

- stones. *Ann Clin Biochem.* 2019;56(1):15-27. doi:10.1177/0004563218781672
- Smith RC, Rosenfield AT, Choe KA, et al.** Acute flank pain: comparison of non-contrast-enhanced CT and intravenous urography. *Radiology.* 1995; 194 (3): 789-794. doi:10.1148/radiology.194.3.7862980
 - Tiselius HG, Andersson A.** Stone burden in an average Swedish population of stone formers requiring active stone removal: how can the stone size be estimated in the clinical routine? *Eur Urol.* 2003;43(3):275-281.
 - Shaker H, Ismail MAA, Kamal AM, et al.** Value of Computed Tomography for Predicting the Outcome After Percutaneous Nephrolithotomy. *Electron Physician.* 2015;7(7): 1511-1514. doi: 10.19082/1511
 - Đào Đức Phin.** Kết Quả Điều Trị Sỏi Thận Bán San Hồ Bằng Tán Sỏi qua Da Đường Hàm Nhỏ Tại Bệnh Viện Đại Học Y Hà Nội. Luận văn chuyên khoa cấp II. Đại học Y Hà Nội;2019.
 - Hoàng Long.** Kết quả tán sỏi qua da đường hầm nhỏ tứ thể nằm nghiêng dưới hướng dẫn của siêu âm. Tạp chí nghiên cứu y học Trường Đại học Y Hà Nội; tập 134 tháng 10 -2020, tr100-115.
 - Bùi Trường Giang.** Đánh Giá Kết Quả Tán Sỏi qua Da Đường Hàm Nhỏ Điều Trị Sỏi Thận Tại Bệnh Viện Đa Khoa Đức Giang Giai Đoạn 2017-2021. Luận văn chuyên khoa cấp II. Đại học Y Hà Nội;2021.
 - Gücük A, Uyetürk U, Öztürk U, Kemahli E, Yıldız M, Metin A.** Does the Hounsfield unit value determined by computed tomography predict the outcome of percutaneous nephrolithotomy? *J Endourol.* 2012;26(7):792-796. doi:10.1089/end.2011.0518

MỘT SỐ YẾU TỐ ẢNH HƯỞNG TỶ LỆ TÁI PHÁT SỎI SAU TÁN SỎI ĐƯỜNG MẬT TRONG VÀ NGOÀI GAN QUA DA BẰNG LASER GIAI ĐOẠN SAU HAI NĂM

Lê Tuấn Linh¹, Nguyễn Thị Hương²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Phân tích một số yếu tố ảnh hưởng đến kết quả của phương pháp tán sỏi mật trong và ngoài gan qua da bằng Laser. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu phân tích hồi cứu trên các bệnh nhân được tán sỏi đường mật trong gan và sỏi ống mật chủ bằng laser tại Trung tâm Chẩn đoán hình ảnh và Can thiệp điện quang, Bệnh viện Đại học Y Hà Nội từ tháng 01/01/2020 đến 01/08/2022. **Kết quả:** Nghiên cứu được thực hiện trên 65 bệnh nhân có sỏi đường mật trong và/hoặc ngoài gan đã được tán sỏi qua da bằng Laser, với thời gian theo dõi trung bình là tháng 27 tháng (IQR 3-37), cho thấy tỷ lệ sỏi tái phát chung là 43 bệnh nhân (66,2%). Yếu tố nguy cơ gây tỷ lệ sỏi mật tái phát cao hơn là hẹp đường mật (OR, 5,4; 95% CI, 1,7-17,3; p=0,03); viêm đường mật trên hình ảnh (OR, 4,7; 95% CI, 1,2-18,7, p=0,033); tổn thương gan (OR, 5,0; 95% CI, 1,5-16,4; p=0,006); phân bố sỏi trong gan (OR, 9,5; 95% CI 1,7-51,3; p=0,005) và sỏi sỏi (p=0,00). **Kết luận:** Như vậy các yếu tố hẹp đường mật, viêm đường mật, xơ gan, phân bố và số lượng sỏi, sỏi sỏi có thể góp phần làm tăng tỷ lệ tái phát sỏi sau điều trị TSDMQDL.

Từ khóa: Tán sỏi đường mật qua da bằng Laser, sỏi đường mật, tỷ lệ tái phát, kết quả dài hạn, yếu tố tái phát sỏi.

SUMMARY

SOME FACTORS AFFECTING THE STONE RECURRENCE RATE IN PATIENTS TREATED INTRAHEPATIC AND EXTRAHEPATIC LITHIASIS BY PERCUTANEOUS TRANSHEPATIC CHOLANGIOSCOPY LITHOTRIPSY

Purpose: Analysis of some factors affecting the stone recurrence rate in patients with intrahepatic and extrahepatic stones have undergone percutaneous transhepatic transhepatic cholangioscopy lithotripsy. **Subjects and methods:** This study is a retrospective review of 65 patients had intrahepatic and common bile duct stones and treated using percutaneous transhepatic cholangioscopy lithotripsy from January 2020 to August 2022 at Radiology Center – Hanoi Medical University Hospital. **Results:** The study was conducted on 65 patients to analyze some factors affecting the results (stone recurrence rate) of intrahepatic and extrahepatic bile duct lithotripsy after percutaneous laser lithotripsy in long-term, with a median follow-up period of 27 months (IQR 3-37), showing that the rate of Overall stone recurrence was 43 patients (66.2%). The risk factor for a higher rate of stone recurrence is biliary stricture (OR, 5.4; 95% CI, 1.7-17.3; p=0.03); cholangitis on imaging (OR, 4.7; 95% CI, 1.2-18.7, p= 0.033); liver damage (OR, 5.0; 95% CI, 1.5-16.4; p=0.006); stone distribution in the liver (OR, 9.5; 95% CI 1.7-51.3; p=0.005) and stone retention (p=0.00). **Conclusion:** factors such as biliary stenosis, cholangitis, liver damage, distribution of stones, and stone retention can contribute to increasing the rate of stone recurrence after treatment with TSDMQDL. Therefore, assessing the above factors before percutaneous transhepatic transhepatic cholangioscopy lithotripsy is necessary to predict long-term effectiveness and

¹Bệnh viện Đại Học Y Hà Nội

²Trường Đại Học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Lê Tuấn Linh

Email: linhdhyh2017@gmail.com

Ngày nhận bài: 13.9.2023

Ngày phản biện khoa học: 14.11.2023

Ngày duyệt bài: 27.11.2023

devise a treatment plan to reduce the recurrence rate.

Keywords: percutaneous transhepatic cholangioscopy lithotripsy, cholelithiasis, recurrence rate, stone recurrence factor, long term.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sỏi đường mật trong gan và sỏi ống mật chủ là bệnh lý thường gặp, nhiều hơn ở khu vực Đông Nam Á hơn so với các khu vực phương Tây. Bệnh liên quan nhiều đến nhiễm trùng và kí sinh trùng đường mật, đặc biệt là giun đũa. Bản chất của sỏi là sỏi cholesterol và sỏi bilirubinat canxi nhưng hay gặp hơn là sỏi bilirubinat canxi¹. Với sự tiến triển phức tạp của bệnh, chỉ một số ít bệnh sỏi đường mật là không có triệu chứng, còn phần lớn bệnh sỏi đường mật lâu dài có thể gây viêm đường mật sinh mủ tái diễn, dẫn tới kháng kháng sinh, hình thành các ổ áp xe gan dẫn tới xơ gan mật, và thậm chí là ung thư đường mật². Trước đây phẫu thuật là phương pháp kinh điển trong điều trị sỏi đường mật. Hiện nay đã có nhiều cải tiến trong điều trị sỏi mật với nhiều kỹ thuật mới như: tán sỏi xuyên gan qua da, tán sỏi ngoài cơ thể, lấy sỏi qua nội soi mật tụy ngược dòng, phẫu thuật nội soi, cắt gan... Tuy nhiên mỗi phương pháp còn tồn tại nhiều hạn chế, ví dụ như các phương pháp tán sỏi qua da bằng thủy điện hay kết hợp đơn thuần có phần hạn chế nếu sỏi to. Phương pháp tán sỏi mật bằng Laser đã cải thiện được tỷ lệ sỏi và bảo tồn được nhu mô gan và thích hợp cho các bệnh nhân không đủ điều kiện phẫu thuật. Kỹ thuật tán sỏi đường mật qua da bằng Laser ngày càng được áp dụng rộng rãi, tuy nhiên các nghiên cứu trên thế giới về đánh giá dài hạn kết quả điều trị phương pháp này còn ít. Tỷ lệ điều trị thất bại cũng như tái phát sỏi (TPS) của bệnh này còn cao. Một số nghiên cứu chỉ ra đây là một bệnh lý đặc trưng bởi tỷ lệ điều trị thất bại và tái phát cao lên đến 20-25% đến 100%^{3,4}. Tại Việt Nam chưa có nghiên cứu nào công bố về các yếu tố nguy cơ gây tăng tỷ lệ TPS ở bệnh nhân (BN) sau tán sỏi đường mật trong và ngoài gan qua da bằng Laser (TSDMQDL).

Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu "một số yếu tố nguy cơ làm tăng tỷ lệ tái phát sỏi ở bệnh nhân sau tán sỏi đường mật trong và ngoài gan qua da bằng Laser" với mục tiêu: *Phân tích một số yếu tố nguy cơ làm tăng tỷ lệ tái phát sỏi (TPS) sau can thiệp TSDMQDL.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Tiêu chuẩn chọn:

- (1) Bệnh nhân được can thiệp tán sỏi mật

qua da xuyên gan bằng Laser Holmium. (2) Bệnh nhân được theo dõi tại thời điểm sau can thiệp ít nhất 2 năm theo quy trình nghiên cứu và/hoặc đã tái phát sỏi.

- (3) Có đầy đủ hồ sơ bệnh án, cách thức can thiệp, phiếu gây mê hồi sức và theo dõi sau can thiệp.

Tiêu chuẩn loại trừ:

- (1) Bệnh nhân được phẫu thuật hoặc can thiệp nội soi phối hợp với TSDMQD.

- (2) Bệnh nhân từ chối tham gia trong quá trình nghiên cứu.

- (3) Bệnh nhân không có đủ thông tin hồ sơ nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu phân tích hồi cứu

Phương pháp chọn mẫu: chọn mẫu thuận tiện, n = 59.

2.3. Thiết kế nghiên cứu

- (1) Lập danh sách bệnh nhân đã can thiệp TSDMQDL và có đủ hồ sơ bệnh án tại thời điểm can thiệp.

- (2) Lấy số liệu bệnh nhân có sỏi tái phát và/hoặc khám lại sau ≥ 2 năm

- (3) Đánh giá kết quả can thiệp tán sỏi qua da.

- (4) Nhập số liệu và xử lý.

Các biến số nghiên cứu:

- Hẹp đường mật: được định nghĩa là đường mật có khẩu kính nhỏ hơn đường mật cùng cấp, hoặc hẹp đột ngột với OMC. Phương pháp đánh giá: CHT hoặc chụp đường mật qua da hoặc nội soi ĐM.

- Sỏi tái phát: là sỏi mới được phát hiện ở bệnh nhân đã tán sạch sỏi hoàn toàn sau TSDMQDL hoặc sỏi xuất hiện ở vị trí mới ở bệnh nhân còn sỏi so với kết quả ngay sau tán (đã loại trừ khả năng sỏi di chuyển). Phương pháp đánh giá: trên siêu âm, CLVT, CHT và nội soi đường mật trực tiếp.

- Xơ gan mật: được xác định khi bệnh nhân có tiền sử sỏi mật, có biến đổi hình thái gan (không có viêm gan virus) và có thể có các biến đổi ngoài gan như giãn tĩnh mạch cửa, lách to. Phương pháp đánh giá: siêu âm, CLVT, CHT.

- Viêm đường mật: được chẩn đoán trên hình ảnh khi có dày thành, tăng ngấm thuốc đường mật, có thể kèm theo rối loạn tưới máu hoặc không, hoặc có áp xe gan ở bệnh nhân sỏi mật. Đánh giá trên CLVT hoặc CHT.

- Sót sỏi: được chẩn đoán thấy sỏi ngay sau tán (< 1 tháng) trên các phương tiện chẩn đoán hình ảnh. Đánh giá trên siêu âm, CLVT, CHT, chụp đường mật qua da, nội soi đường mật trực tiếp.

2.4. Phân tích và xử lý số liệu. Xử lý số

liệu thu thập các biến số lưu trữ và xử lý bằng phần mềm SPSS 20. So sánh các đặc điểm về tỷ lệ của nhóm nghiên cứu bằng, kiểm định sự khác

biệt bằng test chi-square, test Fisher's. Tỷ suất chênh OR. Kết quả được xem là có ý nghĩa thống kê khi $p < 0.05$ với độ tin cậy 95%.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu hồi cứu của chúng tôi trên 65 bệnh nhân thu được kết quả như sau:

3.1. Đánh giá môi trường quan giữa sỏi tái phát và hẹp đường mật sau TSDMQDL

Bảng 1. Một số yếu tố liên quan tới tỷ lệ tái phát sỏi sau TSDMQDL

	Tổng	Không	Có	p
Hẹp đường mật				
				0,001
Không	26(40%)	15(23,1%)	11(16,9%)	
Có	39(60%)	7(10,8%)	32(46,2%)	
Tổng	65(100%)	22(33,9%)	43(66,1%)	
Viêm đường mật				
				0,002
Không	11(10,2%)	7(11,9%)	4(6,8%)	
Có	48(81,4%)	13(22,1%)	35(59,3%)	0,013
+ Dày thành	17(28,8%)	7(11,9%)	10(16,7%)	
+ Dày thành kèm rối loạn tưới máu	23(39%)	4(2,3%)	19(32,2%)	
+ Ap xe đường mật	8(13,6%)	2(3,4%)	6(10,2%)	
Tổng	59	20(33,9%)	39(66,1%)	
Tổn thương gan do sỏi mật				
				0,002
Không	39(65%)	19(31,7%)	20(33,3%)	
Có	21(35%)	1(1,7%)	20(33,3%)	
+ Biến đổi hình thái, bờ	13(21,7%)	1(1,7%)	12(20,0%)	0,043
+ Có biến đổi ngoài gan	8(13,3%)	0(0%)	8(13,3%)	0,043
Tổng	60(100%)	20(33,3%)	40(66,7%)	
Phân bố sỏi				
				0,041
Trong gan	56(86,2%)	15(23,1%)	41(63,1%)	
+ Một phân thù	24(36,9%)	9(13,8%)	15(23,1%)	
+ Hai phân thù	14(21,5%)	5(7,7%)	9(13,8%)	
+ Lớn hơn ba phân thù	18(27,7%)	1(1,5%)	17(26,2%)	
Ông mật chủ	9(13,8%)	7(10,8%)	2(3,1%)	0,005
Tổng	65(100%)	22(33,9%)	43(66,1%)	
Sốt sỏi				
				0,000
Không	47(72,3%)	22(33,9%)	25(38,4%)	
Có	18(27,7%)	0(0%)	18(27,7%)	
Tổng	65(100%)	22(33,9%)	43(66,1%)	

3.2. Dự đoán khả năng tái phát sỏi của một số yếu tố nguy cơ

Bảng 2: Khả năng tái phát sỏi đường mật sau TSDMQDL của các yếu tố hẹp đường mật, viêm đường mật, tổn thương gan, phân bố sỏi trong gan

	Sỏi tái phát		
	Odds ratio	P	95% CI
Hẹp đường mật	5,4	0,03	1,7-17,3
Viêm đường mật	4,7	0,033	1,2-18,7
Xơ gan	5,0	0,006	1,5-16,4
Phân bố có sỏi trong gan	9,5	0,005	1,7-51,3

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu. Nghiên cứu của chúng tôi hồi cứu trên 65 bệnh nhân, với tỷ lệ nam/nữ là 1/2,25, độ tuổi

trung bình là 51 ± 14,2 tuổi (IQR 28-89). Thời gian theo dõi trung bình là 27 ± 6,8 tháng (IQR 3-37), thời gian này tương đương với một số nghiên cứu khác như nghiên cứu Alberta Cappelli và cs vào năm 2019 là 23 tháng⁵, của Kyung Sook Hong năm 2011 trong khoảng 30,9 tháng⁶, ít hơn một số nghiên cứu khác như nghiên cứu của Peng Lujaim, MD năm 2020 với thời gian theo dõi trung bình là 4 năm⁷. Tuy nhiên hầu hết các nghiên cứu nêu trên cũng chỉ ra rằng thời gian tái phát sỏi hay các biến chứng do sỏi ĐM khác trung bình trong khoảng 24 tháng, như nghiên cứu của Peng Lujaim là 20,51 ± 9,65 tháng, của Sung-Koo Lee với nhóm hẹp đường mật là 24 tháng và nhóm không hẹp, hẹp nhẹ là 28 tới 32 tháng, của Alberta Cappelli là 21 tháng. Như vậy thời gian theo dõi của chúng tôi nằm

trong khoảng thời gian xảy ra các vấn đề về ĐM tương tự các nghiên cứu khác.

Nghiên cứu của chúng tôi có 65 bệnh nhân có 43 bệnh nhân có HDM tương đương 66,2%. Tỷ lệ này tương tự theo Nakayama (1986) được tổng kết tại 4 quốc gia ở Châu Á là 76,2%⁸. Tỷ lệ sỏi đường mật tái phát ở 43 BN (66,1%), trong đó có 11 BN (16,9%) không HDM và 32 BN (49,2%) có HDM trước điều trị, có sự liên quan giữa tỷ lệ hẹp đường mật và tỷ lệ tái phát sỏi và qua phân tích tỷ suất chênh OR cho thấy nhóm HDM có khả năng tái phát sỏi cao gấp 5,4 lần nhóm không HDM với $p=0,03$. Chỉ số OR này cao hơn nghiên cứu của Nguyễn Đình Khánh (2021)⁹. Nhận định HDM và tái phát sỏi có sự tương quan mật thiết cũng đã được khẳng định ở một số nghiên cứu ngoài nước khác. Theo nghiên cứu của Alberta Cappelli và cs vào năm 2019, tiến hành trên 91 bệnh nhân có SĐM nhưng hạn chế phẫu thuật và NS lấy sỏi được TSDMQD và chia thành hai nhóm có và không có hẹp đường mật cho thấy tỷ lệ tái phát sỏi trung bình là 50% với tỷ lệ tái phát sỏi ở nhóm không HDM là 32% và có HDM là 64%⁵. Nghiên cứu dài hạn như của Sung-Koo Lee đã chỉ ra rằng bệnh nhân bị hẹp nặng đường mật trong gan có tỷ lệ tái phát cao hơn so với không HDM hoặc hẹp nhẹ (100% so với 28% với $p < 0,001$)¹⁰. Nghiên cứu của Zhi-Qiang Huang và Xiao-Qiang Huang cho thấy 82% trường hợp tái phát có sỏi đường mật. Các kết quả này ủng hộ hẹp ĐM là yếu tố chính quyết định sự tái phát sỏi ĐM sau TSDMQDL. Do vậy, đánh giá mức độ hẹp trước can thiệp là cần thiết ở các bệnh nhân mắc sỏi ĐM để tiên lượng hiệu quả điều trị ngay sau tán, tỷ lệ tái phát sỏi và đưa ra các biện pháp điều trị hẹp trong tán.

Ở nghiên cứu này, 59 bệnh nhân được đánh giá tổn thương viêm đường mật, 11 BN (10,2%) không có VĐM nhóm này có BN TPS và BN không TPS, và có 48 BN (81,4%) có VĐM với BN có dày thành đường mật, BN có dày thành kèm rối loạn tưới máu và BN có áp xe ĐM, nhóm này có BN TPS và BN không TPS. Phân tích đơn biến chỉ số OR và 95% CI cho yếu tố nguy cơ viêm đường mật ta thấy rằng viêm đường mật trên hình ảnh làm tăng nguy cơ gây TPS lại lên 4,7 lần, 95% CI dao động từ 1,2 tới 18,8 với $p=0,033$, kết quả có ý nghĩa thống kê. Kết quả này tương tự với nghiên cứu của Đỗ Đăng Khánh, với tỷ lệ nhiễm khuẩn đường mật làm tăng nguy cơ can thiệp lại lên 3,47 lần⁹.

Nguy cơ sỏi mật tăng lên ở bệnh nhân xơ gan do xơ gan làm tổn rối loạn chức năng chuyển hóa, giảm khả năng tổng hợp và vận

chuyển muối mật. Do đó bilirubin không được hoàn toàn dẫn tới dễ kết tủa tạo sỏi, ngoài gan xơ gan còn có tổn thương ống mật, làm hạn chế khả năng lưu thông mật. Trong nghiên cứu của chúng tôi có 60 BN được khảo sát tổn thương gan, có 39 BN (65%) không có tổn thương gan trên hình ảnh, và 21 BN (35%) có tổn thương gan với 13 BN (21,7%) có biến đổi hình thái gan, và 8 BN (13,3%) có biểu hiện xơ gan kèm các biến chứng của xơ gan. Nhóm không có tổn thương gan có 19 BN (31,7%) TPS và 20 BN (33,3%) không TPS. Nhóm có tổn thương gan có 20 BN (33,3%) TPS và 1 BN (1,7%) không TPS. Phân tích đơn biến chỉ số OR và 95% CI cho yếu tố tổn thương gan cho thấy tổn thương gan là yếu tố nguy cơ tăng sỏi tái phát lên 5,0 lần, với $p=0,006$, 95% CI dao động từ 1,5 tới 16,4. Ở nghiên cứu của Sung-Koo Lee và cs vào năm 2001 cũng chỉ ra tỷ lệ tái phát sỏi ở nhóm xơ gan (Child's B hoặc C) cao hơn với nhóm không xơ gan hoặc xơ gan nhẹ (Child's A) với tỷ lệ là 80% và 29%¹⁰.

Phân bố sỏi cũng là một yếu tố làm tăng nguy cơ TPS, nghiên cứu của chúng tôi trên 65BN, có 9 BN (13,8%) chỉ có sỏi ống mật chủ và/hoặc sỏi miệng nối mật ruột, 56 BN (86,2%) có sỏi đường mật trong gan với 24 BN (36,9%) có sỏi một phân thùy, 14 BN (21,5%) có sỏi hai phân thùy, 18 BN (27,7%) có sỏi nhiều hơn ba phân thùy. Tỷ lệ tái phát sỏi của nhóm chỉ có sỏi ống mật chủ và/hoặc miệng nối mật ruột là 2 BN (22,2%), và của nhóm có sỏi trong gan là 41 BN (73,2%). Có mối liên quan giữa phân bố sỏi trong gan và sỏi ống mật chủ với tỷ lệ tái phát sỏi với $p=0,005$, qua phân tích OR thấy nhóm có sỏi ĐM trong gan có khả năng tái phát sỏi cao gấp 9,5 lần so với nhóm chỉ có sỏi OMC và/hoặc MNMR với 95% CI dao động từ 1,7-51,3. Trong đó tỷ lệ tái phát sỏi của các nhóm một phân thùy, hai phân thùy và lớn hơn ba phân thùy lần lượt là 62,5%, 64,3% và 94,4%, có mối liên quan giữa phân bố sỏi trong số lượng phân thùy và tỷ lệ tái phát sỏi với $p=0,041$. Qua phân tích tỷ suất chênh OR thấy tỷ lệ tái phát sỏi ở nhóm phân bố lớn hơn ba phần thùy cao hơn nhóm sỏi phân bố ở một phân thùy 10 lần, 95% CI dao động từ 1,2-90, với độ tin cậy 95% ($p=0,026 < 0,05$). Kết quả này cũng tương tự trong nghiên cứu của Yung-Hsiang Yeh 1995 cũng đã cho thấy sỏi ĐM trong gan có tỷ lệ tái phát cao và các sỏi tái phát thường thấy ở những BN có sỏi ở cả hai thùy gan phải và trái.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, với 65 BN có 18 BN (27,7%) sót sỏi sau tán và 47 BN (72,3%) sạch sỏi hoàn toàn. Tỷ lệ TPS ở nhóm

sốt sỏi là 100% và ở nhóm không sỏi sỏi là 53,2%. Như vậy, sỏi sỏi có liên quan với tỷ lệ TPS với độ tin cậy 91% ($p=0,000 < 0,01$). Điều này được giải thích do sỏi sỏi làm cản trở lưu thông dịch mật, gây nhiễm khuẩn đường mật và tạo thêm sỏi mới, đây là vòng xoắn bệnh lý trong sỏi mật. Kết quả này cũng phù hợp với nghiên cứu của Min-Ho Huang 2003, nghiên cứu cho thấy rằng lấy sạch sỏi trong quá trình tán sỏi là cần thiết do tỷ lệ sỏi tái phát và ung thư đường mật thấp hơn ở những bệnh nhân còn sỏi sỏi (16,2% so với 44,3% trong sỏi tái phát và 0,7% so với 6,6% trong ung thư đường mật) và cũng phù hợp với nghiên cứu của Trần Bảo Long 2003.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy hẹp đường mật, viêm đường mật, tổn thương gan, xơ gan, phân bố sỏi là các yếu tố làm tăng nguy cơ tái phát sỏi ở bệnh nhân sau tán sỏi đường mật trong và ngoài gan qua da bằng Laser. Vì vậy đánh giá các yếu tố trên trước điều trị là cần thiết để tiên lượng hiệu quả lâu dài và đưa ra kế hoạch điều trị để giảm tỷ lệ tái phát.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Cường, L.V.** Thành phần hóa học của 110 mẫu sỏi mật ở người Việt Nam phân tích bằng quang phổ hồng ngoại và raman. Kỷ yếu công trình nghiên cứu khoa học. 1999.

2. **Tyson GL, El-Serag HB.** Risk factors for cholangiocarcinoma. *Hepatology* 2011; 54(1):173-184. doi:10.1002/hep.24351
3. **Ong GB.** A study of recurrent pyogenic cholangitis. *Arch Surg Chic Ill* 1960. 1962;84:199-225. doi:10.1001/archsurg.1962.01300200047004
4. **Khôi, L.N.** Đánh giá kết quả điều trị sỏi trong gan bằng phẫu thuật nội mật - da với đoạn ruột biệt lập và nội mật - ruột - da. *Gan -- Phẫu thuật*. 2015:138.
5. **Cappelli A, Mosconi C, Cucchetti A, et al.** Outcomes following percutaneous treatment of biliary stones. *HPB*. 2019;21(8):1057-1063. doi:10.1016/j.hpb.2018.12.007
6. **Hong KS, Noh KT, Min SK, Lee HK.** Selection of surgical treatment types for intrahepatic duct stones. *Korean J Hepato-Biliary-Pancreat Surg*. 2011;15(3): 139-145. doi: 10.14701/ kjhbps. 2011.15.3.139
7. **Lujian P, Xianneng C, Lei Z.** Risk factors of stone recurrence after endoscopic retrograde cholangiopancreatography for common bile duct stones. *Medicine (Baltimore)*. 2020;99(27): e20412. doi:10.1097/MD.00000000000020412
8. **Nakayama F, Soloway RD, Nakama T, et al.** Hepatolithiasis in East Asia. Retrospective study. *Dig Dis Sci*. 1986;31(1):21-26. doi: 10.1007/BF01347905
9. **Đình Khánh Đ.** Đánh giá kết quả tán sỏi đường mật trong và ngoài gan qua da bằng Laser. *Tiêu Hóa*. Published online 2021.
10. **Lee SK, Seo DW, Myung SJ, et al.** Percutaneous transhepatic cholangioscopic treatment for hepatolithiasis: an evaluation of long-term results and risk factors for recurrence. *Gastrointest Endosc*. 2001;53(3):318-323. doi: 10.1016/s0016-5107(01)70405-1

MỐI LIÊN QUAN GIỮA HỘI CHỨNG ĐAU MẠN TÍNH SAU PHẪU THUẬT VÚ VỚI CÁC DÂY THẦN KINH NGOẠI BIÊN VÀ Ý NGHĨA LÂM SÀNG

Hoàng Mạnh Ninh¹

TÓM TẮT

Hội chứng đau sau phẫu thuật vú (PBSPS) là một trong những biến chứng thường gặp sau phẫu thuật vú, có tỷ lệ được báo cáo trong khoảng 20-60%. PBSPS là cơn đau xảy ra sau bất kỳ cuộc phẫu thuật vú nào; có mức độ nghiêm trọng ít nhất là vừa phải; có những tính chất của bệnh lý thần kinh; nằm ở thành ngực/vú, nách và/hoặc cánh tay cùng bên; kéo dài ít nhất 6 tháng; xảy ra ít nhất 50% thời gian; và có thể trầm trọng hơn do chuyển động của cơ vai. PBSPS có liên quan chặt chẽ với các dây thần kinh ngoại biên chi phối thành ngực và phần trên cánh tay. Tùy thuộc vào phương pháp phẫu thuật, các dây thần kinh khác

nhau sẽ bị ảnh hưởng theo những cách khác nhau. Hiểu được mối quan hệ này giúp các bác sĩ lâm sàng lên kế hoạch điều trị thích hợp cho bệnh nhân mắc PBSPS. **Từ khóa:** Hội chứng đau sau phẫu thuật vú, dây thần kinh ngoại biên, phẫu thuật vú.

SUMMARY

RELATIONSHIP BETWEEN CHRONIC POST BREAST SURGERY PAIN SYNDROME AND PERIPHERAL NERVE, CLINICAL SIGNIFICANCE

Post breast surgery pain syndrome (PBSPS) is one of the common complications after breast surgery, is reported to range between 20-60%. PBSPS is pain that occurs after any breast surgery; is of at least moderate severity; possesses neuropathic qualities; is located in the ipsilateral breast/chest wall, axilla, and/or arm; lasts at least 6 months; occurs at least 50% of the time; and may be exacerbated by movements of the shoulder girdle. PBSPS is closely related to the peripheral nerves that innervate the chest wall and upper arm. Depending on the surgical

¹Bệnh viện Bưu điện

Chịu trách nhiệm chính: Hoàng Mạnh Ninh

Email: drhoangmanhninh@gmail.com

Ngày nhận bài: 11.9.2023

Ngày phản biện khoa học: 10.11.2023

Ngày duyệt bài: 23.11.2023