

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ PHẪU THUẬT CẮT GAN ĐIỀU TRỊ SỎI MẬT TÁI PHÁT

Nguyễn Thanh Xuân^{1,2}, Nguyễn Minh Thảo³, Phạm Minh Đức^{1,2}

¹Khoa Ngoại Nhi và Cấp cứu bụng, Bệnh viện Trung ương Huế

²Bộ môn Ngoại, trường Đại học Y - Dược, Đại học Huế,

³Bộ môn Giải phẫu - Phẫu thuật thực hành, trường Đại học Y - Dược, Đại học Huế

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Phẫu thuật cắt gan có thể giúp lấy sạch sỏi, loại bỏ đường mật bị chít hẹp và nhu mô gan bị xơ teo ở các trường hợp sỏi mật tái phát. Do đó, chúng tôi thực hiện nghiên cứu với mục tiêu đánh giá kết quả phẫu thuật cắt gan điều trị sỏi mật tái phát.

Đối tượng, phương pháp: Gồm có 34 bệnh nhân sỏi mật tái phát được điều trị bằng phẫu thuật cắt gan từ tháng 01/2019 đến tháng 6/2022.

Kết quả: Tỷ lệ nam/nữ là 2,4/1, độ tuổi trung bình là $53,9 \pm 8,8$. Chỉ định cắt gan do sỏi gồm có 64,7% gan xơ teo, 29,4% áp xe gan - đường mật và 5,9% theo dõi u đường mật. Phẫu thuật cắt thùy gan trái chiếm 88,2%, cắt gan trái là 8,8% và cắt phân thùy sau 2,9%. Thời gian phẫu thuật trung bình là $179,8 \pm 36,6$ phút (155 - 210), và lượng máu mất là $225,7 \pm 98,6$ ml (170 - 350). Kết quả sạch sỏi ban đầu là 88,2% và kết quả sạch sỏi sau cùng là 94,1%. Biến chứng sau phẫu thuật có 14,7% nhiễm trùng vết mổ và 5,9% áp xe ổ bụng.

Kết luận: Phẫu thuật cắt bỏ thùy gan đã bị thương tổn do sỏi mật tái phát là phương pháp điều trị an toàn và hiệu quả. Việc lựa chọn phù hợp các trường hợp phẫu thuật cắt gan sẽ có kết quả điều trị tốt hơn.

Từ khóa: Sỏi mật, sỏi mật tái phát, phẫu thuật cắt gan.

ABSTRACT

OUTCOMES OF LIVER RESECTION FOR RECURRENT BILE DUCT STONES

Nguyen Thanh Xuan^{1,2}, Nguyen Minh Thao³, Pham Minh Duc^{1,2}

Background: In treating recurrent bile duct stones, liver resection can clear away stones and remove biliary strictures and atrophic liver parenchyma. Therefore, we conducted a study to evaluate the results of hepatectomy for recurrent bile duct stones.

Method: A descriptive study included 34 patients with recurrent bile duct stones who underwent hepatectomy from January 2019 to June 2022.

Results: The male/female ratio was 2.4/1 with an average age of $53,9 \pm 8,8$ years. Indications for hepatectomy included 64.7% atrophy or severe fibrosis of the liver segment, 29.4% presence of a liver abscess, and 5.9% suspected cholangiocarcinoma. Left lateral sectionectomy, left hepatectomy and right posterior sectionectomy were 88.2%, 8.8%, and 2.9%, respectively. The mean operative time was $179,8 \pm 36,6$ min (155 - 210), and the mean intraoperative blood loss was $225,7 \pm 98,6$ ml (170 - 350). The initial surgical stone clearance rate was 88.2%, and the final stone clearance rate was 94.1%. The postoperative complications included 14.7% wound infection and 5.9% intraabdominal abscess.

Conclusion: Hepatectomy for treating recurrent bile duct stones is a safe and effective procedure. The proper selection of which patients should undergo liver resection will lead to better outcomes.

Keywords: Bile duct stones, recurrent bile duct stones, liver resection.

Ngày nhận bài: 23/5/2024. Ngày chỉnh sửa: 26/7/2024. Chấp thuận đăng: 10/8/2024

Tác giả liên hệ: Phạm Minh Đức. Email: pmduc@huemed-univ.edu.vn. ĐT: +84905511322

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sỏi mật là một trong những bệnh lý phổ biến ở các nước khu vực Châu Á - Thái Bình Dương, và ngày càng trở nên phổ biến ở các nước phương Tây [1]. Phần lớn các trường hợp sỏi mật là chưa có biến chứng, thường gặp ở những người lớn tuổi với nhiều nguyên nhân gây bệnh khác nhau. Nghiên cứu của một số tác giả Châu Á đối với bệnh nhân sỏi mật đã được điều trị lấy hết sỏi hoàn toàn, cho thấy tỷ lệ sỏi tái phát trung bình từ 20 - 30% sau 2 - 5 năm [1]. Hiện nay, sỏi mật vẫn là một trong những bệnh lý tiêu hóa thường gặp, trong đó sỏi mật tái phát có nguy cơ cao gây ra biến chứng và thường gặp khó khăn trong quá trình điều trị. Sỏi mật tái phát có thể dẫn đến các biến chứng, như: áp xe gan khu trú, xơ teo phần gan có sỏi, áp xe đường mật, xơ hẹp đường mật, chảy máu đường mật và có nguy cơ ung thư hóa [2]. Chính vì vậy, phẫu thuật cắt phần nhu mô gan bị thương tổn kết hợp lấy sỏi là phương pháp lý tưởng mà nhiều phẫu thuật viên lựa chọn để điều trị ở những trường hợp này [3]. Tuy nhiên, sỏi mật tái phát sẽ trở nên phức tạp hơn do tình trạng xơ dính rộng quanh gan từ các lần phẫu thuật trước. Kết hợp với tình trạng nhiễm trùng đường mật, áp xe gan và các biến chứng khác đã làm cho phẫu thuật cắt gan trở nên khó khăn [4].

Tại bệnh viện Trường Đại học Y - Dược Huế và bệnh viện Trung Ương Huế trong những năm gần đây đã sử dụng nhiều phương pháp điều trị sỏi mật như: phẫu thuật nội soi, nội soi mật tụy ngược dòng, tán sỏi nội soi, mở nhu mô gan lấy sỏi và cắt gan. Với sự hỗ trợ của các phương tiện chẩn đoán hình ảnh, như chụp cắt lớp vi tính và cộng hưởng từ đường mật, đã giúp đánh giá chính xác các đặc điểm của sỏi mật. Từ đó, các phẫu thuật viên đã đưa ra phương pháp điều trị phù hợp, đặc biệt đối với trường hợp sỏi mật tái phát. Phẫu thuật cắt gan là một trong những phương pháp được lựa chọn để điều trị sỏi mật tái phát có biến chứng. Để đánh giá sự hiệu quả phương pháp này, chúng tôi đã tiến hành thực hiện nghiên cứu đề tài này nhằm mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân sỏi mật tái phát được điều trị bằng phẫu thuật cắt gan; và đánh giá kết quả phẫu thuật cắt gan điều trị sỏi mật tái phát.

II. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Nghiên cứu gồm có 34 bệnh nhân sỏi mật tái phát được điều trị bằng phẫu thuật cắt gan tại Bệnh viện Trường Đại học Y - Dược Huế và Bệnh viện Trung Ương Huế từ tháng 01/2019 đến tháng 6/2022.

Tiêu chuẩn chọn bệnh là những bệnh nhân được chẩn đoán sỏi mật tái phát dựa vào lâm sàng và phương tiện chẩn đoán hình ảnh như siêu âm, chụp cắt lớp vi tính hoặc cộng hưởng từ; Chẩn đoán sỏi mật tái phát khi tiền sử có phẫu thuật sỏi mật và có kết quả chụp phim đường mật, siêu âm sau mổ xác nhận không còn sỏi; Chỉ định phẫu thuật cắt gan ở trường hợp sỏi mật tái phát gây áp xe đường mật, xơ teo thùy gan, sỏi nhiều khu trú ở thùy gan, nghi ngờ u đường mật kèm theo; Chỉ số child - Pugh A hoặc B; Chỉ số ASA (American Society of Anesthesiology): I, II, III. Tiêu chuẩn loại trừ là các trường hợp có biến chứng nhiễm trùng nặng hoặc sốc nhiễm trùng.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang với phương pháp chọn mẫu thuận tiện.

Phẫu thuật cắt gan phụ thuộc vào vị trí sỏi mật và thùy gan thương tổn. Ngoài ra, mức độ cắt gan được xác định dựa trên mức độ của sỏi mật trong gan, sự hiện diện của xơ teo thùy gan, áp xe gan, vị trí nghi ngờ u đường mật và chức năng gan. Các trường hợp phẫu thuật đều được mở ổ bụng chủ để kiểm tra, giúp loại bỏ sỏi mật tiềm ẩn và lấy sỏi ở vị trí không cắt gan. Dẫn lưu Kehr được đặt trong các trường hợp mở ổ bụng chủ thăm dò. Túi mật được cắt bỏ nếu có sỏi, viêm hoặc mất chức năng.

Sau phẫu thuật, tất cả các bệnh nhân đều được theo dõi sau phẫu thuật bao gồm xét nghiệm công thức máu và chức năng gan. Đánh giá kết quả phẫu thuật gồm có thời gian phẫu thuật, thời gian trung tiện, thời gian ăn lại, thời gian nằm viện và biến chứng. Dẫn lưu ổ bụng được rút khi không có chảy máu hay rò mật. Bệnh nhân được đặt dẫn lưu Kehr sẽ được chụp đường mật để đảm bảo không còn sỏi trước khi rút. Nếu còn sót sỏi, dẫn lưu Kehr sẽ được lưu lại. Bệnh nhân được tái khám sau 1 tháng và 3 tháng.

2.3. Xử lý số liệu

Sử dụng phần mềm SPSS 20.0 để phân tích thống kê số liệu. Các biến định danh, thứ hạng được thể hiện bằng tỷ lệ %, các biến định lượng được trình bày dưới dạng trị số trung bình, với độ lệch chuẩn,

Đánh giá kết quả phẫu thuật cắt gan điều trị sỏi mật tái phát

giá trị tối đa, tối thiểu và khoảng tin cậy 95%. Đề tài đã được thông qua Hội đồng y đức của trường Đại học Y - Dược Huế.

III. KẾT QUẢ

Nghiên cứu gồm có 34 bệnh nhân chẩn đoán sỏi mật tái phát được điều trị phẫu thuật cắt gan. Trong đó, có 24 bệnh nhân nam và 10 bệnh nhân nữ, độ tuổi trung bình là $53,9 \pm 8,8$ (40 - 74). BMI trung bình là $22,3 \pm 3,5$ kg/m² (18,6 - 27,1). Chỉ số ASA có tỷ lệ là 52,9% ASA1, 41,2% ASA2 và 5,9% ASA3. Tiền sử phẫu thuật sỏi mật có 79,4% đã được phẫu thuật một lần, 17,7% phẫu thuật hai lần và 2,9% phẫu thuật ba lần. Các dấu hiệu lâm sàng và cận lâm sàng được mô tả ở bảng 1.

Chỉ định cắt gan do sỏi có 64,7% trường hợp gan xơ teo, 29,4% áp xe gan-đường mật và 5,9% theo dõi u đường mật. Phẫu thuật cắt thùy gan trái chiếm 88,2%, cắt gan trái là 8,8% và cắt phân thùy sau 2,9%. Tất cả các trường hợp đều kết hợp mở ống mật chủ lấy sỏi và có 2,9% mở nhu mô gan lấy sỏi. Thời gian phẫu thuật trung bình là $179,8 \pm 36,6$ phút (155 - 210), và lượng máu mất trong phẫu thuật $225,7 \pm 98,6$ ml (170 - 350). Kết quả sạch sỏi ban đầu là 88,2% và kết quả sạch sỏi sau cùng là 94,1%. Thời gian nằm viện sau phẫu thuật là $13,4 \pm 3,2$ ngày (8 - 18). Biến chứng sau mổ có 14,7% nhiễm trùng vết mổ và 5,9% áp xe ổ bụng.

Bảng 1: Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng

Đặc điểm		n	%
Khám lâm sàng			
Dấu hiệu lâm sàng	Đau hạ sườn phải	31	91,2
	Sốt	7	20,6
	Vàng da, vàng mắt	9	26,5
Xét nghiệm máu			
Bạch cầu	> 10 K/ μ L	17	50,0
Hồng cầu	< 4 M/ μ L	6	17,6
Hemoglobin	< 13 g/dL(nam) < 12 g/dL(nữ)	9	26,5
Prothrombin	< 70%	0	0,0
SGOT	> 41 U/L(nam) > 33 U/L(nữ)	20	58,8
SGPT	> 41 U/L(nam) > 33 U/L(nữ)	21	61,8
Billirubin TP	> 19 μ mol/L	15	44,1
Billirubin TT	> 3,4 μ mol/L	22	64,7
Vị trí sỏi mật trên hình ảnh CLVT và CHT			
Sỏi mật trong gan đơn thuần	Đường mật gan phải	0	0,0
	Đường mật gan trái	15	44,1
	Cả 2 bên	3	8,8
Sỏi mật trong gan và ngoài gan	Đường mật gan phải	1	2,9
	Đường mật gan trái	14	41,2
	Cả 2 bên	1	2,9

Đánh giá kết quả phẫu thuật cắt gan điều trị sỏi mật tái phát

Bảng 2: Đặc điểm trong quá trình phẫu thuật

Đặc điểm		n	%
Chỉ định cắt gan			
Sỏi mật + gan xơ teo		22	64,7
Sỏi mật + áp xe gan, đường mật		10	29,4
Sỏi mật + theo dõi u đường mật		2	5,9
Phẫu thuật cắt gan			
Cắt thùy gan trái		30	88,2
Cắt gan trái		3	8,8
Cắt phân thùy sau		1	2,9
Các phương pháp phối hợp			
Mở ống mật chủ lấy sỏi		34	100,0
Cắt túi mật		6	17,6
Mở nhu mô gan lấy sỏi		1	2,9
Vị trí không lấy sỏi trong phẫu thuật			
Gan phải	HPT V	1	2,9
	HPT VIII	2	5,9
Gan trái	HPT IV	1	2,9

Bảng 3: Kết quả phẫu thuật

Đặc điểm		n	%
Thời gian phẫu thuật (phút)		179,8 ± 36,6 (155 - 210)	
Lượng máu mất trong phẫu thuật (ml)		225,7 ± 98,6 (170 - 350)	
Thời gian nằm viện sau phẫu thuật (ngày)		13,4 ± 3,2 (8 - 18)	
Kết quả sạch sỏi sau phẫu thuật			
Sạch sỏi ban đầu		30	88,2
Còn sỏi trong gan	Gan trái	1	2,9
	Gan phải	3	8,8
Lưu dẫn lưu Kehr		4	11,8
Điều trị các trường hợp còn sỏi (n=4)			
Tán sỏi qua đường hầm Kehr		1	2,9
ERCP lấy sỏi		1	2,9
Điều trị nội khoa		2	5,9
Sạch sỏi sau cùng		32	94,1

Đánh giá kết quả phẫu thuật cắt gan điều trị sỏi mật tái phát

Đặc điểm	n	%
Biến chứng sau phẫu thuật		
Áp xe ổ bụng	2	5,9
Nhiễm trùng vết mổ	5	14,7
Phân độ biến chứng theo Clavien-Dindo		
Độ II	7	20,9

IV. BÀN LUẬN

Phẫu thuật thường được chỉ định đối với các bệnh nhân bị sỏi mật giúp lấy sạch sỏi, tuy nhiên phương pháp này có nguy cơ xảy ra các biến chứng sau mổ [5]. Do đó, cần cân nhắc chỉ định can thiệp phẫu thuật ở những trường hợp có các bệnh lý chủ mô gan kèm theo. Phẫu thuật cắt gan vẫn là sự lựa chọn được quan tâm trong điều trị bệnh lý sỏi mật [6]. Mặc dù, tỷ lệ thực hiện phẫu thuật cắt gan điều trị sỏi mật đã giảm dần (76,6% năm 1998; 52,4% năm 2006; 33,3% năm 2011) do sự phát triển của các phương pháp nội soi đường mật lấy sỏi. Tuy nhiên, cắt gan vẫn là phương pháp điều trị sau cùng ở nhiều trường hợp, đặc biệt là trường hợp sỏi mật tái phát [7,8].

Chỉ định cắt gan đối với sỏi mật tái phát, gồm có: sỏi mật gây teo hoặc xơ hóa các hạ phân thùy gan, gây áp xe gan, có nhiều sỏi trong gan gây hẹp hoặc giãn đường mật, không thể thực hiện lấy sỏi bằng phương pháp khác, sỏi mật ở một thùy gan (đặc biệt là ở thùy gan trái), và nghi ngờ u đường mật kèm theo [8,9]. Ở nghiên cứu của chúng tôi, đa phần các trường hợp chỉ định phẫu thuật cắt gan là sỏi mật tái phát gây xơ teo thùy gan với tỷ lệ 64,7%. Ngoài ra, có 29,4% trường hợp có biểu hiện áp xe gan-đường mật và 5,8% trường hợp nghi ngờ u đường mật được chỉ định phẫu thuật cắt gan. Yếu tố tiên lượng xấu đối với sỏi mật tái phát là xơ gan và tiến triển thành ung thư đường mật [10]. Nên việc điều trị bệnh lý kịp thời là bắt buộc, giúp giảm tỷ lệ bệnh tiến triển và có tiên lượng tốt hơn [10]. Xơ gan do tình trạng ứ mật gặp khoảng từ 6,0 - 7,4% bệnh nhân, với hơn 50% trong số bệnh nhân này bị rối loạn chức năng gan từ trung bình đến nặng (Child-Pugh B hoặc C) [11]. Bên cạnh đó, ung thư đường mật là biến chứng lâu dài đáng lo ngại nhất của bệnh sỏi mật tái phát, với tỷ lệ chuyển đổi ước tính từ 2,4-

13,0% [11,12]. Sự chuyển đổi thành ung thư đường mật có liên quan nhiều nhất đối với trường hợp gan xơ teo do sỏi mật, xảy ra thông qua những thay đổi tăng sản dẫn đến chuyển sản - loạn sản và thành ung thư đường mật [6,11]. Chỉ định phẫu thuật cắt gan điều trị sỏi mật tái phát ở những trường hợp này là cần thiết.

Về mặt lý thuyết, cắt bỏ một phần gan giúp loại bỏ được các bệnh lý được gây ra bởi thùy gan bị thương tổn. Vì vậy, chỉ định phẫu thuật cắt gan chủ yếu tập trung vào những trường hợp có bất thường về cấu trúc hoặc giải phẫu làm tăng đáng kể nguy cơ sỏi tái phát [8]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, chiếm phần lớn là phẫu thuật cắt thùy gan trái (88,2%), tiếp theo là cắt gan trái (8,8%) và cắt phân thùy sau (2,9%). Phù hợp với nghiên cứu của các tác giả khác, do tỷ lệ sỏi mật gặp phổ biến ở thùy gan trái và phương pháp cắt thùy gan trái được chỉ định nhiều hơn. Trong tất cả các trường hợp, chúng tôi đều thực hiện mở ống mật chủ kiểm tra sỏi và lấy sỏi ở các vị trí khác. Các tác giả khác cũng đánh giá rằng sự kết hợp giữa mở ống mật chủ thăm dò lấy sỏi với phẫu thuật cắt gan giúp làm giảm tỷ lệ sỏi sót và sỏi tái phát [6,13]. Đặc biệt là ở những bệnh nhân có sỏi hai bên, hoặc khi chỉ định phẫu thuật cắt gan diện rộng là không khả thi [6]. Với sự kết hợp này, nghiên cứu của Li và cộng sự [13] ghi nhận tỷ lệ sạch sỏi ban đầu là 85,7%, và tỷ lệ sạch sỏi cuối cùng là 92,9% khi được tán sỏi qua nội soi sau phẫu thuật. Ở nghiên cứu của chúng tôi, có một trường hợp có nhiều sỏi ở gan phải cần thực hiện mở nhu mô gan lấy sỏi.

Lợi ích của phương pháp cắt gan là giảm nguy cơ sỏi sót và tỷ lệ tái phát thấp hơn khi so sánh với phẫu thuật lấy sỏi và nội soi tán sỏi [9]. Trên thực tế, khi so sánh với phương pháp tán sỏi qua da điều trị sỏi mật trong gan, phẫu thuật cắt gan có tỷ lệ gây

hẹp đường mật thấp hơn (18% so với 58%), tỷ lệ sỏi tái phát thấp hơn và ít gây nhiễm trùng đường mật [12]. Một nghiên cứu tổng hợp của Feng X [14] đối với 1.930 bệnh nhân, kết quả cho thấy tỷ lệ sỏi của phương pháp cắt gan (19,1%) thấp hơn có ý nghĩa thống kê so với các phương pháp lấy sỏi khác (44,0%). Nghiên cứu của tác giả Chen và cộng sự [15] cho thấy phẫu thuật cắt gan có tỷ lệ sạch sỏi ban đầu là 90%, và tỷ lệ sạch sỏi sau cùng là 98% với tán sỏi qua nội soi sau đó. Các nghiên cứu khác ghi nhận tỷ lệ sạch sỏi từ 81,7 - 99,3% [3,16]. Nghiên cứu của chúng tôi có tỷ lệ sạch sỏi ban đầu sau phẫu thuật cắt gan là 88,2%. Tỷ lệ sạch sỏi sau cùng khi thực hiện các phương pháp lấy sỏi khác là 94,1%. Có hai trường hợp sỏi sỏi nằm ở hạ phân thùy VIII không gây triệu chứng lâm sàng, chúng tôi không thực hiện lấy sỏi tiếp tục.

Các biến chứng sau phẫu thuật đóng một vai trò quan trọng trong quyết định tiến hành phẫu thuật cắt gan điều trị sỏi mật. Tỷ lệ tử vong sau phẫu thuật cắt gan được báo cáo khoảng từ 0,0 - 3,5%, nguy cơ chủ yếu gặp ở các trường hợp có xơ gan và sỏi nhiều ở đường mật trong gan hai bên [13,15,17]. Trong nghiên cứu của chúng tôi không có trường hợp nào tử vong, có thể do: sự chọn lựa bệnh nhân ở Child-Pugh A và B; những bệnh nhân có biểu hiện nhiễm trùng nặng thì chúng tôi điều trị nội khoa ổn định trước khi phẫu thuật; trường hợp nhiều sỏi, chúng tôi chỉ định cắt gan kết hợp với các phương pháp lấy sỏi khác.

Tỷ lệ biến chứng được báo cáo ở các nghiên cứu dao động từ 7,4 - 58,8%, chủ yếu là các biến chứng nhiễm trùng có liên quan đến tình trạng nhiễm trùng đường mật [14,15,17]. Do đó, sỏi mật tái phát được chẩn đoán và điều trị phẫu thuật sớm có thể là yếu tố chính làm giảm nguy cơ biến chứng. Bên cạnh đó, cần thiết phải kiểm soát hiệu quả tình trạng nhiễm trùng trước khi cắt gan. Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận biến chứng sau phẫu thuật gồm có 14,7% nhiễm trùng vết mổ và 5,9% áp xe ổ bụng. Nghiên cứu của Feng X. và cộng sự [14] có kết quả với tỷ lệ biến chứng hay gặp nhất nhất là nhiễm trùng vết mổ (6,9%), trong khi áp xe ổ bụng là 1,8%. Các biến chứng được mô tả ở nghiên cứu của Li và cộng sự [13] gồm có 8,9% rò mật, 5,4% tụ dịch trong ổ phúc mạc và tràn dịch màng phổi, 2,9% nhiễm trùng vết mổ. Ở nghiên cứu của Clemente [17] có tỷ lệ biến chứng sau mổ là 26,0% ở mức độ nhẹ (độ I và II)

và 12,3% ở mức độ nặng (độ III và IV). Các biến chứng cụ thể gồm có 24,6% nhiễm trùng vết mổ, 16,4% rò mật, và 6,8% áp xe ổ bụng. Tác giả đánh giá rằng tỷ lệ rò mật có liên quan đến sự tham gia của đường mật ở thùy đuôi. Tác giả Clemente [17] đề xuất nên thực hiện chụp đường mật trong phẫu thuật bất cứ khi nào có thể, và trong mọi trường hợp giải phẫu đường mật trong gan không rõ ràng. Trong nghiên cứu của chúng tôi không có trường hợp nào có biểu hiện rò mật. Có thể do ở nghiên cứu chúng tôi chiếm phần lớn là cắt thùy gan trái. Bên cạnh đó, tất cả các trường hợp chúng tôi đều mở ống mật chủ kiểm tra và đặt dẫn lưu Kerh, có thể làm giảm nguy cơ rò mật.

V. KẾT LUẬN

Việc điều trị tối ưu các trường hợp sỏi mật tái phát vẫn là một nhiệm vụ khó khăn và thách thức đối với các phẫu thuật viên tiêu hóa. Phẫu thuật cắt bỏ thùy gan đã bị thương tổn do sỏi là phương pháp điều trị hiệu quả, tránh trường hợp sỏi mật tái phát và các biến chứng lâu dài. Nếu có nhiều sỏi mật trong gan hai bên, nên kết hợp phương pháp cắt gan với các phương pháp lấy sỏi khác. Việc lựa chọn phù hợp các trường hợp phẫu thuật cắt gan và các phương pháp lấy sỏi kết hợp sẽ có kết quả tốt hơn đối với điều trị sỏi mật tái phát.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Sakpal SV, Babel N, Chamberlain RS. Surgical management of hepatolithiasis. HPB. 2009;11:194-202.
2. Krige JEJ. Liver Resection for Complicated Hepatolithiasis Archives of Surgery. 2006;141:713.
3. Li SQ, Liang LJ, Peng BG, Hua YP, Lv MD, Fu SJ, et al. Outcomes of liver resection for intrahepatic stones: a comparative study of unilateral versus bilateral disease. Annals of surgery. 2012;255:946-53.
4. Kim J, Cho JY, Han H-S, Yoon Y-S, Choi Y, Lee JS, et al. Validation of a difficulty scoring system for laparoscopic liver resection in hepatolithiasis. Surgical Endoscopy. 2021;35:1148-55.
5. Tan HL, Koh YX, Lye WK, Lee SY, Goh BKP, Tan SS, et al. Surgical management decreases disease recurrence risk in recurrent pyogenic cholangitis. ANZ journal of surgery. 2018;88:E659-63.
6. Lorio E, Patel P, Rosenkranz L, Patel S, Sayana H. Management of Hepatolithiasis: Review of the Literature Current Gastroenterology Reports. 2020;22:30.

Đánh giá kết quả phẫu thuật cắt gan điều trị sỏi mật tái phát

7. Li H, Zheng J, Cai J-Y, Li S-H, Zhang J-B, Wang X-M, et al. Laparoscopic VS open hepatectomy for hepatolithiasis: An updated systematic review and meta-analysis. *World journal of gastroenterology*. 2017;23:7791-806.
8. Li C, Wen T. Surgical management of hepatolithiasis: A minireview. *Intractable & Rare Diseases Research*. 2017;6:102-5.
9. Tazuma S, Unno M, Igarashi Y, Inui K, Uchiyama K, Kai M, et al. Evidence-based clinical practice guidelines for cholelithiasis 2016. *Journal of gastroenterology*. 2017;52:276-300.
10. Suzuki Y, Mori T, Yokoyama M, Kim S, Momose H, Matsuki R, et al. A proposed severity classification system for hepatolithiasis based on an analysis of prognostic factors in a Japanese patient cohort. *Journal of gastroenterology*. 2018;53:854-60.
11. You M su, Lee SH, Kang J, Choi YH, Choi JH, Shin B, et al. Natural Course and Risk of Cholangiocarcinoma in Patients with Recurrent Pyogenic Cholangitis: A Retrospective Cohort Study. *Gut and Liver*. 2019;13:373-9.
12. Cheon YK, Cho YD, Moon JH, Lee JS, Shim CS. Evaluation of long-term results and recurrent factors after operative and nonoperative treatment for hepatolithiasis. *Surgery*. 2009;146:843-53.
13. Li EL, Yuan RF, Liao WJ, Feng Q, Lei J, Yin XB, et al. Intrahepatic bile duct exploration lithotomy is a useful adjunctive hepatectomy method for bilateral primary hepatolithiasis: an eight-year experience at a single centre. *BMC surgery*. 2019;19:16.
14. Feng X, Zheng S, Xia F, Ma K, Wang S, Bie P, et al. Classification and management of hepatolithiasis: A high-volume, single-center's experience. *Intractable & rare diseases research*. 2012;1:151-6.
15. Chen D-W, Tung-Ping Poon R, Liu C-L, Fan S-T, Wong J. Immediate and long-term outcomes of hepatectomy for hepatolithiasis. *Surgery*. 2004;135:386-93.
16. Uenishi T, Hamba H, Takemura S, Oba K, Ogawa M, Yamamoto T, et al. Outcomes of hepatic resection for hepatolithiasis. *American journal of surgery*. 2009;198:199-202.
17. Clemente G, De Rose AM, Murri R, Ardito F, Nuzzo G, Giuliani F. Liver Resection for Primary Intrahepatic Stones: Focus on Postoperative Infectious Complications. *World Journal of Surgery*. 2016;40:433-9.