

nguyên cứu của chúng tôi là ổ dịch tồn dư và tràn dịch màng phổi, trong đó đa phần là mức độ nhẹ không cần chọc hút dịch, không có BN nào suy gan sau mổ. Dựa theo phân loại biến chứng của Dindo, tỉ lệ biến chứng sau mổ 36,5% tương đương với các nghiên cứu trên thế giới, đa phần thuộc biến chứng độ 1 đều được điều trị nội khoa ổn định. Đồng thời, tỉ lệ biến chứng nặng (độ 3a trở đi) trong nghiên cứu của chúng tôi không có và tỉ lệ tử vong sau mổ 0% cho thấy phẫu thuật cắt gan lớn được thực hiện an toàn.

V. KẾT LUẬN

Cắt gan lớn điều trị ung thư biểu mô tế bào gan được thực hiện an toàn, không có bệnh nhân tử vong sau mổ. Lựa chọn bệnh nhân trước mổ và thực hiện các kĩ thuật kiểm soát cuống thích hợp giúp giảm tỉ lệ biến chứng và tử vong.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Marrero, J.A., et al.**, Diagnosis, Staging, and Management of Hepatocellular Carcinoma: 2018

Practice Guidance by the American Association for the Study of Liver Diseases. *Hepatology*, 2018. 68(2): p. 723-750.

2. **Lang, B.H., et al.**, Perioperative and long-term outcome of major hepatic resection for small solitary hepatocellular carcinoma in patients with cirrhosis. *Arch Surg*, 2003. 138(11): p. 1207-13.
3. **Mullen, J.T., et al.**, Hepatic insufficiency and mortality in 1,059 noncirrhotic patients undergoing major hepatectomy. *J Am Coll Surg*, 2007. 204(5): p. 854-62; discussion 862-4.
4. **Capussotti, L., et al.**, Major liver resections for hepatocellular carcinoma on cirrhosis: early and long-term outcomes. *Liver Transpl*, 2004. 10(2 Suppl 1): p. S64-8.
5. **Pamecha, V., et al.**, Major Liver Resection for Large and Locally Advanced Hepatocellular Carcinoma. *Indian J Surg*, 2017. 79(4): p. 326-331.
6. **Trịnh Hồng Sơn, N.V.K., Nguyễn Quang Nghĩa, Nguyễn Tiến Quyết**, Cắt gan lớn có cấp kiểm soát chọn lọc cuống gan trong điều trị ung thư gan nguyên phát. *Tạp chí Y dược học lâm sàng* 108, 2017. tập 12(3): p. 115-120.
7. **Miyagawa, S., et al.**, Criteria for safe hepatic resection. *Am J Surg*, 1995. 169(6): p. 589-94.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ PHẪU THUẬT CẮT GAN ĐIỀU TRỊ SỎI TRONG GAN VÀ CÁC BIẾN CHỨNG CỦA SỎI TRONG GAN CÓ SỬ DỤNG NỘI SOI ĐƯỜNG MẬT BẰNG ỐNG MỀM

Thái Nguyên Hưng¹

TÓM TẮT

- **Mục tiêu nghiên cứu:** NC tiến cứu trên 31 trường hợp phẫu thuật cắt gan điều trị sỏi trong gan và các biến chứng của sỏi trong gan: apxe gan đường mật, chảy máu đường mật (CMĐM), hẹp đường mật... có sử dụng nội soi đường mật (NSĐM) bằng ống soi mềm kết hợp với tán sỏi điện thủy lực (TSDTL). Mô tả các đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của sỏi trong gan và các biến chứng do sỏi, các chỉ định cắt gan và đánh giá kết quả phẫu thuật cắt gan có NSĐM trong mổ. - **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu (NC):** + Tất cả những trường hợp được chẩn đoán sỏi trong gan và/hoặc các biến chứng của sỏi trong gan, được điều trị phẫu thuật cắt gan tại khoa phẫu thuật cấp cứu bụng, BV Việt Đức có sử dụng NSĐM bằng ống soi mềm. - **Phương pháp NC:** Phương pháp mô tả tiến cứu. - **Kết quả nghiên cứu:** + Có 31 BN đủ tiêu chuẩn được đưa vào NC trong đó nữ 24 BN (77,4%), nam 7 BN (22,6%), tuổi TB 44,5 ± 12,7 (từ

18-73 t). Có 28/31 BN (90,3%) làm nghề nông và ở nông thôn, 3 BN (9,7%) ở thành thị. Có 14/31 BN (45,2%) đã mổ mật - 1 lần; 38,7% có tiền sử (TS) giun chui ống mật. Triệu chứng lâm sàng: 45,1% đau DSP, sốt, vàng da từng đợt, 25,8% đau DSP và vàng da, 25,8% đau DSP, 3,3% đau DSP và sốt. Xét nghiệm BC > 10.000/1mm³ chiếm 14/31 BN (45,2%); 100% VSS tăng, 14/31 BN (45,2%) bilirubine tăng. 100% là sỏi OMC phối hợp với sỏi trong gan hoặc sỏi gan đơn thuần. Cây mật có 71,0% có VK. Có 23/31 BN (74,2%) chỉ định cắt gan có liên quan đến hẹp đường mật từ ống gan, PT, HPT. 14/31 BN (45,1%) cắt gan có liên quan đến apxe gan đường mật. 22/31 BN (71,0%) cắt thùy gan trái, 1 BN cắt thùy gan giữa, 1 BN cắt gan trái, 1 BN cắt gan trái mở rộng sang phần thùy trước (PTT), 6 BN cắt hạ phần thùy (HPT), (3 BN HPTIII, 3 BN HPTVIII). Có 4 BN cắt gan do chảy máu đường mật (CMĐM) phối hợp với apxe gan đường mật. Chụp đường mật qua kheer tỷ lệ sạch sỏi 24/31 BN (77,42%), 7 BN còn sỏi trong gan (1 BN còn sỏi PTT, 1 BN còn sỏi PTS, 5 BN còn sỏi ở HPT). + Không có TV trong và sau mổ: + Biến chứng: 4/31 BN (12,9%) trong đó 2 BN apxe dưới hoành, rò mật được luồn sond hút và điều trị nội, 1 BN chảy máu mòm cắt gan mổ lại khâu cầm máu. 1 BN tắc ruột sớm sau mổ. - **Kết luận:** + Phẫu thuật cắt gan điều trị sỏi trong gan và/ hoặc các biến chứng do sỏi có sử dụng NSĐM

¹Bệnh viện K

Chịu trách nhiệm chính: Thái Nguyên Hưng

Email: thainguyenhung70@gmail.com

Ngày nhận bài: 2.2.2023

Ngày phản biện khoa học: 21.3.2023

Ngày duyệt bài: 4.4.2023

bằng ống soi mềm góp phần xử trí triệt để sỏi khu trú sau hẹp đường mật, lấy sỏi và TSĐTL không hết và các biến chứng nặng như apxe gan đường mật, chảy máu đường mật, hẹp đường mật... +74,2% các trường hợp chỉ định cắt gan có liên quan đến hẹp đường mật từ ống gan, ống phân thủy (PT), HPT; 45,1% BN cắt gan có liên quan đến apxe gan đường mật. Có 4 BN cắt gan do CMĐM phối hợp với apxe gan đường mật (4/31 BN, 12,9%); 71,0% cắt thủy gan trái; 6 BN cắt HPT (19,4%), 1 BN cắt gan trái, 1 BN cắt gan trái mở rộng (PTT), 1 BN cắt thủy gan giữa. Tỷ lệ sạch sỏi 77,42%, tỷ lệ còn sỏi trong gan mức PT và HPT 22,58%. Không có sót sỏi ở ống mật chủ và các ống gan. Không có BN tử vong, tỷ lệ biến chứng là 12,9%.

SUMMARY

EVALUATION OF HEPATIC RESECTION IN SURGICAL TREATMENT OF HEPATOLITHIASIS AND ITS COMPLICATIONS USING INTRAOPERATIVE FLEXIBLE CHOLEDOCHOSCOPY IN DETECTION OF ADDITIONAL STONES AND BILE DUCT LESIONS

- **Study aim:** 1. Evaluation of clinic feature and para clinic feature of hepatolithiasis and its complications as hepatic ductal stricture, liver abscesses and hemobilia, recurrent cholangitis... 2. Indications and result of hepatic resection in surgical treatment of hepatolithiasis using flexible choledochoscopy in detection of additional stones and bile duct lesions related to repeated cholangitis segment, liver abscesses and hemobilia, stenotic duct... - **Patient and method:** Prospective study. Time: 2007-2011. - **Result:** + There were 31 patients, female 24 patients (77,4%), male 7 patients (22,6%), 90,3% were farmer, the mean age was 44,5± 12,7 years (range 18-73 years), 45,2% had a history of biliary surgery. Clinic symptoms: Recurrent abdominal pain, fever, jaundice in 45,1%, recurrent abdominal pain and jaundice in 25,8%, abdominal pain only in 25,8%, fever and abdominal pain in 3,3%. Elevation of leucocyte > 10.000/mm³ in 45,2%, elevation of VSS in 100%. Elevation of bilirubolemie in 45,2%. Abdominal Ultrasound revealed intra hepatic stones or intrahepatic and common bile duct stones in 100%. Hepatic resection indications for stenotic hepatic duct in 74,2%, related to cholangitic abscesses in 45,1%, related to hemobilia in 4 patients (12,9%). Operation performed: Left lateral segmentectomy in 22 patients (71%), medial segmentectomy in 1 patient, left hepatic lobectomy in 1 patient, left hepatic lobectomy extended to anterior segment in 1 patient, subsegmentectomy in 6 patients (19,3%) (3 subsegment III, 3 subsegment VIII). + Post operative cholangiography confirmed no residual stones in 77,42%, Residual stones in 7 patients (22,58%) among them: retained stones of segmental hepatic duct in 2 patients, (1 right anterior segment, 1 right posterior segment), retained stones of subsegmental duct in 5 patients. There was no death per and post operation. Complications: There were 4 patients (12,9%): subphrenic collection in 2 patients (biliary

fistula), intraabdominal bleeding in 1 patient, intertinal occlusion in 1 patient. - **Conclusion:** We concluded that hepatic resection combined with routine use of intraoperative flexible choledochoscopy for detection of packed stones behind stenotic duct, liver abscesses, hemobilia is a satisfactory surgical method to reduce retained intrahepatic stones and to eradicate the hepatic segment related to repeated infection, biliary stricture, liver abscesses, hemobilia... + The proportion of stones clearance was 77,42%, + The proportion of retained stones was 22,58%. There were no retained stones in common bile duct and common hepatic duct.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tỷ lệ sỏi trong gan ở các nước châu Á và Đông nam Á rất cao lên tới 53,3-61%. Sỏi trong gan có thể gây ra nhiều biến chứng như nhiễm trùng đường mật (NTĐM), apxe gan đường mật (AXGĐM), chảy máu đường mật (CMĐM), hẹp đường mật, ung thư gan đường mật...

Mặc dù đã ứng dụng nhiều phương pháp chẩn đoán và điều trị sỏi trong gan, mỗi phương pháp đều có ưu điểm riêng nhưng đều chưa đáp ứng được đầy đủ yêu cầu đặt ra.

Nội soi đường mật (NSĐM) từ khi được đưa vào ứng dụng kết hợp với tán sỏi điện thủy lực (TSĐTL) đã góp phần giảm tỷ lệ sỏi trong gan. Tuy nhiên NSĐM cũng gặp nhiều hạn chế do hẹp đường mật trong gan, đường mật nhỏ, hoặc biến đổi giải phẫu đường mật nên NSĐM không tiếp cận được sỏi và tổn thương đường mật phía ngoài vị sau chỗ hẹp.

Do đó tỷ lệ sót sỏi và các tổn thương đường mật còn cao. Ứng dụng NSĐM kết hợp với cắt gan là một trong những phương pháp có thể xử trí triệt để hẹp đường mật, AXGĐM, CMĐM và hạn chế tỷ lệ sót sỏi. Bởi vậy chúng tôi nghiên cứu (NC) đề tài này nhằm mục tiêu:

1. *Mô tả những đặc điểm lâm sàng (LS), cận lâm sàng (CLS) bệnh lý sỏi trong gan và các biến chứng: apxe gan ĐM, CMĐM, hẹp đường mật....*

2. *Chỉ định và kết quả PT cắt gan để điều trị sỏi trong gan và các biến chứng của sỏi trong gan có ứng dụng NSĐM bằng ống soi mềm và tán sỏi điện thủy lực.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

- Tất cả những bệnh nhân (BN), không phân biệt tuổi giới, được chẩn đoán sỏi trong gan và/hoặc các biến chứng của sỏi trong gan.

- Được PT cắt gan có sử dụng NSĐM hoặc NSĐM kết hợp TSĐTL trong mổ.

- **Tiêu chuẩn loại trừ:** BN ung thư gan đường mật.

- **Phương pháp NC:** Mô tả tiến cứu.

- **Địa điểm nghiên cứu:** Khoa PTCC bụng, BV Việt Đức.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Có 31 BN đủ tiêu chuẩn được đưa vào NC, trong đó nữ: 24 BN (77,4%); nam: 7 BN (22,6%), Tuổi TB: 44,52 ± 12,7 tuổi (từ 18-73 tuổi).

+ Nghề: Nghề nông 28/31 BN (90,3%).
Nghề khác: 3/31 BN (9,7%)

+ Địa dư: 28/31 BN (90,3%) ở nông thôn.
Thành thị: 3/31 BN (9,7%)

+ Tiền sử (TS): Chưa mổ: 17/31 BN (54,8%), Mổ mật 1 lần: 7/31BN (22,6%), Mổ · 2 lần: 7/31 BN (22,6%).

TS giun chui ống mật: (Gcom): 12/31 BN (38,7%)

- Đặc điểm lâm sàng

+ Đau dưới sườn phải (DSP) + Sốt + vàng da: 14/31 BN (45,1%)

+ Đau DSP: 8/31BN (25,8%)

+ Đau DSP + vàng da: 8/31 (25,8%)

+ Đau DSP + sốt: 1 BN (3,3%)

+ Gan to: 2/31 BN

+ TM to: 3/31 BN

+ Phản ứng DSP: 16/31 (51,6%)

Bảng 1. Đặc điểm các triệu chứng lâm sàng

STT	Các triệu chứng lâm sàng	n	%
1	Đau DSP + Sốt + Vàng da	14/31	45,1
2	Đau DSP + Vàng da	8	25,8
3	Đau DSP + Sốt	1	3,3
4	Đau DSP	8	25,8
5	Phản ứng DSP	16/31	51,6
6	Gan to	2	6,5
7	Túi mật to	3	9,7

- Đặc điểm các triệu chứng cận lâm sàng

+ XN công thức máu:

+ Hồng cầu giảm: 8 BN (25,8%)

+ Hb giảm: 4 BN (12,9 %)

+ Hematocrit giảm: 4 BN (12,9%).

Bảng 2. Xét nghiệm bạch cầu

STT	Số lượng bạch cầu	n	%
1	6000 - 8000 (mm ³)	7	22,5
2	> 8000 - 10000	10	32,3
3	> 10.000 - 15.000	9	29,0
4	> 15.000 - 20.000	4	12,9
5	> 20.000	1	3,3
Tổng		31	100

Bảng 3. Xét nghiệm sinh hóa

STT	Kết quả xét nghiệm	n	%
1	Máu lắng tăng (h1+h2/2): 2>10	31	100
2	Bilirubile trực tiếp (>19mmol)	14	45,2
3	Amylase máu tăng	7	22,5

4	Amylase nước tiểu tăng	9	29,0
5	GOT tăng (>37)	12	38,7
6	GPT tăng (>40)	13	41,9

Bảng 4. Kết quả siêu âm bụng và chẩn đoán trước mổ

TT	Chẩn đoán trước mổ	n	%
1	Sỏi OMC, sỏi gan F, sỏi gan T	4	5,2
2	Sỏi OMC, sỏi gan T	8	25,8
3	Sỏi gan trái	6	19,3
4	Sỏi gan F, sỏi gan T	6	19,3
5	Sỏi gan F	1	3,2
6	Sỏi OMC, Sỏi gan F, apxe gan F*	3	9,6
7	Sỏi OMC, sỏi và apxxe gan T**	2	6,4
8	Sỏi OMC, sỏi gan F, apxxe gan T	1	3,2
Tổng		31	100

* 2 BN apxxe gan F và CMĐM

** 1 BN apxxe gan T và CMĐM.

+ OMC · 10mm: 20 BN (65,5%); OMC không giãn 11 BN (35,5%)

+ Cây mật: Dương tính 22 BN (70,9%), âm tính 9 BN (29,1%)

+ Các loại vi khuẩn:

Bảng 5. Kết quả cấy dịch mật

STT	Tên vi khuẩn	n	%
1	E.Coli	9	41,0
2	Klebsiela	1	4,5
3	Enterobacter	1	4,5
4	Pseudomonas Aeruginosa	3	13,7
5	Enterococcus faecalis	1	4,5
6	Hỗn hợp 2 loại VK*	6	27,3
	Hỗn hợp 3 loại VK**	1	4,5
Tổng		22	100

*2 Enterobacter + Enterococcus; 1 Proteus + enterobacter; 2 E.Coli + Pseudomonas.A;

1 Enterobacter + Pseudomonas.A;

** 1 BN hỗn hợp 3 VK: E.coli + Enterobacter + Enterococcus.

Bảng 6. Chẩn đoán sau mổ

TT	Chẩn đoán sau mổ	n	%
1	Sỏi OMC, sỏi gan F, sỏi gan T	4	12,9
2	Sỏi OMC, sỏi gan T (1 BN apxxe gan T)	6	19,4
3	Sỏi gan T (2 BN apxxe gan T)	12	38,7
4	Sỏi OMC, sỏi gan F (1 BN apxxe gan F)	2	6,5
5	Sỏi OMC, sỏi gan F, apxxe gan F, CMĐM	2	6,5
6	Sỏi OMC, Sỏi và apxxe gan T (1 BN CMĐM)	2	6,5
7	Sỏi gan F và Sỏi gan T (1 apxxe và CMĐM)	3	9,5
Tổng		31	100

Bảng 7. Phương pháp mổ

TT	Phương pháp mổ	n	%
1	Mở OMC, NSĐM, cắt thùy gan T	14	45,3
2	Mở OMC, NSĐM, Tán sỏi ĐTL, cắt thùy gan T	7	23,7
3	Mở OMC, NSĐM, cắt thùy gan T và HPTVI	1	3,2
4	Mở OMC, NSDDM, TSĐTL, cắt HPTIII	2	6,4
5	Mở OMC, NSĐM, cắt HPTVIII	3	9,6
6	Mở OMC, NSĐM, TSĐTL, cắt gan T	1	3,2
7	Mở OMC, NSĐM, cắt gan trái mở rộng (PTT)	1	3,2
8	Mở OMC, NSĐM, TSĐTL, cắt thùy giữa	1	3,2
9	Mở OMC, NSĐM, cắt thùy giữa	1	3,2
	Tổng	31	

+ 100% số BN sử dụng NSĐM bằng OSM trong mổ
 + Số BN cắt thùy gan trái là: 22/31BN (71,0%).
 + Số BN được TSĐTL là 11/31BN (35,5%).
 + 5/31 BN cắt HPT và NSĐM qua mổ cắt (16,1%)

Bảng 8. Chỉ định cắt gan

STT	Chỉ định cắt gan	n	%
1	Sỏi khu trú - hẹp ống gan trái (OGT)*	10	32,3
2	Sỏi khu trú - hẹp OGT - apxe thùy gan T	5	16,1
3	Sỏi khu trú - hẹp phân thùy bên (PTB)**	2	6,4
4	Sỏi - apxe gan - chảy máu đường mật (CMĐM)***	4	12,9
5	Sỏi khu trú, hẹp Hạ phân thùy III (HPT)	3	9,7
6	Sỏi khu trú, hẹp HPT VIII	1	3,2
7	Sỏi khu trú - apxe thùy gan T	3	9,7
8	Sỏi khu trú gan trái	1	3,2
9	Sỏi khu trú, apxe gan T, sỏi phân thùy trước(PTT)	1	3,2
10	Sỏi khu trú thùy gan T	1	3,2
	Tổng	31	100

*1 Bn hẹp OGT + HPTIII, 1 BN hẹp OGT + PTB, 1 BN ko tán hết sỏi.

**1 BN hẹp PTB + apxe thùy gan T.

***1 BN sỏi + hẹp + apxe HPTVIII; 1 BN sỏi + hẹp + apxe PTT; 1 BN apxe gan T; 1 BN sỏi, apxe HPTVI, apxe gan T.

Bảng 9. Phương pháp cắt gan

STT	Các phương pháp cắt gan	n	%
1	Cắt thùy gan T	21	67,8

2	Cắt gan trái	1	3,2
3	Cắt gan trái mở rộng (PTT)	1	3,2
4	Cắt thùy gan T + HPTVI	1	3,2
5	Cắt thùy gan giữa + thắt ĐMG	1	3,2
6	Cắt HPTIII	3	9,6
7	Cắt HPTVIII	3	9,6
	Tổng	31	

Bảng 10. Chụp đường mật quakehr

STT	Chụp đường mật	n	%
1	Sạch sỏi	24	77,42
2	Còn sỏi OMC	0	
3	Còn sỏi mức phân thùy (1 PTT; 1 PTS)	2	6,48
4	Còn sỏi mức HPT (3 HPTVI; 1 HPTV; 1HPTVIII)	5	16,1
	Tổng	31	

Tỷ lệ sạch sỏi đạt 77,42 %, không có sỏi sót OMC và các ống gan, tỷ lệ sỏi sót là 22,58%

Biến chứng sau mổ

+ Không có BN Tử vong trong và sau mổ.
 + Biến chứng: 4/31BN (12,9%).
 + 2 trường hợp apxe dưới hoành-rò mật sau mổ đặt sond qua vết mổ hút và điều trị nội.
 + 1 BN chảy máu mòm cắt gan mổ lại khâu cầm máu.
 + 1 BN tắc ruột sớm sau mổ (tắc ruột 1 tháng sau mổ)

IV. BÀN LUẬN

Cho tới nay, mặc dù đã ứng dụng nhiều phương pháp hiện đại để chẩn đoán và điều trị sỏi trong gan nhưng tỷ lệ sỏi sót và tái phát sỏi trong gan cũng như các biến chứng của sỏi trong gan còn khá cao.

Nghiên cứu của Choi S và Choi TK [8] sử dụng NSĐM bằng ống sỏi mềm để chẩn đoán và điều trị phẫu thuật sỏi trong gan có tỷ lệ sỏi sót là 52,3%.

Sheung Tat Fan sử dụng NSĐM bằng ống sỏi mềm (OSM) kết hợp với TSĐTL trong mổ cho 137 BN, tỷ lệ sỏi sót là 45,7% [11].

Yamakawa T cho rằng NSĐM bằng OSM đóng vai trò quan trọng trong chẩn đoán điều trị sỏi trong gan. Phương pháp này không những phát hiện sỏi trong gan, hẹp đường mật trong gan và góp phần xác định những phần gan cần chỉ định cắt bỏ [12].

NC của Trần Đình Thơ [5] phối hợp siêu âm trong mổ và NSĐM cho kết quả tỷ lệ sỏi sót là 35,8%.

Không những có tỷ lệ sỏi sót cao sau PT sỏi trong gan ,bệnh lý này còn gây ra nhiều biến chứng nặng đe dọa tính mạng BN như: apxe gan đường mật, CMĐM, hẹp đường mật, xơ gan mật

và ung thư gan đường mật... bởi vậy việc cắt bỏ phần gan chứa sỏi và gây ra biến chứng sẽ góp phần điều trị triệt để sỏi trong gan, làm giảm tỷ lệ sỏi sỏi. Mặt khác cắt gan còn lấy đi tổ chức gan apxe, CMĐM và hẹp đường mật là nguyên nhân gây sỏi sỏi và tái phát sỏi.

Tuy nhiên cắt gan trong điều trị sỏi mật là một phẫu thuật cần cân nhắc kỹ và có tỷ lệ tai biến, biến chứng cao do BN được phẫu thuật sỏi mật thường có nhiễm trùng đường mật nhiều đợt, tắc mật và xơ gan mật nên tỷ lệ apxe, nhiễm trùng cao, chức năng đông máu giảm...

Nghiên cứu 31 BN cho thấy có TS đã mổ mật là 14/31BN (45,2%) trong đó có tới 50% đã PT - 2 lần. Mặt khác có tới 12/31 BN có TS giun chui ống mật (38,7%); có 100% các trường hợp VSS tăng cao, số lượng BC > 10.000/mm³ chiếm 14/31 BN (45,2%). Cây mật cho thấy có 71,0% nước mật nhiễm khuẩn chủ yếu là E.Coli, trực khuẩn mủ xanh và các trực khuẩn đường ruột trong đó có tới 7/22 BN có tới 2-3 loại vi khuẩn phối hợp (31,8) [Bảng 5].

Chỉ định cắt gan trong NC chủ yếu là sỏi khu trú ở 1-2 HPT trên cơ sở đường mật giãn chứa sỏi sau hẹp đường mật và/hoặc phối hợp với apxe gan ĐM và CMĐM [bảng 8]. Trong 31 BN được phẫu thuật cắt gan chỉ định chủ yếu do sỏi khu trú, hẹp ống gan trái (OGT) 10/31 BN (32,2%), sỏi khu trú phối hợp hẹp OGT và apxe thùy gan T 5/31 BN (16,1%). Chỉ định cắt gan do sỏi khu trú và hẹp các phần thùy và HPT bên trái chiếm 16,1% (5 BN). Cắt gan do sỏi khu trú và apxe thùy T có 3/31 BN (9,7%), do sỏi khu trú gan trái và thùy gan T chỉ có 2 BN (6,5%). Như vậy có tới 21/31 BN (67,7%) chỉ định cắt gan có liên quan tới hẹp OGT và/hoặc hẹp các PT và HPT bên trái (chỉ có 1 BN hẹp HPTVIII). Tất cả 4 BN được cắt gan do CMĐM đều phối hợp apxe gan đường mật (2 trong số này phối hợp hẹp PTT, hẹp HPTVIII). Nếu tính chung cả các BN có CMĐM thì có tới 23/31 BN (74,2%) hẹp đường mật các mức trong đó chỉ có 3 BN hẹp HPT VIII và PTT, còn lại 20/23 BN hẹp OGT, PT, HPT bên trái.

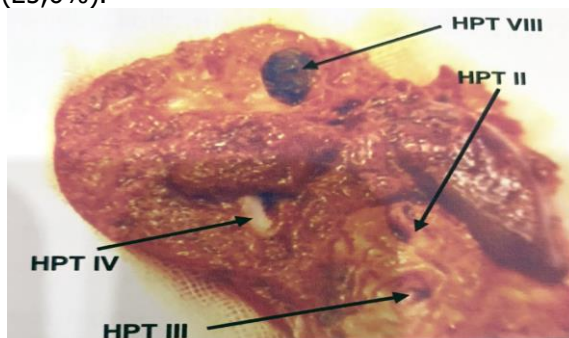
Bảng 9 cho thấy các vị trí cắt gan chủ yếu là cắt gan nhỏ 21/31 BN cắt thùy gan trái, 1 BN cắt thùy T và HPTVI; 1 BN cắt gan T, 1 BN cắt gan trái mở rộng sang PTT. Có 6 /31 BN cắt gan HPT (3 BN HPTIII, 3 BN HPTVIII).

Kết quả PT cho thấy có 2 BN rò mật, apxe tồn dư sau cắt gan được luồn sond hút và điều trị kháng sinh, 1 BN chảy máu móm cắt gan được mổ khâu cầm máu, 1 BN tắc ruột sớm sau mổ (< 1 tháng), không có trường hợp nào TV.

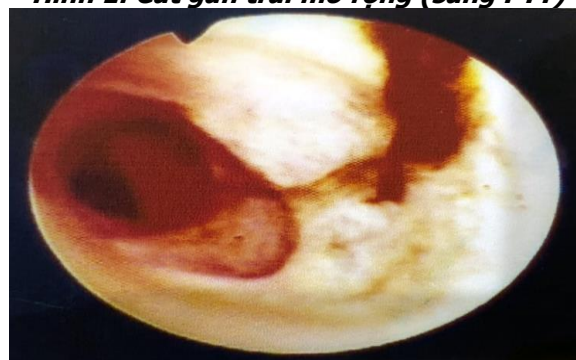
NC của TK Choi và J.Wong trong 52 BN cắt gan do sỏi mật tỷ lệ TV là 2,0%, tỷ lệ biến chứng là 16,0%, có 3 BN apxe dưới hoành phải mổ lại làm sạch, dẫn lưu apxe, 1 BN chảy máu móm cắt mổ lại khâu cầm máu [10].

+ Tỷ lệ cắt gan điều trị sỏi gan của ST Fan [11] và CS trong 172 trường hợp lag 63/172 BN (36,6%), tỷ lệ biến chứng là 32,0% chủ yếu là apxe dưới hoành, rò mật, nhiễm trùng vết mổ, apxe gan đường mật, tỷ lệ TV là 2,0%..

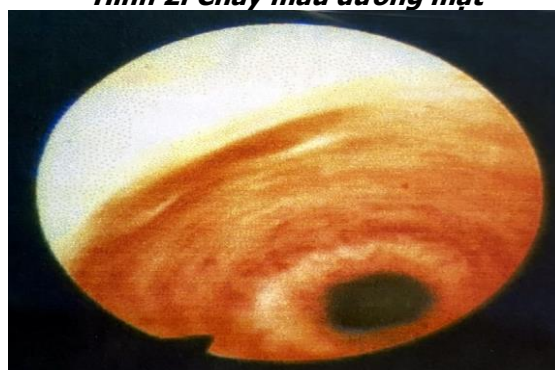
+ Tỷ lệ cắt gan trong NC này là 31/121 BN (25,6%).



Hình 1. Cắt gan trái mở rộng (sang PTT)



Hình 2. Chảy máu đường mật



Hình 3. Hẹp đường mật trong gan

CMĐM được phát hiện đầu tiên ở Việt nam năm 1957 trên 1 người đàn ông 33 tuổi chết vì apxe gan do giun đũa. Cắt từng lát gan của BN này thấy có thông thương giữa động mạch gan

và đường mật. Tôn Thất Tùng gọi CMĐM gây ra bởi sỏi mật và giun là CMĐM vùng nhiệt đới[6]. Các tác giả Tôn Thất Tùng, Nguyễn Dương Quang, Đỗ Kim Sơn [4] đều cho rằng chẩn đoán vị trí CMĐM là rất khó khăn. Đỗ Kim Sơn chụp đường mật để xác định vị trí CMĐM 12 BN chỉ xác định được vị trí chảy máu 5/12 trường hợp. CMĐM có đặc điểm là tái phát và dai dẳng làm cuối cùng BN kiệt quệ.

NC của chúng tôi có 4/31 BN được PT cắt gan do CMĐM phối hợp với apxe gan đường mật (ảnh 2). Cả 4 trường hợp này đều có triệu chứng xuất huyết tiêu hóa (ỉa phân đen), vàng da, có sốt dao động từ 38,5^o - 39^o có đau DSP. Xét nghiệm hồng cầu, huyết sắc tố, hematocrit giảm thấp (HC từ 2,7-2,9tr, Hematocrit 21-25%), BC và VSS tăng cao (1 BN VSS giờ 1>100), bilirubine tăng cao. Siêu âm bụng 2 BN có ổ apxe ở mặt gan và cả 4 BN có máu cục ở túi mật và OMC. Cả 4 BN được mổ cấp cứu. NSĐM cho thấy 1 BN có sỏi phối hợp với apxe, hẹp đường mật PTT. 1 trường hợp CMĐM trên nền apxe thùy gan trái, 1 BN chảy máu thành tia trên nền apxe ở HPT III và chảy máu rỉ rả trên nền apxe HPT VI (2 ổ apxe chảy máu); BN còn lại chảy máu thành tia trên nền apxe HPTVIII. Như vậy NSĐM có thể khu trú với độ chính xác cao tới mức phân thùy, HPT điểm chảy máu trên cơ sở apxe gan đường mật. Chúng tôi đã cắt phân thùy, HPT có apxe, chảy máu (mổ cấp cứu), những BN này sau mổ đều không còn CMĐM.

Chúng tôi nhận thấy có tới 14/31 BN (45,2%) các chỉ định cắt gan có liên quan tới apxe gan đường mật; 23/31 BN có hẹp đường mật từ ống gan, PT tới HPT có CĐ cắt gan (74,2%).

Kết quả chụp đường mật qua Kehr cho thấy (bảng 10), tỷ lệ sạch sỏi là 24/31 BN (77,4%), không có BN nào còn sỏi OMC, còn sỏi ở mức PT là 2/31 BN (6,5%), mức HPT là 5/31 BN (16,1%).

Tỷ lệ sỏi sỏi trong 44 BN theo NC của TK Choi là 52,3%[10], theo Sheung Tat Fan (137 BN sỏi trong gan) là 45,7%[11]. Tỷ lệ sạch sỏi trong gan qua NSĐM và TS ĐTL qua da của Chen MF là 76,9% với số lần lấy sỏi TB là 4,5 lần (dao động từ 1-12 lần) [7].

Tỷ lệ sỏi sỏi của Trần Đình Thơ khi phối hợp Siêu âm trong mổ và NSĐM là 35,8% [5].

V. KẾT LUẬN

+ Phẫu thuật cắt gan điều trị sỏi trong gan

và /hoặc các biến chứng do sỏi có sử dụng NSĐM bằng ống soi mềm góp phần xử trí triệt để sỏi khu trú sau hẹp đường mật, lấy sỏi và TSĐTL không hết và các biến chứng nặng như apxe gan đường mật, chảy máu đường mật, hẹp đường mật, nhiễm trùng đường mật tái phát...

+ 74,2% các trường hợp chỉ định cắt gan có liên quan đến hẹp đường mật từ ống gan, ống phân thùy, HPT. 45,1% các BN cắt gan có liên quan đến apxe gan đường mật. 12,9% BN cắt gan do CMĐM phối hợp với apxe gan đường mật. 71,0% cắt thùy gan trái, 19,4% cắt HPT 1 BN cắt gan trái, 1 BN cắt gan trái mở rộng (PTT), 1 BN cắt thùy gan giữa.

Tỷ lệ sạch sỏi 77,42%, tỷ lệ còn sỏi trong gan mức PT và HPT 22,58%. Không có sỏi sỏi ở ống mật chủ và các ống gan.

Không có BN tử vong, tỷ lệ biến chứng là 12,9%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Thái Nguyên Hưng, Hà Văn Quyết, Nguyễn Văn Huy** (2009): "Những thay đổi giải phẫu đường mật trong gan ứng dụng trong nội soi đường mật", Y học thực hành 7, trang 93-94
2. **Thái Nguyên Hưng, Trịnh Văn Tuấn**: Điều trị phẫu thuật chảy máu đường mật do sỏi có sử dụng nội soi đường mật bằng ống soi mềm. Tạp chí nghiên cứu Y học, 83(3), 63-67, 2013.
3. **Thái Nguyên Hưng**: Chẩn đoán và điều trị hẹp đường mật qua nội soi đường mật bằng ống soi mềm. Tạp chí khoa học tiêu hóa Việt Nam, số 31 (VIII), 2020-2029, 2013
4. **Đỗ Kim Sơn, Vũ Anh Dũng, Đỗ Mạnh Hùng** (1988): "Kết quả điều trị chảy máu đường mật tại BV Việt Đức (1979-1987)", Ngoại khoa 16(1)1-5.
5. **Trần Đình Thơ** (2006): Nghiên cứu ứng dụng siêu âm kết hợp với nội soi đường mật trong mổ để điều trị sỏi trong gan. Luận án tiến sĩ Y học, Hà Nội
6. **Tôn Thất Tùng** (1984): "Chảy máu đường mật miền nhiệt đới", Một số công trình nghiên cứu khoa học, NXB Y học, trang 266-275.
7. **Chen MF**: "Percutaneous transhepatic removal of common bile duct and intrahepatic duct stones with a fiberoptic choledochoscope". Gastrointestinal endoscopy 5(32), 347-349, 1986.
8. **Choi TK, Wong J, G.B. Ong**: The surgical management of primary intrahepatic stones. Br.J.Surg. Vol.69 (1982)86-90.
9. **Choi Tk, Choi S**: "Intraoperative flexible choledochoscopy for intrahepatic and extrahepatic calculi", Surgery (101), 571-576, 1987
10. **Choi TK, Wong J**: Current management of intrahepatic stones. World.J.Surg. 14, 487-491, 1990.
11. **Fan ST, Edward C.S**: "Hepatic resection for hepatolithiasis", Archives of Surgery, 9(128), 1070-1074, 1993.