

- hood sparing technique for ejaculation preservation in holmium laser enucleation of the prostate. *Int. J. Impot. Res.* 2015; 27: 20–4.
4. **Kim SH, Yang HK, Lee HE, Paick JS, Oh SJ.** HoLEP does not affect the overall sexual function of BPH patients: a prospective study. *Asian J. Androl.* 2014; 16: 873–7.
 5. **Seung-June Oh,** Current surgical techniques of enucleation in holmium laser enucleation of the prostate, *Investig Clin Urol* 2019;60:333-342.
 6. **Serdar Yalçın et al,** Holmium laser enucleation of the prostate for the treatment of size-independent BPH: A single-center experience of 600 cases, *Turk J Urol* 2020 10.5152/tud.2020.19235.
 7. **İlter Alkan 1, Hakan Özveri 2, Yigit Akin 3, Tumay Ipekci 4, Yusuf Alican** (2016), Holmium laser enucleation of the prostate: surgical, functional, and quality-of-life outcomes upon extended follow-up, *Int Braz J Urol.* 2016; 42: 293-301.
 8. **Young Ju Lee1, Shin Ah Oh1 , Sung Han Kim2, Seung-June Oh** (2017), Patient satisfaction after holmium laser enucleation of the prostate (HoLEP): A prospective cohort study, <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0182230>.
 9. **Agostino TUCCIO et al** (2020), En-bloc endoscopic enucleation of the prostate: a systematic review of the literature, *Minerva Urologica e Nefrologica* 2020 June;72(3):292-312

KẾT QUẢ PHẪU THUẬT NỘI SOI ĐIỀU TRỊ SỎI ĐƯỜNG MẬT CHÍNH MỔ LẠI CÓ SỬ DỤNG NỘI SOI ĐƯỜNG MẬT VÀ ỐNG NỐI MẬT - DA

Lê Văn Thành¹, Lê Văn Lợi¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi điều trị sỏi đường mật chính mổ lại có sử dụng nội soi đường mật và ống nối mật - da. **Đối tượng và phương pháp:** nghiên cứu tiến cứu, không đối chứng 48 bệnh nhân được phẫu thuật nội soi điều trị sỏi đường mật chính mổ lại có sử dụng nội soi đường mật và ống nối mật - da. **Kết quả:** Tỷ lệ phẫu thuật thành công 100%. Tỷ lệ sạch sỏi sau mổ là 66,7%. Tai biến 2,1%. Thời gian mổ trung bình là 137,3 ± 28,1 (phút), thời gian lấy sỏi trung bình là 54,6 ± 26,2 (phút). Biến chứng sớm sau mổ 10,4% Thời gian nằm viện sau mổ là 6,5 ± 2,7 (ngày). **Kết luận:** phẫu thuật nội soi điều trị sỏi đường mật chính mổ lại có sử dụng nội soi đường mật và ống nối mật - da là phương pháp an toàn và hiệu quả.

Từ khóa: Sỏi đường mật chính mổ lại, sỏi ống mật chủ, phẫu thuật nội soi mở ống mật chủ.

SUMMARY

RESULTS OF LAPAROSCOPIC SURGERY IN THE TREATMENT OF RE-SURGERY MAIN BILE DUCT STONES USING CHOLANGIOSCOPY AND PERCUTANEOUS - CHOLEDOCHO CHANNEL

Objectives: To assess the results of laparoscopic surgery in the treatment of re-surgery main bile duct stones using cholangioscopy and choledocho cutaneous channel. **Subjects and Methods:** A prospective, non-controlled study on 48 patients laparoscopic surgery in the treatment of re-surgery

main bile duct stones using cholangioscopy and percutaneous - choledocho channel. **Results:** All patients (100%) underwent successful. Complete stone clearance was achieved 66.7% patients. The intraoperative complication rate was 2.1%. The mean operating time was 137.3 ± 28,1 mins. The mean stone extraction time was 54.6 ± 26.2 mins. The mean postoperative hospital stay was 6.5 ± 2.7 days. Early postoperative complication rate was 10.4%. **Conclusion:** Laparoscopic surgery in the treatment of re-surgery main bile duct stones using cholangioscopy and choledocho-cutaneous channel was safe and effective.

Keywords: re-surgery main bile duct stones, common bile duct stones, laparoscopic common bile duct exploration.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sỏi mật khá phổ biến ở Việt Nam cũng như một số nước trên thế giới, điều trị còn gặp nhiều khó khăn phức tạp, đặc biệt là sỏi mật mổ lại. Hiện nay, tuy có nhiều biện pháp can thiệp không mổ nhưng các phương pháp phẫu thuật xử lý sỏi vẫn giữ một vai trò chủ yếu. Trước đây phẫu thuật nội soi được coi như chống chỉ định tương đối, đặc biệt là phẫu thuật về đường mật, tuy nhiên, theo thời gian, kỹ thuật ngày càng phát triển, đã có nhiều báo cáo thành công về khả năng của phẫu thuật này[1],[2]. Gần đây, hầu hết các bệnh nhân sỏi mật đều được thực hiện qua phẫu thuật nội soi, tiền sử phẫu thuật vẫn là một yếu tố để phẫu thuật viên cần lưu ý khi khảo sát các cơ quan qua hình ảnh học từ đó tiên lượng trước cuộc mổ. Nghiên cứu này được tiến hành nhằm đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi điều trị sỏi đường mật chính mổ lại có sử dụng nội soi đường mật và ống nối mật - da.

¹Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

Chịu trách nhiệm chính: Lê Văn Thành

Email: thanhle108@gmail.com

Ngày nhận bài: 2.3.2023

Ngày phản biện khoa học: 21.4.2023

Ngày duyệt bài: 5.5.2023

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng. 48 bệnh nhân được phẫu thuật nội soi điều trị sỏi đường mật chính mổ lại có sử dụng nội soi đường mật và ống nối mật - da.

2.2. Phương pháp nghiên cứu. Nghiên cứu tiền cứu, không đối chứng.

2.3. Kỹ thuật

Đặt trocar: trocar thứ nhất 10mm tại rốn, trocar thứ hai 5mm hạ sườn phải, trocar thứ ba 5mm hạ sườn trái, đưa camera vào quan sát tiến hành gỡ dính xác định được vị trí của ống mật chủ. Xác định vị trí đặt trocar thứ tư 10mm, vị trí được chọn là dưới bờ sườn phải 2-3cm trên đường giữa đòn phải. Vị trí này dùng đưa ống nối từ da vào ống mật chủ và để đặt dẫn lưu Kehr sau khi lấy sỏi. Sử dụng thêm trocar thứ năm 5mm tại hạ sườn trái trong trường hợp dính nhiều.

Mở ống mật chủ có chiều dài bằng đường kính ống nối da - mật, 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 mật - da. Đối với sỏi ống mật chủ có thể qua trocar 10mm dùng mirizzi lấy sỏi.

2.4. Chỉ tiêu nghiên cứu

- Đặc điểm bệnh nhân: tuổi, giới, số lần phẫu thuật sỏi đường mật chính, bệnh lý kết hợp, triệu chứng lâm sàng.

- Đánh giá qua chụp cộng hưởng từ và nội soi đường mật khi mổ: vị trí sỏi, số lượng sỏi, kích thước sỏi.

- Kết quả trong mổ: thời gian đặt ống nối mật da, lấy sỏi, phẫu thuật, tai biến

- Kết quả sớm sau mổ: tỷ lệ phẫu thuật thành công, tỷ lệ sạch sỏi, thời gian nằm viện, biến chứng.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm bệnh nhân

+ 48 bệnh nhân có tuổi từ 34 đến 88, tuổi trung bình 58,2 ± 12,2, độ tuổi 40 – 60 gặp nhiều nhất (42,2%)

+ Tỷ lệ nam/nữ = 1

+ 100% bệnh nhân có tiền sử mở ống mật chủ lấy sỏi: 79,2% mổ 1 lần, 8,3% mổ 2 lần, 12,5% mổ lần 3, có 41,7% bệnh nhân đã được cắt túi mật.

+ 100% bệnh nhân vào viện vì lý do đau bụng vùng hạ sườn phải, sốt 52,1%, vàng da 35,4%, 35,4% có tam chứng charcot.

3.2. Sỏi đường mật chính đánh giá qua chụp cộng hưởng từ và khi mổ

** Vị trí sỏi*

Bảng 1. Vị trí sỏi

Vị trí	Cộng hưởng từ		Phẫu thuật	
	Số bệnh nhân (n=48)	Tỷ lệ (%)	Số bệnh nhân (n=48)	Tỷ lệ (%)
Sỏi ống mật chủ	39	81,2	40	83,3
Sỏi gan phải	32	66,7	30	62,5
Sỏi gan trái	30	62,5	30	62,5

Cộng hưởng từ thấy có 81,2% bệnh nhân có sỏi ống mật chủ.

Kết quả phẫu thuật xác định có 83,3% bệnh nhân có sỏi ống mật chủ.

**Số lượng sỏi*

Bảng 2. Số lượng sỏi

Số lượng sỏi	Cộng hưởng từ		Phẫu thuật	
	Số bệnh nhân (n=48)	Tỷ lệ (%)	Số bệnh nhân (n=48)	Tỷ lệ (%)
Ít sỏi	2	4,2	1	2,1
Nhiều sỏi	46	95,8	47	97,9
Tổng	45	100	45	100

Số bệnh nhân nhiều sỏi (≥ 2 viên) chiếm đa số: cộng hưởng từ xác định 95,8%, phẫu thuật xác định 97,9%.

**Kích thước sỏi*

Bảng 3. Kích thước sỏi xác định qua cộng hưởng từ

Vị trí	Kích thước (mm)	Cộng hưởng từ	
		Số bệnh nhân (n=48)	Tỷ lệ (%)
Ống mật chủ	Không có sỏi	9	18,7
	< 10	4	8,3
	≥ 10	32	66,7
	Không xác định	3	6,2
Gan phải	Không có sỏi	16	33,3
	< 10	4	8,3
	≥ 10	14	29,2
	Không xác định	14	29,2
Gan trái	Không có sỏi	18	37,5
	< 10	3	6,25
	≥ 10	13	27,1
	Không xác định	14	29,2

Kích thước sỏi được xác định trên cộng hưởng từ có đường kính ≥ 10 mm chiếm đa số: ở ống mật chủ chiếm 66,7%, gan phải 29,2 %, gan trái 27,1%.

3.3. Kết quả trong mổ: Số lượng trocar: sử dụng 4 trocar 91,7%, sử dụng 5 trocar 8,3%

Thời gian đặt ống nối mật da trung bình là: 4,9 ± 1,6 phút (2 - 10 phút)

Thời gian lấy sỏi trung bình là: 54,6 ± 26,2 phút (10 - 150 phút)

Thời gian phẫu thuật trung bình là: 137,3 ± 28,1 phút (85 - 240 phút)

Tai biến 2,1%: 01bệnh nhân tổn thương lớp

thanh mạc cơ đại tràng, được xử lý khâu nội soi.

3.4. Kết quả sớm sau mổ. Tỷ lệ phẫu thuật thành công 100% bệnh nhân.

Có 66,7% bệnh nhân sạch sỏi sau phẫu thuật được xác định bằng: nội soi đường mật trong mổ, siêu âm đánh giá sau mổ, X-Q đường mật sau mổ.

Thời gian nằm viện sau mổ trung bình là: 6,5 ± 2,7 ngày (5 - 24 ngày)

Có 10,4% bệnh nhân biến chứng: 01 bệnh nhân độn dịch sau mổ ở vùng giường túi mật không có biểu hiện lâm sàng không cần điều trị gì, 01 bệnh nhân rò tiêu hoá ngày thứ 4 điều trị bảo tồn khỏi ở ngày thứ 18. 01 bệnh nhân rò mật gây thối băng qua chân dẫn lưu kehr ngày thứ 5 điều trị bảo tồn khỏi ngày thứ 12, 01 bệnh nhân nhiễm khuẩn chân trocar, 01 bệnh nhân viêm phổi sau mổ.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm bệnh nhân

Tuổi và giới: Bệnh nhân sỏi mật mổ lại có thể gặp ở nhiều lứa tuổi khác nhau. Nghiên cứu cho thấy tuổi trung bình là 58,2 ± 12,2. Nhóm người trong độ tuổi lao động hay gặp nhất là 40-60 tuổi (42,2%)[1].

Bệnh sỏi mật xuất hiện ở cả nam và nữ. Nghiên cứu cho thấy tỷ lệ nam/nữ = 1. Tỷ lệ này phù hợp với các nghiên cứu trong và ngoài nước.

Tiền sử phẫu thuật: nghiên cứu 100% bệnh nhân có tiền sử phẫu thuật mở ống mật chủ lấy sỏi, trong đó: 79,2% mổ 1 lần, 8,3% mổ 2 lần, 12,5% mổ lần 3, có 41,7% bệnh nhân đã được cắt túi mật. Trước đây phẫu thuật nội soi là chống chỉ định tương đối trên bệnh nhân có tiền sử phẫu thuật, theo thời gian đã có nhiều báo cáo thành công về khả năng của phẫu thuật này [1], [3]. Hiện nay, hầu hết bệnh nhân sỏi mật được thực hiện phẫu thuật nội soi.

Triệu chứng lâm sàng: triệu chứng lâm sàng của sỏi đường mật rất đa dạng. Tuy nhiên, biểu hiện lâm sàng phổ biến nhất là đau bụng. Vị trí đau thường ở hạ sườn phải hoặc thượng vị. 100% bệnh nhân trong nghiên cứu đều có triệu chứng đau bụng vùng hạ sườn phải khi vào viện. Mức độ đau khác nhau từ âm ỉ đến dữ dội. Các nghiên cứu trong nước cũng cho thấy triệu chứng đau bụng thường gặp nhất. Nghiên cứu của Nguyễn Hoàng Bắc bệnh nhân có triệu chứng đau bụng vùng hạ sườn phải hoặc thượng vị chiếm 97,1% [1].

4.2. Đặc điểm bệnh lý sỏi đường mật

Vị trí sỏi: Bảng 1 cho thấy kết quả phẫu thuật 66,7% có sỏi trong gan phải, 62,5% có

sỏi trong gan trái. Nghiên cứu cho thấy tỷ lệ sỏi trong gan nhiều hơn thống kê của Sử Quốc Khởi [4], tỷ lệ sỏi trong gan gập 53,4%, Nguyễn Hoàng Bắc [1] tỷ lệ sỏi trong gan 33,1%. Sỏi trong gan 2 bên có tỷ lệ cao nhất cho thấy sự phức tạp và khó khăn trong điều trị bệnh lý sỏi trong gan. Vì sỏi trong gan kéo dài thời gian phẫu thuật và tỷ lệ sót sỏi cao.

Số lượng và kích thước sỏi: nghiên cứu cho tỷ lệ bệnh nhân nhiều sỏi chiếm tỷ lệ cao 95,8 % thấy qua cộng hưởng từ và 97,9% xác định qua phẫu thuật.

Bảng 3 cho thấy kích thước sỏi ≥ 10 mm gặp tỷ lệ cao, ở ống mật chủ: 66,7% Nghiên cứu chia ra làm 2 nhóm có kích thước sỏi < 10 mm và ≥ 10mm vì liên quan đến quá trình lấy sỏi. Phần lớn các bệnh nhân được sử dụng ống nối mật - da có đường kính là 10mm, vì thế những viên sỏi có đường kính < 10 mm được lấy bằng rọ, còn những viên sỏi kích thước ≥ 10 mm phải được tán nhỏ sau đó mới dùng rọ lấy ra.

4.3. Kết quả trong mổ

Số lượng trocar: kết quả nghiên cứu có 91,7% sử dụng 4 trocar trong mổ, 8,3% sử dụng 5 trocar. Cách đặt trocar của chúng tôi không giống với các tác giả khác đó là: trocar thứ nhất 10mm đặt dưới rốn, cách xa sẹo mổ để tránh làm tổn thương tạng do dính vào vết mổ, trocar thứ hai 5mm đặt ở mạn sườn phải (đây là vị trí đặt dẫn lưu dưới gan sau mổ), trocar thứ ba 5mm đặt ở mạn sườn trái. Chúng tôi muốn chú ý trocar thứ tư 10mm, trocar này được đặt sau cùng đối chiếu thẳng góc từ chỗ dự định mở ống mật chủ lên thành bụng. Các nghiên cứu khác thường đặt trocar 5mm tại vị trí trocar thứ 4. Chúng tôi đặt trocar 10mm tại vị trí trocar thứ 4, vì vị trí này đặt ống nối mật - da từ thành bụng vào ống mật chủ và là vị trí đưa ống dẫn lưu đường mật ra ngoài thành bụng khi kết thúc phẫu thuật. Kiểu dẫn lưu đường mật này sẽ tạo một đường hầm ngăn nhất, thẳng nhất tạo điều kiện tốt nhất cho can thiệp lấy sỏi qua đường hầm Kehr khi sót sỏi sau mổ.

Nghiên cứu chỉ có 8,3% phải sử dụng trocar thứ năm (trocar 5mm) đặt tại vùng hạ sườn trái trong trường hợp dính nhiều cần thêm dụng cụ để gỡ dính. Vị trí đặt này của chúng tôi cũng khác các tác giả khác vì chỉ ưu tiên gỡ dính vùng dưới gan tạo đủ trường mổ vào vùng ống mật chủ mà không nhất thiết gỡ dính toàn bộ ổ bụng, còn các tác giả khác chủ yếu đặt thêm ở hố chậu phải hoặc hố chậu trái để gỡ dính toàn bộ ổ bụng.

Nghiên cứu sử dụng số lượng trocar cũng

tương tự như một số tác giả trong và ngoài nước. Nguyễn Hoàng Bắc [1], Nguyễn Khắc Đức [5] áp dụng 4 trocar và những trường hợp khó đặt 5 trocar.

Thời gian lấy sỏi: nghiên cứu cho thấy thời gian lấy sỏi trung bình là $54,6 \pm 26,2$ phút (10 - 150 phút). Thời gian lấy sỏi ảnh hưởng nhiều đến thời gian phẫu thuật. Cho đến nay chưa thấy có nghiên cứu nào đề cập đến thời gian lấy sỏi qua nội soi đường mật mà các tác giả thường đề cập đến thời gian phẫu thuật. Vì vậy không thể so sánh thời gian lấy sỏi của nghiên cứu với các nghiên cứu khác.

Thời gian phẫu thuật: nghiên cứu cho thấy thời gian phẫu thuật trung bình là: $137,3 \pm 28,1$ phút (85 - 240 phút). Kết quả của thống kê giống như nghiên cứu của Nguyễn Hoàng Bắc thấy thời gian mổ trung bình nhóm sỏi mật mổ lại là 167,4 phút kéo dài hơn nhóm mổ lần đầu 115,2 phút, sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê [1].

Thời gian phẫu thuật của chúng tôi kéo dài hơn thời gian phẫu thuật của Trần Mạnh Hùng là 68 phút [6], tương đương Nguyễn Hoàng Bắc là 117 phút [1]. Tuy nhiên thời gian phẫu thuật của chúng tôi ngắn hơn tác giả Lee H.M là 187 phút, Zhu. J là 179,7 phút [7], Nguyễn Khắc Đức là 150 (phút)[5], Sử Quốc Khởi là 139 phút [4].

Tai biến: nghiên cứu có 2,1% (01BN) bệnh nhân tai biến tổn thương lớp thanh mạc cơ của đại tràng khi gỡ dính đại tràng khỏi mặt dưới gan được xử lý bằng khâu thanh mạc cơ qua phẫu thuật nội soi. Đây là bệnh nhân có tiền sử mổ ống mật chủ lấy sỏi 01 lần, sau mổ ổn định ra viện ở ngày thứ 8. Nghiên cứu này phù hợp với các nghiên cứu khác như: Sử Quốc Khởi tỷ lệ tai biến trong mổ là 3,9%[4]. Trần Mạnh Hùng tỷ lệ tai biến chảy máu là 0,95%[6]. Nguyễn Khắc Đức tỷ lệ tai biến chảy 2,4% phải chuyển mổ mở để xử lý, thủng ống tiêu hoá 1 bệnh nhân (0,8%). Nguyễn Hoàng Bắc tỷ lệ tai biến chảy máu là 2 bệnh nhân (1,2%)[1].

4.3. Kết quả sớm sau mổ

Tỷ lệ thành công: Nghiên cứu cho thấy kết quả thành công 100%. Kết quả tương đương nghiên cứu của Bùi Tuấn Anh. Theo Sử Quốc Khởi nghiên cứu phẫu thuật nội soi mở ống mật chủ lấy sỏi cho 103 BN. Chỉ định phẫu thuật bao gồm: sỏi đường mật chính mổ lần đầu hoặc mổ lại, sỏi trong gan và ngoài gan, những bệnh nhân có tiền sử mổ vùng bụng, những bệnh nhân thất bại lấy sỏi qua ERCP có tỷ lệ thành công 97,1%, tỷ lệ chuyển mổ mở là 2,9% [6]. Tương tự Nguyễn Hoàng Bắc nghiên cứu tại

bệnh viện Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh thực hiện phẫu thuật nội soi điều trị sỏi đường mật chính cho 172 BN, có tỷ lệ thành công 97,7%, tỷ lệ chuyển mổ mở là 2,3% [1].

Thời gian hậu phẫu: thời gian hậu phẫu trung bình là $6,5 \pm 2,7$ ngày. Kết quả nghiên cứu thấp hơn kết quả của Võ Đại Dũng là 9,65 ngày[3]. Phẫu thuật nội soi lấy sỏi đường mật chính là phương pháp xâm lấn tối thiểu giúp giảm thời gian nằm viện, bệnh nhân hồi phục nhanh sau phẫu thuật.

Tỷ lệ sạch sỏi sau mổ: tỷ lệ sạch sỏi sau mổ qua nghiên cứu là 66,7% tương đương với các nghiên cứu khác. Tuy có gặp những hạn chế trong phẫu thuật nội soi nhưng với ứng dụng ống nối mật - da đã khắc phục được phần lớn những hạn chế của phẫu thuật nội soi lấy sỏi. Vì vậy, chỉ định phẫu thuật nội soi lấy sỏi đường mật cũng rộng rãi hơn, không hạn chế về số lượng sỏi hay tiền sử phẫu thuật. Kết quả sạch sỏi của nghiên cứu cao hơn thống kê của Võ Đại Dũng: tỷ lệ sạch sỏi trong mổ là 39,5%, sạch sỏi sau mổ là 30,23% [3].

Biến chứng sớm: nghiên cứu gặp biến chứng sớm ở 10,4% gồm: có 01 bệnh nhân đờng dịch vùng dưới gan sau mổ, trường hợp này không có triệu chứng mà chỉ được phát hiện khi kiểm tra siêu âm sau mổ nên không cần can thiệp gì. Áp xe dư trong phẫu thuật nội soi do sỏi rơi ra ổ bụng cũng là một vấn đề được các tác giả quan tâm. Nghiên cứu của Nguyễn Khắc Đức có 02 bệnh nhân áp xe dư ở hố chậu phải điều trị bằng mở bụng kiểm tra làm sạch ổ bụng. Chúng tôi sử dụng ống nối mật - da khắc phục được tình trạng này vì vậy không có bệnh nhân nào áp xe dư sau mổ.

Có 01 bệnh nhân rò tiêu hoá được phát hiện ở ngày thứ 4 sau mổ, dịch tiêu hoá chảy qua dẫn lưu khoảng 100ml/ngày, bệnh nhân được điều trị bằng nhịn ăn nuôi dưỡng bằng đường tĩnh mạch, lượng dịch giảm dần và hết ở ngày thứ 18. Bệnh nhân này có tiền sử mổ sỏi đường mật 01 lần, trong mổ dính nhiều quá trình bóc tách làm tổn thương hoặc bóng đường tiêu hoá mà phẫu thuật viên không biết, đến ngày thứ 4 bị tổn thương thứ phát.

Có 01 bệnh nhân rò mật gây thấm ướt băng chân dẫn lưu kehr ở ngày thứ 5 sau mổ, điều trị bảo tồn và ổn định ở ngày thứ 12 sau mổ. Tuy nhiên khi đối chiếu với tiêu chuẩn thì chưa rõ rò mật. Theo Liu D định nghĩa rò mật được phát hiện trong dẫn lưu kéo dài hơn 3 ngày, lượng nhiều hơn 100ml/ngày[8]. Nghiên cứu của Liu D có 01 bệnh nhân rò mật số lượng lớn gây viêm

phúc mạc toàn thể do phẫu thuật viên đặt mỗi khâu đầu tiên xa mép của đường mở ống mật chủ [8].

Nghiên cứu cho thấy có 01 bệnh nhân nhiễm khuẩn trocar rốn, điều trị kháng sinh và thay băng tại chỗ bệnh nhân khỏi ở ngày thứ 20 sau mổ. Nhiễm khuẩn vết mổ rất ít gặp trong phẫu thuật nội soi lấy sỏi đường mật, tỷ lệ chung qua các thống kê gặp khoảng 0 - 1,97 % đây là một ưu điểm nổi bật.

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ phẫu thuật thành công là 100%, tỷ lệ sạch sỏi là 66,7%

Thời gian mổ trung bình là: $137,3 \pm 28,1$ phút, thời gian lấy sỏi trung bình là $54,6 \pm 26,2$ phút, tai biến 2,1%, thời gian nằm viện sau mổ là: $6,5 \pm 2,7$ ngày.

Biến chứng 10,4%

Phẫu thuật nội soi điều trị sỏi đường mật chính mổ lại có sử dụng nội soi đường mật và ống nối mật - da trong mổ an toàn và hiệu quả.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Hoàng Bắc, "Chỉ định của phẫu thuật

- nội soi trong điều trị sỏi đường mật chính". Luận án tiến sĩ y học. Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh, 2007.
2. Hoàng Anh Bắc, "Đánh giá tính khả thi và kết quả của mổ nội soi lấy sỏi trên bệnh nhân có sỏi mật lại". Luận án chuyên khoa II, Đại Học Y Dược TP. Hồ Chí Minh, 2011.
3. Võ Đại Dũng, "Kết quả sớm của phẫu thuật nội soi điều trị sỏi đường mật trong gan có sỏi đường mật trong mổ". Luận án thạc sĩ y học, Đại Học Y Dược Thành Phố Hồ Chí Minh., 2015.
4. Sử Quốc Khởi, "Nghiên cứu ứng dụng phẫu thuật nội soi mở ống mật chủ lấy sỏi điều trị sỏi đường mật chính tại Bệnh viện đa khoa Kiên Giang". Luận án tiến sĩ y học - Học Viện Quân Y, 2020.
5. Nguyễn Khắc Đức, "Nghiên cứu ứng dụng phẫu thuật nội soi để điều trị sỏi đường mật ngoài gan". Luận án Tiến sĩ y học, Đại học Y Hà Nội., 2010.
6. Trần Mạnh Hùng, "Nghiên cứu ứng dụng phẫu thuật nội soi mở ống mật chủ lấy sỏi không dẫn lưu đường mật". Luận án Tiến sĩ y học, Học Viện Quân, 2012.
7. Zhu J et al., "Laparoscopic common bile duct exploration in patients with previous upper abdominal surgery". Surgical endoscopy, 2018: p. 1 - 7.
8. Luu D et al, "Risk factors for bile leakage after primary close following laparoscopic common bile duct exploration: a retrospective cohort study". BMC surgery, 2017. 17(1): p. 1 - 8.

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ BỆNH NHÂN UNG THƯ VÚ THỂ DỊ SẢN TẠI BỆNH VIỆN K

Phùng Thị Huyền¹, Phan Khánh Toàn²

giai đoạn bệnh và tình trạng di căn hạch liên quan có ý nghĩa thống kê với DFS 3 năm.

Từ khóa: Ung thư vú, dị sản, kết quả điều trị

SUMMARY

TREATMENT OUTCOME OF METAPLASTIC BREAST CANCER IN VIETNAM NATIONAL CANCER HOSPITAL

Aim: We conducted this study to evaluate the treatment outcome of patients with metaplastic breast cancer. **Patients and methods:** This is a descriptive cohort study on 52 patients with metaplastic breast cancer treated at Vietnam National Cancer Hospital from 2019 to 2022. We collected data on patients' characteristics, treatment response and survival. **Results:** There were 19 patients receiving neoadjuvant therapy, of which 9 patients (47.37%) responded to chemotherapy. The rate of 3-year DFS is 70.1%, and the rate of stage I, II, III patients was 100%, 77% and 38.7%, respectively, $p=0.003$. The 3-year DFS of patients with lymph node metastasis was 47.3%, significantly lower than that of the group without lymph node metastasis (89.9%), $p=0.002$. **Conclusions:** Metaplastic breast cancer has poor prognosis, disease stage and lymph node metastasis are associated with with 3-year DFS.

TÓM TẮT

Mục tiêu: Chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm đánh giá kết quả điều trị của bệnh nhân ung thư vú thể dị sản. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả hồi cứu kết hợp tiến cứu trên 52 bệnh nhân ung thư vú thể dị sản được điều trị tại bệnh viện K từ năm 2019 đến năm 2022. Chúng tôi thu thập số liệu về đặc điểm bệnh nhân, đáp ứng với điều trị và tình trạng sống thêm. **Kết quả:** Có 19 bệnh nhân được điều trị tân bổ trợ, trong đó 9 bệnh nhân (47,37%) có đáp ứng với điều trị với hoá chất. Tỷ lệ DFS 3 năm là 70,1%, tỷ lệ này của các bệnh nhân giai đoạn I, II, III lần lượt là 100%, 77% và 38,7%, $p=0,003$. DFS 3 năm của bệnh nhân có di căn hạch là 47,3%, thấp hơn đáng kể so với nhóm không có di căn hạch (89,9%), $p=0,002$. **Kết luận:** Như vậy, ung thư vú thể dị sản là thể ung thư vú có tiên lượng xấu,

¹Bệnh viện K

²Trường đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Phùng Thị Huyền

Email: phungthihuyen@gmail.com

Ngày nhận bài: 3.3.2023

Ngày phản biện khoa học: 21.4.2023

Ngày duyệt bài: 5.5.2023