

vị trí gãy xương (Bảng 3).

Mỏm vệt của xương hàm ít bị gãy hơn cả, điều này dễ hiểu vì các vị trí này thường được cơ cắn và phức hợp xương gò má cung tiếp che phủ và bảo vệ. Nghiên cứu của chúng tôi phát hiện thấy tỷ lệ gãy mỏm vệt chỉ chiếm 4,24% trong tổng số các trường hợp gãy xương hàm dưới.

V. KẾT LUẬN

Phân tích 309 bệnh nhân với 542 vị trí gãy xương hàm dưới tại Khoa Phẫu thuật hàm mặt, Tạo hình và Thẩm mỹ, Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức, kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy, gãy xương hàm dưới có thể xảy ra ở mọi lứa tuổi nhưng chủ yếu xảy ra ở những người trong độ tuổi lao động, đặc biệt là nam giới. Nguyên nhân gây gãy xương hàm dưới thường gặp nhất là do TNGT (85,8%), trong đó TNGT liên quan đến xe máy chiếm nhiều nhất trong các phương tiện giao thông (78,49%, 208/256). Số bệnh nhân liên quan đến rượu bia chiếm 3,5% tổng số và 0,32% liên quan đến tiền sử sử dụng ma túy bất hợp pháp. Cằm là vị trí thường gặp nhất của gãy xương hàm dưới, xảy ra nhiều nhất trong các vụ tai nạn giao thông.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. O'Meara C, Witherspoon R, Hapangama N, Hyam DM. Mandible fracture severity may be increased by alcohol and interpersonal violence.

Aust Dent J. 2011;56(2):166-170. doi:10.1111/j.1834-7819.2011.01319.

2. Vũ Trung Trực, Phan Hà My (2024). Tình hình gãy xương hàm trên Le Fort điều trị nội trú tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức năm 2021-2022. Tạp chí Ngoại khoa và Phẫu thuật nội soi Việt Nam, số 1, tập 14, trang 35-41. <https://doi.org/10.51199/vjsel.2024.1.5>
3. Sirimaharaj W, Pyungtanasup K. The epidemiology of mandibular fractures treated at Chiang Mai University Hospital: a review of 198 cases. J Med Assoc Thai. 2008;91(6):868-874.
4. Giáp HV. Nhận xét hình thái gãy xương hàm dưới trên bệnh nhân chấn thương hàm mặt tại Bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung ương Hà Nội năm 2016-2017 - Khóa luận tốt nghiệp đại học.
5. Jung HW, Lee BS, Kwon YD, et al. Retrospective clinical study of mandible fractures. J Korean Assoc Oral Maxillofac Surg. 2014; 40(1):21-26. doi:10.5125/jkaoms.2014.40.1.21
6. Dongas P, Hall GM. Mandibular fracture patterns in Tasmania, Australia. Aust Dent J. 2002;47(2): 131-137. doi:10.1111/j.1834-7819.2002.tb00316.x
7. Chu MW, Soleimani T, Evans TA, et al. C-spine injury and mandibular fractures: lifesaver broken in two spots. J Surg Res. 2016;206(2):386-390. doi:10.1016/j.jss.2016.08.019
8. Lin FY, Wu CI, Cheng HT. Mandibular Fracture Patterns at a Medical Center in Central Taiwan: A 3-Year Epidemiological Review. Medicine (Baltimore). 2017;96(51):e9333. doi:10.1097/MD.0000000000009333

KẾT QUẢ PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT GAN

Hồ Văn Linh¹, Hồ Võ Hoài Phương², Đặng Quốc Ái^{3,4}

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Phẫu thuật nội soi cắt gan ngày càng trở thành lựa chọn phổ biến trong điều trị ung thư gan, đặc biệt đối với những khối u nhỏ. Nghiên cứu nhằm đánh giá các đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, kỹ thuật và kết quả của phẫu thuật này. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu tiến cứu và mô tả, theo dõi dọc 87 bệnh nhân phẫu thuật cắt gan tại Bệnh viện Trung ương Huế từ tháng 01/2019 đến tháng 05/2024. **Kết quả:** Tuổi trung bình của bệnh nhân là $56,7 \pm 10,6$ (25 - 80). Tỷ lệ nam/nữ là 88% và 12%. Tỷ lệ ung thư gan giai đoạn

BCLC-A là 90,8%. Kích thước khối u trung bình là $3,7 \pm 1,3$ (2,5 - 5,0) cm, trong đó 82,8% là khối u đơn độc. Tỷ lệ kiểm soát cuống phải và cuống trái là 65,5% và 34,5%. Phương pháp cầm máu tại diện cắt sử dụng bipolar và Bioglue lần lượt là 86,2% và 13,8%. Thời gian phẫu thuật trung bình là $115,6 \pm 37,9$ (70 - 235) phút, với lượng máu mất trung bình là $390 \pm 271,5$ (100 - 1150) ml. Tỷ lệ tai biến tổn thương tĩnh mạch gan là 5,7%. Biến chứng sau phẫu thuật ghi nhận là 16%. Thời gian nằm viện trung bình là $9,7 \pm 5,3$ (7 - 25) ngày và tỷ lệ tử vong sau phẫu thuật là 1,1%. **Kết luận:** Phẫu thuật nội soi cắt gan là phương pháp khả thi, có thể thực hiện tại các trung tâm lớn với trang thiết bị hiện đại và đội ngũ phẫu thuật viên có kinh nghiệm. Đây là phương pháp an toàn và hợp lý cho các khối u kích thước dưới 5 cm, với tỷ lệ biến chứng và tử vong thấp cũng như thời gian nằm viện ngắn. **Từ khóa:** Cắt gan nội soi, điều trị ung thư gan, cắt gan.

SUMMARY

OUTCOMES OF LAPAROSCOPIC LIVER RESECTION

¹Bệnh viện TW Huế

²Đại Học Duy Tân

³Đại học Y Hà Nội

⁴Bệnh viện E

Chịu trách nhiệm chính: Đặng Quốc Ái

Email: drdangquocai@gmail.com

Ngày nhận bài: 20.3.2025

Ngày phản biện khoa học: 16.4.2025

Ngày duyệt bài: 29.5.2025

Background: Laparoscopic liver resection has increasingly become a popular choice in the treatment of liver cancer, especially for small tumors. This study aims to evaluate the clinical, paraclinical characteristics, surgical techniques, and outcomes of this procedure. **Methods:** This is a prospective cohort study involving 87 patients who underwent laparoscopic liver resection at Hue Central Hospital from January 2019 to May 2024. **Results:** The mean age of the patients was 56.7 ± 10.6 years (range: 25 - 80 years). The male-to-female ratio was 88% to 12%. The rate of patients diagnosed with BCLC-A stage liver cancer was 90.8%. The average tumor size was 3.7 ± 1.3 cm (range: 2.5 - 5.0 cm), with 82.8% being solitary tumors. The rates of control for the right and left hepatic pedicles were 65.5% and 34.5%, respectively. Hemostasis at the resection margin was achieved using bipolar cautery and Bioglue in 86.2% and 13.8% of cases, respectively. The average duration of surgery was 115.6 ± 37.9 minutes (range: 70 - 235 minutes), with an average blood loss of 390 ± 271.5 ml (range: 100 - 1150 ml). The incidence of hepatic venous injury was 5.7%. Postoperative complications occurred in 16% of the cases. The average length of hospital stay was 9.7 ± 5.3 days (range: 7 - 25 days), with a postoperative mortality rate of 1.1%. **Conclusions:** Laparoscopic liver resection is a feasible procedure that can be performed at major centers equipped with modern facilities and experienced surgical teams. It is a safe and reasonable option for tumors smaller than 5 cm, with low rates of complications and mortality as well as a short hospital stay. **Keywords:** Laparoscopic liver resection, liver cancer treatment, liver resection.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Phẫu thuật nội soi đã tạo ra một bước ngoặt quan trọng trong lĩnh vực phẫu thuật gan mật kể từ ca cắt gan nội soi đầu tiên được thực hiện bởi Gagner vào năm 1992. Từ đó, nhiều nghiên cứu đã chứng minh hiệu quả của phẫu thuật nội soi trong điều trị ung thư gan.¹ Các tác giả đã chỉ ra rằng phẫu thuật nội soi mang lại nhiều lợi ích vượt trội so với phẫu thuật hở, bao gồm giảm đau sau mổ, thời gian nằm viện ngắn hơn, sẹo nhỏ và tính thẩm mỹ cao. Điều này không chỉ giúp bệnh nhân sớm phục hồi và trở lại với hoạt động bình thường mà còn cải thiện chất lượng cuộc sống của họ. Hơn nữa, phẫu thuật nội soi còn đóng một vai trò quan trọng trong việc chẩn đoán và đánh giá giai đoạn ung thư, giúp bệnh nhân tránh những can thiệp phẫu thuật không cần thiết.²

Tuy nhiên, tại Việt Nam, phẫu thuật nội soi cắt gan vẫn còn gặp nhiều thách thức và tồn tại trong thực tiễn. Do đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu với đề tài "Phẫu thuật nội soi cắt gan" nhằm mục tiêu đánh giá các đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và tính khả thi của phương pháp này.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Nghiên cứu được thực hiện trên 87 bệnh nhân được phẫu thuật nội soi cắt gan để điều trị ung thư gan tại Bệnh viện Trung ương Huế từ tháng 01/2019 đến tháng 5/2024.

2.2. Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân:

- Bệnh nhân được chẩn đoán ung thư gan xác định bằng hình ảnh học hoặc sinh thiết.
- Bệnh nhân có các khối u có kích thước dưới 5 cm và không có dấu hiệu di căn xa.
- Bệnh nhân có chức năng gan ổn định (Child A hoặc B).

2.3. Tiêu chuẩn loại trừ:

- Bệnh nhân có các bệnh lý đi kèm nghiêm trọng ảnh hưởng đến khả năng thực hiện phẫu thuật.
- Bệnh nhân có các khối u lớn hơn 5 cm hoặc xâm lấn mạch máu lớn.
- Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.4. Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu tiến cứu, mô tả cắt ngang và không đối chứng. Nghiên cứu sẽ tập trung đánh giá các đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, cũng như tính khả thi (thuận lợi và khó khăn) của phương pháp phẫu thuật nội soi cắt gan.

2.5. Các chỉ tiêu nghiên cứu:

- Đặc điểm nhân khẩu học của bệnh nhân (tuổi, giới tính).
- Tiền sử bệnh lý liên quan.
- Các triệu chứng lâm sàng và kết quả cận lâm sàng.
- Kỹ thuật phẫu thuật, thời gian phẫu thuật, lượng máu mất, biến chứng sau phẫu thuật, và thời gian nằm viện.

2.6. Kỹ thuật tiến hành phẫu thuật:

• **Tư thế bệnh nhân:** Bệnh nhân nằm ngửa, hai chân dạng, phẫu thuật viên đứng giữa hai chân bệnh nhân, hai người phụ đứng hai bên. Đặt bốn trocar: một trocar 10 mm ở rốn, một trocar 10 mm ở hạ sườn phải, và hai trocar 5 mm ở hạ sườn hai bên (tùy theo vị trí cắt gan mà đặt trocar cho phù hợp và thuận tiện trong thao tác).

• **Tiếp cận cuống Glisson:** Sử dụng phương pháp Takasaki để di động gan và bộc lộ các cuống gan dựa trên vị trí khối u cần cắt.

• **Quy trình phẫu thuật:** Kẹp tạm thời cuống gan bằng bulldog nội soi, xác định vùng thiếu máu, cắt cuống gan bằng stapler mạch máu hoặc homolock, và cắt nhu mô gan bằng dao siêu âm tại các ranh giới đổi màu.

• **Kết thúc phẫu thuật:** Kiểm tra cầm máu, kiểm tra rò mật, rút bỏ bệnh phẩm qua đường

mỡ nhỏ khoảng 5 cm, dẫn lưu và đóng vết mổ.

2.7. Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu được thực hiện theo nguyên tắc đạo đức trong nghiên cứu y học. Tất cả bệnh nhân tham gia đều được thông báo rõ về mục tiêu, quy trình nghiên cứu và được yêu cầu ký vào mẫu đồng ý tham gia trước khi thực hiện phẫu thuật. Dữ liệu được thu thập và phân tích đảm bảo bảo mật và không tiết lộ thông tin cá nhân của bệnh nhân.

2.8. Phương pháp phân tích dữ liệu: Dữ liệu được phân tích bằng phần mềm thống kê SPSS 22.0. Các biến số được mô tả bằng các chỉ số thống kê thích hợp như trung bình, độ lệch chuẩn và tỷ lệ phần trăm.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu bao gồm 87 bệnh nhân được phẫu thuật nội soi cắt gan nhằm điều trị ung thư gan. Dưới đây là các kết quả chính:

3.1. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng

- Đặc điểm nhân khẩu học:
 - Tuổi trung bình: $55,0 \pm 7,9$ (30 - 78 tuổi)
 - Độ tuổi từ 40-60 chiếm 63,2% (55/87)
 - Giới tính: Nam 80,5% (70/87), Nữ 19,5% (17/87)
- Tiền sử bệnh:
 - Nhiễm virus viêm gan: 85,1% (74/87)
 - Viêm gan B: 79,3% (69/87)
 - Nghiện rượu: 11,5% (10/87)
- Đặc điểm lâm sàng được mô tả chi tiết trong bảng 3.1.

Bảng 3.1. Triệu chứng lâm sàng

Triệu chứng	N=87 (%)
Đau bụng hạ sườn phải	45 (51,7%)
Đau bụng mơ hồ	23 (26,4%)
Tình cờ phát hiện	19 (21,8%)
Mệt mỏi, chán ăn	35 (40,2%)
Gầy sút cân	29 (33,3%)
Vàng da, vàng mắt	11 (12,6%)
Gan to	7 (8,0%)
Sờ thấy khối u	7 (8,0%)

- Đặc điểm cận lâm sàng, giai đoạn bệnh và mô bệnh học được mô tả chi tiết trong bảng 3.2.

Bảng 3.2. Đặc điểm cận lâm sàng và mô bệnh học

Đặc điểm tổn thương	N (%)
Marker AFP < 400 ng/ml	22 (25,3%)
Marker AFP ≥ 400 ng/ml	65 (74,7%)
Chức năng gan Child-Pugh A	71 (81,6%)
Chức năng gan Child-Pugh B	16 (18,4%)
Giai đoạn BCLC A	79 (90,8%)
Giai đoạn BCLC B	8 (9,2%)
Ung thư biểu mô tế bào gan	83 (95,4%)
Ung thư biểu mô đường mật	4 (4,6%)

3.2. Đặc điểm kỹ thuật và kết quả phẫu thuật

- Tư thế bệnh nhân:
 - Nằm ngửa: 65,7%
 - Nằm nghiêng trái: 34,3%
- Số lượng trocar sử dụng:
 - 4 trocar: 97%
 - 5 trocar: 3%
- Tỷ lệ phẫu thuật thành công: 92% (80/87); Chuyển đổi kỹ thuật: 8% (7/87) do chảy máu không kiểm soát hoặc khối u xâm lấn.
- Các loại phẫu thuật cắt gan:
 - Cắt gan phải: 21,8% (19/87)
 - Cắt gan trái: 12,6% (11/87)
 - Cắt gan phân thùy trước: 5,7% (5/87)
 - Cắt gan phân thùy sau: 24,1% (21/87)
 - Cắt gan thùy trái: 35,6% (31/87)
 - Cắt gan theo giải phẫu: 79,3% (69/87)
 - Bờ cắt an toàn < 1 cm: 10,3% (9/87)
 - Lượng máu mất trung bình: $390 \pm 271,5$ ml (100 - 1150 ml)
 - Thời gian phẫu thuật trung bình: $115,6 \pm 37,9$ phút (70 - 235 phút)

3.3. Kết quả sau phẫu thuật.

Kết quả sau phẫu thuật được tổng hợp như sau:

- Thời gian nằm ICU trung bình: $2,3 \pm 1,5$ ngày
- Biến chứng sau phẫu thuật được mô tả chi tiết như trong bảng 3.3.

Bảng 3.3. Biến chứng sau phẫu thuật

Biến chứng	N (%)
Tràn dịch màng phổi	3 (3,4%)
Chảy máu	1 (1,1%)
Rò mật	4 (4,6%)
Bảng bụng kéo dài	5 (5,7%)
Suy gan	1 (1,1%)

- Tử vong sau phẫu thuật (30 ngày): 1,1% (1/87)
- Thời gian nằm viện trung bình: $9,7 \pm 5,3$ ngày (7 - 25 ngày)

IV. BÀN LUẬN

Phẫu thuật nội soi cắt túi mật đầu tiên được thực hiện thành công vào năm 1987, đánh dấu bước ngoặt quan trọng trong lĩnh vực phẫu thuật nội soi, nhanh chóng phát triển và mở rộng sang nhiều kỹ thuật khác trong phẫu thuật gan.³ Ban đầu, phẫu thuật nội soi chỉ được áp dụng để chẩn đoán, sinh thiết gan hoặc cắt chỏm nang gan.⁴ Tuy nhiên, phẫu thuật nội soi cắt gan đã gặp nhiều khó khăn về kỹ thuật, đặc biệt trong kiểm soát chảy máu và tắc mạch do khí, do đó đòi hỏi nhiều trang thiết bị hỗ trợ hiện đại. Gagner đã thực hiện thành công phẫu thuật nội soi cắt gan hạ phân thùy VI vào năm 1992, mở ra một hướng đi mới cho kỹ thuật này.¹ Tại Việt Nam, Bệnh viện

Việt Đức đã thực hiện 22 ca cắt gan nội soi trong giai đoạn 2004-2006 [5], và Bệnh viện Trung ương Huế đã áp dụng kỹ thuật này thường quy trong 5 năm qua với 87 bệnh nhân.

4.1. Chỉ định phẫu thuật. Phẫu thuật nội soi cắt gan hiện nay được chỉ định cho tất cả các khối u dạng đặc của gan mà không còn phụ thuộc vào bản chất tổn thương, chỉ căn cứ vào vị trí và kích thước của thương tổn.⁶ Thời gian đầu, kỹ thuật này chủ yếu được thực hiện trên khối u nhỏ ở vị trí bờ trước của gan phải hoặc trái, nhưng đã dần được áp dụng cho các khối u lớn hơn và phẫu thuật theo giải phẫu.⁷ Câu chuyện thành công của E. Vibert với phẫu thuật cắt gan trái, cắt gan phải và cắt phân thùy sau đã mở rộng khả năng áp dụng phẫu thuật nội soi trong điều trị ung thư gan.⁶

4.2. Kiểm soát chảy máu và kỹ thuật phẫu thuật. Chảy máu trong phẫu thuật nội soi cắt gan là một thách thức lớn và ảnh hưởng rất lớn đến kết quả phẫu thuật. Để hạn chế chảy máu, một số phẫu thuật viên đã sử dụng các kỹ thuật như phẫu tích bằng tia nước hoặc dao siêu âm, giúp giảm thiểu chảy máu mà không làm mờ phẫu trường do khói.^{9,10} Các mạch máu và đường mật nhỏ được kẹp bằng clip, trong khi tĩnh mạch trên gan được xử lý bằng EndoGIA. Một số tác giả cũng áp dụng kỹ thuật bàn tay trợ giúp (Hand Assisted Laparoscopy) để cải thiện kiểm soát chảy máu trong những ca khó khăn. Trước đây, chúng tôi gặp không ít khó khăn khi sử dụng dao điện đơn cực, tuy nhiên từ năm 2019, việc chuyển sang dao siêu âm Sonastar đã đem lại nhiều thuận lợi trong việc bóc lột và kiểm soát mạch máu cũng như đường mật, từ đó giảm thiểu tình trạng dò mật và chảy máu sau phẫu thuật.

4.3. Biến chứng và kết quả sau phẫu thuật. Trong số 87 bệnh nhân được phẫu thuật nội soi cắt gan, tỷ lệ biến chứng tổng thể là 11,5%. Cụ thể, các biến chứng ghi nhận bao gồm: tràn dịch màng phổi (3,4%), băng bụng kéo dài (5,7%), chảy máu (1,1%), rò mật (4,6%) và suy gan (1,1%). Tỷ lệ tử vong sau phẫu thuật là 1,1%, với thời gian nằm viện trung bình là $9,7 \pm 5,3$ ngày (7-25 ngày).

So sánh với các nghiên cứu khác, L. Biertho báo cáo tỷ lệ chảy máu sau phẫu thuật là 0,5%, cùng với tắc mạch do khí và dò mật lần lượt là 0,5% và 1,6%.⁹ Alan Koffron ghi nhận tỷ lệ cần truyền máu là 4,3%, với dò mật 2,2% và tràn khí màng phổi 0,7%.¹¹ E. Vibert cho thấy trong 113 bệnh nhân, có 2 trường hợp cần truyền máu sau phẫu thuật.⁶

Phẫu thuật nội soi cắt gan được xem là một kỹ thuật ít xâm lấn, mang lại nhiều lợi ích như

seo mổ nhỏ, ít đau, thời gian nằm viện ngắn, giúp bệnh nhân nhanh chóng trở lại sinh hoạt bình thường và giảm nguy cơ gặp phải các biến chứng như tắc ruột hay sỏi thành bụng sau phẫu thuật. Những kết quả này cho thấy tai biến và biến chứng từ phẫu thuật cắt gan nội soi tương đương với phẫu thuật mở truyền thống. Tuy nhiên, đây chỉ là những kết quả ban đầu; các nghiên cứu với thời gian theo dõi dài hơn sẽ cần thiết để đánh giá một cách chính xác hơn về hiệu quả và an toàn của phương pháp này về mặt ung thư học.

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật nội soi cắt gan đã chứng tỏ tính khả thi và hiệu quả tại các trung tâm lớn với trang thiết bị hiện đại và đội ngũ phẫu thuật viên có kinh nghiệm. Kỹ thuật này có chỉ định an toàn và hợp lý cho các khối u gan có kích thước dưới 5 cm. Kết quả ghi nhận sau phẫu thuật cho thấy tỷ lệ biến chứng và tử vong thấp, cùng với thời gian nằm viện ngắn. Những ưu điểm này cho thấy phẫu thuật nội soi cắt gan là một phương pháp điều trị hợp lý, giúp cải thiện chất lượng sống cho bệnh nhân. Tuy nhiên, việc áp dụng rộng rãi kỹ thuật này vẫn cần dựa trên sự đánh giá cẩn thận của từng bệnh nhân cũng như kinh nghiệm của đội ngũ phẫu thuật viên. Để tối ưu hóa kết quả lâm sàng, cần tiếp tục nghiên cứu và theo dõi lâu dài về hiệu quả và độ an toàn của phẫu thuật nội soi cắt gan.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Ganger M** (1992), "Laparoscopic partial hepatectomy for liver tumor", *Surg endosc.* 6, p. 97.
2. **Mittler Jens, McGillicuddy John W, and Chavin Kenneth D** (2011), "Laparoscopic liver resection in the treatment of hepatocellular carcinoma", *Clinics in Liver Disease.* 15(2), pp. 371-384.
3. **Dubois François, Berthelot G, and Levard H** (1991), "Laparoscopic cholecystectomy: historic perspective and personal experience", *Surgical Laparoscopy Endoscopy & Percutaneous Techniques.* 1(1), pp. 52-57.
4. **Lefor Alan T and Flowers John L** (1994), "Laparoscopic wedge biopsy of the liver", *Journal of the American College of Surgeons.* 178(3), pp. 307-308.
5. **Đỗ Tuấn Anh Trần Bình Giang, Nguyễn Quang Nghĩa, Phan Thị Dung** (2006), "Phẫu thuật cắt gan nội soi", *Bệnh viện Việt Đức: Sinh hoạt báo cáo các đề tài nghiên cứu khoa học*
6. **Vibert E, et al.** (2006), "Laparoscopic liver resection", *Journal of British Surgery.* 93(1), pp. 67-72.
7. **Descottes B** (1997), "La chirurgie laparoscopique du foie", *Chirurgie digestive par laparoscopie-sub redactia Champault G., Meyer C.* Editura Masson, pp. 77-82.

8. Samama G, et al. (1998), "Laparoscopic anatomical hepatic resection: report of four left lobectomies for solid tumors", Surgical endoscopy. 12(1), pp. 76-78.
9. Biertho L, Waage A, and Gagner M (2002), Hepatectomies sous laparoscopie, Annales de chirurgie, Elsevier, pp. 164-170.
10. Descottes B, et al. (2000), Traitement laparoscopique des tumeurs solides et kystiques du foie. Etude de 33 cas, Annales de chirurgie, Elsevier, pp. 941-947.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ NONG ĐƯỜNG MẬT BẰNG BÓNG NONG QUA NỘI SOI ỐNG MỀM ĐIỀU TRỊ HẸP ĐƯỜNG MẬT CHÍNH Ở BỆNH NHÂN SỎI MẬT

Đỗ Sơn Hải¹, Vũ An Khánh¹, Quách Vũ Phi¹,
Nguyễn Tuyết Ngân¹, Trương Văn Nhựt¹, Trần Huỳnh Đức¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Hẹp đường mật (HDM) là một bệnh lý thường gặp tại Việt Nam. Tuy nhiên cho đến nay có rất ít tác giả đi sâu tìm hiểu về kết quả điều trị HDM. Nghiên cứu này nhằm đánh giá kết quả nong đường mật bằng bóng nong qua nội soi ống mềm điều trị HDM chính ở bệnh nhân (BN) sỏi mật. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Mô tả, tiền cứu, không nhóm chứng trên các BN sỏi mật có HDM chính được điều trị nong hẹp bằng bóng nong qua NSĐM (NSĐM) ống mềm tại Trung tâm phẫu thuật tiêu hóa- Bệnh viện Quân y 103 từ tháng 07 năm 2021 tới tháng 12 năm 2024. **Kết quả:** Nghiên cứu trên 62 BN. Tuổi trung bình: $60,1 \pm 14,1$; tỷ lệ nữ/nam = 1,69/1; 75,8% số BN có tiền sử sỏi mật. HDM phần lớn là 1 vị trí (90,3%) và chủ yếu là HDM trong gan đơn thuần (88,7%). Hẹp đa phần có đường kính 3mm- <4mm (52,2%), độ dài 2mm - 5mm (53,6%), và đều là hẹp lành tính. Phương pháp can thiệp là mở ống mật chủ, NSĐM trong mổ (90,3%) và NSĐM qua da (9,7%). Nong HDM sau đó đặt stent mật-da cho 64,5% BN. Tỷ lệ tai biến: 16,1%, biến chứng: 12,8%. Tỷ lệ hết HDM sau mổ: 87,1%. Kiểm tra tại thời điểm 1, 3 và 6 tháng sau phẫu thuật, tỷ lệ HDM tái phát lần lượt là 1,9%, 7,4%, 11,1%. **Kết luận:** Nong đường mật bằng bóng nong qua nội soi ống mềm bước đầu cho thấy là một phương pháp an toàn và hiệu quả để điều trị hẹp đường mật chính ở bệnh nhân sỏi mật.

Từ khóa: Nội soi đường mật ống mềm, hẹp đường mật, bóng nong đường mật

SUMMARY

RESULTS OF BILIARY DILATION BY BALLOON DILATOR VIA FLEXIBLE CHOLANGIOSCOPY FOR TREATMENT OF PRIMARY BILE DUCT STRICTURE IN BILIARY STONES' PATIENTS

¹Học viện Quân y - Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Đỗ Sơn Hải

Email: dosonhai@vmmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 17.3.2025

Ngày phản biện khoa học: 14.4.2025

Ngày duyệt bài: 29.5.2025

Introduction: Biliary stricture is a common disease in Vietnam. However, there were very few authors who have researched about the results of biliary stricture's treatment. The purpose of this study was to evaluate the results of biliary dilation by balloon dilator via flexible cholangioscopy for treatment of primary bile duct stricture. **Patient and methods:** Descriptive, prospective, non-controlled research on patients with biliary stones and primary bile duct strictures treated by balloon dilator via flexible cholangioscopy at the Abdominal surgery centre - Military hospital 103 from July 2021 to July 2024. **Results:** Mean age: 60.1 ± 14.1 ; Female/male ratio = 1.69/1; 75.8% of patients had the history of biliary stones. Most biliary strictures were in 1 position (90.3%). The strictures mostly were 2mm - 5mm long (53.6%), 3-<4mm in diameter (52.2%) and were all benign. Surgical methods were choledochotomy with intraoperative flexible cholangioscopy (90.3%) and percutaneous flexible cholangioscopy (9.7%). Biliary strictures were taken by balloon dilation; then, biliary-cutaneous stents were placed in 64.5% of cases. Intraoperative complications: 16.1%, postoperative complications: 12.9%. The rate of stone stricture clearance after surgery was 87.1%. Rechecked at 1, 3, and 6 months after operation, the ratio of recurrent biliary strictures was 1.9%, 7.4%, and 11.1%, respectively. **Conclusions:** Biliary dilation by balloon dilator via flexible cholangioscopy was a safe and effective method for the treatment of primary bile duct strictures in biliary stones' patients.

Keywords: Flexible cholangioscopy, biliary stricture, biliary balloon dilator

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hẹp đường mật (HDM) là một bệnh lý thường gặp tại Việt Nam cũng như ở một số nước Đông nam Á. Ở bệnh nhân (BN) sỏi mật thì tỷ lệ HDM có thể lên tới 70% [1]. Khi đó, HDM kết hợp sỏi tạo thành vòng xoắn bệnh lý, làm cho việc điều trị phức tạp và khó khăn. Theo định nghĩa của hiệp hội Gan mật tụy thế giới, HDM là "sự giảm khu trú khẩu kính đường mật so với phần đường mật kế cận với nó, đi kèm với giãn đường mật bên trên vị trí hẹp" [2]. Mặc dù