (hình 1.34). Khi giải phóng tốt gan trái, với một kim Kelly kẹp vào dây chằng tròn và một cái ở dây chằng tam giác phần nằm ở gan, ta có thể kéo gan trái ra ngoài ổ bụng một cách dễ dàng để thao tác kỹ thuật cắt gan.

4. Chuẩn bị cuống gan

Sau khi phân gan dự định cắt bỏ đã được giải phóng, chúng ta chuẩn bị cuống gan để kẹp trong khi cắt gan. Kẹp cuống gan sẽ đảm bảo có một phẫu trường khô và tiết kiệm máu truyền. Với kỹ thuật cắt gan TÔN THẮT TÙNG, thời gian kẹp cuống gan của chúng tôi trong các trường hợp cắt gan do ung thư gan nguyên phát là $6,5 \text{ phút} \pm 1,5$; dao động từ 2 phút đến 13 phút. Có những thông báo trên y văn thế giới về thời gian kẹp cuống gan ở thân nhiệt bình thường có khi lên tới 24, thậm chí 65 phút của các tác giả DRAPANAS, JOLLY, POUYET, HUGET... (20.24). Bản thân chúng tôi cũng có một trường hợp kẹp cuống gan 77 phút trong phẫu thuật tái tạo lại tĩnh mạch trên gan giữa và trái do bị hẹp và huyết khối. Bệnh nhân sau mổ không bị di chứng nhưng chúng tôi vẫn cho rằng kẹp cuống gan có những nguy hiểm nhất định. Công trình thực nghiệm của TÔN ĐỨC LANG (2) cho thấy trên chó, khi kẹp cuống gan sẽ làm giảm huyết áp động mạch, tăng dần áp lực tĩnh mạch cửa. Nhiễm toan hỗn hợp rất đáng kể trong máu tĩnh mạch cửa, máu ngoại vi bị pha loãng trong khi máu tĩnh mạch cửa bị cô đặc do ứ đọng và xuất hiện những rối loạn đông máu như tiêu sợi huyết cấp tính hoặc đông máu rải rác trong lòng mạch.

Như vậy, hai nguy hiểm của kẹp cuống gan là thiếu cấp máu cho gan và quan trọng hơn là sự ứ trệ tuần hoàn tĩnh mạch cửa, dẫn đến những rối loạn về sinh học. Trong những trường hợp không xơ gan, những rối loạn này cơ thể có thể tự cân bằng lại nhưng trong những trường hợp xơ gan do sẵn có sự ứ đọng do tăng áp lực tĩnh mạch cửa ở các tạng trong bụng, động tác kẹp cuống gan sẽ làm nặng thêm rất nhiều sự ứ đọng này và dẫn đến những rối loạn sinh học nặng nề. Chúng tôi lấy thời gian kẹp cuống gan là 8 phút để so sánh với tỷ lệ tử vong của nhóm bệnh nhân cắt gan do ung thư gan có kèm xơ gan với nhóm không xơ gan cho thấy trong nhóm có xơ gan tỷ lệ tử vong ở những bệnh nhân kẹp cuống gan trên 8 phút là 68,75%, cao hơn một cách có ý nghĩa thống kê so với những bệnh nhân có thời gian kẹp cuống gan dưới 8 phút là 18,17% ($p < 0,001$). Trong khi ở nhóm không xơ gan, tỷ lệ tử vong giữa những bệnh nhân có thời gian kẹp gan trên và dưới 8 phút không có khác nhau về ý nghĩa thống kê (12,19% so với 10%). Trong những trường hợp cắt gan do chấn thương, nếu tình trạng bệnh nhân bị sốc sẽ làm nặng thêm nguy cơ kẹp cuống gan vì tình trạng sốc sẽ làm cho các tế bào gan rất nhạy cảm với thiếu oxy vì vậy trong chấn thương gan, chúng tôi hết sức tiết kiệm thời gian kẹp cuống gan.

Chuẩn bị cuống gan là một thao tác đơn giản: luồn ngón tay trở vào khe Winslow, phá vỡ lớp màng mỏng ở mạc nối nhỏ, dẫn đường cho dissector luồn từ mạc nối nhỏ vòng qua mặt sau cuống gan và thò ra ở khe Winslow, từ đó cặp vào ống thông Nelaton kéo ngược lại và toàn bộ cuống gan nằm trong ống thông Nelaton. Sau đó dùng một đoạn dây hút dài khoảng 10cm lồng ống thông Nelaton vào trong giống như cái thông lọng, khi cần cặp cuống gan, ta thít thông lọng lại bằng cách dùng 1 kẹp Kelly đẩy tới đa đoạn dây hút và kẹp lại. Để tiết kiệm thời gian cặp cuống gan, chúng tôi chỉ cặp sau khi đã khía xong đường rạch cắt gan trên bao Glisson.

5. Cắt gan

Sau khi cuống gan được chuẩn bị xong, ta đánh dấu xác định các điểm mốc ở mặt trên và mặt dưới để tạo thành mặt phẳng của diện cắt gan. Một nguyên tắc cần được tôn trọng tuyệt đối trong khi thực hiện cắt gan đó là nguyên tắc tôn trọng mặt phẳng do ta tạo nên. Muốn tạo một mặt phẳng thì cần có hai đường thẳng hoặc ba điểm vì vậy trong cắt gan phải luôn luôn kết hợp đường rạch ở mặt trên và mặt dưới để tạo mặt phẳng trong khi tìm kiếm các cuống mạch trong nhu mô để tránh diện cắt bị lẹm vào trong hay ra ngoài gây những tai biến của tĩnh mạch chủ hoặc là phải cắt lại diện cắt do phần nhu mô để lại không tương xứng với vùng cuống gan bị cắt bỏ.

Sau khi xác định các điểm mốc, ta dùng dao mổ khía nhẹ vỏ Glisson nối các điểm mốc lại. Sau khi khía xong, ta tiến hành cặp cuống gan.

Khi cuống gan đã cặp, ta phá vỡ nhu mô gan bằng bóp ngón tay hoặc dùng dụng cụ như kẹp Kelly to hoặc sóng siêu âm hoặc tia laser đi tìm các thành phần mạch máu của phần gan dự định cắt bỏ. Thông thường, mặt trên gan là địa giới của các vòng nối mạch máu và tĩnh mạch trên gan, mặt dưới gan là các thành phần của cuống Glisson. Ba thành phần của cuống Glisson (tĩnh mạch cửa, đường mật, động mạch gan) được cặp chung bằng một kẹp Kelly, trừ một số trường hợp đường mật dẫn to được kẹp riêng. Để tiết kiệm thời gian cặp cuống gan, chúng tôi thường mở cặp cuống gan sau khi cặp cắt cuống Glisson. Tuy nhiên cuống gan mở sớm thường gây mất máu do máu chảy qua diện cắt vì vậy chúng tôi thường cặp cuống gan cho đến khi cầm máu xong một số mũi ở nhu mô vừa để cầm máu, vừa để làm dây kéo khi cần thiết (fils de traction).

6. Cầm máu diện cắt

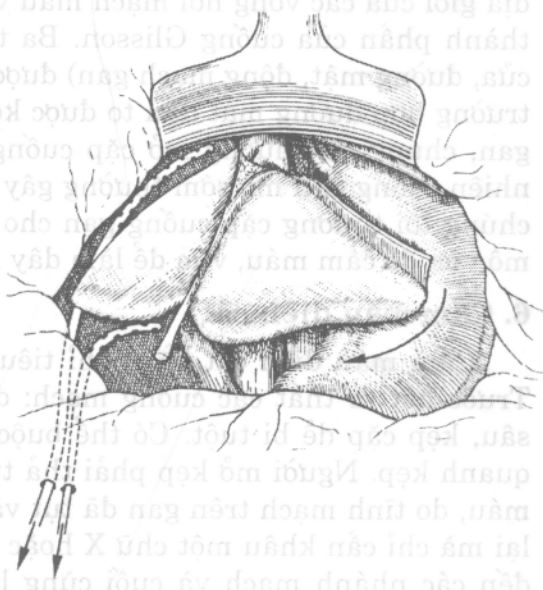
Cầm máu diện cắt bằng chỉ tiêu chậm. Chúng tôi thường dùng chỉ vicryl. Trước hết ta thấy các cuống mạch: đầu tiên là tĩnh mạch trên gan vì nó nằm sâu, kẹp cặp dễ bị tuột. Có thể buộc trực tiếp hoặc khâu xuyên rồi buộc vòng quanh kẹp. Người mở kẹp phải thả từ từ. Nếu đứt chỉ hay buộc bị lỗi làm chảy máu, do tĩnh mạch trên gan đã tụt vào nhu mô nên ta không cần tìm nó để cặp lại mà chỉ cần khâu một chữ X hoặc chữ U vào nhu mô là đủ cầm máu. Sau đó đến các nhánh mạch và cuối cùng là khâu buộc cuống Glisson. Bao giờ cũng khâu xuyên cả ba thành phần rồi buộc xung quanh. Nếu cuống này to, ta khâu một sợi ở gần phía đầu kẹp và một mũi ở gần chỗ cuối, buộc đồng thời quanh kẹp giống như móc xích, tạo sự vững chắc và tròn vẹn cho mũi khâu. Trong

trường hợp cắt gan do sỏi mật, sau khi ta buộc tĩnh mạch cửa và động mạch gan, ta khâu vết hai lần đi – về (aller – retour) đường mật để đảm bảo độ kín và khi bơm rửa, ta kiểm tra lần nữa độ kín của điểm khâu này. Sau khi đã buộc tất cả các kẹp, ta dùng một miếng gạc lớn hoặc một đùm bông hấp chèn một lúc lên diện cắt rồi khâu bổ sung những chỗ chảy máu sau khi lấy gạc hoặc bông ra. Nếu gan không xơ và không có rối loạn đông máu, thường không cần khâu bổ sung nhưng trong trường hợp xơ gan hoặc có biến loạn đông máu, ta cần khâu bổ sung các mũi chữ U hoặc chữ X. Tránh buộc quá mạnh làm rách phần nhu mô gan không được vỏ Glisson bao phủ. Khắc phục tình trạng này, ta có thể đưa mạc nối lên để khâu độn vào phần gan không có vỏ Glisson che phủ, tạo sự vững chắc cho nút buộc.

7. Dẫn lưu và đóng bụng

Sau khi cầm máu đạt được, ta rửa ổ bụng bằng huyết thanh pha Betadine và đặt dẫn lưu. Về sinh lý ổ bụng, áp lực âm tính nhất trong khoang màng bụng là dưới cơ hoành do hoạt động của cơ hoành như hai bơm hút làm cho áp lực ở đây âm tính tương tự trong khoang màng phổi cho nên nếu dẫn lưu không đúng quy cách thì dịch tiết và máu chảy sau mổ không thoát ra được sẽ gây nên áp xe dưới cơ hoành. Chúng tôi thường đặt hai dẫn lưu: một xuống phía dưới, một nằm trên vòm gan và cả hai dẫn lưu đều được hút liên tục như dẫn lưu màng phổi. Nếu cần, có thể luồn một catheter vào lòng ống dẫn lưu ở phía vòm gan để tưới rửa huyết thanh pha Betadine hoặc kháng sinh trong những trường hợp cần thiết. Lúc này chỉ cần hút liên tục ống dẫn lưu đặt ở phía thấp. Dẫn lưu rút sau 48 giờ nếu không dò mật. Nếu dò mật (hầu như không bao giờ xảy ra - vì khi ta sử dụng đường cắt gan qua nhu mô thì các thành phần của đường mật không bao giờ bị bỏ sót - trừ một số hãn hữu trường hợp chấn thương hoặc sỏi gan), ta để bệnh nhân nằm tư thế đầu thấp, chân cao và hút liên tục sẽ tránh viêm phúc mạc mật và áp xe dưới cơ hoành sau đó tùy thuộc vào lượng mật dò ra để quyết định điều trị bảo tồn hay can thiệp lại.

Một điểm cần lưu tâm sau khi cắt gan phải hoặc cắt thùy gan phải, có một khoảng trống giữa diện cắt với thành bụng bên, dễ gây áp xe dưới cơ hoành. Để khắc phục, thường một số tác giả dùng đại tràng hoặc mạc nối để lấp đầy khoảng trống này. Năm 1982, HUGUET và MOUIEL đề xuất kỹ thuật chuyển gan trái sang phải bằng cách cắt dây chằng liềm và tam giác trái mà chúng tôi sử dụng rất có hiệu quả (hình 1.35).



Hình 1.35. Kỹ thuật chuyển gan trái sang phải của Huguet.

Chương IV

MỘT SỐ KỸ THUẬT CẮT GAN THƯỜNG SỬ DỤNG

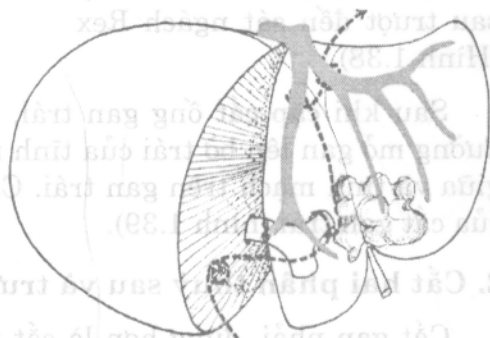
Vì trong cuốn sách cắt gan của Giáo Sư TÔN THẤT TÙNG đã nêu đầy đủ các loại hình cắt gan nên chúng tôi chỉ trình bày ở đây một số thể loại cắt gan thường sử dụng trong điều trị bệnh lý hoặc chấn thương gan.

1. Cắt hai phân thùy bên và giữa hoặc cắt gan trái

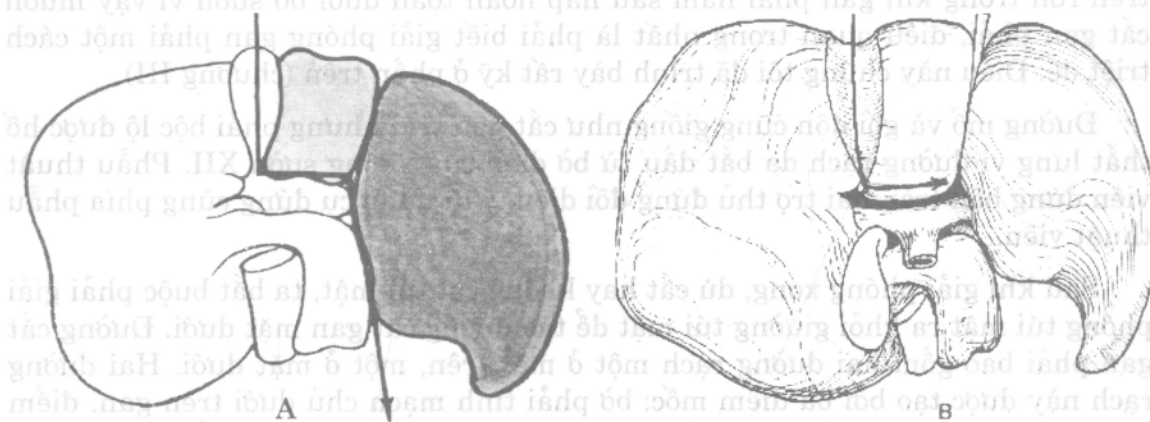
Cắt gan trái (theo tiếng Pháp là hépatectomie gauche) là cắt bỏ hai phân thùy bên và giữa. Các nước Anh Mỹ gọi hình thái này là cắt thùy gan trái (left lobectomy) trong khi các tác giả Pháp gọi cắt thùy gan trái nghĩa là cắt bỏ phân thùy bên. Trình tự cắt gan trái theo kỹ thuật Tôn Thất Tùng gồm 1. mở rãnh giữa; 2. cặp và cắt cuống gan trái; 3. cặp và cắt tĩnh mạch trên gan giữa; 4. cặp và cắt tĩnh mạch trên gan trái (hình 1.36).

1.1. Vị trí phẫu thuật viên: đường mổ bụng, kỹ thuật và nguy cơ của giải phóng gan trái được mô tả ở chương III.

1.2. Chuẩn bị đường rạch cắt gan: ở mặt trên, nối từ mốc thứ nhất là bờ trái của tĩnh mạch chủ dưới với mốc thứ hai là điểm giữa của hố túi mật sau đó đi vào giữa hố túi mật, khi còn cách cuống gan chung khoảng 1cm, đường rạch này đi song song với rãnh Halley đến sát gốc dây chằng tròn và từ đó đi theo khe Arantius (hình 1.37).



Hình 1.36. Các thi mổ cắt gan trái theo phương pháp Tôn Thất Tùng.

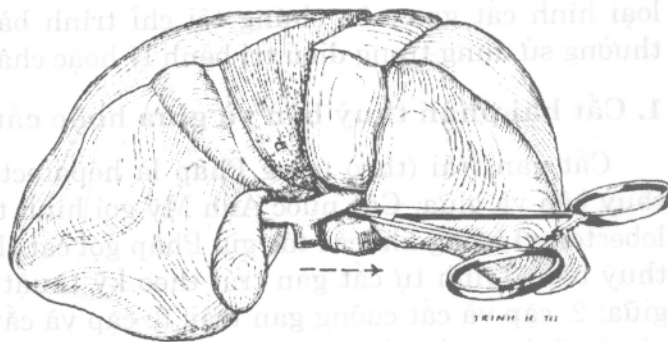


Hình 1.37. Đường rạch cắt gan trái mặt dưới.



Sau khi đánh dấu đường rạch bằng một khía nhẹ dao mổ lên vừa đủ cửa đứt bao Glisson, ta cặp cuống gan và tiến hành cắt gan.

1.3. Cắt gan: để mở rãnh giữa, ta bóp ngón tay hoặc dùng kẹp Kelly bóp vỡ nhu mô gan đi vào rãnh giữa. Lớp đầu tiên ta gặp là những mạch phụ của vòng nối giữa phân thủy giữa với phân thủy trước, sau đó ta đi dần vào nhu mô gan để gặp các nhánh của tĩnh mạch trên gan giữa. Sau khi cặp và cắt các nhánh tĩnh mạch trên gan giữa, ta đi vào cuống Glisson. Để bảo đảm an toàn cho 25% trường hợp ống phân thủy sau đổ sang ống gan trái, khi cặp cuống gan trái, ta đi sát vào bên phải ngách Rex vì theo nghiên cứu giải phẫu, không bao giờ ống gan phân thủy sau trượt đến sát ngách Rex (Hình 1.38).



Hình 1.38. Cặp cắt cuống gan trái ở sát ngách Rex.

Sau khi cặp cắt ống gan trái, rãnh giữa được mở hoàn toàn và ta đi theo đường mở gan lên bờ trái của tĩnh mạch chủ dưới, ta sẽ gặp tĩnh mạch trên gan giữa và tĩnh mạch trên gan trái. Cặp và cắt hai tĩnh mạch này là thì cuối cùng của cắt gan trái (hình 1.39).

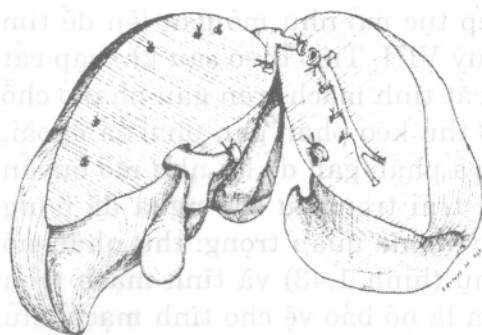
2. Cắt hai phân thủy sau và trước hoặc cắt gan phải

Cắt gan phải, đúng hơn là cắt nửa gan phía bên phải là phẫu thuật cắt bỏ hai phân thủy : phân thủy sau và phân thủy trước. Các tác giả Pháp gọi phẫu thuật này là hémi-hépatectomie droite còn các tác giả Anh-Mỹ gọi phẫu thuật này là right lobectomy. Tuy cùng là cắt hai phân thủy nhưng cắt gan phải khó khăn hơn cắt gan trái nhiều vì gan trái nằm ngay phía trước chính giữa vùng trên rốn trong khi gan phải nằm sâu nắp hoàn toàn dưới bờ sườn vì vậy muốn cắt gan phải, điều quan trọng nhất là phải biết giải phóng gan phải một cách triệt để. Điều này chúng tôi đã trình bày rất kỹ ở phần trên (chương III).

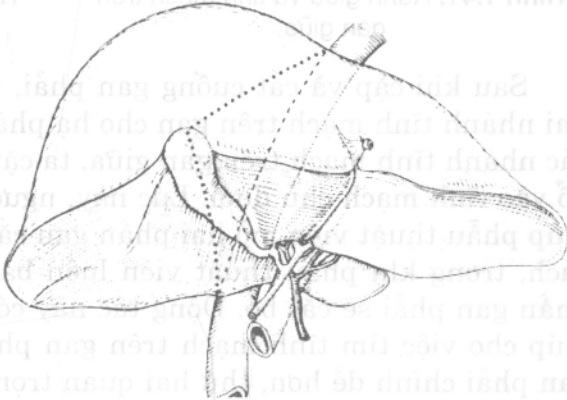
Đường mổ và gối đòn cũng giống như cắt gan trái nhưng phải bộc lộ được hố thất lưng vì đường rạch da bắt đầu từ bờ dưới của xương sườn XII. Phẫu thuật viên đứng bên trái, hai trợ thủ đứng đối diện, y tá dụng cụ đứng cùng phía phẫu thuật viên.

Sau khi giải phóng xong, dù cắt hay không cắt túi mật, ta bắt buộc phải giải phóng túi mật ra khỏi giường túi mật để tạo đường cắt gan mật dưới. Đường cắt gan phải bao gồm hai đường rạch một ở mặt trên, một ở mặt dưới. Hai đường rạch này được tạo bởi ba điểm móc: bờ phải tĩnh mạch chủ dưới trên gan, điểm giữa hố túi mật và phần đuôi của thùy Spiegel (Hình 1.40). Ba điểm này sẽ tạo

thành một mặt phẳng cắt gan phải để tránh nguy cơ phạm vào tĩnh mạch chủ dưới đoạn sau gan. Phân tích những trường hợp phạm vào tĩnh mạch chủ dưới, phần lớn do phẫu thuật viên không tôn trọng mặt phẳng này mà chỉ dựa vào đường rạch ở mặt trên nên mặt phẳng cắt gan bị chéo vào phía trong đúng vào mặt trước của tĩnh mạch chủ dưới. Tai biến này thường gặp ở các khối u nằm ở trung tâm hoặc mặt sau gan phải. Nguyên lý mặt phẳng tạo bởi ba điểm hoặc hai đường thẳng phải luôn được lưu tâm trong cắt gan phải để bảo vệ an toàn cho tĩnh mạch chủ dưới đoạn sau gan.

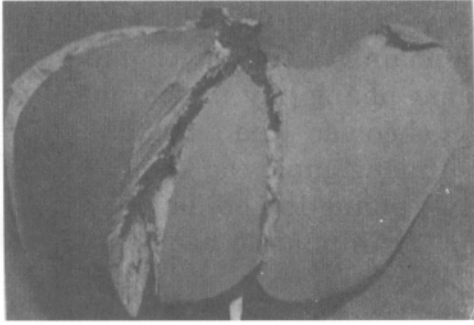


Hình 1.39. Tĩnh mạch trên gan giữa và trái đã được kẹp và cắt

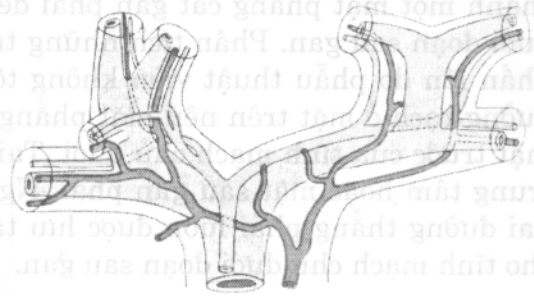


Hình 1.40. Mặt phẳng cắt gan phải.

Sau khi rạch đường đánh dấu tam giác cắt gan phải bằng đường khía đứt bao Glisson, ta kẹp cuống gan và tiến hành mở nhu mô gan để cắt gan. Thoạt đầu ta mở rãnh giữa theo đường đánh dấu để tìm và buộc các nhánh của tĩnh mạch trên gan giữa (hình 1.41). Thông thường ta sẽ gặp hai nhánh của tĩnh mạch này cho hạ phân thùy V hoặc thân của tĩnh mạch này. Kẹp và cắt tiếp tục đi sâu vào nhu mô gan theo mặt phẳng tạo bởi hai đường mặt trên và mặt dưới gan. Khi vào đến trung tâm, ta bắt đầu tìm cuống Glisson của gan phải. Cần nhớ lại về giải phẫu: cuống gan phải rất ngắn so với cuống gan trái (Hình 1.42) vì vậy để bảo đảm an toàn không làm hẹp cuống gan trái khi cắt gan phải, chúng ta nên kẹp riêng cuống phân thùy sau và phân thùy trước ở trong nhu mô gan vì nếu làm như vậy, những trường hợp không có cuống gan phải do cuống phân thùy sau và phân thùy trước đổ chung vào cuống gan trái (trifurcation), ta vẫn bảo đảm an toàn tuyệt đối cho cuống gan trái. Để tìm cuống gan phải trong nhu mô gan một cách dễ dàng, chúng tôi luôn ngón tay trở của bàn tay phải theo bờ trên của cuống này cùng với ngón tay trở của bàn tay trái đi ngược lại từ phần đuôi của thùy Spigel. Khi hai ngón tay gặp nhau, ta luôn ngón tay trở của bàn tay phải ra ngoài và như vậy, toàn bộ cuống gan phải nằm trong ngón tay và chỉ cần kẹp lại.



Hình 1.41. Rãnh giữa và tĩnh mạch trên gan giữa.

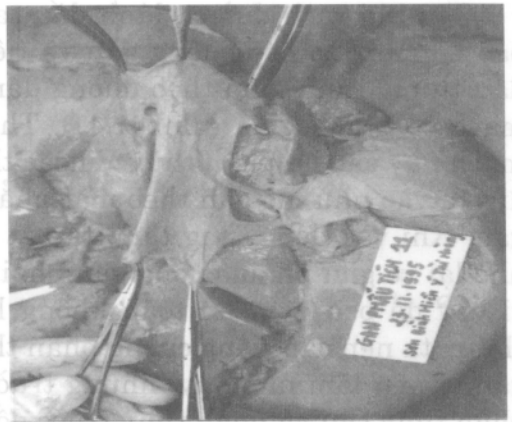


Hình 1.42. Cuống gan phải và cuống gan trái.

Sau khi cặp và cắt cuống gan phải, ta tiếp tục mở nhu mô gan lên để tìm hai nhánh tĩnh mạch trên gan cho hạ phân thùy VIII. Tiếp theo sau khi cặp cắt các nhánh tĩnh mạch trên gan giữa, ta cặp và cắt tĩnh mạch trên gan phải ở chỗ đổ vào tĩnh mạch chủ dưới. Lúc này, người trợ thủ kéo phần gan phải ra ngoài, giúp phẫu thuật viên mở hai phần gan cắt bỏ và phần gan để lại như mở quyển sách, trong khi phẫu thuật viên luôn bàn tay trái trong tư thế ngửa để nâng phần gan phải sẽ cắt bỏ. Động tác này có hai ý nghĩa quan trọng: thứ nhất, nó giúp cho việc tìm tĩnh mạch trên gan phải phụ (hình 1.43) và tĩnh mạch trên gan phải chính dễ hơn, thứ hai quan trọng hơn là nó bảo vệ cho tĩnh mạch chủ dưới đoạn sau gan. Phẫu thuật viên chỉ thao tác cặp cắt những phần gan ở phía trên lòng bàn tay vì mặt sau bàn tay dọc theo bờ ngón út chính là vị trí của tĩnh mạch chủ dưới đoạn sau gan.



Hình 1.43. Tĩnh mạch trên gan phải và tĩnh mạch trên gan phải phụ đổ vào TMCD.



3. Cắt hai phân thùy trước và giữa hoặc cắt thùy gan giữa

Phẫu thuật này được Park và Miller thực hiện lần đầu tiên năm 1961, cắt bỏ phân thùy trước và phân thùy giữa.



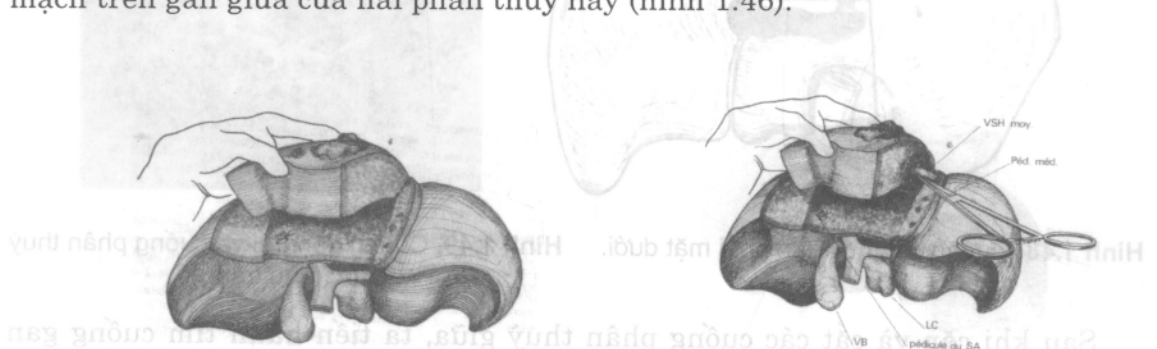
Hình 1.44. Cắt hai phân thùy trước và giữa.

Đường rạch mặt trên bắt đầu theo bờ phải của dây chằng liềm rồi vòng theo phía trước của chỗ bám của dây chằng vành phải đến trước chỗ dây chằng vành phải vòng ra sau, ta rạch song song với rãnh bên phải 1cm. Mặt dưới ta nối đường rạch ở mặt trên, bên trái theo luống Arantius đến mặt trước cuống gan rồi đi song song với bờ trước cuống gan, đi vượt qua phía trước khe ngang bên phải của Gan để nối với đường rạch ở phía trước rãnh bên phải (hình 1.44) Sau khi cặp cuống gan, ta mở nhu mô bên phải rãnh rốn để cặp, cắt cuống Glisson phân thùy giữa rồi phía trái rãnh bên phải để cặp, cắt cuống Glisson phân thùy trước (hình 1.45).



Hình 1.45. Cặp cắt cuống phân thùy giữa và trước.

Sau khi các cuống Glisson của hai phân thùy được cắt, ta mở nhu mô gan lên phía trên để cặp và cắt các nhánh tĩnh mạch trên gan phải và thân tĩnh mạch trên gan giữa của hai phân thùy này (hình 1.46).



Hình 1.46. Cặp và cắt nhánh TM trên gan phải và thân TM trên gan giữa.



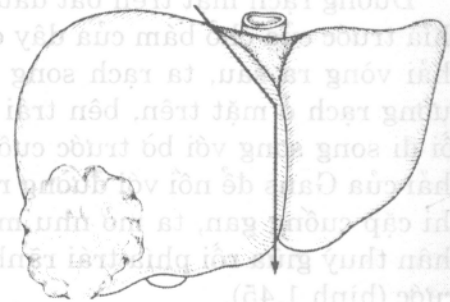
THƯ VIỆN
HUBT

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

4. Cắt ba phân thủy bên phải hoặc cắt thủy gan phải.

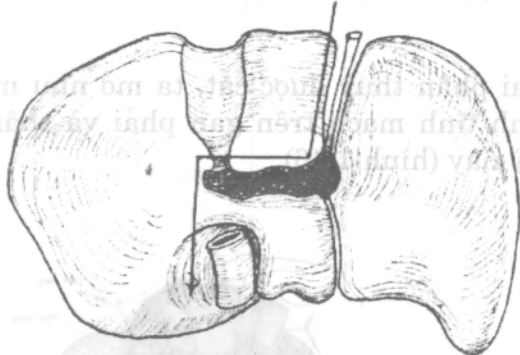
Cắt thủy gan phải có nghĩa là lấy bỏ ba phân thủy giữa, trước và sau của gan, cùng với tĩnh mạch trên gan giữa, tĩnh mạch trên gan phải phụ. Sau khi cắt bỏ, gan còn lại duy nhất hai phân thủy : phân thủy bên (thủy trái) và phân thủy đuôi (thủy Spigel). Các tác giả Pháp gọi phẫu thuật này là lobectomie droite totale trong khi các tác giả Anh-Mỹ gọi phẫu thuật này là cắt ba phân thủy bên phải (right, tri-segmentectomy). Phẫu thuật này được Lortat-Jacob thực hiện lần đầu tiên, công bố năm 1952.

Đường rạch mặt trên tương đối đơn giản: đi theo bờ phải của dây chằng liềm, bắt đầu từ bờ phải của tĩnh mạch chủ dưới (hình 1.47). Mặt dưới phức tạp hơn vì đây là một đường rạch hình lưỡi lê: bắt đầu từ đường rạch nối tiếp với đường rạch mặt trên tại bờ trước, bên phải dây chằng tròn, nó đi song song với cuống Arantius rồi cách cuống gan trái 1cm, đường rạch song song với bờ trước của khe cuống gan. Đến giữa hố túi mật, đường rạch giống như đường cắt gan phải (hình 1.48).



Hình 1.47. Cắt thủy gan phải: đường rạch mặt trên.

Sau khi rạch đánh dấu đường cắt gan, ta tiến hành cặp cuống gan để cắt gan. Trước hết ta mở bên phải rãnh rốn của để tìm, cặp và cắt cuống Glisson của phân thủy giữa. Phân thủy này thường có ba cuống: một ở bên phải ngách Rex, một ở cuống gan trái sát rãnh giữa và một ở chỗ cuống gan trái trước khi chia nhánh cho hạ phân thủy II (hình 1.49).

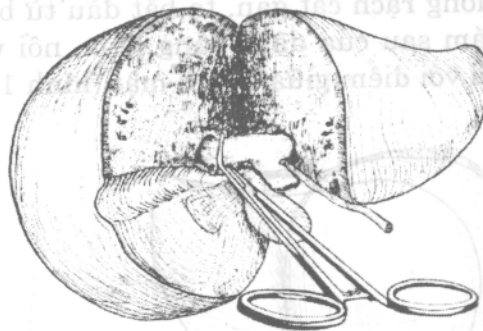
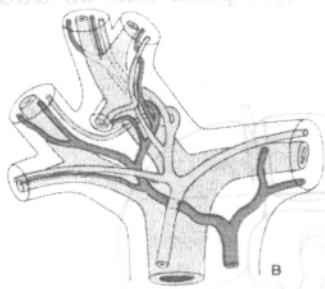


Hình 1.48. Đường cắt thủy gan phải mặt dưới.



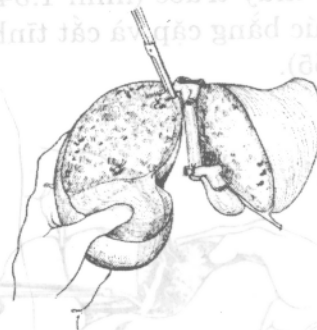
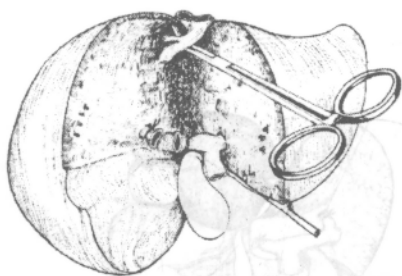
Hình 1.49. Cuống gan trái và cuống phân thủy giữa (màu trắng).

Sau khi cặp và cắt các cuống phân thủy giữa, ta tiến hành tìm cuống gan phải ở trong nhu mô và để bảo đảm an toàn tuyệt đối cho cuống gan trái, bao giờ chúng tôi cũng cặp riêng cuống phân thủy trước và phân thủy sau để đề phòng trường hợp ống gan phân thủy trước và phân thủy sau đổ cùng vào ống gan trái tại điểm hợp lưu (hình 1.50).



Hình 1.50. Giải phẫu và cặp cắt cuống gan phải.

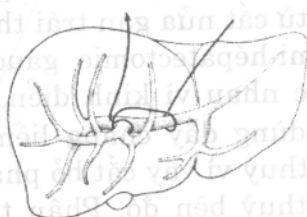
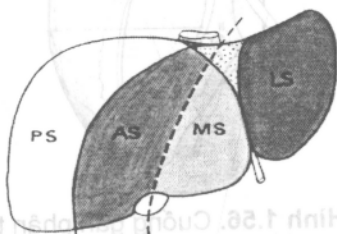
Sau khi cặp cắt cuống gan phải, ta kết thúc phẫu thuật cắt thủy gan phải bằng việc cặp, cắt tĩnh mạch trên gan giữa và tĩnh mạch trên gan phải trong nhu mô gan (hình 1.51).



Hình 1.51. Cặp cắt TM trên gan giữa và TM trên gan phải.

5. Cắt ba phân thủy bên trái hoặc cắt gan trái mở rộng sang toàn bộ phân thủy trước

Trong các tác giả công bố kỹ thuật này trên y văn, TÔN THẤT TÙNG là người đầu tiên và sau đó là T. STARLZ. Kỹ thuật này phải tìm cặp cuống Glisson của phân thủy trước, cuống gan trái và tĩnh mạch trên gan giữa và tĩnh mạch trên gan trái, tương đương với kỹ thuật cắt ba phân thủy bên phải hoặc cắt thủy gan phải (hình 1.52).



Hình 1.52. Cắt ba phân thủy bên trái.



THƯ VIỆN
HUBT

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

Đường rạch cắt gan, ta bắt đầu từ bờ trái của tĩnh mạch chủ dưới trên tam giác bắm sau của dây chằng liềm, nối với điểm giữa của góc phải của bờ dưới gan nối với điểm giữa hố túi mật (hình 1.53).

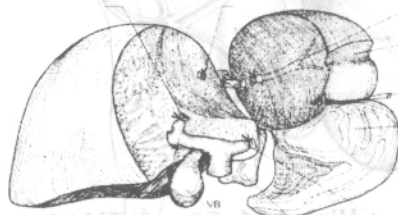


Hình 1.53. Đường rạch cắt ba phân thùy bên trái.

Sau khi cặp cuống gan, ta mở nhu mô gan để tìm cặp và cắt cuống Glisson của phân thùy trước (hình 1.54) rồi tiếp đến là cuống gan trái ở sát ngách Rex và kết thúc bằng cặp và cắt tĩnh mạch trên gan giữa và tĩnh mạch trên gan trái (hình 1.55).



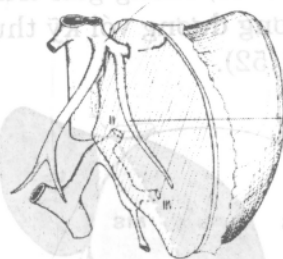
Hình 1.54. Tìm cuống phân thùy trước.



Hình 1.55. Cắt ba phân thùy bên trái.

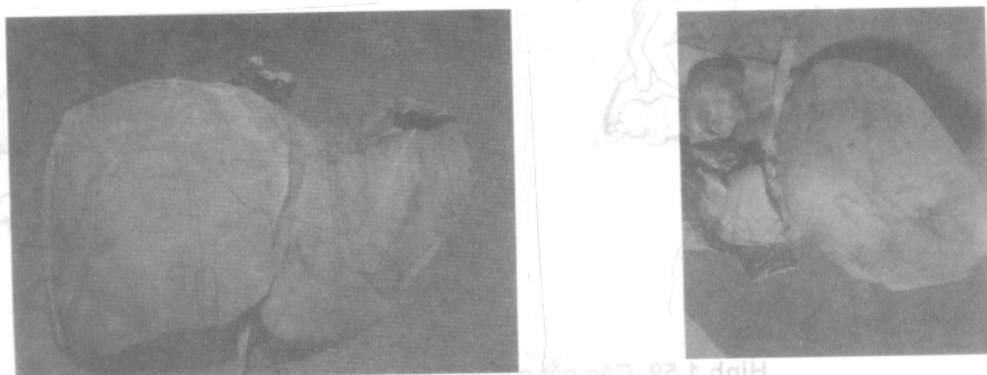
6. Cắt phân thùy bên hoặc cắt thùy gan trái kinh điển

Nếu ta đọc sách Pháp ngữ, cắt phân thùy bên được gọi là cắt thùy gan trái trong khi đó đọc sách Anh ngữ, cắt thùy gan trái (left lobectomy) được hiểu là cắt hai phân thùy bên và giữa, tương đương với từ cắt nửa gan trái theo sách Pháp ngữ (hémi-hépatectomie gauche). Sở dĩ có sự khác nhau vì kinh điển, các tác giả châu Âu dùng dây chằng liềm chia gan thành hai thùy vì vậy cắt bỏ phần nào được gọi là cắt thùy bên đó. Phân thùy bên gồm hai cuống Glisson II và III cùng với tĩnh mạch trên gan trái (hình 1.56).



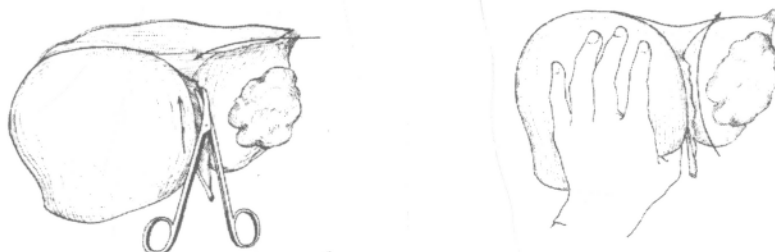
Hình 1.56. Cuống gan phân thùy bên (thùy gan trái)

Cắt thủy gan trái là một phẫu thuật dễ dàng vì cả mặt trên lẫn mặt dưới đều có mốc tự nhiên: mặt trên là chỗ bám của dây chằng liềm và mặt dưới là lỗ Arantius (hình 1.57).



Hình 1.57. Mốc giới phân thủy bên (thủy gan trái)

Vì sự dễ dàng này nên có một số phẫu thuật viên không cặp cuống gan. Chúng tôi luôn sử dụng cặp cuống gan để tránh truyền máu. Có thể cặp toàn bộ cuống gan nhưng cũng có thể dùng một clamp dạ dày cặp dọc theo dây chằng liềm. Cần lưu ý đến những trường hợp khó khăn trong cắt phân thủy bên là do dính ở mặt dưới vì vậy, việc giải phóng gan đặc biệt là mặt dưới thủy trái chính là một động tác bảo đảm an toàn cho cắt phân thủy bên hoặc cắt thủy gan trái.

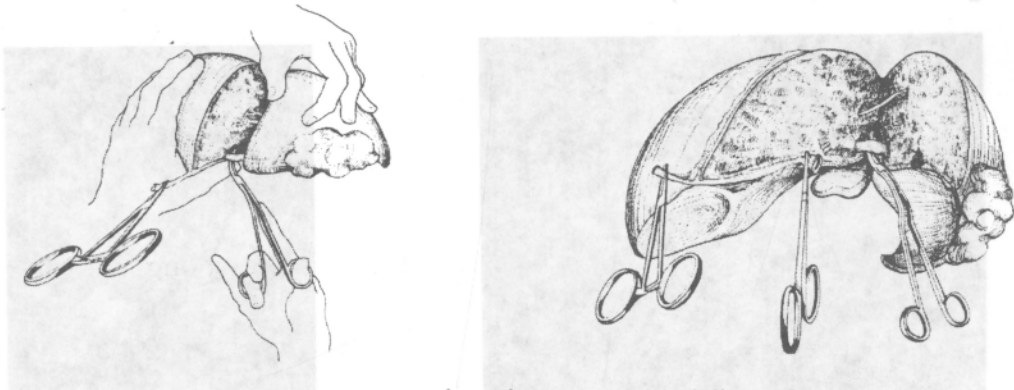


Hình 1.58. Giải phóng và đường rạch cắt phân thủy bên.

Sau khi rạch đường đánh dấu cắt gan, cách mốc giới tự nhiên 0,5cm (hình 1.58), ta cặp cuống gan rồi bóp nhu mô gan từ nông vào sâu bộc lộ thành phần đầu tiên là cuống Glisson hạ phân thủy III. Cuống này thường có hai nhánh. Cần nhớ lại giải phẫu là tĩnh mạch của hạ phân thủy III xuất phát từ sừng trước của ngách Rex vì vậy khi cặp cuống này, ta phải nhìn rõ đầu pince đã cặp hết bờ bên kia để tránh trường hợp ta cặp lẹm vào ngách Rex. Sau khi cặp, cắt hai cuống của hạ phân thủy III, ta tiếp tục đi vào cuống Glisson hạ phân thủy II. Trước khi đến cuống này, thường ta phải cặp cắt một nhánh lớn của tĩnh mạch trên gan trái đi vào giữa vùng phân chia hạ phân thủy II và III. Mặt trên là các thành phần tĩnh mạch trên gan còn mặt dưới gan là các thành phần của cuống Glisson. Sau khi cặp cắt cuống hạ phân thủy II, ta kết thúc phẫu thuật



bằng cặp và cắt tĩnh mạch trên gan trái đoạn trong nhu mô sát bờ trái của tĩnh mạch chủ dưới (hình 1.59).



Hình 1.59. Cặp cắt cuống Glisson III và II.

Hình 1.57. Móc giữ phần thủy bân (thủy gan trái)

Vì sự dễ dàng này nên có một số phẫu thuật viên không cặp cuống gan. Chúng tôi luôn sử dụng cặp cuống gan để tránh truyền máu. Có thể cặp toàn bộ cuống gan nhưng cũng có thể dùng một clamp để cặp dọc theo dây chằng liên. Cần lưu ý đến những trường hợp khó khăn trong cắt phần thủy bân là do dính ở mặt dưới vì vậy, việc giải phóng gan đặc biệt là mặt dưới thủy bân chính là một động tác bảo đảm an toàn cho cắt phần thủy bân hoặc cắt thủy gan trái.



Hình 1.58. Giải phóng và đường tách cắt phần thủy bân.

Sau khi tách đường đánh dấu cắt gan, cách móc giữ tự nhiên 0,5cm (hình 1.58), ta cặp cuống gan rồi bóp nhu mô gan từ nông vào sâu dọc lộ thành phần đầu tiên là cuống Glisson hạ phân thủy III. Cuống này thường có hai nhánh. Cần nhớ lại giải phẫu là tĩnh mạch cửa hạ phân thủy III xuất phát từ sung trước của ngách Rex vì vậy khi cặp cuống này, ta phải nhìn rõ đầu pince đã cặp hết bờ bên kia để tránh trường hợp ta cặp lên vào ngách Rex. Sau khi cặp, cắt hai cuống của hạ phân thủy III, ta tiếp tục đi vào cuống Glisson hạ phân thủy II. Trước khi đến cuống này, thường ta phải cắt một nhánh lớn của tĩnh mạch trên gan trái đi vào vùng phân chia hạ phân thủy II và III. Mặt trên là các thành phần tĩnh mạch trên gan còn mặt dưới gan là các thành phần của cuống Glisson. Sau khi cặp cắt cuống hạ phân thủy II, ta kết thúc phẫu thuật.

Chương V

CHỈ ĐỊNH VÀ KẾT QUẢ CÁC HÌNH THÁI CẮT GAN THEO PHƯƠNG PHÁP TÔN THẤT TÙNG.

1. Một số số liệu

1.1. Giai đoạn 1960 –1985 Tổng số bệnh nhân: 1056 trường hợp

1.1.1. Tuổi

1 - 10 tuổi	: 180
11 - 20 tuổi	: 92
21 – 30 tuổi	: 126
31 - 40 tuổi	: 217
41 – 50 tuổi	: 246
51 - 60 tuổi	: 154
60 tuổi	: 41

1.1.2. Các hình thái cắt gan

1. Cắt 3 phân thùy: 94
Cắt 3 phân thùy phải: 79
Cắt 3 phân thùy trái : 15
2. Cắt 2 phân thùy: 340
Cắt 2 phân thùy phải: 195
(Cắt nửa gan phải)
Cắt hai phân thùy trái: 143
(Cắt nửa gan trái)
Cắt 2 phân thùy trước và giữa 2
(Cắt thùy giữa).
3. Cắt phân thùy: 419
Cắt phân thùy bên: 352
(Cắt thùy gan trái)
Cắt phân thùy giữa: 39
Cắt phân thùy sau: 22

Cắt phân thùý đuôi	4
Cắt phân thùý trước	1
Cắt nhiều phân thùý	1
4. Cắt hạ phân thùý:	203
Cắt hạ phân thùý II:	113
Cắt hạ phân thùý III:	32
Cắt hạ phân thùý VI:	17
Cắt hạ phân thùý V-VI:	30
Cắt hạ phân thùý VIII:	11

1.1.3. Các nguyên nhân cắt gan

1. Ung thư gan : 606 (57,4%)

 Ung thư gan nguyên phát: 563

 Ung thư gan thứ phát: 43

2. Bệnh lý đường mật: 408 (38,6%)

 (Sỏi trong gan hoặc biến chứng của apxe gan như vỡ hoặc chảy máu đường mật).

3. Chấn thương gan: 23 (2,2%)

4. U lành ở gan: 19 (1,8%)

1.1.4. Phân bố hình thái cắt gan theo bệnh lý

1. Cắt 3 phân thùý: 94

 Ung thư gan: 87 (92,6%)

 U lành: 4 (4,3%)

 Bệnh lý đường mật: 2 (2,1%)

 Vỡ gan chấn thương: 1 (1%)

2. Cắt hai phân thùý: 340

 Ung thư gan: 309 (90,9%)

 Chấn thương gan: 14 (4,1%)

 Bệnh lý đường mật: 14 (4,1%)

 U lành: 3 (0,9%)

3. Cắt 1 phân thùý: 419

 Bệnh lý đường mật: 234 (55,9%)

Ung thư gan:	171	(40,8%)
U lành:	11	(2,6%)
Chấn thương:	3	(0,7%)
4. Cắt hạ phân thùy	203	
Bệnh lý đường mật:	158	(77,8%)
Ung thư gan:	39	(19,2%)
Chấn thương gan:	5	(2,5%)
U lành:	1	0,5%)
5. Cắt gan rộng (cắt trên hai phân thùy):	434	
Ung thư gan:	396	(91,2%)
Bệnh lý đường mật:	16	(3,7%)
Chấn thương gan:	15	(3,5%)
U lành:	7	(1,6%)
6. Cắt gan nhỏ (cắt dưới hoặc bằng một phân thùy):	622	
Bệnh lý đường mật:	392	(63%)
Ung thư gan:	210	(33,8%)
U lành:	12	(1,9%)
Chấn thương gan:	8	(1,3%)

1.2. Giai đoạn 1994 – 1999 tổng số 87 trường hợp

1.2.1. Hình thái cắt gan

Cắt gan rộng 35 trường hợp: trong đó : 1 trường hợp cắt ba phân thùy trái, 6 trường hợp cắt gan trái mở rộng sang phân thùy trước, 9 trường hợp cắt gan trái, 19 trường hợp cắt gan phải.

Cắt gan phân thùy: 39 trường hợp

Cắt hạ phân thùy: 13 trường hợp.

1.2.2. Chỉ định cắt gan

Ung thư gan nguyên phát: 38%

Bệnh lý đường mật (sỏi gan, áp xe, chảy máu đường mật): 32%

Chấn thương: 18.4%

U lành: 6.9%

Ung thư gan thứ phát: 4.6%

2. Một số kết quả và nhận định

2.1. Những chỉ định cắt gan ở Việt Nam

Qua 1056 trường hợp cắt gan từ năm 1960 đến 1985 tại Bệnh viện Hữu nghị Việt - Đức, chúng tôi nhận thấy chỉ định đầu tiên là ung thư gan. Chỉ định cắt gan do ung thư chiếm 57,4% tổng số cắt gan và chiếm 91,2% các phẫu thuật cắt gan rộng. Chỉ định thứ hai của cắt gan là các bệnh lý nhiễm trùng đường mật, chiếm 38,6% tổng số cắt gan và 63% các phẫu thuật cắt gan nhỏ. Tỷ lệ cắt gan do u lành ở gan và chấn thương gan chiếm rất ít. Nhưng từ năm 1994 đến 1999, chỉ định cắt gan do ung thư gan nguyên phát giảm rõ rệt, chỉ còn 38%, trong khi cắt gan do bệnh lý đường mật là 32,2%, không thay đổi có ý nghĩa thống kê trong khi đó, chỉ định cắt gan do chấn thương tăng lên đột biến, 18,4%, cắt gan do u lành là 6,9% và ung thư thứ phát là 4,6%. Sở dĩ tỷ lệ ung thư gan nguyên phát giảm đi không phải do bệnh lý này bớt đi mà vì có một số kỹ thuật điều trị tạm thời như tiêm alcohol vào khối u, gây tắc mạch kết hợp với hoá chất vào động mạch gan, sung điện áp cao tần... nên những chỉ định cắt gan do ung thư nguyên phát được thu hẹp lại: không chỉ định cắt gan rộng và cắt giảm khối u trên những bệnh nhân bị xơ gan kèm theo. Tuy nhiên trong quá trình đổi mới đất nước, do quá trình phát triển đô thị nên tình trạng tai nạn giao thông tăng về số lượng và phức tạp về tổn thương vì vậy tỷ lệ cắt gan do chấn thương cũng tăng lên rất nhiều so với giai đoạn trước đây: 18,4% giai đoạn 1994-1999 so với 2,2% trong giai đoạn 1960-1984.

2.1.1. Ung thư gan

Tại Việt Nam cũng như các nước ở Đông Nam Á, ung thư gan chủ yếu là ung thư gan nguyên phát, ngược lại với các nước Tây Âu và Bắc Mỹ. Tỷ lệ ung thư gan nguyên phát ở Đông Nam Á nhiều hơn Tây Âu và Bắc Mỹ từ 20 đến 30 lần (21). Nguyên nhân gây tử vong trong các loại ung thư thì ung thư gan chiếm từ 30 – 40% ở Châu Á và Châu Phi, trong khi chỉ chiếm 1% ở Âu-Mỹ (12). Trên 606 trường hợp cắt gan do ung thư ở Bệnh viện Việt-Đức thì ung thư gan nguyên phát chiếm 556 trường hợp (93%) và ung thư gan thứ phát chỉ có 43 trường hợp (7%). Ung thư gan nguyên phát ở Việt Nam chủ yếu là ung thư tế bào gan (hépatocarcinome) chiếm 94,25%, ung thư tế bào dẫn mật (cholangiocarcinome) chiếm 5% và ung thư tổ chức liên kết không quá 1% (31).

Có hai yếu tố liên quan đến ung thư tế bào gan ở Việt Nam đáng lưu ý. Thứ nhất là viêm gan virus. Sự có mặt của kháng nguyên bề mặt viêm gan B (HbsAg) trong 80% các trường hợp ung thư gan nguyên phát chắc chắn không phải là một hiện tượng ngẫu nhiên. Thứ hai là dioxin. Những công trình thực nghiệm của VAN MILLER, TÔN THẮT TÙNG, BÙI HỘI (31) cho biết với liều 0,04mcg trên kg cân nặng hàng tuần sẽ dẫn tới ung thư tế bào gan trên chuột. TÔN THẮT TÙNG (31), ĐỖ ĐỨC VÂN (14) đã cho thấy có mối liên hệ nhân quả giữa nhóm người bị nhiễm dioxin với ung thư tế bào gan.

Tuổi trung bình của bệnh nhân ung thư gan nguyên phát là 45 tuổi. Tiến triển tự nhiên của bệnh nếu không điều trị là bệnh nhân chết trong vòng 6 tháng. Bệnh nhân thường đến bệnh viện vào tháng thứ 3 của bệnh, khi khối u đã phát triển rất to. Từ năm 1974, TÔN THẤT TÙNG và cộng sự (32, 35) đã tiến hành phẫu thuật cắt giảm khối u với điều trị kích thích miễn dịch không đặc hiệu cho những trường hợp ung thư gan hai bên, bước đầu mang lại được một số kết quả đáng khích lệ. Mổ cắt gan cho những bệnh nhân ở trong giai đoạn muộn này có hai khó khăn chính do tăng tưới máu của khối u và có xơ gan kèm theo.

a. Tăng tưới máu của khối u

Chúng ta đều biết rằng trong ung thư tế bào gan, sự phát triển của khối u đòi hỏi cung cấp rất nhiều ôxy cho nên khi nguồn cấp máu của động mạch gan không đủ, khối u sẽ xâm lấn vào cơ hoành, phúc mạc sau, các cơ quan lân cận để tìm thêm nguồn cấp máu động mạch. Do sự xâm lấn này nên ngay trong thì đầu tiên của cắt gan là giải phóng gan đã gây nên hiện tượng chảy máu. Trong khi cắt gan mặc dầu cuống gan có được kẹp nhưng máu vẫn chảy ở diện bóc tách làm cho phẫu trường không hoàn toàn khô, gây thêm khó khăn cho mổ xẻ, đồng thời dễ dẫn đến những rối loạn đông máu, làm cho việc cầm máu ở những chỗ xâm lấn này nhiều khi khó khăn hơn việc cầm máu ở diện cắt. Cũng do sự xâm lấn vào các tạng lân cận này, đôi khi bắt buộc phải kết hợp phẫu thuật cắt gan với một số phẫu thuật khác như cắt nửa đại tràng phải, cắt dạ dày... làm cho diễn biến cuộc mổ nặng nề hơn. Chính vì vậy, trong giai đoạn đầu, tỷ lệ tử vong chung là 12,7% và giai đoạn sau khi chỉ định cắt gan thu hẹp lại thì tỷ lệ tử vong chỉ còn 2%, tương đương với các trung tâm tiên tiến về phẫu thuật của thế giới.

b. Xơ gan kèm theo

Theo các thống kê trên thế giới (12, 21), 80% ung thư gan nguyên phát có kèm theo xơ gan và đây chính là một hạn chế lớn để chỉ định cắt gan. Trong thống kê của chúng tôi, 52,4% số bệnh nhân cắt gan do ung thư gan có xơ gan kèm theo. Nếu như sự cắt bỏ gan trong những trường hợp không có xơ gan có thể lên tới 90% thể tích gan như các thông báo của MAC DE-MOTTE HAY STARLZ (11, 25) thì trong gan xơ người ta chưa thể biết được có thể cắt bỏ đến bao nhiêu mà chỉ biết rằng tỷ lệ tử vong rất cao khi cắt gan rộng. Theo nghiên cứu của ARITOMO KOHNO (11) trên chó gây xơ gan thực nghiệm, con vật không thể dung nạp được với phẫu thuật cắt bỏ 45% thể tích gan và theo tác giả, giới hạn của cắt gan trong xơ gan thực nghiệm là dưới 40%. Kinh nghiệm của STONE (26) ở trên người cho thấy phẫu thuật cắt bỏ 40% thể tích của gan khi không xơ gan còn nhẹ hơn rất nhiều so với phẫu thuật cắt bỏ 20% thể tích gan khi có xơ gan kèm theo. Theo thông báo của HUGUET (21), dựa trên các số liệu cắt gan của Hội ngoại khoa Pháp công bố năm 1983, tỷ lệ tử vong trong cắt gan do ung thư kèm theo xơ gan là 53,5%, đối với cắt gan rộng và 26,9% đối với cắt gan nhỏ so với tỷ lệ tử vong 21,4% trong những trường hợp không xơ gan. Theo thống kê của TÔN ĐỨC LANG, tỷ lệ tử vong khi cắt gan do ung thư kèm xơ gan

là 31,4% trong cắt gan rộng và 12,3% trong cắt gan nhỏ so với 8,5% trong cắt gan rộng và 6,6% trong cắt gan nhỏ khi không kèm xơ gan. Cũng theo TÔN ĐỨC LANG, những biến chứng trong mổ như rối loạn đông máu, sốc cũng như những biến chứng sau mổ như phải mổ lại, hôn mê gan... của nhóm ung thư gan kèm xơ gan cao hơn hẳn nhóm không xơ gan một cách có ý nghĩa thống kê (2). Như vậy, xơ gan là một yếu tố quan trọng ảnh hưởng tới tỷ lệ tử vong cũng như các biến chứng của cắt gan.

Câu hỏi chúng tôi muốn đặt ra ở đây là có phải chỉ duy nhất thể tích gan cắt đi làm ảnh hưởng đến tỷ lệ tử vong hay không? Nếu ta so sánh tỷ lệ tử vong giữa cắt gan phải và cắt gan trái trong ung thư gan sẽ nhận thấy: trong nhóm không xơ gan, tỷ lệ tử vong giữa cắt gan phải và cắt gan trái không có khác nhau về ý nghĩa thống kê (7,7% của cắt gan phải và 6,9% của cắt gan trái); nhưng trong nhóm xơ gan tỷ lệ tử vong trong cắt gan phải cao hơn tỷ lệ tử vong trong cắt gan trái có ý nghĩa về mặt thống kê (28,3% của cắt gan phải và 13,9% của cắt gan trái). Về mặt giải phẫu, đây đều là phẫu thuật cắt bỏ hai phân thùy và thể tích cắt bỏ có thể coi như tương tự. Như vậy không hẳn chỉ là do thể tích gan cắt bỏ ảnh hưởng đến tỷ lệ tử vong. Chúng tôi nhận thấy rằng trong trường hợp cắt gan phải có xơ gan kèm theo, ngay trong thì giải phóng gan ra khỏi dây chằng và phúc mạc sau, cũng như giải phóng túi mật và mặt dưới gan, đã xuất hiện hiện tượng chảy máu khó kiểm soát do phá vỡ các vòng nối bằng hệ tự nhiên mà hiện tượng này không xảy ra với những trường hợp không có xơ gan. Theo thống kê của TÔN ĐỨC LANG (2), lượng máu truyền trong phẫu thuật cắt gan phải do ung thư gan và gan xơ là $2392\text{ml} \pm 477$ trong khi các trường hợp không xơ là $1782\text{ml} \pm 845$. Khi gan xơ, phẫu thuật mất máu và phải truyền máu với khối lượng lớn sẽ dễ dàng dẫn đến những rối loạn đông máu làm ảnh hưởng đến tỷ lệ tử vong. Vì thế chúng tôi cho rằng ngoài yếu tố thể tích gan cắt bỏ, trong xơ gan yếu tố đầu tiên ảnh hưởng đến tỷ lệ tử vong là hiện tượng chảy máu do phá vỡ các tuần hoàn bàng hệ do tăng áp lực tĩnh mạch cửa.

Để tránh hai nguy cơ chảy máu do phá vỡ tuần hoàn bàng hệ và những rối loạn sinh học do ứ trệ tuần hoàn tĩnh mạch cửa trong những trường hợp cắt gan do ung thư gan có kèm gan xơ, chúng tôi cho rằng nên bổ sung thêm phẫu thuật phân lưu lách thận trước khi cắt gan có thể hạ thấp được tỷ lệ tử vong trong phẫu thuật cắt gan có kèm gan xơ.

Một vấn đề thứ hai đặt ra là kỳ vọng sống sau mổ của những bệnh nhân ung thư gan kèm gan xơ rất xấu. Trong theo dõi của chúng tôi, không có trường hợp bệnh nhân nào được cắt gan do ung thư gan kèm gan xơ sống tới 3 năm. Theo điều tra của HUGUET (21) ở Pháp, chỉ có 3,8% bệnh nhân ung thư gan kèm gan xơ được điều trị cắt gan sống được 5 năm. Thống kê của FOSTER (15), không có trường hợp cắt gan do ung thư gan kèm gan xơ sống quá 3 năm. Gần đây có một công trình rất đáng chú ý của KINAMI (22). Theo thống kê của tác giả, trong ung thư tế bào gan kèm theo xơ gan, nếu khối u đường kính trên 5cm, khả năng cắt bỏ chỉ được 41% bệnh nhân và không có trường hợp nào sống 3 năm; trong khi các bệnh nhân có khối u nhỏ hơn 5cm thì khả năng cắt bỏ lên

tới 89% và có 53% bệnh nhân sống quá 3 năm. Vì vậy trong giai đoạn 1994-1999, chỉ định cắt gan do ung thư của chúng tôi cũng hạn chế lại. Như vậy, để tăng kết quả điều trị ung thư gan, vấn đề chính là chẩn đoán sớm. Chúng tôi nghĩ rằng ở nước ta bước đầu phải tìm những người bình thường có nguy cơ cao mắc ung thư gan, bằng cách xét nghiệm hàng loạt người có kháng nguyên viêm gan B và viêm gan C, sau đó theo dõi định kỳ bằng định lượng α_1 FP. Nếu α_1 FP tăng đến 200 nanogram, phải dùng siêu âm hoặc điện quang cắt lớp bằng máy tính phát hiện các u nhỏ với đường kính ≤ 3 cm. Sau đó với kỹ thuật cắt gan phân thùy hoặc hạ phân thùy của TÔN THẤT TÙNG chúng ta sẽ dễ dàng cắt bỏ khối u, có thể không cần truyền máu và kỳ vọng sống sau mổ có lẽ sẽ tăng cao.

2.1.2. Bệnh lý nhiễm trùng đường mật

Nhiễm trùng đường mật là một bệnh lý thường gặp ở Việt Nam. Đúng sau ung thư gan, bệnh lý nhiễm trùng đường mật đứng hàng thứ hai trong chỉ định cắt gan tại Bệnh viện Việt - Đức, trong giai đoạn 1960 – 1984 chiếm 38,6% tổng số cắt gan và 63% các trường hợp cắt gan phân thùy và hạ phân thùy. Trong giai đoạn 1994-1999, bệnh lý này chiếm 32% nguyên nhân chủ yếu là do sỏi trong gan.

Có 3 chỉ định chính cắt gan do bệnh lý đường mật : hai chỉ định đầu tiên là biến chứng của áp xe đường mật (vỡ hoặc chảy máu đường mật) và thứ 3 là sỏi trong gan.

a. *Áp xe gan đường mật* có thể vỡ vào ổ bụng gây viêm phúc mạc, hoặc áp xe dưới cơ hoành, có thể vỡ vào màng tim (7) hoặc vỡ vào màng phổi. Chỉ định cắt gan trong những trường hợp này đã rõ ràng. Trong những trường hợp này, chỉ định cắt phân thùy và hạ phân thùy là đủ.

b. *Chảy máu đường mật* chúng tôi không có chỉ định cắt gan ngay, thường áp dụng đầu tiên là cắt túi mật, bơm rửa và dẫn lưu đường mật kèm theo thắt động mạch gan riêng (29, 30). Chỉ định cắt gan chỉ đặt ra khi các phẫu thuật trên bị thất bại. Theo kinh nghiệm của chúng tôi, trong chảy máu đường mật, không nên chỉ định cắt gan rộng, đặc biệt là cắt gan phải. Thống kê của VŨ ANH DŨNG trong luận án tốt nghiệp bác sỹ nội trú (10) cho thấy tỷ lệ tử vong khi cắt gan phải trong chảy máu đường mật lên tới 90% vì suy gan

Chỉ định cắt gan trong các trường hợp sỏi trong gan chỉ đặt ra khi sỏi khu trú ở một phân thùy (thường là phân thùy bên và phân thùy sau theo thống kê của TÔN THẤT TÙNG (8) và khi có hiện tượng chít hẹp ống mật khu trú ở mức phân thùy. Hiện nay với việc áp dụng kỹ thuật nội soi đường mật và siêu âm trong mổ, chỉ định cắt gan do sỏi trong gan được xác định rõ ràng hơn.

Phẫu thuật cắt gan trong những trường hợp này được thực hiện trên các trường hợp đường mật bị nhiễm trùng. Vì vậy đây là trường hợp duy nhất mà ta phải khâu thắt đường mật riêng biệt trong các thành phần của cuống Glisson để tránh biến chứng dò mật. Theo TÔN THẤT TÙNG và NGUYỄN DUONG QUANG, trong giai đoạn sau mổ, nhiễm trùng đường mật vẫn có thể tiến triển.

Vì vậy dẫn lưu ống mật chủ sau cắt gan là bắt buộc. Thống kê của TÔN THẮT TÙNG (8), ĐỖ KIM SƠN (1), VŨ ANH DŨNG (10) đều cho thấy cắt gan phải, mang lại kết quả xấu nhất trong bệnh lý này trong khi cắt phân thùy hoặc cắt gan trái mang lại một kết quả khả quan. Chúng tôi theo dõi những bệnh nhân cắt gan phải ở bệnh lý này thường dễ bị áp xe dưới cơ hoành rồi dẫn đến tử vong do suy kiệt hoặc chảy máu thứ phát ở diện cắt do nhiễm trùng. Để khắc phục biến chứng này chúng tôi đã đề xuất ra kỹ thuật dẫn lưu tưới rửa ổ cắt phối hợp với kỹ thuật làm lấp chỗ trống của gan phải sau khi cắt bằng cách giải phóng di động gan trái sang phải của HUGUET (21). Với kỹ thuật này, tỷ lệ áp xe tồn dư đã giảm hẳn xuống trong kỹ thuật cắt gan phải hoặc cắt thùy gan phải.

Hiện nay với ứng dụng của nội soi đường mật trong mổ, việc định khu tổn thương tại phân thùy, hạ phân thùy, thậm chí dưới hạ phân thùy không còn là một khó khăn. Trong thời gian ba năm, từ tháng 12 năm 1999 đến tháng 12 năm 2002, chúng tôi đã sử dụng nội soi trong mổ cho 86 trường hợp phẫu thuật sỏi đường mật. Số bệnh nhân cắt gan là 23 trường hợp, chiếm tỷ lệ 26.7%. Chỉ định cắt gan của các trường hợp này bao gồm ba nguyên nhân: thứ nhất, hẹp đường mật trong gan có sỏi ở phía trên là 11 trường hợp; thứ hai, áp xe đường mật 10 trường hợp trong đó áp xe khu trú 3 trường hợp, chảy máu đường mật do áp xe 3 trường hợp, áp xe ở phía trên chỗ hẹp đường mật 3 trường hợp và áp xe kèm sỏi khu trú 1 trường hợp; thứ ba là sỏi khu trú có 2 trường hợp. Hình thái cắt gan của 23 trường hợp này có 3 trường hợp cắt gan rộng (2 cắt gan trái và 1 cắt gan trái mở rộng), cắt phân thùy 15 trường hợp (14 cắt phân thùy bên trong đó có một trường hợp cắt hai nơi: cắt phân thùy bên và cắt hạ phân thùy VI; 1 trường hợp cắt phân thùy giữa), cắt hạ phân thùy 5 trường hợp (3 trường hợp cắt hạ phân thùy VIII trong đó có một trường hợp cắt chọn lọc dưới hạ phân thùy VIII do chảy máu đường mật; 2 trường hợp cắt hạ phân thùy III). Như vậy chỉ định cắt gan rộng trong những trường hợp này chỉ chiếm có 13% và cắt gan phân thùy và hạ phân thùy chiếm 87%. Như vậy với phát triển nội soi đường mật đã giúp cho chỉ định cắt gan được chắc chắn hơn: thứ nhất là định khu tổn thương, đặc biệt trong chảy máu đường mật: nếu tổn thương khu trú, chỉ định cắt gan được đặt ra còn tổn thương lan toả hai gan, chỉ định thất động mạch gan được chọn lựa. Thứ hai, khi có chỉ định cắt gan, nội soi đường mật cho biết được tình trạng của phần gan còn lại.

2.1.3. Cắt gan do chấn thương và vết thương gan

Khác với cắt gan trong ung thư gan hay bệnh lý đường mật để điều trị căn nguyên, cắt gan trong chấn thương gan hoặc vết thương gan chỉ nhằm mục đích cầm máu và cầm mật (biliostase) cho nên chỉ định cắt gan đặt ra tùy thuộc vào yêu cầu của thương tổn: tùy thuộc tổn thương của chấn thương gan mà ta sử dụng kỹ thuật đốt điện, khâu, chèn gạc hoặc cắt gan. Tỷ lệ tử vong trong cắt gan cho chấn thương rất cao (30,4% trong thống kê trên 1000 trường hợp của chúng tôi) một phần do tổn thương của gan nhưng phần lớn do tổn thương phối hợp ngoài bụng như sọ não, lồng ngực... Một đặc điểm cắt gan trong những trường hợp này là phẫu thuật được tiến hành trên bệnh nhân thường bị sốc

trước mổ: sốc đa chấn thương và sốc mất máu. Trong tình trạng sốc này, tế bào gan rất nhạy cảm với tình trạng thiếu oxy. Theo BENGMARK, trong thất động mạch gan ở những bệnh nhân bị vỡ gan chấn thương, hôn mê gan sau mổ là do tình trạng sốc trước mổ và trong mổ gây nên. Từ nhận xét này, chúng tôi rất cân nhắc và tiết kiệm thời gian cấp cứu gan trong cắt gan do chấn thương, đặc biệt những trường hợp bị sốc để tránh suy gan sau mổ.

Hiện nay tỷ lệ tai nạn giao thông tăng cao, gan là một tạng thường bị tổn thương, chỉ sau lách vì vậy xử lý chấn thương gan đang là một thách thức của các phẫu thuật viên. Điều trị thương tích gan do chấn thương trước hết cần có một hiểu biết về giải phẫu trong gan để từ đó đặt ra những kỹ thuật thích hợp vì vậy hiểu biết về giải phẫu không chỉ ứng dụng trong cắt gan mà trước hết để lựa chọn kỹ thuật cũng như tiên lượng mức độ trầm trọng của tổn thương gan do chấn thương.

Trong thương tích gan do vết thương, đặc biệt là các vết thương ở đáy ngực phải, có một thương tích nặng mà không có chỉ định cắt gan: đó là tổn thương cả 3 tĩnh mạch trên gan, tổn thương này bắt buộc phải phục hồi tổn thương (5). Về khả năng phẫu thuật phục hồi lại tổn thương tĩnh mạch trên gan trong nhu mô, năm 1978, chúng tôi đã may mắn thành công được một trường hợp và có thể trường hợp này là lần đầu tiên được nêu lên trên y văn thế giới. Đây là một trường hợp bệnh nhân bị vết thương gan do đạn bắn xuyên qua đáy ngực phải. Khi mổ chúng tôi thấy tổn thương đường hầm vòm gan ở bên phải rãnh rốn đang chảy máu dữ dội. Chúng tôi mở đường gan theo đường cắt thùy phải của gan của TÔN THẤT TÙNG phát hiện thấy tổn thương đồng thời tĩnh mạch chủ dưới, đứt rời tĩnh mạch trên gan phải và vết thương bên ở gốc tĩnh mạch trên gan giữa. Tiến hành khâu lại vết thương bên tĩnh mạch chủ dưới, nối lại tĩnh mạch trên gan phải và khâu phục hồi lại tĩnh mạch trên gan giữa ở trong nhu mô gan. Diễn biến sau mổ bình thường bệnh nhân ra viện tiếp tục lao động và mạnh khỏe đến hiện nay. Qua thành công này chúng tôi mạnh dạn suy nghĩ rằng với áp dụng kỹ thuật mổ xẻ mạch máu, phương pháp qua nhu mô gan của TÔN THẤT TÙNG không những dùng để cắt gan mà còn có thể sử dụng để phục hồi lại một số tổn thương của tĩnh mạch trên gan trong nhu mô.



Hình 1.60. Vết thương ba tĩnh mạch trên gan và TM chủ dưới.



Hình 1.61. Hẹp hình nhẫn tĩnh mạch trên gan trái duy nhất.

Suy nghĩ này được củng cố thêm bằng thành công phẫu thuật, làm rộng chỗ hẹp của tĩnh mạch trên gan trái ở trong nhu mô gan mà chúng tôi thực hiện cùng các đồng nghiệp Pháp năm 1982 ở Paris (5). Đó là một trường hợp tôi mổ cùng với các đồng nghiệp ở bệnh viện Laennec bị hẹp tĩnh mạch trên gan trái ở một bệnh nhân bị teo tĩnh mạch trên gan phải và giữa (hình 60).

Mở gan theo rãnh bên trái, chúng tôi mở rộng chỗ vòng hẹp và đặt một miếng vá Gore-Tex để làm rộng chỗ hẹp. Bệnh nhân ra viện ổn định.

Trường hợp thứ ba là năm 2000, chúng tôi mổ cho một bệnh nhân nam, 27 tuổi bị hội chứng Budd Chiari do hẹp và huyết khối tĩnh mạch trên gan giữa và trái trong khi tĩnh mạch trên gan phải bị teo.



Hình 1.62. Lấy huyết khối và tái tạo hai tĩnh mạch trên gan.

Mở nhu mô gan, mở hai tĩnh mạch trên gan trái và giữa ở chỗ đổ vào tĩnh mạch chủ dưới, lấy máu cục và tái tạo mở rộng chỗ hẹp bằng hai mảnh Gore-Tex. Thời gian cấp cuống gan 77 phút (hình 1.62). Bệnh nhân ra viện hết cổ trướng, tuần hoàn bàng hệ. Tiếc thay sau 6 tháng, bị tái phát do hình thành huyết khối. Mổ lần hai lấy huyết khối và tái tạo lại nhưng bệnh nhân tử vong do suy gan cấp. Từ những thành công này, chúng tôi cho rằng việc sử dụng đường mổ nhu mô không chỉ dùng để cắt gan mà còn có thể sử dụng để tái tạo lại các tổn thương của mạch máu và đường mật trong gan do vết thương, chấn thương và bệnh lý. Điều này đã được các phẫu thuật viên trẻ thực hiện thành công tại bệnh viện Việt Đức trong cấp cứu vỡ gan do chấn thương.

2.1.4. Các u lành ở gan

Các u lành ở gan chiếm một tỷ lệ rất hiếm trong chỉ định cắt gan ở Bệnh viện Việt - Đức, 1,4% các trường hợp trong giai đoạn 1960-1984 và 6,9% trong giai đoạn 1994-1999 gồm u Giang mai, u máu, nang gan đơn độc khổng lồ. Một nhận xét của chúng tôi là trong những trường hợp u máu hoặc nang gan khổng lồ, các mạch máu trong gan thường bị khối u làm dịch chuyển khỏi vị trí bình thường khi so sánh với các mốc bên ngoài, vì vậy việc đánh giá tình trạng mạch máu trong gan lân cận khối u trước khi mổ bằng chụp mạch cản quang hoặc siêu âm là cần thiết. Đối với các u lành nằm sâu trong nhu mô gan, siêu âm trong mổ là phương pháp tối ưu để định vị khối u làm cơ sở cho cắt gan hạ phân thủy. Tai biến cắt gan trong u lành cần lưu tâm đến việc dịch chuyển các mạch máu bất thường. Hiện nay với phát triển của siêu âm chẩn đoán, các u lành ở gan được phát hiện nhiều hơn. Về chỉ định, chỉ có những trường hợp nghi ngờ

giữa lành tính và ác tính, hoặc có biểu hiện cơ năng ảnh hưởng đến toàn trạng bệnh nhân (đau, khó chịu...), hoặc có xu hướng phát triển, bội nhiễm mới nên mổ, còn nếu không ta tiếp tục theo dõi siêu âm định kỳ. Khi đã có chỉ định cắt gan, cần có sự đánh giá tỷ mỉ của siêu âm về tình trạng các mạch máu trong gan (tĩnh mạch cửa, tĩnh mạch trên gan) và ngoài gan (tĩnh mạch chủ dưới đoạn sau gan và trên gan).

2.2. Tai biến mạch máu trong mổ cắt gan

Trong giai đoạn 1960 đến 1984, qua 1056 trường hợp cắt gan, chúng tôi thu thập được 30 trường hợp tai biến mạch máu trong khi cắt gan chiếm 2,8%. Tai biến này tuy hiếm gặp trong cắt gan, là những tai biến nặng nề. Các tai biến này có thể chỉ đơn thuần về mặt sinh lý nhưng cũng có thể tổn thương về mặt giải phẫu. Các tổn thương gồm 5 trường hợp xoắn tĩnh mạch chủ dưới, tử vong 2, chèn ép tĩnh mạch chủ dưới sau cắt gan 1 trường hợp, tử vong một, rách tĩnh mạch trên gan trong nhu mô 2 trường hợp, tổn thương tĩnh mạch chủ dưới 21 trường hợp, tử vong 5, tổn thương đồng thời tĩnh mạch chủ dưới và cuống gan 1 trường hợp, tử vong 1, tổng số là 9 tử vong trên 30 trường hợp chiếm 30%. Các tổn thương gặp nhiều nhất trong hình thái cắt gan bên phải (cắt nửa gan phải hoặc cắt toàn bộ thùy gan phải), 22 trường hợp và tử vong 8, rồi đến cắt gan bên trái (cắt nửa gan trái hoặc cắt 3 phân thùy bên trái) 7 trường hợp với 1 tử vong và cuối cùng là 1 trường hợp cắt gan giữa.

Chỉ định cắt gan ở 30 trường hợp này chủ yếu là ung thư gan nguyên phát (28 trường hợp), 1 trường hợp ung thư gan thứ phát và 1 trường hợp u lành.

Tỷ lệ tử vong ở nhóm này rất cao (30%) nếu so sánh với tỷ lệ tử vong chung (13,1%) hoặc so với căn nguyên bệnh lý (17,8% đối với ung thư gan) cũng như hình thái cắt gan (22,6% đối với cắt gan rộng).

Chúng tôi xin đi sâu phân tích các tai biến này.

2.2.1. Xoắn tĩnh mạch chủ dưới:

Bệnh án đầu tiên của xoắn tĩnh mạch chủ dưới được TÔN THẤT TÙNG mô tả lần đầu tiên năm 1939 xảy ra trên một trường hợp cắt thùy gan trái dưới tên gọi “ngất xỉu do phản xạ” trong thì kéo khối u ra ngoài (33). Năm 1952 tai biến này được RIDDEL rồi TUDLER nhắc lại. Chúng tôi nhận thấy tai biến này xảy ra trong cắt gan bên phải nhiều hơn so với cắt gan bên trái (4 lần trong cắt gan bên phải và 1 lần trong cắt gan bên trái). Nguy hiểm của tai biến này là làm giảm 2/3 khối lượng tuần hoàn trở về tim (với lưu lượng 2000ml/phút của tĩnh mạch chủ dưới và 1500ml/phút của lưu lượng gan) dẫn đến hậu quả tim bóp rỗng, rung tim và ngừng tim.

Trong những trường hợp cắt gan phía bên phải, nguyên nhân gây xoắn tĩnh mạch chủ dưới có thể xảy ra khi kéo khối u ra phía thành bụng trước làm gấp góc tĩnh mạch này hoặc khi cắt cả hai dây chằng liềm, trong động tác di động gan sẽ làm tĩnh mạch chủ dưới bị xoắn quanh trục. Trong những trường hợp cắt

gan bên trái tai biến này chỉ xảy ra khi ta kéo gan ra ngoài mà giải phóng không hết dây chằng vành làm cho gấp góc của tĩnh mạch chủ dưới.

Để tránh tai biến này, trước hết là phải giải phóng hoàn hảo phần gan cần cắt bỏ trước khi di động nó ra ngoài ổ bụng, động tác phải nhẹ nhàng, từ tốn tránh mọi động tác thô bạo, đột ngột, đồng thời theo dõi liên tục điện tim và huyết áp động mạch. Sự xuất hiện ngoại tâm thu có thể coi là một dấu hiệu báo động và dấu hiệu tụt huyết áp động mạch khi di động khối u ra ngoài là một dấu hiệu xác định tai biến xoắn tĩnh mạch chủ dưới. Khi xảy ra biến chứng này, ngay lập tức phải đưa gan về vị trí cũ, kiểm tra lại vấn đề giải phóng gan và chờ khi huyết động hoàn toàn ổn định mới được phép tiến hành thao tác này.

Trong 5 tai biến xoắn tĩnh mạch chủ dưới, có 2 trường hợp chúng tôi phát hiện, nguyên nhân gây nên do bất thường rất hiếm gặp về mặt giải phẫu. Trường hợp thứ nhất xảy ra ở cháu bé 6 tháng tuổi, được mổ ngày 4 tháng 1 năm 1965 với chẩn đoán u máu lan toả ở thùy gan phải. Ngay khi đặt tư thế uốn lưng kiểu Riobranco, bệnh nhân đã bị dọa ngừng tim. Trong thì di động gan ra ngoài ổ bụng, bệnh nhân xuất hiện tụt huyết áp rồi trụy tim mạch. Tiến hành cắt toàn bộ thùy gan phải. Bệnh nhân tử vong 6 giờ sau mổ. Kiểm tra tử thi nhận thấy bệnh nhân này không có đoạn tĩnh mạch chủ dưới sau gan và tĩnh mạch chủ dưới đoạn dưới gan đổ vào tĩnh mạch trên gan phải ở trong gan. Như vậy do bất thường của tĩnh mạch chủ dưới, khi ta đặt bệnh nhân ở tư thế uốn lưng đã làm cản trở tuần hoàn tĩnh mạch chủ dưới thể hiện ra các dấu hiệu dọa ngừng tim và khi ta di động gan ra ngoài ổ bụng đã làm gấp góc toàn bộ tĩnh mạch chủ dưới thể hiện bằng tụt huyết áp và trụy tim mạch. Trường hợp thứ hai xảy ra trên một bệnh nhân nam 50 tuổi bị ung thư tế bào gan, mổ ngày 22-10-1981. Sau khi mổ bụng phẫu thuật viên nhận thấy một khối ung thư to chiếm hết gan phải. Chỉ định cắt gan phải. Giải phóng gan phải sau khi cắt dây chằng liềm, vành phải, tam giác phải và phúc mạc sau. Bệnh nhân xuất hiện ngừng tim không hồi phục khi đưa khối u ra ngoài ổ bụng. Trên mổ tử thi phát hiện bệnh nhân không có dây chằng vành trái và tam giác trái cùng với một khe tự nhiên ở 1/3 trên của rãnh rốn. Như vậy trong trường hợp này, tĩnh mạch chủ dưới bị xoắn quanh trục khi ta di động gan giống như trường hợp cắt cả hai dây chằng vành.

Cũng nhân trong biến chứng này, chúng tôi xin trình bày một tai biến rất hãn hữu xảy ra do động tác cầm máu ở phúc mạc sau, sau khi cắt gan phải làm chèn ép tĩnh mạch chủ dưới sau gan. Trường hợp xảy ra ở một bệnh nhân nữ 30 tuổi mổ cắt gan phải ngày 19.11.1982 do ung thư gan kèm gan xơ. Sau khi cắt gan do máu chảy nhiều từ phúc mạc sau nên phẫu thuật viên khâu vắt cuộn phúc mạc sau lên diện cắt. Ngay sau mổ bệnh nhân có dấu hiệu chảy máu và huyết áp không thể nâng lên được nên chỉ định mổ lại. Khi mổ lại, phát hiện đường khâu vắt cuộn phúc mạc sau vào diện cắt gan chèn ép làm teo hẹp toàn bộ tĩnh mạch chủ dưới sau gan và đoạn tĩnh mạch chủ dưới gan dẫn căng. Cắt bỏ các mũi khâu, ngay lập tức tĩnh mạch chủ dưới xẹp lại đồng thời với huyết áp động mạch tăng từ 70 lên 110mm Hg.

2.2.2. *Tổn thương tĩnh mạch trên gan trong nhu mô*

Trong các hình thái cắt gan, có ba hình thái phải bảo vệ tĩnh mạch trên gan sau khi cắt đó là:

a. Cắt thùy gan phải hoặc cắt ba phân thùy bên phải do LORTAT-JAKOB thực hiện lần đầu tiên năm 1952. Trong phẫu thuật này phải tôn trọng triệt để tĩnh mạch trên gan trái duy nhất còn lại.

b. Cắt ba phân thùy bên trái do TÔN THẤT TÙNG thực hiện lần đầu tiên năm 1979. Sau khi cắt gan chỉ còn lại tĩnh mạch trên gan phải.

c. Cắt thùy gan giữa do PARK và MILLER thực hiện lần đầu tiên năm 1961. Sau khi cắt gan sẽ còn lại hai phân thùy độc lập: phân thùy sau và phân thùy bên. Nếu như phạm phải một trong hai tĩnh mạch trên gan trái hay phải thì phẫu thuật cắt hai phân thùy bắt buộc chuyển thành phẫu thuật cắt ba phân thùy.

Tĩnh mạch trên gan trái hầu như không bao giờ bị tổn thương, trừ một trường hợp của STARLZ (25) vì nó có một mốc bên ngoài rất cố định đó là dây chằng liềm và tam giác bám sau. Ngược lại tĩnh mạch trên gan phải nhiều khi rất khó xác định nhất là khi nó bị dịch chuyển vị trí do khối u ở vòm gan. Chúng tôi có 2 trường hợp bị rách nhánh VIII của tĩnh mạch trên gan phải, một trường hợp trong phẫu thuật cắt ba thùy bên trái và trường hợp kia trong cắt thùy gan giữa. khi nhánh này bị rách sẽ co lại tạo thành vết thương bên của tĩnh mạch trên gan phải. Trong những trường hợp này nếu dùng các mũi khâu cầm máu chữ X bằng chỉ catgut to sẽ có nguy cơ làm gián đoạn thông thương của tĩnh mạch này và có khả năng dẫn đến hậu quả nghiêm trọng là hoại tử phần gan còn lại. Chúng tôi tiến hành hai trường hợp này đầu tiên, cầm máu tạm thời bằng bịt ngón tay lên vết rách rồi dùng chỉ 6/0 khâu lại như xử lý bảo tồn một vết thương tĩnh mạch.

2.2.3. *Rách tĩnh mạch chủ dưới:*

Rách tĩnh mạch chủ dưới trong cắt gan do 3 nguyên nhân:

- Do tĩnh mạch trên gan phải phụ hoặc tĩnh mạch thượng thận phải bị rách và co vào làm thành vết thương bên tĩnh mạch chủ dưới.
- Do tĩnh mạch trên gan chính bị rách và co vào.
- Do thâm nhiễm khối ung thư vào mặt trước tĩnh mạch chủ dưới.

a. Do tĩnh mạch trên gan phải phụ hoặc tĩnh mạch thượng thận phải:

Chúng tôi gặp 7 trường hợp với 1 tử vong. Đứng về giải phẫu ở bờ phải tĩnh mạch chủ dưới chỗ trên phần đuôi của thùy Spigel thường có một tĩnh mạch thượng thận phải và một đến hai tĩnh mạch trên gan phải phụ đổ vào, khi bị rách các tĩnh mạch này sẽ co lại làm thành vết thương bên của tĩnh mạch chủ. Tai biến này chỉ xảy ra với các trường hợp cắt gan bên phải do động tác bóp gan một cách thô bạo trong những trường hợp xơ gan làm xé rách các tĩnh mạch

này. Kỹ thuật phục hồi tương đối đơn giản: dùng kẹp phẫu tích kẹp hai mép vết thương nâng lên để khâu lại một mũi chữ X chỉ 3/0.

b. Do tĩnh mạch trên gan chính bị rách và co tụt vào làm thành vết thương bên của tĩnh mạch chủ dưới.

Chúng tôi gặp 11 trường hợp với 3 tử vong. Biến chứng này xảy ra do động tác bóp ngón tay thô bạo trên gan xơ (33) hoặc các panh cặp các tĩnh mạch này bị tụt. Trong kỹ thuật cắt gan TÔN THẤT TÙNG thì cắt các tĩnh mạch trên gan là thì kết thúc của cắt gan cho nên khi tai biến xảy ra, ta có đủ khoảng không gian để xử lý. Trước tiên phải thông báo với người gây mê điều khiển hô hấp với áp lực dương để tránh biến chứng tắc hơi vào tim, đồng thời bịt tạm ngón tay lên vết thương, hút khô vùng mổ, rồi dùng hai kẹp mảnh nâng hai mép vết rách lên và tiến hành phục hồi vết thương bằng một đường khâu vát chỉ 3/0 – Trong trường hợp cắt nửa gan trái hoặc cắt thùy gan trái, khi tĩnh mạch trên gan rách có thể co tụt vào trong nhu mô gan – Trong những trường hợp này không cần phải tìm vết rách xử lý mà ta chỉ cần khâu một mũi chữ X hoặc chữ U bằng cat gut vào sâu trong nhu mô và khi buộc chỉ, nhu mô gan sẽ ép lên vết thương và đạt được cầm máu.

c. Thâm nhiễm khối u vào mặt trước của tĩnh mạch chủ dưới

Chúng tôi gặp 3 trường hợp với 1 tử vong – Biến chứng này chỉ gặp trong những trường hợp khối u mặt sau gan phải và khi bóc tách thấy dính rất nhiều ở vùng này, không có lớp bóc tách. TÔN THẤT TÙNG đã đặt ra nguyên tắc trong phẫu thuật cắt gan bên phải nếu đột nhiên có sự chảy máu ồ ạt phẫu thuật viên phải nghĩ ngay đến tổn thương tĩnh mạch chủ dưới. Người phụ dùng ngón tay hoặc tốt hơn là 1 panh dài cặp miếng gạc củ ấu chèn vào vết rách hoặc tĩnh mạch chủ dưới ở dưới gan để cầm máu tạm thời, trong khi phẫu thuật viên nhanh chóng hoàn thành cắt gan phải để lấy khoảng không gian xử lý vết thương. Không nên tiến hành xử lý vết thương tĩnh mạch chủ dưới khi chưa cắt gan xong vì gan phải sẽ che lấp mọi thương tổn và không có khoảng không gian để xử lý. Sau khi đã cắt xong gan, luồn ngay một sonde Foley vào tĩnh mạch chủ dưới và bơm phồng bóng bằng huyết thanh để đề phòng nếu bóng vỡ sẽ không bị tắc mạch do hơi. Khi quả bóng phồng lên ta sẽ nhìn thấy rõ thương tổn để đề ra phương án phục hồi. Nếu tổn thương trong vòng 2cm ta có thể khâu vát vết thương bằng chỉ 3/0. Nếu tổn thương rộng không thể khâu trực tiếp lại được, ta có thể dùng một mảnh mạch máu nhân tạo vá vào.

Đối với tổn thương của tĩnh mạch chủ dưới đoạn sau gan, trên y văn thế giới có nói đến nhiều kỹ thuật.

Trước hết để cầm máu tạm thời và làm khô vùng mổ, một số tác giả chủ trương cặp 3 nơi tĩnh mạch chủ dưới ở trên gan và dưới gan cùng với cặp cuống gan (19). Kỹ thuật này có nhược điểm làm giảm 2/3 khối lượng máu trở về tim phải. Để khắc phục nhược điểm này, HEANEY (18) đề nghị phối hợp cặp thêm động mạch chủ bụng ở dưới lỗ cơ hoành biến thành cặp bốn nơi. Theo kinh nghiệm của HUGUET và SYLVA (21), khi phối hợp cặp động mạch chủ bụng ở

dưới lỗ cơ hoành có hai nguy cơ là thiếu máu thận và rối loạn kiểm toan nghiêm trọng.

Để khắc phục những nhược điểm của cặp bốn nơi, trong chấn thương gan và tĩnh mạch chủ dưới, một số tác giả Âu Mỹ đã sử dụng kỹ thuật cầu nối bên trong tĩnh mạch chủ dưới để biệt lập tuần hoàn gan. Để luồn cầu nối bên trong tĩnh mạch chủ có người luồn từ tĩnh mạch hiển trong trước khi mổ như TERTA, PILCHER (24), hoặc qua tiểu nhĩ phải theo kỹ thuật của SCHROK (24), ống dùng để làm cầu nối trong tĩnh mạch chủ có thể đơn giản như ống dẫn lưu ngực hoặc ống nội khí quản, hoặc các ống chuyên dụng như ống có hai bóng của FEKETE và FARO, ống có một bóng dài của MAY (24).

Chúng tôi cho rằng việc sử dụng cầm máu bằng sonde Foley là một phương pháp có hiệu lực và rất đơn giản. Nếu như có sụt huyết áp do giảm khối lượng máu về, ta có thể phối hợp với kỹ thuật cặp động mạch chủ bụng theo kỹ thuật của BUXTON và GLANDDIER (17), hoặc hợp sinh lý hơn ta có thể luồn một ống dẫn lưu ngực qua lỗ vết thương để làm cầu nối bên trong.

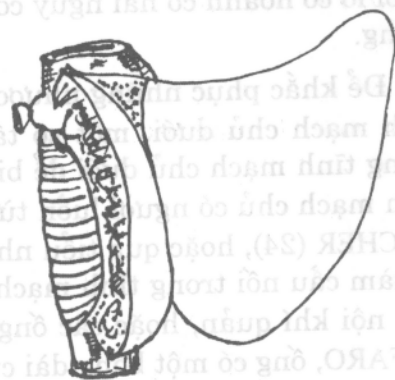
Điều trị thực thụ tổn thương nặng của tĩnh mạch chủ dưới, cho đến nay có hai kỹ thuật: thắt tĩnh mạch chủ dưới và phục hồi lại tổn thương.

Về mặt kinh điển, ta chỉ được phép thắt tĩnh mạch chủ dưới ở dưới tĩnh mạch thận vì sau khi thắt, tuần hoàn trở về được bảo đảm bởi các vòng nối của tĩnh mạch thận, thượng thận với tĩnh mạch chủ dưới. Năm 1982, CUNCI và HUGUET (13) thông báo một trường hợp phải thắt tĩnh mạch chủ dưới ở trên thận do tai biến cắt phải tĩnh mạch chủ dưới trong một trường hợp cắt gan phải do ung thư.

Kỹ thuật cắt gan thứ hai là phục hồi lại tổn thương của tĩnh mạch chủ dưới. Năm 1980, STARLZ (23) đã dùng một đoạn chạc ba tĩnh mạch chủ – chậu đồng loại lộn ngược để thay thế đoạn tĩnh mạch chủ dưới và tĩnh mạch trên gan trái do tai biến cắt vào hai tĩnh mạch này trong một trường hợp cắt thùy gan phải do ung thư. Bệnh nhân tử vong 20 ngày sau khi mổ do huyết khối miệng nối. Năm 1983 ROHNER (13) đã thông báo thành công sau 10 năm một trường hợp thay thế tĩnh mạch chủ dưới sau gan bằng một đoạn mạch máu nhân tạo do tai biến cắt tĩnh mạch chủ dưới trong phẫu thuật cắt gan phải.

Năm 1984 chúng tôi may mắn thành công một trường hợp vá lại mặt trước tĩnh mạch chủ dưới sau gan do khối u thâm nhiễm sau khi cắt gan phải. Trường hợp xảy ra ở một bệnh nhân 54 tuổi, mổ ngày 27-3-1984 với chẩn đoán ung thư gan nguyên phát. Sau khi mổ bụng, phẫu thuật viên nhận thấy một khối u chiếm hết gan phải trên nên gan xơ. Tiến hành cắt gan phải theo phương pháp TÔN THẤT TÙNG một cách khó khăn, vì u dính ở phía sau. Chảy máu dữ dội ở thi cuối của cắt gan. Sau khi cắt xong gan phải, phát hiện thấy tĩnh mạch chủ dưới đoạn sau gan bị mất toàn bộ mặt trước, từ phía trên chỗ đổ vào của tĩnh mạch thận phải đến sát chỗ đổ vào của tĩnh mạch trên gan phải. Cầm máu tạm thời bằng cách luồn một sonde Foley lên trên và cặp tĩnh mạch chủ dưới ở dưới

tổn thương. Dùng một mảnh mạch máu nhân tạo bằng dacron có kích thước 1cm x7cm vá vào mặt trước tĩnh mạch chủ dưới, khâu vết chỉ 3/0. Rút sonde Foley trước mũi khâu cuối cùng. Kiểm tra tĩnh mạch chủ dưới thông và miếng vá không chảy máu (hình 1.62). Cầm máu diện cắt và phúc mạc sau. Đóng bụng 2 lớp. Diễn biến sau mổ bình thường và bệnh nhân ra viện sau 3 tuần.



2.2.4. Tổn thương đồng thời tĩnh mạch chủ dưới sau gan và cuống gan

Đây là một tai biến nặng nhất mà chúng tôi gặp phải qua 1056 trường hợp cắt gan. Trường hợp xảy ra trên một bệnh nhân nữ 40 tuổi mổ ngày 23-12-1977 với chẩn đoán ung thư gan phải. Sau khi mổ bụng bằng đường rạch dưới bờ sườn hai bên, phẫu thuật viên nhận thấy một khối u rất to ở phúc mạc sau ăn vào gan phải. Tiến hành lấy bỏ khối u cùng cắt gan phải một cách khó khăn vì khối u to và dính. Sau khi cắt bỏ gan phải và khối u phát hiện tĩnh mạch chủ dưới bị mất đoạn 5cm cùng với tổn thương cắt ngang cuống gan trái ở gần rốn gan. Khâu nối tĩnh mạch cửa, bắc cầu tĩnh mạch chủ dưới - nhĩ phải bằng một ống dacron đường kính 2cm, dẫn lưu ống gan trái ra ngoài bằng một ống polyten và thắt động mạch gan. Bệnh nhân tử vong 1 ngày sau mổ. Kiểm tra mổ tử thi thấy miệng nối tĩnh mạch cửa bị huyết khối, tĩnh mạch chủ dưới bị thắt và cắt ở sát phía dưới chỗ đổ vào của tĩnh mạch trên gan phải. Tĩnh mạch trên gan trái còn nguyên vẹn. Ống bắc cầu tĩnh mạch chủ dưới - nhĩ phải vẫn thông. Nguồn gốc khối u là u thần kinh giao cảm thoái hoá ác tính ăn vào gan và ôm trong lòng khối u cả tĩnh mạch chủ dưới và cuống gan. Như vậy, tai biến này xảy ra không phải do kỹ thuật phân phẫu tích ở trong nhu mô gan mà ở hoàn toàn ngoài nhu mô cho nên nó có thể xảy ra cho bất kỳ phương pháp cắt gan nào.

Hình 1.63. Tái tạo mất thành tĩnh mạch chủ dưới.

Mặc dù cho đến nay chúng tôi chưa tìm thấy trên y văn thế giới một tổng kết nào về biến chứng mạch máu trong mổ cắt gan mà chỉ rải rác một vài thông báo về tai biến này cho nên chúng tôi chưa có số liệu để so sánh. Tỷ lệ biến chứng mạch máu trong cắt gan theo phương pháp TÔN THẤT TÙNG qua 1056 trường hợp trong 25 năm là 2,8% trong đó chỉ có 2,3% tổn thương giải phẫu mạch máu trong gan và ngoài gan. Tỷ lệ này tuy không nhiều nhưng không nên coi nhẹ nó, vì vậy chúng tôi cho rằng việc vận dụng kỹ thuật mổ xẻ mạch máu vào kỹ thuật cắt gan là cần thiết. Hơn nữa, khi vận dụng kỹ thuật mổ xẻ mạch máu vào mổ gan chúng tôi thấy rằng một số thương tổn mạch máu trong gan có thể phục hồi bảo tồn được và nó sẽ đẩy phẫu thuật mổ gan từ cắt gan tiến thêm một bước cao hơn là phẫu thuật bảo tồn một số tổn thương của mạch máu trong nhu mô gan.



2.1.5. Tỷ lệ tử vong

Số bệnh nhân tử vong trong giai đoạn 1960-1984: 138 trên tổng số 1056, chiếm 13,1% và trong giai đoạn 1994-1999, tỷ lệ này chỉ còn 2 trường hợp trên tổng số 97 trường hợp cắt gan. Phân tích 138 trường hợp tử vong do cắt gan của giai đoạn 1960-1984 cho thấy:

1. Tỷ lệ tử vong theo bệnh lý cắt gan:

Do ung thư gan: 108 trên 606 (17,8%)

Do bệnh lý đường mật: 21 trên 408 (5,1%)

Do chấn thương gan: 7 trên 23 (30,4%).

Do u lành: 2 trên 19 (10,5%).

2. Tỷ lệ tử vong theo hình thái cắt gan:

Cắt 3 phân thùy bên phải: 27 trên 79 (34,2%)

Cắt 3 phân thùy bên trái: 0 trên 15

Cắt nửa gan phải: 56 trên 195 (28,7%)

Cắt nửa gan trái: 15 trên 143 (10,4%)

Cắt gan giữa: 0 trên 2

Cắt gan rộng: 98 trên 434 (22,6%)

Cắt gan phân thùy: 31 trên 419 (7,4%)

Cắt gan hạ phân thùy: 9 trên 203 (4,4%)

3. Tỷ lệ tử vong trong nhóm tai biến mạch máu:

9 tử vong trên 30 trường hợp chiếm 30%.

4. Giai đoạn 1994-1999.

Trong giai đoạn từ năm 1994 đến 1999, tỷ lệ tử vong trong cắt gan chỉ còn 2% tập trung ở nhóm cắt gan rộng do ung thư gan nguyên phát trong khi đó những phẫu thuật cắt gan do bệnh lý khác không có tử vong. Với tỷ lệ này cho thấy nếu chỉ định cắt gan có lựa chọn thì tỷ lệ tử vong do cắt gan theo phương pháp TÔN THẤT TÙNG tại bệnh viện Việt Đức hiện nay tương đương với tỷ lệ của những trung tâm lớn ở Âu Mỹ.

Phần II

THƯƠNG TÍCH GAN DO CHẤN THƯƠNG VÀ VẾT THƯƠNG

Chấn thương gan là một tổn thương thường gặp trong thời bình cũng như thời chiến do gan là một tạng đặc lớn nhất nằm trong ổ bụng. Năm 1969, F. FÉKÉTÉ (Pháp), tại hội nghị ngoại khoa Pháp lần thứ 71 đã tập hợp 1062 trường hợp thương tích gan trong chấn thương và vết thương thời bình cũng như thời chiến của 150 tác giả nhiều nước trên thế giới. Năm 1994, trong tổng kết của chúng tôi, tổn thương gan do chấn thương và vết thương chỉ đứng sau vỡ lách. Hiện nay trong tình trạng đô thị hoá cùng với sự phát triển ồ ạt của xe máy, tổn thương gan do chấn thương tăng lên một cách đáng kể về cả số lượng cũng như mức độ trầm trọng. Với kinh nghiệm của một trung tâm cắt gan có tiếng trên thế giới, việc xử lý thương tích gan do chấn thương và vết thương gan tại bệnh viện Việt-Đức đã đạt được nhiều thành tựu đáng khích lệ.

Chương I

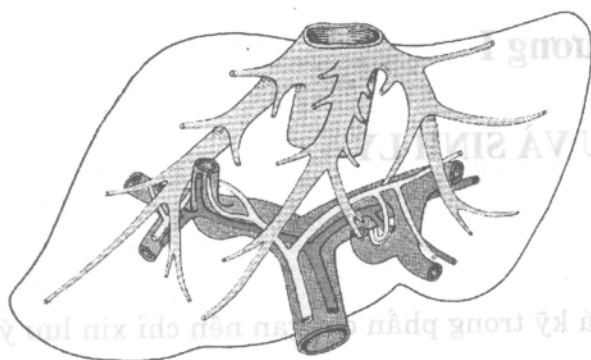
GIẢI PHẪU VÀ SINH LÝ

1. Giải phẫu

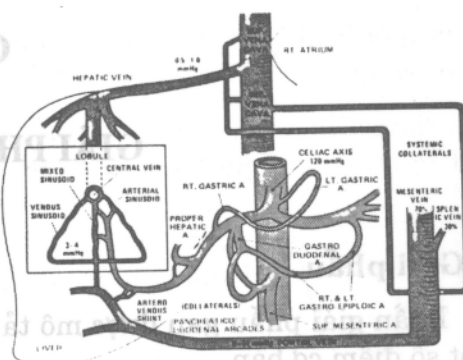
Phân giải phẫu gan được mô tả khá kỹ trong phần cắt gan nên chỉ xin lưu ý một số điểm cơ bản.

Gan là một tạng đặc nằm trong ổ bụng nhưng nắp hoàn toàn dưới bờ sườn nên nó nằm hẳn trong đáy ngực phải. Vòm gan lên tới khoang liên sườn VI nên điểm đầu tiên, đối với những vết thương bạch khí hay hoả khí ở đáy ngực phải, từ khoang liên sườn VI trở xuống phải nghĩ đến vết thương gan. Cũng do gan nằm sâu trong đáy ngực phải nên việc thăm dò, xử lý tổn thương phải được tiến hành sau khi giải phóng gan ra khỏi các phương tiện treo gan như dây chằng liềm, dây chằng vành và dây chằng tam giác (xin xem phần cắt gan). Thứ hai, bên trong gan có những mạch máu lớn cụ thể là động mạch gan, tĩnh mạch cửa và tĩnh mạch trên gan. Khi gan bị tổn thương, chảy máu có thể do nguyên nhân từ nhu mô gan nhưng cũng có thể từ động mạch gan, tĩnh mạch cửa hoặc tĩnh mạch trên gan và tùy thuộc vào nguyên nhân chảy máu ta có những kỹ thuật xử lý khác nhau. Thứ ba, mặt sau và phía trên gan là tĩnh mạch chủ dưới. Tĩnh mạch này thường hay bị tổn thương phối hợp trong chấn thương gan. Chính vì những đặc điểm giải phẫu này nên việc xử lý vết thương gan nói chung đơn giản nhưng không ít các trường hợp hết sức phức tạp (hình 2.1).

Gan được cấp máu bằng hai hệ thống: động mạch gan và tĩnh mạch cửa. Động mạch gan cung cấp 25% lưu lượng máu và 50% oxy cho gan trong khi tĩnh mạch cửa cung cấp 75% lưu lượng máu và 50% oxy cho gan. Toàn bộ lưu lượng máu qua gan chiếm khoảng 1500ml/phút và qua tĩnh mạch chủ dưới 2000ml/phút. Toàn bộ lưu lượng này chiếm khoảng hai phần ba máu tĩnh mạch về tim vì vậy khi ta cấp cuống gan và đặc biệt khi ta cấp cuống gan và tĩnh mạch chủ dưới, lượng máu tĩnh mạch về tim bị giảm làm cho tim bị bóp rỗng có thể xảy ra tụt huyết áp hoặc nặng hơn là rung tim, nhất là trong các trường hợp chấn thương, khi bệnh nhân đang bị tụt khối lượng tuần hoàn. Tĩnh mạch cửa và động mạch gan đều đổ vào xoang tĩnh mạch trung tâm tiểu thụ và từ đó, máu được dẫn về tim qua tĩnh mạch trên gan. Áp lực của động mạch gan chi phối chủ yếu áp lực xoang tĩnh mạch trung tâm tiểu thụ vì vậy khi ta thắt động mạch gan, áp lực ở tĩnh mạch này giảm xuống.



Hình 2.1. Các cuống mạch trong và ngoài gan.



Hình 2.2. Sơ đồ cấp và dẫn máu của gan.

2. Tổn thương giải phẫu bệnh và sinh lý bệnh

Khi gan bị tổn thương có ba hậu quả tùy thuộc vào mức độ tổn thương làm ảnh hưởng ngay đến tính mạng bệnh nhân: chảy máu, huỷ hoại tế bào gan, chảy mật. Chảy máu từ tổn thương gan có thể được cầm máu tạm thời do các cục máu đông bít lại và khi các cục máu đông này tiêu đi sẽ gây chảy máu thứ phát. Cũng có khi nhu mô gan bị vỡ nhưng bao Glisson lại nguyên vẹn. Trong những trường hợp này, chảy máu tiếp tục sẽ làm vỡ gan thì hai hoặc chảy máu đường mật do chấn thương được Sandblom mô tả lần đầu tiên.

Về phân loại, có nhiều cách phân loại chấn thương gan như của FÉKÉTÉ,... nhưng qua kinh nghiệm, chúng tôi cho rằng việc phân loại phải phù hợp với việc đặt ra kỹ thuật điều trị tương ứng vì vậy chúng tôi cho rằng nên chia làm bốn mức độ:

Độ 1: Đường vỡ hoặc rách nhu mô đơn giản, có thể tự cầm máu được hoặc chỉ cần khâu. Không có tổn thương mạch máu hoặc/và đường mật từ mức hạ phân thùy trở lên.

Độ 2: Giập nát nhu mô nặng nề nhưng không có tổn thương cuống gan từ mức độ phân thùy trở lên.

Độ 3: Có kèm tổn thương cuống gan (mạch máu hay đường mật) từ mức phân thùy trở lên.

Độ 4: Có tổn thương kèm với tĩnh mạch chủ dưới hoặc thân tĩnh mạch trên gan.

Sự phân loại này chúng tôi cho rằng có thể áp dụng trong chấn thương gan và vết thương gan vì nhiều khi trong vết thương gan, tổn thương nhu mô rất đơn giản trong khi tổn thương các cuống mạch lại hết sức phức tạp.

Tuy nhiên, trong bảng phân độ này không đề cập đến một tổn thương không thường gặp nhưng cũng không phải là hiếm: đó là tụ máu dưới bao gan mà các tác giả Hoa Kỳ đã đưa vào bảng phân loại thương tích gan do chấn thương. Quan điểm chúng tôi là tụ máu dưới bao gan do chấn thương khác tương đối nhiều về mặt sinh bệnh lý của vỡ gan do chấn thương không có tụ máu dưới bao

và là một hình thái đặc biệt của chấn thương gan vì vậy chúng tôi đưa vào một phần riêng.

Chấn thương gan thường xảy ra trong các trường hợp đa chấn thương, đặc biệt là chấn thương lồng ngực và chấn thương sọ não vì vậy nhiều khi nguyên nhân tử vong lại do nguyên nhân đa chấn thương. Cũng do chấn thương gan xảy ra trong bệnh cảnh đa chấn thương nên có những rối loạn sinh bệnh lý mà chúng ta cần nắm được để áp dụng trong điều trị. Thứ nhất là trong sốc mất máu và sốc đa chấn thương, gan sẽ bị ảnh hưởng đến chức năng tham gia quá trình đông máu vì vậy làm cho việc cầm máu tổ chức gan bị tổn thương khó hoặc không thực hiện được. Thứ hai, trong sốc mất máu và đa chấn thương, khối lượng tuần hoàn bị tụt thấp vì vậy các tổn thương của tĩnh mạch trên gan và tĩnh mạch chủ dưới dễ là nguồn gốc làm lọt khí về tim phải mà khi tim bị rỗng, sự lọt khí vào buồng tim phải có thể dẫn đến lọt khí vào buồng tim trái và gây ngừng tim. Thứ ba, trong sốc mất máu và sốc chấn thương, các tạng nói chung và gan nói riêng dễ có sự giảm cấp máu và thiếu oxy cho nên nguy cơ suy gan, thậm chí hôn mê gan sau mổ là một diễn biến có thể xảy ra trong các trường hợp cấp cuống gan hoặc thất động mạch gan, khác với những trường hợp khi ta thực hiện các kỹ thuật này trong những trường hợp huyết động bình thường.

Chương II

CÁC KỸ THUẬT XỬ LÝ

Mục đích chính đặt ra trong điều trị chấn thương gan là cầm máu, không để dò mật để ưu tiên cứu tính mạng bệnh nhân vì nếu máu chảy, bệnh nhân sẽ chết vì mất máu còn nếu dò mật, bệnh nhân sẽ chết do viêm phúc mạc. Một số trung tâm ngoại khoa trên thế giới hiện nay với phát triển của chụp cắt lớp vi tính, một số trường hợp chấn đoán vỡ gan không có chỉ định mở bụng mà bảo tồn, theo dõi tổn thương qua các lần chụp. Điều này hoàn toàn có lý vì có những trường hợp khi ta mổ ra, tổn thương nhu mô gan đã tự cầm máu. Nhưng muốn làm được điều này phải có hai điều kiện ràng buộc: thứ nhất là phải có máy chụp cắt lớp cho bệnh nhân chụp nhiều lần để theo dõi và thứ hai, phải có bàn mổ sẵn sàng để nếu khi có diễn biến bất ngờ có thể mổ cấp cứu được ngay. Chúng tôi cho rằng với điều kiện hiện nay ở Việt Nam, an toàn nhất cho người bệnh là khi đã chấn đoán chấn thương gan, chỉ định mổ là bắt buộc vì chúng ta không thể chụp cắt lớp vi tính nhiều lần cũng như sự sẵn sàng của bàn mổ. Tuy nhiên, nếu ta có phẫu thuật nội soi ổ bụng thì những trường hợp này là lý tưởng để chỉ định.

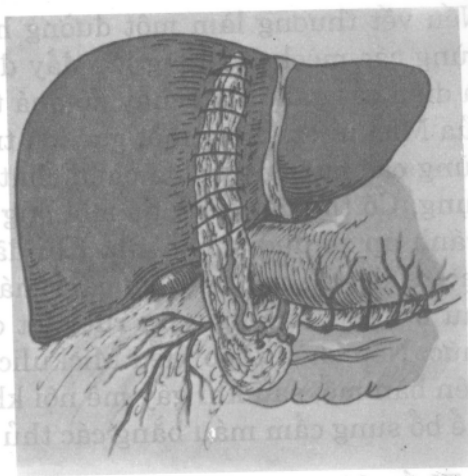
1. Đường mở bụng

Trước đây, đường mở bụng dựa theo cảm tính của phẫu thuật viên nên có người dùng đường trắng giữa trên rốn rồi mở ngang sang bên phải, có người mở ngay đường dưới bờ sườn hai bên, có người bắt đầu bằng đường nhỏ giữa trên rốn ở nửa trên thăm dò, nếu cần thiết mở rộng sang hai bên theo đường của Rio Branco. Theo kinh nghiệm của chúng tôi, đường mổ dưới sườn hai bên (chứ không phải đường dưới bờ sườn phải) là đường mổ tốt nhất để xử lý các tổn thương phức tạp vùng vòm gan hoặc xử lý tái tạo, bảo tồn các thương tích mạch máu, nhưng nhược điểm của đường này là cắt cơ, dễ nhiễm trùng sau mổ. Đường mổ giữa trên rốn, vòng qua bên phải kéo dài xuống dưới rốn là có thể xử lý các tổn thương phức tạp của gan trái và các tổn thương mức độ vừa phải của gan phải. Với phát triển của siêu âm hai bình diện hiện nay, việc đánh giá tổn thương có thể rất hữu ích cho lựa chọn đường mổ.

2. Khâu gan

Khâu gan là động tác đơn giản nhất trong xử lý vết thương gan nhưng cần thực hiện đúng kỹ thuật. Khâu gan phải dùng chỉ tiêu chặm. Nếu như trước đây chỉ cát gút crôm được ưa chuộng thì ngày nay, chỉ vicryl được coi là tốt nhất trong khâu gan. Một số trường hợp có thể dùng dao mổ điện đốt để cầm máu, đó là những tổn thương nông hoặc những tổn thương nhẹ. Khi khâu gan, ta cần nhớ tới giải phẫu: mặt ngoài gan được bọc trong bao Glisson rất dai và chắc trong khi nhu mô gan phía trong lại rất dễ mủn vì vậy trong khâu vết thương

gan, nếu ta khâu xuyên để áp hai mép vết thương lại thì chỉ thường cửa phần nhu mô gan ở đáy. Hậu quả là nhìn ngoài, ta tưởng hai mép vết thương ép vào nhau hoàn toàn nhưng thực tế, chỉ có phần trên được ép vào nhau hậu quả là máu và mật chảy ra, bị đọng ở đáy vết thương dẫn đến tụ máu trong nhu mô gan hoặc chảy máu đường mật hoặc áp xe hoá. Vì vậy kinh nghiệm chúng tôi khâu gan có nghĩa là khâu cầm máu diện võ chứ không nhằm mục đích khâu áp hai mép vết thương gan vào nhau. Có hai cách khâu gan: khâu bình thường và khâu độn. Khâu gan bình thường là khâu cầm máu diện gan bị vỡ. Trong một số trường hợp gan vỡ rộng, nhu mô gan mủn nát, ta có thể khâu gan trên một mảnh mạc nối lớn. Ta trải rộng mạc nối lớn lên diện gan vỡ và khâu xuyên qua mạc nối. Nhờ sự dai chắc của mạc nối lớn nên các mũi khâu không bị xé ra. Hơn nữa, mạc nối lớn có tính hấp thu vì vậy sau mổ, những dịch chảy ra, mạc nối lớn sẽ hấp thu và tránh được áp xe tồn dư sau mổ. Trong thống kê của F. FÉKÉTÉ, 487 trường hợp chiếm 50% chấn thương gan được xử lý bằng khâu gan và chỉ có 16 trường hợp chảy máu tái phát.



Hình 2.3. Khâu gan độn mạc nối lớn.

3. Cầm máu diện vỡ bằng keo sinh học

Keo sinh học được đưa vào sử dụng trong vòng mười năm gần đây để bổ sung cho các khâu nối mạch máu hoặc góp phần cầm máu cho các tạng đặc như gan, lách. Trong chấn thương gan, nếu những đường vỡ đơn giản thì hoàn toàn có thể khống chế được bằng mũi khâu. Trong vỡ gan phức tạp, sử dụng keo dán sinh học như ta đổ một lớp bê tông lên trên diện vỡ. Máu sẽ không chảy ra ngoài nhưng vẫn có thể tiếp tục chảy làm nên bọc máu tụ chèn ép vào tổ chức gan lành gây suy gan giống như máu tụ dưới bao gan vì vậy chúng tôi cho rằng không nên áp dụng trong chấn thương gan.

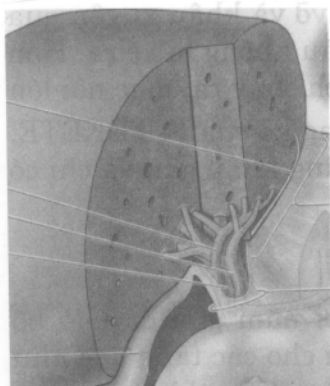
4. Chèn gạc

Chèn gạc trong xử trí chấn thương gan là một kỹ thuật được áp dụng từ rất lâu. Có một thời gian người ta đã từ bỏ nó vì những biến chứng nhiễm trùng hoặc chảy máu thứ phát do việc chèn gạc gây nên. Hiện nay, do sự phức tạp của thương tích gan trong chấn thương, đặc biệt trong tình trạng đa chấn thương cho nên chèn gạc lại được sử dụng trở lại. Ngay tại bệnh viện Việt-Đức, trong một số trường hợp xử trí vết thương gan phức tạp, khi có hiện tượng rối loạn đông máu xảy ra, việc quyết định chèn gạc đã góp phần cho những thành công của các kỹ thuật cắt gan hoặc bảo tồn mạch máu. Tuy nhiên chèn gạc cần phải đúng kỹ thuật. Nguyên tắc đạt được cầm máu trong chèn gạc là tạo nên một áp lực trên diện chảy máu để tạo các yếu tố đông máu bít lấy các vị trí chảy máu.

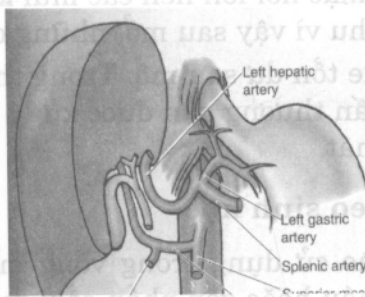


Nếu vết thương làm một đường hầm, tại các nơi không có khả năng xử trí, ta dùng các mèche thường lấp đầy đường hầm này. Nếu là một diện vỡ rộng hoặc là diện cắt gan, máu chảy do quá trình đông máu, ta sử dụng kỹ thuật chèn gạc của Mickulicz: dùng một gạc lớn trải rộng phủ lên diện vỡ hoặc diện cắt, sau đó dùng các miếng gạc lớn chèn chặt tạo nên một áp lực đủ để cầm máu rồi đóng bụng. Có thể đặt cạnh đó một ống dẫn lưu để hút liên tục các dịch tiết chảy ra, tránh áp xe dưới cơ hoành. Khi đã chèn gạc, phải chờ tối thiểu 5 ngày mới rút gạc ra để tạo nên một sự cầm máu ổn định. Nếu chèn mèche vào đường hầm, sau 5 ngày, mỗi ngày ta rút một chút khoảng 3-4cm để tạo sự đẩy dần của tổ chức. Nếu chèn theo kiểu Mickulicz, sau 5 ngày, chúng ta gây mê và rút mèche trên bàn mổ, sau khi gây mê nội khí quản rồi mở bụng rút các tấm gạc lớn để có thể bổ sung cầm máu bằng các thủ thuật khác.

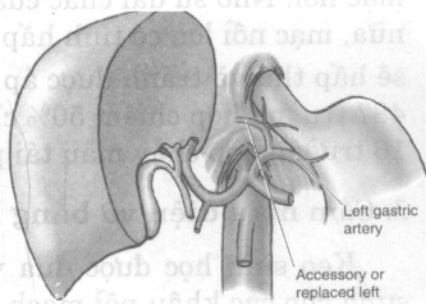
5. Thất động mạch gan



Hình 2.4. Động mạch gan bình thường (75%)



Hình 2.5. Thay đổi động mạch gan phải hoặc trái (25%)



Như trên đã trình bày, động mạch gan cung cấp 25% lưu lượng máu cho gan và 50% oxy cho tế bào gan nhưng một điều quan trọng là áp lực của xoang gan duy trì chủ yếu do áp lực động mạch gan vì vậy sau khi thất động mạch gan, áp lực xoang gan giảm xuống và những chảy máu nhỏ từ nhu mô gan hoặc có nguồn gốc từ động mạch gan có thể ngừng lại. Hiệu quả cầm máu đạt được. Tuy nhiên có những trường hợp thất động mạch gan không đạt được hiệu quả cầm máu hoặc cầm máu không ổn định. Những trường hợp thất bại cầm máu của thất động mạch gan là khi nguồn gốc gây chảy máu từ tĩnh mạch của hoặc tĩnh mạch trên gan hoặc do bất thường của động mạch gan. Về bất thường động mạch gan, xin nhắc lại là chỉ có 75% động mạch gan riêng chia hai nhánh động mạch gan phải và động mạch gan trái, còn 25% các trường hợp còn lại, động mạch gan phải xuất phát riêng từ động mạch mạc treo tràng trên, đi theo phía sau, bờ ngoài của tĩnh mạch của đi lên cấp máu cho gan phải hoặc động mạch gan trái xuất phát riêng rẽ từ động mạch vành vị, theo mạc nối nhỏ đi lên gan

trái. Hiệu quả cầm máu không ổn định trong thất động mạch gan thường gặp trong những trường hợp tổn thương nhu mô có kèm tổn thương của tĩnh mạch trên gan hoặc tĩnh mạch cửa mà những tổn thương này được cầm máu tạm thời bằng những nút máu cục. Khi cục máu long ra, sự chảy máu lại tái diễn. Sau khi thất động mạch gan, gan sẽ được cung cấp oxy bằng tĩnh mạch cửa và một vòng nối từ động mạch hoành, động mạch vành vị, động mạch mạc treo...

Theo nghiên cứu của Bengmark, sau khi động mạch gan được thắt, có khoảng 24 vòng nối được tái tạo rất sớm ngay sau 6 giờ với một lưu lượng xấp xỉ thậm chí còn lớn hơn lưu lượng của động mạch gan. Như vậy sự tái lập của những vòng nối này cũng có thể làm cho việc cầm máu mất ổn định, nhất là khi có nhiễm trùng kèm theo, dẫn đến chảy máu tái diễn. Có hai nguy cơ sau thất động mạch gan. Thứ nhất là hoại tử túi mật. Thông thường, túi mật được cấp máu không chỉ từ động mạch túi mật đi từ động mạch gan riêng mà bằng cả một vòng nối từ trong gan qua guồng túi mật. Sau khi thất động mạch gan, sự cấp máu cho túi mật được đáp ứng bằng các vòng nối mà khi vòng nối này không đáp ứng nổi, đặc biệt trong các trường hợp sốc, túi mật sẽ bị hoại tử sau mổ. Để phát hiện sớm nguy cơ này, ngay sau khi thất động mạch gan, ta phải quan sát màu sắc của túi mật. Nếu túi mật đổi màu, nhợt đi hoặc sẫm lại, chỉ định cắt túi mật là bắt buộc. Nguy cơ thứ hai là suy gan và hôn mê gan sau mổ. Sau khi thất động mạch gan trong những giờ đầu, cấp máu cho gan được tĩnh mạch cửa đảm nhiệm. Nếu bệnh nhân bị sốc chấn thương hoặc sốc mất máu thì chúng ta đều biết, trong tình trạng sốc, máu bị ứ trệ ở hệ thống tĩnh mạch, trong đó bao gồm cả hệ thống tĩnh mạch cửa vì vậy việc cung cấp oxy cho tế bào gan bị mất đi, dẫn đến tình trạng hoại tử tế bào gan sau mổ. Để đề phòng, trong những trường hợp này, hô hấp hỗ trợ bằng thở máy với nồng độ oxy cao là một biện pháp thường được sử dụng. Để theo dõi hoại tử tế bào gan, men transaminase là một chỉ số quan trọng. Thông thường, men này (cả SGOT và SGPT) đều tăng cao cho đến ngày thứ 5 sẽ giảm dần và trở về bình thường vào ngày thứ 7. Nếu men này tiếp tục tăng quá 7 ngày, đây là một tiên lượng không tốt. Nếu men này đã giảm và sau đó tăng lại, dấu hiệu này thường gặp trong những trường hợp hoại tử một phần gan. Sau khi thất động mạch gan, việc sử dụng kháng sinh được nhiều tác giả khuyến nghị để bảo vệ gan chống lại các chủng vi khuẩn đường ruột lên men.

6. Cắt gan

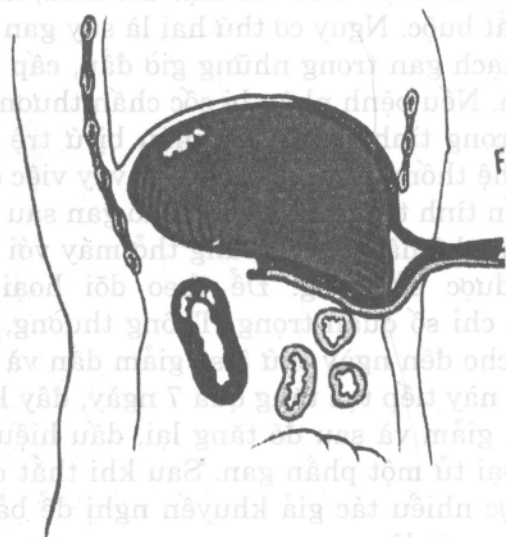
Chúng ta cần hiểu cắt gan ở đây cũng chỉ nhằm mục tiêu cầm máu và chống dò mật, đồng thời loại bỏ các tổ chức gan không còn được cấp máu vì vậy phẫu thuật cắt gan ở đây thường thực hiện theo tổn thương. Phương pháp cắt gan Tôn Thất Tùng trong điều trị thương tích gan do chấn thương được coi là kỹ thuật lựa chọn vì cho phép cắt gan nhỏ. Các kỹ thuật cắt gan đã được trình bày kỹ ở trong phần cắt gan. Có một vấn đề lưu tâm là cấp cuống gan. Trong chấn thương gan, thông thường bệnh nhân trong tình trạng sốc vì vậy nguy cơ suy gan do cấp cuống gan là cao hơn những trường hợp cấp cuống gan trong các phẫu thuật cắt gan do bệnh lý.

7. Dẫn lưu túi mật

Chúng ta biết rằng một trong những biến chứng sau mổ là dò mật. Dò mật có thể dẫn đến viêm phúc mạc hoặc áp xe dưới hoành. Thông thường, những tổn thương của các đường mật từ mức phân thủy trở lên thường được phát hiện trong mổ và đây cũng là một trong những chỉ định của cắt gan. Tuy nhiên trong những trường hợp dập nát nhu mô gan rộng, nguy cơ dò mật khá lớn. Chúng tôi cho rằng trong những trường hợp này, mổ thông túi mật là một động tác cần thiết vì hai lý do: Thứ nhất, làm giảm áp lực trong đường mật, hạn chế dịch mật dò qua nhu mô gan vỡ. Thứ hai, trong một số trường hợp dò mật kéo dài, ta có điều kiện dễ dàng chụp kiểm tra đường mật để dự kiến cho việc mổ lại.

8. Dẫn lưu ổ bụng

Sau khi giải quyết xong tổn thương gan, dẫn lưu là một điểm hết sức quan trọng để đề phòng cũng như phát hiện các tai biến như chảy máu thứ phát hoặc áp xe dưới hoành. Nguyên tắc dẫn lưu thực hiện giống như sau cắt gan và nên đặt hai dẫn lưu, một ở dưới gan, một ở vòm gan.



Hình 2.6. Dẫn lưu sau xử lý thương tích gan.

Chúng ta cần hiểu cắt gan ở đây cũng chỉ nhằm mục tiêu cầm máu và chống dò mật, đồng thời loại bỏ các tổ chức gan không còn được cấp máu vì vậy phần thuật cắt gan ở đây thường thực hiện theo tổn thương. Phương pháp cắt gan Tả Thất Tảng trong điều trị thương tích gan do chấn thương được coi là kỹ thuật lựa chọn vì cho phép cắt gan nhỏ. Các kỹ thuật cắt gan đã được trình bày kỹ ở trong phần cắt gan. Có một vấn đề lưu tâm là cấp cường gan. Trong chấn thương gan, thông thường bệnh nhân trong tình trạng sốc vì vậy nguy cơ suy gan do cấp cường gan là cao hơn những trường hợp cấp cường gan trong các phần thuật cắt gan do bệnh lý.



Chương III

MỘT SỐ HÌNH THÁI ĐẶC BIỆT CỦA THƯƠNG TÍCH GAN DO CHẤN THƯƠNG VÀ VẾT THƯƠNG

1. Tụ máu dưới bao gan

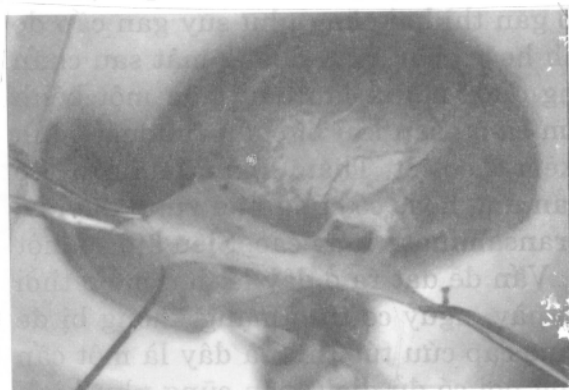
Chúng ta biết rằng gan được bọc kín bên ngoài bằng một màng xơ rất dai được gọi là bao Glisson. Khi nhu mô gan bị vỡ mà bao Glisson còn nguyên vẹn, máu sẽ tiếp tục chảy dưới bao này, lách dần và lan toả đến các vùng khác tùy thuộc vào mức độ tổn thương của nhu mô và các thành phần bên trong. Tụ máu dưới bao gan tiến triển có thể dẫn đến vỡ gan thì hai cũng như suy gan cấp do khối máu tụ chèn ép vào nhu mô gan lành hoặc chảy máu đường mật sau chấn thương. Tụ máu dưới bao do chấn thương được mô tả lần đầu trên một bệnh nhân 16 tuổi bị ngựa đá vào bụng. Về lâm sàng, sau khi bị chấn thương, bệnh nhân thường đau tức dưới sườn phải và kèm theo sốt. Thăm khám lâm sàng có thể nhận thấy gan to và đau, kèm với phản ứng hoặc co cứng nhẹ vùng dưới bờ sườn phải. Xét nghiệm bạch cầu và men transaminase tăng cao. Siêu âm có một giá trị đặc biệt trong chẩn đoán xác định. Vấn đề đặt ra ở đây là nên mổ ở thời điểm nào. Trước hết vì những trường hợp này, nguy cơ tính mạng không bị đe dọa do mất máu nên không cần chỉ định mổ cấp cứu tức thì mà đây là một cấp cứu có trì hoãn, nên tiến hành mổ ở những nơi có đủ điều kiện cũng như kinh nghiệm. Tuy nhiên trên thực tế, do chấn thương bụng có tổn thương các tạng khác phối hợp, việc phát hiện tụ máu dưới bao gan trong mổ khiến phẫu thuật viên lúng túng. Nếu ở những nơi trang bị thiếu thốn hoặc phẫu thuật viên chưa có kinh nghiệm, tụ máu dưới bao gan có thể coi như là một vỡ gan đã được xử lý chèn gạc, đặt được cầm máu tạm thời vì vậy tốt nhất là không nên xử trí gì mà đóng lại, cho kháng sinh và chuyển đến các trung tâm ngoại khoa. Còn tại các trung tâm ngoại khoa, phát hiện tụ máu dưới bao gan thì nên xử lý ngay: mổ bao Glisson lấy máu cục, xử lý chỗ vỡ gan theo các kỹ thuật thích ứng với tổn thương: khâu, thắt động mạch gan hoặc cắt gan. Mổ thông túi mật là một chỉ định cần thiết. Câu hỏi đặt ra là có nhất thiết phải mổ bao Glisson trong mọi trường hợp tụ máu dưới bao gan hay chỉ mổ trong một số trường hợp mà tụ máu dưới bao lan rộng. Quan điểm chúng tôi là mọi tụ máu dưới bao gan đều có chỉ định mổ bao kiểm tra vì hai lý do: thứ nhất, để xác định thương tổn của nhu mô gan và xử lý ngay, tránh biến chứng vỡ gan thì hai, chảy máu đường mật hoặc áp xe hoá. Thứ hai nguy cơ chèn ép nhu mô gan lành dẫn đến suy gan đã được một số tác giả đề cập đến.

Kỹ thuật xử lý máu tụ dưới bao gan sau khi mổ bao giống như kỹ thuật xử trí thương tích gan do chấn thương và vết thương sau khi mổ bao Glisson lấy bỏ máu cục.

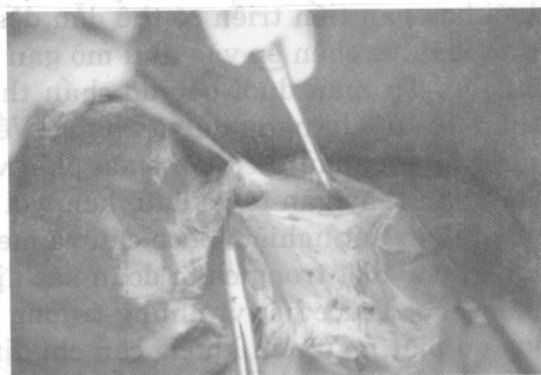
2. Tổn thương mạch máu trong thương tích gan do chấn thương hoặc vết thương

Về mặt giải phẫu, phía sau gan là tĩnh mạch chủ dưới. Tĩnh mạch chủ dưới sau gan có các nhánh của tĩnh mạch thượng thận, tĩnh mạch trên gan phải phụ (hình 2.7) mà trong chấn thương gan do tại nạn giao thông, tĩnh mạch này thường bị tổn thương tạo thành vết thương bên của tĩnh mạch chủ dưới.

Ngoài ra mặt trước tĩnh mạch chủ dưới sau gan còn rất nhiều tĩnh mạch của thùy Spigel đổ vào. Phía trên gan, tĩnh mạch chủ dưới là hợp lưu của ba tĩnh mạch trên gan, trong đó tĩnh mạch trên gan giữa và trên gan trái hợp thành một thân chung trước khi đổ vào tĩnh mạch chủ dưới nên làm cho khẩu kính của tĩnh mạch này dẫn rộng hơn nhiều so với tĩnh mạch chủ dưới đoạn sau gan (hình 2.8).



Hình 2.7. Tĩnh mạch trên gan phải phụ



Hình 2.8. Tĩnh mạch chủ dưới trên gan và sau gan.

Trong nhu mô gan, theo các rãnh gan là ba tĩnh mạch trên gan và mặt dưới là tĩnh mạch cửa, động mạch gan và đường mật nằm trong cuống Glisson (hình) mà khi gan bị tổn thương, các mạch máu này thường bị kèm theo, dẫn đến khó khăn trong điều trị vết thương gan. Trong thống kê của chúng tôi trong giai đoạn 1999 đến 2003 tổng số thương tích gan do chấn thương và vết thương có tổn thương mạch máu là 61 trường hợp trên tổng số trường hợp. Tỷ lệ tử vong của nhóm này là 25,59%.

Nguyên cơ tử vong chủ yếu của nhóm thương tích này là mất máu. Các tác giả trên thế giới có đề cập tới các kỹ thuật như cặp ba nơi: tĩnh mạch chủ dưới trên gan, dưới gan và cuống gan hoặc phối hợp thêm với cặp động mạch chủ bụng (Heaney) hoặc biệt lập tĩnh mạch chủ dưới đoạn sau gan bằng các cầu nối bên trong (Testa, Pilcher)... nhưng chúng tôi cho rằng điều này khó thực hiện trong cấp cứu vì vậy theo kinh nghiệm của chúng tôi, khi mở bụng mà huyết áp tụt, ổ bụng ngập máu, việc đầu tiên là ta dùng tay ấn vào động mạch chủ dưới ở dưới lỗ cơ hoành, bên trái của tâm vị và nhanh chóng cặp cuống gan, tìm nguyên nhân chảy máu. Nếu các vết thương ở tĩnh mạch chủ dưới, ta dùng sonde Foley đưa vào phòng bóng bằng huyết thanh (để tránh tai biến tắc mạch phổi do hơi khi bóng bị vỡ nếu bơm khí) để cầm máu tạm thời. Nếu tổn thương ở tĩnh mạch

trên gan, ta dùng ngón tay bịt vào cầm máu tạm thời rồi khâu lại. Tổn thương tĩnh mạch cửa nếu ở thân thì khâu lại còn ở trong gan có thể tiến hành cắt gan theo tổn thương. Nếu tổn thương động mạch gan, xử trí thất bại. Đối với tĩnh mạch trên gan ta có thể thắt được một trong ba tĩnh mạch này vì theo cấu trúc giải phẫu, mỗi phân thùy được dẫn máu trở về bằng hai hệ thống: phân thùy sau là tĩnh mạch trên gan phải và tĩnh mạch trên gan phải phụ; phân thùy trước do tĩnh mạch trên gan phải và tĩnh mạch trên gan giữa, phân thùy giữa được dẫn máu nhờ tĩnh mạch trên gan giữa và trên gan trái; phân thùy bên được dẫn máu bằng tĩnh mạch trên gan trái và các tĩnh mạch của thùy Spigel.

3. Chảy máu đường mật sau chấn thương

Chảy máu đường mật sau chấn thương được Owen đề cập đến từ năm 1848 nhưng phải đến năm 1948 Sandblom mới là người đầu tiên mô tả đầy đủ bệnh lý này. Do ba thành phần của cuống Glisson đi sát với nhau từ cuống gan đến các nhánh tận nên khi gan bị chấn thương ở vùng trung tâm, các tác nhân chấn thương có thể tạo nên sự thông thương bất thường giữa động mạch gan, tĩnh mạch cửa, thậm chí tĩnh mạch trên gan với đường mật do cơ chế chấn thương trực tiếp làm xé rách hoặc gián tiếp do hoại tử nhu mô gan. Hậu quả là máu từ các mạch này chảy vào đường mật, xuống tá tràng dẫn đến hội chứng chảy máu đường tiêu hoá. Biểu hiện lâm sàng của chảy máu đường mật có những nét rất đặc trưng đó là tiền sử chấn thương, cơn đau quặn gan trước mỗi lần chảy máu. Tăng nhiệt độ cũng là một biểu hiện thường gặp. Vàng da và tăng bilirubin thể hiện kín đáo và phụ thuộc nhiều vào tình trạng thiếu máu của bệnh nhân: nếu thiếu máu càng nặng, bilirubin tăng càng thấp. Nôn máu ra cục máu đông hình thỏi bút chì là dấu hiệu đặc trưng nhưng ít gặp. Nội soi đường tiêu hoá cho phép chẩn đoán chảy máu đường mật với hình ảnh nước mật và máu chảy qua cơ nhú. Do đa phần chảy máu đường mật sau chấn thương có nguồn gốc từ động mạch gan nên trước đây, chụp động mạch gan chọn lọc mang tính chất quyết định và định khu. Ngày nay với siêu âm, chẩn đoán chảy máu đường mật khá đơn giản với các hình ảnh máu cục trong đường mật, dẫn và có hình ảnh máu cục trong ống mật chủ.

Khi mổ bụng, điều đầu tiên nhận thấy ngay là túi mật và ống mật chủ căng chặt máu cục. Mở ống mật chủ, máu cục tràn ra. Sau khi lấy máu cục, máu đỏ sẽ chảy từ trên gan xuống. Ta có thể định khu bằng cách đưa ống Foley lên từng ống gan phải và trái. Khi phồng bóng ở ống gan nào mà máu không chảy xuống có nghĩa là chảy máu đường mật từ phần gan đó. Tuy nhiên đối với ống gan trái, cần nhớ lại là có từ 19 đến 25% ống gan phân thùy sau trượt sang đổ vào ống gan trái vì vậy nguồn gốc chảy máu ở bên gan phải nhưng máu ngừng chảy khi ta phồng bóng ở ống gan trái. Nếu máu chảy ồ ạt, trước khi xác định máu chảy từ bên gan nào, ta kẹp tạm cuống gan để ngừng chảy máu. Nếu kẹp cuống gan mà máu vẫn tiếp tục chảy, ta có thể xác định được nguồn gốc chảy máu là từ tĩnh mạch trên gan. Điều lưu ý là sau khi mở kẹp cuống gan, phần lớn máu không chảy xuống tiếp nữa do máu cục hình thành ở trong ống mật cầm máu tạm thời. Nếu ta dẫn lưu Kehr và đóng ống mật chủ ngay lúc này có nghĩa là ta

phạm sai lầm vì sau mổ, máu lại tiếp tục chảy. Vì vậy lợi dụng lúc này, ta tranh thủ phẫu tích bộc lộ động mạch gan riêng. Sau khi bộc lộ động mạch gan riêng, ta nhẹ nhàng dùng Mirizi đưa lên ống gan để lấy máu cục ra hoặc bơm rửa. Khi máu chảy xuống, ta nâng thủ động mạch gan mà máu ngừng chảy, ta có thể tiến hành thắt động mạch gan để điều trị. Nếu máu không ngừng chảy, có hai lý do: thứ nhất do bất thường động mạch gan như đã mô tả ở phần trên (hình) thứ hai là nguồn gốc chảy máu không từ động mạch gan vì vậy thắt động mạch gan là vô ích, chưa kể đến hậu quả của thắt động mạch gan cho dù không hay gặp. Trong trường hợp này, cắt gan là chỉ định bắt buộc. Cắt gan trong những trường hợp này không phải để điều trị bệnh gan mà chỉ để đạt mục tiêu cầm máu vì vậy không nên cắt gan rộng. Nếu bệnh nhân được chụp động mạch gan trước mổ, việc định khu không có gì khó khăn còn nếu không, dựa vào kinh nghiệm thăm khám gan trong mổ: quan sát mặt gan, kiểm tra đặc tính nhu mô gan trong hai bàn tay, một ở mặt trên và một ở mặt dưới. Hiện nay với sự có mặt của nội soi trong mổ, đây là một biện pháp lý tưởng để định khu cho chỉ định cắt gan. Với kinh nghiệm của chúng tôi, bằng nội soi đường mật trong mổ, định khu chảy máu dễ dàng đạt được ở mức hạ phân thùy. Cắt túi mật là một chỉ định bắt buộc mặc dầu túi mật không phải là nguyên nhân gây chảy máu nhưng do túi mật đã bị viêm nhiễm do chứa đựng máu cục trong môi trường nước mật.

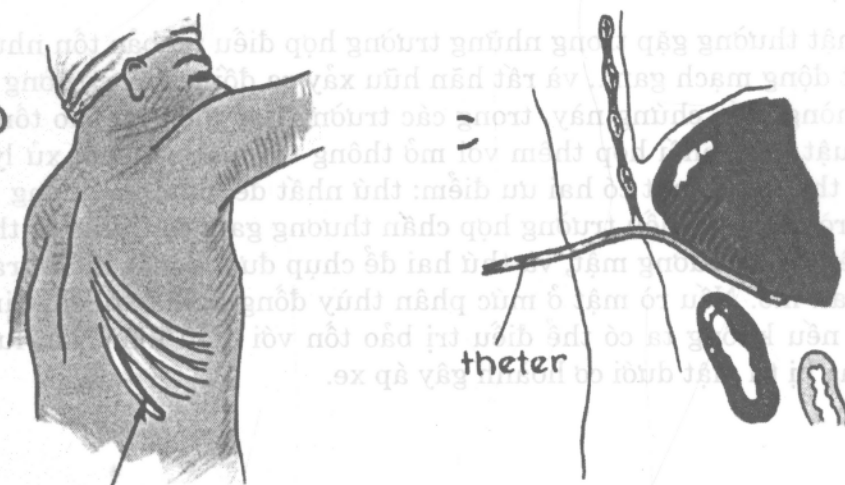
Chương IV

BIẾN CHỨNG SAU MỔ THƯƠNG TÍCH GAN DO CHẤN THƯƠNG VÀ VẾT THƯƠNG

Ngoại trừ biến chứng chảy máu đường mật đã được trình bày ở trên, các biến chứng sau mổ cần đề cập đến là áp xe dưới cơ hoành, chảy máu thứ phát, tràn dịch màng phổi và dò mật.

1. Áp xe dưới hoành

Như trên đã trình bày, do tác động giống như bơm hút của cơ hoành nên trong khoang màng bụng áp lực ở đây thấp nhất, gần giống như áp lực khoang màng phổi vì vậy nếu không hút dẫn lưu liên tục áp lực âm, áp xe dưới hoành rất dễ xảy ra. Để đề phòng, dẫn lưu phải đặt đúng quy cách và hút liên tục. Nếu có nguy cơ nhiễm trùng, tiến hành dẫn lưu tủy rửa: luồn catheter vào ống ở trên vòm gan, tủy rửa bằng huyết thanh pha kháng sinh. Nếu áp xe xảy ra, thể hiện qua các dấu hiệu lâm sàng và siêu âm là phương pháp chẩn đoán quyết định. Nếu ổ áp xe ở phía sau gan phải, ta có thể dẫn lưu qua túi cùng khoang màng phổi theo kỹ thuật Constantini (hình 2.9).



Hình 2.9. Dẫn lưu áp xe dưới hoành qua túi cùng màng phổi phải.

2. Chảy máu thứ phát

Không tính bỏ sót thương tổn, chảy máu thứ phát sau điều trị thương tích gan do chấn thương và vết thương chủ yếu do nguyên nhân nhiễm trùng. Trường hợp bỏ sót tổn thương, thường gặp nguồn gốc từ tĩnh mạch trên gan và tĩnh mạch cửa. Trong khi mổ, do cục máu đông bít lấy tạm thời trên hệ thống



THƯ VIỆN
HUBT

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

tĩnh mạch áp lực không cao, đặc biệt là tĩnh mạch trên gan nên một số phẫu thuật viên bỏ qua. Sau một thời gian, khi cục máu đông tiêu đi, bệnh nhân đột ngột xuất hiện chảy máu qua ống dẫn lưu hoặc nằm trong bệnh cảnh chảy máu trong. Đối với chảy máu do nguyên nhân nhiễm trùng, nhiễm trùng sẽ làm hoại tử tổ chức gan và gây chảy máu. Chỉ định mổ lại là bắt buộc, nếu sót tổn thương, ta chủ yếu xử lý nguyên nhân còn nếu do nguyên nhân nhiễm trùng, bắt buộc ta phải cắt lọc tổ chức hoại tử, cầm máu và dẫn lưu tưới rửa hoặc tốt nhất là để hở nếu có thể.

3. Tràn dịch màng phổi

Tràn dịch màng phổi phải thường gặp sau xử lý thương tích gan do chấn thương. Nguyên nhân trước tiên phải nghĩ đến là áp xe dưới hoành phải mà siêu âm rất có giá trị chẩn đoán. Tiếp đến có thể là tràn máu màng phổi bị bỏ sót mà ta dễ dàng chẩn đoán khi nhìn vào dịch chọc dò. Thứ ba là phản ứng màng phổi do tổn thương viêm nhiễm ở diện gan vỡ. Trừ trường hợp tràn máu màng phổi dịch là máu còn lại các trường hợp khác do chỉ là phản ứng của màng phổi nên dịch là dịch xuất tiết, màu vàng trong. Điều trị tràn dịch màng phổi chủ yếu theo nguyên nhân: áp xe dưới cơ hoành phải dẫn lưu ổ áp xe, tràn máu màng phổi phải dẫn lưu khoang màng phổi. Tràn dịch màng phổi chỉ can thiệp khi bệnh nhân có dấu hiệu khó thở. Chọc hút tháo dịch khoang màng phổi trong lần đầu hoặc dẫn lưu tối thiểu cho những lần sau, khi đã chọc hút mà tràn dịch vẫn tái phát.

4. Rò mật

Rò mật thường gặp trong những trường hợp điều trị bảo tồn như khâu, chèn gạc, thắt động mạch gan... và rất hãn hữu xảy ra đối với các trường hợp cắt gan. Để đề phòng biến chứng này, trong các trường hợp điều trị bảo tồn, thường các phẫu thuật viên phối hợp thêm với mổ thông túi mật sau khi xử lý vết thương gan. Mổ thông túi mật có hai ưu điểm: thứ nhất để giảm áp đường mật hạn chế nguy cơ rò mật vì nhiều trường hợp chấn thương gan, cơ Oddie co thắt làm tăng áp lực bên trong đường mật, và thứ hai để chụp đường mật kiểm tra nếu như có rò mật sau mổ. Nếu rò mật ở mức phân thủy đồng nghĩa với chỉ định mổ lại để cắt gan; nếu không ta có thể điều trị bảo tồn với điều kiện dẫn lưu lưu thông tốt, không bị tụ mật dưới cơ hoành gây áp xe.

Phần III

PHẪU THUẬT SỎI ĐƯỜNG MẬT

Sỏi đường mật là một bệnh lý do nhiều nguyên nhân khác nhau theo từng vùng địa lý và kinh tế xã hội. Tại khu vực Âu-Mỹ, sỏi đường mật chủ yếu là sỏi túi mật và sỏi ống mật chủ do sỏi túi mật rơi xuống. Bản chất của sỏi loại này là sỏi cholesterol hình thành do sự lắng đọng và phụ thuộc vào chế độ ăn. Tại Việt Nam trước đây sỏi đường mật chủ yếu là sỏi ống mật chủ và sỏi trong gan với thành phần là muối bilirubinát. Nguyên nhân hình thành sỏi do yếu tố nhiễm trùng đường mật do giun lên đường mật vì vậy cấu trúc sỏi thường là có nhân là xác hoặc trứng giun được muối bilirubinát bọc quanh. Về giải phẫu bệnh, sỏi hình thành do quá trình viêm nhiễm nên nó nằm trên những chỗ hẹp của đường mật trong gan vì vậy làm cho việc lấy sỏi một cách triệt để không thể dễ dàng và hậu quả bệnh nhân thường phải mổ đi mổ lại nhiều lần. Các công trình về bệnh lý giun đũa, bệnh lý sỏi mật và các biến chứng như chảy máu đường mật, máu tụ dưới bao gan của Tôn Thất Tùng có thể coi như nền tảng trong nghiên cứu và điều trị bệnh lý sỏi đường mật của Việt Nam. Cho đến nay, phẫu thuật sỏi đường mật được thực hiện ở nhiều tuyến trên cả nước, nhưng qua các trường hợp mổ lại hoặc qua các biến chứng phẫu thuật của các tuyến cũng như qua những luận văn về lĩnh vực này, tôi thấy còn nhiều điểm cần trao đổi vì vậy với kinh nghiệm của một phẫu thuật viên được phụ mổ cho giáo sư Tôn Thất Tùng trong 23 năm cùng với kinh nghiệm phẫu thuật sỏi đường mật trên 20 năm, tôi muốn trình bày những bài học và kinh nghiệm của mình đã thu thập và đúc kết lại được để trao đổi cùng với các đồng nghiệp.

Chương I

GIẢI PHẪU ĐƯỜNG MẬT

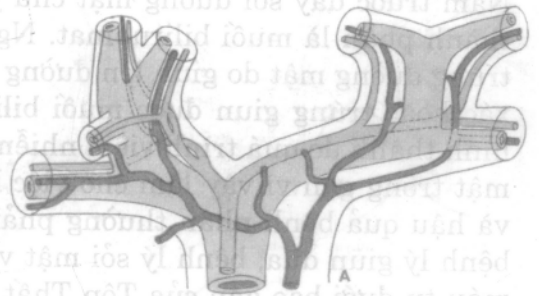
1. Giải phẫu đường mật ngoài gan

Đường mật ngoài gan về mặt phẫu thuật bao gồm ống gan chung, ống mật chủ cho đến đoạn bờ trên tá tràng và túi mật (hình 3.1).

1.1. Túi mật

Khi phẫu thuật cắt túi mật có ba điểm cần lưu ý:

Thứ nhất, một số trường hợp có sự đổ thẳng của ống mật phân thùy hoặc hạ phân thùy vào túi mật. Trong những trường hợp này nếu bỏ sót có thể dẫn đến dò mật sau mổ cắt túi mật. Tốt nhất trong trường hợp này, ta luồn một ống cathéter và nếu có điều kiện bơm thuốc cản quang và chụp đường mật trên bàn mổ để quyết định, nếu không có điều kiện, ta bơm thử huyết thanh vào cathéter. Nếu huyết thanh chảy ra ở chỗ mổ ống mật chủ thì có thể thất lại, nếu không ta dẫn lưu bằng cathéter để chờ kết quả chụp đường mật sau mổ để đi đến quyết định.



Hình 3.1. Đường mật (màu vàng) trong gan và ngoài gan.

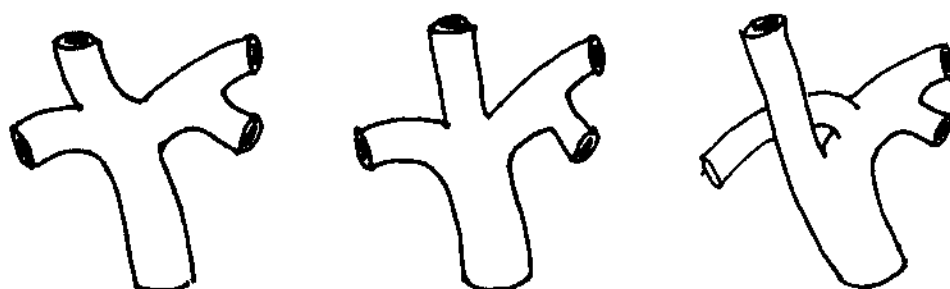
Thứ hai, ống túi mật thường chạy song song với ống gan phải và ống gan chung vì vậy khi phẫu tích hoặc khi cặp ống túi mật ta có thể cặp phải ống gan phải hoặc ống gan chung gây nên chít hẹp đường mật sau mổ. Để tránh tai biến này, ta nên phẫu tích xong túi mật và khi cặp pince vào ống túi mật, không nên kéo căng đáy túi mật để cặp vì động tác này sẽ kéo luôn cả ống gan chung bị cặp vào trong pince.

Thứ ba, giường túi mật nằm rất gần với nhánh tận của tĩnh mạch trên gan giữa ở trong nhu mô gan. Trong một số trường hợp cắt túi mật đặc biệt những trường hợp túi mật ăn sâu vào nhu mô gan, nguồn gốc chảy máu có thể từ nhánh tĩnh mạch này. Trong trường hợp này, thường một số phẫu thuật viên chèn mèche nhưng cũng có thể mở đôi giường túi mật để khâu cầm máu.

1.2. Ống gan chung

Cần lưu ý có một số trường hợp ống gan phân thùy sau đổ thấp xuống dưới hoặc trượt sang trái của ống phân thùy trước chiếm 18% theo nghiên cứu của Tôn Thất Tùng (hình 3.2). Trong những trường hợp này, nếu ta mổ ống mật chủ cao, thường gặp khi mổ mật lại do tá tràng dính lên chỗ mổ ống mật chủ lần trước, ta sẽ không thăm dò được ống gan phân thùy sau.





Hình 3.2. Ba hình thái phân bố đường mật ở rốn gan thường gặp.

1.3. Ống mật chủ

Ống mật chủ nằm bên phải động mạch gan, có một nhánh của động mạch gan cấp máu cho túi mật vì vậy khi mở ống mật chủ cần mở dưới động mạch túi mật. Trong thành ống mật chủ có một mạng lưới mạch máu phong phú, tăng sinh trong nhiễm trùng đường mật vì vậy nếu ta đặt ống dẫn lưu Kehr ở mặt trước có hai nguy cơ: nguy cơ thứ nhất là ống dẫn lưu Kehr có thể tỳ vào làm hoại tử động mạch gan gây chảy máu đường mật và thứ hai, khi đặt ống dẫn lưu Kehr ở mặt trước, do lực kéo của ống dẫn lưu này nên nhánh bên của ống Kehr tỳ vào thành trước ống mật chủ gây hoại tử thành trước ống mật chủ và chảy máu đường mật do lưới mạch ở mặt trước ống mật chủ. Vì vậy chúng tôi không bao giờ đặt Kehr qua đường mở ống mật chủ để tránh tai biến này.

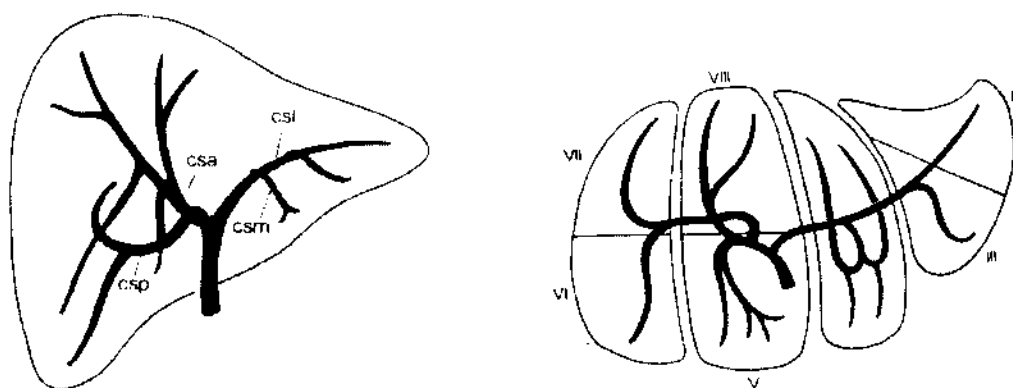
2. Giải phẫu đường mật trong gan

Giải phẫu đường mật trong gan có tầm quan trọng trong định khu vị trí sỏi trong gan. Giống như đường mật ở ngoài gan, đường mật đi kèm cùng với động mạch gan và tĩnh mạch cửa. Khi đến rốn gan để đi vào trong gan, ba thành phần này được bọc trong vỏ Glisson nên ta cần hiểu danh từ cuống Glisson là bao gồm tĩnh mạch cửa, động mạch gan và đường mật. Trong cuống Glisson, đường mật nằm ở trên cùng còn tĩnh mạch cửa và động mạch gan nằm ở bình diện dưới. Chính vì tĩnh mạch cửa và động mạch gan đi sát với đường mật nên trong tổn thương gan do chấn thương hoặc nhiễm trùng, có thể tạo nên sự thông thương bất thường giữa đường mật với tĩnh mạch cửa hoặc động mạch gan gây nên chảy máu đường mật. Sự hiểu biết về đường mật trong gan nhằm để xác định khu tổn thương qua chụp đường mật cũng như khi ta soi hoặc thăm dò đường mật bằng dụng cụ trong mổ.

Trên phim chụp cần quan đường mật tư thế thẳng:

- *Ống gan phân thùy sau*: nhận biết ống này bởi quai Hjorstjo (hình 3.3). Sự hình thành quai này do ống mật phân thùy sau vòng qua phía sau của cuống gan phân thùy trước đi ra mặt trước của cuống gan phân thùy sau.

- *Ống gan phân thùy trước*: nhận biết bởi đường mật đi lên thẳng vòm gan của hai ống hạ phân thùy VIII. Theo Trịnh Văn Minh, hạ phân thùy VIII có thể chia thành hai dưới hạ phân thùy VIII trong và VIII ngoài.
- *Ống gan trái*: cần lưu ý để sự trượt sang trái của ống phân thùy sau trong 25% các trường hợp.



Hình 3.3. Sơ đồ hình chụp đường mật trong gan và phân bố đường mật trong gan.

Những bất thường giải phẫu này cần lưu ý khi nhận định về kết quả chụp đường mật cản quang hoặc khi sử dụng nội soi đường mật và khi thực hiện kỹ thuật cắt gan. Nếu thực hiện cắt gan theo phương pháp Lortat-Jacob, nguy cơ thất đường mật của phân thùy sau rất lớn trong cắt gan trái do thực hiện việc thắt và buộc các thành phần của cuống Glisson ở ngoài nhu mô gan trong khi đó cắt gan theo phương pháp Tôn Thất Tùng hoàn toàn khắc phục được nhược điểm này vì vị trí cặp cuống Glisson trong cắt gan trái của Tôn Thất Tùng là cặp và cắt sát bên phải ngách Rex mà tại vị trí này là ở ngoài chỗ đổ vào ống gan trái của phân thùy sau.

Chương II

CHẨN ĐOÁN SIÊU ÂM SỎI MẬT

Sỏi mật là một bệnh phổ biến ở Việt Nam, trong đó sỏi đường mật gặp nhiều hơn sỏi túi mật do yếu tố nhiễm khuẩn và nhiễm ký sinh trùng đường mật. Sỏi có thể nằm ở đường mật trong gan, đường mật ngoài gan hoặc phối hợp cả trong và ngoài gan. Sỏi đường mật chủ yếu được tạo thành từ muối mật. Sỏi túi mật ít gặp hơn nhưng cũng càng ngày càng tăng lên ở Việt Nam có lẽ do chế độ ăn (tác nhân nhân gây sỏi liên quan nhiều đến sự tăng cholestérol mật và giảm muối mật).

Về mặt giải phẫu bệnh đại thể sỏi mật có 3 thể: bùn mật, sỏi bùn và sỏi. Các thể này có thể phân biệt được trên siêu âm vì chúng có hình ảnh khác nhau.

Siêu âm là phương pháp thăm khám hình ảnh đơn giản nhưng rất hữu hiệu để chẩn đoán sỏi đường mật cũng như sỏi túi mật. Ở Việt Nam, siêu âm bắt đầu được áp dụng trong lâm sàng từ năm 1980 và ngay trong những năm đầu tiên này nó đã được áp dụng chính để chẩn đoán sỏi mật và đã có nhiều công trình nghiên cứu trong vấn đề này. Giá trị của siêu âm trong chẩn đoán sỏi mật đã được công bố trên nhiều công trình trong và ngoài nước. Độ nhạy của siêu âm trong chẩn đoán sỏi túi mật từ 95-99% và sỏi đường mật chỉ đạt 75% theo các nghiên cứu ngoài nước. Ở Việt Nam, trước những năm 90 cũng đã có nhiều công trình nghiên cứu về vấn đề này và cho thấy độ nhạy của siêu âm từ 89-93%, những nghiên cứu gần đây cho thấy độ nhạy của siêu âm tăng lên rất nhiều (95,9%) có lẽ do sự tiến bộ về chất lượng máy siêu âm cũng như kinh nghiệm của các bác sỹ làm siêu âm đã được nâng cao hơn.

1. Kỹ thuật thăm khám siêu âm

1.1. Chuẩn bị

Bệnh nhân phải nhịn đói. Nếu bệnh nhân nhiều hơi cần phải chuẩn bệnh nhân kỹ hơn để tránh hơi (chế độ ăn, thuốc). Cần thăm khám lâm sàng trước khi khám siêu âm.

1.2. Máy siêu âm

Nên có nhiều đầu dò với tần số khác nhau, nhưng nói chung thường dùng đầu dò có tần số 3,5MHz cho người lớn và 5MHz cho trẻ em. Nếu cần phát hiện những tổn thương nông trên bề mặt gan đôi khi cần sử dụng đầu dò có tần số cao (6,5-7,5MHz).

1.3. Kỹ thuật thăm khám

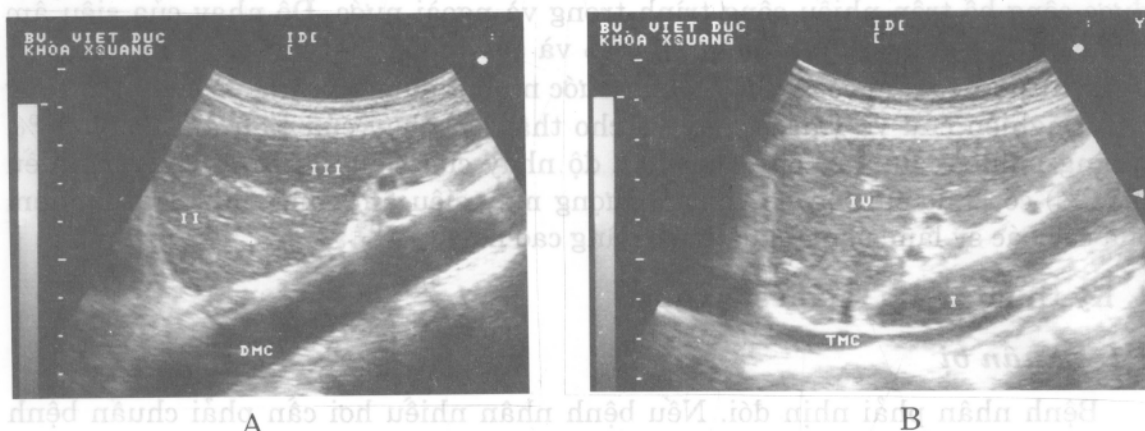
Bệnh nhân nằm ngửa, hít vào sâu và nín thở để hạ thấp gan xuống và tránh hơi trong đại tràng.

Trên siêu âm, người ta sử dụng một số lát cắt cơ bản để xác định các mốc mạch máu (tĩnh mạch gan, tĩnh mạch cửa, động mạch chủ, tĩnh mạch chủ dưới) để từ đó xác định các vùng giải phẫu của gan và đường mật tương ứng. Bình thường đường mật trong gan không nhìn thấy trên siêu âm, nhưng nó luôn luôn đi kèm với các nhánh tĩnh mạch cửa tương ứng. Khi đường mật giãn sẽ cùng với hình tĩnh mạch cửa này tạo nên hình ảnh “súng hai nòng”. Thông qua các lát cắt này để chẩn đoán định khu sỏi đường mật là thuộc nhánh mật của hạ phân thùy, phân thùy, gan phải, gan trái hay sỏi đường mật ngoài gan.

1.3.1. Các lát cắt dọc

- **Cắt dọc cạnh giữa trái** (Hình 3.4): lát cắt này đi từ trước ra sau qua động mạch chủ bụng cho phép thấy phân thùy bên trái bao gồm hạ phân thùy II, III. Hai hạ phân thùy này cách nhau bởi một nhánh tĩnh mạch cửa và hạ phân thùy II nằm trên sát cơ hoành, hạ phân thùy III nằm dưới sát mỏm gan.

- **Cắt dọc cạnh giữa phải**: Cắt dọc từ trước ra sau đi qua tĩnh mạch chủ dưới cho thấy phân thùy IV và phân thùy I. Phân thùy I nằm phía trước tĩnh mạch chủ dưới và sau nhánh trái tĩnh mạch cửa. Trên lát cắt này nếu nghiêng nhẹ đầu dò sang trái sẽ thấy rãnh Arantius phân tách phân thùy I và phân thùy IV.



Hình 3.4. A. Cắt dọc qua động mạch chủ cho thấy phân thùy bên gan trái với hạ phân thùy II, III; B. Cắt qua tĩnh mạch chủ dưới cho thấy phân thùy IV và phân thùy I

- **Cắt dọc qua gan và thận phải hay còn gọi là cắt dọc qua đường giữa đòn phải** (Hình 3.5): đi qua gan phải, túi mật và thận phải, cho thấy toàn bộ gan phải với phân thùy trước và phân thùy sau cách nhau bởi tĩnh mạch gan phải. Hạ phân thùy V gần túi mật, hạ phân thùy VI gần thận phải, hạ phân thùy VII và VIII sát vòm hoành. Các nhánh đường mật trong gan phải được xác định theo vùng gan tương ứng.

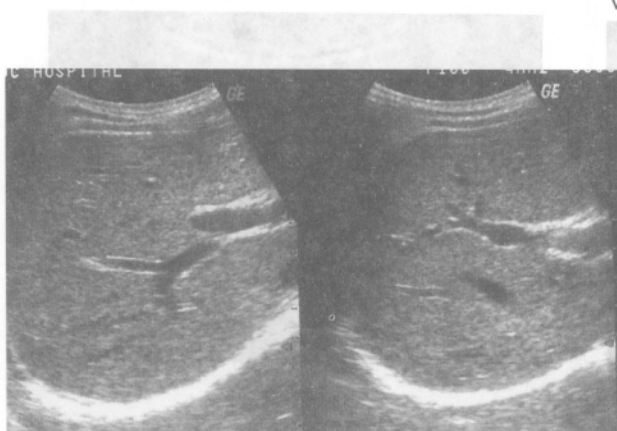


• Các lát cắt dọc qua đường nách: theo mặt phẳng chính diện (coupes frontales) cho thấy rõ vòm hoành, phân thùy sau.

1.3.2. Cắt ngang gan trái theo trục của nhánh tĩnh mạch trái tĩnh mạch cửa và qua nhánh phải tĩnh mạch cửa (hình 3.6 A và B) để nghiên cứu nhu mô, đường mật gan trái và phải tương ứng.



Hình 3.5. Cắt dọc gan qua đường giữa đòn: V, VI, VII, VIII là các hạ phân thùy gan; TM. Túi mật



A1

A2



B

Hình 3.6: Cắt ngang qua nhánh tĩnh mạch cửa trong gan phải (A) và trái (B) để xác định phân thùy gan và đường mật tương ứng: A1: Nhánh tĩnh mạch cửa phân thùy sau; A2: Nhánh tĩnh mạch cửa phân thùy trước; B Nhánh tĩnh mạch cửa trái và các nhánh hạ phân thùy gan trái. Đường mật tương ứng đi kèm theo các nhánh tĩnh mạch cửa.



Hnh 3.7. Cắt dưới sườn phải quặt ngược: đi qua hội lưu của 3 tĩnh mạch gan cho thấy các phân thùy và hạ phân thùy gan: II, III, IV, V, VI, VII, VIII là các hạ phân thùy gan



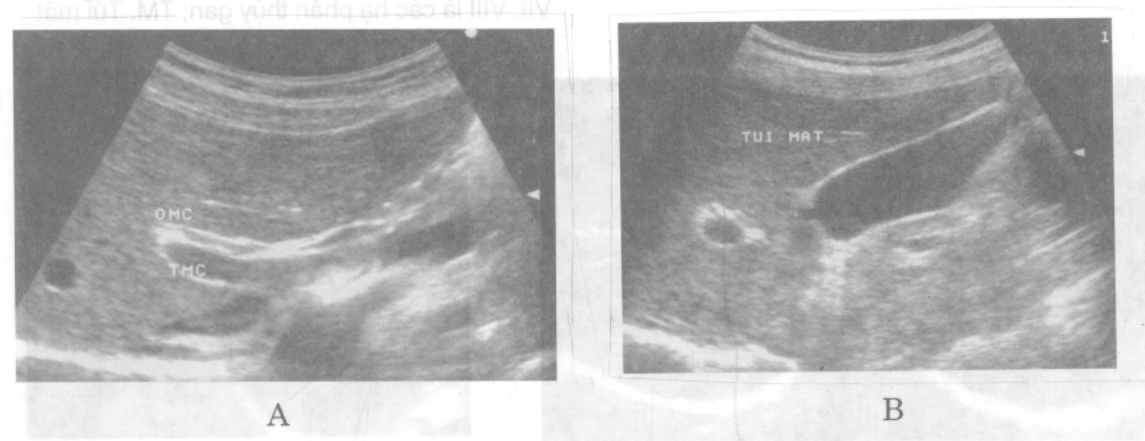
THƯ VIỆN
HUBT

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

1.3.3. Các lát cắt quét ngược từ dưới bờ sườn phải, trong mặt phẳng của các tĩnh mạch gan (Hình 3.7) cho phép phân chia các thùy và hạ phân thùy gan phải và trái từ II đến VIII. Phân thùy I sẽ thấy trên lát quét ngược thấp hơn đi qua phân thùy này được phân biệt với phân thùy IV ở phía trước qua tĩnh mạch nhánh trái tĩnh mạch cửa và với phân thùy II qua rãnh Arantius.

- Lát cắt dọc và cắt ngang túi mật (Hình 3.8).
- Lát cắt chéo theo trục của tĩnh mạch cửa (Hình 3.9) để nghiên cứu cuống gan trên lát cắt này thấy tĩnh mạch cửa nằm sau đường mật ngoài gan. Nếu tiếp tục theo lát cắt này xuống thấp sẽ thấy ống mật chủ bắt chéo tĩnh mạch cửa ở vùng hợp lưu để đổ vào tá tràng.

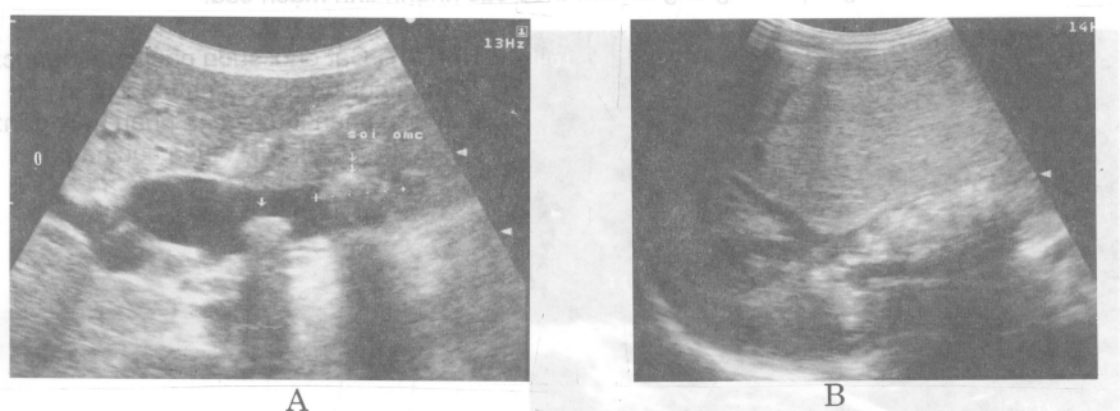
Ngoài ra, cần sử dụng các lát cắt qua khoảng liên sườn để tiếp cận gan, nhất là trong những trường hợp vướng nhiều hơi trong các quai ruột khó tiếp cận đường mật ngoài gan.



Hình 3.8 A và B: Cắt dọc túi mật và cắt qua rốn gan OMC. ống mật chủ; TMC. Tĩnh mạch cửa

2. Chẩn đoán siêu âm sỏi mật

2.1. Sỏi đường mật chính



Hình 3.9. A. sỏi OMC (2 viên) với hình đậm âm kèm bóng cản; B. Nhiều sỏi đường mật ngoài gan tạo nên một vệt đậm âm dài kèm bóng cản phía sau

Sỏi đường mật chính hay sỏi đường mật ngoài gan có thể được hình thành tại chỗ hoặc được di trú từ trong gan hoặc đôi khi từ trong túi mật. Sỏi đường mật ngoài gan có thể không có triệu chứng lâm sàng hoặc biểu hiện đau, sốt, vàng da từng đợt. Sỏi có thể đơn độc hoặc nhiều, đôi khi chất đầy đường mật.

- Chẩn đoán siêu âm

- Dấu trực tiếp:

- + Sỏi là hình đậm âm kèm bóng cản phía sau nằm trong đường mật.
- + Sỏi bùn được biểu hiện bằng hình đậm âm không kèm bóng cản.
- + Đôi khi, sỏi được hình thành trên một mảnh xác giun, siêu âm thấy mảnh xác giun hình đường ray và hình đậm âm bao quanh kèm bóng cản.

- Dấu hiệu gián tiếp: đường mật phía trên giãn, tuy nhiên dấu hiệu giãn đường mật không thực sự đặc hiệu và mức độ giãn nhiều khi không tương xứng với kích thước và số lượng sỏi. Dịch mật phía trên sỏi có thể có bùn mật.

- Chẩn đoán phân biệt: Sỏi đường mật ngoài gan có thể nhầm với: u đường mật ngoài gan, u tụy (nhất là đối với sỏi bùn), sỏi đầu tụy trong viêm tụy mãn. Ngoài ra sỏi nằm ở vị trí thấp nhiều khi khó phát hiện do vướng hơi trong tá tràng, bệnh nhân béo. Nguyên tắc chẩn đoán phân biệt là phải sử dụng tối đa các chức năng trên máy (như vùng hội tụ chùm sóng, độ rộng trường quét) để bộc lộ hình bóng cản phía sau hình tăng âm và thấy được hình dịch mật bao quanh hình này.

2. 2. Sỏi đường mật trong gan

Gặp nhiều ở Việt Nam, sỏi được hình thành tại chỗ do nhiễm trùng hoặc ký sinh trùng, đôi khi sỏi hình thành do những dị dạng đường mật. Siêu âm là một phương pháp chẩn đoán sỏi mật hữu hiệu không những về mặt chẩn đoán dương tính mà còn chẩn đoán định khu dựa vào các lát cắt như đã mô tả ở phần trên.

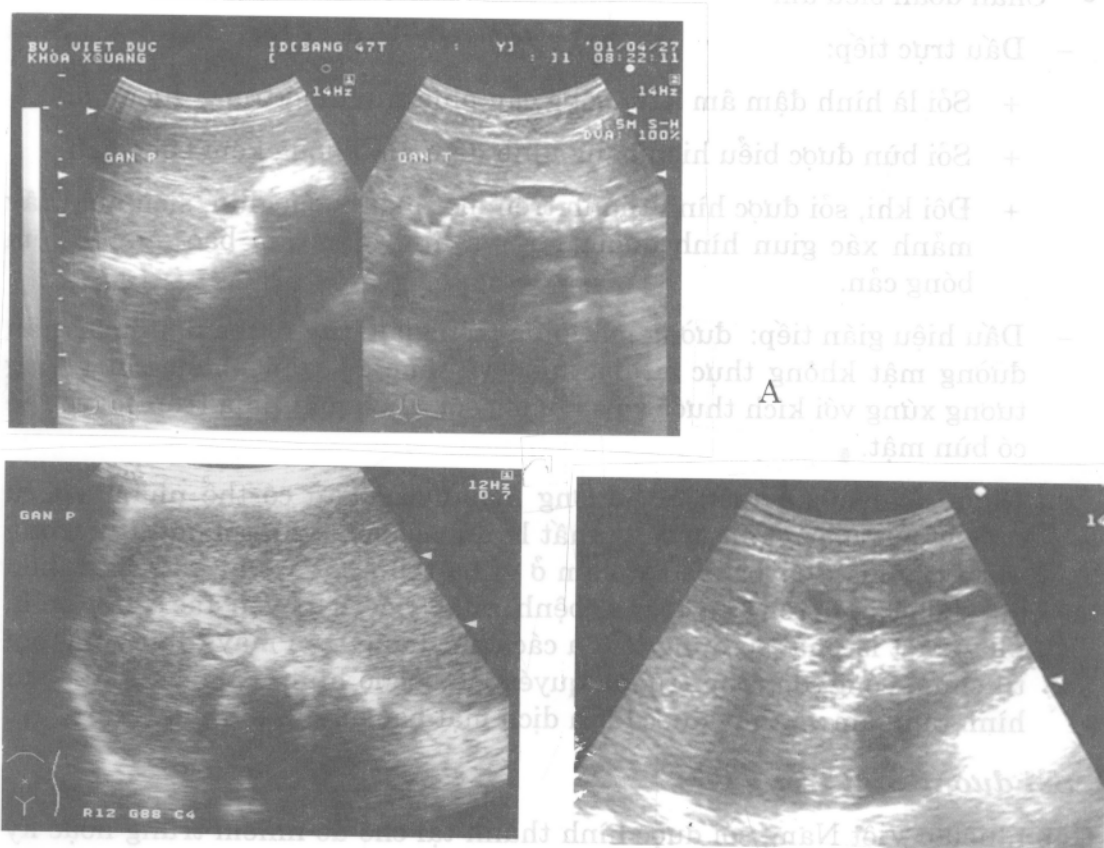
- Chẩn đoán siêu âm:

- Dấu hiệu trực tiếp và gián tiếp của sỏi trong gan cũng giống như sỏi đường mật ngoài gan đó là hình đậm âm kèm bóng cản và đường mật phía thượng lưu giãn. Siêu âm có thể chẩn đoán chính xác vị trí sỏi trong gan thuộc hạ phân thùy, phân thùy, ống gan phải trái dựa vào các lát cắt định khu gan như mô tả ở phần trên.

- Chẩn đoán phân biệt sỏi trong gan cần đặt ra với:

Hơi trong đường mật do phẫu thuật nối mật ruột, do can thiệp nội soi đường mật, do thủng đường mật vào ống tiêu hoá có thể nhầm với sỏi. Trong trường hợp này hơi thường có hình bằng dẹt, sáng hơn, thường nằm vùng ngoại vi hơn và nếu đường mật giãn to thì hơi thường nằm ở chỗ cao. Sỏi thường có hình

dáng rõ hơn, kém sáng hơn và có bóng cản kèm theo. Sỏi trong các nhánh đường mật ngoại vi nhiều khi khó phân biệt với các nốt vôi hoá nằm trong nhu mô gan, nhưng thường sỏi trong các nhánh này là những hình đậm âm kèm bóng cản dài và nằm dọc theo nhánh của tĩnh mạch của đi kèm và có thể thấy đường mật phía thượng lưu giãn



Hình 3.10. Sỏi đường mật trong gan: A Nhiều viên sỏi trong gan phải; B: Sỏi ngã ba phân nhánh phân thùy bên trái gây giãn đường mật phía thượng lưu. C. Sỏi chất đây các nhánh đường mật gan phải và trái, trên siêu âm chỉ thấy vệt đậm âm kèm bóng cản.

2.3. Sỏi túi mật

Sỏi túi mật có thể không có triệu chứng lâm sàng mà phát hiện tình cờ trên phim chụp không chuẩn bị hoặc siêu âm. Khi có biến chứng sỏi có thể gây đau vùng hạ sườn phải và cũng có thể gây vàng da tắc mật.

2.3.1. Chẩn đoán siêu âm

Để đánh giá toàn diện túi mật cần thăm khám siêu âm khi bệnh nhân đói.

– Hình ảnh điển hình:

+ Sỏi là hình đậm âm tròn hoặc bầu dục, đôi khi có hình vòng cung,



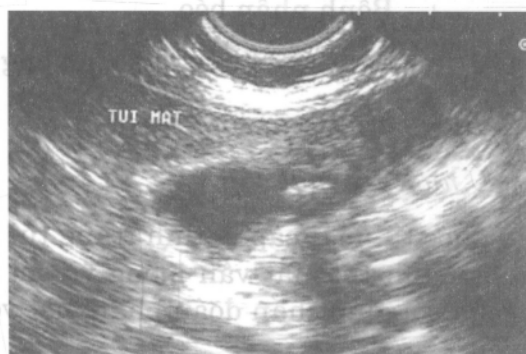
kèm bóng cản, di động dễ theo tư thế bệnh nhân. Bóng cản âm phía sau luôn có đối với sỏi trên 3mm, tuy nhiên một tỷ lệ nhỏ sỏi bùn không kèm theo bóng cản.

- Hình ảnh không điển hình:

- + Túi mật chất đầy sỏi và co nhỏ tạo nên hai hình vòng cung một vòng cung của thành túi mật và vòng cung thứ hai của sỏi kèm bóng cản, hoặc tạo nên một hình vòng cung kèm bóng cản.
- + Bùn túi mật: một phần hoặc toàn bộ dung tích túi mật chất đầy bùn mật, đôi khi bùn mật kèm theo nhiều sỏi rất nhỏ không kèm bóng cản.



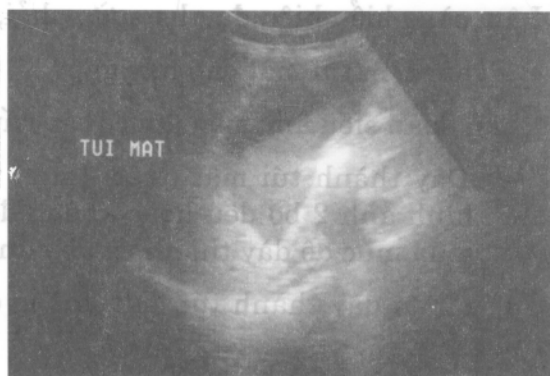
A



B



C



D

Hình 3.11. Sỏi túi mật: A. Sỏi túi mật đơn thuần, B. Sỏi và viêm túi mật C. Sỏi chất đầy túi mật, D. Bùn túi mật

- Một số hình ảnh có thể nhầm sỏi túi mật:

- + Hơi ống tiêu hoá (tá tràng hoặc đại tràng) Hình ảnh thay đổi trong quá trình thăm khám.
- + Polype túi mật: không thay đổi vị trí, không bóng cản.



**THƯ VIỆN
HUBT**

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

- + Nếp gấp của túi mật: có thể thấy hình đậm âm kèm bóng cản ở một vị trí hướng cắt nào đó
- + Hơi trong túi mật: bờ không nét, nằm ở vị trí cao.
- + Sán lá gan trong túi mật: không bóng cản
- + Kẹp phẫu thuật.
- Hạn chế của siêu âm trong chẩn đoán sỏi túi mật:
 - + Sỏi nhỏ không kèm bóng cản
 - + Sỏi nằm ở cổ hoặc ống túi mật
 - + Bệnh nhân béo
 - + Sẹo mổ ổ bụng hoặc hơi ống tiêu hoá nhiều.

2.3.2. Biến chứng của sỏi túi mật

a. Ứ nước túi mật cấp

Ứ nước túi mật cấp là tình trạng túi mật căng đau (chiều ngang túi mật trên 4 cm), thành túi mật vẫn mỏng và sỏi nằm ở phễu hoặc ống túi mật. Sự hiện diện của sỏi giúp chẩn đoán phân biệt với túi mật to đơn thuần hay gặp ở người già yếu.

b. Viêm túi mật cấp

Lâm sàng biểu hiện đau hạ sườn phải, sốt, dấu hiệu Murphy dương tính.

- Thể viêm túi mật cấp hay gặp

Chẩn đoán siêu âm: siêu âm có các dấu hiệu

- Dày thành túi mật (trên 4mm) và rất gợi ý nếu thành dày kèm theo hình ảnh 2 bờ đều hoặc không đều. Tuy nhiên không có sự tương ứng giữa mức độ dày thành và độ nặng của viêm túi mật.

Tuy nhiên dày thành túi mật không chỉ gặp trong viêm túi mật mà có thể gặp:

- + Túi mật không được làm đầy (không khám lúc nhin đói)
- + Dịch ổ bụng
- + Giảm albumin máu
- + Viêm túi mật cấp hoặc mạn
- + Viêm gan virus, SIDA
- + Suy tim
- + Một số thể ung thư túi mật

- Sỏi và bùn mật: sỏi có thể có một hoặc nhiều, có thể kẹt ở cổ túi hoặc ống túi mật hoặc nằm lẫn trong bùn mật. Dịch mật có thể trở nên không trong do bùn mật hoặc do nhiễm trùng hoặc do chảy máu biểu hiện bằng xuất hiện những hình âm nhỏ chiếm toàn bộ hoặc một phần dung tích túi mật. Tuy nhiên, biểu hiện bùn túi mật có thể có nhiều nguyên nhân:
 - + Nhịn đói lâu ngày
 - + Nuôi dưỡng ngoài đường tiêu hoá kéo dài
 - + Viêm túi mật mạn
 - + Tắc đường mật chính
 - + Chảy máu đường mật
 - + Tan huyết
 - + Sỏi nhỏ túi mật (microlithiasis)
 - + Xơ gan mất bù
- Đau khi ấn đầu dò vào túi mật (dấu hiệu Murphy échographique dương tính) là một dấu hiệu khá đặc hiệu.
- Dịch quanh túi mật có khi chỉ khu trú ở giường túi mật với một lớp mỏng
- Túi mật căng (chiều ngang trên 4cm), dấu hiệu này không đặc hiệu.

Viêm túi mật cấp không có sỏi: biểu hiện lâm sàng và chẩn đoán hình ảnh giống như thể vừa nêu trên nhưng không phát hiện sỏi túi mật. Nó liên quan đến nhồi máu thành túi mật sau sốc hoặc nhiễm độc mật cấp do tắc mật (sau can thiệp nội soi đường mật, nút mạch gan). Loại viêm túi mật này rất chóng chuyển sang thể viêm túi mật hoại tử.

Ngoài siêu âm có chụp cắt lớp vi tính, chụp nhấp nháy phóng xạ (bằng ^{99m}Tc HIDA) cũng có thể được áp dụng trong chẩn đoán viêm túi mật cấp.

- **Thể nặng của viêm túi mật cấp**
 - *Viêm túi mật sinh hơi* (cholangitis emphysemateuse) liên quan đến thiếu máu động mạch thường thấy ở bệnh nhân đái đường. Biểu hiện bằng xuất hiện hơi trong túi mật hoặc trong thành túi mật trên một bệnh cảnh của viêm túi mật. Hơi này có thể thấy trên phim chụp không chuẩn bị, trên chụp cắt lớp vi tính và trên siêu âm.
 - *Viêm túi mật hoại tử* (cholangitis gangreneuse) thường xuất hiện ở người già yếu, bệnh nhân suy giảm miễn dịch. Trên bệnh cảnh viêm túi mật và tiến triển thành hoại tử thành túi mật, thành túi mật dày, cấu trúc âm không đều có thể thấy các ổ áp xe nhỏ và có thể thấy hơi trong thành. Viêm túi mật hoại tử sẽ nhanh chóng chuyển thành thủng túi mật và viêm phúc mạc mật.

- *Thủng túi mật:* túi mật có thể thủng vào trong ổ phúc mạc hoặc vào trong ống tiêu hoá hoặc tạo thành các ổ áp xe cạnh túi mật.

c. Viêm túi mật mãn.

Là biến chứng muộn của sỏi túi mật. Thành túi mật dày đôi khi có hình ảnh giả u và tiến triển theo hướng viêm xơ teo túi mật.

Chẩn đoán dựa trên siêu âm hoặc chụp cắt lớp vi tính. Trên siêu âm thấy thành túi mật dày, tăng âm, lòng chứa sỏi, có khi không còn dịch mật. lúc này rất dễ nhầm với bóng hơi trong ống tiêu hoá

d. Túi mật sứ (*vésicule porcelaine*)

Thành túi mật bị vôi hoá và hầu như luôn đi kèm sỏi mật. Đây là một thể đặc biệt của viêm túi mật mãn.

Chụp gan mật không chuẩn bị thấy hình túi mật cản quang

Siêu âm túi mật biểu hiện bằng một vòng cung kèm bóng cản, cần phân biệt với hai vòng cung trong viêm xơ teo túi mật có sỏi. Có khoảng 20% túi mật sứ có ung thư túi mật đi kèm vì vậy nên chụp cắt lớp vi tính để đánh giá nội dung bên trong túi mật chi tiết hơn.

e. Ung thư túi mật

Khoảng 80% ung thư túi mật xuất hiện trên túi mật có sỏi hoặc túi mật sứ. Khối phát triển nhanh và lan rộng nhanh chóng sang nhu mô gan phân thùy IV và hạ phân thùy V. Siêu âm và nhất là chụp cắt lớp vi tính cho phép chẩn đoán xác định và mức độ lan rộng.

h. Hội chứng Mirizzi

Hiếm, là biến chứng của viêm túi mật mãn tính có sỏi. Nó liên quan đến hẹp ống gan chung do chèn ép của sỏi kẹt cổ túi mật hoặc sỏi ống túi mật và quá trình viêm nhiễm tại chỗ nặng. Lâm sàng biểu hiện của vàng da tắc mật.

Chẩn đoán siêu âm hoặc scanner dựa vào các dấu hiệu sau: Sỏi cổ hoặc ống túi mật, giãn đường mật trong gan và vùng rốn gan, ống mật chủ không giãn và kèm theo các dấu hiệu viêm túi mật mãn..

i. Rò mật-ống tiêu hoá

Rò mật-ống tiêu hoá nguyên nhân do sỏi túi mật có 2 thể:

Thể tắc cao ở tá tràng tạo nên hội chứng lâm sàng co cứng thượng vị từng đợt

Thể tắc thấp với sự di trú của sỏi vào trong hồng tràng hoặc hồi tràng gây tắc ruột do sỏi mật.

Trong cả hai trường hợp chụp bụng không chuẩn bị cho thấy dấu hiệu tắc ruột, hơi trong đường mật và đôi khi thấy hình sỏi với hình cản quang có nhiều vòng tròn đồng tâm.

k. Chảy máu đường mật.

Do quá trình viêm nhiễm vì sỏi đường mật hoặc sỏi túi mật gây chảy máu đường mật.

Siêu âm cho thấy dịch mật không trong, đôi khi thấy các cục máu đông (trong túi mật) hoặc các sợi máu đông trong đường mật. Chụp Scanner dễ dàng cho thấy hình ảnh máu đông trong đường mật với hình tăng tỷ trọng tự nhiên.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Tiếng Việt

- 1 **Tôn Thất Bách, Đỗ Kim Sơn, Đoàn Thanh Tùng** (1984): siêu âm trong chẩn đoán sỏi đường mật. Báo cáo khoa học tuổi trẻ. Đại học Y Hà nội, 36-38
- 2 **Bộ môn nội trường đại học Y Hà Nội** (1997): Bài giảng bệnh học nội khoa tập II. Nhà xuất bản Y học; 153-158
- 3 **Nguyễn Ngọc Hiến**(1991): Sỏi mật và áp xe gan qua thăm khám siêu âm. Hội thảo về áp xe gan và đường mật tại Cần thơ, Trường đại học Y được thành phố Hồ Chí Minh, 19-22.
- 4 **Hoàng Kỳ, Nguyễn Duy Huê, Phạm Minh Thông và cs** (2000) Bài giảng chẩn đoán hình ảnh. Nhà xuất bản Y Học; 103.
- 5 **Lê Tuấn Linh, Nguyễn Duy Huê** (2001) *Giá trị của siêu âm trong chẩn đoán sỏi đường mật chính: Nghiên cứu hồi cứu tại bệnh viện Việt Đức trong 2 năm 1998-1999. Y học thực hành số 10, 18-20.*
- 6 **Lại Văn Nông, Trần Mạnh Dũng, Nguyễn Đình Hối, Nguyễn Văn Vân** (1991): Chẩn đoán và điều trị ngoại khoa sỏi mật tại bệnh viện đa khoa Hậu Giang. Hội thảo về áp xe gan và đường mật tại Cần thơ, Trường đại học Y được thành phố Hồ Chí Minh, 138-143.
- 7 **Vũ Quang Ngộ** (1993): Góp phần chẩn đoán sỏi mật. Luận án phó tiến sĩ Y học; 105-107.
- 8 **Vũ Quang Ngộ, Đỗ Kim Sơn** (1990) Bước đầu chẩn đoán siêu âm sỏi đường mật. Ngoại khoa, 18,2; 12-15.
- 9 **Đỗ Kim Sơn, Trần Gia Khánh** (1986): Phẫu thuật sỏi đường mật tại bệnh viện Việt Đức trong 10 năm (1976-1985). Kỷ yếu công trình nghiên cứu khoa học Đại học Y Hà nội; 82-83.

Tiếng Anh

- 10 **Amouyal P., Pala zzo L. , Amuoyal G., and coll** (1989): Endosonography: promising method for diagnosis of extrahepatic cholestasis. *Lacet*, 2, 1195- 1198.

- 11 **Barakos J., Ralls P., Lapin S., and coll** (1987): Cholelithiasis: evaluation with CT. *Radiology*; 162; 415-418.
- 12 **Bell G., Dowling R., Whitney B** (1975): The value of radiology in predicting gallbladder stons type when selecting patients for medical treatment. *Gut*, 16; 359-364.
- 13 **Benhamou Y., Berrebi W., Danny Gargot., Marchant J.P**(1994): Hepato-gastro-entrology. Collection med-line; 150-170.
- 14 **Brekel K., Lameris J.S., Nijs H.G.T. and coll**(1900): Predicting gallstones composition with CT: invivo and in vitro analysis. *Radiology*; 174; 337-341.
- 14 **Conan JJ.** (1986): Ultrasound diagnosis of choledoclithiasis: a reappraisal. *Radiology*;161; 133-134.
- 16 **Denbesten L.** (1980): Gallstones and thier sequelic. Advance in diagnostic and surgical treatement of biliary tract disease. Masson; 15-19.
- 17 **Denis B.J., Bas V., Goudot C., and coll** (1993): Accuracy of endoscopic ultrasonography for diagnosis of common bile duct stones. *Gastro-entrology*; 104; 358.
- 18 **Laing F.C., Jeffrey R.B.; Wing V.W.**(1984): improved visualisation choledocho-lithiasis by sonography. *AJR*; 143; 949-952.
- 19 **Pasanen P., Partanen K., Pikkarainen and coll** (1992): Ultrasonography, CT, ERCP in the diagnosis of choledochal stones. *Acta Radiologica*; 33-53.

Tiếng Pháp

- 20 **Aubert F., Laissy J.P** (1985) *Radiologie et imagerie médical*; 55-64.
- 21 Erlinger S (1986): Lithiasse biliaire. *Maladies du foie et des voies biliaires*. Flammarion, 141-152.
- 22 **Froment J.C., Georges S.A** (1995): Imagerie de la lithiasse biliaire. *Cour intensif d'echographie*. Bucares;1-17.
- 23 **Girollet P.P., Salmeron M., Roseau G. et coll** (1992): Valeur de l'échoendoscopie pour diagnostic de lithiasse de la voie biliaire pincipale. Comparaison avec la CPRE et l'exploration peropératoire. *Gastroenterol Clin Biol*; 16; 49.

Chương III

ĐƯỜNG MỞ BỤNG, ĐÁNH GIÁ TỔN THƯƠNG, TÌM ỐNG MẬT CHỦ, ĐÓNG BỤNG VÀ DẪN LƯU

Trước hết về vị trí phẫu thuật viên, kinh nghiệm tôi học được của Giáo Sư Tôn Thất Tùng là trong những trường hợp mổ mật hoặc khi đóng mổ tá tràng khó, bao giờ ông cũng đứng bên trái bệnh nhân. Điều này rất hợp lý là nếu ta đứng ở bên trái, việc quan sát cũng như thao tác với vùng cuống gan, túi mật và gan phải sẽ hết sức thuận tiện so với khi ta đứng ở phía bên phải, đồng thời, ánh sáng đặt ở phía bên này sẽ chiếu vào rõ hơn những vùng cần làm sáng ở khu vực cuống gan và túi mật.

1. Mở bụng và thăm dò đánh giá tổn thương

Thông thường ta chỉ cần sử dụng đường mở bụng trắng giữa trên rốn và vòng qua phải rốn là đủ can thiệp bệnh lý sỏi đường mật trừ một số trường hợp cắt gan phân thùy sau. Khi mở bụng vòng qua bên phải, ta cần cặp và cắt dây chằng tròn. Khi mở bụng xong, ta cần đánh giá mật trên và mật dưới gan, giải phóng những chỗ dính ở mật trên gan và vòm gan. Những tổn thương trong gan thường gây dính ở ngoài gan, đặc biệt là những áp xe đường mật vì vậy nếu không gỡ dính ở mật trên gan, ta dễ bỏ sót tổn thương hoặc bỏ sót những vị trí cần quan tâm khi ta tiến hành thăm dò đường mật trong gan.

2. Thăm dò gan

Sau khi giải phóng mật trên và mật dưới gan, động tác đầu tiên là ta đánh giá mật ngoài của gan. Quan sát để xem những sẹo gan hoặc những chấm của áp xe đường mật. Những chỗ mật gan bị dính thường liên quan đến vùng áp xe đường mật. Tiếp đến, ta quan sát sự tương xứng của các phân thùy gan: phần gan bị teo thường liên quan đến sỏi trong gan đúc khuôn ở mức phân thùy và kèm theo, phần gan còn lại thường có sự phát triển tăng sinh bù trừ. Sau khi quan sát, ta dùng hai bàn tay để sờ nắn gan, một bàn tay phía trên, một bàn tay phía dưới, áp sát lòng bàn tay vào nhu mô gan phát hiện sỏi nằm trong nhu mô hoặc áp xe nằm trong nhu mô gan. Nếu ta có siêu âm chẩn đoán trong mổ, những nơi ta nghi ngờ phải được kiểm tra kỹ càng bằng siêu âm.

3. Tìm ống mật chủ

3.1. Đối với mổ mật đi

Nhìn chung trong những trường hợp này không khó khăn vì cuống gan không bị dính. Ống mật chủ nằm bên ngoài của cuống gan mà ta có thể xác định bằng động tác luồn ngón tay vào khe Winslow.

3.2. Đối với mổ mật lại

Trong những trường hợp mổ lại, do dính cũ nên việc tìm ống mật chủ nhiều khi khó khăn. Bệnh lý sỏi mật ở Việt Nam chủ yếu do nguyên nhân nhiễm trùng vì vậy sau khi mổ ống mật chủ, nước mật và sỏi chảy ra ổ bụng trong quá trình mổ sẽ là nguyên nhân gây dính. Hơn nữa, sau khi đóng ống mật chủ và đặt Kehr, bao giờ tá tràng cũng dính lấp lên chỗ mổ ống mật chủ cũ nên thường che lấp cuống gan. Ngoài ra, khi bệnh nhân đã cắt túi mật, chúng ta thường mất một mốc khá quan trọng để lần vào ống mật chủ. Qua những trường hợp mổ mật lại, kinh nghiệm chúng tôi đúc kết được như sau. Sau khi cắt bỏ sẹo cũ vào đến phúc mạc, chúng tôi gỡ dính để bộc lộ mặt trên gan ở phía trên đường mổ. Tránh đi vào ổ bụng ở phía dưới trước khi bộc lộ mặt dưới gan vì không cần thiết cũng như để đề phòng tai biến mổ vào ruột hoặc dạ dày khi tìm cuống gan. Sau khi bộc lộ mặt trên gan, chúng tôi phẫu tích tìm đến bờ gan tạo bởi mặt trên và mặt dưới. Từ bờ gan, chúng tôi phẫu tích tìm hai mốc quan trọng: một là dây chằng tròn hoặc vết tích của nó nếu như đã bị cắt trong lần mổ trước, một là túi mật hoặc hố túi mật nếu túi mật đã cắt (hình 3.12). Đi sát mặt dưới gan ở khu vực giữa hố túi mật và dây chằng tròn chúng ta sẽ tìm đến cuống gan. Khi thấy tá tràng, chúng tôi thường dùng bàn tay trái đẩy tá tràng lên trên để xác định bờ trên của tá tràng. Từ bờ trên tá tràng, chúng tôi phẫu tích hạ tá tràng xuống và ống mật chủ sẽ nằm ngay dưới chỗ dính này, có thể dễ dàng nhận định bằng mắt thường. Trong một số trường hợp sỏi mật hình thành trên bệnh lý giun đũa, có không ít trường hợp biểu hiện điển hình hình thái được Tôn Thất Tùng gọi là “gan giun đũa” (foie ascharidien) (hình 3.13). Trong trường hợp này do bít tắc của giun đũa ở ống hạ phân thùy hoặc phân thùy nên những phân thùy này teo lại và làm cho những phân thùy khác phì đại bù trừ to ra làm cho gan có hình như từng múi và do vậy cuống gan bị xoay sang phía gan teo. Nếu teo phân thùy sau thậm chí cả gan phải thì gan trái, đặc biệt là phân thùy giữa sẽ phì đại bù trừ nên cuống gan bị xoay ra phía sau, lệch hẳn sang bên phải nên việc tìm ống mật chủ khi mổ lại không phải là dễ dàng. Chính vì vậy việc xác định **dây chằng tròn và hố túi mật là mốc quan trọng để tìm vào ống mật chủ**. Khi đã xác định chắc chắn, ta tiến hành thao tác mổ ống mật chủ và can thiệp. Đây mới là thì chính của phẫu thuật sẽ được trình bày trong phần sau.



Hình 3.12. Mốc tìm ống mật chủ: dây chằng tròn và hố túi mật.



Hình 3.13. Hình ảnh giả u của gan phì đại do giun đũa

4. Dẫn lưu và đóng bụng

Sau khi kết thúc đóng ống mật chủ, rửa ổ bụng phải được tiến hành kỹ lưỡng, lưu ý kiểm tra vùng dưới gan phải và rãnh đại tràng phải là nơi trong quá trình mổ sỏi mật thường rơi xuống và đặt dẫn lưu dưới gan. Nếu có can thiệp ở vùng vòm gan, đặt ống dẫn lưu vòm gan là biện pháp hữu hiệu để phòng tránh áp xe dưới cơ hoành. Về mặt sinh lý ổ bụng, do hoạt động lên xuống của cơ hoành giống như một cái bơm hút nên áp lực vùng dưới hoành là vùng áp lực âm tính nhất trong khoang bụng. Chính vì áp lực âm tính như vậy nên dễ dàng tạo ra áp xe dưới cơ hoành, đồng thời nếu đặt dẫn lưu để ống dẫn lưu tự chảy sẽ không có tác dụng mà đôi khi còn dẫn đến tác dụng ngược lại là nhiễm trùng ngược dòng. Vì lý do trên nên khi đặt dẫn lưu vùng dưới cơ hoành, ***hút liên tục với áp lực âm tính*** như dẫn lưu khoang màng phổi phải được coi là một nguyên tắc.

Ống dẫn lưu Kehr và ống dẫn lưu dưới gan cho ra thành bụng theo các đường rạch riêng trên nguyên tắc ống dẫn lưu Kehr phải ra thành bụng theo đường ngắn nhất tính từ chỗ ra khỏi ống mật chủ cho đến thành bụng và chỗ ra của dẫn lưu dưới gan phải ở vị trí thấp nhất theo tư thế bệnh nhân nằm ngửa.

Chương IV

MỞ ỐNG MẬT CHỦ

Sau khi bộc lộ cuống gan, ta cần xác định ống mật chủ. Nhìn chung khi phẫu tích rõ ràng, ống mật chủ không khó khăn nhận biết. Tuy nhiên, trong một số trường hợp tắc mật thấp trên bệnh nhân có ống cổ túi mật đồ thấp, trong trường hợp này ta có thể nhầm ống mật chủ và ống cổ túi mật do hai ống này chạy song song với nhau. Phát hiện được nhận biết khi ta mở ống này, dụng cụ thăm dò dễ dàng xuống phía dưới nhưng không thể thăm dò lên hai ống gan được. Trong trường hợp này ta phẫu tích sang bên trái sẽ nhận thấy một ống nữa: đó chính là ống mật chủ. Khi bộc lộ ống mật chủ, ta cần chọc dò để một mặt lấy nước mật cấy vi khuẩn và kháng sinh đồ, một mặt để chắc chắn đó là ống mật. Nếu ta chọc vào một mạch máu tăng sinh trong thành ống mật có thể hút ra máu và nếu ta chọc vào viên sỏi thì không hút ra được nước mật vì vậy vị trí chọc dò cần tránh chọc qua mặt trước ống mật chủ có mạch máu chạy qua và tránh chọc vào đúng vị trí viên sỏi mà ta có thể xác định bằng tay.

Sau khi xác định ống mật chủ, trước khi mở, ta cần chèn một mèche vào vùng thành bụng sau và mặt dưới gan để tránh nước mật và sỏi vụn rơi vào ổ bụng trong quá trình mổ, đồng thời đặt một mèche vào thùy vuông trước khi đặt van để tránh tai biến rách gan do kéo van. Người trợ thủ kéo van không được kéo van chúc vào nhu mô gan vì động tác này thường làm rách gan, gây chảy máu và làm phức tạp thêm cuộc mổ. Van phải được kéo vuông góc với thành bụng thì tránh được tai biến này. Phía dưới, ta biệt lập vùng cuống gan với ổ bụng bằng một miếng gạc to mở rộng, trên đó có thể đặt một van uốn (van maléable). Như vậy phẫu trường hoàn toàn chỉ có vùng cuống gan được phơi bày. Chúng tôi thường mở ngang ống mật chủ, bắt đầu dùng mũi dao mổ rạch đến khi nước mật trào ra, chúng tôi dùng kéo mở rộng sang phía bên phải cho hết toàn bộ mặt trước ống mật chủ vì đường mở sang trái có nguy cơ nhiều hơn đối với động mạch gan khi đóng ống mật chủ. Những điểm chảy máu ở đường mở ống mật chủ được cầm máu bằng đốt điện. Cuối cùng dùng một sợi chỉ lạnh khâu vào giữa mép trên của ống mật chủ và dùng một pince nhỏ cặp vào để nâng lên khi tiến hành thăm dò ống mật chủ.

1. Thăm dò và xử lý tổn thương đường mật

Thăm dò, xử lý tổn thương đường mật trước đây hoàn toàn dựa trên kinh nghiệm của phẫu thuật viên nhưng ngày nay, với phát triển của ống soi mềm, chúng ta có nhiều điều kiện đánh giá khách quan hơn. Tuy nhiên điều đầu tiên, muốn đánh giá tổn thương đường mật, ta cần nắm vững hướng đi của đường mật trong gan, kết hợp thăm dò bên trong với nhận định bên ngoài và không được bỏ quên thăm dò đường mật phía dưới. Đường mật gan trái có hướng đi sang bên trái, đường mật lên phân thùy trước có hướng đi thẳng lên vòm gan phải còn đường mật phân thùy sau thường đi chéo sang phải và ra mặt sau.

Thăm dò đường mật có thể bằng ngón tay, bằng dụng cụ như kẹp Mirizi hay ống chất dẻo có đầu cong như sonde Métras, sonde Béniqué và ống soi mềm.

Đánh giá đường mật phải được tiến hành ngay từ khi ta mở ống mật chủ: đó là tình trạng nước mật trong ống mật chủ: nước mật xanh thường đồng nghĩa với tắc mật lâu ngày phần thấp, nước mật đục hoặc có mủ thường đồng nghĩa với viêm mủ đường mật còn nước mật vàng trong thì chứng tỏ không có tắc mật phần thấp kéo dài hoặc viêm mủ đường mật. Dĩ nhiên là tất cả dịch mật đều được nuôi cấy nhưng để chờ kết quả sẽ lâu cho nên về mặt thực hành thì việc nhận định này cũng góp phần trong định hướng điều trị trong và sau mổ (sử dụng kháng sinh như cefotexim hoặc metronidazon).

- Nếu đường mật giãn to trong nhiều trường hợp, ta nhẹ nhàng đưa ngón tay trở của bàn tay trái (đối với trường hợp phẫu thuật viên đứng ở bên trái người bệnh) trong tư thế ngửa bàn tay, đưa nhẹ lên trên thăm dò ống gan trái và phân thùy trước rồi sắp bàn tay xuống để thăm dò ống phân thùy sau. Đầu ngón tay có thể dễ dàng chạm sỏi và ta dùng kẹp Mirizi gấp sỏi ra. Thông thường sỏi nằm ở ống mật chủ hay ống gan chung lấy sỏi không khó khăn nhưng sỏi ở trong gan, thường hình thành ở phía trên chỗ hẹp đường mật nên không ít trường hợp ta sờ thấy sỏi mà không gấp ra được. Trong những trường hợp này, ta cố gắng dùng ngón tay làm nát viên sỏi ra, sau đó kết hợp giữa kẹp Mirizi và bơm rửa có thể lấy ra được. Trong khi dùng kẹp Mirizi lấy sỏi đường mật trong gan ta phải hết sức tránh tai biến gây chảy máu đường mật do kẹp Mirizi gây nên. Chúng ta biết rằng khi có sỏi và đặc biệt có kèm nhiễm trùng đường mật, niêm mạc đường mật xung huyết rất nặng nên rất dễ chảy máu. Kinh nghiệm của chúng tôi thấy rằng phần lớn nguyên nhân gây chảy máu do kẹp Mirizi gây nên là do ta kẹp phải niêm mạc đường mật kéo ra gây chảy máu vì vậy khi đưa kẹp Mirizi lên lấy sỏi, không bao giờ chúng tôi kẹp hết các nấc của dụng cụ mà bao giờ cũng để ra một khoảng hở vì nếu có sỏi, chắc chắn viên sỏi sẽ nằm trong khoảng hở này và nếu không có sỏi, không bao giờ chúng tôi kẹp phải niêm mạc đường mật lôi xuống gây chảy máu. Bơm rửa đường mật trước khi có nội soi tán sỏi là một biện pháp hết sức hữu hiệu trong lấy sỏi trong gan. Dưới áp lực của nước bơm vào, các sỏi nhỏ của phân thùy và hạ phân thùy được tống ra. Có thể kết hợp vừa bơm rửa, vừa đưa tay lên vòm gan để rung mạnh hỗ trợ cho việc sỏi di chuyển. Đối với việc bơm rửa đường mật trong gan, chúng tôi dùng sonde bằng chất dẻo, đầu cong để luồn sonde vào trong gan theo hướng các đường mật phân thùy để định khu và bơm rửa. Bơm tiêm bơm rửa phải chứa được ít nhất là 50ml, còn tốt hơn là bơm tiêm 100 ml. Trong bơm rửa đường mật, ta cần tránh gây vỡ gan dưới bao do động tác bơm rửa. Lý do của tai biến này là ta luồn sonde vào quá sâu, nút kín đường mật phía dưới và khi ta bơm mạnh, áp lực sẽ dồn hết lên thượng lưu gây vỡ nhu mô gan rất mủn do nhiễm trùng dễ dẫn đến vỡ gan dưới bao, thể hiện bằng một bọc nước nằm dưới bao gan. Để tránh tai biến này, khi ta đưa sonde vào sâu tối đa, ta rút xuống từ 1 đến 2 cm rồi mới bơm rửa vì nếu như áp lực bơm quá mạnh, nước sẽ thoát xuống dưới như một xu páp an toàn. Khi biến chứng xảy ra, ta cần mở bao gan ra để khâu lại chỗ vỡ mà dễ dàng phát hiện khi bơm rửa hoặc đặt dẫn lưu vòm



gan sau mổ. Cần lưu ý chỉ khâu để cầm máu và chặn các ống mật chứ không khâu kín vùng van võ vì thứ nhất là không thể làm được và thứ hai nếu ta bịt kín thì sẽ tạo nên nguyên nhân nhiễm trùng âm ỉ, phá huỷ nhu mô gan gây nên chảy máu đường mật. Cầm máu và đặt dẫn lưu tốt là đủ xử trí tai biến này. Sau khi xử lý xong phần sỏi trên hai ống gan, ta bắt đầu xử lý sỏi phần thấp ống mật chủ. Sở dĩ chúng tôi xử lý sỏi ống mật chủ sau cùng vì nếu ta xử lý sỏi phần thấp ống mật chủ trước khi xử lý sỏi trong gan, có một nguy cơ là khi ta xử lý sỏi trong gan khi bơm rửa, sỏi trong gan có thể rơi xuống phần thấp ống mật chủ và ta dễ bỏ sót, nhất là đối với những trường hợp mổ kéo dài. Trước hết, ta dùng kẹp Mirizi lấy sỏi phần thấp ống mật chủ. Khi lấy hết sỏi, ta cần nong cơ thắt Oddi bằng sonde Béniqué số nhỏ đến to và có thể kết hợp với bougie Hégard đến số 14 (tương đương với ngón tay trỏ người lớn). Thủ thuật này cần làm hết sức nhẹ nhàng để tránh đi nhầm đường. Khi sonde béniqué đi qua cơ thắt, ta có cảm giác rõ ràng đồng thời có thể quan sát thấy đầu sonde béniqué nằm trong lòng tá tràng khi ta đẩy đầu sonde lên. Nếu chẳng may bị đi nhầm đường, ta phát hiện bằng có máu chảy ở phần thấp ống mật chủ và khi bơm nước, thấy tổ chức xung quanh đầu tụy ngấm dịch. Trong những trường hợp này ta không tiếp tục thao tác này để tránh gây thêm tổn thương mà chỉ đặt dẫn lưu Kehr và khâu lại ống mật chủ. Thủ thuật này rất cần trong mổ mật để làm rộng cơ Oddi và sau mổ, lượng mật chảy xuống tá tràng được nhiều hơn và ít dẫn đến rối loạn điện giải đặc biệt là mất kali do mật chảy quá nhiều qua Kehr. Có một tỷ lệ nhất định do sỏi nằm lâu trong phần sau tụy của ống mật chủ có thể tạo thành một túi chứa sỏi mà ta dễ bỏ sót khi đưa dụng cụ xuống lấy. Để khắc phục, có một nghiệm pháp mà Tôn Thất Tùng rất coi trọng là khi đưa sonde béniqué xuống tá tràng, ta sờ theo mặt sau của sonde để khẳng định sỏi đã được lấy hết.

- Nếu đường mật không đủ dài để cho ngón tay vào, ta bắt buộc phải thăm dò bằng dụng cụ. Trước hết đưa kẹp Mirizi lên từng ống gan. Ta có thể cảm nhận được đầu kẹp Mirizi chạm vào sỏi giống như khi ta dùng thông sát thông niệu đạo để kiểm tra sỏi. Khi đó ta mở nhẹ và cặp thử nhẹ nhàng và rút ra. Nếu đúng là sỏi, ta sẽ thấy sỏi nằm ở trong kẹp Mirizi. Từ đó ta tiếp tục dùng kẹp lấy sỏi. Điều cần lưu ý là khi lấy sỏi bằng kẹp Mirizi, ta có thể kẹp nhầm vào niêm mạc đường mật kéo ra gây chảy máu đường mật. Để tránh tai biến này, sau khi lấy sỏi bằng kẹp Mirizi, ta luồn sonde dẻo đầu cong vào bơm rửa. Ta có thể phối hợp giữa bơm rửa với kẹp Mirizi: ta luồn kẹp Mirizi vào trước, mở nhẹ nhàng tới đa rồi luồn sonde dẻo vào bơm rửa. Động tác này cần làm một cách nhẹ nhàng để tránh gây tổn thương niêm mạc đường mật.

Lý tưởng nhất trong trường hợp này là ta sử dụng nội soi đường mật trong mổ. Kinh nghiệm bước đầu của chúng tôi cho thấy sử dụng nội soi đường mật trong mổ là phương pháp rất có giá trị nhưng không phải là tuyệt đối. Trước hết sử dụng nội soi đường mật ta phải có một sự hiểu biết cơ bản về giải phẫu đường mật trong gan và ngoài gan vì khi ta đưa ống soi vào nếu không nắm được giải phẫu, ta sẽ đi vào một mê cung.

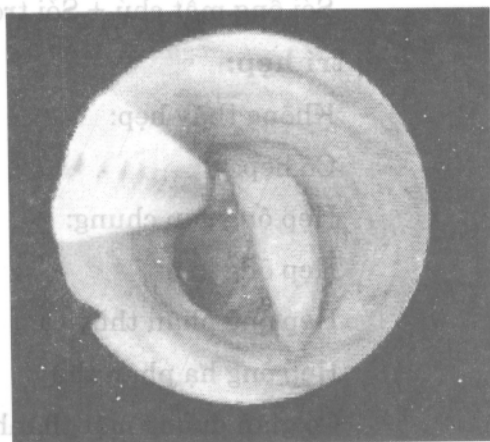
Sau khi mở ống mật chủ, ta đưa ống soi lên trên. Nếu ta đưa ống lên thẳng, sẽ vào được ống gan phải; nếu ta cong ống sang trái, ta sẽ vào ống gan trái. Ta có thể nhìn ánh sáng của đầu ống soi chiếu qua đường mật để nhìn ống soi vào ống gan trái một cách dễ dàng vì ống gan trái có một đoạn khá dài nằm song song với khe ngang, sát với phần thùy vuông của phân thùy giữa. Hơn nữa, ống gan trái bao giờ cũng dài hơn ống gan phải: thường từ 1,2-1,5 cm trong khi ống gan phải không bao giờ dài quá 0,5 cm vì vậy từ chỗ chia đôi, nếu ống soi gặp ngay chỗ chia nhánh của ống gan thì đó là ống gan phải. Ống gan trái chia thành các ống hạ phân thùy II và III đi theo hướng ống soi. Ống II ở vị trí 1-2 giờ, ống III ở vị trí 4-5 giờ trong khi ống của phân thùy giữa nằm ở góc phía 11 giờ và rất dễ bỏ qua vì hướng đi của ống này. Như trên đã nói, ống gan phải rất ngắn, từ chỗ mở ống mật chủ lên ống gan phải theo hướng gần như thẳng đứng. Tiếp tục theo hướng này thường ta sẽ vào ống phân thùy trước: ống này nhận biết nhờ hai ống của hạ phân thùy VIII đi thẳng lên vòm gan. Ống gan phân thùy sau thường nằm ở bên trái hoặc bên phải của lỗ đổ vào ống gan phải của ống phân thùy trước, đi theo hướng hơi ngang và chếch ra phía sau gan phải. Sau khi soi xong đường mật trong gan, ta soi xuống cơ Odie. Thông thường, ta sẽ thấy rất rõ cơ thất này và ống soi qua dễ dàng xuống tá tràng mà ta nhận biết bằng các nếp niêm mạc.

• **Các tổn thương thường gặp trong soi đường mật:**

- *Thứ nhất, tình trạng dịch mật:* nếu có viêm nhiễm đường mật, bao giờ ta cũng thấy những cặn mủ chảy ra theo nước mật hoặc những giả mạc bám vào niêm mạc đường mật.

- *Thứ hai là sỏi:* ta rất dễ dàng nhận biết. Thường sỏi trong gan nằm trên chỗ đường mật trong gan bị hẹp lại, tạo thành một túi chứa chặt sỏi bên trên. Chỗ hẹp được cảm nhận dễ dàng khi ta đưa ống soi vào hoặc khi có kinh nghiệm thì có thể nhận định qua hình ảnh nội soi. Nếu ta lấy được viên nằm tại chỗ hẹp – thường là viên to nhất – sau đó chúng ta bơm rửa sỏi sẽ xuống dễ dàng. Vì lý do này, trong một số trường hợp mổ sỏi mật không có nội soi, chúng tôi thường dùng nong chỗ hẹp này bằng cách mở nhẹ nhàng và tăng dần kẹp Mirizi và sau đó công việc lấy sỏi hoặc bơm rửa cho sỏi rơi ra dễ dàng hơn.

- *Thứ ba hình ảnh áp xe đường mật.* Bình thường, niêm mạc đường mật trơn nhẵn màu trắng xám. Khi có hình ảnh áp xe, bên cạnh dịch mủ hoặc giả mạc nhìn thấy trong dịch mật, hình ảnh điển hình và hết sức trung thành mà chúng tôi ghi nhận được đó là hình ảnh các nếp cuộn của niêm mạc đường mật.



Hình 3.14. Giun đũa bám trong đường mật hạ phân thùy.



**THƯ VIỆN
HUBT**

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

- *Thứ tư là hình ảnh giun đũa:* thường ta hay nhìn thấy xác giun đũa chết nhưng cũng có một số trường hợp ta nhìn thấy giun đũa sống.

- *Thứ năm là chảy máu đường mật.* Khi có chảy máu đường mật, thường ta chỉ thấy một màu đỏ rực trong vùng soi. Muốn tìm xem vị trí chảy ở đâu, thứ nhất là ta phải bơm nước dưới áp lực để nhìn; nếu không, ta dùng ngón tay cặp tạm cuống gan, vừa soi vừa mở hoặc cặp cuống gan. Khi máu ngừng chảy, ta sẽ soi thấy hình ảnh những cục máu đông. Qua kinh nghiệm của 86 trường hợp nội soi đường mật trong mổ, chúng tôi có gặp 6 trường hợp chảy máu đường mật. Một trường hợp chỉ cần lấy sỏi và bơm rửa, một trường hợp chảy máu lan toả được xử lý bằng thắt động mạch gan, 4 trường hợp còn lại được tiến hành cắt gan ở mức phân thùy và hạ phân thùy mà trong đó có một trường hợp nhờ nội soi xác định máu chảy khu trú ở mức dưới hạ phân thùy (nhánh VIII ngoài theo phân loại của Trịnh Văn Minh) và tất cả bệnh nhân đều không có chảy máu tái diễn sau mổ và đều ra viện.

- *Thứ sáu là xác định tổn thương hẹp đường mật trong gan.* Hẹp đường mật trong gan trước khi có nội soi đường mật trong mổ chỉ cảm nhận bằng ngón tay hoặc dụng cụ khi ta thăm dò đường mật. Với nội soi, ta có thể nhìn thấy tổn thương này một cách rõ ràng và phía trên chỗ hẹp thường là những túi sỏi đọng lại. Chính vì vậy đã khẳng định quan điểm của Tôn Thất Tùng không nên nối mật ruột trong điều trị sỏi trong gan là hoàn toàn có lý.

Qua 86 trường hợp tổng kết của chúng tôi năm 2003, tổn thương thu được qua nội soi như sau:

Về định khu của sỏi:

Không có sỏi:	3 (3.5%)
Sỏi ống mật chủ đơn thuần:	12 (13.95%)
Sỏi trong gan đơn thuần:	35 (40.69%)
Sỏi ống mật chủ + Sỏi trong gan:	36 (41.86%)

Về vị trí hẹp:

Không thấy hẹp:	38 (44.2%)
Có hẹp:	48 (55.8%)
Hẹp ống gan chung:	04 (4.65%)
Hẹp ống gan:	22 (25.58%)
Hẹp ống phân thùy:	06 (6.97%)
Hẹp ống hạ phân thùy:	16 (18.6%)
Có giãn đường mật thành túi sau hẹp:	42 (48.8%)

Tuy nhiên chúng ta cũng không nên đặt quá nhiều hy vọng vào nội soi đường mật trong mổ để phát hiện sỏi đường mật trong gan vì qua hơn 100 trường hợp sử dụng nội soi trong mổ, không ít các trường hợp mà sờ ngoài phát

hiện sỏi rất to nằm ở ống hạ phân thủy II hoặc III nhưng nội soi lại không thấy. Lý do rất đơn giản là hầu hết sỏi trong gan hình thành phía trên của đường mật bị viêm nhiễm gây chít hẹp thường ở chỗ ống phân thủy đổ vào ống gan hoặc ống hạ phân thủy đổ vào ống phân thủy vì vậy nếu chỗ hẹp chỉ bằng đầu tăm thì không thể có ống soi nào phát hiện ra được. Điều này đã được khẳng định sau khi cắt gan. Để khắc phục, ngoài việc xác định sỏi trong gan bằng cách dùng hai bàn tay thăm dò, siêu âm trong mổ là một phương pháp hết sức có giá trị chẩn đoán sỏi trong gan.

Siêu âm trong mổ trước hết là xác định sỏi trong gan, thứ hai nếu có kinh nghiệm, ta có thể kiểm tra được hướng đi và vị trí của Mirizi ở trong gan để từ đó sử dụng siêu âm hướng dẫn đầu dụng cụ đi đến nơi có sỏi. Điều này không phải là dễ vì ta đưa dụng cụ vào trong nhu mô gan lên viên sỏi một cách mù quáng, dễ chọc thủng đường mật trong gan.

2. Cắt túi mật

Cắt túi mật sẽ được trình bày trong một chương riêng. Cần lưu ý là cũng như mổ ruột thừa, đa phần là dễ dàng nhưng một số trường hợp hết sức khó khăn. Trong những trường hợp khó khăn, điều quan trọng nhất là phải triệt để tôn trọng các hiểu biết về giải phẫu để tránh vi phạm vào ống gan phải, vào ống gan chung cũng như phát hiện được một số trường hợp hãn hữu là đường mật trong gan đổ vào túi mật. Trong một số trường hợp sau khi cắt túi mật, có nghi ngờ bệnh lý ống mật chủ mà không có điều kiện chụp đường mật trong mổ, mổ ống mật chủ không thuận tiện do ống mật chủ dẫn vừa và mỏng, dễ tai biến khi khâu lại và dẫn lưu Kehr.

3. Xử lý cơ thắt Oddie

Bệnh lý đường mật ở Việt Nam về cơ thắt Oddie chưa được nghiên cứu kỹ mà dựa theo kinh nghiệm thăm dò trong khi mổ. Đây là thì trước khi kết thúc những thao tác trong đóng ống mật chủ. Sau khi lấy xong sỏi, bao giờ kiểm tra tình trạng cơ Oddie là điều bắt buộc vì hai lý do, thứ nhất nếu cơ Oddie bị chít hẹp, sau mổ có nguy cơ mất mật qua dẫn lưu Kehr và dễ có khả năng bực chỗ khâu ống mật chủ. Thứ hai khi thăm dò cơ Oddie bằng sonde béniqué, ta sẽ kiểm tra lần cuối xem có sót sỏi phía dưới hay không nhất là những trường hợp sỏi nằm trong túi thừa mật sau phần thấp ống mật chủ. Sau khi ống béniqué qua Oddie, phẫu thuật viên sẽ dùng tay sờ dọc theo đường đi của sonde này. Nếu có sỏi, ta sẽ nhận biết ngay. Ta dùng ống béniqué từ số nhỏ để thăm dò. Nếu không qua được, ta nong theo chiều của sonde hết sức nhẹ nhàng để tránh lạc đường gây thủng ống mật chủ đoạn thấp. Thông thường, ống béniqué qua dễ dàng và ta nong dần từ bé đến to vì nếu cơ Oddie được nong rộng, sau mổ, mật lưu thông qua đó dễ dàng và ít bị chảy ra ngoài Kehr vì nếu mật chảy ra ngoài nhiều sẽ dẫn đến hai hậu quả: thiếu kali máu và thiếu yếu tố tổng hợp prothrombine.

Ngày nay với thăm dò nội soi ngược dòng đường mật qua tá tràng, càng ngày ta càng hiểu biết nhiều hơn về bệnh lý cơ thắt Oddie và việc xử lý cơ thắt này có thể hoàn toàn dựa vào kỹ thuật của nội soi ngược dòng,

4. Đặt dẫn lưu Kehr và đóng ống mật chủ

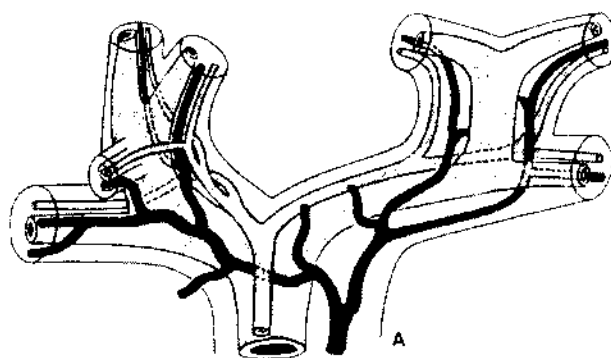
Kinh điển, sau khi mở ống mật chủ, dẫn lưu đường mật được coi là một động tác bắt buộc vì lúc đó chưa có nhiều phương tiện và đóng ống mật chủ không có chỉ tiêu liên kim. Ngày nay với phương tiện hiện đại sử dụng trong mổ từ X quang trong mổ đến nội soi trong mổ cũng như phương tiện khâu, nhiều tác giả cho rằng đặt ống dẫn lưu đường mật sau mổ là không cần thiết. Chúng tôi cho rằng bệnh lý sỏi mật ở Việt Nam có hai đặc thù quan trọng: thứ nhất là sỏi trong gan có tỷ lệ rất cao nên tỷ lệ sỏi ống mật chủ không phải là nhỏ, thứ hai là nhiễm trùng đường mật vì vậy dẫn lưu Kehr là cần thiết để xử trí tiếp tục sau mổ. Với quan niệm trên, chúng tôi vẫn đặt dẫn lưu Kehr một cách có hệ thống sau mổ sỏi đường mật chính. Mục tiêu đặt dẫn lưu Kehr trước hết nhằm giảm áp đường mật, bảo đảm an toàn cho đường khâu ống mật chủ vì sau mổ, ngoài trường hợp sỏi ống mật chủ, sỏi trong gan có thể rơi xuống hoặc giun chui lên đường mật cũng như co thắt hoặc sơ chít cơ thắt Oddie làm tăng áp lực đường mật có nguy cơ dẫn đến bực đường khâu ống mật chủ. Thứ hai đặt ống dẫn lưu Kehr nhằm bơm rửa đường mật sau mổ khi có sỏi vụn hoặc áp xe đường mật. Chúng ta biết rằng việc lấy hết sỏi trong gan không thể khẳng định được một cách tuyệt đối, ngay cả với những phẫu thuật viên có kinh nghiệm được trang bị máy nội soi tán sỏi trong mổ. Kinh nghiệm của chúng tôi trong ba năm kết hợp sử dụng máy nội soi tán sỏi trong khi mổ cho 86 trường hợp, tỷ lệ sỏi sỏi vẫn là 27.9 %, chủ yếu ở mức hạ phân thùy (67% các trường hợp sỏi sỏi). Nguyên nhân sỏi sỏi thứ nhất là ống soi không vào được những đường mật dưới hạ phân thùy cũng như hạ phân thùy do hẹp đường mật, và lý do thứ hai là có những trường hợp nhìn thấy sỏi nhưng không lấy và tán sỏi được do vị trí của viên sỏi. Sỏi trong gan ở Việt Nam thường dẫn đến nhiễm trùng đường mật mà có những trường hợp sau mổ, ống dẫn lưu Kehr không ra nước mật mà chỉ ra mủ. Trong những trường hợp này, kháng sinh toàn thân ít tác dụng do đường mật viêm dày, ngăn cản việc đưa kháng sinh qua đường máu đến vì vậy bơm rửa đường mật có trộn kháng sinh và metronidazon là một biện pháp hết sức hữu hiệu. Thứ ba là đặt ống dẫn lưu Kehr để giúp ta chụp đường mật sau mổ để đánh giá kết quả sau mổ cùng với siêu âm và lâm sàng.

Có hai lý do mà chúng tôi không đặt Kehr qua đường mổ ống mật chủ vì thứ nhất, nếu ta đặt một dị vật ở đường khâu thì đường khâu đó khó liền. Điều này đã được chứng minh và sử dụng trong trường hợp đặt ống dẫn lưu ổ bụng sau mổ. Thứ hai là đường mổ ống mật chủ thường ở mặt trước nên khi đặt Kehr qua đó, trên phim chụp đường mật sau mổ tư thế nghiêng, ta dễ dàng nhận thấy ống mật chủ bị gấp góc ra phía trước do trọng lượng của ống dẫn lưu tạo nên. Hậu quả của việc gấp góc này có thể dẫn đến hoại tử và chảy máu thành trước ống mật chủ do ống dẫn lưu Kehr tỳ vào hoặc là gây hẹp đường mật sau mổ. Vì lý do trên, chúng tôi đặt ống dẫn lưu Kehr ở thành bên phải ống mật chủ qua

ống cổ túi mật hoặc một đường rạch nhỏ. Đường mở ống mật chủ được khâu vết bằng chỉ vicryl hoặc PDS 4/0 với trường hợp thành ống mật chủ dày và 5/0 đối với trường hợp thành ống mật chủ không hoặc dày ít. Với kỹ thuật này chúng tôi có thể rửa ống dẫn lưu Kehr rất sớm từ ngày thứ nhất sau mổ.

5. Thất động mạch gan

Động mạch gan cấp 25% lưu lượng máu và 50% oxy cho gan, nhưng điều quan trọng hơn là áp lực của xoang gan được duy trì chủ yếu do áp lực của động mạch gan. Trong những trường hợp chảy máu nhu mô gan, niêm mạc đường mật trong gan, nếu áp lực xoang gan giảm xuống thì ta có thể đạt được cầm máu. Đó là nguyên lý để ta thất động mạch gan trong điều trị chảy máu đường mật, vỡ gan do



Hình 3.15. Ba thành phần ở cuống gan.

chấn thương, tụ máu dưới bao gan. Sau khi thất động mạch gan, gan sẽ được cung cấp bằng oxy do tĩnh mạch của và đồng thời qua hệ thống nối. Theo nghiên cứu của Benmark, sau khi thất động mạch gan 24 giờ nhiều vòng nối được tái thiết lập qua các dây chằng của gan với một lưu lượng lớn hơn lưu lượng động mạch gan vì vậy nếu như trước đây người ta lo ngại về nguy cơ thất động mạch gan thì ngày nay, người ta lại lo rằng không triệt được các đường cấp máu động mạch cho gan. Tuy nhiên thất động mạch gan cũng có thể dẫn đến hôn mê gan, đặc biệt là những trường hợp sốc kéo dài vì theo định nghĩa, sốc là một tình trạng ứ trệ tuần hoàn vì vậy khi có tình trạng sốc, máu sẽ ứ trệ ở ngay cả hệ thống tĩnh mạch của vì vậy không còn sự cung cấp oxy cho tế bào gan khi động mạch gan đã bị thất. Trên thực nghiệm, một số tác giả nhận thấy đối với thất động mạch gan trên chó, nhóm không dùng kháng sinh sau mổ có tỷ lệ hôn mê gan cao hơn có ý nghĩa thống kê với nhóm có dùng kháng sinh và điều này được lý giải là sự lên men của vi khuẩn đường ruột cũng là một yếu tố thuận lợi dẫn đến hôn mê gan. Thất động mạch gan cần được tiến hành tại động mạch gan riêng vì nếu thất động mạch gan chung, máu cấp cho gan sẽ được đi từ động mạch mạc treo tràng trên theo vòng nối của động mạch vị tá tràng làm cho mất hiệu lực của thất động mạch gan.

6. Cắt gan

Có ba chỉ định cắt gan trong bệnh lý sỏi đường mật:

1. Do áp xe vỡ hoặc khu trú.
2. Do sỏi khu trú.
3. Do chảy máu đường mật khu trú.

Nguyên tắc cắt gan trong bệnh lý sỏi đường mật trước hết là hạn chế tối đa cắt gan rộng (cắt gan từ hai phân thùy trở lên) vì trong những trường hợp này, quá trình nhiễm trùng đường mật trong gan vẫn còn tiến triển. Thứ hai là về kỹ thuật, phẫu thuật cắt gan trong bệnh lý đường mật thường thực hiện trên những trường hợp mổ sỏi mật lại nên việc giải phóng gan, đặc biệt ở mặt dưới là điều hết sức quan trọng để tránh tai biến xảy ra trong khi cắt gan. Thứ ba là sau khi cắt gan, nhiễm trùng đường mật vẫn còn tồn tại và có nguy cơ tiến triển vì vậy việc sử dụng kháng sinh phối hợp với metronidazon toàn thân hoặc tại chỗ bằng cách bơm qua Kehr là hết sức cần thiết. Thứ tư là trong kỹ thuật cắt gan theo phương pháp Tôn Thất Tùng, ba thành phần của cuống Glisson được buộc chung trừ trường hợp cắt gan do nguyên nhân sỏi mật, ta phải khâu đường mật riêng biệt để tránh rò mật sau mổ. Những kỹ thuật cụ thể đã được trình bày ở phần cắt gan.

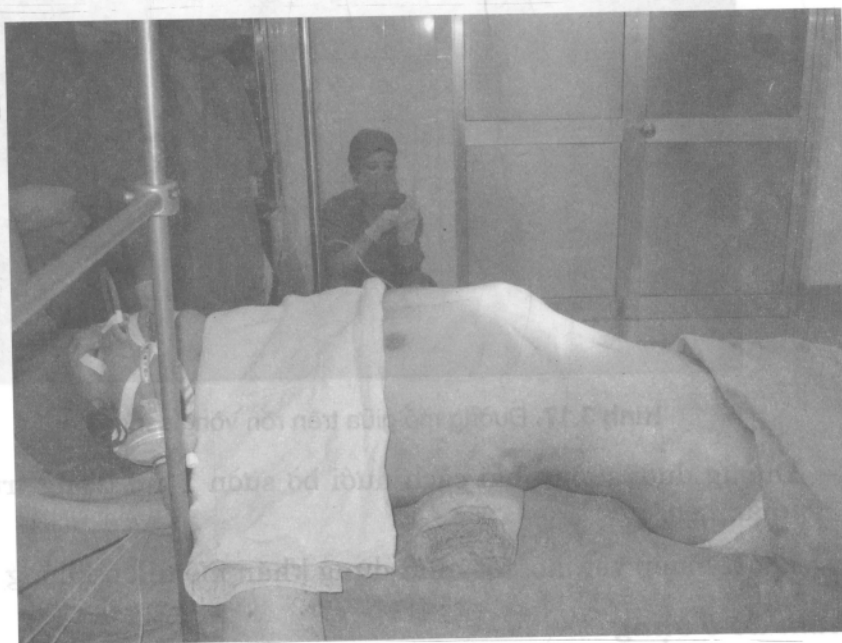
Chương V

PHẪU THUẬT CẮT TÚI MẬT

Phẫu thuật cắt túi mật được Langenbuch thực hiện lần đầu tiên năm 1882. Phẫu thuật này được chỉ định trong điều trị sỏi túi mật, viêm túi mật cấp hay mãn không do sỏi, ứ nước túi mật, khối u lành hay ác tính của túi mật, vết thương túi mật. Lựa chọn kỹ thuật cắt túi mật không do bệnh lý mà do cấu trúc giải phẫu bệnh lý của túi mật.

1. Bố trí phòng mổ

- Bàn mổ thay đổi tư thế được để cho phép nghiêng sang trái, đầu cao và lý tưởng là không cản quang để chụp đường mật trong mổ khi cần.
- Bệnh nhân nằm ngửa. Gây mê nội khí quản. Có thể đặt một cái gối dưới lưng, ngay chỗ dưới mỏm hai xương bả vai để đẩy cao vùng dưới sườn lên.



Hình 3.16. Tư thế bệnh nhân

- Phẫu thuật viên đứng bên trái bệnh nhân.
- Người phụ thứ nhất đứng bên phải bệnh nhân.



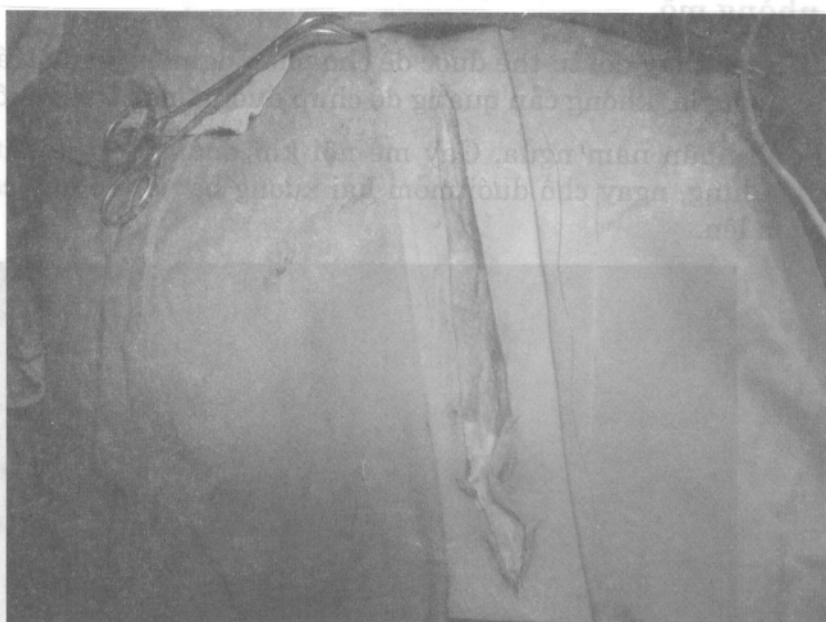
THƯ VIỆN
HUBT

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

- Người phụ thứ hai (nếu có) đứng bên phải bệnh nhân, phía đầu bệnh nhân so với người phụ thứ nhất.
- Người đưa dụng cụ đứng cùng bên với phẫu thuật viên, phía chân bệnh nhân.
- Bàn dụng cụ đặt ở cuối bàn mổ, trên vị trí chân người bệnh.
- Bàn dụng cụ phụ để chụp đường mật trong mổ đặt ở phía cuối bàn mổ, bên trái bệnh nhân.
- Máy chụp X quang trong mổ cùng các phụ kiện chuẩn bị sẵn.

2. Đường mổ

- Đường giữa trên rốn, có thể vượt qua rốn, vòng sang bên phải, cắt bỏ dây chằng tròn khi cần.



Hình 3.17. Đường mổ giữa trên rốn vòng sang phải

- Đường dưới sườn phải cách dưới bờ sườn 1 cm trong trường hợp bệnh nhân béo.
- Bọc kỹ mép vết mổ, tốt nhất dùng khăn mổ nylon không thấm nước.

2.1. Thăm dò ổ bụng

Thăm dò kỹ toàn bộ ổ bụng, kết thúc bằng việc kiểm tra kỹ vùng dưới gan.

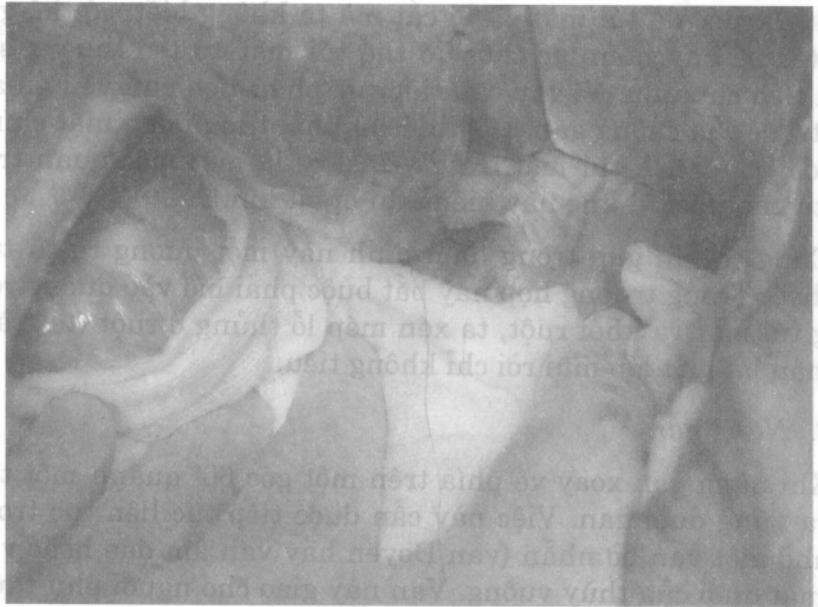
2.2. Trình bày vùng mổ

Trước hết dùng một van vệ đặt vào vùng bờ sườn phải (mép trên vết mổ). Van này được người phụ thứ hai kéo hoặc cố định treo vào cọc cố định phía trên bên phải bàn mổ.

2.3. Bộc lộ vùng dưới gan

Việc bộc lộ rõ ràng vùng dưới gan, đặc biệt là cuống gan là một yêu cầu rất quan trọng trong phẫu thuật cắt túi mật. Việc này được thực hiện nhờ 3 thao tác:

- Giải phóng rõ ràng mặt dưới gan và mặt dưới túi mật.
- Nâng gan lên cao
- Đặt các gạc lớn bảo vệ.



Hình 3.18: Bộc lộ cuống gan

2.3.1. Giải phóng vùng dưới gan

Thông thường mặt dưới gan tự do. Tuy nhiên có thể gặp một lớp màng mỏng đi từ túi mật tới đoạn đầu tá tràng và góc đại tràng phải, đây là dây chằng túi mật - tá tràng - đại tràng. Có thể dễ dàng giải phóng màng này dọc theo bờ túi mật là vùng thường vô mạch.

Trong trường hợp bệnh lý, vùng dưới gan có thể dính, thậm chí có cả một mảng viêm dày. Cần phân biệt những dính viêm mới xuất hiện với những dây chằng tồn tại từ lâu. Dính thường gặp do viêm cấp như trường hợp viêm túi mật cấp đang tiến triển. Khi đó thấy mạc nối viêm phù đến bộc vùng túi mật và gan tương ứng. Tá tràng và đại tràng cũng tham gia vào việc khu trú ổ viêm này. Thường thì việc giải phóng vùng viêm này khá dễ dàng, chỉ cần tách là chỗ dính tự rời ra. Luồn ngón tay vào tới thành túi mật, thấy túi mật cứng chắc, bằng ngón tay ta dễ dàng tách bề mặt dính vào túi mật và đẩy phần mạc nối bao quanh túi mật ra.



THƯ VIỆN
HUBT

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

Trường hợp chỗ dính đã tổ chức hoá do mổ ở vùng này trước đó hay do viêm cũ của túi mật thì không thể tách chúng ra bằng ngón tay hoặc cố kéo ra vì chúng đã dính chắc sẽ làm rách chảy máu vỏ Glisson của gan và thanh mạc túi mật. Trong trường hợp này phải giải phóng từ từ bằng kéo từng tí một, cầm máu cẩn thận bằng dao điện, kiểm soát trực tiếp dưới quan sát bằng mắt. Điều quan trọng là tìm ra "lớp phẫu tích" để giải phóng các cơ quan dính khỏi túi mật. Thường thì đi từ bên phải là nơi dễ tìm vào nhất. Bao giờ cũng phải đi sát vào bề mặt dưới gan và túi mật, bám sát vào túi mật để tránh làm tổn thương tá tràng và đại tràng. Có khi trong đám dính này ta không tìm thấy túi mật. Trừ khi trước đó túi mật đã bị cắt mà ta không biết, có thể gặp trường hợp túi mật teo bé hay nằm lạc chỗ. Có thể túi mật xơ teo thu lại sát cuống gan hay phẫu tích chưa đủ. Vì vậy cần tiếp tục phẫu tích chủ yếu giữa mặt dưới gan và mặt trước của cuống gan. Đôi khi cần phải tìm đường mật chính trước sau đó đi tiếp để phẫu tích túi mật. Khe Winslow là một mốc quan trọng để tìm cuống gan từ bên phải vì khe này hiếm khi bị bịt kín.

Cũng có khi gặp trong đám dính này một đường rò từ túi mật vào đường tiêu hoá. Trong trường hợp này bắt buộc phải mổ vào đường rò. Sau khi đã tách riêng túi mật ra khỏi ruột, ta xén mép lỗ thủng ở ruột (tá tràng hay đại tràng) và khâu lại một lớp mũi rời chỉ không tiêu.

2.3.2. Nâng gan

Khi nâng gan xoay về phía trên một góc 60° quanh một trục nằm ngang sẽ mở ra vùng dưới gan. Việc này cần được tiếp tục liên tục trong suốt quá trình mổ nhờ một van bờ nhẵn (van Doyen hay van âm đạo hoặc van mềm) được đặt vào mặt dưới của thùy vuông. Van này giao cho người phụ thứ hai giữ. Cần chú ý để không làm thương tổn gan khi kéo van.

2.3.3. Đặt các tấm gạc bảo vệ

Tất cả những phần không cần nhìn khi mổ phải được che phủ bởi gạc lớn. Để tránh kích thích phúc mạc, tốt nhất nên dùng các tấm gạc làm ẩm bằng nước muối sinh lý ấm. Thường cần 3 tấm gạc:

- Một tấm gạc đặt ở bên trái giữa mặt dưới gan trái và mặt trước của dạ dày để ngăn vùng mổ với vùng dưới hoành trái.
- Tấm gạc thứ hai đặt ở bên phải sát góc thành bụng để chặn vào góc thành đại tràng và đẩy thấp góc đại tràng phải xuống. Gạc này có tác dụng ngăn không cho máu, dịch mật và sỏi rơi xuống bụng dưới theo rãnh đại tràng.
- Tấm gạc thứ 3 trải ở dưới tá tràng đoạn đầu môn vị và đại tràng ngang để bảo vệ các cơ quan này.
- Ngoài ra có thể đặt một cái gạc dài (mèche) vào khe Winslow để ngăn không cho dịch chảy vào hậu cung mạc nối.

3. Kỹ thuật cắt túi mật

3.1. Cắt túi mật ngược dòng

3.1.1. Làm xẹp túi mật

Nếu túi mật quá lớn và căng (ứ nước túi mật, ứ mủ túi mật hay túi mật đầy sỏi), việc phẫu tích sẽ khó khăn vì vậy khi làm xẹp túi mật thao tác dễ dàng hơn.

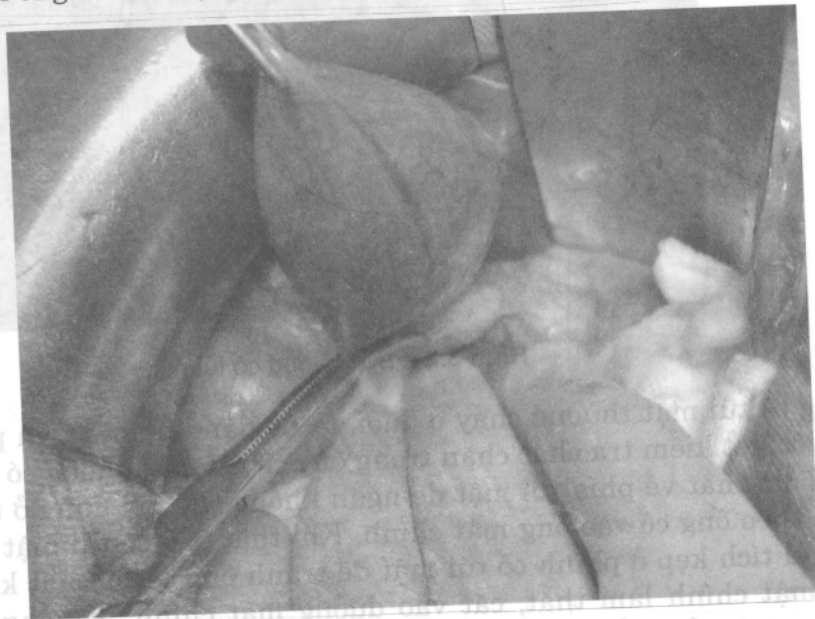
Có thể dùng bơm kim tiêm lớn hay trocar để chọc hút. Dịch hút ra từ túi mật sẽ được lấy để thử vi trùng và kháng sinh đồ. Khi cần có thể mở túi mật để lấy sỏi ra trước. Chỗ mở túi mật sẽ được bịt lại bằng cách kẹp một kẹp hình tim vào đó để kéo vào túi mật.

Sử dụng một cái kẹp thứ 2 kẹp vào phình cổ túi mật (có thể kẹp hình tim, kẹp Duval, kẹp Babcock...)

Cần chú ý không kẹp nát vào sỏi và không đẩy những viên sỏi nhỏ hay mảnh sỏi qua ống cổ túi mật vào ống mật chủ. Vì vậy cần dùng tay thăm dò ống cổ túi mật trước khi kẹp.

3.1.2. Mở vào tam giác Callot

Kéo kẹp ở phình cổ túi mật xuống dưới sang phải bằng tay trái để phân định giữa ống cổ túi mật với ống mật chính. Dùng mũi kéo tách dần vào khoang tổ chức lỏng lẻo giữa cổ túi mật và mặt dưới gan. Cần luôn đi sát vào thành túi mật. Phẫu tích cẩn thận để giải phóng ống cổ túi mật khỏi ống gan chung. Thường phía trên ống cổ túi mật, trong đám xơ mỡ là động mạch túi mật.



Hình 3.19. Bộc lộ tam giác Callot



THƯ VIỆN
HUB

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ



Hình 3.20. Bộc lộ động mạch túi mật



Hình 3.21. Bộc lộ ống cổ túi mật

Ống cổ túi mật thường chạy ở dưới, ta dễ dàng nhận ra và phẫu tích quanh nó. Trước hết kiểm tra chắc chắn trong ống cổ túi mật không có sỏi. Sau đó luồn một sợi chỉ thắt về phía túi mật để ngăn không cho nội dung ở trong túi mật di chuyển theo ống cổ vào ống mật chính. Khi thắt ống cổ túi mật phải thả chùng kẹp phẫu tích kẹp ở phình cổ túi mật để tránh ống cổ túi mật kéo căng gấp góc đường mật chính làm thắt, cắt vào đường mật chính. Thường động mạch túi mật chạy trên ống cổ túi mật. Cần phẫu tích tìm và thắt ở chỗ nó tiếp xúc vào cổ túi mật. Ở chỗ này thường động mạch túi mật đã chia làm hai nhánh. Tốt nhất

nên tìm thất từng nhánh hơn là đi về phía cuống gan để tìm thân động mạch túi mật, nhất là trong 1/4 trường hợp có hai động mạch túi mật riêng rẽ. Sau đó thất động mạch bằng chỉ không tiêu và cắt đứt đôi động mạch. Các tổ chức lỏng lẻo xung quanh được đốt điện và phẫu tích. Khi đó chỉ còn lại ống cổ túi mật.

3.1.3. Chụp đường mật trong mổ

Luôn giữ ống mật căng bằng cách kéo vào kẹp ở phình cổ túi mật. Dùng kéo cắt ngang một nửa chu vi ống cổ túi mật. Sau đó luồn nhẹ nhàng ống thông (kim loại hay nhựa) để chụp mật vào trong ống cổ túi mật hướng về phía ống mật chính. Dùng một sợi chỉ luồn quanh ống cổ túi mật ngoài ống thông để buộc cố định. Khi ống cổ quá bé, có thể nong rộng nhẹ nhàng với một cái kẹp phẫu tích nhỏ để có thể luồn ống thông vào. Nếu như ống cổ đã bị thoái hoá thì đừng cố tìm cách luồn ống thông vì có thể làm rách vào ống mật chính. Cần luồn ống vào sâu, đôi khi có thể cản trở do một van trong lòng ống cổ túi mật (van Heister), nhưng chỉ cần đẩy nhẹ tay là có thể vượt qua. Khi thấy có mật chảy ra qua ống thông chứng tỏ ống đã đặt đúng vị trí. Khi không thấy mật ra mà kiểm tra chắc ống thông không thủng ra chỗ khác, có thể nó còn nằm trong ống cổ túi mật quá dài. Khi đó ta nắn nhẹ vào cuống gan sẽ thấy mật chảy ra qua ống thông. Nếu không, ta bơm thuốc và chụp sẽ thấy ống thông nằm ở đâu.

Sau khi đã chụp đường mật và thấy không có tổn thương gì phải xử trí ngoại khoa ta có thể cắt chỉ buộc quanh ống thông và rút ống thông trong ống cổ túi mật ra. Sau đó dùng một cái kẹp kẹp lại đầu ống cổ túi mật và thất chỉ buộc ống cổ túi mật lại. Trong một số trường hợp do ống cổ túi mật quá dài, còn một phần phình cổ túi mật hay còn sót sỏi trong ống cổ túi mật sẽ có thể là nguyên nhân các biến chứng sau này của cắt túi mật. Vì vậy cần cắt ống cổ túi mật vừa đủ, nghĩa là tới chỗ nó dễ dàng tách ra khỏi đường mật chính. Tuy nhiên không được phẫu tích theo đoạn ống cổ túi mật đi dọc theo ống gan chung sẽ rất nguy hiểm.

Phải thất ống cổ bằng chỉ tiêu để tránh tạo sỏi trên chỉ không tiêu khi nó di chuyển vào trong đường mật vì đã có báo cáo thấy biến chứng này. Chú ý thất chỉ chặt, nhiều nút, nếu cần khâu qua một phần ống cổ để tránh chỉ bị tuột gây rò mật.

Chụp đường mật trong mổ có hệ thống có ưu điểm là cho phép kiểm tra toàn diện đường mật, phát hiện sỏi hay dị vật trong đường mật chính mà có thể bị bỏ qua trong quá trình chẩn đoán trước mổ, phát hiện các thương tổn và bất thường của đường mật trong mổ để xử lý.

Tuy nhiên kỹ thuật này đòi hỏi phải có phương tiện máy móc đồng bộ, đắt tiền, phẫu thuật viên và kỹ thuật viên thành thạo kỹ thuật. Hơn nữa tỷ lệ phát hiện sỏi trong đường mật trong mổ rất thấp nếu trước mổ bệnh nhân được khám lâm sàng và cận lâm sàng kỹ lưỡng, có hệ thống. Ngoài ra bản thân phương pháp chụp đường mật trong mổ cũng có thể có tai biến như dị ứng thuốc cản quang, thủng đường mật do ống thông...

Vì vậy chụp đường mật nên chỉ định một cách chặt chẽ, chọn lọc ở những cơ sở có điều kiện. Kinh nghiệm của chúng tôi là tất cả bệnh nhân trước mổ đều được khám lâm sàng tử mỹ, hỏi kỹ tiền sử, siêu âm gan mật hai lần trước mổ do hai chuyên gia chẩn đoán hình ảnh độc lập có kinh nghiệm thực hiện, xét nghiệm chức năng gan đầy đủ. Nếu các dấu hiệu lâm sàng và cận lâm sàng cho thấy là một sỏi túi mật đơn thuần thì không đặt ra việc chụp đường mật trong mổ. Chỉ chụp đường mật trong mổ khi bệnh nhân trong tiền sử có biểu hiện tắc mật cơ giới, siêu âm thấy đường mật giãn hơn bình thường hay trong mổ có khó khăn nghi ngờ tổn thương đường mật.

Nếu không chụp đường mật trong mổ thì nhất thiết phải kiểm tra đường mật chính sau khi cắt túi mật bằng cách đánh giá qua nhìn và sờ bằng tay để đảm bảo chắc chắn đường mật chính bình thường.

3.1.4. Giải phóng giường túi mật

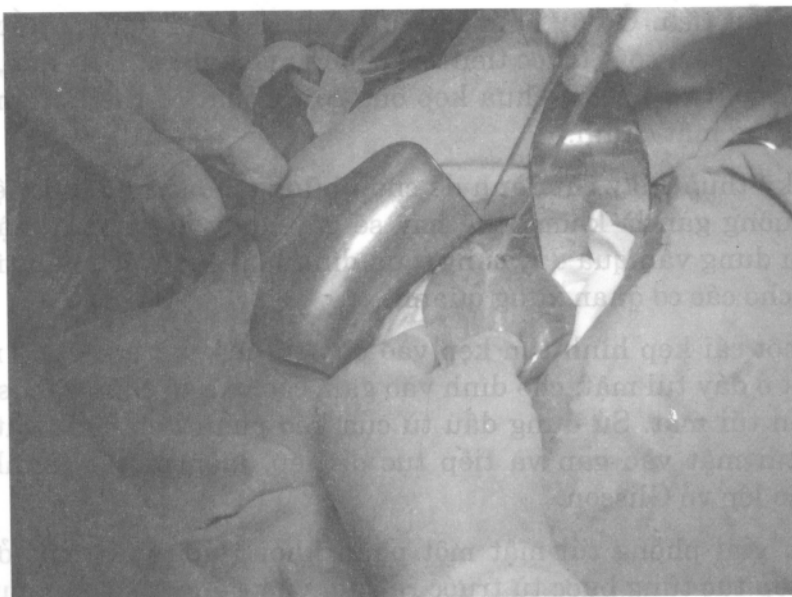
a. Đi từ trong ra

Sau khi đã chụp đường mật hoặc kiểm tra chắc chắn không có sỏi trong ống cổ túi mật và đường mật chính, ta thắt chỉ và cắt ống cổ túi mật. Sử dụng cái kẹp ở phình cổ túi mật kéo xuống và sang phải, phẫu tích để cắt túi mật đi từ trong ra. Bắt đầu mổ thanh mạc túi mật ở chỗ tiếp giáp túi mật với gan ở bên trái mật trên. Các mạch máu dưới thanh mạc được đốt điện hay kẹp và thắt bằng chỉ tiêu. Tổ chức dính giữa túi mật và gan được đốt và cắt hay kẹp và cắt sau đó buộc thắt chỉ cầm máu. Quá trình cắt túi mật phải được thực hiện bằng cách luôn luôn đi sát thành túi mật. Cần đi vào khoang tổ chức lỏng lẻo nằm giữa túi mật và bao Glisson chứ không phải đi vào khoang giữa bao Glisson và tổ chức gan vì nếu làm lộ tổ chức gan sẽ tạo ra chảy máu rỉ cả mặt gan chỗ mất vỏ Glisson rất khó cầm. Sự nhầm đường này dễ xảy ra khi túi mật viêm làm vùng giường túi mật hình thành một mảng không phân biệt được thành túi mật với vỏ Glisson. Vì vậy khi viêm túi mật cấp cần phải tìm được mặt phẳng phẫu tích này. Việc sử dụng kéo để tách dễ dàng hơn trong việc tìm đúng mặt phẳng này.

Ta đi từng bước một, vừa cắt vừa cầm máu cho tới bờ trước của gan. Tại đây, tổ chức xơ hết, chỉ còn phúc mạc dính với túi mật, khi đó ta sử dụng chỗ dính này để kéo gan lên, kiểm tra toàn bộ giường túi mật xem có chảy máu hay rò mật để xử lý.

b. Đi từ đáy túi mật vào

Sau khi giải phóng ống cổ túi mật, thắt cắt động mạch túi mật, ta quay lại đáy túi mật, dùng một kẹp hình tim kẹp vào đáy túi mật kéo xuống dưới trong khi người phụ vén mép gan lên trên. Dùng kéo phẫu tích kết hợp với đốt điện cầm máu để phẫu tích giải phóng túi mật từng bước một ra khỏi giường túi mật, đi dần từ đáy túi mật tới vùng cổ túi mật, gặp khoảng tự do ở tam giác Callot khi phẫu tích tìm ống cổ túi mật và động mạch túi mật. Sau khi giải phóng hoàn toàn, túi mật sẽ chỉ còn nối với đường mật chính bằng ống cổ túi mật. Kiểm tra và kẹp thắt cắt ống cổ túi mật.



Hình 3.22. Giải phóng giường túi mật

c. Các khó khăn có thể gặp

Việc giải phóng giường túi mật có thể gặp những khó khăn khác nhau. Khi túi mật không bị viêm nặng thường là việc này dễ thực hiện, nhất là khi túi mật được treo vào gan bởi mạc treo túi mật. Việc này sẽ khó khăn khi túi mật xơ teo làm cho tổ chức tế bào chỗ giường túi mật tạo thành một mảng xơ không phân biệt được các lớp phẫu tích. Trong trường hợp túi mật viêm cấp cũng có khó khăn riêng, nhất là khi có áp xe giường túi mật. Khi có ổ áp xe điều trọng yếu là mở ổ áp xe này ra ngoài chứ không cần để ý đến các lớp phẫu tích. Trường hợp thành túi mật và vỏ gan tạo thành một mảng viêm xơ dày việc phẫu tích vào sẽ nguy hiểm vì làm tổn thương tổ chức gan, ta có thể để lớp này lại với điều kiện loại bỏ hết lớp niêm mạc túi mật bằng cách cạo sạch bằng một cái nạo hay đốt điện (cắt túi mật không hoàn toàn).

3.1.5. Che phủ phúc mạc giường túi mật

Một số tác giả sau khi cắt túi mật và kiểm tra chảy máu ở giường túi mật khâu vết một đường khép hai mép của giường túi mật lại bằng chỉ tiêu. Tuy nhiên việc che phủ phúc mạc này không có nhiều tác dụng lắm. Chỉ nên làm khi không có viêm túi mật và việc kéo hai mép lại dễ dàng.

Trường hợp viêm cấp hay giường túi mật rộng việc khâu che phủ phúc mạc là không cần thiết thậm chí nguy hiểm vì có thể làm rách tổ chức xung quanh. Quan điểm của chúng tôi là không che phủ mà chỉ cầm máu kỹ là đủ.

3.2. Cắt túi mật xuôi dòng

3.2.1. Kỹ thuật thông thường

Trong kỹ thuật này, túi mật được giải phóng khỏi gan trước khi cuống túi



THƯ VIỆN
HUBT

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

mật được phẫu tích. Ở đây chúng ta đi ngược lại với nguyên tắc chung trong ngoại khoa là: kiểm soát trước tiên các cuống mạch máu. Hơn nữa, việc thao tác trên một túi mật có sỏi mà chưa kẹp ống cổ túi mật có thể làm một viên sỏi bị chạy vào đường mật chính.

Vì vậy kỹ thuật này chỉ dành để cho những trường hợp khi việc thâm nhập vào vùng cuống gan là không thể hay sẽ gây nguy hiểm. Túi mật dù đã được tháo bớt nội dung vẫn quá dày cứng, quá dính làm cho việc phẫu tích có thể gây nguy hiểm cho các cơ quan xung quanh.

Dùng một cái kẹp hình tim kẹp vào đáy túi mật và kéo căng ra. Mở thanh mạc túi mật ở đáy túi mật, chỗ dính vào gan, cách xa tổ chức gan, sau đó mở dọc theo hai bên túi mật. Sử dụng đầu tù của kéo phẫu tích từng vạt nhỏ tổ chức dính giữa túi mật vào gan và tiếp tục đi tiếp, luôn đi sát thành túi mật để không đi vào lớp vỏ Glisson.

Lúc đầu giải phóng túi mật một phần khỏi giường túi mật ở đáy, sau đó phẫu tích tiếp tục từng bước từ trước ra sau, vừa tiến vừa cầm máu kỹ bằng đốt điện hoặc kẹp và thắt chỉ. Khi đi tới cổ túi mật, kéo vào thân túi mật để tách xa cổ túi mật khỏi cuống gan. Khi kéo căng, việc phẫu tích tách riêng từng thành phần của cổ túi mật sẽ dễ dàng hơn. Sau đó kẹp cắt và thắt động mạch túi mật chỗ nó đi sát vào thành túi mật. Sau khi sờ tay kiểm tra ống cổ túi mật chắc chắn không có viên sỏi nằm kẹt ở trong, mở ống cổ túi mật để luôn ống thông chụp đường mật.

3.2.2. Cắt túi mật xuôi dòng túi mật mở

Đôi khi chỉ có thể phẫu tích vào ở đáy túi mật. Ngay khi đi vào thân túi mật, cấu trúc giải phẫu trở nên không thể nhận ra được do tất cả các thành phần dính và xơ cứng lại với nhau. Trong những trường hợp này có thể có các lỗ rò giữa túi mật với ống gan. Và cũng trong trường hợp này dễ xảy ra tổn thương các ống mật hay mạch máu khi phẫu tích nhất là vùng cổ túi mật.

Để cẩn thận, khi đó ta mở rộng túi mật theo bờ dưới và kiểm tra trong lòng nhất là ở vùng phình ống cổ túi mật để xem có thấy mật chảy ra. Việc mở rộng túi mật cho phép luôn ngón tay trái vào trong túi mật, trong khi các kẹp để kéo túi mật vẫn được giữ căng trong lòng bàn tay trái. Khi đó việc giải phóng túi mật được làm trên ngón tay, gần giống như giải phóng túi thoát vị.

3.3. Cắt túi mật không hoàn toàn

Ngay cả việc cho ngón tay vào trong túi mật cũng không phải luôn cho phép cắt được túi mật. Đôi khi những mảnh thành túi mật dày có thể dính vào cuống gan hay thành bên phải của rốn gan. Vì vậy không nên cố cắt hết để tránh nguy cơ làm tổn thương đường mật hay động mạch. Nhưng cần nhớ phải phá huỷ hết lớp niêm mạc trên phần để lại đó. Có thể phá huỷ lớp niêm mạc này bằng cách dùng một cái nạo (curette) hay đốt điện khi phần thành túi mật để lại nằm ở giường túi mật mà không ở cuống gan. Trong những trường hợp này thân của động mạch túi mật chưa được nhận biết rõ. Vì vậy việc cầm máu phải được thực

hiện bằng cách đốt điện hay khâu các mũi chữ X ở phần chảy máu và chú ý không khâu vào ống gan.

Có một trường hợp cần phải thực hiện phẫu thuật cắt túi mật không hoàn toàn là trường hợp có rò túi mật - ống gan. Tổn thương này là do loét từ thành cổ túi mật vào ống gan nằm cạnh do viêm xung quanh sỏi kẹt ở cổ túi mật. Trong trường hợp này sau khi mở túi mật và lấy bỏ viên sỏi kẹt trong ống cổ túi mật ta sẽ thấy lỗ rò mật. Khi đó ta cắt túi mật không hoàn toàn, để lại một vành tổ chức thành túi mật quanh lỗ rò để đảm bảo bịt kín lỗ rò.

3.4. Cắt túi mật trong ung thư túi mật

Ít khi gặp chỉ có ung thư khu trú ở túi mật. Thường là thấy tổn thương đã lan ra gan và cuống gan, khi đó việc cắt túi mật là vô ích. Khi ống gan đã bị xâm lấn, có thể tính tới việc nối ống mật trong gan với đường tiêu hoá. Còn lại chỉ phát hiện ung thư khi làm xét nghiệm giải phẫu bệnh trên một túi mật viêm mãn do sỏi hoặc không.

Trong trường hợp này không có thống kê nào cho thấy cần phải mổ lại để cắt mở rộng.

Rất hiếm khi ta phát hiện trong mổ một trường hợp ung thư túi mật còn khu trú chưa có di căn gan, chưa ăn vào cuống gan, không rò hay di căn ở sau đầu tụy tá tràng. Nghi ngờ ung thư khi thấy một vùng tổ chức cứng màu trắng. Mổ túi mật sẽ thấy u sùi trong lòng. Thử xét nghiệm sinh thiết tức thời khẳng định ung thư. Trường hợp này nên thực hiện phẫu thuật cắt túi mật mở rộng, mặc dù cho tới nay chưa có thống kê nào chứng minh lợi ích rõ rệt của phẫu thuật này. Khi đó phẫu thuật bao gồm nạo vét hạch cuống gan và cắt gan có thể là cắt phần gan xung quanh túi mật (cắt gan không điển hình) hay cắt hạ phân thùy 5.

3.5. Kết thúc cuộc mổ

Lau rửa sạch ổ bụng, bỏ các van, các gạc lớn, thay găng và dụng cụ cùng khăn che vết mổ mới.

Nguyên tắc nên đặt ống dẫn lưu dưới gan ra chỗ thấp dưới sườn phải.

Đóng lại thành bụng hai lớp: cân cơ chỉ tốt không tiêu hay tiêu chậm. Khâu da chỉ lín.

Túi mật cần được gửi đi xét nghiệm giải phẫu bệnh lý có hệ thống.

3.6. Theo dõi sau mổ

Phẫu thuật cắt túi mật bình thường không cần chăm sóc gì đặc biệt nếu không có biến chứng.

Diễn biến sau mổ giống như các trường hợp mổ bụng khác: lưu thông đường tiêu hoá lập lại sau 2 đến 4 ngày. Không cần đặt ống thông dạ dày. Bệnh nhân cần được truyền dịch trong hai ngày đầu. Nếu không buồn nôn, bệnh nhân có thể bắt đầu uống từ ngày thứ hai.

Ống dẫn lưu có thể chảy một ít dịch hồng trong 2-3 ngày, có thể rút bỏ sau 3-4 ngày.

Sau khi cắt túi mật không cần chế độ ăn gì đặc biệt.

Vấn đề sử dụng kháng sinh:

- Kháng sinh dự phòng cho cắt túi mật đơn thuần.
- Kháng sinh điều trị cho viêm túi mật.

4. Biến chứng của phẫu thuật cắt túi mật

4.1. Các tai biến trong mổ

4.1.1. Mở vào tá tràng hay đại tràng

Có thể việc mở vào các tạng này là không thể tránh khỏi nếu có một rò túi mật với các tạng đó, có thể là tai biến mở vào do khó khăn khi phẫu tích chỗ dính vùng dưới gan.

Khi có lỗ thủng vào ruột, tùy từng trường hợp, có cách xử lý thích hợp:

- Với tổn thương tá tràng phía trên chỗ đổ của bóng Vater, chỉ cần khâu lại mép vết thương sau khi xén mép là đủ.
- Vết thương tá tràng dưới chỗ đổ của bóng Vater đòi hỏi xử lý phức tạp hơn bằng cách khâu kín vết thương cùng với phẫu thuật dẫn lưu phối hợp (nối vị tràng, thắt môn vị hoặc cắt hang vị).
- Vết thương đại tràng nhỏ gọn trên đại tràng chuẩn bị sạch có thể khâu kín lại.
- Những trường hợp vết thương phức tạp đại tràng chuẩn bị chưa tốt cần được khâu lại, đưa đường khâu ra ngoài ổ bụng hoặc thậm chí làm hậu môn nhân tạo.

4.1.2. Vết thương gan

Khi phẫu tích có thể làm rách, lóc vỏ gan gây ra chảy rỉ máu trên diện rộng, thường máu cầm sau khi chèn bằng gạc ẩm. Để tránh tai biến này cần nhẹ nhàng phẫu tích khi giải phóng dính chứ không được xé mạnh.

Trường hợp rách một miếng gan do bị kéo ra cùng với túi mật ở giường túi mật sẽ làm chảy máu nhiều. Việc nhận biết rõ mặt phẳng phẫu tích để đi vào giữa vỏ Glisson của gan và thành túi mật là rất quan trọng để tránh tai biến này. Tổn thương rách gan do kéo van không đúng cách cũng hay gặp. Thường vết thương nằm ở mặt dưới gan, gần cuống gan. Để tránh tai biến này cần chọn loại van có độ dài phù hợp, người kéo van phải kéo vuông góc với mặt van, không được kéo móc mũi van vào gan.

Khi có rách gan phải chèn gạc dài để cầm máu và chỉ lấy ra khi kết thúc cuộc mổ. Khi đó sẽ thấy những chỗ rỉ máu bề mặt đã cầm, chỉ còn chảy ở một

vài điểm sẽ được cầm máu bằng đốt điện hay khâu các mũi chữ X. Trong một số trường hợp lấy gạc dài ra thì máu lại chảy nhiều khi đó có thể đặt một miếng spongel vào chỗ chảy máu và chèn gạc dài lên, chờ 10-15 phút rồi nhẹ nhàng gỡ gạc dài ra sao cho đừng bóc tằm spongel ra khỏi tổ chức bề mặt gan. Nếu thấy đã hết chảy máu ta bỏ gạc dài đi, đặt dẫn lưu và đóng bụng.

Trường hợp máu tiếp tục chảy (nhất là ở gan xơ) thì có khi phải chèn gạc dài vào diện gan chảy máu, đặt dẫn lưu cạnh chỗ chèn gạc dài sau đó đóng bụng. Lưu ý đưa cả đầu gạc dài ra thành bụng chỗ đưa ống dẫn lưu ra. Gạc dài sẽ được rút dần từ ngày thứ 5 sau mổ.

4.1.3. Tổn thương mạch máu cuống gan

- Hiếm khi tổn thương tĩnh mạch cửa khi cắt túi mật. Nhưng phải nhớ có thể có một bất thường giải phẫu khi tĩnh mạch cửa nằm trước cuống gan. Thường các nhánh phụ của tĩnh mạch cửa không vượt quá bờ trái của nó nên hiếm khi xuất hiện ở vùng ống cổ túi mật. Khi cần cắt túi mật ở người xơ gan tăng áp lực tĩnh mạch cửa cần chú ý cầm máu từng ít một cả ở thanh mạc lẫn đám tổ chức dưới thanh mạc. Thường việc phẫu tích trong trường hợp này hay gây chảy máu.
- Chảy máu từ động mạch túi mật: Đây là nguyên nhân thường gặp gây tràn ngập máu vùng mổ đột ngột. Nó có thể xảy ra ngay khi rách thanh mạc vùng cổ túi mật do kéo cắt vào động mạch nằm ngay dưới thanh mạc. Nó cũng có thể xảy ra khi ta phẫu tích vùng tam giác Callot, hoặc có thể do tuột kẹp phẫu tích hay chỉ buộc thắt động mạch.

Trong bất kỳ trường hợp nào, không được vội vã kẹp mù quáng vào vùng chảy máu vì bao giờ đầu gốc của động mạch túi mật cũng co lại và tụt về phía động mạch gan. Vì vậy ta có nguy cơ làm tổn thương động mạch gan. Cách xử lý là vừa hút máu vừa luồn ngón tay trở và giữa vào khe Winslow và ngón cái tay trái ở trước cuống gan tạo thành một gọng kim kẹp cuống gan lại tạm thời, máu sẽ bớt chảy và sau khi hút sạch, ta phẫu tích kỹ vùng cuống gan, thỉnh thoảng có thể nối lực ép để phát hiện rõ điểm chảy máu, phẫu tích làm rõ đầu mạch máu để cầm máu chính xác.

4.1.4. Tổn thương động mạch gan riêng hay nhánh động mạch gan phải

Khi kẹp một cách mù quáng động mạch túi mật, có thể kẹp vào động mạch gan riêng hay động mạch gan phải. Ngoài ra còn có những bất thường giải phẫu cần chú ý có thể gây ra tai biến này:

- Động mạch túi mật rất ngắn nên khi kéo vào cổ túi mật để giải phóng làm động mạch gan riêng bị kéo gấp sang phải và sẽ bị thắt lại khi luồn chỉ qua với mục đích thắt động mạch túi mật. Để tránh tai biến này, chỉ được thắt động mạch túi mật ở chỗ nó tiếp xúc với túi mật.

Động mạch gan bị xơ vữa viêm dày dính vào cổ túi mật có thể bị tổn thương khi phẫu tích hay thắt phải ngay cả khi đã phẫu tích cẩn thận. Có một số trường hợp phải thực hiện kỹ thuật cắt túi mật mở và để lại một phần thành túi mật chỗ dính vào động mạch.

- Có khi động mạch gan phải sinh ra từ động mạch mạc treo tràng trên chạy dọc bên phải cuống gan dễ bị nhầm và thắt phải. Nên nhớ động mạch này thường chạy phía sau bên phải cuống gan.

Đôi khi việc thắt phải động mạch gan riêng hay động mạch gan phải không gây ra hậu quả gì đáng kể. Có những vòng nối ở rốn gan cho phép nối đầu trên của động mạch bị thắt với động mạch gan trái phụ xuất phát từ động mạch vành vị hay từ động mạch gan trái của động mạch gan riêng. Nhưng cũng có một số trường hợp việc thắt phải động mạch gan riêng hay động mạch gan phải làm thiếu máu dẫn tới hoại tử toàn bộ hoặc một phần gan. Đôi khi thiếu máu diễn tiến từ từ và gây teo dần một nửa gan. Thiếu máu cấp toàn bộ gan sẽ gây tử vong trong vòng 48 giờ - trong bệnh cảnh "sốc gan". Vì vậy cần phải tái tạo tuần hoàn cho phần động mạch gan bị thắt hay bị cắt đứt. Việc sửa chữa động mạch gan đòi hỏi phẫu thuật viên thành thạo kỹ thuật khâu mạch máu nhỏ thực hiện.

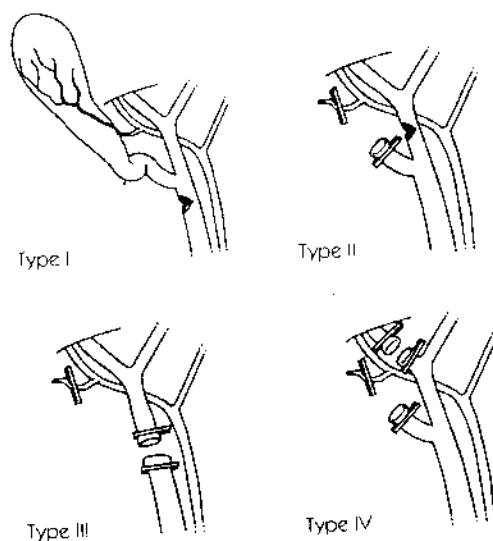
Khi thiếu máu không toàn bộ, liệu pháp thở ô xy dưới áp lực cao là một biện pháp có hiệu quả để gan vượt qua ngưỡng thiếu máu trong khi chờ tuần hoàn tái tạo lại. Cũng cần sử dụng kháng sinh liệu pháp mạnh với phổ rộng để giảm nguy cơ nhiễm trùng ở gan thiếu dưỡng khí.

4.1.5. Tổn thương đường mật

Vết thương rách ống gan chung hay chỗ phân chia ống gan: thương tổn này có thể xảy ra khi kẹp mù quáng trong một vùng máu trong trường hợp chảy máu động mạch túi mật. Hoặc cũng có thể xảy ra khi phẫu tích ống cổ túi mật. Vì vậy đừng cố phẫu tích thật rõ khi khó khăn vì có thể xảy ra thương tổn ống gan. Ngoài ra một số thao tác là nguyên nhân tổn thương đường mật chính:

- Thắt vào một phần đường mật chính khi kéo căng ống cổ túi mật sang phải: khi kéo vào ống cổ túi mật sẽ làm gấp góc ống mật chính.

Khi đó nếu thắt hay kẹp ống cổ túi mật sẽ có thể thắt hay kẹp vào một phần hay cả vào ống gan chung và ống cổ túi mật. Vì vậy chỉ kẹp hay thắt chỉ khi nhận rõ ống cổ túi mật phân biệt với đường mật chính, không được kẹp hay thắt cả một đám tổ chức mà không nhìn thấy rõ các thành phần giải phẫu. Thứ hai là chỉ thắt hay kẹp ống cổ



Hình 3.23. Phân loại tổn thương đường mật

túi mật sau khi đã thả trùng không kéo căng vào cổ túi mật để tránh không làm gập góc đường mật chính.

- Vết thương bên ống gan chung trong khi phẫu tích ống cổ túi mật. Một số phẫu thuật viên cố phẫu tích ống cổ túi mật tới tận chỗ đổ vào đường mật chính vì cho rằng để lại một đoạn ống cổ túi mật sẽ không tốt. Tuy nhiên chưa có thống kê nào chứng minh tác hại của ống cổ túi mật để lại dài. Hơn nữa về giải phẫu đường mật thường thấy ống cổ túi mật chạy song song một đoạn hoặc bắt chéo phía sau ống mật chính để đổ sang bờ trái của nó. Đôi khi hai ống này có một thành chung và do vậy không thể phẫu tích hoặc sẽ làm thủng ống gan chung khi phẫu tích đoạn này.
- Vết thương ống mật chủ do ống thông chụp đường mật: Do ống cổ túi mật nhỏ, có van nên thường khá khó khăn để luồn ống thông chụp đường mật. Nếu như cố chọc mạch ống thông không đúng hướng có thể làm thủng thành ống mật chủ. Nếu như ống thông chỉ nằm trong đám tổ chức cuống gan mà không lộ ra ngoài chỉ có thể phát hiện trên phim chụp đường mật khi thấy thuốc cản quang trào ra quanh vùng cuống gan.
- Nhầm lẫn giữa ống mật chủ và ống cổ túi mật. Nguy cơ chính dẫn tới tổn thương trong mổ của đường mật chính là coi tất cả những ống có vẻ xuất phát từ phình cổ túi mật là ống cổ túi mật. Vì lý do này một số tác giả chủ trương luôn luôn cắt túi mật xuôi dòng. Để tránh nguy cơ này, nên phẫu tích vào tam giác Callot, nhận biết rõ các thành phần, thắt và cắt trước hết động mạch túi mật. Cuối cùng chỉ thắt và cắt ống cổ túi mật sau khi đã nhận rõ đường mật chính. Trong trường hợp do viêm dính vùng cuống gan không cho phép phẫu tích rõ vùng tam giác Callot thì nên cắt túi mật kiểu xuôi dòng. Khi nghi ngờ tổn thương, việc chụp đường mật trong mổ là bắt buộc và chỉ khi chụp thấy đường mật ngoài gan và đường mật trong gan mới chứng tỏ không có tổn thương đường mật chính.

Khi phát hiện tổn thương đường mật trong mổ thì thái độ xử trí như thế nào? Thái độ xử trí chung hiện nay là xử trí ngay thì đầu. Tuy nhiên trong nhiều trường hợp đường mật chính rất nhỏ và mảnh nên nếu khâu lại rất dễ làm chít hẹp đường mật.

Thì đầu tiên khi xử lý tổn thương đường mật là phải phẫu tích cẩn thận cuống gan để nhận biết rõ thương tổn bên hay hai đầu ống mật bị đứt. Điều quan trọng nhất là phải tìm rõ ràng ống gan phía trên. Tốt nhất nên có chụp đường mật để xác định rõ vị trí, kích thước đường mật để quyết định phương án xử lý.

- Trong trường hợp vết thương bên đường mật chính.

Nếu đường mật đủ rộng ta khâu lại vết thương trên Kehr đặt vào lòng ống mật với chỉ tiêu nhỏ (5/0 - 6/0).

- Trong trường hợp tổn thương bên đứt gần hết thành đường mật hay đứt rời đường mật chính ta lựa chọn giữa 4 phương án:
 - + Nối trực tiếp tận tận đầu trên với đầu dưới đường mật chỉ có thể thực hiện khi mất đoạn đường mật không quá 2cm và mép cắt gọn không dập nát. Khi đó ta thực hiện nối tận tận trên KEHR trong lòng ống mật với chỉ tiêu nhỏ (5/0 - 6/0) mũi rời, thất chỉ ở ngoài.
 - + Sử dụng dây chằng tròn làm một miếng "pach" vá vào chỗ thủng đường mật.
 - + Phẫu thuật thường làm nhất là nối ống mật - hồng tràng trên qua Y. Phẫu thuật này cũng là phẫu thuật duy nhất có thể thực hiện khi tổn thương ở cao gần rốn gan.
 - + Nối ống mật tá tràng rất ít khi có chỉ định, chỉ dành cho tổn thương ở phần thấp ống mật chủ, chỉ thực hiện ở bệnh nhân già yếu cần kết thúc nhanh cuộc mổ.

4.1.6. Tổn thương các ống mật phụ

Đôi khi có những nhánh ống mật dẫn mật của một khu vực gan giới hạn đổ trực tiếp vào túi mật. Thường thì đây là những ống mật nhỏ. Khi ta thất và buộc tổ chức giữa túi mật và giường túi mật có thể thất vào nó mà không biết. Nếu cắt không thất có thể thấy một điểm nhỏ rỉ mật ít. Việc xử lý các nhánh mật này tùy theo kích thước của nó và vùng gan mà nó dẫn mật.

Nếu đó chỉ là những nhánh nhỏ ở mức hạ phân thùy chỉ cần thất lại là đủ.

Tuy nhiên có thể đó là ống gan phải hay ống hạ phân thùy do trượt xuống dưới trong bất thường giải phẫu đổ vào túi mật hay ống cổ túi mật, hoặc trường hợp ống cổ túi mật đổ vào ống gan phải. Vì vậy khi mổ phải phẫu tích kỹ và chỉ thất ống cổ túi mật sát với phình cổ túi mật. Trường hợp thương tổn vào ống gan phải thì cần phải xử lý giống như thương tổn của ống gan chung.

4.2. Các biến chứng sau mổ

4.2.1. Vàng da sau mổ

Vàng da xuất hiện ngay sau mổ cắt túi mật thường nhất là do thất phải đường mật chính. Cần phân biệt với một số nguyên nhân khác:

- Vàng da tan máu do tai biến truyền máu xảy ra tức khắc sau truyền máu kèm theo đái ra hemoglobine.
- Vàng da nặng do suy gan cấp vì thiếu máu gan khi thất vào động mạch gan.
- Vàng da do cắt túi mật làm suy gan mất bù trên bệnh nhân xơ gan.
- Vàng da do nhiễm trùng máu vi khuẩn Gram (-) gây ra suy gan-thận thường kèm theo sốt rét run và truy tim mạch.

Vàng da do nhiễm trùng đường mật rất khó phân biệt với các nguyên nhân trên khi không có biểu hiện rõ của cơn đau quặn gan. Các xét nghiệm cho thấy một vàng da tắc mật. Nguyên nhân là do tắc ở đường mật có thể có từ trước mổ hay do mổ mới biểu hiện ra. Nguyên nhân có thể là sỏi trong ống mật chính không phát hiện ra, do viêm chít cơ vòng Oddi, do viêm tuy mãn hoặc do tổn thương đường mật.

Vàng da do thất phải đường mật chính là dạng vàng da tắc mật đơn thuần, xảy ra tăng dần, không sốt, không đau, bắt đầu từ ngày thứ hai sau mổ. Xét nghiệm sinh hoá máu cho thấy đây hoàn toàn là vàng da tắc mật. Khi đã chẩn đoán tắc mật do thất vào đường mật chính là có chỉ định mổ lại. Nên mổ lại vào khoảng 8-12 ngày sau mổ lần đầu. Thực tế là nếu không có biểu hiện nhiễm trùng hay viêm phúc mạc thì không cần mổ lại sớm. Ngược lại tắc mật một thời gian sẽ làm đường mật giãn ra tạo thuận lợi cho mổ vào đường mật. Việc xử lý là nối mật ruột trên quai Y.

4.2.2. Rò mật ra ngoài

Rò mật qua dẫn lưu dưới gan dễ nhận biết vì màu sắc đặc trưng của nước mật. Nếu mật chảy hết ra ngoài thì có thể theo dõi. Tuy nhiên bất cứ nghi ngờ nào có mật đọng trong ổ bụng cần được mổ lại ngay để xử lý.

Nguyên nhân rò mật có rất nhiều:

- Tuột chỉ buộc mỏm ống cổ túi mật ít khi gặp. Thường rò mật xảy ra vài ngày sau mổ, mật chảy ra ít và không kéo dài. Nếu mật chảy nhiều và kéo dài chứng tỏ có nguyên nhân gây tắc ở ống mật chủ mà không được phát hiện ra khi mổ.

Nếu mật chảy ít cho bệnh nhân nằm ngửa, đầu thấp, nhịn ăn uống, kháng sinh, truyền dịch, theo dõi tình trạng bụng, mật có thể sẽ tự hết. Trường hợp mật chảy nhiều, cần siêu âm kiểm tra xem có bít tắc ở ống mật chủ phần thấp hay không. Nếu nghi ngờ chụp mật ngược dòng qua soi đường mật (ERCP) có thể là một phương tiện hữu ích để chẩn đoán và xử trí nguyên nhân gây tắc, làm thông đường mật (lấy sỏi, cắt cơ vòng Oddi). Thường thì sau đó rò mật sẽ bớt dần và tự hết. Nếu không hết có thể phải đặt vấn đề mổ lại để xử lý.

- Tổn thương đường mật chính không nhận biết trong mổ: Thường sẽ dẫn tới rò mật nhiều (1/2 tới 1lit/ngày) ngay sau mổ. Ngay vài giờ sau khi bệnh nhân về giường đã thấy mật chảy ra qua dẫn lưu dưới gan. Trong trường hợp này nên chỉ định mổ lại ngay để xử lý. Không bao giờ nên chờ đợi thêm nhiều ngày vì đường mật phía trên không thể giãn ra mà bệnh nhân có nguy cơ mất nước và điện giải, nguy cơ nhiễm trùng và dính vùng dưới gan làm việc mổ lại sẽ khó khăn.
- Tổn thương ống mật phụ bị bỏ sót: sẽ tạo ra rò mật ít hơn nhưng cũng xảy ra ngay sau mổ. Thường rò mật loại này không cần mổ lại nhưng

cần phải dẫn lưu lâu. Từ sau mổ 3 tuần có thể coi là đã hình thành đường rò và có thể chụp đường rò với thuốc cản quang để xem xét đánh giá ống mật tổn thương. Chỉ sau 6 tháng nếu không hết rò mới có chỉ định mổ lại để thắt ống mật rò khi nó chỉ thuộc về một vùng gan giới hạn nhỏ.

Có những trường hợp mà rò mật không rõ ràng hay khó có thể xác định được nguyên nhân gây rò. Lượng mật rò ra ngày nhiều ngày ít, dẫn tới khả năng có thể có một ổ tụ dịch dưới gan chứa lượng mật rò ra dưới 400ml/ngày. Bệnh nhân có nhu động ruột trở lại, phân không bạc màu. Thường kèm theo các đợt viêm đường mật. Cần chờ tới ngày thứ 15 để có thể chụp đường rò là xét nghiệm duy nhất cho phép xác định xem có tổn thương ống gan phải, vết thương bên đường mật chính, tuột chỉ thắt ống cổ túi mật hay tổn thương một ống gan phụ để xử lý tùy theo trường hợp.

4.2.3. Viêm phúc mạc mật

Viêm phúc mạc mật có cùng nguyên nhân như nguyên nhân gây ra rò mật. Đó là một rò mật không được dẫn lưu tốt, hoặc là không có dẫn lưu, hoặc do dẫn lưu không tốt do kích cỡ dẫn lưu, chỗ đặt dẫn lưu không đúng.

Chẩn đoán sớm viêm phúc mạc mật sau mổ rất khó vì sau mổ bụng, việc có đau toàn bụng, phản ứng thành bụng là bình thường. Điều gợi ý tới viêm phúc mạc là cơn đau bụng có cường độ mạnh, lan xuống dưới rốn và khung chậu. Trong một số trường hợp thể trạng chung suy sụp và có thể truy tìm mạch. Những trường hợp ít cấp tính hơn những biểu hiện sớm có thể là nấc, vàng da kín đáo, sau vài ngày xuất hiện tràn dịch mật trong ổ bụng với dấu hiệu bụng chướng do liệt ruột và có dịch trong ổ bụng. Khi đã xác định viêm phúc mạc mật cần chỉ định mổ lại để lau rửa sạch ổ bụng và xử lý tổn thương gây chảy mật vào bụng.

4.2.4. Chảy máu

Tuỳ theo thời điểm xảy ra ta có thể thấy:

- + Chảy máu sớm sau mổ qua dẫn lưu dưới gan là do tuột chỉ thắt động mạch túi mật. Cần mổ lại ngay để xử lý khi loại trừ chảy máu từ tổn thương mạch nhỏ ở thành bụng do khi đưa dẫn lưu ra.
- + Chảy máu thứ phát vào ngày thứ 4-5, tự nhiên xảy ra hay xảy ra khi di động ống dẫn lưu dưới gan là do bật chỗ máu cục cầm máu giường túi mật.

Dù mức độ chảy máu nhiều hay ít, hiếm khi dẫn lưu hết máu qua ống dẫn lưu ra ngoài. Vì vậy không thể dựa vào lượng máu chảy ra để đánh giá mức độ chảy máu hay là xác định máu đã ngừng chảy.

Thái độ đúng đắn nhất là mổ lại để lấy hết máu cục (là nguyên nhân gây nhiễm trùng và chảy máu tái phát) và tìm xử lý nguyên nhân.

4.2.5. Viêm tụy cấp chảy máu

Thường rất hiếm gặp sau cắt túi mật đơn thuần. Đây thường là biến chứng của phẫu thuật trên đường mật chính đặc biệt là khi mở cơ vòng Oddi.

4.2.6. Biến chứng xa

- Dính vùng dưới gan: Bao giờ sau mổ cũng có dính vùng dưới gan. Trong vài tháng đầu chỗ dính này rất chắc, chảy máu, khó phẫu tích. Dần dần với thời gian chỗ dính trở nên lỏng lẻo hơn. Tuy nhiên đôi khi vẫn còn dính chắc, cứng chặt vào tá tràng làm cản trở nhu động tá tràng. Ngoài ra không loại trừ khả năng dính dây chằng trong ổ bụng sau mổ. Cách để phòng duy nhất nên làm là phẫu tích tỷ mỉ, cầm máu cẩn thận khi mổ. Với dẫn lưu dưới gan trong trường hợp tiến triển bình thường nên rút sớm 48-72 giờ sau mổ.
- Bệnh lý của mòm túi mật: Bệnh lý do mòm túi mật là một nhóm bệnh có hậu quả từ mòm túi mật để lại còn quá dài. Do ứ đọng mật và nhiễm trùng, viên sỏi còn sót trong mòm ống túi mật có thể gây ra triệu chứng giống như viêm túi mật. Không chỉ riêng độ dài của cổ túi mật để lại chịu trách nhiệm về các triệu chứng này.

Sự tồn tại của một miếng thành túi mật cùng với mòm ống túi mật là hậu quả của việc cắt túi mật không hoàn toàn. Đó không bắt buộc phải là sai sót kỹ thuật. Chúng ta phải nhớ rằng khi có những tổn thương không thể phẫu tích mà mổ trong cấp cứu thì thà rằng mổ túi mật cắt túi mật và để lại một mảnh thành túi mật còn hơn là gây ra những tổn thương không thể sửa chữa được ở cuống gan do cố cắt bỏ những phần này.

Thường sỏi trong mòm ống túi mật để lại là do bỏ sót khi cắt túi mật. Nếu có chụp đường mật hệ thống trong mổ sẽ loại trừ hoàn toàn việc sót sỏi này. Nếu phát hiện sỏi ở mòm sau khi cắt túi mật đã chụp trong mổ chứng minh không sót sỏi thì có thể nguyên nhân tái tạo sỏi là do ứ đọng mật, do vật lạ (chỉ thất mòm không tiêu?). Khi dùng chỉ không tiêu thất mòm cổ túi mật cũng sẽ có thể tạo ra tổ chức viêm hạt ở mòm cổ túi mật. Nguyên nhân của ứ đọng nhiễm trùng ở mòm cổ túi mật có thể là do có bít tắc ở đường mật chính. Đó cũng là nguyên nhân gây vỡ mòm ống cổ túi mật trong khi không có viêm ống cổ túi mật cấp là trường hợp bệnh án duy nhất mô tả trong y văn.

Những biến chứng hiếm gặp hơn có thể kể tới là giãn mòm ống cổ túi mật thành nang. Thường thì nó chỉ có kích thước nhỏ. Nếu kích thước lớn phải nghĩ và tìm nguyên nhân gây tắc mật ở dưới.

Có thể thấy rằng mòm ống túi mật còn lại chỉ gây rắc rối khi nó quá dài. Vì vậy khi cắt túi mật điều quan trọng là không được để lại một phần phình cổ túi mật, không được để sót sỏi trong ống cổ túi mật, hay ở trong đường mật chính. Tránh dùng chỉ không tiêu ở đường mật, cuối cùng nếu như việc phẫu tích và cắt phần ống cổ túi mật riêng biệt khỏi đường mật chính là cần thiết thì việc phẫu tích tiếp theo phần ống cổ túi mật đi song song sát ống mật chính là điều nguy hiểm không nên làm.

5. Hậu quả của việc loại bỏ túi mật

- Vai trò của túi mật trong quá trình tiêu hoá là rất phụ, nó chỉ có vai trò cô đặc mật và giữ cho mật lưu thông xuống ruột sớm khi ta ăn. Khi cắt túi mật làm mất hai chức năng này do đó dẫn tới những rối loạn ở một số người bị cắt túi mật: đầy bụng sau bữa ăn, buồn nôn hay ỉa chảy sau khi ăn mỡ, cảm giác nặng tức dưới sườn phải, đôi khi có những cơn đau quặn gan thực sự. Thường thì các dấu hiệu này không do một nguyên nhân cơ học nào dù ở đường mật hay ngoài đường mật. Việc điều trị bao gồm giữ chế độ ăn, lợi mật và chống co thắt sau khi loại trừ chắc chắn không có các nguyên nhân cơ học nào.
- Giãn đường mật chính sau cắt túi mật: Dấu hiệu này được biết tới sau công trình thực nghiệm của Oddi trên chó và sau đó có một số công trình khác khẳng định. Nguyên nhân là do tăng trương lực cơ Oddi sau cắt túi mật. Tuy nhiên ở người, tỷ lệ xuất hiện dấu hiệu này không được thống nhất giữa các tác giả. Có tác giả không bao giờ gặp, có tác giả gặp giãn đường mật ở 1/7, 1/5 thậm chí 1/3 trường hợp. Tuy nhiên khi đường mật giãn trên mức bình thường thì trước hết cần phải tìm các nguyên nhân cơ học để xử lý hơn là cho rằng đó là do cắt túi mật gây ra.

Chương VI

KỸ THUẬT NỐI MẬT - RUỘT

Nối mật ruột là phẫu thuật nối thông đường mật (chính hoặc phụ) với ruột non (tá hoặc hồng tràng) nhằm dẫn lưu trực tiếp dịch mật xuống ruột non không qua cơ thắt Oddie.

Phẫu thuật nối mật ruột có thể có 2 nguy cơ là trào ngược dịch tiêu hoá vào đường mật gây nhiễm trùng hoặc giun chui qua miệng nối lên đường mật và hẹp miệng nối sau mổ. Bởi vậy chỉ định nối mật ruột cần được cân nhắc kỹ.

1. Chỉ định

1.1. Chít tắc đường mật phía dưới

- U đầu tụy, u bóng Walter, ung thư đường mật...
- Viêm chít cơ Oddie.
- Chít hẹp đường mật sau mổ.

1.2. Tổn thương đường mật chính do chấn thương, bệnh lý hay phẫu thuật

1.3. Dị tật đường mật: nang ống mật chủ, teo đường mật...

1.4. Điều trị sỏi trong gan

Đây là một chỉ định tương đối và cần được cân nhắc kỹ vì sỏi trong gan ở Việt Nam đa phần nằm ở các đường mật phân thùy và hạ phân thùy do chít hẹp đường mật ngay dưới đó nên nối mật ruột không có tác dụng và khi có sỏi trong gan nếu nối mật ruột dễ gây nhiễm trùng và chảy máu đường mật (Tôn Thất Tùng). Vì vậy, nối mật ruột trong trường hợp này cần khẳng định đã lấy hết sỏi trong gan. Hiện nay, một số phẫu thuật viên dùng kỹ thuật này nhằm sử dụng đầu tận của quai ruột nối đưa dụng cụ vào lấy hoặc phá sỏi trong gan sót hoặc tái phát.

2. Kỹ thuật

Nối mật - ruột có thể được thực hiện bởi nhiều phương pháp khác nhau. Có thể chia các phương pháp này ra 2 nhóm:

- **Nối ruột với đường mật ngoài gan:** sử dụng đường mật chính (ống mật chủ, ống gan chung) hoặc túi mật.
- **Nối ruột với đường mật trong gan:** sử dụng ống gan trái hoặc các ống hạ phân thùy, nhất là hạ phân thùy III và IV.

Để tránh nguy cơ nhiễm trùng đường mật do trào ngược và hẹp miệng nối sau mổ nên lựa chọn phương pháp nối mật ruột trên quai hồng tràng biệt lập và thuận chiều nhu động và khi khâu nối cần khâu áp được niêm mạc đường mật và ruột với nhau bằng chỉ khâu nhỏ tiêu chậm.

2.1. Nối ống mật chủ hoặc ống gan chung với hồng tràng

Đây là kỹ thuật có nhiều ưu điểm nên được ưu tiên lựa chọn. Có 2 kỹ thuật được sử dụng là:

- **Nối đường mật với quai ruột biệt lập kiểu tận bên hoặc bên bên (kiểu Roux en Y)**
- **Nối đường mật với quai ruột kiểu Omega tận bên hoặc bên bên.**

2.1.1. Nối đường mật với quai ruột biệt lập kiểu chữ Y

a. Tư thế bệnh nhân:

- Bệnh nhân nằm ngửa, lưng được kê một gối nhỏ để đẩy cuống gan ra phía trước.
- Phẫu thuật viên đứng bên trái bệnh nhân, người phụ 1 và phụ 2 đứng ở bên phải bệnh nhân.

b. Đường mổ:

- Nên sử dụng đường trắng giữa trên rốn, có thể rạch rộng xuống dưới vòng qua bên phải rốn.
- Trong trường hợp bệnh nhân béo phì có thể sử dụng đường mổ dưới bờ sườn phải.

c. Bộc lộ phẫu trường và thăm dò:

- Sau khi gỡ dính (nếu có) thăm dò gan, túi mật, đường mật để quyết định phương pháp phẫu thuật.
- Đặt 1 van xuống mặt dưới gan phải để kéo gan lên phía trên.
- Chèn một gạc to vào dưới gan phải ở góc đại tràng phải, 1 gạc to vào dưới gan trái và một gạc to ở phía trên đại tràng ngay sau khi đã kéo đại tràng xuống dưới để bộc lộ vùng cuống gan và ngăn không cho dịch mật chảy vào trong ổ bụng.

d. Chuẩn bị miệng nối phía đường mật chính:

Thường đường mật chính rất dễ phát hiện do bị tắc mật và giãn to.

e. Vị trí mở đường mật: Thường mở đường mật chính ở đoạn giữa, gần chỗ nối giữa ống gan chung với ống mật chủ hoặc ở cao hơn, không nên mở thấp gần tá tràng vì dễ gây tổn thương động mạch tá tràng sau trên và các nhánh của nó gây biến chứng chảy máu.

Dùng mũi kéo mở lá phúc mạc phía trước cuống gan sau đó phẫu tích để bộc lộ mặt trước và 2 bờ phải và trái của cuống gan. Có thể phải cầm máu một vài mạch máu nhỏ ở mặt trước ống mật bằng dao điện hoặc các mũi khâu bằng chỉ nhỏ 4.0

Khâu 2 mũi chỉ vào mặt trước đường mật ở trên và dưới vị trí định mở đường mật để kéo lên trên sau đó dùng mũi dao mổ rạch đường mật ở giữa 2 mũi chỉ. Mở rộng đường rạch bằng kéo mổ đến 2 bờ của đường mật. Nếu nối mật ruột tận bên (cắt đôi ống mật chủ, khâu kín đầu dưới, nối đầu trên với ruột) khi cắt thành sau của đường mật cần chú ý tránh làm tổn thương tĩnh mạch cửa: nên cắt dần từ 2 bờ bên của đường mật đồng thời nâng ống mật ra phía trước. Mép sau của đường mật được phẫu tích khoảng 4-5 mm đủ để khâu nối mà không làm tổn thương các mạch máu nuôi.

Khi cắt đường mật, các mép đường rạch thường chảy máu. Có thể cầm máu bằng đốt điện hoặc các mũi khâu bằng chỉ tiêu chậm 4.0.

Cắt bỏ túi mật để tránh hiện tượng ứ đọng và nhiễm trùng gây viêm túi mật sau mổ. Ống cổ túi mật được giữ để đặt Kerh hoặc Voelker để dẫn lưu giảm áp tạm thời đường mật sau mổ và chụp kiểm tra.

f. Chuẩn bị quai ruột biệt lập kiểu chữ Y:

Chọn quai hồng tràng có mạc treo cũng như mạch nuôi đủ dài để có thể đưa lên nối với đường mật dễ dàng, miệng nối không bị kéo căng, thường là quai cách góc Treitz 30 cm.



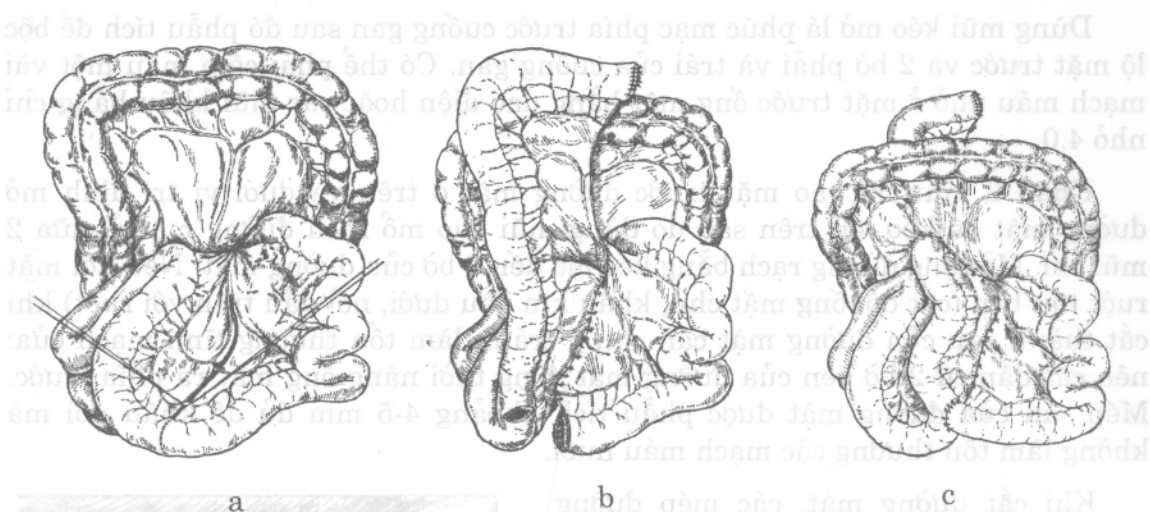
Hình 3.24. Mở đường mật (ống mật chủ).

- Mở 2 lá phúc mạc của mạc treo ruột theo hướng vuông góc với ruột non sau đó cặp và cắt các mạch máu cũng như mạc treo ruột. Có thể phải cắt một hoặc 2 mạch thẳng để đủ cho việc cắt và khâu nối ruột. (Hình 3.25a)
- Khâu các mũi chỉ đánh dấu ở 2 bờ tự do và mạc treo ruột tại điểm định cắt sau đó dùng dao mổ rạch lớp thanh mạc - cơ của ruột cho lộ lớp niêm mạc và dưới niêm mạc. Cầm máu ruột bằng đốt điện hoặc các mũi khâu rời bằng chỉ nhỏ 4.0



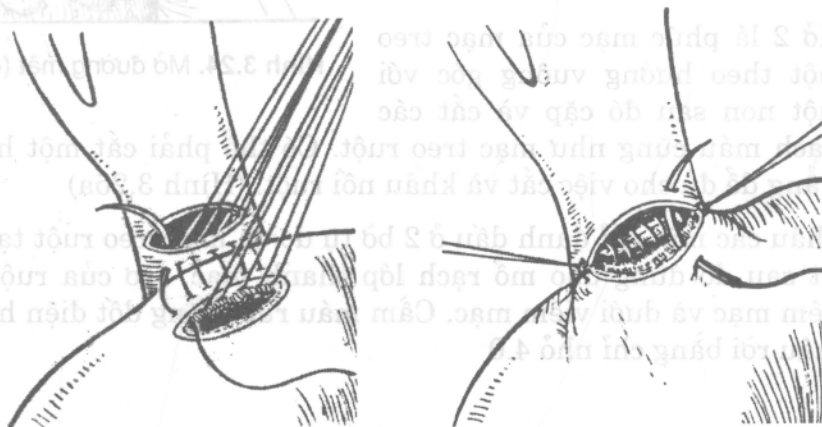
THƯ VIỆN
HUBT

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ



Hình 3.25. Chuẩn bị quai ruột.

- Cắt rời ruột ở vị trí đã cầm máu, giữa các mũi chỉ khâu đánh dấu. (Hình 3.25b).
- Nối quai ruột phía trên với quai ruột phía dưới ở vị trí cách diện cắt 70 cm để tạo ra một quai ruột biệt lập kiểu chữ Y đủ dài, tránh hiện tượng trào ngược dịch tiêu hoá lên đường mật sau mổ. Miệng nối mật - ruột này có thể là tận bên hoặc bên bên thuận chiều với nhu động. Sau khi khâu nối xong tiến hành khâu kín lỗ mạc treo để tránh tắc ruột do các quai ruột chui qua lỗ mạc treo gây nghẹt ruột.
- Mở mạc treo đại tràng ngang để đưa quai ruột lên tầng trên đại tràng ngang, đây là đường ngắn và trực tiếp nhất: nâng đại tràng ngang ra trước, mở mạc treo ở vùng không có mạch máu đủ để cho ruột và mạc treo ruột chui qua dễ dàng và không bị nghẹt. Trong trường hợp mạc treo đại tràng ngang quá ngắn có thể đưa quai ruột lên trên ở phía trước đại tràng.



Hình 3.26. Miệng nối mật - ruột bên bên.

- Mở ruột để khâu nối: vị trí mở càng gần đầu ruột càng tốt để tránh tạo túi cùng gây ứ đọng (thường là 2 cm) ruột được mở ở bờ tự do, chiều dài đường mở ruột tương xứng với chiều dài của đường mở ống mật. Cách mở ruột và cầm máu giống như cách cắt và cầm máu ruột đã mô tả ở phần trên. (Hình 3.26).

m. Khâu nối đường mật với ruột

Quai ruột được đưa lên dưới gan, đầu ruột quay về bên trái, đặt 2 đường mở ruột và mật song song với nhau.

Trước khi khâu nối cần kiểm tra lại xem quai ruột đưa lên có bị xoắn, gấp hay không.

- Có thể khâu nối bằng các mũi rời hoặc khâu vắt bằng chỉ nhỏ 4.0 tiêu chậm như Vicrine, Dexon. Trước tiên khâu nối hai mép sau, sau đó khâu mép trước tuần tự từ bờ phải sang bờ trái của đường mật. Các mũi khâu cách nhau 0.3 cm (7 - 8 mũi khâu cho miệng nối dài 20 mm) và lấy cách mép của đường mở mật và ruột 0.3 cm. Để tránh tai biến hẹp miệng nối sau mổ cần khâu toàn thể và khâu áp được niêm mạc của đường mật và ruột với nhau.
- Nếu khâu mũi rời nên thực hiện tất cả các mũi khâu của từng mặt trước sau đó buộc tuần tự các mũi chỉ từ phải qua trái.
- Nếu khâu vắt cần kéo căng 2 sợi chỉ đánh dấu ở 2 đầu đường khâu tránh làm hẹp miệng nối khi thít chặt.
- Sau khi hoàn thành miệng nối nên khâu cố định quai ruột vào tổ chức xơ ở rốn gan để tránh sự co kéo miệng nối ảnh hưởng đến sự liền tổ chức.

n. Vấn đề dẫn lưu tạm thời đường mật sau mổ

Nên dẫn lưu đường mật sau mổ để giảm áp, tạo điều kiện thuận lợi cho sự liền tổ chức và chụp kiểm tra đường mật và miệng nối sau mổ.

Có thể dẫn lưu bằng Kerh hoặc dẫn lưu kiểu Voelker. Nếu dẫn lưu Kerh nên sử dụng lỗ cổ túi mật để đặt Kerh và cần đặt Kerh trước khi tiến hành nối. Nếu dẫn lưu Voelker nên luồn sonde qua quai ruột đưa lên trên miệng nối và đặt sonde sau khi đã hoàn thành đường khâu nối mép sau của miệng nối.

h. Khâu kín lỗ mở mạc treo đại tràng ngang, lau bụng, đặt 1 dẫn lưu dưới gan, cạnh miệng nối và khâu lại thành bụng.

2.1.2. Nối mật ruột trên quai omega

So với nối mật ruột trên quai chữ Y, kỹ thuật này đơn giản hơn và nhanh hơn. Cùng với việc khâu nối mật ruột cần làm miệng nối Brawn ở chân quai ruột (miệng nối hồng hồng tràng) và khâu kins quai tới ở gần miệng nối để tránh trào ngược. Kỹ thuật nối giống như phần trên đã mô tả.

Nhược điểm của kỹ thuật này là trong một số trường hợp có sự tái lập lại lưu thông tiêu hoá qua quai tới gây hiện tượng trào ngược hoặc quai tới là một túi cũng bị dẫn to và nhiễm trùng do ứ đọng. Bởi vậy chỉ nên sử dụng kỹ thuật này trong những trường hợp điều trị không triệt để nhất là cho những trường hợp tắc mật do ung thư, quai ruột đưa lên được nối đồng thời với dạ dày (nối vị-tràng). (Hình 3.27).



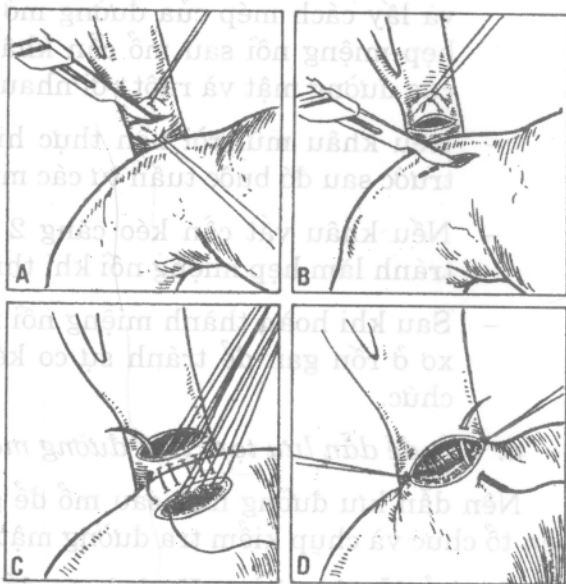
2.2. Nối ống mật chủ với tá tràng. (Hình 3.28).

Ưu điểm của phương pháp này là đơn giản nhanh hơn so với nối ống mật với hồi tràng nhưng có nhược điểm lớn là dịch tiêu hoá thức ăn dễ qua miệng nối lên đường mật gây nhiễm trùng và thậm chí gây tắc mật.

Hình 3.27. Kỹ thuật nối mật ruột trên quai Omega (và miệng nối vị-tràng).

Điều kiện để thực hiện kỹ thuật này là tá tràng mềm mại không có loét để có thể nâng lên nối với ống mật chủ mà không bị kéo căng.

- Chuẩn bị miệng nối phía ống mật chủ giống như đã mô tả ở phần trên tuy nhiên vị trí mở ống mật thấp hơn, gần với bờ trên của D₁ tá tràng để khâu nối được dễ dàng.
- D₁ được rạch dọc theo trục của tá tràng giữa 2 mũi chỉ khâu đánh dấu, chiều dài tương xứng với chiều dài của chỗ mở ống mật chủ, cách mở và cầm máu tá tràng giống như mô tả ở phần trên.
- Khâu nối mật ruột có thể được thực hiện bằng các mũi khâu rời hoặc đường khâu vắt bằng chỉ tiêu chậm 4.0.



Hình 3.28. Miệng nối ống mật chủ – tá tràng bên - bên

Để khắc phục các nhược điểm của phương pháp này, một số tác giả dùng một quai hồi tràng nối giữa đường mật với tá tràng.



2.3. Nối ruột với đường mật trong gan

Kỹ thuật này được chỉ định cho những trường hợp đường mật ngoài gan bị tổn thương không cho phép thực hiện miệng nối hoặc tắc đường mật chính ở vùng ngã 3 đường mật như ung thư đường mật, teo đường mật ngoài gan...

Nguyên tắc của nối ruột với đường mật trong gan là phải tìm được 1 ống gan đủ lớn và ống gan này thông với tất cả các đường mật khác trong gan để có thể dẫn lưu được dịch mật của toàn bộ gan. Để đạt được điều đó cần chụp đường mật trước hoặc trong mổ để đánh giá.

Có nhiều kỹ thuật được áp dụng, dưới đây xin trình bày 3 kỹ thuật được sử dụng phổ biến nhất là:

- *Nối ruột non với ống gan hạ phân thùy III.*
- *Nối ruột non với diện cắt gan sau khi cắt thùy gan trái không điển hình (phẫu thuật Longmize và Dogliotti).*
- *Nối ruột non với rốn gan hoặc ống gan trái (phẫu thuật Hepp và Couinaud).*

2.3.1. Nối ruột non với ống gan hạ phân thùy III.

a. Đường mổ:

Sử dụng đường mổ trắng giữa trên rốn, đường mổ này cho phép can thiệp được vùng cuống gan và gan trái và nếu cần có thể mở rộng sang phải theo đường Rio-Branco.

b. Tư thế mổ:

Bệnh nhân nằm ngửa có kê gối nhỏ ở lưng, phẫu thuật viên đứng ở bên phải người bệnh, 2 trợ thủ đứng ở bên đối diện.

c. Thăm dò và đánh giá tổn thương:

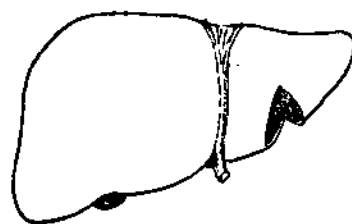
Giải phóng dây chằng liềm và dây chằng tam giác trái, cắt dây chằng tròn cấp và kéo xuống dưới để hạ gan xuống thấp.

Dùng kim chọc thăm dò ống gan hạ phân thùy III và nếu có thể qua kim bơm thuốc cản quang để chụp đường mật nhằm khẳng định chắc chắn ống gan hạ phân thùy III thông với ống gan phải và trái.

d. Cắt 1 phần hạ phân thùy III theo hình chêm để bộc lộ ống hạ phân thùy III:

Dùng dao điện vạch đánh dấu đường cắt sau đó cặp cắt dần nhu mô gan, thắt các mạch máu nhỏ trên diện cắt, bộc lộ ống gan hạ phân thùy III và cắt bỏ ống này cùng với phần gan cắt bỏ.

e. Chuẩn bị quai ruột chữ Y như đã mô tả ở phần trên.



Hình 3.29. Bộc lộ ống hạ phân thùy III.

2.3.3. Nối ống gan trái hoặc ngã ba đường mật với ruột non (phẫu thuật Hepp và Couinaud).

Phẫu thuật này được chỉ định để điều trị những trường hợp hẹp đường mật chính sau mổ. Trong trường hợp ung thư đường mật không nên áp dụng phẫu thuật này vì miệng nối có nguy cơ bị xâm lấn và chèn ép.

Để thực hiện phẫu thuật này có thể bộc lộ ống gan trái bằng cách mổ lá phúc mạc trước rốn gan hoặc mổ nhu mô gan để tìm ngã ba đường mật.

a. Nối ruột với ống gan trái:

Về giải phẫu, ống gan trái có thể nằm một phần hoặc hoàn toàn ngoài gan, phía sau lá phúc mạc của vùng rốn gan. Để tìm ống gan trái phải mổ lá phúc mạc của rốn gan ở chỗ quặt ngược của phúc mạc rốn gan lên che phủ gan sau đó phẫu tích để đẩy nhu mô gan lên trên để bộc lộ mặt trước trên của ống gan trái.

Khâu đánh dấu và mổ ống gan trái sau đó nối ống gan trái với quai ruột chữ Y, miệng nối bên-bên giống như mô tả ở phần trên được thực hiện bằng các mũi khâu rời hoặc vắt với chỉ nhỏ tiêu chậm.

Trong một số trường hợp, để dễ dàng tiếp cận ống gan trái, người ta có thể sử dụng phẫu thuật Hepp: cắt phần trước của phân thùy giữa (kính điển còn gọi là thùy vuông), bộc lộ ống gan trái và nối mật ruột vào đó.

b. Nối ruột non với ngã ba đường mật qua mổ nhu mô gan.

Phương pháp này được sử dụng trong trường hợp không thể bộc lộ được ống gan trái do viêm dính vùng rốn gan.

- Giải phóng mặt trước gan và các dây chằng của gan để hạ gan xuống dưới, tìm rãnh giữa (là rãnh đi từ giường túi mật đến bờ trái tĩnh mạch chủ dưới).
- Dùng dao điện rạch bao Glisson của gan dọc theo rãnh giữa dài 10cm bắt đầu từ bờ dưới của gan. Sau đó mổ nhu mô gan theo đường rạch bao Glisson bằng cách kẹp nhu mô gan (digitoclasie) bằng pince cắt gan cho tới khi tìm thấy cuống Glisson, cầm máu các mạch máu ở diện cắt bằng dao điện hoặc các mũi chỉ khâu. Ở cuống Glisson vùng rốn gan, đường mật nằm ở vị trí nông nhất và trước nhất, phẫu tích để bộc lộ mặt trước trên của đường mật sao cho đủ để khâu nối.



Hình 3.32. Nối hồng tràng với ống gan trái ở rốn gan



f. Khâu nối gan với ruột non

Vì ống gan hạ phân thùy III nhỏ nên việc nối ống gan với ruột rất khó thực hiện bởi vậy nên khâu nối quai ruột với diện cắt gan bằng mũi rời hoặc đường khâu vắt với chỉ tiêu chậm 4.0

Dẫn lưu tạm thời ống gan qua miệng nối: luồn 1 ống dẫn lưu nhỏ vào quai ruột chữ Y qua miệng nối vào ống gan để dẫn lưu tạm thời đường mật và chụp kiểm tra sau mổ, khâu cố định ống dẫn lưu vào thành bụng.

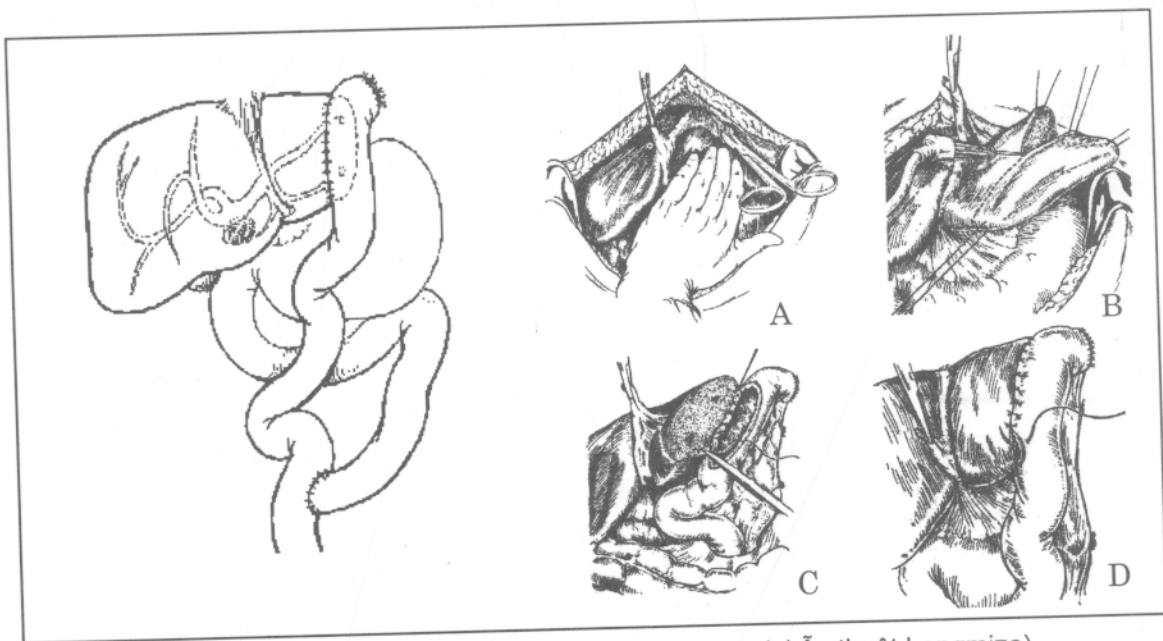
m. Khâu nối ruột-ruột, khâu lỗ mạc treo và đặt dẫn lưu cạnh miệng nối mật ruột.

2.3.2. Phẫu thuật Longmize và Dogliotti.

Kỹ thuật này được mô tả bởi Longmize (1948) và Dogliotti (1951) để điều trị những trường hợp hẹp đường mật sau mổ: cắt bỏ thùy gan trái không hoàn toàn (đường cắt gan song song với bờ trái dây chằng liềm) hoặc cắt bỏ phần trước của thùy gan trái sau đó nối ống mật và diện cắt gan với quai ruột biệt lập kiểu chữ Y hoặc với dạ dày.



Hình 3.30. Miệng nối ruột non - ống hạ phân thùy III.



Hình 3.31. Nối hồng tràng với đường mật trong gan (phẫu thuật Longmize).

Phẫu thuật này có nhược điểm là phải cắt bỏ một phần gan lành nên hiện nay ít được sử dụng.

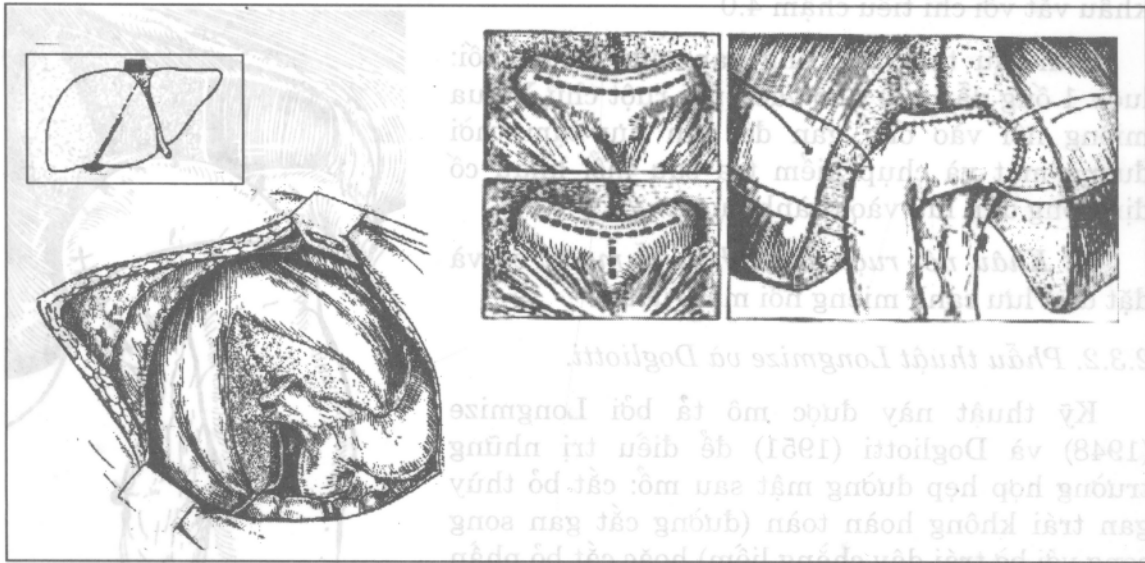


**THƯ VIỆN
HUBT**

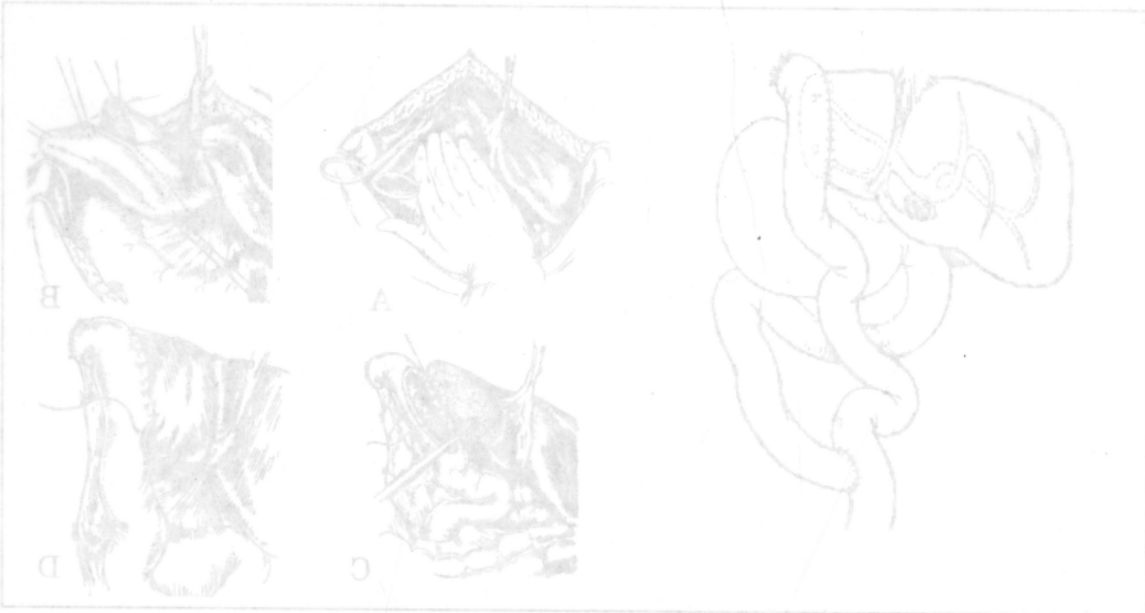
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

Mở đường mật và khâu nối với ruột non trên quai ruột biệt lập chữ Y kiểu bên-bên.

Sau khi khâu nối nên khâu cố định quai ruột với diện gan được mở.



Hình 3.33. Nối ruột non với ngã ba đường mật qua mỡ nhu mô gan.



Hình 3.34. Nối hồng tràng với đường mật trong gan (phần thuật Longmize).
Phần thuật này có nhược điểm là phải cắt bỏ một phần gan lành nên hiện nay ít được sử dụng.

Chương VII

CHĂM SÓC VÀ BIẾN CHỨNG SAU MỔ

1. Chăm sóc sau mổ

Chăm sóc sau mổ mật chủ yếu là theo dõi và chăm sóc ống dẫn lưu Kehr. Ống dẫn lưu Kehr được nối vào một bình hoặc chai đặt ở chân giường người bệnh. Ta cần quan sát hàng ngày lượng dịch mật, tính chất của dịch mật cùng với diễn biến lâm sàng. Bình thường, những ngày đầu sau mổ, dịch mật mỗi ngày chảy ra chai khoảng 200ml dịch vàng xanh, không có cặn.

Nếu ống dẫn lưu Kehr không ra nước mật, có thể cơ thắt quá thông, mật xuống hết tá tràng nhưng cũng có thể ống dẫn lưu Kehr bị sỏi hoặc giun bít tắc. Trong trường hợp Kehr bị tắc, bệnh nhân sẽ đau và sốt lên. Bơm kiểm tra nhẹ nhàng hoặc nếu cần bơm thuốc cản quang kiểm tra để xác định. Khi bơm rửa ống dẫn lưu Kehr cần tiến hành nhẹ nhàng, nếu thấy bơm nặng hoặc bệnh nhân tức phải ngừng lại cho dịch chảy ra rồi mới bơm tiếp.

Nếu nước mật ra nhiều quá, ta đặt cao chai đựng ống dẫn lưu lên vì nước mật chảy ra theo nguyên tắc ống xi phông của bình thông nhau nên chiều cao từ thành bụng đến đáy chai đựng dẫn lưu có vai trò điều chỉnh. Nếu nước mật chảy ra nhiều, nâng cao bình đựng dẫn lưu lên không cải thiện, ta có thể dùng kẹp điều chỉnh giảm bớt lòng ống dẫn lưu. Nếu bệnh nhân không tức thì ta có thể yên tâm, nếu bệnh nhân tức, cần nghĩ tới nguyên nhân cản trở của phần thấp của ống mật chủ như sỏi hoặc co thắt cơ Oddie để phát hiện và xử trí. Trong khi chờ phải chấp nhận việc nước mật thoát ra nhiều và ta cần bù lại lượng kali cho bệnh nhân dựa trên tính toán số kali trong nước mật nhân với thể tích nước mật chảy ra.

Nếu nước mật đục hoặc có cặn sỏi, hàng ngày ta phải bơm rửa bằng huyết thanh mặn có hoặc không trộn kháng sinh và metronidazon theo từng trường hợp. Nếu chỉ có cặn sỏi, ta chỉ cần bơm rửa hàng ngày 2000ml huyết thanh. Nếu dịch mật nhiều cặn mủ, ta bơm rửa và cuối cùng bơm 80mg gentamycin hoặc 500mg metronidazon, cạo Kehr một lát rồi mới mở ra.

Nếu nước mật có máu, ta bơm rửa huyết thanh ấm nhẹ nhàng. Nếu máu chảy ồ ạt qua ống dẫn lưu Kehr, đây là chỉ định mổ lại sau khi bơm rửa, truyền máu thất bại và nếu có điều kiện nên chụp đường mật qua Kehr để đánh giá định khu tổn thương đường mật trong gan.

Ngày thứ 5 ta chụp đường mật kiểm tra, nếu còn sỏi ở trong gan tiếp tục bơm rửa, nếu sỏi ở ống mật chủ cần phối hợp với nội soi để lấy sỏi qua nội soi tá tràng- đường mật hoặc mổ lại.

Nếu nước mật trong, chụp đường mật tốt, cạo Kehr không tức, ta có thể rút ống Kehr. Nếu còn tức, sau khi kiểm tra, ta kẹp dần dần kết hợp với thuốc chống co thắt như buscopan hoặc visceralgin rồi rút Kehr.



2. Biến chứng sau mổ

Chúng tôi không đề cập đến các biến chứng chung của phẫu thuật bụng mà chỉ tập trung đến những tai biến mà chúng tôi ghi nhận qua các phẫu thuật tiến hành mổ mật tại bệnh viện Việt - Đức cũng như các địa phương chuyển về.

2.1. Chảy máu do cắt túi mật

Chảy máu sau cắt túi mật có hai nguyên nhân: thứ nhất là chảy máu ở giường túi mật và thứ hai là chảy máu do tụt động mạch túi mật. Cần lưu ý trong một điểm là mặc dầu có ống dẫn lưu nhưng khi lượng máu chảy ra nhiều thường đông ngay và chính những cục máu đông sẽ làm bít tắc ống dẫn lưu do đó nếu chỉ theo dõi ống dẫn lưu thì sẽ bị bỏ qua. Trong 24 giờ đầu, nếu có biểu hiện lâm sàng của chảy máu trong cần phải truyền máu, chúng tôi cho rằng chỉ định mổ lại để cầm máu là quyết định an toàn nhất.

2.2. Chảy máu đường mật.

Chảy máu đường mật có thể xảy ra sớm ngay sau mổ nhưng cũng có thể muộn hơn. Chảy máu sớm thường liên quan đến những thủ thuật của phẫu thuật viên can thiệp lên niêm mạc đường mật hoặc thất bại của kỹ thuật sử dụng trong điều trị chảy máu đường mật. Nếu bệnh nhân trong khi mổ không bị chảy máu đường mật thì chỉ định điều trị bảo tồn: bơm rửa huyết thanh ấm và kháng sinh đồng thời sớm tiến hành chụp đường mật qua Kehr để đánh giá tổn thương đường mật trong gan. Thông thường với điều trị như trên, ta không cần can thiệp gì hơn. Nếu chảy máu đường mật xảy ra trên bệnh nhân mới mổ vì chảy máu đường mật thì vấn đề trở nên phức tạp. Lý do chảy máu đường mật tái diễn sau mổ là do trong khi mổ dù có can thiệp hay không, có một số trường hợp máu ngừng chảy do một cục máu đông bít kín ống hạ phân thùy hoặc phân thùy cầm máu tạm thời và sau mổ do dịch mật đẩy cục máu rơi xuống gây chảy máu đường mật lại tái diễn. Trong trường hợp này cần can đảm mổ lại sớm nếu như sau khi bơm rửa không cải thiện hoặc máu chảy ra đông ngay trong ống Kehr. Đây là trường hợp rất khó lựa chọn giải pháp nếu không định khu được vị trí tổn thương. Nếu có nội soi, sự việc trở nên dễ dàng hơn trong việc lựa chọn kỹ thuật thắt động mạch gan hay cắt gan. Nếu không có nội soi, ta có thể sơ lược định khu bên nào bằng cách chèn bóng của ống Fowley vào từng ống gan để bơm rửa ống bên kia. Thông thường ta phẫu tích động mạch gan kẹp thử. Nếu máu ngừng chảy ta có thể thắt động mạch gan, nếu không ngừng chảy, bắt buộc phải cắt gan. Nếu phẫu thuật trước khi mổ lại điều trị chảy máu đường mật đã thắt động mạch gan, khi mổ lại vẫn cần kiểm tra xem đã thắt đúng động mạch gan riêng hay chưa hoặc có thay đổi giải phẫu của động mạch gan: động mạch gan phải xuất phát từ động mạch mạc treo tràng trên, đi ở phía sau tĩnh mạch của hoặc động mạch gan trái xuất phát từ động mạch vành vị. Đối với những trường hợp chảy máu đường mật xuất hiện muộn, từ vài ngày đến hơn một tuần sau mổ, chảy máu đường mật do nhiễm trùng hoặc do ống Kehr tỳ loét vào động mạch gan hoặc lưới mạch ở mặt trước ống mật chủ. Cũng vì lý do này mà chúng tôi không bao giờ đặt ống Kehr qua mặt trước ống mật chủ. Mổ

lại cầm máu, thậm chí phải thắt động mạch gan và thay đổi vị trí đặt Kehr. Chống nhiễm trùng bằng cách để hở da là một biện pháp hữu hiệu.

2.3. Bục chỗ khâu ống mật chủ

Bục chỗ khâu ống mật chủ thường do lỗi kỹ thuật hoặc do sót sỏi ở phần thấp ống mật chủ. Sau mổ, ống dẫn lưu ra dịch mật là dấu hiệu chắc chắn. Chỉ định mổ lại là tuyệt đối. Khi mổ lại, cần tìm hiểu nguyên nhân gây bục: do lỗi kỹ thuật hay bỏ sót tổn thương. Nếu do lỗi kỹ thuật, ta đặt lại Kehr và khâu lại ống mật chủ và nhớ rằng cần đặt ống dẫn lưu Kehr ra ngoài đường khâu. Nếu bỏ sót tổn thương, cần xử trí những tổn thương bỏ sót và dẫn lưu. Cần lưu ý khi đã có dịch mật chảy ra sau mổ qua ống dẫn lưu, không nên chần chừ quyết định mổ lại vì mổ càng sớm, tiên lượng càng tốt

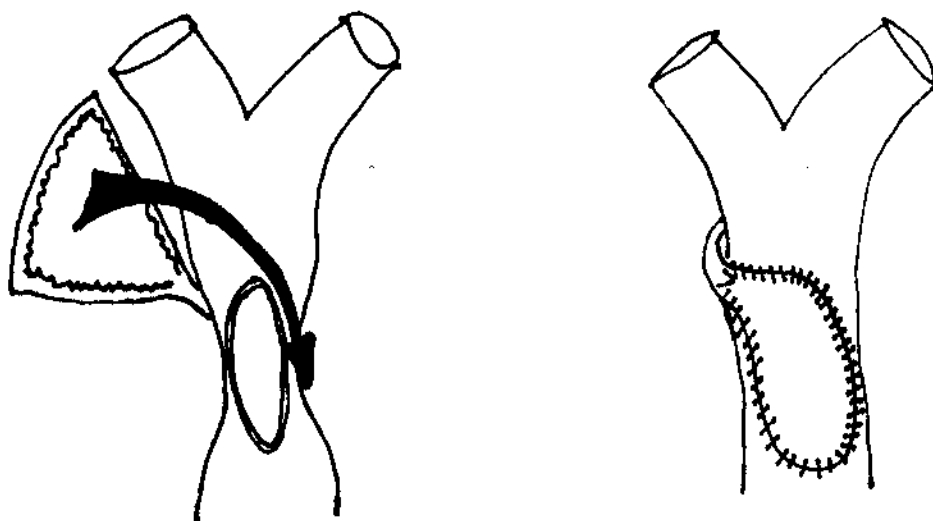
2.4. Rò tá tràng

Rò tá tràng là biến chứng thường chỉ gặp trên những trường hợp mổ mật lại. Như trên đã trình bày, sau khi mổ mật, đường khâu đóng ống mật chủ và đặt ống dẫn lưu Kehr sẽ làm cho hành tá tràng dính cuộn lên cuống gan và mặt dưới gan. Do sự dính này nên khi mổ mật lại, nếu phẫu thuật viên còn thiếu kinh nghiệm dễ phạm phải tá tràng và bỏ sót khi lỗ thủng nhỏ hoặc thủng không hoàn toàn. Nếu tổn thương này được phát hiện trong mổ, việc sửa chữa tương đối dễ bằng cách khâu lại chỗ thủng bằng chỉ vicryl 4/0. Nhưng nếu phát hiện sau mổ, xử trí tổn thương sẽ phức tạp hơn, nhất là khi có viêm phúc mạc. Biểu hiện lâm sàng thường gặp là sốt, đau thượng bụng và có dịch tiêu hoá chảy qua dẫn lưu hoặc vết mổ. Xác định chắc chắn dựa vào dấu hiệu cho uống hoặc bơm xanh methylen qua sonde dạ dày, chỉ sau một vài phút, màu xanh xuất hiện theo dịch ổ bụng chảy ra. Chỉ định mổ là tuyệt đối và càng sớm càng tốt vì rò tá tràng ở những bệnh nhân còn dạ dày không bao giờ tự liền và càng để lâu, ổ bụng càng bẩn và toàn trạng càng suy sụp. Khâu lại tổn thương khi ổ bụng bẩn nguy cơ bục rất cao và khi bị bục, chúng ta phải bắt đầu lại từ đầu. Nếu khâu trên ống dẫn lưu thì rò tá tràng sẽ không tự liền như trong cắt dạ dày vì trong cắt dạ dày, do có miệng nối vị tràng nên rò mồm tá tràng có thể điều trị bảo tồn nhưng trên bệnh nhân chưa cắt dạ dày nên đường rò bao gồm toàn bộ dịch nước bọt, dịch dạ dày, dịch mật... nên bệnh nhân suy kiệt nhanh chóng và đường rò hầu như không bao giờ tự liền. Các kỹ thuật chúng tôi thường áp dụng điều trị là khâu phối hợp với thắt môn vị và nối vị tràng hoặc cắt hang vị nối vị tràng hoặc dùng quai ruột non lên úp vào lỗ rò (pathch). Nếu bệnh nhân suy kiệt cần phối hợp mổ thông hồng tràng để cho ăn sớm.

2.5. Hoại tử mặt trước ống mật chủ

Hoại tử mặt trước ống mật chủ tương đối hiếm gặp nhưng xử lý phức tạp. Thường hoại tử ống mật chủ xảy ra sau mổ do ống Kehr rỳ vào thành trước. Do mặt trước ống mật chủ nằm ở dưới gan nên nhiều trường hợp, mặt dưới của gan áp lên vùng này tạo thành một ổ dịch mật lẫn mủ khu trú ở mặt dưới gan, trước ống mật chủ. Chẩn đoán thường bị bỏ sót nếu không có sự tham gia của

siêu âm. Mổ lại những trường hợp này đòi hỏi phải phẫu thích tử mỹ, hạ tá tràng xuống dưới, bộc lộ đầy đủ ống mật chủ. Sau khi làm sạch đường mật, xén mép một cách tiết kiệm của phần thành ống mật chủ bị hoại tử tùy thuộc vào tổn thương và trình độ phẫu thuật viên để ta lựa chọn kỹ thuật xử lý. Các kỹ thuật có thể áp dụng trước hết là nối ống mật chủ với tá tràng. Phẫu thuật này dễ dàng thực hiện nhưng chúng tôi không dùng vì trào ngược dịch từ tá tràng qua miệng nối là điều đương nhiên nên nhiễm trùng đường mật tái diễn sau mổ là khó tránh khỏi. Để khắc phục nhược điểm này ta có thể thay bằng miệng nối ô mê ga hoặc Roux chữ Y. Thứ ba là cắt khâu ống mật chủ. Phẫu thuật này đòi hỏi phẫu thuật viên phải có nhiều kinh nghiệm, phẫu tích và giải phóng cả mặt trước và mặt sau ống mật chủ, cắt đoạn và khâu nối lại. Nếu bệnh nhân còn túi mật, một số tác giả tiến hành giải phóng túi mật rồi cắt bớt phần đáy túi mật, sau đó bỏ đôi túi mật, vá lên chỗ hoại tử của ống mật chủ (hình 3.34).

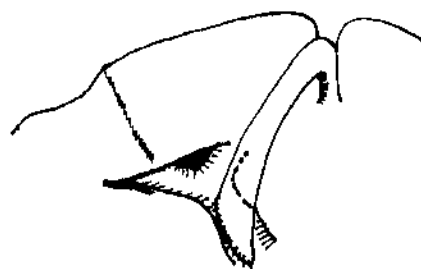


Hình 3.34. Tái tạo thành trước ống mật chủ bằng túi mật.

2.6. Hẹp đường mật sau cắt túi mật

Hẹp đường mật sau mổ cắt túi mật là tai biến không hiếm gặp do phẫu thuật viên không có hiểu biết sâu về liên quan giữa giải phẫu của ống cổ túi mật với ống gan phải và ống gan chung. Tai biến xảy ra trong thì phẫu tích ống cổ túi mật hoặc khi cặp cắt ống túi mật nhất là khi bị chảy máu nhiều do túi mật viêm dính. Tai biến này có thể làm hẹp hoặc cắt đôi và buộc ống gan chung, hẹp ống gan phải. Nếu bỏ sót tổn thương trong mổ, dò mật sau mổ là một dấu hiệu sớm. Nếu chỉ hẹp đường mật, bệnh nhân sẽ biểu hiện vàng da từ từ, tăng dần cùng với dấu hiệu nhiễm trùng. Siêu âm và chụp đường mật qua nội soi là hai biện pháp quyết định chẩn đoán. Nếu phát hiện ngay trong mổ, việc khâu lại ống gan chung hay ống gan phải rất khó thực hiện do thành đường mật mỏng và khẩu kính bé. Nếu phẫu thuật viên không có kinh nghiệm, cố gắng đặt

dẫn lưu đường mật bằng ống Kehr nhỏ nhất hoặc ống nélaton và chuyển đến nơi có kinh nghiệm. Nếu phẫu thuật viên có kinh nghiệm, có thể dùng dây chằng tròn vá vào. Nguồn gốc bào thai, dây chằng tròn là tĩnh mạch rốn cho nên lòng của nó được cấu tạo như nội mô mạch máu. Ta nong lại dây chằng tròn rồi bóc dọc ra, dùng mặt trong dây chằng tròn vá vào chỗ hẹp bằng các mũi chỉ khâu PDS 6/0. Nếu không, ta có thể dùng quai hồng tràng lên " nối " với chỗ bị hẹp do buộc vào. Gọi là nối nhưng thực ra là tạo đường rò cho mật chảy vào hồng tràng vì do thành ống mật rất mỏng không thể khâu nối với ruột được mà ta chỉ khâu thanh cơ ruột vào tổ chức chung quanh ống mật chủ và mặt dưới gan để tạo đường rò mật - ruột (hình)



Hình 3.35. Làm rộng ống mật chủ bằng dây chằng tròn.

2.7. Sỏi sỏi sau mổ

Sỏi sỏi sau mổ không nên coi là biến chứng sau mổ nhưng sỏi sỏi cũng góp phần làm xảy ra biến chứng hoặc gần hoặc xa. Phát hiện sỏi sỏi chắc chắn nhất là dựa vào chụp đường mật kiểm tra. Sau mổ, khi nước mật đục hoặc có cặn sỏi bao giờ chúng tôi cũng tiến hành bơm rửa hàng ngày và chỉ chụp đường mật khi nước mật đã trong. Những trường hợp nước mật trong hoàn toàn, chúng tôi tiến hành chụp đường mật qua Kehr vào ngày thứ 5. Mục đích chụp đường mật qua Kehr để đánh giá tình trạng đường mật làm cơ sở cho việc điều trị trước mắt hoặc lâu dài đồng thời cho phép kết luận rút Kehr được hay chưa. Nếu sỏi sỏi ở ống mật chủ chắc chắn phải can thiệp lại. Sỏi sỏi trong ống mật chủ nếu là những viên nhỏ thường do sỏi ở các ống phân thùy hoặc hạ phân thùy rơi xuống còn những viên sỏi to, thường là sỏi sỏi ở ống mật chủ hoặc ống gan. Đối với sỏi sỏi ống mật chủ, nếu là sỏi nhỏ ta kết hợp giữa bơm rửa với buscopan có thể đẩy sỏi qua cơ thắt xuống tá tràng còn với sỏi to hoặc điều trị bơm rửa không đỡ, trước đây ta thường phải mổ lại nhưng ngày nay, cắt cơ thắt lấy sỏi qua nội soi tá tràng là một kỹ thuật được lựa chọn hàng đầu.

Nếu sỏi sỏi ở nhánh phân thùy và hạ phân thùy mà sau khi bơm rửa không có thay đổi vị trí rơi xuống ống mật chủ, ta có thể cho bệnh nhân mang Kehr về để sau ba tháng đến chụp kiểm tra để quyết định mổ lại hoặc lấy sỏi qua đường hầm Kehr bằng ống nội soi mềm. Tại sao không mổ ngay mà lại chờ ba tháng ?. Nếu mổ ngay có những bất lợi sau: trước hết dính sau mổ. Ta biết rằng trong tháng đầu tiên, hiện tượng dính trong ổ bụng thường kèm theo viêm nhiễm vì vậy nếu mổ lại trong giai đoạn này không có lớp bóc tách, dễ gây tổn thương các tạng lân cận, đặc biệt là đại tràng và tá tràng. Thứ hai, sỏi ở trong các ống phân thùy và hạ phân thùy sỏi lại thường hình thành trên chỗ hẹp. Nếu hẹp ở mức độ vừa phải, sau khi lấy sỏi và giảm áp đường mật ở phía dưới, sỏi sẽ tự rơi xuống

ống mật chủ và khi lấy sỏi sẽ dễ dàng hơn còn nếu như hẹp khít, sỏi không thể xuống được thì đây là một trong những chỉ định của cắt gan trong bệnh lý sỏi đường mật.

3. Tương lai của phẫu thuật sỏi đường mật

Sỏi đường mật ở Việt Nam hiện nay vẫn là do nguyên nhân ký sinh trùng và nhiễm trùng vì vậy một khi nền kinh tế phát triển, điều kiện vệ sinh cho khu vực nông thôn và người nghèo được cải thiện đặc biệt trong xử lý phân, phân bón và cung cấp nước sạch thì nguyên nhân này sẽ giảm dần và biến mất. Tuy nhiên để chờ đợi đến ngày đó chắc là còn một khoảng thời gian dài.

Hiện nay với tiến bộ của khoa học công nghệ, phẫu thuật nội soi, nội soi đường mật ngược dòng, nội soi đường mật trong mổ sẽ là ba kỹ thuật chính dùng trong điều trị bệnh lý sỏi đường mật ở Việt Nam. Việc kết hợp ba kỹ thuật này cùng với phát triển siêu âm trong mổ sẽ là những hướng đi chính trong giai đoạn phát triển vì vậy việc kết hợp nội- ngoại khoa, phẫu thuật viên và chẩn đoán hình ảnh là những mô hình cần phát triển vì hai yếu tố con người và tổ chức sẽ quyết định hiệu quả của các trang thiết bị hiện đại. Việc chuyển dần mổ mở bệnh lý sỏi đường mật cần được thay thế dần bằng phẫu thuật nội soi, bắt đầu từ những trường hợp đơn giản đến các trường hợp phức tạp. Bên cạnh truyền thống cắt gan qua nhu mô của Tôn Thất Tùng cũng đã đến lúc cần đặt vấn đề phẫu thuật tái tạo đường mật trong gan để điều trị những tổn thương chít hẹp đường mật trong gan để góp phần giải quyết điều trị sỏi trong gan.

KẾT LUẬN

Với trên một nghìn trường hợp cắt gan được thực hiện tại bệnh viện Hữu nghị Việt - Đức chúng tôi nhận thấy:

1. Kỹ thuật cắt gan qua nhu mô của TÔN THẤT TÙNG là một phương pháp cắt gan đơn giản như cho phép thực hiện mọi hình thái của cắt gan từ ba phân thùy đến hạ phân thùy với một sự an toàn hoàn hảo.

2. Với sự ứng dụng tiến bộ của khoa học hiện đại vào việc mổ gan như sử dụng cắt gan bằng sóng siêu âm hoặc tia laser, phương pháp cắt gan của TÔN THẤT TÙNG sẽ là nền tảng cho ứng dụng các kỹ thuật hiện đại này vì nó dựa trên nguyên lý là cắt gan bằng cách kiểm soát các cuống mạch trong nhu mô gan mà để đi vào nhu mô gan ta có thể sử dụng các phương tiện đơn giản như dùng ngón tay hoặc các dụng cụ cơ học bóp vỡ nhu mô gan cũng như các phương tiện hiện đại như sóng siêu âm và laser.

3. Phương pháp cắt gan qua nhu mô của TÔN THẤT TÙNG không những dùng để cắt gan mà còn có thể sử dụng vào ghép gan khi cần làm giảm bớt thể tích gan ghép (như gan người lớn ghép cho trẻ em) hoặc có thể chia một gan ghép thành hai để góp phần khắc phục một trở ngại lớn của ghép là thiếu gan.

4. Vận dụng kỹ thuật mổ xẻ mạch máu vào trong kỹ thuật mổ gan qua nhu mô của TÔN THẤT TÙNG sẽ thúc đẩy cho phương pháp này không chỉ dừng ở cắt gan mà nó sẽ tiến thêm một bước cao hơn là phẫu thuật bảo tồn một số tổn thương của mạch máu hoặc đường mật ở trong nhu mô gan.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

TIẾNG VIỆT

1. ĐỖ KIM SƠN và cộng sự. Cắt gan trong bệnh lý đường mật nhiệt đới
Công trình NCKH 1981-1985.
Bệnh viện Việt - Đức, 1986, 180 – 188.
2. TÔN ĐỨC LANG và cộng sự. Gây mê và hồi sức trong cắt gan do ung thư
gan tiến phát có xơ gan – kinh nghiệm dựa trên 348 cas.
Công trình NCKH 1981 – 1985
Bệnh viện Việt - Đức, 1986, 208 – 222.
3. TÔN ĐỨC LANG và cộng sự. Theo dõi đông máu và heparin liệu pháp trong
cắt gan do ung thư. Công trình NCKH 1981 – 1985 Bệnh viện Việt - Đức ,
1986, 233-242
4. TÔN THẤT BÁCH, TÔN ĐỨC LANG và cộng sự. Những tai biến mạch máu
trong cắt gan. Xử trí và ngăn ngừa về phương diện mổ xẻ, gây mê hồi sức và
sự phối hợp của hai kíp
Công trình NCKH 1981 – 1985. Bệnh viện Việt - Đức , 1986, 200 – 207.
5. TÔN THẤT BÁCH. Thái độ xử trí tổn thương tĩnh mạch trên gan do vết
thương. Vết thương bụng và tiết niệu.
Cục Quân Y, 1985, 120 – 124.
6. TÔN THẤT BÁCH. Tình hình cắt gan theo phương pháp Tôn Thất Tùng hiện
nay – Ngoại khoa, 4, 111 – 114.
7. TÔN THẤT BÁCH. Biến chứng màng tim của bệnh lý nhiễm trùng gan mật-
Ngoại khoa, 1, 15-17.
8. TÔN THẤT TÙNG. Cắt gan. NXB khoa học và Kỹ thuật 1971.
9. TRỊNH VĂN MINH. Luận án phó tiến sỹ y khoa, Hà nội 1982
10. VŨ ANH DŨNG. Luận án bác sỹ nội trú, Hà Nội , 19

TIẾNG NƯỚC NGOÀI

11. ARITOMO KONHO, Changes after major resection of experimental cirrhotic
liver – Amer. Jour. Surg. 1977, 334, 248-252.
12. BIAKE CADY. Natural history of primary and secondary tumors of the liver
– Semin. Oncol. 1983, 2, 127 –133.

13. CUNCLO, HUGUET.C. Resection de la veine cave inférieure rétro –hépatique au cours d'une hépatectomie par tumeur – Ann. Chir. 1983, 37, 197-201.
14. ĐỖ ĐỨC VAN. Herbicides as a possible cause of liver cancer Herbicides in War. SPIRI 1984, 119 – 121
15. FOSTER J.H.Survival after liver resection fesection for cancer. Cancer, 1970, 26, 493 – 502.
16. FOUCOU.B. Le segment I ou lobe Singel – Etude anatomique et intérêt chirurgical. Jour. Chir. 1980, 5. 305-312.
17. GIANDDIER.G. chirurgie d'urgence de l' aorte addominale. Nouv. Press. Méd. 1980, 9, 3621.
18. HAENEY J.P. Simplified control of uper abdominal homorrhage. Surg. 1975, 78, 138.
19. HUGUET. C. Exclusion vasculaire totale du foie dans la chirurgie d' exèrèse hépatique large. NouvPress méd 1976, 5,1189-1192
20. HUGUET. C. Tolerance of the human liver to prolonged normothermic ischemia. Arch. Surg. 1978, 113, 1448 – 1451.
21. HUGUET. C. Les tumeurs primitivesau foie chez l' adulte. Masson – 1983.
22. KINAMI.Y. Hepatic resection for hepatocellular carcinoma associated with liver cirrhosis. World J. Surg. 1986, 10, 294-301
23. LORTAT-JACOB. Un cas d'hépatectomie droite réglée Mém. Acad. Chir.1952, 78, 244-259.
24. POUYT M. Reflexions sur le traitement des lésions veineuses sushépatocaves traumatiques. Jour. Chir.1980, 5, 305-312.
25. STARIZ Right trisegmentectomy for hepatic neoplasms S.G.O.1980, 150, 208-213.
26. STONE.H.H. Phisiology consideration in major hepatic resection Amer. J. Sur.1969, 78-84.
27. TON THAT TUNG . Leber resektion in blutleere uns hythermic Zentrabl. Chir.1962, 87, 812.
28. TON THAT TUNG, NGUYEN DUONG QUANG. A new technic for operating on the liver- Lancet, 1963, 1, 192.
29. TON THAT TUNG, La place de la ligature de l' artère hépatique dans la chirurgie hépato-biliaire. Chir. 1971, 97, 366-376.
30. TON THAT TUNG. Les hémobilies tropicales. Chir.1972, 98, 43-49.

31. TON THAT TUNG. Le cancer primaire du foie au Vietnam. Chir. 1973, 99, 427 – 436.
32. TON THAT TUNG. Premiers essais cliniques de traitement du cancer primaire du foie par des agents immunostimulants administrés par voie systémique ou intra-tumorale. Chir. 1975, 101, 542-555.
33. TON THAT TUNG. Les résections majeures et mineures du foie –Masson 1979.
34. TON THAT TUNG, TON THAT BACH. Bilan d' une expérience de la chirurgie d' exérèse hépatique pour cancer par la technique d' hépatectomie réglée par voie transparenchymateuse. Chir. 1983, 190, 27-30.
35. TON THAT TUNG. Le resezioni epatidie per via transparenchimale Minerva Medica, 1985.
36. TRINH VAN MINH. Le varianti anatomidie del sistemaportale intra epatico- Minerva Medica 1985.

NHÀ XUẤT BẢN Y HỌC

PHẪU THUẬT GAN MẬT

Chịu trách nhiệm xuất bản
HOÀNG TRỌNG QUANG

<i>Biên tập:</i>	BS. NGUYỄN THỊ TỐT
<i>Sửa bản in:</i>	BS. NGUYỄN THỊ TỐT
<i>Trình bày bìa:</i>	CHU HÙNG
<i>Kt vi tính:</i>	NGÔ MINH CƯỜNG



**THƯ VIỆN
HUYT**

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ