

bệnh nhân là các yếu tố ảnh hưởng có ý nghĩa thống kê tới sự đáp ứng sau phẫu thuật của bệnh nhi.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Blanchette V, Bolton-Maggs P.** Childhood immune thrombocytopenic purpura: diagnosis and management. *Hematol Oncol Clin North Am.* 2010; 24(1):249-273.
2. **Neunert C, Terrell DR, Arnold DM, et al.** American Society of Hematology 2019 guidelines for immune thrombocytopenia. *Blood Adv.* 2019; 3(23):3829-3866.
3. **Lê Trọng Quân.** Nghiên Cứu Kết Quả Phẫu Thuật Nội Soi Một Vết Mổ Cắt Lách Trong Điều Trị Xuất Huyết Giảm Tiểu Cầu Tự Miễn. Luận văn bác sỹ chuyên khoa cấp II. Học viện Quân Y; 2014.
4. **Bell R, Boswell T, Hui T, Su W.** Single-incision laparoscopic splenectomy in children. *J Pediatr Surg.* 2012;47(5):898-903.
5. **Raboei E, Owivi Y, Ghallab A, et al.** Is It Safe for Trainees to Perform Single-Incision Pediatric Endosurgery Splenectomy? *J Laparoendosc Adv Surg Tech A.* 2019;29(3):420-423.
6. **Traynor MD, Camazine MN, Potter DD, Moir CR, Klinkner DB, Ishitani MB.** A Comparison of Single-Incision Versus Multiport Laparoscopic Splenectomy in Children. *J Laparoendosc Adv Surg Tech A.* 2021;31(1):106-109.
7. **Avila ML, Amiri N, Pullenayegum E, et al.** Long-term outcomes after splenectomy in children with immune thrombocytopenia: an update on the registry data from the Intercontinental Cooperative ITP Study Group. *Haematologica.* 2020; 105 (11):2682-2685.
8. **Aronis S, Platokouki H, Avgeri M, Pergantou H, Keramidas D.** Retrospective evaluation of long-term efficacy and safety of splenectomy in chronic idiopathic thrombocytopenic purpura in children. *Acta Paediatr.* 2004;93(5):638-642.
9. **Wang T, Xu M, Ji L, Yang R.** Splenectomy for chronic idiopathic thrombocytopenic purpura in children: a single center study in China. *Acta Haematol.* 2006;115(1-2):39-45.
10. **Mintz SJ, Petersen SR, Cheson B, Cordell LJ, Richards RC.** Splenectomy for immune thrombocytopenic purpura. *Arch Surg.* 1981; 116(5):645-650.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ NỘI SOI TÁN SỎI ĐƯỜNG MẬT XUYÊN GAN QUA DA BẰNG LASER DƯỚI HƯỚNG DẪN X-QUANG SỐ HOÁ XOÁ NỀN TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT ĐỨC

Lương Thành Đạt¹, Lê Thanh Dũng^{2,5}, Dương Trọng Hiền²,
Trần Bảo Long³, Thân Văn Sỹ², Nguyễn Thành Đạt¹,
Nguyễn Ngọc Sơn¹, Trần Quang Lộc⁴, Nguyễn Hải Nam²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả nội soi tán sỏi đường mật xuyên gan qua da (TSXGQD) bằng laser dưới hướng dẫn X-Quang số hoá xoá nền tại Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức từ 3/2022 đến 8/2022. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang, tiến cứu các trường hợp được tán sỏi đường mật nội soi ống cứng đường xuyên gan qua da bằng laser dưới hướng dẫn X-Quang số hoá xoá nền tại Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức từ 3/2022 đến 8/2022. **Kết quả:** 50 Bệnh nhân (BN) đạt tiêu chuẩn lựa chọn vào đối tượng nghiên cứu gồm 33 nữ (66%) và 17 nam (34%), tuổi trung bình $57,5 \pm 16,8$ tuổi. 41 BN (82%) có tiền sử phẫu thuật lấy sỏi mật, 25 BN có hẹp

đường mật. Sỏi đơn độc trong ống mật chủ ở 16 BN (32%), 20 BN (40%) có sỏi đường mật trong và ngoài gan, các BN còn lại sỏi nằm trong đường mật trong gan phải, gan trái, kích thước trung bình sỏi đường mật trong gan $21,4 \pm 12,4$ mm (min 5 mm – max 65mm) và sỏi ống mật chủ $22,7 \pm 15,1$ mm (min 4mm – max 82mm). Kỹ thuật tán sỏi đường mật nội soi ống cứng với tỷ lệ công tán phù hợp với từng BN: 14Fr (12,3%), 16Fr (14,0%), 18Fr (73,7%) giúp tăng tỷ lệ sạch sỏi sau thủ thuật với tỷ lệ sạch sỏi trung bình cho sỏi trong và ngoài gan $97,8 \pm 6,1$ %, tỷ lệ sạch sỏi trong ống mật chủ 100% và tỷ lệ sạch sỏi trong gan $96,7 \pm 7,1$ %, thời gian tán sỏi thấp $46,6 \pm 28,8$ phút, thời gian nằm viện ngắn $5,9 \pm 3,7$ ngày và tỷ lệ tai biến thấp 7/50 BN chiếm 14%. Biến chứng mức độ vừa – nhẹ liên quan đến thủ thuật: 5 BN bị tràn dịch màng phổi phải mức độ ít; 1 BN sốt thoáng qua sau thủ thuật được điều trị kháng sinh và ổn định sau 3 ngày; 1 BN bị chảy máu đường mật được điều trị nội khoa ổn định. **Kết luận:** Kỹ thuật nội soi tán sỏi đường mật xuyên gan qua da (TSXGQD) bằng laser dưới hướng dẫn X-quang số hoá xoá nền là một kỹ thuật an toàn, hiệu quả trong điều trị sỏi đường mật.

Từ khóa: Tán sỏi mật qua da bằng laser, sỏi đường mật.

¹Bệnh viện Đa khoa Nông nghiệp

²Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức

³Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

⁴Trường Đại học Y Hà Nội

⁵Trường Đại học Y Dược - Đại học Quốc gia Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Lương Thành Đạt

Email: drdatbvnn@gmail.com

Ngày nhận bài: 3.2.2023

Ngày phản biên khoa học: 10.4.2023

Ngày duyệt bài: 19.4.2023

SUMMARY**ASSESSING OUTCOMES OF PERCUTANEOUS TRANSHEPATIC CHOLANGIOSCOPIC LITHOTRIPSY WITH LASER LITHOTRIPSY UNDER DIGITAL SUBTRACTION ANGIOGRAPHY GUIDANCE AT VIET DUC UNIVERSITY HOSPITAL**

Objectives: Assessing outcomes of percutaneous transhepatic cholangioscopic with laser lithotripsy biliary under digital subtraction angiography guidance at Viet Duc University Hospital from march 2022 to august 2022. **Subjects and methods:** A prospective study of cases undergoing percutaneous transhepatic endoscopic lithotripsy under the guidance of ultrasound and digital subtraction angiography at Viet Duc University Hospital from march 2022 to august 2022. **Results:** 50 patients met the inclusion criteria for the study, including 33 females (66%) and 17 males (34%), average age was 57.5 ± 16.8 years old (min 20 years old-max 93 years old). 41 patients (82%) had a history of biliary stones removal surgery, 25 patients had biliary stricture. Choledocholithiasis was observed in 16 patients (32%), 20 patients (40%) had intrahepatic and extrahepatic bile duct stones, the remaining patients had stones in the right and left intrahepatic bile ducts. The average size of gallstones in the liver was 21.4 ± 12.4 mm (min 5mm - max 65mm) and common bile duct stone was 22.7 ± 15.1 mm (min 4mm - max 82mm). The percutaneous transhepatic rigid cholangioscopic lithotripsy procedure with the appropriate ratio of portals for each patient of 14Fr (12.3%), 16Fr (14.0%), 18Fr (73.7%) increased the stone clearance rate after the procedure with the average stone clearance rate for intra- and extrahepatic stones ($97.8 \pm 6.1\%$), the rate of stone clearance in the common bile duct was 100% and the rate of intrahepatic stone clearance was $96.7 \pm 7.1\%$, low lithotripsy time (46.6 ± 28.8 minutes), short hospitalization (5.9 ± 3.7 days) and low complication rate (7/50 patients accounted for 14%). Moderate - mild complications related to the procedure: 5 patients had a small right pleural effusion; 1 patient with transient fever after the procedure was treated with antibiotics and stabilized after 3 days; 1 patient with hemobilia was stable medically. **Conclusion:** The Percutaneous transhepatic cholangioscopic lithotripsy technique by laser under the guidance digital subtraction angiography and ultrasound is a safe and effective technique in the treatment of biliary stone.

Keywords: Percutaneous cholangioscopic lithotripsy by laser, biliary stone.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sỏi đường mật là bệnh lý phổ biến ở các quốc gia châu Á nói chung và Việt Nam nói riêng.¹ Bệnh nếu không được điều trị kịp thời sẽ dẫn đến các biến chứng cấp tính gây tử vong như sốc nhiễm khuẩn đường mật, viêm phúc mạc mật...vv. Hậu quả viêm nhiễm lâu dài dẫn tới xơ gan mật và gần đây có nhiều báo cáo về tỷ lệ tăng cao của ung thư đường mật trên bệnh

nhân (BN) sỏi đường mật.¹ Mục tiêu của điều trị sỏi đường mật nhằm loại bỏ hết sỏi, đảm bảo lưu thông mật - ruột, và phối hợp chống nhiễm khuẩn đường mật. Có nhiều phương pháp điều trị lấy sỏi đường mật như bằng can thiệp ít xâm lấn, mổ nội soi, mổ mở. Trong đó, mỗi phương pháp đều có những ưu nhược điểm riêng và có chỉ định phù hợp với tình trạng cụ thể của BN.

Trong vài thập kỷ gần đây, tán sỏi xuyên gan qua da (TSXGQD) sử dụng năng lượng laser đã được áp dụng cho thấy kết quả khả quan. Nghiên cứu này được thực hiện nhằm báo cáo kết quả sử dụng Laser holmium YAG để điều trị sỏi đường mật tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU**Đối tượng nghiên cứu**

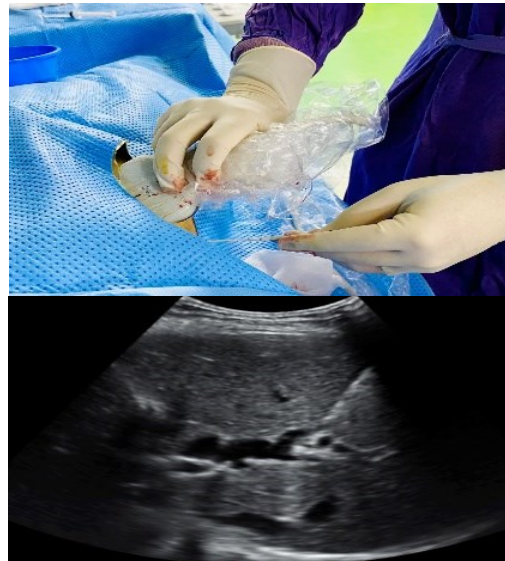
Tiêu chuẩn lựa chọn bao gồm các BN được chẩn đoán sỏi đường mật chính, được điều trị bằng TSXGQD từ tháng 3/2022 đến 8/2022 tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức và tình nguyện tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ: BN có bệnh lý phối hợp nặng làm ảnh hưởng đánh giá kết quả TSXGQD (ung thư đường mật,...), có chống chỉ định can thiệp (rối loạn đông máu, dị ứng thuốc cản quang...) hay từ chối không tiếp tục tham gia nghiên cứu.

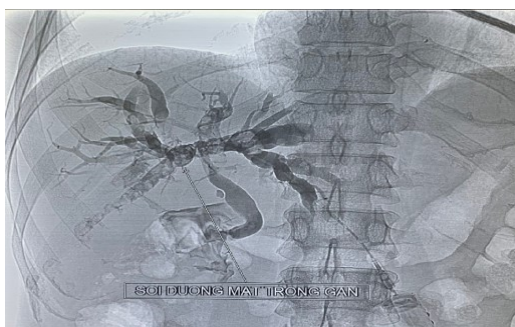
Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả tiến cứu.

Kỹ thuật TSXGQD gồm 2 thì:

Thì 1: Dẫn lưu đường mật xuyên gan qua da dưới hướng dẫn của siêu âm và X-Quang số hoá xoá nền.



Gây tê, chọc kim vào đường mật dưới siêu âm



Chụp cây đường mật dưới X-Quang số hoá xoá nền

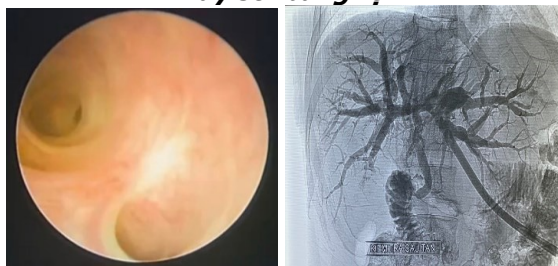
Thì 2: TSXGQD bằng laser (Nội soi kết hợp X-Quang số hoá xoá nền)



Tán sỏi bằng laser Holmium



Lấy sỏi bằng rọ



Kiểm tra đường mật sạch sỏi sau tán qua nội soi và X-quang số hoá xoá nền

Vô cảm: Tê tại chỗ bằng Lidocain 1% kết hợp tiền mê.

Các BN được dẫn lưu đường mật, dịch mật được lấy để nuôi cấy vi khuẩn và làm kháng sinh đồ. Các trường hợp có nhiễm trùng đường mật được điều trị ổn định trước khi tiến hành TSXGQD. Đối với các trường hợp không có nhiễm trùng đường mật, thủ thuật dẫn lưu đường mật

được thực hiện cùng một thì với TSXGQD, kháng sinh đường tĩnh mạch (IV) được sử dụng ít nhất 24 giờ trước khi thực hiện thủ thuật.

Trong quá trình thực hiện thủ thuật, các BN được gây tê tại chỗ và tiền mê, theo dõi các dấu hiệu sinh tồn. Đường hầm qua da được nong bằng bộ nong kích thước từ 8 – 18Fr (Seplou - America Inc.) trước khi đặt cổng tán Amplatz (Seplou - America Inc.) (kích thước từ 14Fr đến 18Fr tùy trường hợp). Quá trình tán sỏi được thực hiện bằng máy laser holmium YAG 2123 nm (Sphinx 100 – Germany) dưới hướng dẫn của nội soi (Karl Storz Endoscopy- Germany Inc.) và định vị bằng máy số hoá xoá nền (Philips – Holland Inc.). Sỏi mật được tiếp cận và tán vụn bằng laser thành các mảnh nhỏ trước khi bơm rửa và lấy bỏ bằng rọ (Seplou – America Inc.). Quá trình tán sỏi được lặp đi lặp lại cho tới khi sạch sỏi hay sỏi được lấy tối đa. Tiêu chuẩn sạch sỏi được đánh giá bằng chụp đường mật có thuốc cản quang và nội soi đường mật trong can thiệp và siêu âm sau can thiệp. Với các trường hợp hợp nhiều sỏi, sỏi phức tạp không thể lấy hết trong lần đầu, bệnh nhân được cân nhắc tán sỏi trong 2 hoặc nhiều lần. Sau thủ thuật, BN được đặt ống dẫn lưu đường mật (Merit Medical System – America Inc.). Bệnh phẩm sỏi mật được thu thập và gửi phân tích phân tích hóa sinh.

Theo dõi và đánh giá sau thủ thuật. Sau thủ thuật, BN được chuyển về theo dõi và điều trị tại khoa lâm sàng. Siêu âm ổ bụng được thực hiện sau 24 giờ để đánh giá tình trạng đường mật, dịch ổ bụng, dịch màng phổi nếu có. Chụp lại dẫn lưu đường mật và xét rút dẫn lưu mật được thực hiện sau tán sỏi 14 ngày. Khám lâm sàng, siêu âm gan mật được thực hiện tại thời điểm sau can thiệp 2 tuần, 3 tháng và mỗi 6 tháng. Trong trường hợp kết quả bất thường hoặc nghi ngờ tổn thương, cộng hưởng từ đường mật, hoặc cắt lớp vi tính được chỉ định thực hiện. Sốt sỏi được định nghĩa là sự tồn tại của sỏi mật ngay sau can thiệp trên các phương tiện hình ảnh.

Phân tích số liệu. Dữ liệu định lượng được thể hiện dưới dạng giá trị trung bình và / hoặc trung bình, độ lệch chuẩn (SD), tứ phân vị (IQR) và khoảng giá trị. Dữ liệu định tính được biểu thị dưới dạng số, tỷ lệ và tỷ lệ phần trăm.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Tổng cộng có 50 BN (nam có 17 BN chiếm 34%, nữ có 33 BN chiếm 64%, tuổi trung bình là $57,5 \pm 16,8$ tuổi (tuổi trẻ nhất 20 tuổi, tuổi cao nhất 93 tuổi) đã được điều trị bằng TSXGQD bằng laser (53 thủ thuật, 57 cổng tán), các đặc

điểm lâm sàng cơ bản được thể hiện trong Bảng 1. Đa số các BN (n = 41, 82%) đã có tiền sử phẫu thuật mở lấy sỏi mật với số lần phẫu thuật trung bình là 2,0 ± 1,8 lần, trong số này có 25 trường hợp (61%) hẹp đường mật, chủ yếu hẹp ống gan phải (10 BN, chiếm 40%). Phần lớn các BN có sỏi đường mật cả trong và ngoài gan (20 bệnh nhân, 40%), kích cỡ sỏi trung bình trong gan 21,4 ± 12,4 (mm) và sỏi ống mật chủ 22,7 ± 15,1 (mm).

Bảng 1: Đặc điểm cơ bản của 50 bệnh nhân được TSXGQD

Đặc điểm		N	
Tuổi trung bình		57,5 ± 16,8 tuổi (min 20 tuổi - max 93 tuổi)	
Tiền sử phẫu thuật sỏi mật (n = 41)	Không hẹp đường mật	16	
	Hẹp đường mật	Đường mật gan phải	10
		Đường mật gan trái	6
		Ngã ba đường mật	3
		Miệng nối mật ruột	3
		Phần thấp ống mật chủ	2
Đường mật gan trái và phần thấp ống mật chủ	1		
Vị trí sỏi mật	Đường mật gan phải	2	
	Đường mật gan trái	2	
	Đường mật trong gan hai bên	10	
	Ống mật chủ	16	
	Đường mật trong và ngoài gan	20	
Kích thước sỏi lớn nhất (mm)	Đường mật trong gan	21,4 ± 12,4 (min 5 mm - max 65 mm)	
	Ống mật chủ	22,7 ± 15,1 (min 4 mm - max 82 mm)	

Các thông số về kỹ thuật và kết quả của TSXGQD được trình bày trong bảng 2. Tỷ lệ sạch sỏi trung bình 97,8 ± 6,1%. Tất cả các trường hợp (n = 16) sỏi ống mật chủ đơn thuần đều được lấy bỏ hoàn toàn sau 01 lần can thiệp. 3 bệnh nhân được tán sỏi hai lần. 4 bệnh nhân được điều trị đồng thời bằng 2 cổng tán sỏi do sỏi trong gan phức tạp kèm hẹp đường mật. Phần lớn các bệnh nhân được sử dụng cổng tán sỏi kích cỡ 18Fr (73,7%). Thời gian can thiệp trung bình là 46,6 ± 28,8 phút (min 13 phút – max 178 phút). Số ngày nằm viện sau tán sỏi trung bình là 5,9 ± 3,7 ngày.

Bảng 2: Quy trình và kết quả thủ thuật

Đặc điểm		Giá trị
Số lần tán sỏi	1 lần	47
	2 lần	3
Tán sỏi đồng thời 2 cổng		4
Tỷ lệ cổng tán	14Fr	7 (12,3%)
	16Fr	8 (14%)
	18Fr	42 (73,7%)
Tỷ lệ sạch sỏi	Trong gan	96,7 ± 7,1
	Ống mật chủ	100%
	Chung	97,8 ± 6,1%
Thời gian thực hiện thủ thuật (phút)		46.6 ± 28.8 (13 - 178)
Thời gian nằm viện (ngày)		5.9 ± 3.7 (2 - 12)
Biến chứng	Tràn dịch màng phổi phải	5
	Sốt sau thủ thuật	1
	Chảy máu đường mật	1

7 BN (14%) gặp biến chứng mức độ vừa – nhẹ liên quan đến thủ thuật: 5 BN bị tràn dịch màng phổi phải mức độ ít; 1 BN sốt thoáng qua sau thủ thuật được điều trị kháng sinh và ổn định sau 3 ngày; 1 BN bị chảy máu đường mật được điều trị nội khoa ổn định.

IV. BÀN LUẬN

Trước đây, phẫu thuật điều trị sỏi đường mật chính là phương pháp áp dụng phổ biến nhất với nhiều phương pháp như mổ mở ống mật chủ lấy sỏi có thể kèm theo mổ nhu mô lấy sỏi, cắt gan...vv, nhưng tỷ lệ mổ lại do sỏi sót, sỏi tái phát còn cao chính là những khó khăn, phiền muộn và thách thức với cả BN và thầy thuốc. Phương pháp điều trị can thiệp ít xâm lấn như nội soi mật tụy ngược dòng được lựa chọn ở những BN có nguy cơ phẫu thuật cao, không đồng ý mổ nhất là khi sỏi nhỏ, chỉ ở phần thấp ống mật chủ đã mang lại một sự lựa chọn tích cực mới trong điều trị sỏi đường mật. Tuy vậy, ở các trường hợp BN có sỏi to (>2cm), có tiền sử phẫu thuật cắt dạ dày Billroth II hoặc phẫu thuật cắt dạ dày Roux-en-Y, BN có túi thừa lớn ở tá tràng hoặc khi sỏi ở đường mật trong gan phức tạp...vv, vẫn là những thách thức với kỹ thuật này². Do đó, khi các phương pháp phẫu thuật và nội soi mật tụy ngược dòng điều trị sỏi đường mật chính có hạn chế, đặc biệt ở những trường hợp đường mật ngoài gan không giãn, sỏi đúc khuôn đường mật và sỏi trong gan nhiều kèm chít hẹp đường mật thì TSXGQD mang lại ưu điểm vượt trội.

TSXGQD là một kỹ thuật hiện đại khi kết hợp hệ thống nội soi và siêu âm, hệ thống định vị số hoá xoá nền và hỗ trợ đặc lực của các phương

tiện loại bỏ sỏi như hệ thống máy laser và máy bơm nước đã cho thấy tính hiệu quả và an toàn cao trong việc loại bỏ sỏi đường mật đã được chứng minh trên thế giới qua các nghiên cứu của Igor Braga Ribeiro³, Ping Wang⁴. Cùng với đó, trong nghiên cứu của Eul Jo Jeong⁵ và Jae Hyung Lee² đều cho thấy tỷ lệ sạch sỏi ống mật chủ của phương pháp TSXGQD là 100%, tương đồng với kết quả của nhóm nghiên cứu chúng tôi và tỷ lệ sạch sỏi đường mật trong gan của A. Lamanna⁶, Ping Wan⁷, Min-Ho Hwang⁸ lần lượt là 92%, 85,1%, 85,3% đều thấp hơn so với tỷ lệ sạch sỏi trong gan của nhóm nghiên cứu chúng tôi. Điều này có thể là do các công cụ và cải tiến công nghệ như thiết kế ống soi đường mật cỡ nhỏ, kỹ thuật tán sỏi bằng laser và kết hợp rọ lấy sỏi và xẻ hẹp đường mật bằng laser holmium. So với các phương pháp khác, ưu điểm của TSXGQD là khả năng thực hiện kiểm tra chính xác ống mật trong hoặc ngoài gan nhờ hệ thống nội soi và quang số hoá xoá nền, xẻ hẹp trực tiếp vị trí hẹp đường mật bằng laser.

Trong nghiên cứu hiện tại, sự kết hợp của một ống nội soi cứng và cổng tán đã được sử dụng. Cổng tán sỏi được đặt trong đường mật bị giãn, tất cả các thao tác phẫu thuật được thực hiện trong vỏ bọc và các ống dẫn mật bị giãn, ống dẫn mật có thể được "làm thẳng" và "làm giãn" đường mật bởi cổng tán và áp lực của máy bơm nước đã tạo thành một kênh nhân tạo ra bên ngoài. Các sỏi sau khi được vỡ vụn được rửa sạch và đẩy ra ngoài bởi ống nội soi, hệ thống máy bơm nước tạo áp lực nước và được hỗ trợ bằng rọ lấy sỏi ra khỏi cổng tán. Hơn nữa, bất kỳ tình trạng hẹp hoặc chít hẹp nào của ống mật được điều chỉnh thành công bằng TSXGQD cùng một lúc, điều này có thể tránh được nhiều lần can thiệp và phẫu thuật lại cho bệnh nhân⁷.

Sử dụng máy chụp cắt lớp vi tính (CT – Computed Tomography), chụp cộng hưởng từ mật tụy (MRCP – Magnetic Resonance Cholangiopancreatography), và siêu âm giúp đánh giá vị trí chính xác các mạch máu và đường mật ngăn ngừa tổn thương mạch máu trong gan và trong quá trình làm can thiệp. Với phương pháp nội soi TSXGQD, thông qua một đường hầm xuyên nhu mô gan mở rộng được thực hiện dưới sự hướng dẫn của siêu âm và hệ thống máy số hoá xoá nền, các nhánh đường mật giãn ở vị trí phù hợp sẽ được lựa chọn để tiếp cận sỏi mật, qua đó giảm tỷ lệ biến chứng, cũng như tăng khả năng lấy sỏi tối đa. Nhánh đường mật hạ phân thuỷ II thường được sử dụng làm vị trí đặt cổng bên trái nhằm tiếp cận sỏi đường mật gan

phải và trong khi các nhánh đường mật hạ phân thuỷ VIII được sử dụng làm vị trí đặt cổng bên phải để tiếp cận đường mật trong gan bên đối diện và ống mật chủ. Do đó, trong nghiên cứu của chúng tôi thời gian tán sỏi trung bình là $46,6 \pm 28,8$ phút, tương đồng với các nghiên cứu của tác giả Igor Braga Ribeiro³, Ping Wang⁴ với thời gian trung bình (phút) lần lượt là $47,50 \pm 6$ và $45,0 \pm 5,4$. Cổng tán kích cỡ lớn 18Fr ưu tiên được sử dụng (73,7%) trong nghiên cứu của chúng tôi cũng giúp giảm thời gian can thiệp. Trong nghiên cứu của chúng tôi có 5 trường hợp tràn dịch màng phổi phải mức độ ít (không cần can thiệp thêm) chiếm 10%, biến chứng này theo chúng tôi có lẽ liên quan đến đường tiếp cận nhánh phân thuỷ trước (đặc biệt là nhánh đường mật hạ phân thuỷ VIII) làm tổn thương hoặc kích thích màng phổi trong quá trình can thiệp.

Hẹp đường mật trên nền sỏi mật khá thường gặp trong quá trình nội soi TSXGQD chiếm 68% trong nghiên cứu của chúng tôi, và nó có thể gây khó khăn cho việc tiếp cận và tán sỏi dẫn đến tăng tỷ lệ sót sỏi. Trong các trường hợp này, để giảm thiểu tỷ lệ sót sỏi, theo chúng tôi các can thiệp viên cần phải phân tích thật chi tiết giải phẫu đường mật, vị trí sỏi trên hình ảnh trước can thiệp, đồng thời cần kết hợp với siêu âm, nội soi và chụp đường mật cản trong trong quá trình can thiệp. Để vượt qua vị trí hẹp đường mật, việc nong đường mật hẹp trong quá trình can thiệp (có thể nong bằng cổng tán hoặc sử dụng bóng nong đường mật) thường được chúng tôi áp dụng. Tổng thể, phương pháp nội soi TSXGQD bằng laser của chúng tôi đã có kết quả sạch sỏi mật cao với nhiều ưu điểm trên những BN đã phẫu thuật nhiều lần có tỷ lệ hẹp đường mật cao.

V. KẾT LUẬN

TSXGQD bằng laser là phương pháp an toàn, hiệu quả trong điều trị sỏi đường mật chính, đã thể hiện những giá trị đáng kể với tỷ lệ sạch sỏi cao (tỷ lệ sạch sỏi trung bình cho sỏi trong và ngoài gan $97,8 \pm 6,1\%$, tỷ lệ sạch sỏi trong ống mật chủ 100% và tỷ lệ sạch sỏi trong gan $96,7 \pm 7,1\%$), thời gian can thiệp và thời gian nằm viện ngắn (tương ứng là $46,6 \pm 28,8$ phút và $5,9 \pm 3,7$ ngày), tỷ lệ biến chứng thấp (14%, là biến chứng nhẹ khỏi sau điều trị nội khoa). TSXGQD là một lựa chọn tốt cho những BN không dung nạp các phương pháp điều trị thông thường, phẫu thuật hoặc sỏi sót sau phẫu thuật.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Tian J, Li J wei, Chen J, et al. Laparoscopic hepatectomy with bile duct exploration for the

- treatment of hepatolithiasis: an experience of 116 cases. Dig Liver Dis Off J Ital Soc Gastroenterol Ital Assoc Study Liver. 2013;45(6):493-498. doi: 10.1016/j.dld.2013.01.003
2. **Lee JH, Kim HW, Kang DH, et al.** Usefulness of Percutaneous Transhepatic Cholangioscopic Lithotomy for Removal of Difficult Common Bile Duct Stones. Clin Endosc. 2013;46(1):65-70. doi:10.5946/ce.2013.46.1.65
 3. **Galetti F, De Moura Dth, Ribeiro Ib, et al.** Cholangioscopy-guided lithotripsy vs. conventional therapy for complex bile duct stones: a systematic review and meta-analysis. Arq Bras Cir Dig ABCD. 33(1):e1491. doi:10.1590/0102-672020190001e1491
 4. **Wang P, Chen X, Sun B, Liu Y.** Application of combined rigid choledochoscope and accurate positioning method in the adjuvant treatment of bile duct stones. Int J Clin Exp Med. 2015; 8(9):16550-16556.
 5. **Jeong EJ, Kang DH, Kim DU, et al.** Percutaneous transhepatic choledochoscopic lithotomy as a rescue therapy for removal of bile duct stones in Billroth II gastrectomy patients who are difficult to perform ERCP. Eur J Gastroenterol Hepatol. 2009;21(12):1358-1362. doi:10.1097/MEG.0b013e328326caa1
 6. **Lamanna A, Maingard J, Tai J, Ranatunga D, Goodwin M.** Percutaneous transhepatic Laser lithotripsy for intrahepatic cholelithiasis. Diagn Interv Imaging. 2019;100(12):793-800. doi:10.1016/j.diii.2019.05.007
 7. **Wang P, Sun B, Huang B, et al.** Comparison Between Percutaneous Transhepatic Rigid Cholangioscopic Lithotripsy and Conventional Percutaneous Transhepatic Cholangioscopic Surgery for Hepatolithiasis Treatment. Surg Laparosc Endosc Percutan Tech. 2016;26(1):54-59. doi:10.1097/SLE.0000000000000222
 8. **Huang MH, Chen CH, Yang JC, et al.** Long-term outcome of percutaneous transhepatic cholangioscopic lithotomy for hepatolithiasis. Am J Gastroenterol. 2003;98(12):2655-2662. doi:10.1111/j.1572-0241.2003.08770.x

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ THOÁT VỊ BỤNG BẰNG PHƯƠNG PHÁP PHẪU THUẬT LICHTENSTEIN TẠI BỆNH VIỆN 19-8

Trần Nam Long¹, Hoàng Mạnh An²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả điều trị thoát vị bụng bằng phương pháp phẫu thuật Lichtenstein tại bệnh viện 19-8. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu hồi cứu, mô tả cắt ngang, không có nhóm chứng trên 90 bệnh nhân được chẩn đoán xác định thoát vị bụng, được điều trị bằng phương pháp Lichtenstein tại Bệnh viện 19-8 – Bộ Công an từ tháng 05 năm 2014 đến tháng 05 năm 2019. **Kết quả:** Tuổi trung bình 56,58 ± 19,08 tuổi. Tất cả là nam giới. Thoát vị bên trái, bên phải và hai bên lần lượt là 33,4%; 63,3% và 3,3%. Thoát vị trực tiếp 18,3% và gián tiếp 81,7%. Thoát vị nguyên phát 84,4% và tái phát 15,6%. Thời gian mổ trung bình 58,94 ± 14,38 phút. Không có tai biến do vô cảm và tai biến trong mổ. Sau mổ có 1 trường hợp nhiễm khuẩn vết mổ được điều trị ổn định. Số ngày nằm viện sau mổ trung bình là 7,13 ± 2,82 ngày. Đánh giá kết quả sớm: tốt 98,9%; trung bình 1,1%. Thời gian trở lại lao động trung bình là 29,75 ± 7,30 ngày. Đánh giá kết quả muộn: tốt 88,9%; trung bình 8,9% và kém 2,2% (02 trường hợp tái phát). **Kết luận:** Điều trị thoát vị bụng bằng phương pháp phẫu thuật Lichtenstein cho thời gian mổ chấp nhận được, thời gian nằm viện sau mổ ngắn, ít đau, tỷ lệ xuất hiện các biến chứng thấp,

tỷ lệ tái phát thấp.

Từ khóa: thoát vị bụng, Lichtenstein, phẫu thuật

SUMMARY

TREATMENT OUTCOME OF INGUINAL HERNIA BY LICHTENSTEIN SURGICAL METHOD AT 19-8 HOSPITAL

Objectives: To evaluate the results of inguinal hernia treatment by Lichtenstein surgery at 19-8 Hospital. **Subjects and methods:** Retrospective, cross-sectional, non-control study on 90 patients with inguinal hernia not combined with femoral hernia, were treated by Lichtenstein surgical method at 19-8 Hospital from May 2014 to May 2019. **Results:** Mean age 56.58 ± 19.08 years old. All are men. Left, right and bilateral hernias were 33.4%, respectively; 63.3% and 3.3%. Direct hernia 18.3% and indirect 81.7%. Primary hernia 84.4% and recurrence 15.6%. The average operative time was 58.94 ± 14.38 minutes. There were no complications due to insensitivity and intraoperative complications. After surgery, there was 1 case of surgical wound infection which was treated stably. The average number of days in hospital after surgery was 7.13 ± 2.82 days. Evaluation of early results: good 98.9%; 1.1% average. The average time to return to work is 29.75 ± 7.30 days. Evaluation of late results: good 88.9%; average of 8.9% and poor of 2.2% (02 cases of recurrence). **Conclusion:** Treatment of inguinal hernia by Lichtenstein surgical method gives acceptable operating time, short postoperative hospital stay, less pain, low incidence of complications, low recurrence rate.

Keywords: inguinal hernia, Lichtenstein, surgery

¹Bệnh viện 198 – Bộ Công an

²Bệnh viện Quân y 103

Chịu trách nhiệm chính: Trần Nam Long

Email: namlongtran87@gmail.com

Ngày nhận bài: 3.2.2023

Ngày phản biện khoa học: 11.4.2023

Ngày duyệt bài: 20.4.2023