

Đánh giá kết quả điều trị phẫu thuật ở bệnh nhân sỏi đường mật tái phát

Phan Đình Tuấn Dũng^{1*}, Bùi Đặng Hồng Ngọc¹

(1) Bộ môn Ngoại, Trường Đại học Y - Dược, Đại học Huế

Tóm tắt

Đặt vấn đề: Sỏi đường mật là một bệnh lý rất phổ biến ở nước ta cũng như trên thế giới, cơ chế bệnh sinh phức tạp, liên quan đến rối loạn chuyển hóa của cholesterol, bilirubin và acid mật. Vấn đề điều trị sỏi đường mật tái phát là một trong những vấn đề khó khăn của phẫu thuật viên do tình trạng sỏi nằm sâu ở đường mật trong gan cũng như hẹp đường dẫn mật, vấn đề thường gặp ở những trường hợp sỏi mật tái phát. **Mục tiêu:** Nghiên cứu nhằm mục đích đánh giá kết quả điều trị phẫu thuật ở những bệnh nhân được chẩn đoán sỏi đường mật tái phát. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Những bệnh nhân vào viện được chẩn đoán là sỏi đường mật tái phát, được chỉ định điều trị bằng phẫu thuật tại Khoa Ngoại Tiêu hóa, Bệnh viện Trường Đại học Y - Dược Huế và Khoa Ngoại Tiêu hóa, Bệnh viện Trung ương Huế từ 01/2019 - 6/2022. Các đặc điểm nghiên cứu gồm đánh giá đặc điểm chung, nhận xét đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá kết quả điều trị bằng phẫu thuật đối với các trường hợp sỏi mật tái phát gồm tai biến trong mổ, biến chứng sau mổ, thời gian nằm viện và tái khám sau phẫu thuật. **Kết quả:** 52 trường hợp sỏi đường mật tái phát được chỉ định điều trị bằng phẫu thuật bệnh nhân thường lớn tuổi với tuổi trung bình là $53,6 \pm 16,5$ tuổi. Đa số bệnh nhân được can thiệp phẫu thuật 1-2 lần chiếm 84,6% với 53,8% trong vòng 24 tháng. Tam chứng Charcot điển hình chỉ gặp 25% các trường hợp. Vị trí sỏi thường gặp là ở ống mật chủ chiếm tỷ lệ 69,2%, sỏi đường mật trong gan chiếm tỷ lệ 65,4%, trong đó sỏi đường mật trong gan đơn thuần chiếm tỷ lệ 16%, chủ yếu ở thùy gan trái. Phẫu thuật mở ống mật chủ lấy sỏi kèm dẫn lưu Kehr vẫn chiếm đa số với 55,8%, có 32,6% phải cắt thùy gan trái kèm theo. Tỷ lệ biến chứng chung chiếm 13,4%. Có 6 trường hợp chấp nhận sỏi chủ động. Tái khám sau mổ từ 3-6 tháng có 90,1% với kết quả tốt. **Kết luận:** Điều trị phẫu thuật ở những bệnh nhân sỏi đường mật tái phát có hiệu quả khá tốt, tuy nhiên đây vẫn là vấn đề thách thức với các phẫu thuật viên chuyên ngành ngoại tiêu hóa.

Từ khóa: sỏi đường mật, sỏi sỏi đường mật, sỏi mật tái phát.

Outcome of surgical treatment for recurrence of biliary stones

Phan Dinh Tuan Dung^{1*}, Bui Dang Hong Ngoc¹

(1) Department of Surgery, Hue Univesity of Medicine and Pharmacy, Hue Univesity

Abstract

Background: Cholelithiasis is one of the most common digestive disease, a chronic recurrent hepatobiliary disease whose pathological bases are impaired cholesterol, bilirubin and bile acid metabolism. Management of recurrent biliary stones is difficult because of the precense of deepseated intrahepatic ductal stones and ductal strictures, which are often multiple. **Purpose:** The objective of this study is to evaluate the efficacy and safety of surgical treatment for recurrence of biliary stone patients. **Patients and Methods:** Prospective analyses of the patients of recurrent biliary stones (common bile duct and intrahepatic) at Department of GI Surgery, Hue Univesity of Medicine and Pharmacy Hospital and Department of GI Surgery, Hue Central Hospital from 01/2019 to 06/2022. We evaluated the data according to outcome measures, characteristics and treatment results of recurrent cholelithiasis patients. **Results:** 52 patients were included into the study, mean age of the patients was 53.6 ± 16.5 years. 44 patients (84.6%) had previous choledocholithotomy and T tube drainage during 24 months. Common bile duct stones were 69.2%, intrahepatic gallstones were 65.4%. Type of surgery included: choledocholithotomy and T tube drainage were 55.8%, left hepatectomy plus drainage were 32.6%. There was no operative mortality. Complication occurred in 13.4% of patients and half the complications involved wound infection. With regard to residual stones after operation by cholangiography, there are 6 patients obviously showed residual gallstones. Follow-up examination during 3-6 months showed 90.1% of patients with good results. **Conclusion:** Surgical management of recurrent biliary stones (common bile duct and intrahepatic) were safe and effective.

Keywords: Gallstones, residual gallstones, relapse gallstone.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sỏi đường mật là một trong những bệnh lý rất phổ biến ở nước ta cũng như trên thế giới, là nguyên nhân quan trọng nhất của nhiễm khuẩn gan mật. Chẩn đoán sỏi đường mật dựa vào các triệu chứng điển hình lâm sàng biểu hiện bởi tam chứng Charcot (đau, sốt, vàng da) và cận lâm sàng với Bilirubin tăng, chủ yếu là tăng Bilirubin trực tiếp, xét nghiệm hình ảnh (siêu âm, chụp cắt lớp vi tính, cộng hưởng từ) xác định có sỏi đường mật. Hiện nay, có nhiều phương pháp khác nhau để điều trị sỏi đường mật như điều trị không phẫu thuật (nội khoa, các thủ thuật) và điều trị phẫu thuật tùy vào vị trí sỏi, số lượng, kích thước sỏi hay bệnh cảnh lâm sàng của từng bệnh nhân; các phương pháp phẫu thuật thường được dùng là mổ mở ống mật chủ lấy sỏi, có thể kèm dẫn lưu Kehr, phẫu thuật nối mật-ruột, phẫu thuật mở như mô gan lấy sỏi, phẫu thuật cắt gan. Hiện nay, đa số bệnh nhân sỏi đường mật chính ở nước ta được điều trị chủ yếu vẫn là mổ mở hoặc phẫu thuật nội soi để mở ống mật chủ lấy sỏi và dẫn lưu Kehr [1], [2].

Ở Việt Nam, sỏi đường mật chính và sỏi trong gan chiếm đa số, sỏi được hình thành ngay trong đường mật do ứ đọng mật và nhiễm trùng nên việc điều trị rất khó khăn và tình trạng sỏi tái phát thường hay xảy ra. Theo Yao Wu [3] thì sỏi đường mật tái phát ở khoảng 50% bệnh nhân và nguy cơ tái phát chủ yếu trong 5 năm đầu sau điều trị. Với những bệnh nhân đã được phẫu thuật sỏi đường mật, nguy cơ tái phát cao hơn do quá trình can thiệp đường mật gây chít hẹp, biến dạng đường mật, nhiễm trùng đường mật... tạo điều kiện cho sỏi hình thành. Phẫu thuật mở bụng đối với những bệnh nhân này cũng gặp nhiều khó khăn, phức tạp hơn sỏi mật mổ lần đầu do ổ bụng thường bị dính làm khó khăn trong việc bóc lột cấu trúc giải phẫu đường mật, viêm dính làm nguy cơ biến dạng đường mật... nên nguy cơ tái biến trong mổ cũng như biến chứng sau mổ khá cao [4]. Tùy thuộc vào vị trí, số lượng, kích thước sỏi cũng như độ dẫn của đường mật chính, việc lựa chọn ứng dụng phương pháp điều trị nào phù hợp cho những bệnh nhân sỏi đường mật tái phát vẫn đang là vấn đề được các phẫu thuật viên quan tâm [5]. Đề tài này được thực hiện nhằm mục tiêu đánh giá kết quả điều trị bằng phẫu thuật ở những bệnh nhân sỏi đường mật tái phát tại Khoa Ngoại Tiêu Hóa, Bệnh viện Trường Đại học Y-Dược Huế và Khoa Ngoại Tiêu Hóa, Bệnh viện Trung ương Huế.

2. ĐỐI TƯỢNG - PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Gồm 52 bệnh nhân vào viện được chẩn đoán là sỏi đường mật tái phát, được chỉ định điều trị bằng phẫu thuật tại Khoa Ngoại Tiêu Hóa, Bệnh viện Trường Đại học Y-Dược Huế và Khoa Ngoại Tiêu Hóa, Bệnh viện Trung ương Huế từ 01/2019 – 06/2022.

Các bệnh nhân được chẩn đoán sỏi đường mật tái phát thỏa mãn các tiêu chuẩn sau:

- Tiền sử đã can thiệp phẫu thuật vào đường mật chính một hay nhiều lần.

- Lần phẫu thuật trước bệnh nhân được ghi nhận hết sỏi (dựa vào chụp Kehr và/hoặc siêu âm sau mổ), lần này phát hiện có sỏi lại cách lần can thiệp gần nhất nhiều hơn 6 tháng [3].

- Sỏi đường mật trong và ngoài gan được xác định dựa vào kết quả của chụp cắt lớp vi tính ổ bụng: xác định vị trí, số lượng, kích thước của sỏi cũng như xác định kết quả trong mổ.

- ASA I, II, III.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Quan sát mô tả tiến cứu.

Các đặc điểm nghiên cứu gồm:

- + Đánh giá đặc điểm chung: tuổi, giới

- + Tiền sử phẫu thuật sỏi mật: số lần đã phẫu thuật, thời gian phẫu thuật.

- + Nhận xét một số đặc điểm lâm sàng (hội chứng nhiễm trùng, đau hạ sườn phải, tình trạng vàng da, vàng mắt), cận lâm sàng (bạch cầu, bilirubin, siêu âm bụng/chụp cắt lớp vi tính bụng).

- + Các phương pháp phẫu thuật: Tùy thuộc vào tình trạng bệnh nhân trước mổ (thể trạng, tuổi, bệnh kèm...), vị trí, số lượng, kích thước sỏi cũng như tình trạng của đường mật để lựa chọn thực hiện các phương pháp phẫu thuật phù hợp, bao gồm:

- * Mở ống mật chủ lấy sỏi và đặt dẫn lưu Kehr.

- * Nối mật ruột: chỉ định trong các trường hợp nhiều sỏi trong gan không thể lấy hết được, sỏi tái phát nhiều lần, có chít hẹp đường mật ngoài gan.

- * Mở nhu mô gan lấy sỏi khi sỏi trong gan nông, sờ được, không lấy được hết qua ống mật chủ, chưa có chỉ định cắt gan.

- * Cắt gan: chỉ định trong những trường hợp sỏi khu trú, thường là gan trái, phần gan có sỏi bị hư hại nhiều (áp xe, gan teo xơ hóa...) không thể bảo tồn được.

- + Đánh giá kết quả điều trị bằng phẫu thuật gồm:

- * Ghi nhận các tai biến trong mổ: chảy máu, tổn thương tạng khác.

* Ghi nhận các biến chứng sau mổ: chảy máu, nhiễm trùng vết mổ, viêm tụy cấp... Đánh giá biến chứng hậu phẫu theo Clavien-Dindo [6]

Bảng 2.1. Phân loại biến chứng theo Clavien-Dindo [6]

Độ	Định nghĩa
Độ I	Bất kỳ biến chứng sau mổ nào không cần điều trị bằng thuốc hoặc can thiệp thủ thuật, phẫu thuật. Có thể dùng thuốc chống nôn, lợi tiểu, hạ sốt, giảm đau, vật lý trị liệu hay mở rộng vết thương tại chỗ
Độ II	Biến chứng được điều trị bằng nội khoa, truyền máu hay nuôi ăn tĩnh mạch hoàn toàn
Độ III	IIla Điều trị bằng can thiệp ít xâm lấn không gây mê toàn thân
	IIlb Điều trị bằng can thiệp ít xâm lấn gây mê toàn thân
Độ IV	IVa Biến chứng đe dọa đến tính mạng suy một cơ quan, phải chăm sóc đặc biệt
	IVb Biến chứng đe dọa đến tính mạng suy đa cơ quan, phải chăm sóc đặc biệt
Độ V	Tử vong

* Đánh giá kết quả chụp X-quang đường mật qua ống dẫn lưu Kehr: thực hiện vào ngày thứ 7-10 sau phẫu thuật nhằm đánh giá tình trạng sỏi sỏi và tình trạng lưu thông dịch mật qua cơ vòng Oddi bằng hình ảnh thuốc cản quang thông xuống tá tràng tốt. Trường hợp phát hiện còn sỏi ở đường mật chính, bệnh nhân được tiếp tục xử lý bằng nội soi mật tụy ngược dòng lấy sỏi hoặc lấy sỏi qua đường hầm dẫn lưu Kehr bằng ống nội soi mềm kết hợp tán sỏi bằng điện thủy lực.

* Thời gian nằm viện sau mổ: tính từ lúc phẫu thuật đến lúc bệnh nhân ra viện.

+ Đánh giá tái khám sau phẫu thuật ở thời điểm 3-6 tháng, ghi nhận các đặc điểm lâm sàng (đau vết mổ, đau bụng...) và hình ảnh cận lâm sàng (siêu âm và/hoặc chụp cắt lớp vi tính).

+ Xử lý số liệu: số liệu được ghi nhận theo mẫu phiếu điều tra nghiên cứu và được xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0.

3. KẾT QUẢ

Từ 01/2019 - 06/2022, có 52 bệnh nhân vào viện được chẩn đoán là sỏi đường mật tái phát, được chỉ định điều trị bằng phẫu thuật tại Khoa Ngoại Tiêu hóa, Bệnh viện Trường Đại học Y-Dược Huế và Khoa Ngoại Tiêu hóa, Bệnh viện Trung ương Huế. Độ tuổi trung bình là $53,6 \pm 16,5$ tuổi, bệnh nhân nhỏ tuổi nhất là 30 tuổi, lớn nhất là 86 tuổi. Tỷ lệ nam/nữ là 2,1/1.

+ **Đặc điểm tiền sử phẫu thuật:**

Bảng 1. Tiền sử can thiệp phẫu thuật

Số lần đã can thiệp phẫu thuật	Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
1	35	67,3%
2	9	17,3%
3	6	11,5%
≥ 4	2	3,9%
Tổng	52	100%

Bảng 2. Thời gian từ lần can thiệp phẫu thuật sỏi đường mật sau cùng (tháng)

Thời gian (tháng)	Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
≤ 24 tháng	28	53,8%
25 - 72 tháng	19	36,6%
> 72 tháng	5	9,6%
Tổng	52	100%

+ Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng lúc vào viện

Bảng 3. Một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng lúc vào viện

Triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng	Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
Đau hạ sườn phải	52	100%
Hội chứng nhiễm trùng	18	34,6%
Vàng da, vàng mắt	13	25%
Số lượng bạch cầu > 10.000/ml	22	42,3%
Bilirubin toàn phần tăng	27	51,9%

+ Tính chất sỏi trên phim chụp cắt lớp vi tính

Bảng 4. Vị trí sỏi đường mật trên phim chụp cắt lớp vi tính

Vị trí sỏi	Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
Ổng mật chủ đơn thuần	8	15,4%
Ổng mật chủ + ống gan chung	10	19,2%
Ổng mật chủ + đường mật trong gan	18	34,6%
Đường mật trong gan đơn thuần	16	30,8%
Tổng	52	100

Bảng 5. Tính chất sỏi đường mật trên phim chụp cắt lớp vi tính

Số lượng	Kích thước	≤ 10 mm	10 - 20 mm	> 20 mm	Tổng
1 viên		0	5	0	5
2 viên		0	3	1	4
≥ 3 viên		2	29	12	43
Tổng		2	37	13	52

+ Đặc điểm phẫu thuật:

Bảng 6. Các phương pháp phẫu thuật

Phương pháp phẫu thuật	Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
Mở OMC lấy sỏi + dẫn lưu Kehr	29	55,8%
Mở OMC lấy sỏi + nối mật ruột tận bên	3	5,8%
Mở OMC + nhu mô gan lấy sỏi + dẫn lưu Kehr	3	5,8%
Mở OMC lấy sỏi + cắt thùy gan trái + Kehr	17	32,6%
Tổng	52	100

Bảng 7. Liên quan vị trí sỏi và các phương pháp phẫu thuật

Phương pháp phẫu thuật	Vị trí sỏi				Tổng
	OMC	OMC+OGC	OMC+ĐMTG	ĐMTG	
Mở OMC + Kehr	8	10	10	1	29
Mở OMC + nối mật ruột	0	0	2	1	3
Mở OMC + MN gan + Kehr	0	0	0	3	3
Mở OMC + cắt thùy gan trái + Kehr	0	0	6	11	17
Tổng	8	10	18	16	52

Bảng 8. Các biến chứng sau điều trị phẫu thuật

Biến chứng	Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
Nhiễm trùng vết mổ	4	7,7%
Chảy máu vết mổ	1	1,9%
Tụ dịch diện cắt gan sau mổ	2	3,8%

Bảng 9. Biến chứng phẫu thuật theo Clavien-Dindo và điều trị

Biến chứng sau phẫu thuật	Số bệnh nhân	Điều trị	Tỷ lệ (%)
Không có biến chứng	45	Không	86,6%
Độ I Chảy máu vết mổ	1	Băng ép	1,9%
Độ II Nhiễm trùng vết mổ	4	Kháng sinh	7,7%
Tụ dịch diện cắt gan sau mổ	2	Kháng sinh	3,8%
Tổng	52		100%

Bảng 10. Kết quả chụp X-quang đường mật qua ống dẫn lưu Kehr sau phẫu thuật

Kết quả	Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
Không còn sỏi, Oddi thông tốt	42	85,7%
Còn sỏi trong gan, Oddi thông tốt	6	12,3%
Còn sỏi ống mật chủ	1	2%
Tổng	49	100%

Trường hợp được xác định còn sỏi ở ống mật chủ được chỉ định làm nội soi mật tụy ngược dòng để lấy sỏi, kết quả sau thực hiện nội soi mật tụy ngược dòng đều đảm bảo lấy sạch sỏi ở đường mật chính.

- Thời gian nằm viện sau mổ trung bình của bệnh nhân là $16,7 \pm 6,9$ ngày, trong đó thời gian nằm viện ngắn nhất là 8 ngày, dài nhất là 43 ngày.

+ Đánh giá tái khám sau mổ: 47/52 bệnh nhân (90,1%) đều được đánh giá tái khám sau phẫu thuật ở thời điểm 3-6 tháng, kết quả cho thấy các bệnh nhân đều không còn tình trạng đau bụng, vết mổ không có dấu hiệu nhiễm trùng, kết quả siêu âm cho thấy không có trường hợp nào ghi nhận còn sỏi ở đường mật chính ngoài gan trên siêu âm.

4. BÀN LUẬN

Kết quả nghiên cứu từ 01/2019 - 06/2022 gồm 52 bệnh nhân vào viện được phẫu thuật điều trị do sỏi đường mật tái phát cho thấy lứa tuổi trung bình của bệnh nhân là $53,6 \pm 16,5$ tuổi, nhỏ nhất là 30 tuổi, lớn nhất là 86 tuổi, cao hơn các nghiên cứu của Trần Bảo Long [2] là $46,53 \pm 9,26$ tuổi; Lê Thương [7] là $49 \pm 16,7$ tuổi. Có thể giải thích sự khác biệt này là do cỡ mẫu các công trình nghiên cứu của các tác giả là khác nhau.

Đa số bệnh nhân có tiền sử can thiệp phẫu thuật sỏi đường mật từ 1 - 2 lần, chiếm đến 84,6%. Tỷ lệ này tương đương với kết quả nghiên cứu của Lê Trung Hải là 72,1% [1]. Có 2 trường hợp bệnh nhân đã được can thiệp phẫu thuật hơn 4 lần chiếm tỷ lệ 3,9%, điều đó phản ánh tỷ lệ sỏi đường mật tái phát còn cao gây nhiều khó khăn trong việc điều trị.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, 53,8% số trường hợp phải phẫu thuật điều trị sỏi đường mật tái phát

trong 2 năm đầu sau lần can thiệp cuối cùng trước đó, thời gian ngắn nhất là 8 tháng, thời gian dài nhất là 20 năm. Trong nghiên cứu của Jae Hyuck Chang [8] cho thấy có 50% các đợt tái phát đầu tiên xảy ra trong vòng 2,3 năm và 80% trong vòng 5,3 năm, do đó việc theo dõi tái khám bệnh nhân sau mổ nên được thực hiện cho đến thời điểm ít nhất năm năm sau khi phẫu thuật vì có đến 80% bệnh nhân bị tái phát trong khoảng năm năm và tỷ lệ tái phát chậm lại sau năm năm.

Trong các triệu chứng lâm sàng, đau hạ sườn phải gặp ở tất cả các trường hợp và là lý do chủ yếu khiến bệnh nhân vào viện. Tỷ lệ đau khi vào viện của các bệnh nhân trong nghiên cứu của Đỗ Kim Sơn và Lê Trung Hải [1] dao động từ 76 - 100%. Điều này cho thấy ở nước ta bệnh nhân chỉ vào viện lúc xuất hiện đau. Tam chứng Charcot là chuỗi triệu chứng điển hình của viêm đường mật do sỏi ống mật chủ, tuy nhiên trong nghiên cứu của chúng tôi

chỉ gặp 13/52 trường hợp bệnh nhân xuất hiện đầy đủ tam chứng này, điều này có thể giải thích do đây là bệnh nhân sỏi đường mật tái phát và phần lớn là sỏi đường mật trong gan nên khi bệnh nhân đến bệnh viện chỉ mới xuất hiện triệu chứng đau, là triệu chứng sớm nhất của tam chứng Charcot. Theo nghiên cứu của Ju Hyun Oak và cộng sự thì tỷ lệ sỏi đường mật tái phát có triệu chứng là 10,4% [8]. Do đó, để phát hiện sớm sỏi đường mật tái phát nhằm đưa ra phương án điều trị tốt nhất cần kết hợp với vai trò của cận lâm sàng.

Số lượng bạch cầu phản ánh tình trạng nhiễm trùng ở bệnh nhân, trong nghiên cứu của chúng tôi cho kết quả bạch cầu tăng chiếm 42,3%. Kết quả này tương tự nghiên cứu của Trần Bảo Long [2] là 50,1%, Lê Thương [7] là 44,1%, cho thấy bệnh nhân vào viện có thể có hoặc không có tình trạng nhiễm trùng. Bilirubin toàn phần tăng 51,9%, trong đó Bilirubin trực tiếp tăng 60,5% kết quả cho thấy đã có xuất hiện sự tắc nghẽn lưu thông dịch mật do sỏi. Kết quả này cũng tương tự với kết quả nghiên cứu của tác giả Lê Thương [9] với bilirubin toàn phần tăng 60,5% và trực tiếp tăng 74,6% trong nghiên cứu.

Kết quả chụp cắt lớp vi tính cho thấy sỏi ống mật chủ chiếm tỷ lệ 69,2%, sỏi đường mật trong gan chiếm tỷ lệ 65,4%, trong đó sỏi đường mật trong gan đơn thuần chiếm tỷ lệ 16%, chủ yếu ở thùy gan trái. Bên cạnh tính chất vị trí sỏi thì số lượng sỏi cũng là một trong những yếu tố liên quan đến lựa chọn phương pháp điều trị phù hợp, kết quả nghiên cứu cho thấy số lượng viên sỏi > 3 viên với kích thước từ 10-20mm chiếm tỷ lệ 55,8%. Theo nghiên cứu của Nguyễn Cao Cương [9] cho thấy CLVT có độ nhạy và độ đặc hiệu cao trong chẩn đoán sỏi đường mật chính lần lượt là 90,3% và 98%.

Phẫu thuật mở ống mật chủ lấy sỏi, dẫn lưu Kehr có hay không cắt túi mật kèm theo vẫn là phương pháp điều trị chủ yếu đối với sỏi đường mật ở nước ta. Trong nghiên cứu của chúng tôi có 29/52 trường hợp chiếm đến 55,8%. Tỷ lệ này gần tương tự với kết quả nghiên cứu của Trần Bảo Long [2] là 71,46%, Lê Trung Hải là 69,8% đối với sỏi đường mật chính [1]. Có 3 trường hợp được phẫu thuật mở ống mật chủ lấy sỏi kèm nối mật-ruột tận bên, đây là những bệnh nhân có sỏi đoạn cuối ống mật chủ và sỏi đường mật trong gan số lượng nhiều, sỏi tái phát nhiều lần và biểu hiện viêm chít hẹp đoạn cuối ống mật chủ. Theo tác giả Phạm Anh Vũ [10] nên hạn chế nối mật-ruột vì đường dẫn mật không sinh lý và có nhiều biến chứng nên chỉ định phương pháp này còn tương đối ít. Trong trường hợp đã phẫu thuật nối mật-ruột có sỏi tái phát, bệnh nhân sẽ được

phẫu thuật vào lại miệng nối lấy sỏi và làm lại miệng nối. Trong nghiên cứu có 17 trường hợp mở ống mật chủ lấy sỏi kèm cắt thùy gan trái do thùy gan trái xơ teo hoặc áp xe hóa kèm nhiều sỏi ở thùy gan trái. Không có trường hợp nào ghi nhận có tai biến trong mổ. Biến chứng sau mổ có 4 trường hợp nhiễm trùng vết mổ, chỉ cần dùng kháng sinh và chăm sóc thay băng vết thương, có 2 trường hợp có tụ dịch diện cắt sau cắt gan trái, chỉ cần dùng kháng sinh và điều trị nội khoa. Tỷ lệ biến chứng của chúng tôi cũng tương tự với nghiên cứu của Lê Thương [7] là 7,8%, trong đó có 1 biến chứng xảy ra sau phẫu thuật mở nhu mô gan lấy sỏi với biến chứng nhiễm trùng đường mật.

Trong nghiên cứu của chúng tôi đa số kết quả chụp phim Kehr có cản quang sau mổ không thấy hình ảnh khuyết nghi sỏi, mật lưu thông xuống tá tràng tốt chiếm 85,7%. Có 6 trường hợp bệnh nhân còn sót sỏi trong gan, đó là những trường hợp của bệnh nhân có sỏi trong gan nhiều, phẫu thuật chưa lấy được hết sỏi tuy nhiên cơ vòng Oddi thông tốt, chấp nhận sót sỏi chủ động. Có 1 trường hợp ghi nhận sót sỏi ở ống mật chủ được chỉ định can thiệp bằng phương pháp nội soi mật tụy ngược dòng lấy sỏi, bệnh nhân ổn định ra viện. Tỷ lệ sót sỏi sau mổ qua phẫu thuật mở ống mật chủ lấy sỏi thay đổi từ 8 - 27% đối với sỏi đường mật nói chung và 46-67% đối với sỏi trong gan. Theo nghiên cứu của Nguyễn Cao Cương [9], qua 670 trường hợp phẫu thuật sỏi mật, tỷ lệ phát hiện sót sỏi sau mổ qua chụp X-quang đường mật qua ống Kehr là 19,7%.

Thời gian nằm viện được tính từ ngày phẫu thuật đến ngày ra viện, đây là thời gian hồi phục của bệnh nhân. Thời gian này phụ thuộc vào việc có hay không có biến chứng trên bệnh nhân [1], [2], [7]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, thời gian nằm viện trung bình là $16,7 \pm 6,9$ ngày. Kết quả này cũng gần như tương tự với nghiên cứu của các tác giả khác như Trần Bảo Long [2] và Lê Thương [7].

Đánh giá tái khám sau mổ: 47/52 bệnh nhân (90,1%) đều được đánh giá tái khám sau phẫu thuật ở thời điểm 3 - 6 tháng, kết quả cho thấy các bệnh nhân đều không còn tình trạng đau bụng, vết mổ không có dấu hiệu nhiễm trùng, kết quả siêu âm cho thấy không có trường hợp nào ghi nhận còn sỏi ở đường mật chính ngoài gan trên siêu âm.

5. KẾT LUẬN

Phẫu thuật điều trị bệnh lý sỏi đường mật tái phát đạt hiệu quả thành công cao với tỷ lệ biến chứng thấp, hiệu quả điều trị sạch sỏi cao, đánh giá kết quả tái khám sau mổ từ 3-6 tháng có 90,1% kết quả tốt.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Lê Trung Hải (2002), “Nghiên cứu điều trị phẫu thuật sỏi mật lại tại bệnh viện 103”, *Y Học Thực hành*, tr. 27-30.
2. Trần Bảo Long (2005), *Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, nguyên nhân và kết quả điều trị các trường hợp sỏi mật mổ lại*, Luận án TS Y học, Trường Đại học Y Dược Hà Nội.
3. Yao Wu, Chen Jing X. Et al., (2021), “Advances in risk factors for Recurrence of common bile duct stones”, *Int. J. Med.*, Vol 18, pp.1067-1074.
4. Williams E., Beckingham I., El Sayed G., Gurusamy K., et al (2017), “Updated guideline on the management of common bile duct stones (CBDS)”, *Gut*, 66 (5), pp. 765-782.
5. Osman Nuri D., Ahmet A. Et al. (2020), “Hepatolithiasis: clinical series, review and current management strategy”, *Turk J Surg*, 36(4), pp.382-392
6. Clavien PA., Barkun J., de Oliveira ML., et al., “The Clavien-Dindo classification of surgical complications: five year experience”, *Ann Surg* 2009, 250(2): 187-196.
7. Lê Thương (2006), *Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, nguyên nhân và điều trị bệnh nhân sỏi mật mổ lại*, Luận án chuyên khoa cấp 2, Trường Đại học Y Dược Huế.
8. Chang J.H., Kim T.H., Kim C.W., Lee I.S., et al (2014), “Size of recurrent symptomatic common bile duct stones and factors related to recurrence”, *Turk J Gastroenterol*, 25 (5), pp. 518-523.
9. Nguyễn Cao Cương (2012), “Sỏi trong gan: chẩn đoán và xử trí”, *Y học thành phố Hồ Chí Minh, tập 16*, tr. 147-151.
10. Phạm Anh Vũ, Lê Lộc (2004), “Phẫu thuật nối mật-ruột trong bệnh lý sỏi mật: chỉ định, phương pháp và kết quả”, *Y Học Thực hành*, tr. 106-109.