

# ĐIỀU TRỊ PHẪU THUẬT SỎI TRONG GAN ỚNG MẬT CHỦ KHÔNG GIẢN CÓ SỬ DỤNG NỘI SOI ĐƯỜNG MẬT BẰNG ỚNG SOI MỀM VÀ TÁN SỎI ĐIỆN THỦY LỰC TRONG MỔ

Thái Nguyên Hưng<sup>1</sup>

## TÓM TẮT

**Mục tiêu nghiên cứu:** NC tiến cứu 47 bệnh nhân (BN) sỏi trong gan hoặc sỏi ống mật chủ (OMC) và sỏi trong gan có OMC không giãn với hai mục tiêu: 1. Mô tả đặc điểm dịch tễ học lâm sàng, cận lâm sàng của sỏi trong gan ống mật chủ không giãn. 2. Đánh giá kết quả phẫu thuật sỏi trong gan OMC không giãn có sử dụng nội soi đường mật bằng ống soi mềm hoặc NSĐM kết hợp với tán sỏi điện thủy lực (TSĐTL). **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu (NC):** + Đối tượng NC: Những BN, không phân biệt tuổi, giới, được chẩn đoán sỏi trong gan, ống mật chủ  $\leq 10\text{mm}$ , được PT tại khoa PT cấp cứu bụng, BV Việt Đức có sử dụng NSĐM bằng ống soi mềm hoặc NSĐM kết hợp với TSĐTL. - Phương pháp NC: Mô tả tiến cứu. **Kết quả NC:** Có 47 BN, Nữ: 66,0%, Nam: 34,0%. Tuổi TB là  $44,8 \pm 13,7$  T (18-70 T), nghề nông và sống ở nông thôn chiếm 70,2%. + Tiền sử (TS): Đã mổ mật 38,3% (55,5% mổ  $\geq 2$  lần). TS cắt túi mật: 19,1%, Giun chui ống mật (Gcom) 27,7%. + Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng: 31,9% có đau DSP, sốt, vàng da điển hình, 21,3% đau DSP, sốt; 17,0% đau DSP, vàng da; 29,8% đau DSP, 83,0% có phản ứng DSP. Xét nghiệm VSS tăng 100%, BC tăng  $>8000/\text{mm}^3$  chiếm 63,9%. +Bilirubine tăng 44,7%, GOT tăng 40,4%, GPT 42,55%. +Cấy mật: 68,0% dương tính, 81,3% (+) với 1 loại vi khuẩn (VK), 18,7%(+)  $\geq 2$  VK. + Sỏi trong gan đơn thuần 85,1% (nguyên phát), sỏi trong gan và OMC là 14,9%. Kích thước OMC 100%  $\leq 10\text{mm}$  (51,0%  $\leq 8\text{mm}$ ; 49%  $>8\text{mm} \leq 10\text{mm}$ ). Qua NSĐM, tổn thương hẹp đường mật chiếm 70,2%, apxe gan và apxe gan phổi hợp CMĐM 12,8% (có 3 BN CMĐM chiếm 6,4%). Các phương pháp mổ: 100% BN mổ OMC, NSĐM, lấy sỏi; Cắt gan: 12/47 BN (25,5%) trong đó cắt thùy gan trái: 9BN; cắt gan PTT 1 BN, cắt HPTVIII: 1 BN, cắt HPTIII: 1 BN; TSĐTL: 29/47 BN (61,7%). TSĐTL qua NSĐM trong mổ 29/47 BN (61,7%). Không có tử vong (TV) trong và sau mổ. Tỷ lệ sạch sỏi 51,0%, sót sỏi 49,0%. Tỷ lệ biến chứng là 12,9%, chỉ có 1 BN phải mổ lại vì vỡ lách (Lách to, xơ gan mật), 5 BN còn lại điều trị nội. **Kết luận:** Điều trị sỏi trong gan có OMC không giãn vô cùng khó khăn do khó tiếp cận sỏi sau hẹp phổi hợp với các tổn thương như xơ gan mật, hẹp đường mật trong gan nhiều mức độ, apxe gan đường mật, CMĐM. Phối hợp giữa NSĐM với TSĐTL qua mổ OMC và hoặc qua mổ cắt gan cũng như phẫu thuật cắt gan có kết quả khá góp phần đạt tỷ lệ sạch sỏi 51,0%. Tỷ lệ sót sỏi 49,0% chủ yếu

mức hạ phân thùy (HPT). Nên tiến hành lấy sỏi qua da hay qua hàm Kehr có hệ thống đối với những trường hợp sót sỏi.

## SUMMARY

### EVALUATION OF CLINIC FEATURE AND SURGICAL RESULT OF HEPATOLITHIASIS ASSOCIATED WITH NON DILATED COMMON BILE DUCT USING INTRAOPERATIVE FLEXIBLE CHOLEDOCHOSCOPY AND ELECTROHYDRAULIC LITHOTRIPSY

**Study aim:** 1. Evaluate the clinic and para clinic feature of hepatolithiasis associated with non dilated common bile duct. 2. The result of surgical management of hepatolithiasis using intraoperative flexible choledochoscopy and electrohydraulic lithotripsy. **Patient and method:** +Prospective study. +Time: 2007-2012. **-Result:** There were 47 patients, female 66,0%, male 34,0%, mean age:  $44,8 \pm 13,7$  year (18-70 Y), 70,2% were farmer. 38,3% had previous biliary surgery; 19,1% had cholecystectomy; 27,7% had history of parasitic infestation and biliary arcariasis. Symptoms: 31,9% had triad of charcot abdominal pain in right upper quadrant, fever, jaundice; 21,3% had abdominal pain and fever; 17% had abdominal pain and jaundice, 29,8% had abdominal pain only; 100% had elevation of VSS; Leucocyte elevation  $> 8000/\text{mm}^3$  was 63,9%. Bilirubemie elevated in 44,7%, GOT elevated in 40,4% and GPT elevated in 44,55%. Culture of bile fluid positive in 68%. Primary intrahepatic stones in 85,1%, common bile duct stones and intrahepatic stones in 14,9%. The diameter of common bile duct  $\leq 10\text{mm}$  in 100% ( $\leq 8\text{mm}$  in 51,0%). Intraoperative choledochoscopy via choledochostomy revealed intra hepatic duct stricture in 70,2%, cholangio abscess in 6 patients among them 3 patient had cholangio abscess and hemobilia. Operation performed: 100% choledocholithotomy under flexible cholangioscopy and T tube drainage, partial hepatectomy performed in 25,5% (left lateral segmentectomy in 9 patients, anterior segmentectomy in 1 patient, subsegmentectomy in 2 patients (SS III, SSVIII)). Stones fragmentation by Electrohydraulic lithotripsy (EHL) in 61,7%. + There was no death per and postoperation. +Complications in 6 patients (12,9%) (one patient had urgent operation due to splenic rupture, portal hypertension), 2 others patients had subphrenic abscess due to biliary fistulas treated by aspiration. one had pancreatitis treated by medication, 2 others patients had medical treatment. + Cholangiography post operation revealed stones clearances in 51,0%, Residual stones in 49,0%, No residual stones in common bile duct and common hepatic duct. **-Conclusion:** We conclude that the surgical management of hepatolithiasis with non

## <sup>1</sup>Bệnh viện K

Chịu trách nhiệm chính: Thái Nguyên Hưng  
Email: thainguyenhung70@gmail.com  
Ngày nhận bài: 13.3.2023  
Ngày phản biện khoa học: 24.4.2023  
Ngày duyệt bài: 22.5.2023

dilated common bile duct was a challenge for biliary surgeon because of difficulty in detection and stones removal that left behind intra hepatic duct stricture associated with cholangio abscess and hemobilia. The combination of hepatic resection and stones fragmentaton by EHL is a effective surgical procedure to obtained satisfactory result. The stone clearance was 51,0%, retained stones was 49,0%. In order to lower the retained stones, it is recommended to use post operative transhepatic cholangioscopic lithotomy and Electrohydraulic lithostripsy (EHL) or via T tube tunnel.

**I. ĐẶT VẤN ĐỀ**

Sỏi trong gan chiếm tỷ lệ cao ở các nước châu Á và Đông Nam Á. Các nghiên cứu về tỷ lệ sỏi mật gần đây ở Đài Loan cho thấy tỷ lệ sỏi túi mật là 58,7%, sỏi ống mật chủ (OMC) là 21,1%, sỏi trong gan là 20,3% (nghiên cứu đa trung tâm trên 17.182 BN sỏi mật)[7], là nơi có tỷ lệ sỏi trong gan cao nhất ở Đông Nam Á. Đã có nhiều phương pháp phẫu thuật và tán sỏi mật được ứng dụng, tuy nhiên tỷ lệ sót sỏi và tái phát sỏi còn khá cao. Tỷ lệ sót sỏi theo NC của Choi TK, Choi.S [10] là 52,3%.

Mật khác với sỏi trong gan trên những bệnh nhân (BN) có OMC nhỏ, được mổ mật nhiều lần, có nhiều biến đổi giải phẫu, xơ gan mật, OMC có thể nằm sau tĩnh mạch cửa, việc tìm được OMC và lấy sỏi trong gan vô cùng khó khăn. Ở nước ta đã có nhiều công trình NC về phẫu thuật sỏi mật nhưng đối với những sỏi trong gan OMC không giãn còn chưa được NC nhiều, bởi vậy chúng tôi NC đề tài này với mục tiêu:

**Mục tiêu nghiên cứu:**

1. *Mô tả đặc điểm dịch tễ học lâm sàng, cận lâm sàng của sỏi trong gan ống mật chủ không giãn.*
2. *Đánh giá kết quả phẫu thuật sỏi trong gan OMC không giãn có sử dụng nội soi đường mật bằng ống soi mềm hoặc NSĐM kết hợp với tán sỏi điện thủy lực (TSDTL).*

**II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU**

- **Đối tượng NC:** Những BN, không phân biệt tuổi, giới, được chẩn đoán sỏi trong gan, ống mật chủ ≤ 10mm, được PT tại khoa PT cấp cứu bụng, BV Việt Đức có sử dụng NSĐM bằng ống soi mềm hoặc NSĐM kết hợp với TSDTL.

- **Phương pháp NC:** Mô tả tiến cứu

**III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

Có 47 BN đủ tiêu chuẩn được đưa vào NC, Nữ 31/47 BN (66,0%), Nam 16/47 BN (34,0%), tuổi TB là: 44,8 ± 13,7 T (18-70 T).

- **Nghề:** Nghề nông: 33/47 BN (70,2%), Nghề khác: 14/47BN (29,8%).

- **Địa dư:** nông thôn: 33/47 BN (70,2%), thành thị: 14/47 BN (70,2%).

**- Tiền sử (TS)**

+ Đã mổ mật 18 /47 BN (38,3%), trong đó 10/18 (55,5%) đã mổ ≥ 2 lần.

+ Đã cắt túi mật: 9/47 (19,1%)

+ Tiền sử Giun chui ống mật (Gcom): 13/47 BN (27,7% ).

**- Đặc điểm các triệu chứng lâm sàng**

**Bảng 1: Các triệu chứng lâm sàng (LS)**

TT	Đặc điểm lâm sàng	n (n=47)	%
1	Đau DSP+sốt+ Vàng da	15/47	31,9
2	Đau DSP+Sốt	10	21,3
3	Đau DSP+Vàng da	8	17,0
4	Đau DSP	14	29,8
5	Gan to	5	10,63
6	Túi mật to	1	2,1
7	Phản ứng DSP	39	83,0

+ 31,9% có Đau + Sốt + Vàng da từng đợt (tam chứng charcot).

+ 29,8% đau DSP.

+ 83,0% có phản ứng DSP

**- Các XN cận lâm sàng**

**Bảng 2: Bạch cầu (BC)**

TT	Số lượng BC	n	%
1	< 8.000/mm <sup>3</sup>	17	36,1
2	8000-10.000/mm <sup>3</sup>	13	27,7
3	> 10.000-15000/mm <sup>3</sup>	13	27,7
4	>15000-20.000	3	6,4
5	>20.000/mm <sup>3</sup>	1	2,1
	TS	47	100

+ **XN Máu:** Hồng cầu, huyết sắc tố, hematocrit giảm: 2 BN.

Máu lắng tăng :100%.

**+ XN sinh hóa:**

**Bảng 3: Các xét nghiệm sinh hóa**

TT	Các XN	n	%
1	Bilirubile máu tăng	21	44,7
2	Bilirubile máu BT	26	55,3
3	GOT tăng	19	40,4
4	GPT tăng	20	42,55
5	Amylase máu tăng	3	6,4
6	Amylase nước tiểu tăng	5	10,6

**- Siêu âm và chẩn đoán trước mổ**

**Bảng 4: Siêu âm và chẩn đoán trước mổ**

TT	Chẩn đoán trước mổ	n	%
1	Sỏi OMC, Sỏi gan F+sỏi gan T	6	12,8
2	Sỏi OMC, sỏi gan T	1	2,1
3	Sỏi gan phải và sỏi gan trái	18	38,3
4	Sỏi gan Phải	5	10,7
5	Sỏi gan T	9	19,1
6	Sỏi gan F và T,apxxe gan,CMĐM	1	2,1
7	Sỏi gan F, apxe gan, CMĐM	2	4,2
8	Sỏi gan F+T, apxe gan	5	10,7

+ **Sỏi trong gan đơn thuần là 85,1%, sỏi trong gan và OMC chiếm 14,9%**

**Bảng 5: Kích thước OMC**

TT	Kích thước OMC trước mổ	n	Kích thước OMC trong mổ	n
1	≤ 8mm	20/47	≤ 8 mm	24/47 (51,0%)
2	>8mm ≤10mm	27/47	>8 mm ≤ 10mm	23/47 (49,0%)
	<b>Tổng</b>	<b>47</b>	<b>Tổng</b>	<b>47</b>

**+ Kích thước OMC trong mổ 51,0% ≤ 8mm; 49% >8mm ≤ 10mm**

**Bảng 6: Phương pháp mổ**

TT	Phương pháp mổ	n	%
1	Mở OMC lấy sỏi+ NSĐM+TSĐTL	21	44,8
2	Mở OMC lấy sỏi+NSĐM+ TSĐTL+Nong hẹp	2	4,2
3	Mở OMC lấy sỏi+NSĐM	9	19,2
4	Mở OMC lấy sỏi+Nong hẹp+NSĐM	1	2,1
5	Mở OMC+NSĐM+Cắt gan (sỏi khu trú)	2	4,2
6	Mở OMC+NSĐM+cắt gan (sỏi khu trú, hẹp+apxe gan)	2	4,2
7	Mở OMC+NSĐM+TSĐTL+ Cắt gan (Sỏi khu trú, hẹp, apxe)	3	6,4
8	Mở OMC+NSĐM+TSĐTL+ cắt gan (sỏi khu trú sau hẹp)	2	4,2
9	Mở OMC+NSĐM +cắt gan (apxe gan+CMĐM)	1	2,1
10	Mở nhu mô+NSĐM+ TSĐTL+DL trong gan	1	2,1
11	Mở OMC+NSĐM+Thắt ĐM Gan (CMĐM)	1	2,1
12	Mở OMC+NSĐM+cắt gan (sỏi khu trú sau hẹp)	2	4,2
	<b>Tổng</b>	<b>47</b>	<b>100</b>

Cắt gan: 12/47 BN(25,5%) trong đó cắt thùy gan trái: 9BN; cắt gan PTT 1 BN, cắt HPTVIII: 1 BN, cắt HPTIII: 1 BN

TSĐTL: 29/47 BN (61,7%)

CMĐM: 3/47 BN (6,4%)

**+ Chụp đường mật sau mổ quakehr**

Sạch sỏi: 24/47BN (51,0%)

+ Sốt sỏi: 23/47 BN (49,0%) trong đó 1 BN sốt ở ống gan P và T, 7 BN ở PT (5 BN PTS, 2 BN ở IV), 15 BN sốt sỏi ở các HPT.

+ Cây dịch mật: (-) 15/47 BN ( 32,0%)

+ Cây (+) 32/47 BN chiếm 68,0% (26/32 (+) với 1 VK, 6 BN (+) với 2 VK, 1 BN (+) với 3 VK).

**+ Biến chứng:** 6/47 BN (12,8%): 2 apxe dưới hoành, rò mật điều trị nội, 1 BN vỡ lách mổ lại, 1 BN viêm tụy cấp điều trị nội, 1 BN tràn dịch MF chọc hút, 1 BN nhiễm trùng vết mổ).

#### IV. BÀN LUẬN

Sỏi trong gan chiếm tỷ lệ rất cao ở châu Á và Đông nam Á trong đó Đài loan là một trong những vùng có tỷ lệ cao nhất > 20,0% [7].

Ở Nước ta, tỷ lệ sỏi trong gan khá cao. NC của Đỗ Kim Sơn, Đỗ Tuấn Anh [4], tỷ lệ sỏi trong gan đơn thuần là 14,0%, sỏi trong gan đơn thuần và sỏi trong gan phối hợp với sỏi ngoài gan lên tới 61,0%.

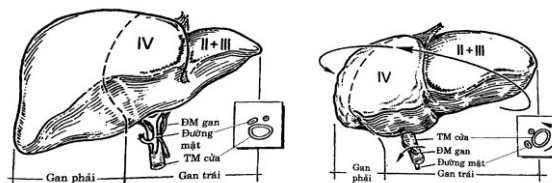
Mặc dù đã ứng dụng nhiều phương pháp để lấy sỏi và tán sỏi, tỷ lệ tái phát sỏi còn khá cao. Tổng kê của TK Choi, J Wong và CS so sánh tỷ lệ tái phát sỏi khi thực hiện 4 phương pháp lấy sỏi khác nhau cho thấy: Tỷ lệ tái phát sỏi nhóm mở OMC lấy sỏi là 23,6% sau 8 năm, nhóm lấy sỏi qua da là 37,5%, nhóm lấy sỏi qua mổ nhu mô gan là 75,0%, nhóm cắt gan có tỷ lệ tái phát thấp nhất là 4,2% [9].

Thống kê 1799 trường hợp mổ sỏi trong gan ở Việt Nam [4] cho thấy 94,0% là mổ OMC lấy sỏi bằng dụng cụ, mổ nhu mô gan lấy sỏi chiếm 1,2%; cắt gan 100% (100% là cắt thùy gan T); nối mật ruột 4,0%

NC của chúng tôi sử dụng phương pháp chính là mổ OMC lấy sỏi có NSĐM phát hiện sỏi và các tổn thương đường mật như hẹp, sỏi khu trú sau hẹp, các tổn thương apxe gan đường mật, CMĐM.

Bảng 4 cho thấy có tới 30/47 BN (63,8%) sỏi cả gan phải và gan trái, phối hợp với apxe gan đường mật và hoặc apxe và CMĐM. Những BN này đều có OMC nhỏ, chỉ có 6 BN có sỏi OMC bởi vậy việc tiếp cận để lấy sỏi và TSĐTL khó khăn.

Bảng 5 cho thấy có 24/47 BN (51,0%) có kích thước OMC ≤ 8mm. Mặt khác những BN này lại bị nhiễm trùng đường mật và ứ mật kéo dài, hình thái và chức năng giảm, gan phì đại hay teo (Xơ gan mật), bởi vậy có trường hợp tìm OMC khó khăn vì cuồng gan xoay, OMC ra sau tĩnh mạch của (hình 1)



**Hình 1: Biện đổi giải phẫu cuồng gan do teo gan phải, phì đại gan trái**

Đặc điểm của sỏi trong gan ở các nước châu Á có tỷ lệ hẹp rất cao, tỷ lệ này theo Sheung Tat Fan trên 137 BN sỏi trong gan là 42,3% trong đó hẹp đường mật gan trái là 36,2%, gan phải là 24,1%, phối hợp gan phải và gan trái là 18,9% [8].

**Bảng 8: Tỷ lệ hẹp đường mật của các tác giả trong nước và thế giới [1,5,6,8,10]**

STT	Tác giả	Tỷ lệ
1	Choi S, Choi TK (n=44)	34,0
2	Sheung Tat Fan (n=137)	42,3
3	Jie Fu Huang(n=545)	46,9
4	Toshio-Sato (n=100)	61,0
5	Kuo Shyang Jeng (n=395)	75,0
6	Trần Đình Thơ (n=117)	32,5
7	Đặng Tâm (n=56)	37,5

NC của chúng tôi cho thấy mức độ hẹp ở các ống gan (OG), phân thùy (PT), hạ phân thùy (HPT) như sau:

- + Mức ống gan: OGC (1 BN), OGP (3 BN), OGT (15): là 18 /47 BN
- + Mức PT: 10/47 BN (PTT: 4, PTS 5, PTIV: 1).
- + Mức HPT: 5/47 BN (HPT III 2 BN, HPT II có 2 BN, VII: 1 BN)

Như vậy tổn thương hẹp có liên quan đến các chỉ định mổ là 33/47 BN (70,2%), tỷ lệ hẹp khá cao và cũng là đặc điểm của sỏi trong gan OMC không giãn. Sau hẹp đường mật phân thùy, hạ phân thùy hay thậm chí ống gan giãn to chứa sỏi. Hẹp đường mật tại ngã 3 sau hẹp OGP, OGT và các ống HPT giãn to đúc khuôn sỏi. NC này có 18 BN hẹp ống gan trong đó hẹp OGP 3 BN, OGC 1 BN, còn lại là OGT

**Liên quan đến xử trí tổn thương hẹp trong NC này:**

- + 9/47 BN chỉ định cắt gan do hẹp,
- + 22/47 BN được TSDTL sau hẹp,
- + 3/47 BN lấy sỏi sau hẹp ống gan P (1 BN), ống gan trái (2 BN).

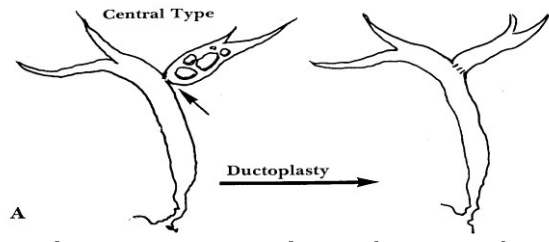
Chúng tôi nong hẹp OGP và lấy sỏi 1 BN, nong hẹp OGT và TSDTL cho 2 BN

Những tổn thương hẹp đường mật trong gan nếu không được PT triệt để (cắt gan) là nguyên nhân gây nhiễm trùng đường mật tái diễn, apxe gan đường mật, tái phát sỏi cao cũng như ung thư gan đường mật sau này.

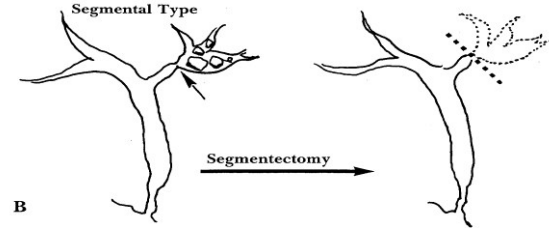
So sánh tỷ lệ tái phát sỏi giữa 2 nhóm có hẹp đường mật và không có hẹp đường mật với thời gian theo dõi TB là 4,7 năm, Thái Nguyên Hưng nhận thấy ở nhóm có hẹp đường mật, tỷ lệ tái phát sỏi là 44,4%, nhóm không có hẹp, tỷ lệ tái phát sỏi là 28,1%. [1].

Mặt khác nhóm có hẹp đường mật xử trí bằng cắt gan, tỷ lệ tái phát sỏi là 25,0% trong khi nhóm có hẹp đường mật không cắt gan, tỷ lệ tái phát là 53,5% (sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với P=0,03) [1].

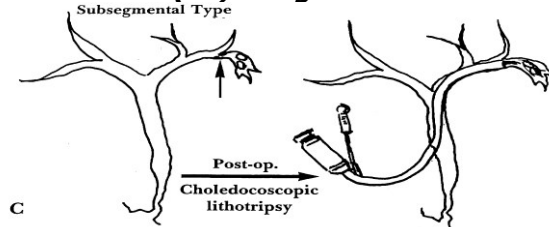
**Xử lý sỏi phối hợp với hẹp đường mật các mức theo Ker CG, Kuo KK, Chen HJ**



**Hình 2. (A) Hẹp đường mật trung tâm (OGC, OGP, OGT) - tạo hình đường mật**



**Hình 3. (B): Hẹp đường mật phân thùy (PT)-Cắt gan PT**



**Hình 4. (C): Hẹp đường mật hạ phân thùy (HPT) cắt gan HPT hay tán sỏi điện thủy lực Theo tác giả châu Á và ĐNA chỉ định cắt gan điều trị sỏi trong gan như sau:**

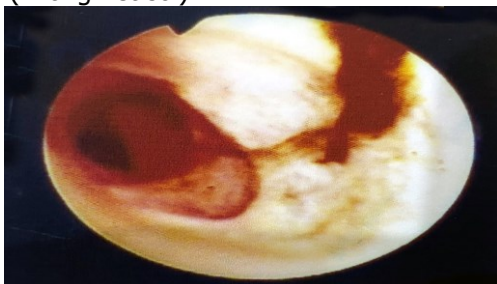
- + Sỏi và hẹp đường mật khu trú ở 1 hoặc 2 thùy gan.
- + Đã có sự biến đổi, xơ gan ở các phân thùy gan có nhiễm trùng đường mật hay tắc mật.
- + Hẹp đường mật ở khoảng cách ít nhất 10mm từ ngã 3 đường mật.

Cũng theo các tác giả, chỉ nên cắt gan mức phân thùy. Thùy gan trái hoặc gan phải thường được chỉ định cắt gan khi có tổn thương. Qua mổ cắt OGT có thể NSDM và lấy hoặc TSDTL PTIV hoặc sỏi kẹt ở gan phải. Tuy nhiên chỉ nên cắt gan trái nếu đường mật PT giữa quá hẹp hoặc quá gấp khúc không thể đưa dụng cụ NSDM, lấy sỏi và TSDTL hoặc sỏi kẹt chặt ở ngã ba đường mật.

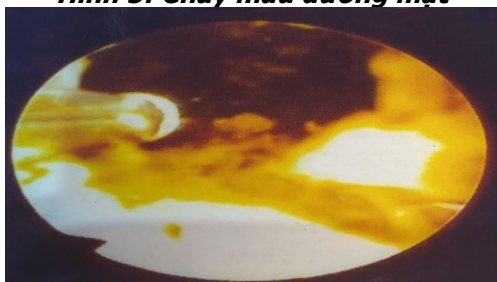
Khoảng 2/3 số BN sỏi trong gan được mổ mở OMC lấy sỏi, dẫn lưu Kehr (DL) nên có tỷ lệ sót sỏi cao. Những BN sót sỏi này cần được tiếp tục TSDTL qua da hay qua dẫn lưu đường mật (đường hầm Kehr hoặc đầu ruột đặt dưới da qua NSDM).

- + Tổn thương apxe gan đường mật và CMDM: trong NC này có 6 trường hợp apxe gan

đường mật trong đó 3 trường hợp phổi hợp với CMĐM, trường hợp CMĐM do sỏi và apxxe HPT VIII qua NSĐM phát hiện máu chảy thành tia trên nền ổ apxxe, được xử trí cắt HPT VIII. Hai BN còn lại là ổ apxxe PTT gây CMĐM được NSĐM, lấy sỏi, TSĐTL. Hai BN apxxe gan trái do hẹp OGT, apxe HPTIV được TSĐTL. Trường hợp hẹp OGP được NSĐM lấy sỏi nhưng kết quả hạn chế (không hết sỏi).



**Hình 5: Chảy máu đường mật**



**Hình 6: Tán sỏi điện thủy lực qua NSĐM (sỏi nằm trong túi giãn sau hẹp đường mật trong gan)**

+ Chúng tôi đã TSĐTL dưới hướng dẫn NSĐM trong mổ cho 29/47 BN (61,7%). Chỉ định TSĐTL qua NSĐM được đặt ra sau khi NSĐM và lấy sỏi trong gan nhưng không lấy và tiếp cận được sỏi do sỏi nằm trong túi giãn sau hẹp đường mật, đường mật gấp khúc và đường mật nhỏ. Trong trường hợp hẹp khít đường mật trong gan hay sỏi ở gan phải và gan trái chúng tôi cắt thùy gan trái sau đó qua chỗ mở ống gan trái hoặc các ống PT hoặc HPT chúng tôi NSĐM kết hợp TSĐTL trước khi đóng mổ đường mật.

#### **Biến chứng trong và sau mổ:**

+ Có 6 BN có biến chứng: 6/47 BN (12,8%): 2 apxe dưới hoành, rò mật điều trị nội, 1BN vỡ lách mổ lại, 1 BN viêm tụy cấp điều trị nội, 1 BN tràn dịch MF chọc hút, 1 BN nhiễm trùng vết mổ.

+ Không có trường hợp nào TV trong và sau mổ.

#### **Tỷ lệ sạch sỏi, sỏi sót**

+ Sạch sỏi: 51,0%

+ Sốt sỏi: 49,0% (23 BN: 1 BN sót ở ống gan P và T, 7 BN ở PT (5 BN PTS, 2 BN ở IV), 15 BN sót sỏi ở các HPT). Không có sỏi sót OMC, OGC

## **V. KẾT LUẬN**

### **5.1. Các đặc điểm chung, lâm sàng, cận lâm sàng**

+ Tuổi TB là:  $44,8 \pm 13,7$  T (18-70 T). Nữ: 66,0%, Nam: 34,0%.

+ Nghề và địa dư: Nghề: Nghề nông: 70,2%, ở nông thôn: 70,2%.

+ Tiền sử: Đã mổ mật 38,3% (55,5% đã mổ  $\geq 2$  lần). Đã cắt túi mật: 19,1%, Gcom 27,7%.

+ Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng: 31,9% có đau DSP, sốt, vàng da điển hình, 21,3% đau DSP, sốt; 17,0% đau DSP, vàng da; 29,8% đau DSP, 83,0% có phản ứng DSP.

+ Máu lắng tăng 100%, BC tăng  $>8000/mm^3$ : 63,9%.

+ Bilirubine tăng 44,7%, GOT tăng 40,4%, GPT 42,55%.

+ Cây mật: 68,0% dương tính, 81,3% (+) với 1 loại vi khuẩn (VK), 18,7 (+)  $\geq 2$  VK

+ Sỏi trong gan đơn thuần 85,1% (nguyên phát), sỏi trong gan và OMC là 14,9%

+ Kích thước OMC  $100\% \leq 10mm$  (51,0%  $\leq 8mm$ ; 49%  $>8mm \leq 10mm$ )

### **5.2. Xử trí phẫu thuật, kết quả mổ và tỷ lệ sạch, sỏi sót, biến chứng**

#### **+ Tồn thương hẹp đường mật:**

Hẹp mức ống gan: 18/47 BN (38,3%)

Mức PT: 10/47 BN (21,3%)

Mức HPT: 5/47 BN (10,65%)

Tồn thương hẹp có liên quan đến các chỉ định mổ là 33/47 BN (70,2%).

+ **Apxe gan đường mật và chảy máu đường mật:** 6/47BN (12,8%) trong đó 3 BN phổi hợp với CMĐM

+ **Xử trí phẫu thuật:** 100% các trường hợp mở OMC, NSĐM, lấy sỏi.

Cắt gan: 12/47 BN (25,5%) trong đó cắt thùy gan trái: 9BN; cắt gan PTT 1 BN; cắt HPTVIII: 1 BN, cắt HPTIII: 1 BN

TSĐTL qua NSĐM trong mổ: 29/47 BN (61,7%)

CMĐM: 3/47 BN (6,4%).

+ **Tỷ lệ sạch sỏi:** 51,0%, tỷ lệ sỏi sót 49,0% chủ yếu là ở mức phân thùy và HPT.

+ **Không có trường hợp nào TV.**

+ **Biến chứng:** 12,8% (1 BN mổ lại vì vỡ lách, xơ gan mật)

## **TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. **Thái Nguyên Hưng:** Nghiên cứu ứng dụng nội soi đường mật bằng ống soi mềm kết hợp với tán sỏi điện thủy lực trong mổ mở để chẩn đoán và điều trị sỏi đường mật. Luận án Tiến Sĩ Y Học, Hà Nội, 2009.

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.
2. **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, Đỗ Tuấn Anh, Đoàn Thanh Tùng, Trần Đình Thơ:** Điều trị phẫu thuật sỏi trong gan. Tạp chí ngoại khoa tập 16 (1),1996.
5. **Đặng Tâm (2004):** Xác định vai trò của phương pháp tán sỏi qua da bằng điện thủy lực,Luận án Tiến sỹ Y học,Thành phố Hồ Chí Minh.
6. **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 sỹ Y học, Hà nội.
7. **Cheng-Hsi SU:** Relative Prevalence of Gallstone Diseases in Taiwan.Digestive diseases and Sciences, Vol. 37,No 5(May 19920,pp.764-768
8. **Chi-Leung Liu, Sheung Tat Fan, John Wong:** Primary biliary Stones-Diagnosis and Management. Word J.Surg.22,1162-1166,1998.
9. **Choi TK, J.Wong, GB.Ông:** The surgical management of primary intra hepatic stones. Br.J.Surg.Vol.69 (1982) 86-90.
10. **Choi TK, Wong J:** Current management of intrahepatic stones.World.J.Surg,14 (1990) 487-491

## KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ TỔN THƯƠNG XƯƠNG MŨI DO CHẤN THƯƠNG TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT ĐỨC

Đào Văn Giang<sup>1</sup>, Nguyễn Hồng Hà<sup>1</sup>

### TÓM TẮT

Chấn thương mũi khá thường gặp trong chấn thương hàm mặt, khi bị tổn thương hay để lại nhiều di chứng nặng nề về giải phẫu, chức năng và thẩm mỹ. Nghiên cứu được thực hiện tại Bệnh Viện Hữu Nghị Việt Đức từ 2020 đến 2021. Phương pháp nghiên cứu mô tả lâm sàng tiến cứu, được thực hiện trên 82 bệnh nhân có tổn thương xương mũi. Kết quả: nguyên nhân chủ yếu do tai nạn giao thông, chiếm 72%. Rất ít tổn thương xương mũi đơn thuần mà chủ yếu gặp trong bệnh cảnh đa chấn thương với 81,7%. Tất cả các bệnh nhân được chụp CT-scan để chẩn đoán trước mổ. Kết quả xa: tốt với 78%, trung bình là 18.3% và kém là 3.7%. Kết luận: phẫu thuật điều trị gãy xương mũi mang lại kết quả tốt cho bệnh nhân cả về mặt giải phẫu, chức năng, thẩm mỹ cũng như tâm lý của bệnh nhân. **Từ khóa:** Xương mũi, gãy, chấn thương hàm mặt.

### SUMMARY

#### TREATMENT OF INJURY TO THE NOSE IS QUITE COMMON IN MAXILLOFACIAL TRAUMA AT VIET DUC HOSPITAL

Injury to the nose is quite common in maxillofacial trauma. This study was carried out at Viet Duc Hospital from 2020 to 2021. Prospective descriptive clinical research method was performed on 82 patients with nasal bone fracture. Results: the main cause is traffic accidents, with the rate: 72%. Most of nasal bone fracture combine with other severe traumatic with 81.7%. All patients underwent CT scan

for preoperative diagnosis. Results: good with 78%, moderate with 18.3% and poor with 3.7%. Conclusion: Surgical treatment of nasal fracture brings good results for the patient in terms of anatomy, function, aesthetics as well as psychology of the patient. **Keywords:** Nasal bone, fracture, maxillofacial trauma.

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Mũi là cơ quan nằm ở vùng trung tâm tăng giữa khối xương mặt, nhô lên phía trước khối xương mặt, tham gia nhiều vào cấu trúc giải phẫu cũng như thẩm mỹ khuôn mặt [1]. Mũi được cấu tạo bởi phần xương, khung sụn và vách ngăn, do đó khi chấn thương thường rất dễ bị tổn thương và để lại nhiều di chứng nặng nề về cấu trúc giải phẫu, chức năng sinh lý và thẩm mỹ cũng như gây ảnh hưởng nhiều đến tâm lý người bệnh [2].

Tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức hàng năm mổ rất nhiều bệnh nhân chấn thương hàm mặt trong đó rất nhiều các trường hợp chấn thương nặng, phối hợp đa chấn thương. Chính vì vậy tổn thương xương mũi cũng đa dạng, phức tạp và có tính đặc thù riêng. Việc chẩn đoán và điều trị luôn là thách thức với các bác sĩ lâm sàng. Tuy nhiên, qua tìm hiểu y văn chúng tôi nhận thấy chưa có nhiều các nghiên cứu về loại chấn thương đặc biệt này.

Mục tiêu của nghiên cứu nhằm đánh giá kết quả điều trị tổn thương xương mũi do chấn thương tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

### II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1. Đối tượng nghiên cứu.** Đối tượng nghiên cứu là 82 bệnh nhân được chẩn đoán và

<sup>1</sup>Bệnh viện Việt Đức

Chịu trách nhiệm chính: Đào Văn Giang

Email: dr.dzang@gmail.com

Ngày nhận bài: 14.3.2023

Ngày phản biện khoa học: 24.4.2023

Ngày duyệt bài: 22.5.2023