

NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG, CHẨN ĐOÁN HÌNH ẢNH VÀ KẾT QUẢ PHẪU THUẬT ĐIỀU TRỊ SỎI TRONG GAN

Lê Quốc Phong¹, Phạm Như Hiệp², Đặng Công Thành³

¹Khoa Ngoại tổng hợp, Bệnh viện Trung ương Huế, Huế, Việt Nam

²Trung tâm Ung bướu, Bệnh viện Trung ương Huế, Huế, Việt Nam

³BSNT Ngoại khoa, Đại học Y - Dược, Đại học Huế, Huế, Việt Nam

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Sỏi đường mật trong gan là một bệnh lý phổ biến đặc biệt ở khu vực Đông Nam Á. Đây là một bệnh lý phức tạp với nhiều biến chứng, khó khăn trong điều trị, hai vấn đề chính được quan tâm là sỏi sót và sỏi tái phát. Chúng tôi nghiên cứu đặc điểm bệnh lý, chẩn đoán và kết quả sớm sau phẫu thuật sỏi trong gan tại Bệnh viện Trung ương Huế.

Đối tượng, phương pháp: Mô tả, tiến cứu, theo dõi dọc gồm 55 bệnh nhân sỏi đường mật trong gan lành tính, có hoặc không kèm theo sỏi ngoài gan, từ tháng 01/2021 - 06/2022 tại Bệnh viện Trung ương Huế.

Kết quả: Tuổi $54,53 \pm 11,69$ (25 - 81 tuổi); tỷ lệ nữ/nam 2,06; nông thôn 58,2%; 81,8% tiền sử bệnh gan mật, 72,7% đã can thiệp/ phẫu thuật. Tam chứng Charcot chiếm 18,2%, đau bụng hạ sườn phải 94,5%, đau bụng thượng vị 45,5%, sốt 43,6%, vàng da vàng mắt 40%, phản ứng hạ sườn phải 43,6%. Nhiễm trùng đường mật cấp 65,5%. Bạch cầu trên 10.000/ml chiếm 50%, bilirubin tăng 72,9%, tăng men gan 74%. Vị trí sỏi trong gan phối hợp ngoài gan 72,7%, sỏi trong gan đơn thuần 27,3%, đa số sỏi ở bên trái với 72,7%. Mỡ ống mật chủ lấy sỏi 34,6%; cắt gan 40%, chủ yếu là cắt thùy gan trái 36,4%; mỡ nhu mô gan lấy sỏi 16,4%; mỡ miệng nối mật ruột lấy sỏi 10,9%; nối mật ruột 3,6%. Thời gian phẫu thuật trung bình $163,18 \pm 53,5$ phút (80-330 phút). Biến chứng chung sau mổ 36,36%, nhiễm trùng vết mổ 20%. Sốt sỏi ngay sau mổ chiếm tỷ lệ 27,3%. Nhóm cắt gan có thời gian phẫu thuật dài hơn (177,9 phút). Kết quả phẫu thuật sớm: tốt 56,4%, trung bình 34,5%, xấu 9,1%.

Kết luận: Chẩn đoán sỏi gan dựa vào lâm sàng, cận lâm sàng, hình ảnh học đóng vai trò quan trọng. Để phẫu thuật sỏi trong gan hiệu quả, nhất là các trường hợp sỏi nhỏ, lan tỏa hoặc phẫu thuật lại cần phải phối hợp các phương pháp cũng như các phương tiện hỗ trợ trong mổ hợp lý. Kết quả khả quan, biến chứng thấp, giảm tỉ lệ sỏi sót và tái phát sau mổ.

Từ khóa: Sỏi trong gan, sỏi sót, mỡ ống mật chủ lấy sỏi, cắt gan, nối mật ruột.

ABSTRACT

RESEARCH FOR CLINICAL, PARACLINICAL, DIAGNOSTIC IMAGING AND TREATMENT RESULTS OF INTRAHEPATIC DUCT STONES

Le Quoc Phong¹, Pham Nhu Hiep², Dang Cong Thanh³

Background: Intrahepatic duct (IHD) stones are common disease in Southeast Asia. This is a complicated disease with various complications and difficulties in treatment, with two main problems after treatment including residual stones and recurrent stones. We research pathological characteristics, diagnosis and early surgical results of intrahepatic bile duct stones.

Ngày nhận bài: 14/5/2024. Ngày chỉnh sửa: 20/6/2024. Chấp thuận đăng: 02/10/2024

Tác giả liên hệ: Lê quốc Phong. Email: drlequocphong@gmail.com. ĐT: 0914977660

Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, chẩn đoán hình ảnh...

Methods: Descriptive, spective case - control study based on 55 patients who had been diagnosed with benign intrahepatic duct stones, with or without extrahepatic stones, who underwent surgical treatment. Since 01/ 2021 - 06/2022 at Hue Central Hospital.

Results: Mean age is $54,53 \pm 11,69$ (25 - 81 years old); female/male ratio 2,06; rural areas account for the majority of 58,2%; 81,8% of patients had a history of hepatobiliary disease, of which 72,7% underwent intervention/surgery. Charcot's triad was present in only 18,2%. Right lower quadrant (RLQ) abdominal pain accounted for 94,5, followed by epigastric pain with 45,5%, fever 43,6%, jaundice 40%, and 43,6% RLQ resistance. 65,5% patients had acute biliary tract infection. WBC count over 10.000/ml accounts for 50%, bilirubin increased in 72,9%, 74% patients with elevated liver enzymes. The common site is intrahepatic combined with extrahepatic stones in 72,7%, intrahepatic stones alone accounted for only 27,3%. Which left liver is dominant in 72,7%. Regarding surgical methods, common bile duct exploration to remove stones with instruments is popular with 34,6%, liver resection in 40%, mostly left liver resection in 36,4%, opening the liver parenchyma to remove stones in 16,4%, opening the hepatico - enterostomy anastomosis to remove stones in 10,9%, hepatico - enterostomy in 3,6%. The average surgical time was $163,18 \pm 53,5$ minutes (80 - 330 minutes). General complications after surgery in 36,36%, mostly surgical site infection in 20%. Residual stones immediately after surgery accounted for 27,3%. Liver resection group had a longer surgery time (177.9 minutes). Early surgical results: good 56.4%, average 34.5%, bad 9.1%.

Conclusion: Diagnostic of intrahepatic duct stones by clinic, paraclinic, imaging plays an important role in the accurate diagnosis. For effective intrahepatic biliary stone surgery, especially in cases of small or diffuse stones, recurrence, it is necessary to rationally combine stone removal methods, as well as supportive means. About the best result, low complications, reduce to residual stones and recurrent stones.

Keywords: Intrahepatic duct stones, right lower quadrant, common bile duct exploration, hepatico - enterostomy, liver resection.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sỏi đường mật trong gan hay sỏi trong gan (STG) là bệnh lý phổ biến ở các nước phương Đông, đặc biệt là khu vực Đông Nam Á. Tỷ lệ xuất hiện STG trong bệnh cảnh sỏi đường mật khá cao với 44% (18 - 55%) [1]. Bệnh còn được gọi là bệnh viêm gan-mật phương đông, đặc trưng bởi các đợt nhiễm trùng đường mật tái phát [1] với tam chứng: đau hạ sườn phải (HSP) hoặc thượng vị kèm sốt, vàng da có thể có hay không, xuất hiện trong 66% trường hợp [1]. Bệnh cảnh STG ở nước ta thường nặng nề, biến chứng nguy hiểm và nguy cơ dẫn đến ung thư đường mật trong gan (2,4 - 5,2%) [1, 2].

Bệnh cảnh STG phức tạp, rất khó khăn trong công tác quản lý, điều trị với nhiều phương pháp khác nhau, cho tới nay phẫu thuật vẫn là phương pháp được sử dụng nhiều nhất nhưng chỉ dừng lại ngang mức làm sạch sỏi. Hai vấn đề chính sau mổ bao gồm sỏi sót và sỏi tái phát [1]. Tỷ lệ sỏi sót theo các tác giả Âu Mỹ là 5 - 15%, trong khi ở Đông Nam Á tỷ lệ này cao hơn nhiều do sỏi đa số là nguyên phát, nhiều sỏi, tỷ lệ STG cao. Đến nay, sỏi sót đã được giải quyết phần lớn xuống còn dưới 5% với các phương pháp phát hiện sỏi sót trong mổ

như XQ đường mật, siêu âm, soi đường mật. Sỏi tái phát vẫn là vấn đề quan trọng, chưa có phương pháp chống tái phát tích cực [1].

Nhờ sự tiến bộ của các phương tiện chẩn đoán hình ảnh, nhất là các phương tiện không xâm hại giúp xác định chính xác vị trí, đặc điểm của sỏi cũng như các thương tổn đi kèm, giải phẫu bất thường của đường mật,... hỗ trợ rất lớn trong công tác chẩn đoán, lựa chọn điều trị trước, trong và sau phẫu thuật [1]. Bệnh có nhiều biến chứng, tỷ lệ sỏi sót, tái phát cao, thiếu quy trình hiệu quả để quản lý, vì vậy nên việc chẩn đoán cũng như lựa chọn phương thức điều trị được đặt lên hàng đầu. Nhận ra được tính cấp thiết của đề tài, chúng tôi tiến hành đề tài này nhằm hai mục tiêu: Nhận xét đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, chẩn đoán hình ảnh bệnh lý sỏi trong gan và đánh giá kết quả phẫu thuật sỏi sỏi trong gan.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Gồm 55 bệnh nhân chẩn đoán xác định sỏi đường mật trong gan lành tính, có hoặc không kèm theo sỏi ngoài gan được phẫu thuật tại Bệnh viện Trung ương Huế từ tháng 01/2021 - 06/2022.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả, tiến cứu, theo dõi dọc.

2.3. Phương pháp tiến hành

Dựa vào phương pháp phẫu thuật, bệnh nhân được phân loại thành ba nhóm chính, nhóm mở ống mật chủ lấy sỏi, nhóm cắt gan, nhóm nối mật ruột. Ngoài ra còn có các phương pháp khác như mở miệng nối mật ruột lấy sỏi; mở nhu mô gan lấy sỏi, nội soi tán sỏi điện thủy lực trong mổ chúng tôi cho vào nhóm các phương pháp phối hợp.

Chẩn đoán dựa vào các tiêu chuẩn sau:

- Lâm sàng: Có triệu chứng sỏi trong gan.
- Xét nghiệm máu: Công thức máu, tỷ prothrombin, Bilirubin, SGOT, SGPT, Amylase, Lipase.
- Hình ảnh học: Siêu âm, kết hợp chụp CT/ MRI để xác định sỏi trong gan.

2.4. Phương pháp phẫu thuật

Đánh giá tình trạng đường mật (giãn/chít hẹp) và chọn đường vào OMC. Mở OMC lấy sỏi, nong cơ vòng Oddi nếu đường mật ngoài gan có sỏi. Cắt túi mật nếu túi mật có sỏi, viêm hoặc hoại tử. Trường hợp OMC không giãn, sỏi có thể nằm ở ống gan, gây giãn đường mật trong gan thì có thể mở ngay ống gan chung.

Mở OMC lấy sỏi, dẫn lưu đường mật bằng sonde Kehr, có thể phối hợp nội soi đường mật để tăng hiệu quả, giảm số lần lấy sỏi sau mổ.

Dùng kim Mirizzi với các độ cong khác nhau để gấp sỏi hoặc bóp nát sỏi. bơm rửa đường mật bằng NaCl 0,9%, có thể tiến hành nội soi lại đường mật để đánh giá sỏi sỏi, vị trí sỏi sỏi, tiếp tục lấy sỏi kinh điển, mở nhu mô gan, hay tán sỏi điện thủy lực, cắt gan. Dẫn lưu Kehr giúp đánh giá sỏi sỏi bằng chụp phim Kehr sau mổ, có thể sử dụng đường hầm ống Kehr để tán sỏi sau này.

Tán sỏi điện thủy lực: được chọn khi sỏi lan tỏa, nằm sâu không lấy được bằng phương pháp kinh điển, khi xác định còn sỏi sỏi sau khi lấy sỏi một cách tối đa. Tán sỏi bằng thủy điện lực qua ống soi đường mật trực tiếp, chỉ định tốt cho các sỏi nằm ở ống gan trái hoặc ống gan phải, các nhánh phân thủy gan.

Mở nhu mô gan lấy sỏi: Khi sỏi mật lan tỏa, sỏi sỏi nằm sát mặt gan, lấy qua đường dưới hay tán sỏi, cắt gan không thực hiện được mà nhu mô gan còn tốt. Khi mở nhu mô gan phải tránh các vị trí mạch máu, khi lấy sỏi xong phải bơm rửa thông thương giữa đường mật trong gan và ngoài gan.

Cắt gan được chỉ định rất chặt chẽ khi: Sỏi trong gan gây hư hại một vùng gan khu trú, viêm xơ teo hoặc nhiều ổ áp xe, Sỏi quá nhiều thành hốc trong một vùng gan khu trú, kèm hẹp các ống gan tương ứng. Ung thư đường mật đi kèm trong vùng gan chứa sỏi.

Nối mật ruột: Đối với các trường hợp chít hẹp đường mật ngoài gan, sỏi trong gan tái phát hoặc có nhiều sỏi khắp cây đường mật.

2.5. Đánh giá sỏi sỏi sau mổ

Chụp đường mật qua Kehr/siêu âm bụng vào ngày 10 - 14 sau mổ để kiểm tra.

Bệnh nhân được chụp CT/MRI nếu nghi ngờ sỏi sỏi trên phim Kehr/siêu âm.

Tiêu chuẩn chẩn đoán sỏi sỏi: biểu hiện hình khuyết trong đường mật. Siêu âm có sỏi khi có hình đậm âm kèm theo bóng cản âm hình nón.

2.6. Đánh giá kết quả sỏi

Tốt: Lâm sàng: hết đau, hết sỏi, vàng da giảm hoặc hết. Siêu âm hay chụp đường mật sau mổ hết sỏi. Không có biến chứng sau mổ.

Trung bình: Lâm sàng: hết đau, hết sỏi, vàng da giảm hoặc hết. Sỏi sỏi trên phim Kehr/siêu âm. Không có biến chứng sau mổ hoặc có hay có nhưng ít ảnh hưởng đến sức khỏe (tràn dịch màng phổi, nhiễm trùng vết mổ ...)

Xấu: Sỏi sỏi OMC, ống gan chung. Có biến chứng sau mổ nặng ảnh hưởng đến sức khỏe.

Rất xấu: bệnh nhân tử vong hay xin về [13].

2.7. Xử lý số liệu

Số liệu được xử bằng phần mềm SPSS Statistics 22.0.

III. KẾT QUẢ

3.1. Tuổi, giới, địa dư, tiền sử bệnh gan mật và đặc điểm lâm sàng

Tuổi $54,53 \pm 11,69$ (25 - 81 tuổi); nhóm tuổi phổ biến từ 41 - 60 chiếm 65,5%. Tỷ lệ nữ/nam = 2,06; bệnh nhân ở nông thôn chiếm đa số 58,2% với nghề nông chiếm 32,7%. 45 BN có tiền sử bệnh gan mật chiếm 81,8%, trong đó 40 BN có tiền sử can thiệp/phẫu thuật: ERCP lấy sỏi 21,8%, cắt túi mật nội soi 18,2%, mở OMC lấy sỏi - Kehr 23,6%, nối mật ruột 12,7%, mở bụng khác 14,6%. Tam chứng Charcot đầy đủ có mặt chỉ ở 18,2%; đau bụng HSP chiếm 94,5%; đau bụng thượng vị với 45,5%; sỏi 43,6%; vàng da vàng mắt 40%; môi khô lưỡi bẩn 23,6%; 43,6% bệnh nhân có phản ứng HSP (Bảng 1).

Kết quả 65,5% bệnh nhân nhiễm trùng đường mật cấp với độ 1: 7,3%; độ 2: 53,7%; độ 3: 5,5%. Biến

Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, chẩn đoán hình ảnh...

chứng nặng nề: 5,5% viêm tụy cấp được điều trị nội khoa, 5,5% nhiễm trùng huyết Gram âm: 3,6% chuyển sang sốc nhiễm trùng; 3,6% thâm mật phúc mạc, 3,6% áp xe gan, 1,8% biến chứng vỡ gây viêm phúc mạc.

Bảng 1: Triệu chứng lâm sàng

Triệu chứng	Số bệnh nhân	Tỷ lệ
Tam chứng Charcot	10	18,2%
Đau đơn thuần	19	34,5%
Đau + Sốt	14	25,5%
Đau + Vàng da	11	20,0%
Vàng da đơn thuần	1	1,8%

3.2. Đặc điểm cận lâm sàng và vị trí sỏi

50% trường hợp có tình trạng tăng bạch cầu, ưu thế Neutrophil, thiếu máu chiếm 53,7% mức độ từ nhẹ tới trung bình. Giảm tỷ prothrombin < 70% với 11,1%; 53,1% tăng Billirubin toàn phần và 72,9% tăng Billirubin trực tiếp; 74% trường hợp tăng men gan. 25% trường hợp có tăng men tụy.

Vị trí sỏi phổ biến nhất ghi nhận trong phẫu thuật vẫn là STG phối hợp với sỏi ngoài gan với gần 3/4 trường hợp, chiếm 72,7%. Trong đó thì vị trí bên trái chiếm ưu thế với 40 trường hợp (72,7%). Cụ thể sỏi gan trái, sỏi gan phải rồi đến sỏi lan tỏa 2 bên với 29,15 và 11 trường hợp (Bảng 2).

Bảng 2: Vị trí sỏi tương ứng trên CDHA và trong mổ

Vị trí sỏi		Siêu âm		CT/ MRI		Trong mổ	
		n	%	n	%	n	%
Sỏi OMC đơn thuần		6	12,24%	3	6%	0	0%
Sỏi OGC đơn thuần		1	2,04%	1	2%	0	0%
Sỏi túi mật đơn thuần		1	2,04%	0	0%	0	0%
STG phối hợp sỏi ngoài gan	Sỏi gan P	9	18,37%	8	16%	10	18,18%
	Sỏi gan T	6	12,24%	14	28%	22	40%
	Sỏi 2 bên	4	8,16%	9	18%	8	14,55%
STG đơn thuần	Sỏi gan P	5	10,20%	1	2%	5	9,09%
	Sỏi gan T	12	24,49%	6	12%	7	12,73%
	Sỏi 2 bên	3	6,12%	6	12%	3	5,45%
Không thấy sỏi		2	4,08%	2	4%	0	0
		49		50		55	

3.3. Phương pháp phẫu thuật

Thời gian phẫu thuật trung bình $163,18 \pm 53,5$ phút (80 - 330 phút). Nhóm mở OMC lấy sỏi kinh điển với 19 trường hợp, thời gian phẫu thuật trung bình 144,2 phút; Nhóm cắt gan 22 trường hợp: 21 trường hợp cắt thùy gan trái, trung bình 177,9 phút; Nhóm nối mật ruột + mở OMC lấy sỏi: 2 trường hợp, trung bình 210 phút; Mở miệng nối mật - ruột lấy sỏi 6 trường hợp, 5 trường hợp mở miệng nối mật - ruột đơn thuần, thời gian trung bình 128 phút. Phối hợp mở nhu mô gan lấy sỏi 9 trường hợp 16,4%. Nội soi tán sỏi điện thủy lực 6 trường hợp 10,9% (Bảng 3).

Bảng 3: Phương pháp phẫu thuật

Phương pháp Phẫu thuật	Phối hợp		n	%
Mở OMC lấy sỏi	Mở nhu mô gan		6	10,9
	Đơn thuần	Có nội soi	5	9,1
		Không nội soi	14	25,1
Cắt gan	Mở OMC lấy sỏi	Có nội soi	1	1,8
		Không nội soi	16	29,1
	Mở OMC lấy sỏi + Mở nhu mô		2	3,6
	Mở miệng nối mật ruột		1	1,8
	Đơn thuần		2	3,6
Nối mật ruột	Mở OMC lấy sỏi		2	3,6
	Đơn thuần		0	0
Mở miệng nối mật ruột	Mở nhu mô		1	1,8
	Đơn thuần		5	9,1
Tổng			55	100

3.4. Tai biến, biến chứng, sốt sỏi, đánh giá kết quả phẫu thuật

Tai biến trong mổ với 9 trường hợp chảy máu do bóc tách gỡ dính, 1 trường hợp rách đại tràng ngang do mổ lại nhiều lần, không có tai biến nặng.

Sau mổ có 21,8% xuất hiện rối loạn điện giải, đa phần là hạ Kali máu (8/12), hạ Natri máu (4/12), mức độ nhẹ chiếm 10/12 trường hợp.

Biến chứng chung sau mổ 36,36%; 11 trường hợp nhiễm trùng vết mổ 20%, đa số là nhóm Klebsiella, Enterococcus và E.coli (9/11 trường hợp). 5 trường hợp liệt ruột, 1 trường hợp tắc ruột phải phẫu thuật lại, 1 trường hợp dò mật điều trị nội khoa bảo tồn đáp ứng. Sốt sỏi ngay sau mổ chiếm tỷ lệ 27,3% với sốt STG đơn thuần 10 trường hợp, sốt sỏi trong kèm ngoài gan 4 trường hợp, chỉ có 1 trường hợp sốt sỏi ngoài gan đơn thuần.

Thời gian hậu phẫu trung bình $15,36 \pm 4,84$ ngày. Đánh giá kết quả phẫu thuật sớm: tốt 56,4%, trung bình 34,5%, xấu 9,1%. BN tử vong và xin về 0%.

IV. BÀN LUẬN

Tuổi và giới: STG gặp phổ biến ở nhóm trung niên và lớn tuổi, độ tuổi phân bố rộng từ 20-80 tuổi, khá hiếm trường hợp gặp ở trẻ em [1]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, STG gặp chủ yếu ở lứa tuổi từ

41-60 tuổi chiếm tỷ lệ 65,5% tuổi trung bình $54,53 \pm 11,69$ (25 - 81 tuổi), nữ giới nhiều gấp đôi nam giới, tỷ lệ nữ/nam: 2,06. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với [3 - 8].

Bệnh cảnh thường gặp nhất (66%) là viêm đường mật cấp biểu hiện bởi đau vùng gan ở HSP hoặc thượng vị kèm sốt và có thể có hay không có vàng da tùy mức độ tắc nghẽn đường mật. Nhiễm trùng đường mật độ 1: 20%, độ 2: 25%, độ 3 và 4 chiếm 55% [1]. Nghiên cứu này 65,5% bệnh nhân (BN) viêm đường mật cấp chiếm với phân độ 1: 7,3%, độ 2: 53,7%, độ 3: 5,5%.

Nghiên cứu này, đau bụng HSP chiếm 94,5%, đau bụng thượng vị với 45,5%, sốt 43,6%, vàng da vàng mắt 40%, môi khô lưỡi bẩn 23,6%, 43,6% có phản ứng HSP. Vũ Việt Đức 98,33% BN đau bụng vùng HSP, 60%. BN sốt, 20% vàng da, vàng mắt [3]. Theo Lê Mạnh Hà sốt, về mặt nhiễm trùng 66,67%, kết mạc mắt, da vàng 53,67% đặc biệt 100% đều xuất hiện cơn đau quặn gan khi vào viện [9]. Nghiên cứu của Mai Đình Tần, BN đau chiếm 94,8%, sốt và vàng da 67,2% [8].

Tam chứng Charcot có mặt chỉ ở 18,2%, đau bụng đơn thuần 34,5% so với 30,5%, không triệu chứng rất ít 1,8% với 3,5% [1]. Theo Võ Văn Hùng,

đau đơn thuần 10,6%, đau kèm sốt 38,3%, trong khi tam chứng Charcot hiện diện ở 48,9% trường hợp [7]. Nghiên cứu của Nghiêm Quốc Cường số BN đau chiếm 100%, 50,5% số bệnh nhân có đầy đủ tam chứng Charcot [8].

Vị trí sỏi: Hình thái tạo sỏi mật kiểu nông thôn (sỏi túi mật thấp, sỏi OMC và STG cao) - nghiên cứu hồi cứu ở Đông Á cho thấy khoảng 70% tổng sỏi gan có kèm theo sỏi ngoài gan, vị trí sỏi và các chỗ chít hẹp OMC chủ yếu là ở ống gan trái (70-90%) [2]. Sỏi phổ biến là STG phối hợp với sỏi ngoài gan, nghiên cứu này 72,7%, Đỗ Tuấn Anh 58,3%, Vũ Việt Đức 71,67%, Lê Văn Thành 60% [3, 5, 10]. Kết quả của chúng tôi cao hơn so với Đỗ Sơn Hải 15,3%, Lê Quan Anh Tuấn 31% [4, 11].

Nghiên cứu này, sỏi STG trái, STG phải và cuối cùng STG 2 bên 52,73%; 27,27%, 20%. Khác biệt với các nghiên cứu của các tác giả khác: phân bố từ STG 2 bên, trái rồi đến phải do khác biệt của tiêu chí lựa chọn. Ở nước ta, sỏi chủ yếu được hình thành do nhiễm trùng đường mật ngược dòng. Vì vậy sỏi có thể hình thành ở bất kỳ vị trí nào của đường mật, đặc biệt hay gặp ở các nhánh đường mật gấp góc so với trục đường mật hoặc các vị trí đường mật bị xơ hẹp [3, 8, 10].

Khác biệt chẩn đoán hình ảnh (CĐHA) với phẫu thuật: Sự chênh lệch giữa các phương pháp chẩn đoán hình ảnh so với kết quả thực tế trong mổ là có thể chấp nhận được, với phân bố sỏi khá tương đồng với kết quả phẫu thuật. Khó khăn ghi nhận ở các phương pháp CĐHA chung bao gồm các trường hợp sỏi nhỏ, nhiều sỏi, đường mật không giãn, ở siêu âm có thể kể đến các trường hợp bụng chướng hơi, sỏi OMC đoạn sau tá tràng, còn đối với CT/MRI là các trường hợp OMC giãn lớn, đã nổi mật ruột, dễ nhầm lẫn với trường hợp đã cắt túi mật, tình trạng viêm dính ở găm gan sau mổ nhiều lần, ngoài ra sỏi tỷ trọng thấp cũng khó phát hiện trên CT/MRI. Cũng có thể kể đến quá trình di chuyển của STG xuống OGC, OMC làm sai lệch kết quả.

Thời gian phẫu thuật: Thời gian phẫu thuật kéo dài tương ứng các phẫu thuật phức tạp như nổi mật ruột, cắt gan, và các trường hợp viêm dính do phẫu thuật nhiều lần. NC của chúng tôi với thời gian phẫu thuật trung bình $163,18 \pm 53,5$ phút (80-330 phút), nổi mật ruột (210 phút), cắt gan (177,9 phút), mở OMC lấy sỏi (144,2 phút), mở miệng nổi mật ruột lấy sỏi (128 phút).

Theo nghiên cứu của Hong, Nol thời gian phẫu thuật trung bình 366.6 ± 123.7 phút, nhóm cắt gan, nổi mật ruột và mở OMC lấy sỏi lần lượt là 405.4 ± 120.5 , 302.5 ± 66.7 và 270.0 ± 65.5 phút [12].

Sốt sỏi và tương quan sốt sỏi: Sốt sỏi ngay sau mổ được ghi nhận ở 27,3%. Tỷ lệ sốt sỏi theo các tác giả Âu Mỹ là 5 - 15%, Hong, Nol et al. 18%, trong khi ở Đông Nam Á tỷ lệ này cao hơn nhiều do sỏi đa số là nguyên phát, nhiều sỏi, tỷ lệ STG cao [12, 13]. Nghiên cứu của Phạm Văn Cường với tỷ lệ 21,9% [8].

Vị trí sỏi chủ yếu là bên phải với 73,3%. Theo Đỗ Tuấn Anh thì sỏi sỏi ở nhóm STG 2 bên chiếm 54,2%, vị trí sỏi chủ yếu bên gan phải là 66,7% [10].

Nhóm có mở OMC lấy sỏi có tỷ lệ sốt sỏi từ 11,7% (5/44 ca sỏi sỏi, mở OMC lấy sỏi, phối hợp các phương pháp khác), ở nhóm mở miệng nổi mật ruột lấy sỏi 42,9% (3/7). Theo Hong, Nol tỷ lệ sốt sỏi 44,0% [12], Phạm Văn Cường 13,13% [8], Nguyễn Đình Hối tỷ lệ này từ 18-27% [1]. Tỷ lệ sốt sỏi nếu chỉ với dụng cụ kim Mirizzi còn rất cao, nguyên nhân vì không có các phương tiện hỗ trợ trong mổ, vì vậy sau khi lấy sỏi bằng kỹ thuật kinh điển không hết sỏi, chuyển sang sử dụng các phương tiện hỗ trợ nhằm lấy sỏi một cách tối đa [8].

Nhóm cắt gan có 18,2% (4/22) sỏi sỏi, trong khi thì tỷ lệ này ở các nghiên cứu cắt gan đơn thuần theo Kyung Sook Hong là 9,1% [12], Phạm Văn Cường 18,03% [8], Đỗ Tuấn Anh 16,5% [10], phối hợp nội soi đường mật trong cắt gan của Đoàn Văn Trần với 18,9% [14]. Đa số tác giả đều thống nhất cắt gan là phương pháp điều trị có tỷ lệ sạch sỏi sau mổ cao nhất [10, 14].

Nhóm nổi mật ruột của chúng tôi chỉ có 2 trường hợp, không đánh giá tình trạng sỏi sỏi sau mổ. Theo nghiên cứu của Kyung Sook Hong, sỏi sỏi sau nổi mật ruột chiếm 25% [12]. Nhóm mở nhu mô lấy sỏi có 1/9 sỏi sỏi STG, tỷ lệ sỏi sỏi 11,1%, Phạm Văn Cường cho kết quả sỏi từ 20 - 30%, Nguyễn Tiến Quyết cho kết quả 18% [8].

Tuy nhiên trong nghiên cứu chúng tôi, phối hợp nội soi điện thủy lực tán sỏi 6 trường hợp ghi nhận 50% (3/6) có tình trạng sỏi sỏi, tỷ lệ khá cao, phần nào do các trường hợp này sỏi lan tỏa 2 gan. Sốt sỏi từ 18,75% - 33,33% theo nghiên cứu [8]. Cho tỷ lệ sỏi sỏi từ 32,6%-39,7% theo Phạm Văn Đờm, Thái Nguyên Hưng [8].

Tỷ lệ sạch sỏi cao hơn ở nhóm mổ lần đầu, sỏi đơn thuần một bên, cắt gan hoặc phối hợp nhiều phương pháp, đặc biệt là nội soi tán sỏi trong mổ. Tỷ lệ sạch sỏi chung theo Lim là 79-91,3%, theo Suzuki là 70,2-81,4% [15, 16].

Thực tế tại bệnh trong mổ là 9 trường hợp chảy máu do bóc tách gỡ dính, 1 trường hợp rách đại tràng ngang do tình trạng viêm dính do phẫu thuật nhiều lần. Thủng tá tràng 2/91 trường hợp theo [10], Đỗ Trọng Hải có 3 BN thủng tá tràng, Thái Nguyên Hưng có 5 BN tổn thương tá tràng khi gỡ dính [8].

Chảy máu đường mật sau mổ STG theo Trần Đình Thơ là 5,98% [8], theo Đỗ Tuấn Anh là 1,1% [10]. Chúng tôi không ghi nhận tình trạng này trong hậu phẫu.

Biến chứng chung sau mổ 36,36%, Hầu hết là các biến chứng nhẹ với 11 trường hợp nhiễm trùng vết mổ/ dịch dẫn lưu chiếm 20%, đa số là nhóm Klebsiella, Enterococcus và E.coli (9/11 trường hợp). 5 trường hợp liệt ruột, 2 trường hợp chảy máu trong ổ bụng. Chỉ có 1 trường hợp BN sốc nhiễm trùng, 1 trường hợp rò mật điều trị nội khoa bảo tồn đáp ứng, 1 trường hợp tắc ruột phải phẫu thuật lại.

Theo Phạm Văn Cường, biến chứng sau mổ thấp, áp xe tồn dư 4/137 (BN), nhiễm khuẩn vết mổ 3/137(BN), tràn dịch màng phổi là 5/137(BN). Không thấy có rò mật hoặc viêm phúc mạc [8]. Theo Đỗ Tuấn Anh, áp xe tồn dư 3/91 trường hợp (3,3%) [10].

Thời gian hậu phẫu trung bình $15,36 \pm 4,84$ ngày. Đánh giá kết quả phẫu thuật sớm: tốt chiếm 56,4%, trung bình 34,5%, xấu 9,1%. Kết quả tốt của chúng tôi xấu hơn so với Đỗ Tuấn Anh, Phạm Văn Cường [8, 10], phần nào giải thích vì tỷ lệ nhiễm trùng vết mổ kèm sỏi sỏi. Tử vong sau mổ của chúng tôi là 0%, Đỗ Tuấn Anh là 1,1% [10], Phạm Văn Cường là 0% [8].

V. KẾT LUẬN

Chẩn đoán sỏi gan dựa vào lâm sàng, cận lâm sàng, hình ảnh học đóng vai trò quan trọng. Để phẫu thuật sỏi trong gan hiệu quả, nhất là các trường hợp sỏi nhỏ, lan tỏa hoặc phẫu thuật lại cần phải phối hợp các phương pháp cũng như các phương tiện hỗ trợ trong mổ hợp lý. Kết quả khả quan, biến chứng thấp, giảm tỷ lệ sỏi sỏi và tái phát sau mổ.

Xung đột lợi ích

Các tác giả khẳng định không có xung đột lợi ích đối với các nghiên cứu, tác giả, và xuất bản bài báo

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Đình Hồi và Nguyễn Mậu Anh, Sỏi đường mật trong gan. Sỏi đường mật. 2012, Nhà xuất bản Y học.
2. Nguyễn Đình Hồi và Nguyễn Mậu Anh, Dịch tễ học bệnh sỏi đường mật. Sỏi đường mật. 2012, Nhà xuất bản Y học.
3. Vũ Việt Đức, Lê Văn Thành và Trần Đức Quý. Đánh giá kết quả điều trị sỏi đường mật trong gan bằng phẫu thuật nội soi và sử dụng ống soi mềm tán thủy lực qua ống nối mật da tại bệnh viện Trung ương Quân đội 108. Tạp chí Y học Việt Nam 2021;498 (1/2021):165-169.
4. Lê Quan Anh Tuấn, Điều trị sỏi đường mật trong gan qua đường hầm ống Kehr bằng ống soi mềm, in Luận án Tiến sĩ Y học. 2021: Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh.
5. Lê Văn Thành và Lê Văn Lợi. Kết quả bước đầu phẫu thuật nội soi lấy sỏi đường mật trong và ngoài gan có sử dụng nội soi mềm và ống nối mật - da tại Bệnh viện 108. Tạp chí Y Dược lâm sàng 2019;53:92-98.
6. Lê Nguyên Khôi, Đánh giá kết quả điều trị sỏi trong gan bằng phẫu thuật nối mật-da với đoạn ruột biệt lập và nối mật-ruột-da, in Luận án Tiến sĩ Y học. 2015: Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh.
7. Võ Văn Hùng, Đánh giá hiệu quả điều trị sỏi đường mật trong và ngoài gan bằng phẫu thuật tạo đường hầm ống mật chủ - túi mật - da, in Luận án Tiến sĩ Y học. 2015: Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh.
8. Phan Văn Cường. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả sớm điều trị phẫu thuật sỏi trong gan tại bệnh viện Việt Đức. Y học thực hành 2008;813:50-54.
9. Lê Mạnh Hà. Hiệu quả tán sỏi điện thủy lực trong điều trị sỏi mật mổ lại. Tạp chí Y Dược học - Trường Đại học Y Dược Huế 2011;11:67-73.
10. Đỗ Tuấn Anh, Đánh giá kết quả ứng dụng kỹ thuật cắt gan theo phương pháp Tôn Thất Tùng trong điều trị bệnh sỏi trong gan, in Tóm tắt luận án Tiến sĩ Y học. 2008: Học viện Quân Y.
11. Đỗ Sơn Hải, Nguyễn Quang Nam và Lại Bá Thành. Kết quả nội soi tán sỏi qua đường hầm dẫn lưu Kehr bằng điện thủy lực điều trị sỏi trong gan tại Bệnh viện Quân y 103. Tạp chí Y Dược lâm sàng 108. 2019;53:99-103.
12. Hong KS, Noh KT, Min SK, Lee HK. Selection of surgical treatment types for intrahepatic duct stones. Korean Journal of Hepato-Biliary-Pancreatic Surgery. 2011;15(3):139-145.
13. Nguyễn Đình Hồi và Nguyễn Mậu Anh, Sỏi sỏi và sỏi sỏi sau mổ lấy sỏi đường mật. Sỏi đường mật. 2012, Nhà xuất bản Y học.
14. Đoàn Văn Trân, Nguyễn Thanh Sáng. Vai trò của nội soi đường mật trong cắt gan điều trị sỏi. Tạp chí Y Dược lâm sàng 2019;53:84-91.