

Nghiên cứu

Đánh giá kết quả phẫu thuật điều trị sỏi đường mật trong gan

Đặng Công Thanh^{1*}, Lê Quốc Phong², Võ Xuân Đạt³, Từ Như Hoàng³

¹Khoa Ngoại Tổng hợp, Bệnh viện Đà Nẵng

²Khoa Ngoại Tổng hợp, Bệnh viện Trung ương Huế

³Trường Đại học Y - Dược, Đại học Huế

Tác giả liên hệ: Đặng Công Thanh; Email: dcrthanh@gmail.com

Ngày nhận bài (Received): 23/12/2023; Ngày duyệt đăng (Accepted): 16/12/2025; Ngày xuất bản (Published): 30/03/2026

DOI:10.34071/jmp.2026.1.1042

Tóm tắt

Đặt vấn đề: Sỏi trong gan là bệnh lý phổ biến tại Đông Nam Á, đặc trưng bởi tiến triển phức tạp, nhiều biến chứng và khó khăn trong điều trị. Hai vấn đề quan trọng nhất sau phẫu thuật là tỷ lệ sỏi sót và tái phát cao. Nghiên cứu nhằm đánh giá kết quả phẫu thuật điều trị sỏi đường mật trong gan.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu tiến cứu mô tả trên 105 bệnh nhân sỏi trong gan được phẫu thuật từ 10/2020 đến 4/2023 tại Bệnh viện Trường Đại học Y - Dược Huế và Bệnh viện Trung ương Huế.

Kết quả: Tuổi trung bình $55,9 \pm 12,6$; nữ chiếm 69,5%; tỷ lệ phẫu thuật lại 72,4%. Triệu chứng thường gặp gồm đau hạ sườn phải (94,3%), sốt (41,9%), vàng da (29,5%). Biến chứng trước mổ gồm nhiễm trùng đường mật cấp 68,6%, xơ teo gan 38,1% và áp xe hóa 21,9%. Sỏi khu trú gan trái đơn thuần 53,3%; 81% có sỏi ngoài gan. Các phương pháp phẫu thuật: mở ống mật chủ lấy sỏi 46,7%; cắt gan 44,8%; nối mật - ruột 8,6%. Thời gian mổ ngắn nhất ở nhóm mở ống mật chủ (150 phút, IQR 100 - 170) và dài nhất ở nhóm nối mật - ruột ($195,6 \pm 49,8$ phút). Biến chứng sau mổ 29,5%, gồm nhiễm trùng vết mổ 21%, áp xe tồn lưu 6,7% và rò mật 2,9%; tỷ lệ biến chứng cao nhất ở nhóm cắt gan (44,7%) và thấp nhất ở nhóm mở ống mật chủ (14,3%). Tỷ lệ sạch sỏi hoàn toàn đạt 61%; cao nhất ở nhóm cắt gan (76,6%) và thấp nhất ở nhóm nối mật - ruột (44,4%). Tái phát sỏi gặp ở 32,8%; thấp nhất nhóm cắt gan (19,4%) và cao nhất nhóm nối mật - ruột (75%). Sỏi gan phải và sỏi hai bên có tỷ lệ sỏi sót cao hơn so với sỏi gan trái. Hồi quy đơn biến cho thấy xơ teo thùy gan, sỏi lan tỏa ≥ 3 hạ phân thùy và cắt gan liên quan đến nguy cơ sỏi sót. Hồi quy đa biến ghi nhận cắt gan là yếu tố độc lập làm giảm nguy cơ sỏi sót sau mổ 0,3 lần.

Kết luận: Cắt gan, đặc biệt cắt thùy gan trái, là phương pháp an toàn và hiệu quả trong điều trị sỏi trong gan, giúp cải thiện tỉ lệ sạch sỏi và giảm tái phát. Ở các trường hợp sỏi lan tỏa, sỏi hai bên hoặc phẫu thuật lại, cần phối hợp linh hoạt nhiều kỹ thuật và phương tiện hỗ trợ trong-sau mổ.

Từ khóa: sỏi trong gan; sỏi sót; sỏi tái phát; mở ống mật chủ lấy sỏi; cắt gan; nối mật ruột.

Evaluation for surgical treatment results of hepatolithiasis

Dang Cong Thanh^{1*}, Le Quoc Phong², Vo Xuan Dat³, Tu Nhu Hoang³

¹Department of General surgery, Da Nang Hospital

²Department of General surgery, Hue Central Hospital

³Hue University of Medicine and Pharmacy, Hue University

Abstract

Background: Intrahepatic bile duct stones are common in Southeast Asia and are characterized by complex progression, multiple complications, and challenges in management. Postoperative residual stones and recurrence remain major concerns. This study aimed to evaluate the outcomes of surgical treatment for intrahepatic bile duct stones.

Materials and method: A prospective descriptive study was conducted on 105 patients who underwent surgery for intrahepatic stones from October 2020 to April 2023 at Hue University of Medicine and Pharmacy Hospital and Hue Central Hospital.

Result: The mean age was 55.9 ± 12.6 years, with females accounting for 69.5%; reoperation rate was 72.4%. Common symptoms included right upper quadrant pain (94.3%), fever (41.9%), and jaundice (29.5%). Preoperative complications were acute cholangitis (68.6%), hepatic atrophy (38.1%), and abscess formation (21.9%). Left-sided stones were present in 53.3%, and 81% had concomitant extrahepatic stones. Surgical procedures included common bile duct exploration (46.7%), hepatic resection (44.8%), and biliary–enteric anastomosis (8.6%). The shortest operative time was observed in bile duct exploration (median 150 minutes,

IQR 100-170), while the longest occurred in biliary-enteric anastomosis (195.6 ± 49.8 minutes). Postoperative complications occurred in 29.5%, including surgical site infection (21%), residual abscess (6.7%), and bile leakage (2.9%); the highest complication rate was in the hepatic resection group (44.7%). Complete stone clearance was achieved in 61%, highest in hepatic resection (76.6%) and lowest in biliary-enteric anastomosis (44.4%). Stone recurrence was 32.8%, lowest after hepatic resection (19.4%) and highest after biliary-enteric anastomosis (75%). Right-sided and bilateral stones were associated with higher residual stone rates. Univariate analysis identified hepatic atrophy, diffuse stones involving ≥3 segments, and hepatic resection as factors related to residual stones. Multivariate analysis showed hepatic resection was the only independent factor, reducing residual stone risk by 0.3-fold.

Conclusion: Hepatic resection, particularly left hepatectomy, is a safe and effective treatment for intrahepatic bile duct stones, improving stone clearance and reducing recurrence. For diffuse, bilateral stones or reoperative cases, a multimodal approach with appropriate intraoperative and postoperative support is essential.

Keywords: *Intrahepatic stones, hepatolithiasis, residual stones, recurrence stones, common bile duct exploration, liver resection, choledochojunostomy.*

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sỏi trong gan (STG) là bệnh lý phổ biến ở phương Đông, đặc biệt là khu vực Đông Nam Á, tỷ lệ từ 1,7-30% [1], trong khi tỷ lệ mắc rất thấp ở các nước phương Tây 0,6 - 1,3% [1]. Theo các điều tra gần đây trong cộng đồng, tỷ lệ mắc sỏi mật từ 3,32 - 6,11%, sỏi ống mật chiếm 0,1-1,18% [1], [2]. Tỷ lệ xuất hiện sỏi trong gan trong bệnh cảnh sỏi đường mật khá cao với 44% (18 - 55%) [3].

Bệnh còn được gọi là bệnh “viêm gan-mật phương Đông”, đặc trưng bởi các đợt nhiễm trùng đường mật tái phát [3]. Tính chất sinh bệnh học phức tạp, tiên lượng lâu dài xấu, bệnh cảnh sỏi trong gan ở nước ta thường nặng nề với các biến chứng nguy hiểm và có nguy cơ dẫn đến ung thư đường mật (1,3-10%) [3], [4].

Bệnh cảnh sỏi trong gan phức tạp, rất khó khăn trong công tác quản lý, điều trị với nhiều phương pháp khác nhau, cho tới nay phẫu thuật vẫn là phương pháp được sử dụng nhiều nhất nhưng chỉ dừng lại ngang mức làm sạch sỏi. Hai vấn đề chính sau mổ bao gồm sỏi sót và sỏi tái phát [3]. Tỷ lệ sỏi sót theo các tác giả Âu Mỹ là 5 - 15%, ở Đông Nam Á tỷ lệ này cao hơn nhiều do sỏi đa số là nguyên phát, nhiều sỏi, tỷ lệ mắc bệnh cao. Cho đến nay, sỏi sót đã được giải quyết phần lớn xuống còn dưới 5% với các phương pháp phát hiện sỏi sót trong mổ như X-Quang đường mật, siêu âm, nội soi đường mật (NSĐM). Sỏi tái phát vẫn là vấn đề quan trọng vẫn chưa có phương pháp chống tái phát tích cực. Theo các tác giả châu Á tỷ lệ tái phát từ 20 - 40%, trung bình 31,2% sau thời gian 2 - 10 năm, lên đến 50% sau 22 năm [1].

Với sự tiến bộ của các phương tiện chẩn đoán hình ảnh cũng như phương tiện can thiệp tối thiểu trước, trong và sau phẫu thuật, góp phần hỗ trợ rất lớn trong công tác chẩn đoán, lựa chọn điều trị, giúp đạt được hiệu quả điều trị tối đa [3]. Vì vậy, chúng tôi tiến hành đề tài nhằm hai mục tiêu:

1. Nhận xét đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng bệnh lý sỏi đường mật trong gan.

2. Đánh giá kết quả phẫu thuật điều trị sỏi đường mật trong gan.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Nghiên cứu tiến cứu mô tả trên 105 bệnh nhân (BN) chẩn STG được điều trị phẫu thuật tại Bệnh viện trường Đại học Y Dược Huế và Bệnh viện Trung ương Huế từ tháng 10/2020 đến tháng 4/2023.

2.2. Tiêu chuẩn chọn bệnh: BN được chẩn đoán có STG dựa trên sự phối hợp giữa các phương tiện chẩn đoán hình ảnh (có hoặc không kèm sỏi đường mật ngoài gan) và xác định có STG trong phẫu thuật.

2.3. Tiêu chuẩn loại trừ: Đã nối mật ruột (NMR). Bệnh lý nang ống mật chủ (OMC), ung thư đường mật, u vùng đầu tụy - OMC... kèm theo. Chức năng gan không đảm bảo, phân độ Child-Pugh C (đối với nhóm BN cắt gan). Nguy cơ phẫu thuật cao: ASA > III. Từ chối tham gia nghiên cứu.

2.4. Phương pháp nghiên cứu

2.4.1. Phương pháp tiến hành: dựa vào phương pháp phẫu thuật, BN được phân loại thành ba nhóm chính: mở OMC lấy sỏi, cắt gan, NMR.

2.4.2. Chẩn đoán:

Dựa vào các tiêu chuẩn sau:

Lâm sàng: Có triệu chứng STG.

Xét nghiệm máu: Công thức máu, tỷ prothrombin, Bilirubin, SGOT, SGPT, Amylase, Lipase.

Hình ảnh học: Siêu âm là phương pháp phổ biến nhất. Khi kết quả siêu âm nghi ngờ thì chụp CT scan, MRI được chụp khi có biến chứng xơ teo gan hoặc áp xe hóa.

2.4.3. Phương pháp phẫu thuật

Thăm dò tình trạng toàn thể các tạng ổ bụng nhất là cuống gan, để đánh giá đường mật. Đánh giá tình trạng đường mật (giãn/chít hẹp) và chọn đường vào OMC. Mở OMC lấy sỏi, nong cơ vòng Oddi nếu

đường mật ngoài gan có sỏi. Cắt túi mật nếu túi mật có sỏi, viêm hoặc hoại tử. Trường hợp OMC không giãn, sỏi có thể nằm ở ống gan, gây giãn đường mật trong gan thì có thể mở ngay ống gan chung.

Mở OMC lấy sỏi: Chỉ định cổ điển trong các trường hợp sỏi OMC đơn thuần, STG đơn giản, trong mổ lấy hết sỏi, không có hẹp cơ Oddi và không có hẹp đường mật. Đối với trường hợp BN đã có biến chứng như viêm phúc mạc, sốc nhiễm trùng đường mật... hoặc nguy cơ cao trước phẫu thuật, bệnh lý nền nặng, tổng trạng toàn thân kém, cần phải giải áp đường mật nhanh chóng.

OMC được mở dọc hoặc mở ngang phía bờ trên tá tràng. Thông qua chỗ mở OMC, dùng kim Mirizzi với các độ cong khác nhau để đưa vào đường mật gấp sỏi hoặc bóp nát sỏi, sau đó dùng nước muối sinh lý NaCl 0,9% để bơm rửa đường mật qua một ống thông Nelaton cỡ 12Fr để tống sỏi ra ngoài. Quá trình này được thực hiện nhiều lần đến khi phẫu thuật viên nhận thấy đã lấy sỏi tối đa. Sau đó tùy trường hợp cụ thể có thể tiến hành siêu âm và NSĐM để phát hiện sỏi sỏi, vị trí sỏi sỏi, tiếp tục lấy sỏi bằng kim Mirizzi, bơm rửa, tán sỏi qua NSĐM, cắt gan, mở nhu mô gan... để đạt kết quả sạch sỏi tối đa.

Cắt gan được chỉ định rất chặt chẽ khi: Sỏi khu trú một bên hoặc nằm ở các HPT liên tiếp, thường gặp thùy trái. Tổn thương không hồi phục như áp xe gan đường mật, xơ hóa, teo nhu mô gan. Hẹp đường mật liên quan với sỏi, không điều trị được bằng phương pháp xâm lấn tối thiểu. Nghi ngờ kết hợp với ung thư đường mật. Chảy máu đường mật [5-7]. Khi sỏi lan tỏa hai bên, do không thể loại bỏ hoàn toàn nhu mô gan bị ảnh hưởng, một bên thùy gan có tổn thương nghiêm trọng hơn được cắt bỏ, bên còn lại được phối hợp các phương pháp khác để lấy sỏi tối đa [8].

NMR: Chít hẹp đường mật ngoài gan. Những BN có sỏi lan tỏa cả hai bên thùy gan, nguy cơ cao sỏi sỏi và tái phát sỏi, có thể phối hợp làm đường hầm mật - da để tiến hành các can thiệp bổ sung về sau. Chống chỉ định đối với trường hợp hẹp đường mật trong gan [6].

2.4.4. Đánh giá sỏi sỏi và tái phát sỏi sau mổ

Sốt sỏi: còn sỏi ghi nhận trong quá trình phẫu thuật qua NSĐM hoặc phát hiện sỏi sỏi trên các phương tiện chẩn đoán hình ảnh: XQ đường mật qua

Kehr/ siêu âm hoặc CT scan trong vòng < 3 tháng sau phẫu thuật dựa theo các nghiên cứu về sỏi sỏi và tái phát sỏi của các tác giả Fan 1990, Lee 2007, Feng 2012, Liu 2015, Ray 2016 [9, 10].

Sỏi tái phát: được đánh giá là sỏi xuất hiện sau 3 tháng phẫu thuật trên những BN được ghi nhận là sạch sỏi trước đó.

2.4.5. Xử lý số liệu: Phần mềm SPSS 22.0.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU:

Trong thời gian tháng 10/2020 - 4/2023, chúng tôi nghiên cứu 105 trường hợp STG được phẫu thuật tại Bệnh viện trường Đại học Y Dược Huế và Bệnh viện Trung ương Huế.

3.1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng

Bảng 1. Một số đặc điểm chung

Đặc điểm	Kết quả
Tuổi	55,9 ± 12,6 (27 - 87 tuổi)
Nữ/nam	2,3/1 (73/32)
Độ tuổi	41 - 60 (60%)
BMI (kg/m ²)	21,5 ± 3,0
Nông thôn	81 (77,1%)
Nghề nông	32 (30,5%)
Phẫu thuật lại	76 (72,4%)
ASA II	62 (59,0%)
Nhiễm trùng đường mật cấp	72 (68,6%)
Xơ teo gan	40 (38,1%)
Áp xe hóa	23 (21,9%)
Tam chứng Charcot	15 (14,3%)
Sỏi trong gan đơn thuần	20 (19%)
Sỏi trong ngoài gan	85 (81%)
Trái	56 (53,3%)
Phải	23 (21,9%)
Hai bên	26 (24,8%)

Tuổi trung bình bệnh nhân 55,9 ± 12,6; độ tuổi phổ biến là 41 - 60 tuổi, nữ gấp 2,3 lần nam giới. Vị trí sỏi trong mổ chiếm hầu hết là sỏi phối hợp trong ngoài gan với tỷ lệ 81%. Về hình thái có 53,3% STG trái, 24,8% STG hai bên và 21,9% STG phải.

Bảng 2. Đặc điểm cận lâm sàng

Tiêu chí	BN (N = 105)	Tỷ lệ (%)	Trung bình/vị	SD/IQR	GTNN - GTLN
Bạch cầu (K/ μ L)	< 10	51	48,6%	10,2	7,3 - 15,1
	≥ 10	54	51,4%		
Tỷ Pro-thrombin (%)	< 70	13	12,4%	92,0	82,0 - 100
	≥ 70	92	87,6%		

Bilirubin TP ($\mu\text{mol/L}$)	< 21	56	53,3%	18,8	11,1 - 44,4	4,5 - 155,5
	\geq 21	49	46,7%			
Bilirubin TT ($\mu\text{mol/L}$)	< 3,4	32	30,5%	6,2	2,9 - 23,5	0,1 - 108,2
	\geq 3,4	73	69,5%			
AST (U/L)	< 41	47	44,8%	46,0	28,6 - 88,10	13 - 1670,7
	\geq 41	58	55,2%			
ALT (U/L)	< 41	47	44,8%	46,2	28,6 - 114,2	2,4 - 1212,3
	\geq 41	58	55,2%			

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

SD: Độ lệch chuẩn, IQR: Khoảng tứ phân vị, GTNN-LN: Giá trị nhỏ nhất - lớn nhất

3.2. Đánh giá kết quả phẫu thuật điều trị sỏi trong gan

Bảng 3. Phương pháp phẫu thuật

Phương pháp phẫu thuật	Tỷ lệ (%)
Mở OMC lấy sỏi	49 (46,7%)
Cắt gan	47 (44,8%)
Cắt thùy gan trái	41
Cắt gan phải	2
Cắt HPT II	2
Cắt thùy gan trái + HPT IVb	1
Cắt phân thùy sau	1
Nối mật ruột	9 (8,6%)
Roux en Y đơn thuần	8
OMC - tá tràng + dẫn lưu ống gan HPT VI	1
Phương pháp phối hợp	
Dẫn lưu đường mật chính	91 (86,7%)
Cắt túi mật	21 (20%)
Mở nhu mô gan lấy sỏi	8 (7,6%)
Nội soi đường mật	6 (5,7%)
Phẫu thuật nội soi	30 (28,6%)

OMC: ống mật chủ, HPT: hạ phân thùy

Mở OMC lấy sỏi chiếm 46,7%; cắt gan 44,8%, chủ yếu là cắt thùy gan trái; NMR 8,6%, chủ yếu nối theo kiểu Roux-en-Y. Dẫn lưu đường mật chính được đặt trong 91/105 trường hợp. Những trường hợp không đặt dẫn lưu đường mật chính là những trường hợp trong mổ đánh giá OMC không giãn, không sỏi, kiểm tra xác định sạch sỏi hoàn toàn, sỏi khu trú trong phần thùy gan được cắt bỏ.

Bảng 4. Đánh giá kết quả phẫu thuật

Kết quả	Mở OMC lấy sỏi (n = 49)	Cắt gan (n = 47)	Nối mật ruột (n = 9)	N = 105	p
Thời gian phẫu thuật (phút)	150 (100 - 170)	184,3 \pm 46,2	195,6 \pm 49,8	170 (120 - 200)	0,000
Truyền máu	5 (10,2%)	10 (21,3%)	2 (22,2%)	17 (16,2%)	0,296
Biến chứng sau mổ	7 (14,3%)	21 (44,7%)	3 (33,3%)	31 (29,5%)	0,005
Thời gian hậu phẫu (ngày)	14 (12 - 16)	15 (13-18)	14,7 \pm 6,5	15 (12 - 17)	0,32
Sạch sỏi	24 (49,0%)	36 (76,6%)	4 (44,4%)	64 (61%)	0,012
Tái phát	11 (45,8%)	7 (19,4%)	3 (75%)	21 (32,8%)	0,02
Ung thư hóa	1	-	-		

Thời gian phẫu thuật trung vị là 170 (120 - 200) phút, thời gian mở OMC lấy sỏi ngắn nhất với trung vị là 150 (100 - 170) phút, NMR dài nhất với trung bình là 195,6 ± 49,8 phút. Truyền máu trong và sau mổ không có khác biệt. Biến chứng sau mổ nhiều nhất ở nhóm cắt gan (44,7%); mở OMC lấy sỏi ít biến chứng nhất (14,3%). Ngoài ra tỷ lệ biến chứng có liên quan với tiền sử mổ lần và thời gian phẫu thuật kéo dài. Phân độ Clavien Dindo nhóm có biến chứng đa phần là độ 1 chiếm 16 trường hợp (15,2%) và độ 2 với 12 trường hợp (11,4%). Trong số 15 trường hợp biến chứng từ độ 2 trở lên thì 12 trường hợp gặp ở nhóm cắt gan.

Biến chứng phổ biến nhất là nhiễm trùng vết mổ gặp ở 22 trường hợp chiếm 21%, tác nhân vi khuẩn thường gặp là *E.coli*, *Klebsiella* và *Enterococcus*. Áp xe tồn lưu phát hiện ở 7 trường hợp chiếm 6,7%; rò mật có 3 trường hợp chiếm 2,9%, các trường hợp này được điều trị nội khoa ổn định. 1 trường hợp chảy máu đường mật qua dẫn lưu Kehr sau mổ, BN được truyền máu theo dõi và ổn định. 1 trường hợp nghi ngờ tràn khí màng phổi phải tự phát được đặt dẫn lưu màng phổi, 1 trường hợp sỏi thành bụng do nhiễm trùng vết mổ phải phẫu thuật lại. Không có trường hợp nào tử vong.

Sạch sỏi cuối cùng chiếm 61%. Cắt gan có tỷ lệ sạch sỏi cao nhất 76,6%; NMR thấp nhất 44,4%. Tỷ lệ tái phát sỏi chung 32,8%, tỷ lệ tái phát trong nhóm cắt gan thấp nhất 19,4%; NMR cao nhất 75%. Tỷ lệ đau bụng tái phát 44,1%; sốt 15,1% và vàng da chiếm 10,8%. 18 trường hợp cần điều trị nội khoa, 2 trường hợp phẫu thuật lại và 1 trường hợp ung thư đường mật trong gan tiến triển.

Bảng 5. Phân tích hồi quy đơn biến các yếu tố nguy cơ sỏi sỏi sau mổ

Yếu tố nguy cơ sỏi sỏi	OR	KTC 95%	p
Xơ teo gan (n = 38)	0,4	0,174 - 0,987	0,047
Áp xe hóa (n = 23)	0,4	0,120 - 1,048	0,061
STG hai bên (n = 26)	1,8	0,743 - 4,464	0,190
STG lan tỏa ≥ 3 HPT (n = 38)	2,9	1,271 - 6,632	0,011
Có cắt gan (n = 48)	0,3	0,114 - 0,626	0,002

Sỏi trong gan trái có tỷ lệ sỏi sỏi thấp nhất (26,8%) Theo mô hình đơn biến tỷ lệ sỏi sỏi ở sỏi gan phải cao gấp 3,6 và sỏi gan hai bên cao gấp 2,7 lần so với sỏi

gan trái. Phân tích mô hình hồi quy đơn biến cho thấy xơ teo thù gan có nguy cơ sỏi sỏi sau mổ ít hơn 0,4 lần; tái phát sỏi ít hơn 0,3 lần. Sỏi gan lan tỏa có nguy cơ sỏi sỏi sau mổ cao gấp 2,9 lần; tái phát sỏi cao gấp 3,3 lần. Cắt gan có nguy cơ sỏi sỏi sau mổ ít hơn 0,3 lần; tái phát sỏi ít hơn 0,3 lần. Phân tích mô hình hồi quy đa biến, chỉ có cắt gan là yếu tố liên quan độc lập đến nguy cơ sỏi sỏi sau mổ (OR 0,273; khoảng tin cậy 0,077 - 0,966, p = 0,044).

4. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung: STG gặp phổ biến ở nhóm trung niên và lớn tuổi, độ tuổi phân bố rộng từ 20-80 tuổi, khá hiếm TH gặp ở trẻ em [1]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, STG gặp chủ yếu ở lứa tuổi từ 41 - 60 tuổi chiếm tỷ lệ 60%, tuổi trung bình 55,9 ± 12,6 tuổi, thấp nhất là 27 tuổi và cao nhất là 87 tuổi, nữ giới nhiều gấp đôi nam giới, tỷ lệ nữ/nam xấp xỉ 2,3/1.. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với [2, 3, 6, 8, 11, 12].

BMI của quần thể nghiên cứu trung bình là 21,5 ± 3,0 kg/m². Nhóm có chỉ số khối cơ thể bình thường chiếm đa số với 61%; nhóm thừa cân béo phì chiếm 27,6%. Trong bệnh sỏi đường mật tại Việt Nam, BN thường có thể trạng kém và suy dinh dưỡng, thiếu đạm cũng là một trong những nguyên nhân tạo STG. BMI dao động từ 19,9 - 20,6 kg/m² theo [5, 6]. Các nghiên cứu này phù hợp với đặc điểm sỏi mật ở Đông Á hầu hết là sỏi sắc tố, không có sự liên quan với chỉ số khối cơ thể như sỏi cholesterol ở các nước phương Tây.

BN ở nông thôn chiếm đa số với 77,1%; BN làm nghề nông chiếm 30,5%. Địa dư ở nông thôn từ 62,2 - 67,8%; nghề nông từ 52,6 - 64,5% [2, 6, 11].

4.2. Vị trí sỏi: nghiên cứu này lấy tiêu chuẩn STG khi sỏi nằm trên hội lưu ống gan phải và trái, theo hầu hết tác giả trong và ngoài nước. Theo nghiên cứu của chúng tôi, sỏi trong và ngoài gan chiếm 81%, trong khi STG đơn thuần chỉ có 19%. Tại Nhật Bản, tỷ lệ STG đơn thuần là 24,7% vào 1985 và tăng lên 60,2% vào năm 2011 [4]. Có thể thấy mô hình STG ở Việt Nam khá tương đồng với mô hình sỏi ở các nước Đông Á cũng như Nhật Bản trước đây, có thể do trình độ học vấn và kinh tế, đời sống còn chênh lệch nhiều.

Nghiên cứu của chúng tôi có hình thái sỏi STG trái, STG hai bên và STG phải lần lượt là 53,3%; 24,8% và 21,9%. Ở nước ta, sỏi chủ yếu được hình thành do nhiễm trùng đường mật ngược dòng. Vì vậy sỏi có thể hình thành ở bất kỳ vị trí nào của đường mật, đặc biệt hay gặp ở các nhánh đường mật gặp góc so với trục đường mật hoặc các vị trí đường mật bị xơ hẹp. Cho nên phân bố STG trái ưu thế hơn phải vẫn là đặc trưng của bệnh lý này.

Theo Võ Văn Hùng, tỷ lệ này lần lượt là 25,5%;

55,3% và 19,2% [6]. Theo Hong, tỷ lệ này là 61,8%; 20% và 18,2% [8]. Suzuki phân tích STG tại Nhật từ năm 1975 đến năm 2010 nhận thấy những năm trước, STG trái có tỷ lệ cao nhất so với STG hai bên và STG phải, gần đây, tỷ lệ STG phải có xu hướng tăng lên, tuy nhiên vẫn chưa đưa ra một lý do cụ thể nào [4].

4.3. Thời gian phẫu thuật:

Thời gian phẫu thuật trên 105 BN trung vị là 170 (120 - 200) phút. Nghiên cứu của chúng tôi với thời gian phẫu thuật mở OMC lấy sỏi ngắn nhất với trung vị 150 (100 - 170) phút, cắt gan 184,3 ± 46,2 phút, NMR dài nhất 195,6 ± 49,8 phút. Thời gian phẫu thuật kéo dài tương ứng các phẫu thuật phức tạp như NMR, cắt gan, sỏi lan tỏa và các trường hợp phải bóc tách, gỡ dính nhiều do sỏi mật tái phát nhiều lần. Điều này cũng tương đối phù hợp với các nghiên cứu trong và ngoài nước.

Theo nghiên cứu của Hong, Nol thời gian phẫu thuật trung bình là 366,6 ± 123,7 phút, nhóm cắt gan, NMR và mở OMC lấy sỏi lần lượt là 405,4 ± 120,5, 302,5 ± 66,7 và 270,0 ± 65,5 phút [8]. Số liệu đa trung tâm của Feng trên 1930 BN (1975 - 2008), thời gian phẫu thuật trung bình cắt gan (n = 1175) là 332 ± 123 phút, mở OMC lấy sỏi là 289 ± 106 phút (p < 0,001) [13].

Thời gian cắt gan của Nguyễn Minh Thảo là 185,2 ± 35 phút [12]. Thời gian NMR của Lê Nguyên Khôi là 250,0 ± 63,4 phút [5]. Thời gian mở OMC lấy sỏi của Võ Ngọc Thơ là 127 ± 32 phút [11]. Thời gian phẫu thuật ngày càng được rút ngắn với sự tiến bộ của gây mê và sự phát triển của phương tiện hỗ trợ trong mổ như dao siêu âm, dao SonaStar, NSDM ống mềm, các phương tiện tán sỏi trong mổ...

4.4. Biến chứng sau mổ

Tỷ lệ biến chứng sau mổ khác biệt giữa các phương pháp phẫu thuật, cao nhất ở nhóm cắt gan 44,7%, 33% ở nhóm NMR và thấp nhất với 14,3% ở nhóm mở OMC lấy sỏi. Tỷ lệ biến chứng nặng (từ độ 2 theo Clavien Dindo trở lên) có xu hướng gặp nhiều hơn ở nhóm cắt gan (12/15 trường hợp). Ngoài ra, tỷ lệ biến chứng có liên quan tiền sử mổ lần đầu (87,1%) hay mổ lại (12,9%) với p = 0,029 và thời gian phẫu thuật (185 phút so với 160 phút).

Chúng tôi ghi nhận 31/105 BN có biến chứng sau mổ chiếm 29,5%. Hầu hết là biến chứng độ 1 với 21% trường hợp nhiễm trùng vết mổ. Áp xe tồn lưu có 7 trường hợp chiếm 6,7%; rò mật là 2,9% và tràn dịch màng phổi là 1%. Theo nghiên cứu của chúng tôi, có 1 BN tương ứng 1% có chảy máu đường mật qua dẫn lưu Kehr, BN này sau đó được điều trị ổn định với nội khoa, truyền máu. Không có trường hợp nào tử vong.

Kết quả của chúng tôi tương tự với đa số tác giả khác, tỷ lệ nhiễm trùng vết mổ cao, đa số là vi khuẩn Gram âm, lý giải bởi tình trạng nhiễm trùng đường mật phối hợp (80% cấy dịch mật dương tính trong mổ).

Về lâu dài BN NMR có thể bị nhiễm trùng đường mật ngược dòng do các kiểu nối không có chống trào ngược hoặc do nối Roux-en-Y không đúng kỹ thuật, tình trạng nhiễm trùng tái diễn và thức ăn vào đường mật là nguyên nhân gây sỏi tái phát, hẹp đường mật trong gan và nhất là hẹp miệng nối. Theo Suzuki (2014), NMR không được khuyến cáo cho điều trị STG, bởi vì có thể làm tăng nguy cơ phát triển ung thư đường mật muôn[4]. Nối OMC – tá tràng hoàn toàn không đạt được mục đích làm hết sỏi, điều trị hẹp đường mật hay giảm nhiễm trùng đường mật, ngoài ra để lại biến chứng lâu dài là hội chứng túi cùng đường mật dưới miệng nối gây viêm mù đường mật... nên không phải là phương pháp lựa chọn điều trị cho STG [3, 6, 7].

4.6. Tình trạng sỏi sỏi

Sốt sỏi ngay sau mổ được ghi nhận ở 39 trường hợp, 16 trường hợp chưa đánh giá. Những trường hợp này bao gồm những BN không có đường vào để chụp XQ đường mật qua Kehr và không siêu âm đánh giá sau mổ. Chúng tôi sử dụng kết quả chẩn đoán hình ảnh trong vòng 3 tháng sau mổ để đánh giá tỷ lệ sỏi sỏi cuối cùng. Tỷ lệ sạch sỏi cuối cùng của nghiên cứu này là 61% (64 trường hợp).

Đa số tác giả đều thống nhất cắt gan là phương pháp điều trị có tỷ lệ sỏi sỏi sau mổ thấp nhất từ 7 - 25% [4, 8, 12-14]. Tỷ lệ sỏi sỏi nếu chỉ với dụng cụ kim Mirizzi kinh điển còn khá cao nếu không có các phương tiện hỗ trợ trong mổ, cũng như khó có thể xử lý hết các tổn thương phối hợp nếu chỉ sử dụng các phương pháp cơ học thông thường.

Bảng 6. Tổng hợp tỷ lệ sạch sỏi theo các nghiên cứu

Tác giả	Tỷ lệ sạch sỏi chung	Mở OMC lấy sỏi	Cắt gan	Nối mật ruột	p
Chúng tôi	61%	49%	76,6%	44,4%	0,012
Ngọc, 2020 [14]	65,9%	57,1 - 64,3%	75%	100%	0,929
Feng, 2012 [13]	71,2%	56%	80,9%	-	< 0,001
Suzuki, 2014 [4]	70,2-81,4%	-	93%	92,3%	-
Hong, 2011 [8]	82%	56%	90,9%	75%	0,000

Tỷ lệ sạch sỏi chung của chúng tôi có vẻ thấp hơn so với kết quả của một số nghiên cứu trước đây trong phẫu thuật kinh điển đối với sỏi đường mật. Tuy nhiên, chúng tôi nhận thấy có vài lý do:

Thứ nhất, đây là kết quả chung cho sỏi trong và ngoài gan, tỷ lệ sỏi trong ngoài gan của chúng tôi chiếm đa số 81%, mà hiển nhiên đối với các nghiên cứu có tỷ lệ sỏi ngoài gan đơn thuần cao thì tỷ lệ sỏi sỏi là thấp hơn. Thứ hai, việc đánh giá kết quả trong nghiên cứu của chúng tôi chủ yếu dựa vào chụp XQ đường mật qua dẫn lưu Kehr hoặc siêu âm, độ đặc hiệu phát hiện sỏi dao động phụ thuộc từng phương pháp. Thứ ba, các tổn thương nhu mô phức tạp được xác định tương đối phổ biến với áp xe gan và xơ teo gan lần lượt 21,9% và 38,1%, do đó việc tiếp cận tổn thương sỏi bằng dụng cụ trở nên khó khăn và tỷ lệ làm sạch sỏi giảm đi nếu không cắt được túi gan chứa tổn thương. Mặt khác, trong nghiên cứu của chúng tôi gần 50% trường là STG hai bên và STG phải, mà theo phân tích hồi quy đơn biến, nguy cơ sỏi sỏi đối với STG lan tỏa hai bên và STG phải lần lượt gấp 2,7 và 3,6 lần so với STG trái. Thứ tư là việc phối hợp các phương tiện trong mổ, tỷ lệ NSDM trong mổ của nghiên cứu này khá thấp, chỉ đạt 7,6% do điều kiện thiếu hụt về cơ sở vật chất, hầu hết các trường hợp phẫu thuật chỉ lấy sỏi bằng kinh nghiệm. Việc phối hợp các kỹ thuật hỗ trợ như NSDM tán sỏi trong mổ, siêu âm trong mổ... sẽ cho kết quả sạch sỏi tốt hơn. Thứ năm, cỡ mẫu của nhóm NMR khá ít (n=9), khó ước tính kết quả thống kê phù hợp, do đó có thể có sự khác biệt so với kết quả của các nghiên cứu trước đó.

4.7. Tình trạng tái phát sỏi

STG tái phát xảy ra ở 32,8% trong số 64 BN sạch sỏi trước đó. Tỷ lệ tái phát khác biệt giữa các nhóm, cắt gan tái phát sỏi thấp nhất 19,4%, mở OMC lấy sỏi có 45,8%, NMR cao nhất với 75% trường hợp tái phát. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tỷ lệ tái phát sỏi khá cao ở nhóm mở OMC lấy sỏi và nhóm NMR, phần nào do chưa giải quyết hết được tổn thương hẹp đường mật, mặt khác chỉ định NMR cũng đặt ra ở những BN có nguy cơ tái phát sỏi cao. Nghiên cứu của Hong, tỷ lệ là 16,9%; 24% và 37,5%, cho thấy cắt gan cho tỷ lệ tái phát thấp nhất [8]. Theo tác giả khác, tái phát sỏi sau mổ có thể từ 28-100% tùy theo BN có hẹp hoặc không hẹp đường mật trong gan cũng như có cắt túi gan hay không, theo Uenishi tỷ lệ tái phát tăng gấp 10 lần nếu có hẹp đường mật [5, 8].

4.8. Phân tích yếu tố nguy cơ sỏi sỏi và tái phát sỏi

Khi phân tích tỷ lệ sỏi sỏi so với nhóm STG trái, tỷ lệ sỏi sỏi ở BN STG phải cao gấp 3,6 lần trong khi tỷ

lệ sỏi sỏi ở BN STG hai bên cao gấp 2,7 lần. Điều này phần nào được giải thích bởi vì hình thái sỏi gan trái chủ yếu được cắt gan, trong khi nhóm STG phải và STG hai bên đa phần chỉ mở OMC lấy sỏi. Mặt khác, dẫn lưu đường mật gan phải có xu hướng gấp góc ở đường mật hạ lưu và chia nhánh nhiều hơn, cản trở đến việc lấy sỏi bằng dụng cụ kinh điển. Phân tích mô hình hồi quy đơn biến, cả 3 yếu tố: xơ teo túi gan, STG lan tỏa và có cắt gan hay không đều có liên quan đến nguy cơ sỏi sỏi sau mổ cũng như tái phát sỏi. Tuy nhiên khi phân tích mô hình hồi quy đa biến, chỉ có cắt gan là yếu tố liên quan độc lập đến nguy cơ sỏi sỏi sau mổ (OR 0,273; KTC 0,077-0,966, p=0,044). Chưa phát hiện yếu tố liên quan độc lập đến nguy cơ tái phát sỏi sỏi sau mổ.

Những kết quả này cùng với sự đồng thuận của đa số tác giả cho thấy rằng cắt gan, đặc biệt là túi gan trái giúp hỗ trợ trong việc lấy sạch sỏi tối đa, loại bỏ các tổn thương nhu mô gan phức tạp (hẹp, xơ teo, ung thư hóa...), từ đó làm giảm triệu chứng của bệnh lý trong ngắn hạn, giảm tỷ lệ tái phát và mắc ung thư đường mật về lâu dài [2, 6, 8]. Tuy nhiên, cắt gan cũng có hạn chế là thời gian phẫu thuật lâu hơn, tỷ lệ biến chứng sau phẫu thuật cao hơn, dẫn đến thời gian nằm viện kéo dài.

Mở OMC lấy sỏi hoặc NMR là một lựa chọn thay thế đối với các BN lớn tuổi, tình trạng bệnh phối hợp nặng, không thể chịu được cuộc mổ dài... với kỹ thuật đơn giản, an toàn, thời gian phẫu thuật ngắn, tỷ lệ biến chứng ít hơn. Ngược lại tỷ lệ sỏi sỏi, tái phát sỏi sỏi khá cao, cần thiết phối hợp các phương pháp tán sỏi trong và sau mổ để đạt hiệu quả tối đa [8].

NMR Roux-en-Y kết hợp cắt gan ở một số BN phù hợp cho kết quả lâu dài tốt hơn [7]. Tuy nhiên, về chỉ định điều trị STG, đây vẫn còn là một phương pháp nhiều tranh cãi, nguy cơ nhiễm trùng đường mật ngược dòng, tăng tỷ lệ phát triển ung thư đường mật muộn nên chỉ định vẫn rất hạn hẹp. Nối OMC – tá tràng không phải là phương pháp lựa chọn điều trị cho STG [6, 7].

4.9. Ung thư đường mật trong gan

STG được biết đến là một yếu tố nguy cơ dẫn đến ung thư đường mật, tỷ lệ ung thư đường mật từ 2,4-10% ở BN có STG [8]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, mặc dù đã loại trừ các trường hợp nghi ngờ ác tính trước phẫu thuật, chúng tôi ghi nhận 1 trường hợp (1%) ung thư đường mật tiến triển phát hiện trong giai đoạn tái khám. Cắt gan được khuyến cáo cần nhắc ở những BN có mức CEA huyết thanh cao hoặc ghi nhận tắc nghẽn tĩnh mạch cửa, các yếu tố này có liên quan chặt chẽ tới việc tồn tại của ung thư đường mật [8, 13]. Kim (2015) khuyến cáo cắt gan ở

những BN có triệu chứng > 10 năm, tiền sử NMR kéo dài [15]. Theo dõi định kỳ các chỉ điểm CEA, CA 19-9 kể cả sau phẫu thuật được khuyến cáo tầm soát để đánh giá nguy cơ tiến triển ung thư [15].

5. KẾT LUẬN

Cắt gan đặc biệt cắt thùy gan trái là phương pháp có tỷ lệ sót sỏi và tái phát sỏi thấp nhất, an toàn, giúp loại bỏ sỏi tối đa cùng tổn thương nhu mô phức tạp, tuy nhiên thời gian phẫu thuật kéo dài, tỷ lệ biến chứng vẫn còn khá cao. Để phẫu thuật STG hiệu quả, nhất là các trường hợp lan tỏa, hai bên hoặc phẫu thuật lại cần phải phối hợp các phương pháp cũng như phương tiện hỗ trợ trong mổ hợp lý.

Tuyên bố về xung đột lợi ích: Các tác giả khẳng định không có xung đột lợi ích đối với các nghiên cứu, tác giả, và xuất bản bài báo

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Đình Hối, Nguyễn Mậu Anh, biên tập. Dịch tễ học bệnh sỏi đường mật. Sỏi đường mật. Hà Nội: Nhà xuất bản Y học; 2012.tr. 43-66.

2. Lê Quan Anh Tuấn. Điều trị sỏi đường mật trong gan qua đường hầm ống Kehr bằng ống soi mềm [luận án tiến sĩ]. TP. Hồ Chí Minh: Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh; 2021.

3. Nguyễn Đình Hối, Nguyễn Mậu Anh. Sỏi đường mật trong gan. Sỏi đường mật. Hà Nội: Nhà xuất bản Y học; 2012.tr. 387-416.

4. Suzuki Y, Mori T, Yokoyama M, Nakazato T, Abe N, Nakanuma Y, et al. Hepatolithiasis: analysis of Japanese nationwide surveys over a period of 40 years. J Hepatobiliary Pancreat Sci. 2014;21(9):617-22.

5. Lê Nguyên Khôi. Đánh giá kết quả điều trị sỏi trong gan bằng phẫu thuật nối mật-da với đoạn ruột biệt lập và nối mật-ruột-da [luận án tiến sĩ]. TP. Hồ Chí Minh: Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh; 2015.

6. Võ Văn Hùng. Đánh giá hiệu quả điều trị sỏi đường mật trong và ngoài gan bằng phẫu thuật tạo đường hầm ống mật chủ - túi mật - da [luận án tiến sĩ]. TP. Hồ Chí Minh: Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh; 2015.

7. Lorio E, Patel P, Rosenkranz L, Patel S, Sayana H. Management of hepatolithiasis: review of the literature. Curr Gastroenterol Rep. 2020;22(6):30.

8. Hong KS, Noh KT, Min SK, Lee HK. Selection of surgical treatment types for intrahepatic duct stones. Korean J Hepatobiliary Pancreat Surg. 2011;15(3):139-45.

9. Liu FB, Yu XJ, Wang GB, Zhao YJ, Xie K, Huang F, et al. Preliminary study of a new pathological evolution-based clinical hepatolithiasis classification. World J Gastroenterol. 2015;21(7):2169-77.

10. Ray S, Sanyal S, Das K, Ghosh R, Das S, Khamrui S, et al. Outcome of surgery for recurrent pyogenic cholangitis: a single center experience. HPB (Oxford). 2016;18(10):821-6.

11. Võ Ngọc Thơ. Đánh giá kết quả phẫu thuật điều trị sỏi đường mật chính có nội soi đường mật bằng ống nội soi

mềm hỗ trợ [luận văn chuyên khoa cấp II]. Huế: Trường Đại học Y Dược Huế; 2020.

12. Nguyễn Minh Thảo. Đánh giá kết quả phẫu thuật cắt gan điều trị bệnh lý sỏi trong gan tại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Huế. Tạp chí Y Dược học. 2021;13(3):110.

13. Feng X, Zheng SG, Xia F, Ma K, Wang S, Bie P, et al. Classification and management of hepatolithiasis: a high-volume, single-center's experience. Intractable Rare Dis Res. 2012;1(4):151-6.

14. Trần Hữu Ngọc. Đánh giá kết quả phẫu thuật sỏi mật tái phát và sỏi sỏi đường mật sau mổ [luận văn chuyên khoa cấp II]. Huế: Trường Đại học Y Dược Huế; 2020.

15. Kim HJ, Kim JS, Joo MK, Lee BJ, Kim JH, Yeon JE, et al. Hepatolithiasis and intrahepatic cholangiocarcinoma: a review. World J Gastroenterol. 2015;21(48):13418-31.