

và mức độ cao thấp của chỉ số SII. Phân tích đơn biến xác định được các yếu tố ảnh hưởng tới thời gian sống thêm của nhóm bệnh nhân nghiên cứu là chỉ số PS, giai đoạn bệnh và chỉ số SII. Thời gian sống thêm trung bình của bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi là 23,7 tháng ở nhóm SII thấp và 13,1 tháng ở nhóm có SII cao; tỷ lệ sống thêm toàn bộ 1 năm, 2 năm là 40,9% và 18,2% so với 65,5% và 46,8% ($p=0,003$). Qua phân tích đa biến cho thấy chỉ số SII trước điều trị, chỉ số PS là yếu tố tiên lượng độc lập cho sống thêm toàn bộ. Các kết quả này cũng tương tự như kết quả nghiên cứu của các tác giả đã nêu trên, đã góp phần khẳng định giá trị tiên lượng của chỉ số SII trong UTPKTBN giai đoạn tiến triển, di căn.

Tuy nhiên nghiên cứu của chúng tôi còn có một số hạn chế đó là số lượng bệnh nhân chưa nhiều; mặc dù phương pháp điều trị đều là các phác đồ hóa chất có platinum, nhưng kết hợp không đồng nhất với nhiều loại hóa chất khác nhau. Bên cạnh đó đây là một nghiên cứu hồi cứu nên còn có một số chỉ số chưa khảo sát được do chưa được chỉ định đầy đủ hoặc chưa được triển khai thường quy tại trung tâm như chỉ số CEA (chỉ ghi nhận được trên 29/51 bệnh nhân), tình trạng đột biến gen EGFR, hay một số marker về viêm khác. Các yếu tố chưa được khảo sát trên rất có thể là những yếu tố có giá trị tiên lượng liên quan tới kết quả điều trị của bệnh nhân.

V. KẾT LUẬN

Chỉ số viêm miễn dịch hệ thống SII là một marker có giá trị tiên lượng độc lập cho sống thêm của bệnh nhân ung thư phổi không tế bào

nhỏ giai đoạn tiến triển, di căn hóa trị bước một. Chúng tôi đề xuất tiếp tục nghiên cứu trên số lượng bệnh nhân lớn hơn kết hợp phân tích một số marker khác, đặc biệt là các marker về viêm để có thể khẳng định được đầy đủ giá trị tiên lượng của chỉ số này trong ung thư phổi không tế bào nhỏ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Berardi, R., Santoni, M., Rinaldi, S., et al.**, "Pre-treatment systemic immune-inflammation represents a prognostic factor in patients with advanced non-small cell lung cancer", *Ann Transl Med*, 2019, 7(20), p. 572.
2. **Cannon, N. A., Meyer, J., Iyengar, P., et al.**, "Neutrophil-lymphocyte and platelet-lymphocyte ratios as prognostic factors after stereotactic radiation therapy for early-stage non-small-cell lung cancer", *J Thorac Oncol*, 2015, 10(2), pp. 280-5.
3. **Guo, D., Zhang, J., Jing, W., et al.**, "Prognostic value of systemic immune-inflammation index in patients with advanced non-small-cell lung cancer", *Future Oncol*, 2018, 14(25), pp. 2643-2650.
4. **NSCLC Meta-analysis Collaborative Group**, "Preoperative chemotherapy for non-small-cell lung cancer: a systematic review and meta-analysis of individual participant data", *Lancet*, 2014, 383(9928), pp. 1561-71.
5. **Schernberg, A., Mezquita, L., Boros, A., et al.**, "Neutrophilia as prognostic biomarker in locally advanced stage III lung cancer", *PLoS One*, 2018, 13(10), p. e0204490.
6. **Tong, Y. S., Tan, J., Zhou, X. L., et al. (2017)**, "Systemic immune-inflammation index predicting chemoradiation resistance and poor outcome in patients with stage III non-small cell lung cancer", *J Transl Med*, 2017, 15(1), p. 221.
7. **Wang, Y., Li, Y., Chen, P., et al. (2019)**, "Prognostic value of the pretreatment systemic immune-inflammation index (SII) in patients with non-small cell lung cancer: a meta-analysis", *Ann Transl Med*, 2019, 7(18), p. 433.

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

Vũ Việt Đức¹, Lê Văn Thành², Trần Đức Quý¹

TÓM TẮT

¹Trường Đại học Y Dược, Đại học Thái Nguyên

²Bệnh viện 108

Chịu trách nhiệm chính: Vũ Việt Đức

Email: vuvietducdty@gmail.com

Ngày nhận bài: 15.10.2020

Ngày phản biện khoa học: 20.11.2020

Ngày duyệt bài: 7.12.2020

Mục tiêu: 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. **Đối tượng:** Gồm 60 bệnh nhân được chẩn đoán xác định sỏi đường mật trong gan bằng siêu âm hoặc cộng hưởng từ được tiến hành 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 từ 01/01/2018 đến 30/06/2020. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả, hồi cứu. **Kết quả:** 60 bệnh nhân sỏi đường mật trong gan có hoặc không kết hợp với sỏi đường

mật ngoài gan được phẫu thuật nội soi và sử dụng ống soi mềm tán thủy lực qua ống nối mật – da. Có 20 bệnh nhân có tiền sử phẫu thuật cũ vùng tầng trên ổ bụng, tuổi trung bình $54,08 \pm 14,45$, tỷ lệ nữ/nam = 2,16, nông thôn chiếm tỷ lệ 56,67%. 59/60 bệnh nhân đau bụng vùng hạ sườn phải chiếm tỷ lệ 98,33%, 36/60 (60%) bệnh nhân sốt, 12/60 (20%) bệnh nhân có biểu hiện vàng da, vàng mắt. Số lượng bạch cầu trên 10 G/l chiếm tỷ lệ 28,33%, Bilirubin tăng 25/60 bệnh nhân (41,67%), 33 bệnh nhân tăng men gan chiếm tỷ lệ 55,00%. Tỷ lệ sạch sỏi sau phẫu thuật là 40% (theo siêu âm và chụp Xquang đường mật). Các yếu tố liên quan đến sạch sỏi sau phẫu thuật gồm: hẹp đường mật và vị trí sỏi đường mật trong gan. Không ghi nhận bệnh nhân tai biến trong phẫu thuật, có 3 bệnh nhân biến chứng sau phẫu thuật chiếm 5,00%. Thời gian phẫu thuật trung bình $129 \pm 32,59$ phút, thời gian hậu phẫu trung bình $9,32 \pm 3,72$ ngày.

Kết luận: Phẫu thuật nội soi và sử dụng ống soi mềm tán thủy lực qua ống nối mật da là phương pháp an toàn và có hiệu quả cao trong điều trị sỏi đường mật trong gan.

Từ khóa: sỏi trong gan, nội soi đường mật, điện thủy lực.

SUMMARY

RESULTS OF LAPAROSCOPIC COMMON BILE DUCT EXPLORATION TREATMENT OF HEPATOLITHIASIS USING CHOLANGIOSCOPY AND ELECTROHYDRAULIC LITHOTRIPSY (EHL) THROUGH THE TRANSCOLEDODAL TUBE TRACT IN 108 HOSPITAL

Objective: To evaluate the results of laparoscopic common bile duct (CBD) exploration to remove hepatolithiasis using cholangioscopy and electrohydraulic lithotripsy (EHL) through the transcholedochal tube tract. **Method:** Case series study. **Result:** 60 patients with hepatolithiasis (intrahepatic stones) with or without choledocholithiasis underwent laparoscopic CBD exploration to remove stones using cholangioscopy and electrohydraulic lithotripsy (EHL) through the transcholedochal tube tract during surgery. There was 20 cases with a history of laparotomy. The average age was $54,08 \pm 14,45$; sex ratio (females/males) was 2,16. The amount of patients coming from rural area accounted for 56,67%. Right upper quadrant pain was witnessed in 59 cases (98,33%) while 36 patients (60%) and 12 patients (20%) getting fever and jaundice respectively. Leukocytosis was common, that occurred in 28,33% of whole cases while high bilirubin levels and elevated aminotransferase levels were seen at 41,67% and 55% respectively. The success rate of postoperative stones clearance was 40% due to ultrasound and cholangiogram images. The major factors that associate with postoperative stones clearance included: biliary stricture and the location of intrahepatic stones. There were no intraoperative complications occurred; 3 cases (5%) of postoperative complication. The average operative time was $129 \pm 32,59$ minutes; Average postoperative hospital stay was $9,32 \pm 3,72$ days. **Conclusion:** Laparoscopic CBD

exploration to remove hepatolithiasis using cholangioscopy and EHL through the transcholedochal tube tract yields the safety and effectiveness.

Keywords: hepatolithiasis, cholangioscopy, electrohydraulic lithotripsy (EHL).

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sỏi đường mật trong gan là sỏi trong đường mật trên hợp lưu của hai ống gan phải và trái, nó là sự kết tụ thành khối của các thành phần dịch mật, hiện diện dưới dạng những viên hay sỏi rỗng ở trong các đường mật trong gan, nếu sỏi chỉ ở một hạ phân thùy hay phân thùy thì được gọi là sỏi đường mật trong gan khu trú [1],[6].

Sỏi đường mật trong gan là đặc trưng của khu vực Đông Nam Á, Việt Nam là một trong những nước có tỷ lệ sỏi đường mật trong gan khoảng 3,32 – 6,11% dân số [6]. Bệnh gây ra nhiều biến chứng nặng như: sỏi nhiễm trùng, áp xe gan đường mật, viêm đường mật cấp nặng,... Nếu không can thiệp có thể đưa đến tử vong [6].

Điều trị sỏi đường mật trong gan có nhiều phương pháp như điều trị bằng thuốc làm tan sỏi, lấy sỏi qua đường hầm xuyên gan qua da, nội soi mật tụy ngược dòng lấy sỏi, tuy nhiên sỏi đường mật trong gan thường không xuất hiện đơn thuần mà phối hợp với sỏi đường mật ngoài gan vì vậy mà phẫu thuật vẫn là phương pháp được sử dụng nhiều nhất [4].

Hiện nay với những tiến bộ của khoa học - kỹ thuật, phẫu thuật nội soi kết hợp với nội soi đường mật ngày càng chứng tỏ được sự ưu việt hơn và tính hiệu quả không thua kém gì so với phẫu thuật mở như không mang lại ám ảnh cho bệnh nhân về một đường mổ dài, đau nhiều và thời gian bình phục nhanh sau phẫu thuật [5], [4]. Tuy nhiên phẫu thuật nội soi vẫn gặp phải một số khó khăn và hạn chế liên quan đến kỹ thuật, phương tiện, tình trạng rơi sỏi và thoát dịch vào trong ổ bụng. Sự ra đời của ống nối mật – da kết hợp với ống soi mềm nhằm đáp ứng được yêu cầu về phương tiện để xử lý sỏi trong phẫu thuật một cách hiệu quả [4]. Tại bệnh viện Trung ương Quân đội 108 đã áp dụng kỹ thuật này từ năm 2018, tuy nhiên chưa có nghiên cứu về hiệu quả của phương pháp này. Vì vậy, chúng tôi thực hiện đề tài: "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" với mục tiêu: 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.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng nghiên cứu. 60 bệnh nhân được chẩn đoán xác định sỏi đường mật trong gan đã được điều trị 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 từ 01/01/2018 – 30/06/2020.

2.2 Phương pháp nghiên cứu. Nghiên cứu mô tả, hồi cứu

2.2.1 Phương tiện dụng cụ

- Phương tiện, dụng cụ: Dàn phẫu thuật nội soi, các dụng cụ phẫu thuật nội soi mở ống mật chủ của hãng Karl Storz, dàn nội soi tán sỏi của hãng Olympus, ống nội soi mềm đường mật CHF – V của Olympus, máy tán sỏi điện thủy lực Lithotron EL 27, bộ ống nối mật – da đường kính 0,8 – 1,5cm, dài từ 8 – 15cm được uốn cong từ thành bụng đến ống mật chủ.

- Một số dụng cụ khác như kèm Randall, rọ lấy sỏi, bơm rửa đường mật.

2.2.2 Kỹ thuật

Đặt 04 trocar: trocar 10 tại rốn, trocar 5mm tại hạ sườn phải và trocar 5mm hạ sườn trái, đưa camera quan sát xác định vị trí của ống mật chủ. Xác định vị trí đặt trocar 10mm thứ 2, vị trí được chọn nằm trên đường giữa đòn phải, dưới bờ sườn phải 2 – 3 cm. Vị trí này cũng là nơi để đưa Kehr sau khi kết thúc lấy sỏi.

Mở ống mật chủ theo chiều dọc, chiều dài khoảng 1cm bằng đường kính ống nối mật – da, đặt ống nối mật da qua lỗ trocar 10mm dưới hạ sườn phải, từ thành bụng vào ống mật chủ. Tiến hành nội soi đường mật lấy sỏi qua ống nối.

Bảng 3.3. Các phương pháp phẫu thuật

Phẫu thuật	Số BN	Ngắn nhất (phút)	Dài nhất (phút)	Trung bình (phút)	Độ lệch (phút)
Mở OMC, NSLS, dẫn lưu Kehr	33	70	240	125,91	35,83
Gỡ dính, mở OMC, NSLS, dẫn lưu Kehr	17	90	180	130,88	24,38
Mở OMC, NSLS, dẫn lưu Kehr, cắt túi mật	6	85	180	122,50	38,57
Gỡ dính, mở OMC, NSLS, dẫn lưu Kehr, cắt túi mật	4	130	185	150,00	22,87
Thời gian phẫu thuật trung bình trong nghiên cứu	60	70	240	129,00	32,59

Thời gian phẫu thuật trung bình là 129,00 ± 32,59 phút.

3.4 Kết quả điều trị sỏi. Có 24/60 bệnh nhân (40%) sạch sỏi sau phẫu thuật được xác định bằng siêu âm kết hợp Xquang đường mật sau phẫu thuật.

Bảng 3.4. Liên quan giữa sạch sỏi với hẹp đường mật

Kết quả sạch sỏi	Kích thước đường mật	Không hẹp đường mật	Hẹp đường mật	Tổng	OR = 3,8	p = 0,009
	Sạch sỏi	Số bệnh nhân	22	2		
	Tỷ lệ %	36,67	3,33	40,00		
Sốt sỏi	Số bệnh nhân	22	14	36		
	Tỷ lệ %	36,77	23,33	60,00		

Sạch sỏi sau phẫu thuật có liên quan với hẹp đường mật.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1 Tuổi, giới và đặc điểm bệnh lý. 60 bệnh nhân có tuổi từ 22 đến 91, trung bình 54,08 ± 14,45, tỷ lệ nữ/nam = 2,16, bệnh nhân ở nông thôn chiếm đa số 56,67%.

59/60 bệnh nhân đau bụng vùng hạ sườn phải chiếm tỷ lệ 98,33%, 36/60 (60%) bệnh nhân sốt, 12/60 (20%) bệnh nhân có biểu hiện vàng da, vàng mắt. Số lượng bạch cầu trên 10G/l chiếm tỷ lệ 28,33%, Bilirubin tăng 25/60 bệnh nhân (41,67%), 33 bệnh nhân tăng men gan chiếm tỷ lệ 55,00%.

3.2 Vị trí sỏi

Bảng 3.1. Vị trí sỏi đường mật chính

Vị trí sỏi	Số BN	Tỷ lệ %
Trong gan	17	28,33
Trong gan kết hợp OMC	43	71,67
Tổng cộng	60	100

Sô bệnh nhân có sỏi trong gan phối hợp với sỏi ngoài gan chiếm đa số với 43 bệnh nhân chiếm 71,67%. 17 bệnh nhân có sỏi trong gan đơn thuần chiếm 28,33%.

Bảng 3.2. Vị trí sỏi đường mật trong gan

Vị trí sỏi	Số BN	Tỷ lệ %
Ống gan phải	13	21,67
Ống gan trái	23	38,33
Ống gan phải và ống gan trái	24	40,00
Tổng cộng	60	100

Sỏi đường mật hai bên chiếm tỷ lệ cao nhất 40%.

3.3 Phương pháp phẫu thuật

Bảng 3.5. Liên quan sạch sỏi với tiền sử phẫu thuật tăng trên ổ bụng

Kết quả sạch sỏi		Tiền sử phẫu thuật			OR = 1	p = 1
		Có	Không	Tổng		
Sạch sỏi	Số bệnh nhân	8	16	24		
	Tỷ lệ %	13,33	26,67	40,00		
Sốt sỏi	Số bệnh nhân	12	24	36		
	Tỷ lệ %	20,00	40,00	60,00		

Không có mối liên quan giữa tiền sử phẫu thuật tăng trên ổ bụng và sạch sỏi.

Bảng 3.6. Liên quan giữa sạch sỏi và vị trí sỏi

Kết quả sạch sỏi		Vị trí sỏi trong gan			Tổng
		Ổng gan hai bên	Ổng gan trái	Ổng gan phải	
Sạch sỏi	Số bệnh nhân	6	13	5	24
	Tỷ lệ %	10,00	21,67	8,33	40,00
Sốt sỏi	Số bệnh nhân	18	10	8	36
	Tỷ lệ %	30,00	16,67	13,33	60,00

Sỏi trong gan hai bên có tỷ lệ sạch sỏi sau mổ thấp nhất 18 bệnh nhân chiếm 30%.

3.5 Tai biến và biến chứng, thời gian hậu phẫu. 60 bệnh nhân phẫu thuật nội soi và sử dụng ống sỏi mềm tán thủy lực qua ống nối mật – da chúng tôi không ghi nhận trường hợp nào tai biến trong phẫu thuật.

Hậu phẫu có 01 bệnh nhân nhiễm trùng vết mổ chiếm tỷ lệ 1,67%, 01 bệnh tụ dịch dưới gan không có triệu chứng lâm sàng chiếm tỷ lệ 1,67%, 01 bệnh nhân rò mật chiếm tỷ lệ 1,67%. Các trường hợp biến chứng sau phẫu thuật đều điều trị nội khoa ổn định không cần can thiệp gì.

IV. BÀN LUẬN

Về gỡ dính: Khi bơm hơi ổ bụng, thành bụng trước được nâng lên, các tạng dính do trọng lực rơi xuống tạo cho vùng dính giữa tạng và thành bụng dễ bóc tách. Những bệnh nhân có tiền sử phẫu thuật liên quan đến đường mật sẽ gây dính nhiều vùng rốn gan dẫn đến bộc lộ OMC khó khăn. Khi đó túi mật là mốc quan trọng để tìm ống mật chủ, những bệnh nhân đã cắt túi mật thì giường túi mật được camera phóng đại là cột mốc quý để tìm OMC. Điều này cũng đã được tác giả Nguyễn Hoàng Bắc nhắc tới [2].

Trong nghiên cứu, chúng tôi tiến hành gỡ dính bằng kéo phẫu tích nội soi, việc sử dụng kéo làm cho billan của các tổ chức dính được bộc lộ rõ ràng. Đặc biệt không gây tổn thương các tổ chức do tia lửa điện của dao điện phóng ra.

Vị trí sỏi: Sỏi lan tỏa trong gan chiếm tỷ lệ cao nhất 40% (24 bệnh nhân), sỏi phân bố lan tỏa khắp các đường mật trong gan. Trong đó sỏi bên ống gan phải gặp ít hơn ống gan trái với tỷ lệ lần lượt là 21,67% và 38,33%. Với đặc điểm lan tỏa quả sỏi làm cho khả năng lấy sạch sỏi bị hạn chế và thời gian làm sạch sỏi bị kéo dài. Kết quả này cũng đồng với các tác giả Trần

Thanh Tùng, Võ Văn Hùng [7], Phạm Văn Anh [1].

Hẹp đường mật: Hẹp đường mật là tổn thương đặc trưng của bệnh lý sỏi đường mật trong gan, có thể là hậu quả của quá trình viêm nhiễm kéo dài cũng có thể là nguyên nhân sinh sỏi. Lee S.K và cộng sự định nghĩa hẹp đường mật là khi trên đường mật (từ ống mật chủ đến ống hạ phân thùy) có vị trí hẹp mà tại đó ống sỏi mềm có đường kính 4,9mm không qua được.

Trong nghiên cứu của chúng tôi 16 bệnh nhân hẹp đường mật. Trong nghiên cứu của Phạm Văn Anh, hẹp đường mật chiếm 82% bệnh nhân [1], tác giả Võ Đại Dũng, hẹp đường mật chiếm 30,23% bệnh nhân [4].

Phẫu thuật nội soi không áp dụng được các biện pháp nong đường mật như trong phẫu thuật mở, tuy nhiên việc sử dụng rọ kéo sỏi qua chỗ hẹp cũng được coi như là một biện pháp nong đường mật [6]. Tuy nhiên nếu kéo viên sỏi to hơn vị trí hẹp nhiều sẽ gây biến chứng kẹt và đứt rọ lấy sỏi trong đường mật.

Tỷ lệ sạch sỏi sau phẫu thuật: Dựa vào tiêu chuẩn sạch sỏi cả trên siêu âm và trên chụp Xquang đường mật có 24/60 bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu được chẩn đoán là sạch sỏi sau phẫu thuật chiếm tỷ lệ 40%. So với các phẫu thuật mở có hỗ trợ của nội soi đường mật kết quả sạch sỏi của chúng tôi thấp hơn như của tác giả Trần Thanh Tùng, Phạm Văn Cường[3], cho kết quả sạch sỏi từ 42,86% - 78,1%. Điều này chúng tôi đã lường trước, do khó khảo sát với ống soi đường mật gây ảnh hưởng đến kết quả sạch sỏi sau phẫu thuật. Tuy nhiên điều này sẽ được khắc phục khi chúng tôi cải tiến chất liệu làm ống nối mật – da, cùng với những lợi ích về phẫu thuật nội soi mang lại thì phẫu thuật nội soi vẫn là lựa chọn hợp lý, dù khả năng lấy sỏi ít hơn, nhưng điều này có thể khắc phục qua việc

lấy sỏi sót qua đường hầm Kehr sau phẫu thuật. So với các tác giả cùng thực hiện phẫu thuật nội soi, thì tác giả Võ Đại Dũng [4], có kết quả sạch sỏi sau phẫu thuật là 30,23% thấp hơn nghiên cứu của chúng tôi. Tác giả Sử Quốc Khởi, có kết quả sạch sỏi là 71,7% cao hơn chúng tôi, nhưng tác giả Sử Quốc Khởi không nhắc đến có trường hợp nào hẹp đường mật trong phẫu thuật, trong khi trong nghiên cứu của chúng tôi có 16 bệnh nhân có hẹp đường mật nên có thể tiêu chuẩn lựa chọn của chúng tôi rộng rãi làm ảnh hưởng đến kết quả sạch sỏi sau phẫu thuật. Hơn nữa phẫu thuật này chúng tôi mới triển khai kỹ thuật nên khả năng nội soi bằng ống mềm còn hạn chế không thể thăm sát được đầy đủ các đường mật trong gan. Tuy nhiên điều này có thể khắc phục được trong thời gian tiếp theo.

Ống nối mật – da: Tác giả Nguyễn Hoàng Bắc [2], Sử Quốc Khởi, thông qua nghiên cứu nhận thấy, trong quá trình phẫu thuật nội soi ổ bụng, mở OMC, nội soi đường mật số lượng sỏi trong gan thường nhiều, kích thước lớn do đó khi tán, nước tràn ra ổ bụng gây tụ dịch sau mổ, sỏi vỡ và trôi theo dòng nước ra ngoài rơi vào ổ bụng, càng tán sỏi càng rơi vãi nhiều, chính điều này làm hạn chế việc cố gắng lấy sạch sỏi trong một lần phẫu thuật. Để hạn chế nhược điểm này, chúng tôi sử dụng ống nối mật – da và cho kết quả tốt.

Trong nghiên cứu của Nguyễn Hoàng Bắc sau khi kết thúc phẫu thuật, tác giả có 79 bệnh nhân (chiếm 47,1%), phải hút rửa trong ổ bụng do nước rửa đường mật tràn ra, trong đó Douglas chiếm 69 bệnh nhân (41,1%), Douglas và hố lách chiếm 10 bệnh nhân (6,0%). Trong nghiên cứu của chúng tôi do sử dụng ống nối mật – da nên sau khi kết thúc phẫu thuật chỉ ghi nhận 01 bệnh nhân (chiếm 1,67%) có tràn dịch ổ bụng do vị trí giữa ống nối mật – da và ống mật chủ không kín, sau phẫu thuật bệnh nhân có tụ dịch dưới gan.

Tai biến – biến chứng: Chúng tôi không ghi nhận trường hợp nào tai biến trong phẫu thuật, 03 bệnh nhân biến chứng trong thời kỳ hậu phẫu được điều trị nội khoa ổn định không cần can thiệp gì. 01 bệnh nhân nhiễm trùng vết mổ chiếm tỷ lệ 1,67%, 01 (1,67%) bệnh nhân rò mật và 01 (1,67%) bệnh nhân tụ dịch dưới gan.

Thời gian phẫu thuật: Thời gian phẫu thuật trung bình là $129 \pm 32,59$ phút. Khi so sánh thời gian phẫu thuật trong nhóm nghiên cứu với các tác giả khác thấy, với nhóm phẫu thuật mở thời gian phẫu thuật của chúng tôi lâu hơn, tác giả Đỗ Trọng Hải ghi nhận thời gian phẫu thuật trung bình là 100,1 phút [5], theo Trần Thanh

Tùng thời gian phẫu thuật trung bình 116,9 phút. Thời gian phẫu thuật của phẫu thuật nội soi lâu hơn phẫu thuật mở do thao tác trong không gian hẹp và các động tác phải thực hiện gián tiếp không có cảm giác cầm nắm nên các thao tác không thể diễn ra nhanh.

Tuy nhiên thời gian phẫu thuật của chúng tôi nhanh hơn so với các tác giả sử dụng phương pháp phẫu thuật nội soi nhưng không sử dụng ống nối mật – da như Sử Quốc Khởi, thời gian phẫu thuật trung bình $139,3 \pm 50$ phút. Bởi vì trong nghiên cứu này có đặt ống nối mật da nên thuận lợi cho việc đẩy máy ra vào mỗi lần lấy sỏi, PTV cũng không mất thời gian dọn dẹp sỏi vụn tràn ra ổ bụng nên sẽ rút ngắn thời gian phẫu thuật.

V. KẾT LUẬN

- Phẫu thuật nội soi và sử dụng ống soi mềm, tán điện thủy lực qua ống nối mật – da không có tai biến trong phẫu thuật, biến chứng sau mổ thấp (5,00%)
- Thời gian phẫu thuật trung bình $129 \pm 32,59$ phút.
- Sạch sỏi sau phẫu thuật 40%.
- Các yếu tố liên quan đến sạch sỏi sau phẫu thuật gồm hẹp đường mật và vị trí sỏi trong gan.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Phạm Văn Anh (2014).** "Đánh giá kết quả phẫu thuật có tán sỏi điện thủy lực điều trị sỏi đường mật trong gan có chít hẹp đường mật". Luận văn thạc sỹ y học, Đại học y Hà Nội.
2. **Nguyễn Hoàng Bắc (2007).** "Chỉ định của phẫu thuật nội soi trong điều trị sỏi đường mật chính". Luận án tiến sĩ y học, Đại học Y Dược Thành Phố Hồ Chí Minh.
3. **Phạm Văn Cường (2012).** "Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả sớm điều trị phẫu thuật sỏi trong gan tại bệnh viện Việt Đức". tạp chí y học thực hành, **3 (813)**, 50-54.
4. **Võ Đại Dũng (2014).** "Kết quả sớm của phẫu thuật nội soi điều trị sỏi đường mật trong gan có nội soi đường mật trong mổ". Luận văn thạc sỹ y học, Đại học y dược TP Hồ Chí Minh.
5. **Đỗ Trọng Hải (2005).** "Kết quả điều trị sỏi trong gan với phẫu thuật nội soi so sánh với mổ mở có kết hợp kỹ thuật tán sỏi điện thủy lực". Tạp chí y học TP Hồ Chí Minh, **9 (1)**, 62-66.
6. **Nguyễn Đình Hải, Nguyễn Mậu Anh (2012).** "Sỏi đường mật". Nhà xuất bản y học.
7. **Võ Văn Hùng (2015).** "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". Luận án tiến sĩ y học, Đại học y dược TP Hồ Chí Minh.
8. **Dương Mạnh Huy (2015).** "Đánh giá kết quả phẫu thuật điều trị sỏi trong gan đơn thuần tại bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức từ 01/2013 – 12/2014". Khóa luận tốt nghiệp bác sỹ đa khoa khóa 2009 – 2015, Trường đại học y Hà Nội.