

31.MỞ ỐNG MẬT CHỦ LẤY SỎI ĐƯỜNG MẬT, NỘI SOI TÁN SỎI ĐƯỜNG MẬT

I. ĐẠI CƯƠNG

- Phẫu thuật điều trị sỏi trong gan phải đạt mục đích lấy được sỏi trong đường mật một cách tối đa, đảm bảo lưu thông dịch mật xuống đường tiêu hóa và tránh ứ đọng dịch mật.
- Có nhiều phương pháp khác nhau được áp dụng để điều trị sỏi trong gan, trong đó việc sử dụng nội soi đường mật và tán sỏi điện thủy lực là một trong những kỹ thuật tiên tiến giúp cho lấy sỏi hiệu quả nhất, hạ thấp tối đa tỷ lệ sót sỏi.

II. CHỈ ĐỊNH

Tất cả các người bệnh có sỏi trong gan có hoặc không kèm theo sỏi ống mật chủ và sỏi túi mật.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Các người bệnh trong tình trạng nặng: sốc nhiễm trùng đường mật, rối loạn đông máu nặng, người bệnh già suy kiệt nặng.
- Các người bệnh có chống chỉ định tuyệt đối của gây mê: suy tim nặng, suy hô hấp nặng.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện:

Phẫu thuật viên chuyên khoa gan mật và bác sĩ gây mê hồi sức có kinh nghiệm (PTV và 2 phụ mổ).

2. Phương tiện:

- Bộ dụng cụ đại phẫu thuật trong mổ mở sỏi mật. Kim chỉ tiêu chậm 3/0,4/0.
- Bộ dụng cụ lấy sỏi kinh điển: kìm Mirizzi với các độ cong khác nhau.
- Dàn máy nội soi đường mật với ống soi mềm đường kính 5mm có thể điều khiển 2 chiều hoặc 4 chiều.
- Máy tán sỏi điện thủy lực + dây tán sỏi.

- Giá treo túi nước muối sinh lý có quần băng của máy đo huyết áp hoặc tốt nhất là có máy bơm nước với động cơ có điều khiển áp lực bơm nước.

3. Người bệnh: đã được chuẩn bị mổ theo kế hoạch.

4. Thời gian phẫu thuật: 180 phút.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Tư thế: Người bệnh nằm ngửa, 2 tay dạng.

2. Vô cảm: gây mê nội khí quản.

Đặt sonde dạ dày và sonde tiểu.

3. Kỹ thuật:

- Bước 1. Mở bụng theo đường trắng giữa trên rốn, có thể kéo dài qua rốn.

- Bước 2. Phẫu tích bộc lộ rõ cuống gan, ống mật chủ.

- Bước 3. Thăm dò đánh giá tình trạng gan, lách, đường mật, túi mật và ổ bụng.

- Bước 4. Mở ống mật chủ: khâu treo và mở một lỗ ở mặt trước ống mật chủ (mở ngang hoặc dọc).

- Bước 5. Soi đường mật để đánh giá sỏi và tình trạng đường mật:

+ Màn hình để đối diện phẫu thuật viên, cách khoảng 1,5 - 2m.

+ PTV đứng ở bên trái người bệnh.

+ Bộ tưới rửa trên cao khoảng 1m so với mặt bàn mổ có quần băng bơm áp lực khoảng 300mmHg, hoặc sử dụng hệ thống máy bơm nước có van điều khiển áp lực.

+ Tay trái của PTV cầm bộ phận điều khiển ống soi, tay phải cầm phần đầu xa của ống soi để đưa vào ống mật chủ. Bắt đầu soi lần lượt ống mật chủ, ống gan chung và các ống gan, ống phân thùy và hạ phân thùy của từng bên. Trong khi soi quan sát trên màn hình để đánh giá tình trạng tổn thương trong đường mật và sỏi.

- Bước 6. Lấy sỏi bằng dụng cụ kinh điển: sử dụng kìm Mirizzi với các độ cong khác nhau lấy sỏi ở ống mật chủ và các đường mật trong gan, kết hợp với bơm rửa đường mật để lấy sỏi một cách tối đa.

- Bước 7. Soi lại đường mật để xác định sỏi sót còn chưa lấy được.
- Bước 8. Tán sỏi điện thủy lực
 - + Trước khi tán sỏi cần nhắc bác sĩ gây mê phối hợp, tránh cho người bệnh nấc, tỉnh khi tán sỏi.
 - + PTV sử dụng ống soi mềm để tiếp cận viên sỏi cần tán.
 - + Dụng cụ viên nhẹ nhàng luôn điện cực tán sỏi qua kênh dụng cụ và quan sát trên quang trường, khi thấy đầu điện cực chui ra khỏi đầu ống soi hết phần có bọc kim loại thì dừng lại.
 - + PTV bắt đầu điều chỉnh lại lần cuối để đầu điện cực chạm vào giữa bề mặt viên sỏi, tuyệt đối không được chạm hoặc sát thành đường mật.
 - + Người chạy ngoài đứng cạnh máy tán để điều khiển cường độ theo sự điều khiển của PTV.
 - + Tất cả êkíp phẫu thuật phải tuyệt đối nghe theo khẩu lệnh của PTV.
 - + Trước khi giẫm lên bàn đạp tán sỏi, PTV cần nhắc người phụ tuyệt đối không động vào dây tán sỏi để tránh nguy cơ làm chệch.
 - + PTV bắt đầu giẫm lên bàn đạp và quan sát hiệu quả vỡ sỏi. Nếu chưa đạt thì phải nhắc tăng cường độ tán. Quan sát nếu thấy viên sỏi đã vỡ thành từng mảnh thì dừng lại, rút bỏ dây tán và tăng áp lực bơm rửa để đẩy sỏi ra. Không nhất thiết phải tán vỡ vụn (nhằm tiết kiệm đầu tán).
 - + Sau khi bơm rửa không còn thấy ra sỏi nữa thì soi lại để tiếp tục 1 quy trình tán như trước.
 - + Đến khi đã lấy sỏi được 1 cách tối đa cần kiểm tra đảm bảo lưu thông qua oddi.
- Bước 9. Đặt kehr và khâu lại ống mật chủ.
- Bước 10. Lau rửa sạch ổ bụng, đặt dẫn lưu dưới gan và đóng bụng hai lớp.

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

1. Tai biến ngay trong mổ:

Chảy máu đường mật trong khi tán sỏi: thường là do đầu điện cực tán sỏi chạm vào thành

đường mật. Khi thấy máu chảy phải xác định ngay vị trí chảy máu ở hạ phân thùy nào. Rút ống soi nhẹ nhàng và bơm rửa đường mật bằng huyết thanh mặn ấm. Nếu không đỡ có thể nhét meche vào đường mật hoặc dùng 1 Foley nhỏ luồn vào đường mật rồi bơm kóp để cầm máu, đợi khoảng 5-10 phút sau đó lấy bỏ meche nhẹ nhàng. Nếu không hết chảy có thể phải thắt động mạch gan riêng. Nếu không kết quả thì: hoặc khâu cầm máu qua nhu mô, hoặc cắt gan.

2. Theo dõi sau mổ:

- Đảm bảo lưu thôngkehr
- Theo dõi giống như hậu phẫu ổ bụng nói chung.