

Đánh giá kết quả phẫu thuật cắt gan điều trị bệnh lý sỏi đường mật trong gan tại Bệnh viện Trường Đại học Y - Dược Huế

Nguyễn Minh Thảo¹, Phạm Minh Đức^{1,*}, Đoàn Phước Vượng¹, Nguyễn Văn Quý², Phạm Anh Vũ¹

(1) Khoa Ngoại Tiêu hóa, Bệnh viện Trường Đại học Y - Dược Huế

(2) Trường Đại học Y - Dược, Đại học Huế

Tóm tắt

Đặt vấn đề: Sỏi trong gan là một bệnh lý thường gặp ở vùng Châu Á - Thái Bình Dương với tỷ lệ mắc lên đến 30 - 50%. Chúng tôi nghiên cứu phẫu thuật này với mục tiêu nghiên cứu bệnh học, chỉ định cũng như đánh giá các kết quả sớm sau mổ. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang. Dữ liệu được phân tích bằng phép thử t Student, phân tích đơn biến theo phần mềm SPSS 20.0. **Kết quả:** 33 trường hợp cắt gan do sỏi, tuổi trung bình $54,2 \pm 13,2$; 75,6% nữ. Child Pugh A 97%, Child Pugh B 3%. Vị trí sỏi ở thùy gan trái chiếm 48,5%. ASA1 36,4%; ASA2 54,5%; ASA3 9,1%. Phẫu thuật cắt thùy gan trái chiếm 90,9%. Thời gian phẫu thuật $185,2 \pm 35$ phút. Thời gian nằm viện $16,2 \pm 4,7$ ngày. Biến chứng dò mật chiếm 3%, tụ dịch ổ bụng 15,2%, nhiễm trùng vết mổ 3%, viêm phổi 3%, tràn dịch màng phổi 6,1%, nhiễm trùng tiết niệu 3%, nhiễm khuẩn huyết 6,1%. Tỷ lệ sỏi sỏi và tái phát sau mổ 24,2%. Không có trường hợp tử vong sau mổ. **Kết luận:** Phương pháp cắt gan điều trị bệnh lý sỏi đường mật an toàn và khả thi.

Từ khóa: sỏi đường mật, cắt gan, phẫu thuật, điều trị, sỏi mật trong gan.

Result of hepatectomy for hepatolithiasis in Hue University of Medicine and Pharmacy Hospital

Nguyen Minh Thao¹, Pham Minh Duc^{1,*}, Doan Phuoc Vung¹, Nguyen Van Quy², Pham Anh Vu¹

(1) Digestive Surgery Department, Hue University of Medicine and Pharmacy Hospital

(2) Hue University of Medicine and Pharmacy, Hue University

Abstract

Background: Hepatolithiasis is an endemic disease in the Asia-Pacific region with 30 - 50% prevalence. We aimed to evaluate the patient's characteristics, indications, and short-term outcomes. **Method:** A cross-sectional descriptive study. Data were analyzed using the Student's t-test, univariable analysis by SPSS 20.0 software. **Results:** 33 cases of liver resection due to hepatolithiasis, mean age was 54.2 ± 13.2 , 75.6% female, Child-Pugh score (A 97%, B 3%). The top position at the left lobe was 48.5%. ASA1 was 36.4%; ASA2 was 54.5%, and ASA3 9.1%. Left lobe hepatectomy was 90.9%. The operative time was 185.2 ± 35 minutes. The hospitalization time was 16.2 ± 4.7 days. Biloma was 3%, the abdominal fluid collection was 15.2%, Wound infection was 3%, pneumonia was 3%, pleural effusion was 6.1%, urinary infection was 3%, and sepsis was 6.1%. The rate of retained and recurrent stones was 24.2%. There was no mortality after surgery. **Conclusion:** The hepatectomy for hepatolithiasis is safe and feasible.

Keywords: hepatectomy, hepatolithiasis, treatment, surgery, result.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sỏi đường mật trong gan được định nghĩa là sự xuất hiện của sỏi trong đường mật phía trên hợp lưu ống gan phải và trái, bất kể sự xuất hiện kèm theo của sỏi ống mật chủ và sỏi túi mật. Mặc dù hiếm gặp ở các nước phương Tây, sỏi đường mật trong gan nguyên phát khá thường gặp ở vùng Châu Á - Thái Bình Dương với tỷ lệ mắc lên đến 30 - 50%. Bệnh được biểu hiện bởi những đợt tắc mật tái diễn với các triệu chứng đau bụng, sốt, vàng da (tam chứng Charcot) và có thể dẫn đến những hậu quả nghiêm

trọng như nhiễm trùng nặng, áp xe gan hay là ung thư đường mật [1-3].

Sỏi đường mật trong gan thường gặp ở lứa tuổi từ 30 đến 70 và nhất là ở độ tuổi 50 - 60. Mặc dù sự hiểu biết ngày càng tăng, cơ chế bệnh sinh chính xác của sỏi mật trong gan vẫn chưa được định nghĩa một cách đầy đủ [1]. Ở Việt Nam, sỏi đường mật trong gan là một bệnh lý khá phổ biến chiếm trên 50% bệnh lý sỏi đường mật (không kể bệnh lý sỏi túi mật) và đặc biệt liên quan đến ký sinh trùng đường mật [4].

Địa chỉ liên hệ: Phạm Minh Đức; email: pmduc@huemed-univ.edu.vn

Ngày nhận bài: 5/1/2023; Ngày đồng ý đăng: 15/5/2023; Ngày xuất bản: 10/6/2023

DOI: 10.34071/jmp.2023.3.16

Cho đến hiện tại, vẫn chưa có một phác đồ điều trị nhất định dành cho sỏi đường mật trong gan, có nhiều khuyến cáo hướng dẫn thực hành lâm sàng đã được đưa ra tuy nhiên chỉ được xếp ở mức độ C. Các phương pháp điều trị rất đa dạng và được chia thành: điều trị bằng thuốc, lấy sỏi bằng nội soi, kết hợp nội soi với chẩn đoán hình ảnh can thiệp hoặc phẫu thuật lấy sỏi, với sự tăng lên tương ứng về hiệu quả điều trị cũng như các biến chứng kèm theo [1, 4].

Trong các phương pháp điều trị, nội soi đường mật lấy sỏi qua miệng được lần đầu áp dụng vào năm 1987 và ngày càng thuận lợi cùng với sự phát triển của các dụng cụ nội soi, tuy nhiên tỷ lệ sạch sỏi chỉ đạt 64% và thường phải lặp lại thủ thuật nhiều lần [8]. Trong những trường hợp tiếp cận ngược dòng thất bại hoặc do sự cản trở về mặt giải phẫu thì nội soi đường qua đường miệng có thể được thay thế bởi nội soi đường mật lấy sỏi qua da. Phương pháp này được áp dụng cho những bệnh nhân với nguy cơ phẫu thuật cao, có tiền sử phẫu thuật đường mật, sỏi nằm rải rác nhiều phân thùy và với những bệnh nhân không đồng ý phẫu thuật, với tỷ lệ sạch sỏi đạt đến 85%. Mặc dù được cho là phương pháp ít xâm lấn hơn so với phẫu thuật, phương pháp này tạo đường dò mật ra da với nhiều nguy cơ như: vỡ đường dò, chảy máu, áp xe trong ổ bụng, tổn thương gan, chảy máu phúc mạc và đặc biệt là tổn thương các mạch máu lớn (động mạch gan, tĩnh mạch cửa). Bằng cách sử dụng đường hầm qua da để tiếp cận đường mật, tán sỏi mật qua da bằng laser được xem như là phương pháp tán sỏi hiệu quả nhất với hiệu quả đạt 76,8 - 100% trong trường hợp những viên sỏi lớn ở những vị trí khó tiếp cận, nhất là những viên sỏi nằm gần chỗ hẹp đường mật [5]. Phẫu thuật mở ống mật chủ lấy sỏi là phẫu thuật tiếp cận đường mật ở ngoài gan điều trị sỏi đường mật. Với sự hỗ trợ của nội soi đường mật trong mổ mới có thể khảo sát tốt hơn đường mật ở thuận tiện trong việc lấy sỏi đường mật ở trong gan tuy nhiên tỷ lệ sạch sỏi vẫn chưa cao.

Mặc dù chỉ được áp dụng chọn lọc cho một nhóm bệnh nhân và tỷ lệ biến chứng sau mổ cao hơn so với các phương pháp điều trị không phẫu thuật, cắt gan vẫn được xem là phương pháp điều trị hiệu quả và triệt để. Phương pháp này cho phép lấy bỏ sỏi cũng như những tổn thương kèm theo như tổn thương xơ hẹp đường mật, tổn thương có nguy cơ ác tính, áp xe với tỷ lệ sót sỏi và khả năng tái phát thấp khi so sánh với các phương pháp khác [1, 2]. Nghiên cứu của Chen và cộng sự với tỷ lệ sạch sỏi sau mổ đạt đến 90% ở bệnh nhân sau cắt gan lấy sỏi [6]. Một số nghiên cứu khác đã cho thấy hiệu quả của phương pháp này với tỷ lệ sạch sỏi 81,7 - 99,3% [1].

Một số tác giả Việt Nam khi nghiên cứu cắt gan điều trị sỏi đường mật trong gan có hẹp đường mật tại bệnh viện Việt Đức cũng cho thấy nếu đủ điều kiện thì cắt gan được coi là phương pháp hiệu quả triệt để nhất [4, 7]. Phẫu thuật cắt gan điều trị sỏi đường mật trong gan đã được thực hiện tại một số trung tâm lớn, tuy nhiên những báo cáo về phương pháp này chưa nhiều, vì vậy chúng tôi thực hiện nghiên cứu *“Đánh giá kết quả phẫu thuật cắt gan điều trị bệnh lý sỏi đường mật trong gan tại Bệnh viện Trường Đại học Y - Dược Huế”* với mục tiêu:

1. Nghiên cứu bệnh học và chỉ định phẫu thuật cắt gan trong bệnh lý sỏi đường mật trong gan.
2. Đánh giá kết quả phẫu thuật cắt gan điều trị bệnh lý sỏi đường mật trong gan.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Gồm 33 bệnh nhân được chẩn đoán sỏi mật trong gan có hoặc không kèm sỏi mật ngoài gan được điều trị bằng phẫu thuật cắt gan lấy sỏi tại khoa Ngoại Tiêu hóa, Bệnh viện Trường ĐHYD Huế từ 02/2017 đến 04/2021.

Tiêu chuẩn chọn bệnh [8-10]

- Bệnh nhân có ASA (American Society of Anesthesiologists) 1,2,3 trong hệ thống phân loại tình trạng sức khỏe.
- Chức năng gan đảm bảo, bệnh nhân ở phân độ Child-Pugh A hoặc B.
- Chẩn đoán xác định sỏi đường mật trong gan và có chỉ định cắt gan điều trị sỏi theo tiêu chí trong chỉ định phẫu thuật.

Tiêu chuẩn loại trừ [2, 10]

- Hẹp đường mật trong phần gan còn lại sau cắt hoặc hẹp đường mật ngoài gan.
- Đợt cấp nhiễm trùng đường mật, nhiễm trùng đường mật tiến triển.
- Bệnh nhân không đồng ý phẫu thuật.

- Những bệnh nhân được chẩn đoán xác định ung thư biểu mô đường mật bằng hình ảnh trước mổ, sinh thiết lạnh trong mổ hoặc giải phẫu bệnh sau mổ.

Phân loại sỏi đường mật trong gan và chỉ định phẫu thuật

Để đánh giá mức độ nặng của sỏi mật trong gan và lựa chọn nhóm bệnh điều trị phẫu thuật, nhiều tác giả đã sử dụng phân loại Tsunoda dựa trên hình thái tổn thương đường mật và phân loại của Nhóm nghiên cứu về sỏi đường mật trong gan của Nhật Bản dựa trên các triệu chứng của bệnh nhân. Chỉ định ngoại khoa được đặt ra khi bệnh nhân thuộc độ II-IV theo hội nghiên cứu sỏi trong gan của Nhật Bản hay độ II-IV theo Tsunoda [3].

Bảng 1. Phân loại Tsunoda và Hội Nghiên cứu sỏi mật trong gan của Nhật Bản

Phân độ Tsunoda	
Mức độ	Đặc điểm
I	Không có dẫn rõ hay hẹp đường mật trong gan
II	Dẫn lớn đường mật trong gan nhưng không có hẹp đường mật
III	Dẫn dạng nang đơn độc hay lan rộng, kèm hẹp đường mật trong gan ở một bên gan
IV	Như loại III ở 2 bên gan
Phân độ của Hội Nghiên cứu sỏi mật trong gan của Nhật Bản	
Mức độ	Triệu chứng
I	Không có triệu chứng
II	Đau bụng
III	Vàng da thoáng qua hoặc nhiễm trùng đường mật
IV	Vàng da liên tục, nhiễm khuẩn huyết hoặc ung thư đường mật

Thông thường, chỉ định cắt gan điều trị sỏi bao gồm [1], [8]: (1) sỏi đường mật trong gan ở một thủy gan, đặc biệt là thủy gan trái kèm (2) teo, xơ hóa và áp xe đa ổ thứ phát do viêm đường mật, (3) hoặc nghi ngờ sự xuất hiện đồng thời của ung thư đường mật, (4) hoặc sỏi trong gan với hẹp đường mật mà không thể điều trị bằng can thiệp qua da hoặc qua nội soi.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

Các bước nghiên cứu

Bệnh nhân được nhập viện điều trị tại Bệnh viện Trường ĐHYD Huế. Thăm khám lâm sàng và các xét nghiệm cận lâm sàng được thực hiện để đánh giá trước mổ. Chọn đối tượng nghiên cứu.

Kỹ thuật mổ [11-13]:

- Bệnh nhân tư thế nằm ngửa, gây mê nội khí quản.
- Mở bụng đường chữ J hoặc đường trắng giữa trên rốn tùy thuộc từng trường hợp.

- Di động gan, phẫu tích, cắt dây chằng tròn, và các dây chằng gan tùy theo phần gan sẽ cắt bỏ.

- Bộc lộ rốn gan. Bộc lộ cuống gan trái và phải theo phương pháp Takasaki. Sử dụng thủ thuật Pringle nếu cần thiết. Kẹp cuống gan phân thủy tương ứng vào phần gan được cắt bỏ trước khi kẹp cắt chủ mô gan theo Tôn Thất Tùng để hạn chế chảy máu.

- Xác định diện đối màu trên bề mặt, sử dụng phương pháp “clamp-crushing” với Kelly cắt nhu mô gan, tiếp theo bộc lộ, kẹp cắt tĩnh mạch gan tương ứng. Theo cuống gan phân thủy tương ứng, mở cuống glisson để bộc lộ đường mật. Trong thì này cần cẩn thận vị trí mở cuống glisson sẽ chảy máu từ nhánh cửa và động mạch gan cung cấp máu trong cuống. Gấp sỏi, súc rửa đường mật.

- Mở ống mật chủ kiểm tra, từ vị trí này tiến hành đưa dụng cụ kiểm tra đường mật, súc rửa đường mật. Có thể từ vị trí ống mật chủ và ống gan ở phân

thủy cắt có thể tiến hành đưa dụng cụ qua các phân thủy khác để kiểm tra và gấp sỏi. Đóng móm đường mật. Sau đó đặt dẫn lưu Kehr ống mật chủ. Kích thước ống Kehr tùy thuộc vào kích thước ống mật chủ.

- Kiểm tra diện cắt đảm bảo không chảy máu, không dò mật. Đóng vết mổ.

Chăm sóc hậu phẫu và theo dõi:

Tất cả bệnh nhân đều được theo dõi hậu phẫu giống nhau. Bệnh nhân với ống dẫn lưu Kehr sẽ được chụp đường mật qua Kehr kiểm tra trước khi rút dẫn lưu. Tất cả bệnh nhân sẽ được theo dõi mỗi 1-12 tháng tại phòng khám với xét nghiệm chức năng gan, siêu âm bụng và MRI đường mật nếu cần thiết.

Các biến số nghiên cứu

Biến số lâm sàng nghiên cứu bao gồm tuổi, giới, ASA, BMI, phân độ Child Pugh, bilirubin, albumin, tỷ prothrombin.

Siêu âm bụng, chụp cắt lớp vi tính và hoặc cộng hưởng từ mật tụy nhằm xác định vị trí phân bố của sỏi mật, các tổn thương gan kèm theo cũng như khảo sát hệ thống đường mật và hệ thống mạch máu. Siêu âm nội soi và hoặc nội soi mật tụy ngược dòng có thể được thực hiện nếu cần thiết. Các biến số nghiên cứu hình ảnh bao gồm: vị trí sỏi, sỏi kèm theo ở túi mật hoặc ống mật chủ.

Các biến số Phân loại Tsunoda, hội nghiên cứu sỏi mật trong gan Nhật Bản.

Các biến số trong và sau mổ bao gồm thời gian mổ, truyền máu trong và sau mổ, thời gian nằm viện, biến chứng sau mổ, thang điểm biến chứng phẫu thuật Clavien-Dindo, tỷ lệ sót sỏi (đánh giá bằng hình ảnh chụp đường mật qua Kehr và siêu âm sau mổ), tỷ lệ tái phát sỏi (được đánh giá sau mổ sạch sỏi và siêu âm tái khám sau 1 năm có sỏi), và tỷ lệ nhiễm trùng đường mật tái phát, tử vong sau mổ.

Bảng 2. Thang điểm biến chứng phẫu thuật Clavien-Dindo [14]

Mức độ	Phân loại biến chứng phẫu thuật theo Clavien-Dindo
Độ I	Có bất kỳ sai lệch nào so với diễn biến hậu phẫu bình thường mà không cần điều trị bằng thuốc hoặc phẫu thuật, nội soi và các can thiệp điện quang Các thuốc sử dụng: chống nôn, hạ sốt, giảm đau, lợi tiểu và điện giải, vật lý trị liệu
Độ II	Cần điều trị những thuốc khác loại cho phép ở biến chứng độ I, truyền máu và dinh dưỡng toàn bộ qua đường tĩnh mạch
Độ III	Cần can thiệp phẫu thuật, nội soi hoặc điện quang
Độ IIIa	Can thiệp không cần gây mê toàn thân
Độ IIIb	Can thiệp cần gây mê toàn thân
Độ IV	Biến chứng đe dọa tính mạng (bao gồm biến chứng thần kinh trung ương)* cần chăm sóc tại IC/ICU
Độ IVa	Rối loạn chức năng một cơ quan (bao gồm cả lọc máu)
Độ IVb	Rối loạn chức năng nhiều cơ quan
Độ V	Tử vong

* Xuất huyết não, đột quỵ do thiếu máu cục bộ, xuất huyết dưới nhện, loại trừ các trường hợp thiếu máu cục bộ thoáng qua

Xử lý số liệu

Dữ liệu được phân tích bằng phép thử t Student, phân tích đơn biến theo phần mềm SPSS 20.0.

3. KẾT QUẢ

3.1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng

Tất cả các bệnh nhân cắt gan nằm trong độ tuổi từ 30 đến 83, tuổi trung bình $54,2 \pm 13,2$ tuổi. Trong đó nữ giới chiếm 75,6 %. Có 29 bệnh nhân (87,9%) với sỏi đường mật trong gan trái đơn thuần, 48,5% bệnh nhân có kèm theo sỏi ống mật chủ (bảng 3).

Bảng 3. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng trước phẫu thuật

Đặc điểm	Kết quả hoặc N (%)
Tuổi (năm)	$54,2 \pm 13,2$
Giới (nam/nữ)	8/25 (75,6% nữ)
Phân độ Child Pugh	
A	32 (97%)
B	1 (3,0%)
BMI (kg/m^2)	$20,4 \pm 2,5$
Bilirubin TP ($\mu\text{mol}/\text{L}$)	$22,3 \pm 25,3$
Bilirubin TT	$17,4 \pm 24,9$
Albumin máu	$36,5 \pm 3,6$
Tỷ prothrombin (%)	$94,9 \pm 7,8$
Vị trí sỏi	
Thùy gan trái	16 (48,5%)
Gan trái	7 (21,2%)
Ống gan trái kèm xơ teo thùy trái	3 (8,1%)
Phân thùy sau	1 (3,0%)

Gan phải và trái	3 (9,1%)
Kèm sỏi túi mật	6 (18,2%)
Kèm sỏi ống mật chủ	16 (48,5%)
ASA	
I	12 (36,4%)
II	18 (54,5%)
III	3 (9,1%)
Đặc điểm bệnh nhân theo phân độ Tsunoda	
II	29 (87,9%)
III	4 (12,1%)
Phân độ của Hội nghiên cứu sỏi mật trong gan của Nhật Bản	
II	15 (45,5%)
III	17 (51,5%)
IV	1 (3,0%)

Bilirubin TP: Bilirubin toàn phần, Bilirubin TT: Bilirubin trực tiếp.

3.2. Phương pháp cắt gan

Hầu hết phẫu thuật được thực hiện là cắt thùy gan trái với 90,9% bệnh nhân, và việc mở ống mật chủ kiểm tra, lấy sỏi cũng được thực hiện trên tất cả bệnh nhân (bảng 4).

Bảng 4. Phương pháp phẫu thuật thực hiện

Loại phẫu thuật	N (%)
Cắt thùy gan trái (II, III)	30 (90,9%)
Cắt gan trái (II, III, IV)	2 (6,1%)
Cắt phân thùy sau (VI, VII)	1 (3,0%)
Cắt phân thùy trước (V, VIII)	0
Cắt gan phải (V-VIII)	0
Kèm mở ống mật chủ kiểm tra/lấy sỏi	33 (100%)

3.3. Kết quả phẫu thuật

Thời gian phẫu thuật trung bình là 185,2 phút. Không có bệnh nhân nào cần truyền máu trong mổ và sau mổ. Biến chứng sau mổ với 69,7% bệnh nhân không có bất kỳ biến chứng, trong 30,1% bệnh nhân có biến chứng thường gặp nhất là tụ dịch ổ bụng chiếm 15,2%. Biến chứng dò mật được thấy ở duy nhất 1 bệnh nhân (3%) và đáp ứng tốt với điều trị nội khoa. Những biến chứng khác được ghi nhận bao gồm viêm phổi, tràn dịch màng phổi, nhiễm trùng vết mổ, nhiễm trùng tiết niệu, nhiễm khuẩn huyết gặp phải ở 1 - 2 bệnh nhân (3% - 6,1%) (bảng 5). Tất cả bệnh nhân có biến chứng đều được điều trị nội khoa thành công và không có tử vong sau mổ. Thời gian nằm viện trung bình sau phẫu thuật là 16,2 ngày.

Bảng 5. Kết quả phẫu thuật và biến chứng

Kết quả phẫu thuật	Kết quả hoặc N (%)
Thời gian mổ (phút)	185,2 ± 35,0
Truyền máu trong mổ và sau mổ (n/%)	0
Thời gian nằm viện (ngày)	16,2 ± 4,7
Không biến chứng	23 (69,7%)
Biến chứng	
Dò mật	1 (3,0%)

Tụ dịch ổ bụng	5 (15,2%)
Nhiễm trùng vết mổ	1 (3,0%)
Viêm phổi	1 (3,0%)
Tràn dịch màng phổi	2 (6,1%)
Nhiễm trùng tiết niệu	1 (3,0%)
Nhiễm khuẩn huyết	2 (6,1%)
Thang điểm Clavien-Dindo	
I	3 (9,1%)
II	4 (12,1%)
IIIa	1 (3,0%)
Sốt sỏi sau mổ	7 (21,2 %)
Sốt sỏi đường mật gan phải	6 (18,2%)
Sốt sỏi đường mật gan trái	1 (3,0%)
Tái phát sỏi	1 (3,0%)
Nhiễm trùng đường mật tái phát	1 (3,0%)
Tử vong sau mổ	0

n: số lượng bệnh nhân.

Không có bệnh nhân mắc biến chứng suy gan cấp, chảy máu đường mật và chảy máu ổ phúc mạc.

4. BÀN LUẬN

Sỏi mật là bệnh lý với biểu hiện đặc trưng lâm sàng của tam chứng Charcot [3]. Với độ tuổi thường gặp ở người trưởng thành [1, 3], nghiên cứu của chúng tôi có kết quả tuổi trung bình 54,2 phù hợp với một số nghiên cứu khác nằm trong độ tuổi này như Trần Đình Thơ, Vũ Việt Đức, và Do Kim Sơn tương ứng là 52,6; 54,1; và 40 tuổi [4, 7, 15]. Bệnh thường gặp ở nữ với 75,6% nữ trong nghiên cứu tương ứng với kết quả của Vũ Việt Đức và Trần Đình Thơ. Về mức độ xơ gan theo phân độ Child Pugh thì chủ yếu các bệnh nhân ở phân độ A, do đó, biến chứng suy gan cấp sau mổ cắt gan trong nghiên cứu của chúng tôi không ghi nhận trường hợp nào. Với các đặc điểm lâm sàng tương đối tốt như BMI trung bình 20,4; chức năng gan với albumin 36,5; Tỷ prothrombin 94,9%; bilirubin TP 22,3 và thang điểm theo hệ thống phân loại tình trạng sức khỏe ASA I, II chiếm 90,9% đáp ứng các tiêu chí phẫu thuật cắt gan và giảm thiểu các nguy cơ sau mổ.

Vị trí sỏi thường gặp ở đường mật gan trái và ống gan trái đơn thuần chiếm 77,8%. Tương ứng với phẫu thuật cắt thủy gan trái chiếm 90,9%. Tuy nhiên, có 6 trường hợp sỏi gan trái phối hợp với sỏi gan phải, các trường hợp này cũng chỉ định cắt gan trái hoặc thủy gan trái đơn thuần kèm mở ống mật chủ lấy sỏi, và thực hiện lấy sỏi trong gan phải bằng các dụng cụ gấp sỏi. Các trường hợp này không nằm

trong chỉ định phẫu thuật cắt gan số [1] là sỏi nằm trên một thủy gan. Tuy nhiên, các trường hợp này sỏi nhiều ở gan trái kèm xơ hẹp đường mật nên cần phải thực hiện cắt gan cùng bên đường mật bị biến chứng này. Các trường hợp này được thực hiện lấy sỏi ống gan phải kèm theo, tuy nhiên, với điều kiện không có ống soi đường mật trong mổ, và các dụng cụ hỗ trợ chuyên dụng nên tỉ lệ sỏi sỏi trong các trường hợp này cao với 6 trường hợp sỏi sỏi ở ống mật trong gan phải chiếm 18,2%. Một trường hợp chiếm 3,0% sỏi sỏi nằm ở vị trí ống gan trái trong trường hợp cắt thủy gan trái ở bệnh nhân sỏi gan trái, có thể trường hợp này có thể do sỏi còn lại trong đường mật hạ phân thủy IV rơi xuống trong thời gian sau mổ hoặc đường mật gan trái xơ hẹp khó khăn trong việc lấy sỏi. Trong kỹ thuật cắt thủy gan trái, các ống mật hạ phân thủy (HPT) II, III được bộc lộ rõ, kèm với việc bộc lộ ống mật chủ ở bên dưới, thực hiện luồn ống sonde chất dẻo hoặc dụng cụ từ dưới lên hoặc trên xuống kèm súc rửa đường mật nên khả năng kiểm soát sỏi đường mật ống gan trái rất tốt, qua vị trí mở đường mật HPT II, III có thể theo ống gan trái tiếp cận các ống gan hạ phân thủy IVA, B để lấy sỏi trong các trường hợp sỏi trong gan HPT IV kèm theo. Có 2 trường hợp chiếm 6,1% cần phải cắt thêm HPT IV để lấy sỏi trong trường hợp xơ hẹp kèm nhiều sỏi trong gan trái. Có 1 trường hợp (3,0%) nang ống mật chủ kèm sỏi ở phân thủy sau nghi ngờ ung thư hóa nên được phẫu thuật

cắt gan phân thùy sau. Tất cả những bệnh nhân có kết quả giải phẫu bệnh sau mổ là tổ chức gan viêm, không có trường hợp nào ác tính.

Tất cả bệnh nhân đều nằm trong phân độ II-IV của Tsunoda và hội nghiên cứu sỏi mật trong gan của Nhật Bản, đáp ứng các tiêu chí chỉ định phẫu thuật của bệnh lý này với 87,9% Tsunoda II và 12,1% Tsunoda III; 97% bệnh nhân ở phân độ II,III của hội nghiên cứu sỏi mật trong gan Nhật Bản [3].

Nhiều phương pháp khác nhau đã được sử dụng phối hợp trong điều trị sỏi mật trong gan. Ngoài phẫu thuật, các phương pháp không phẫu thuật mang lại phương án thay thế cho bệnh nhân có chống chỉ định với phẫu thuật hoặc những vị trí sỏi đơn giản. Các phương pháp này cũng có thể giúp làm cải thiện tình trạng hẹp đường mật tạm thời, tuy nhiên nó lại liên quan đến khả năng tái phát cao của sỏi cũng như tình trạng hẹp đường mật [2]. Cắt gan được xem là một trong những phương pháp điều trị có hiệu quả nhất cho sỏi đường mật trong gan đối với những bệnh nhân được chọn, vì nó có thể lấy bỏ sỏi đồng thời với tổn thương xơ hẹp đường mật vì vậy giảm được nguy cơ tái phát [10, 16]. Cắt gan theo giải phẫu giúp lấy bỏ toàn bộ sỏi nằm dọc trong đường mật nên hạn chế được tỷ lệ sỏi tồn dư, tái phát, đồng thời giúp giảm lượng máu mất trong mổ. Phương pháp của chúng tôi phối hợp tiếp cận cuống gan theo Takasaki để kẹp cuống hạn chế chảy máu trong cắt gan sau đó thực hiện cắt gan theo phương pháp Tôn Thất Tùng [12, 13].

Trong nghiên cứu của chúng tôi có 3% bệnh nhân dò mật sau mổ, tương tự với tác giả Feng khi nghiên cứu trên 1175 bệnh nhân cho thấy tỷ lệ này gặp ở

2,2% [8], tuy nhiên một số nghiên cứu khác lại có tỷ lệ dò mật cao hơn, như 9,6% ở Chile của Jarufe 2012(17) và 4,3% theo Trần Đình Thờ. Các biến chứng khác cũng được thấy ở các tác giả khác với tỷ lệ khá tương tự. Tuy nhiên, số lượng biến chứng tụ dịch ổ bụng ở nghiên cứu của chúng tôi gặp nhiều hơn so với các tác giả khác với 15,2%. Trường hợp này có thể điều trị nội khoa ổn định. Đánh giá theo thang điểm Clavien-Dindo chỉ có 1 trường hợp IIIa, can thiệp đặt dẫn lưu ổ phúc mạc dưới hướng dẫn siêu âm ở vị trí dò mật. Không có trường hợp nào biến chứng nặng, tử vong sau mổ. Với nghiên cứu của Do Kim Son tại Bệnh viện Việt Đức năm 1999 thì có 6 trường hợp tử vong sau mổ (9%) và 3 trường hợp sốc nhiễm trùng, 2 trường hợp suy gan [7].

So sánh với các tác giả trong và ngoài nước, tỷ lệ sạch sỏi trên nhóm bệnh nhân của chúng tôi là 78,8% thấp hơn với các nghiên cứu khác từ 80,9 - 92,3% [8, 10, 7]. Các nghiên cứu này sử dụng cắt gan phối hợp với các phương pháp nội soi đường mật và hoặc nội soi đường mật tán sỏi qua da, qua đường sonde Kehr sau mổ đối với những bệnh nhân sỏi sỏi do đó kết quả sạch sỏi cuối cùng sẽ tốt hơn so với nghiên cứu của chúng tôi [10, 17]. Hiện tại với trang bị phòng mổ chưa có nội soi đường mật trong mổ cũng như các phương pháp lấy sỏi hỗ trợ sau mổ nên khả năng lấy sỏi tại cơ sở điều trị còn chưa cao. Đối với một số nghiên cứu trong nước thì tỷ lệ sạch sỏi chỉ đạt 39,1% trong nghiên cứu của của nhóm tác giả tại Bệnh viện Việt Đức trên bệnh nhân sỏi đường mật trong gan có hẹp đường mật [4].

Kết quả phẫu thuật so sánh với một số nghiên cứu trong nước và trên thế giới.

Bảng 6. Kết quả so sánh

Kết quả phẫu thuật	Tian 2013 78 BN [10]	Jarufe 2012 52 BN [17]	Feng 2012 1175 BN [8]	Thờ 2016 46 BN [4]	Nghiên cứu chúng tôi
Thời gian mổ (phút)	272,8 ± 66,8	-	332 ± 123	-	185,2 ± 35,0
Lượng máu mất (ml)	505,8 ± 396,9	-	717 ± 712	-	-
Truyền máu trong mổ (N/%)	14 (17,9%)	-	-	-	0
Thời gian nằm viện	16,5 ± 8,3	-	-	-	16,2 ± 4,7
Biến chứng:	17 (21,8%)	-	156 (13,3%)	-	32 (31,3%)
Suy gan	-	-	3 (0,3%)	-	0
Chảy máu đường mật	-	-	-	-	0
Dò mật	2 (2,6%)	5 (9,6%)	26 (2,2%)	2 (4,3%)	1 (3%)
Chảy máu trong phúc mạc	-	-	6 (0,5%)	2 (4,3%)	0
Tụ dịch ổ bụng	1 (1,3%)	3 (5,7%)	-	-	5 (15,2%)
Nhiễm trùng vết mổ	5 (6,4%)	2 (3,8%)	81(6,9%)	-	1 (3%)

Viêm phổi	-	-	14 (1,2%)	-	1 (3%)
Tràn dịch màng phổi	3 (3,8%)	2 (3,8%)	21 (1,8%)	-	2 (6,1%)
Nhiễm trùng tiết niệu	-	-	-	-	1 (3%)
Khác	-	6 (11,5%)	-	-	2 (6,1%)
Tỷ lệ sạch sỏi sau phẫu thuật (chụp kehr sỏi?)	72 (92,3%)	48 (92,3%)	951 (80,9%)	18(39,1%)	26 (78,8%)
Tái phát sỏi	2 (2,6%)	3 (5,8%)	-	-	1 (3%)
Nhiễm trùng đường mật tái phát	7 (8,9%)	2 (3,8%)	-	-	1 (3%)
Tỷ lệ sạch sỏi cuối cùng, sau điều trị	78 (100%)	-	-	-	-
Tử vong sau mổ	-	-	3 (0,26%)	0	0

BN: Bệnh nhân

5. KẾT LUẬN

Cắt gan thường được chỉ định đối với sỏi trong gan thùy trái. Mặc dù tỷ lệ sỏi sỏi và tái phát sỏi còn

khá cao, tuy nhiên kết quả này so với một số nghiên cứu khác là an toàn và tỷ lệ sạch sỏi chấp nhận được.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Lorio E, Patel P, Rosenkranz L, Patel S, Sayana H. Management of Hepatolithiasis: Review of the Literature. *Current Gastroenterology Reports*. 2020;22(6):1–9.
- Jin RA, Wang Y, Yu H, Liang X, Cai XJ. Total laparoscopic left hepatectomy for primary hepatolithiasis: Eight-year experience in a single center. *Surgery (United States)*. 2016;159(3):834–41.
- Sakpal SV, Babel N, Chamberlain RS. Surgical management of hepatolithiasis. *Hpb*. 2009;11(3):194–202.
- Thơ TĐ, Anh ĐT, Đạt TQ. Sỏi đường mật trong gan có hẹp đường mật: Điều trị kết hợp nhiều phương pháp phẫu thuật. *Y học Việt Nam*. 2016;2(449):77–81.
- Hazey JW, McCreary M, Guy G, Melvin WS. Efficacy of percutaneous treatment of biliary tract calculi using the holmium:YAG laser. *Surgical Endoscopy and Other Interventional Techniques*. 2007;21(7):1180–3.
- Chen DW, Tung-Ping Poon R, Liu CL, Fan ST, Wong J. Immediate and long-term outcomes of hepatectomy for hepatolithiasis. *Surgery*. 2004;135(4):386–93.
- Son DK, Khanh TG, Tung DT, Quyet NT, Hung DM, Anh DT, et al. Hépatectomie dans la lithiase intrahepatique. *Chirurgie*. 1999;124(6):626–31.
- Feng X, Zheng S, Xia F, Ma K, Wang S, Bie P, et al. Classification and management of hepatolithiasis: A high-volume, single-center's experience. *Intractable and Rare Diseases Research*. 2012;1(4):151–6.
- Shu J, Wang X jun, Li J wei, Bie P, Chen J, Zheng S guo. Robotic-assisted laparoscopic surgery for complex hepatolithiasis: a propensity score matching analysis. *Surgical Endoscopy*. 2019;33(8):2539–47.
- Tian J, Li JW, Chen J, Fan YD, Bie P, Wang SG, et al. Laparoscopic hepatectomy with bile duct exploration for the treatment of hepatolithiasis: An experience of 116 cases. *Digestive and Liver Disease*. 2013;45(6):493–8.
- Peng J xin, Wang L zhi, Diao J fang, Tan Z jian, Zhong X sheng, Zhen Z peng, et al. Major hepatectomy for primary hepatolithiasis: a comparative study of laparoscopic versus open treatment. *Surgical Endoscopy*. 2018;32(10):4271–6.
- Ton That Tung, Nguyen Duong Quang. a New Technique for Operating on the Liver. *The Lancet*. 1963;281(7274):192–3.
- Takasaki K. Glisson's pedicle transection method for hepatic resection. *Glisson's Pedicle Transection Method for Hepatic Resection*. 2007. 1–162 p.
- Clavien PA, Barkun J, De Oliveira ML, Vauthey JN, Dindo D, Schulick RD, et al. The Clavien-Dindo classification of surgical complications: Five-year experience. *Annals of Surgery*. 2009;250(2):165–9.
- Đức VV, Thành LV, Quý TĐ. Đánh giá kết quả điều trị sỏi đường mật trong gan bằng phẫu thuật nội soi và sử dụng ống soi mềm tán thủy lực qua ống nối mật da tại bệnh viện trung ương quân đội 108. *Tạp chí y học Việt Nam*. 2021;1(1):165–9.
- Zeng Y, Jiang H, Wu H, Xu YL, Wang JZ. An appraisal of anatomical and limited hepatectomy for regional hepatolithiasis. *HPB Surgery*. 2010;2010(January 2001).
- Jarufe N, Figueroa E, Muñoz C, Moisan F, Varas J, Valbuena JR, et al. Anatomic hepatectomy as a definitive treatment for hepatolithiasis: A cohort study. *Hpb*. 2012;14(9):604–10.