

BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO

BỘ Y TẾ

TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y DƯỢC TP HỒ CHÍ MINH

VÕ ĐẠI DŨNG

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ SỎI GAN
BẰNG PHẪU THUẬT NỘI SOI
KẾT HỢP NỘI SOI ĐƯỜNG MẬT TRONG MỔ

CHUYÊN NGÀNH: NGOẠI TIÊU HÓA

MÃ SỐ: 62720125

TÓM TẮT LUẬN ÁN TIẾN SĨ Y HỌC

NĂM 2024

Công trình được hoàn thành tại: Bệnh viện Trung Vương

Người hướng dẫn khoa học: **PGS. TS Trần Văn Phoi**

PGS. TS Phan Minh Trí

Phản biện 1:

Phản biện 2:

Phản biện 3:

Luận án sẽ được bảo vệ trước Hội đồng chấm luận án cấp trường
họp tại

vào hồi giờ ngày tháng năm

Có thể tìm hiểu Luận án tại thư viện:

- Thư viện Quốc gia Việt Nam
- Thư viện Khoa học Tổng hợp
- Thư viện Đại học

1. Giới thiệu luận án

a. Lý do và tính cần thiết của nghiên cứu

Sỏi gan là bệnh khá phổ biến ở Việt Nam và việc điều trị vẫn còn gặp một số khó khăn vì sỏi gan thường kèm theo một số thương tổn như xơ teo gan và hẹp đường mật, sỏi đóng khuôn/nêm chặt... có thể dẫn tới sỏi sỏi, tái phát, suy gan hay ung thư đường mật. Trong đó việc chẩn đoán các thương tổn này ngoài phương tiện hình ảnh, nhiều trường hợp cần phải có nội soi đường mật và nội soi ổ bụng thăm sát. Phẫu thuật vẫn giữ vai trò chủ đạo trong điều trị sỏi gan với các phương pháp đã phổ biến như mổ ống mật chủ lấy sỏi, cắt gan, tạo ngõ vào đường mật để lấy sỏi tái phát. Bên cạnh đó, để đưa ra chỉ định phương pháp phù hợp cần phải đánh giá chính xác các đặc điểm của bệnh sỏi trong từng trường hợp. Vì vậy, việc nội soi ổ bụng và nội soi đường mật là cần thiết trước khi quyết định PPPT cuối cùng. Ngoài ra, lấy sỏi trong mổ đã được chứng minh hữu ích qua một số nghiên cứu trong và ngoài nước gần đây, trong mổ mở lẫn trong PTNS, trong kết quả lấy sỏi của đợt điều trị lần tiên lượng kết quả lâu dài.

PTNS vẫn còn tồn tại một số khó khăn như thao tác xử lý sỏi, dính tạng do vết mổ cũ hay các phẫu thuật phức tạp như cắt gan và tạo ngõ vào. Ở nước ta, sự kết hợp này chưa được ứng dụng nhiều, phần lớn các nghiên cứu là về sỏi đường mật chính và trong phẫu thuật nội soi mở ống mật chủ đơn thuần. Còn các nghiên cứu ngoài nước phần lớn là nghiên cứu về PTNS cắt gan, còn lấy sỏi gan trong PTNS thường thực hiện ở những TH sỏi không phải tán vỡ (sỏi nhỏ lấy được bằng rọ, bóng và bơm rửa), và cũng ít có nghiên cứu về các PTNS tạo ngõ vào, tuy nhiên các tác giả vẫn thường lấy sỏi tối đa trong mổ.

Từ thực tế trên, câu hỏi được đặt ra: *Phẫu thuật nội soi kết hợp với nội soi đường mật trong mổ có kết quả ra sao về tính khả thi và an*

toàn trong các phương pháp phẫu thuật điều trị sỏi gan? Và với cách tiếp cận PTNS kết hợp NSĐM qua bộ **ống nối da-mật** tại trung tâm chúng tôi, để có được lời giải đáp, chúng tôi thực hiện nghiên cứu: **“Đánh giá kết quả điều trị sỏi gan bằng phẫu thuật nội soi kết hợp nội soi đường mật trong mổ”**.

b. Mục tiêu nghiên cứu

1. Đánh giá kết quả của các phương pháp điều trị sỏi gan bằng phẫu thuật nội soi kết hợp nội soi đường mật trong mổ qua:

- Tỷ lệ thành công, biến chứng của phẫu thuật nội soi kết hợp nội soi đường mật trong mổ, và một số yếu tố liên quan.

- Tỷ lệ sạch sỏi sau mổ, số lần nội soi đường mật và lấy sỏi sau mổ, tỷ lệ sạch sỏi sau cuối cùng, và một số yếu tố liên quan.

2. Xác định tỷ lệ thay đổi phương pháp phẫu thuật trong mổ so với chỉ định trước mổ.

c. Đối tượng và phương pháp nghiên cứu

Đối tượng nghiên cứu: Các bệnh nhân được chẩn đoán sỏi gan có hoặc không kèm sỏi ngoài gan (sỏi OMC) bằng hình ảnh học (Siêu âm, CT scan $\pm$ MRI) và được chỉ định PTNS mở ống mật chủ NSĐM tại bệnh viện Trung Vương từ tháng 4 năm 2014 đến năm tháng 3 năm 2021.

Phương pháp nghiên cứu: Can thiệp lâm sàng không nhóm chứng.

d. Những đóng góp mới của nghiên cứu về mặt lý luận và thực tiễn:

Hoàn thiện kỹ thuật NSĐM và lấy sỏi trong PTNS giúp tăng hiệu quả điều trị sỏi.

Kết quả nghiên cứu dự kiến có thể giúp PTV quan tâm tới việc kết hợp hai phương pháp trong điều trị sỏi.

Bước đầu đánh giá kết quả ứng dụng PTNS trong các phẫu thuật điều trị sỏi gan.

2. Tổng quan tài liệu

2.1 Các phương pháp phẫu thuật

Phẫu thuật mở ống mật chủ lấy sỏi: Là phẫu thuật kinh điển. Sau mổ sỏi sót được tiếp tục xử lý qua đường hầm Kehr. Những nghiên cứu gần đây kết hợp nội soi lấy sỏi trong mổ đạt hiệu quả cao.

Phẫu thuật cắt gan: Ngày càng được chỉ định rộng rãi do hiệu quả xử lý triệt để thương tổn của phương pháp này và sự phát triển và phổ biến của kỹ thuật cắt gan theo giải phẫu. Phẫu thuật nội soi và phẫu thuật robot đã được ứng dụng và chứng minh có nhiều ưu thế vượt trội trong phẫu thuật cắt gan so với mổ mở về lượng máu mất, thời gian nằm viện, thời gian phục hồi và biến chứng sau mổ.

Phẫu thuật tạo ngõ vào đường mật: Để dự phòng tái phát sỏi, các phẫu thuật tạo ngõ vào đã được đề xuất thực hiện (nối mật ruột da, nối mật da bằng túi mật, nối mật da bằng đoạn ruột biệt lập,...) và chứng minh có hiệu quả nhằm can thiệp sỏi tái phát.

Hướng dẫn điều trị: có nhiều hướng dẫn điều trị được đề cập trong các nghiên cứu khác nhau, nhưng hầu hết đều đề xuất cắt gan khi sỏi gan khu trú có kèm thương tổn hẹp đường mật/xơ teo gan/nghi K, còn chỉ định tạo ngõ vào còn có nhiều quan điểm khác nhau tùy trung tâm như: sỏi tái phát / sỏi phức tạp 2 bên / rối loạn cơ vòng Oddi...

2.2 Các nghiên cứu trong và ngoài nước.

Các nghiên cứu trong nước:

- Võ Đại Dũng (2014), mô tả loạt ca: 43 trường hợp PTNS điều trị sỏi gan có ứng dụng ống nối da-mật để NSĐM lấy sỏi trong mổ có phối hợp các phương pháp tạo ngõ vào (13 TH nối TM, 11 TH nối ĐR, 1 TH nối MRD): cho kết quả sạch sỏi sau mổ khoảng 30% và giúp làm giảm số lần lấy sỏi sau mổ, với tỷ lệ tai biến, biến chứng thấp và không nặng.

- *Đoàn Văn Trân* (2015), mô tả loạt ca: 81 trường hợp phẫu thuật cắt gan do sỏi theo giải phẫu và theo thương tổn đường mật, kết quả sạch sỏi sau cùng là 100% (82,7% sạch sỏi phẫu thuật). Trong đó có kết hợp với các phẫu thuật tạo ngõ vào, tỷ lệ biến chứng chung 22,7%, không có tử vong. Có 14/81 TH được PTNS.

- *Võ Văn Hùng* (2015), tiến cứu, mô tả cắt dọc: “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”, 47 TH sỏi trong và ngoài gan được phẫu thuật tạo đường hầm ống mật chủ túi mật da, 9/47 TH được PTNS.

- *Lê Nguyên Khôi* (2015), mô tả loạt trường hợp: “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” 51 trường hợp nối ĐRBL và 52 TH nối MRD. Nghiên cứu đã cho thấy ưu điểm của PT nối ĐRBL và bước đầu ứng dụng PTNS trong phương pháp này.

- *Vũ Quang Hưng* (2018), “Kết quả điều trị sỏi đường mật tái phát (tổng hợp các ngõ vào)”. 338 TH sỏi đường mật tái phát được điều trị: 64 TH được thực hiện ERCP, 169 TH phẫu thuật nội soi mở OMC lấy sỏi dẫn lưu Kehr, 73 TH mổ mở làm mật ruột da, 28 TH mổ mở làm mật da bằng túi mật, 4 TH mổ mở làm mật da bằng quai ruột biệt lập.

- *Lê Quan Anh Tuấn* (2021), “Điều trị sỏi đường mật trong gan qua đường hầm ống Kehr bằng ống soi mềm”. 164 trường hợp, trong đó 146 TH được PTNS và 18 TH mổ mở trước đó, 122/164 TH có nội soi đường mật trong mổ, 57/164 TH có hẹp đường mật. Tổng cộng 593 lần NSĐM trên 164 TH (3,6 lần/TH), sạch sỏi 149/164 TH (90,9%), 35 TH tái phát sỏi trên 149 TH sạch sỏi được theo dõi.

- Ngoài ra, một số nghiên cứu gần đây trong nước về PTNS điều trị sỏi đường mật chính có phối hợp nội soi đường mật trong mổ

của các tác giả Sử Quốc Khởi (2019), Vũ Đức Thu (2020), Lê Văn Lợi (2021). Các nghiên cứu này có đề cập tới nội soi đường mật lấy sỏi gan trong mổ có kết quả khác nhau, tuy nhiên chỉ nghiên cứu về phẫu thuật mở ống mật chủ đơn thuần và về sỏi đường mật chính.

Nhìn chung, các nghiên cứu trong nước đã ứng dụng phối hợp PTNS và NSĐM trong mổ nhưng vẫn còn chưa triệt để và phần lớn nghiên cứu về sỏi đường mật chính, sỏi gan chỉ là một nhóm trong các nghiên cứu. Các phẫu thuật tạo ngõ vào lâu dài hay cắt gan trong điều trị sỏi gan hầu hết được thực hiện qua mổ mở, PTNS ít được đề cập.

Các nghiên cứu ở nước ngoài:

Yu-Gui Lian (2015): Hồi cứu 202 TH phẫu thuật nối mật da bảo tồn cơ vòng Oddi điều trị sỏi gan: đó có 97 TH cắt gan kết hợp, 99 TH nối MDTM, 103 TH nối ĐRBL. Phân tích cho thấy chỉ có yếu tố còn sỏi sau mổ là yếu tố nguy cơ độc lập cho sỏi tái phát ($p = 0,008$). Tỷ lệ tái phát sỏi cao hơn đáng kể ở những bệnh nhân còn sỏi sau mổ. Nghiên cứu này chỉ ra rằng sỏi còn sót lại là yếu tố nguy cơ độc lập gây tái phát sỏi và việc tán sỏi qua nội soi ống mật chủ sau phẫu thuật bổ sung có thể cải thiện đáng kể tỷ lệ sạch sỏi.

Jing Wang Tan (2015) đã đề cập 213 trường hợp sỏi gan được điều trị, trong đó có 86 TH mở mổ, 2 TH tử vong do bệnh tim, 1 TH không theo dõi được, còn lại 124 TH được mổ nội soi hoặc ERCP cụ thể là: 37 TH cắt gan nội soi, 41 TH mở OMC lấy sỏi nội soi và 46 TH ERCP. *Nghiên cứu cho thấy còn sỏi, hẹp đường mật, rối loạn chức năng cơ vòng Oddi và ERCP có liên qua đến sỏi tái phát và viêm đường mật sau điều trị.* Trong nhóm PTNS mở OMC lấy sỏi (những TH không có tiền sử phẫu thuật sỏi mật), tác giả có đề cập việc lấy sỏi là khó khăn (thường chỉ được thực hiện trong mổ mở), trong nghiên cứu tác giả đã cố gắng lấy sỏi và đạt # 70% sạch sỏi sau mổ tuy thời

gian phẫu thuật là khá dài # 174 phút, ngoài ra trong PTNS tác giả chỉ đề cập tới *lấy sỏi bằng rọ, bơm rửa và bóng* (balloon-tipped catheter). Và trong quá trình mổ, quyết định chuyển thành phẫu thuật cắt gan có thể được đưa ra khi có tổn thương hẹp đường mật (vừa hoặc nặng) hay sỏi đóng khuôn.

➔ Bên cạnh hẹp đường mật và các đặc điểm của sỏi thì việc ***còn sỏi sau mổ*** cũng đã được chứng minh là một trong những yếu tố liên quan tới tái phát sỏi và viêm đường mật. Do đó, chúng tôi nhận thấy việc lấy sỏi trong mổ cần cố gắng thực hiện để có thể đánh giá khả năng lấy sỏi và đưa ra quyết định phương pháp mổ hợp lý hơn.

- *Changzhong Fang (2020)* nghiên cứu 84 trường hợp PTNS điều trị sỏi gan thành công (không tính 9 TH thất bại chuyển mổ mở), ngoài ra trong khoảng thời gian đó có 117 TH mổ mở ngay từ đầu. Trong đó 43 TH khâu kín OMC sau mổ và 41 TH dẫn lưu ống T. Tác giả mô tả cách lấy sỏi trong PTNS bằng nội soi đường mật *bơm rửa, rọ và bóng*. Tác giả cho rằng khâu kín ống OMC sau mổ là có thể thực hiện trong những TH sỏi không đóng khuôn, không ngoại vi và không có hẹp Oddi. *Chỉ định khi PTNS lấy sỏi là không có hẹp nặng và sỏi không đóng khuôn.* ➔ Nghiên cứu tuy có tỉ lệ sạch sỏi trong PTNS cao, nhưng hầu hết chỉ đề cập tới can thiệp sỏi bằng rọ, bóng và bơm rửa đường mật. Đối với sỏi đóng khuôn cần tán vỡ thường rất ít đề cập hoặc phần lớn đã chỉ định mổ mở.

- *Long Cui (2014)* đã thực hiện thành công 6 TH PTNS nối mật da túi mật điều trị sỏi gan trong đó có 2 TH kèm cắt thùy trái. ➔ Đây là một trong số ít nghiên cứu mà chúng tôi ghi nhận được về PTNS tạo ngõ vào lâu dài và lấy sỏi trong mổ. Số TH ít, các tác giả chú trọng về kỹ thuật tạo ngõ vào bằng túi mật. Ngoài ra cũng đề cập

tới can thiệp sỏi gan bằng tán vỡ sỏi nhưng không phân tích những thuận lợi và khó khăn của kỹ thuật này.

- *Ju Tian* (2013), nghiên cứu hồi cứu 90 trường hợp PTNS điều trị sỏi gan (cắt gan), trong đó 38 TH có tiền căn phẫu thuật đường mật và 52 TH là không và có những kết quả thành công cao, 9/90 TH phải chuyển mổ mở. Tác giả phân sỏi mật thành 3 dạng: “*regional, diffusive, and complementary*”.

- *Xiaohong Liu* (2018) đã phân tích gộp 17 nghiên cứu với 1351 TH cắt gan điều trị sỏi đã cho thấy PTNS có nhiều kết quả tốt hơn mổ mở như: mất máu ít, tỷ lệ biến chứng thấp, thời gian ăn lại sau mổ ngắn, thời gian nằm viện ngắn.

- *Xiaobin Feng* (2012) nghiên cứu 1930 trường hợp phẫu thuật điều trị sỏi gan: 1175 TH cắt gan, 755 TH chỉ lấy sỏi, và đã đưa ra phân loại sỏi mật: “Dong’s classification” để đưa ra chỉ định phẫu thuật. *Type I sỏi khu trú 1 hay 2 bên, Type II sỏi lan tỏa (IIa: không có xơ teo gan hay hẹp đường mật, IIb: Có xơ teo gan ± hẹp ĐM một phần gan, IIc: Xơ gan mật và tăng áp lực tĩnh mạch cửa)*. Trong nghiên cứu này, tác giả đã đề xuất chỉ định PT cắt gan cho nhóm I, và IIb. IIa nối mật ruột hay mật ruột da, và IIc là ghép gan. Kết quả hai nhóm phẫu thuật cắt gan và chỉ lấy sỏi: thời gian PT là 332 và 289 phút, tỷ lệ sót sỏi là 19% và 44%.

⇒ ***Những nghiên cứu gần đây có thể cho thấy:***

- Phân loại sỏi gan để đưa ra chỉ định phẫu thuật còn vài điểm khác nhau và việc ứng dụng PTNS trong bệnh sỏi gan này vẫn chưa được đánh giá triệt để, dù cho hầu hết tất cả các phương pháp đều có thể thực hiện qua nội soi. Chỉ định cắt gan điều trị sỏi ngày càng mở rộng, có thể cắt gan trái, phải, hai bên, thậm chí cả 7 HPT, trong những trường hợp hẹp đường mật, xơ teo gan, nghi K, hay cả khi sỏi đóng chặt,

lan tỏa, ngoại vi (impacted, diffuse, peripheral). Ngoài ra PTNS cắt gan có thể thực hiện được an toàn hiệu quả. Phẫu thuật tạo ngỗ vào đường mật lâu dài bảo tồn cơ vòng Oddi đã được áp dụng, tuy nhiên, *PTNS vẫn còn ít được đề cập đến*. Việc lấy sỏi gan trong PTNS vẫn còn gặp những khó khăn nhất định.

3 Đối tượng và phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Can thiệp lâm sàng không nhóm chứng.

Đối tượng nghiên cứu: Các bệnh nhân được chẩn đoán sỏi gan có hoặc không kèm sỏi ngoài gan bằng hình ảnh học (Siêu âm, CT scan $\pm$ MRI) và được chỉ định phẫu thuật nội soi mở ống mật chủ nội soi đường mật tại bệnh viện Trung Vương từ tháng 4 năm 2014 đến năm tháng 3 năm 2021.

Thời gian và địa điểm: Tháng 4 - 2014 đến tháng 3 - 2021.

Cỡ mẫu: Với mục tiêu xác định tỷ lệ, cỡ mẫu được tính theo:

$$N = \frac{Z^2 \cdot p \cdot (1-p)}{d^2}$$

Z: = 1,96 với độ tin cậy 95%, d: sai số dự kiến 5%.

Với 3 tiêu chí: thành công của PTNS kết hợp NSĐM trong mổ, biến chứng, và sạch sỏi sau cùng.

$N \geq 196$ trường hợp.

Các biến số.

Đặc điểm chung: tuổi, giới, BMI, tiền sử PT mở OMC, ASA, bệnh nội khoa kèm theo

Biến số trước mổ: các xét nghiệm, vị trí sỏi gan và ngoài gan, xơ teo gan, PPPT dự kiến

Biến số trong mổ: vị trí sỏi gan và ngoài gan, xơ teo gan, hẹp đường mật, Oddi, lấy sỏi trong mổ, thời gian mổ, phương pháp PT, PTNS kết hợp NSĐM thay đổi chỉ định phẫu thuật.

Biến số sau mổ: PTNS kết hợp NSĐM thành công/thất bại, biến chứng, thời gian hậu phẫu, sạch sỏi sau mổ, số lần NSĐM sau mổ, sạch sỏi sau cùng, tái phát.

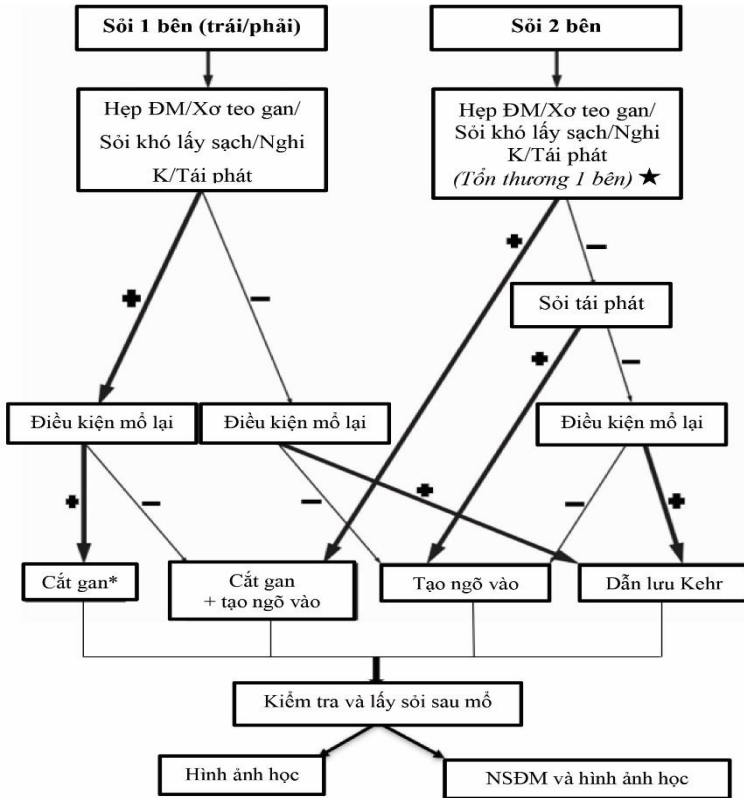
Các bước phẫu thuật: Vào trocar phẫu tích gỡ dính thám sát gan. Mở OMC thám sát Oddi, đường mật kèm lấy sỏi → Đưa ra chỉ định phương pháp phẫu thuật. Các PPPT có thể thực hiện: Mở OMC dẫn lưu Kehr, cắt gan, cắt gan kèm nối mật da túi mật, cắt gan kèm nối đoạn ruột biệt lập, nối mật da túi mật, nối mật da bằng đoạn ruột biệt lập, và nối mật ruột da.

Nội soi lấy sỏi sau mổ.

Theo dõi sau điều trị.

Quy trình nghiên cứu:

Hầu hết các TH chúng tôi đánh giá và xử trí theo sơ đồ sau:



+: Có bất kỳ 1 đặc điểm bệnh lý nào trong hình phía trên.

-: Không có bất kỳ 1 đặc điểm bệnh lý nào trong hình phía trên

★: Những TH tổn thương 2 bên có thể phối hợp nhiều phương pháp: lấy sỏi qua da, tạo hình đường mật, đặt stent đường mật qua da.

*Sỏi gan phải: Đánh giá thể tích gan, nguy cơ phẫu thuật.

4 Kết quả nghiên cứu

4.1 Đặc điểm dân số

Có 198 BN trong nghiên cứu.

Có 144 nữ (72,7%) và 54 nam (27,3%). Nữ/Nam: 2,67 lần.

Tuổi TB: $50,8 \pm 12,8$. Nhỏ nhất 26, lớn nhất 87.

Phân độ ASA: Độ 1 – Độ 2 – Độ 3: 61 TH (30,8%) – 122 TH (61,6%) – 15 TH (7,6%).

Từng phẫu thuật mở OMC 105 TH (53%).

4.2 Kết quả điều trị

Các phương pháp phẫu thuật được thực hiện.

- Mở ống mật chủ dẫn lưu Kehr 61 trường hợp (30,8%).
- Cắt gan 47 trường hợp (23,7%):
 - + Cắt gan đơn thuần 23 TH (11,6%).
 - + Kèm tạo ngõ vào bằng túi mật (MDTM) 16 TH (8,1%)
 - + Kèm tạo ngõ vào bằng đoạn ruột biệt lập (ĐRBL) 8 TH (4%) trong đó 1 TH kèm tạo hình vị trí hẹp.
- Tạo ngõ vào bằng:
 - + Nối MDTM 51 TH (25,8%), trong đó 1 TH kèm tạo hình vị trí hẹp OMC
 - + Nối ĐRBL 32 TH (16,2%), trong đó có 6 TH kèm tạo hình vị trí hẹp.
 - + Nối MRD 7 TH (3,5%) trong đó có 1 TH kèm tạo hình vị trí hẹp.

Vị trí sỏi: Sỏi gan hai bên và sỏi gan trái chiếm tỷ lệ cao: 78/198 TH (39,4%) và 75/198 TH (37,9%). Sỏi gan phải có tỷ lệ ít hơn: 45/198 TH (24,4%). Sỏi gan kết hợp sỏi OMC chiếm đa số 143/198 TH (72,2%), sỏi gan đơn thuần ít hơn 55/198 TH (27,8%).

Xơ teo gan: Có 23 trường hợp nghi ngờ thương tổn xơ teo gan trên CT scan và 1 TH nghi ngờ áp xe gan hay u đường mật gan trái. Tuy nhiên, trong phẫu thuật nội soi ghi nhận 51 trường hợp có thay đổi xơ teo gan. Chỉ có 1 TH nghi ngờ tổn thương trên CT scan nhưng trong mổ không ghi nhận qua quan sát trong mổ. Ngược lại có tới 29 TH ghi nhận thương tổn trên bề mặt gan trong mổ nhưng CT scan không ghi nhận.

Hẹp đường mật: NSĐM trong mổ ghi nhận 111 TH (56,1%) có hẹp. Kết hợp với NSĐM sau mổ ghi nhận có 81 (73%) TH hẹp 1 vị trí và 30 TH (27%) hẹp nhiều vị trí.

Tỷ lệ thành công của PTNS kết hợp NSĐM:

Chúng tôi đã thực hiện được PTNS cho 159/198 TH, và 28 TH mổ mở theo chỉ định sau PTNS + NSĐM thám sát. ***Vậy tỷ lệ thành công của phương pháp này là 187/198 TH (94,4%).*** Chỉ có 11 TH không thành công (chuyển mổ mở ngoài dự kiến) do những khó khăn trong phẫu tích.

Phương pháp phẫu thuật	PTNS + NSĐM thành công (187 TH)			Thất bại	Tổng
	PTNS	Kết hợp	Chuyển		
	hoàn toàn	đường mổ nhỏ	mở theo chỉ định		
DL Kehr	59	0	0	2	61
Cắt gan	0	17	6	0	23
Cắt gan +	MDTM	0	10	2	16
	ĐRBL	0	7	0	8
Tạo ngõ vào	MDTM	47	0	1	51
	ĐRBL	1	25	2	32
	MRD	2	1	4	7
Tổng	109	50	28	11	198

Biến chứng.

Có 25/198 trường hợp ghi nhận biến chứng: **12,6%.**

Phương pháp phẫu thuật	Phân độ biến chứng theo Clavien- Dindo	Tổng
---------------------------	---	------

		1	2	3a	3b	4a	Không	
	DL Kehr	1	1	0	1	0	58	61
	Cắt gan	2	1	1	0	0	19	23
Cắt gan	+ MDTM	2	1	0	0	1	12	16
	ĐRBL	1	3	1	0	0	3	8
Tạo ngõ vào	MDTM	3	1	1	0	0	46	51
	ĐRBL	1	0	0	1	0	30	32
	MRD	2	0	0	0	0	5	7
	Tổng	12	7	3	2	1	173	198

Kết quả điều trị sỏi:

Kết quả điều trị sỏi

Phương pháp phẫu thuật: số TH		Sạch sỏi Sau mổ		Sạch sỏi Sau cùng	
		Sạch	Không	Sạch	Không
DL Kehr: 61		14	47	51	10
Cắt gan: 23		18	5	21	2
Cắt gan	+ MDTM: 16	12	4	15	1
	ĐRBL: 8	5	3	8	0
Tạo ngõ	MDTM: 51	13	38	41	10
	ĐRBL: 32	11	21	26	6
vào	MRD: 7	4	3	6	1
Tổng: 198		77	121	168	30

Tương tự sạch sỏi sau mổ của nhóm cắt gan là cao nhất 35/47 TH (74,5%), các nhóm còn lại thấp hơn.

Sạch sỏi sau cùng của nhóm cắt gan 44/47 TH (93,6%), các phương pháp còn lại gần giống nhau và đều trên 80%.

Số lần nội soi đường mật sau mổ:

309 lần NSĐM sau mổ cho 198 TH (TB 1,56 lần)

Số lần NSĐM trung bình của nhóm nối MDTM và dẫn lưu Kehr là cao nhất lần lượt là 2,14 và 2,03 lần/TH. Nhóm nối ĐRBL có số lần NSĐM trung bình thấp hơn: 1,47 lần. Nhóm nối MRD 1 lần và nhóm cắt gan là 0,47 lần/1 TH. Có 47 TH không cần NSĐM sau mổ, 77 TH soi 1 lần, 36 TH soi 2 lần, 17 TH soi 3 lần, 9 TH soi 4 lần, 5 TH soi 5 lần, 3 TH soi 6 lần, 3 TH soi 7 lần và 1 TH soi 9 lần.

Các yếu tố liên quan

Liên quan tới phương pháp phẫu thuật: Nhóm có cắt gan có tỷ lệ sạch sỏi sau cùng có cao hơn so với nhóm không cắt gan: 93,6% và 82,1%, tuy nhiên, khác không có ý nghĩa. Biến chứng của nhóm có cắt gan cao hơn so với nhóm không cắt gan: 27,7% và 7,9%, khác biệt ý nghĩa. Nhưng biến chứng khác biệt không ý nghĩa giữa nhóm có nối ruột và nhóm không có nối ruột.

Liên quan tới kết quả điều trị sỏi: Hẹp đường mật có liên quan ý nghĩa tới các kết quả điều trị: giảm khả năng lấy sỏi trong mổ, giảm tỷ lệ sạch sỏi sau mổ, tăng số lần NSĐM sau mổ và tăng tỷ lệ còn sỏi sau cùng. Số lần NSĐM sau mổ trung bình của sỏi gan trái là ít hơn sỏi gan phải và sỏi gan hai bên, khác biệt có ý nghĩa. Lấy sỏi trong mổ làm giảm số lần NSĐM sau mổ có ý nghĩa nhưng không làm tăng ý nghĩa thời gian hậu phẫu và tỷ lệ biến chứng. Sạch sỏi sau cùng có liên quan ý nghĩa tới khả năng lấy sỏi trong mổ: 95,7%, 69,4% và 60%.

PTNS kết hợp NSĐM trong mổ giúp thay đổi PPPT:

PTNS kết hợp NSĐM trong mổ *giúp thay đổi phương pháp mổ trong 111/198 TH (55,6%)*. Còn lại 88 TH, PTNS và NSĐM đã *giúp khẳng định PPPT đúng với dự kiến (44,4%)* mà không cần thay đổi PPPT đã dự kiến trước mổ. Với 88 TH dự kiến đúng PPPT: việc PTNS và NSĐM thám sát đã giúp ghi nhận thương tổn gan, sỏi và đường

mật. Tuy nhiên, những thương tổn này thường nằm trong dự kiến hoặc nếu ngoài dự kiến thì cũng không làm thay đổi quyết định PPPT. Với 110 TH thay đổi chỉ định: các TH này có đặc điểm sỏi và đường mật không thể dự đoán hoặc dự đoán chưa chính xác trước mổ, PTV không thể đưa ra PPPT cụ thể hoặc dự kiến không đúng PPPT trước mổ.

4.3 Kết quả theo dõi sau điều trị

Theo dõi được 126 TH. Thời gian theo dõi trung bình 41,5 tháng (0-82 tháng). Tái phát có can thiệp lại 21 TH. Tái phát sỏi có liên quan ý nghĩa tới vị trí sỏi gan, đặc biệt là sỏi gan hai bên, hẹp đường mật và số vị trí hẹp. Tái phát sỏi có liên quan ý nghĩa tới các phương pháp phẫu thuật. Nhóm tạo ngỗ vào túi mật có tỷ lệ tái phát cao hơn các nhóm còn lại 13/34 TH (38%). Những TH còn sỏi sau cùng có tỷ lệ tái phát cao hơn những trường hợp sạch sỏi (42,9% và 16,2%), khác biệt có ý nghĩa. Có 3 TH diễn biến tái phát kèm biến chứng u đường mật.

5 Bàn luận

5.1 Thành công của PTNS kết hợp NSĐM trong mổ

Chúng tôi đã thực hiện được PTNS cho 159/198 trường hợp (80,3%) và 28 TH chuyển mổ mở theo chỉ định khi đã hoàn tất việc thăm sát qua PTNS. ***Vậy tổng cộng có 187 TH (94,4%) thành công qua cách tiếp cận điều trị sỏi gan bằng PTNS kết hợp NSĐM.*** Chỉ có 11/198 TH chuyển mổ mở ngoài dự kiến (5,6%). Trong đó nếu tính riêng PTNS thực hiện được ở các nhóm phương pháp thì có 59/61 TH (96,7%) dẫn lưu Kehr, 50/51 TH (98%) nối MDTM, 26/32 TH (81,3%) nối ĐRBL, 2/7 TH (28,6%) nối MRD và 22/47 TH (46,8%) nhóm cắt gan. Với tỷ lệ thành công hầu hết đối với phẫu thuật mở OMC dẫn lưu Kehr và nối MDTM, thành công phần lớn trong các trường hợp nối ĐRBL và một phần trong phẫu thuật nối MRD và cắt

gan đã cho thấy lợi ích rõ ràng của phương pháp tiếp cận này. Các nghiên cứu trong nước ít đề cập PTNS cắt gan hay tạo ngõ vào điều trị sỏi, các nghiên cứu nước ngoài ít đề cập PTNS tạo ngõ vào. Với kết quả thành công của PTNS khá cao và nhiều TH giúp chỉ định phương pháp mổ phù hợp chúng tôi nghĩ rằng PTNS ngày nay có thể là chỉ định đầu tay trong hầu hết phẫu thuật điều trị sỏi gan.

Với ống nối da-mật chúng tôi đã lấy sỏi gan trong PTNS một cách an toàn và hiệu quả, phương pháp này cũng đã phổ biến tới một số trung tâm trong nước và đã được chứng minh. Chúng tôi chưa ghi nhận báo cáo nào ở ngoài nước về cách lấy sỏi này. Chúng tôi nghĩ rằng nhờ việc lấy sỏi thuận lợi và đánh giá thương tổn đường mật trong PTNS mà chúng tôi có thể tiếp tục thực hiện các phẫu thuật phối hợp tiếp theo qua nội soi trong thời gian cho phép như các phẫu thuật tạo ngõ vào hay cắt gan.

5.2 Biến chứng

Trong nghiên cứu có nhiều phương pháp phẫu thuật khác nhau nên cũng có nhiều loại biến chứng khác nhau. Đối với phẫu thuật dẫn lưu Kehr hay tạo ngõ vào túi mật thì các biến chứng thường do viêm dính, chảy máu khi phẫu tích. Đối với phẫu thuật nối ĐRBL hay nối mật ruột da thì có thể xuất hiện thêm những biến chứng liên quan tới miệng nối mật ruột hay miệng nối ruột non, tuy nhiên, chỉ xảy ra ở một vài trường trong mỗi nhóm. Phẫu thuật nối ĐRBL và MRD cần thực hiện thêm miệng nối. Do đó cũng có phát sinh những khó khăn và biến chứng liên quan đến kỹ thuật thực hiện như trường hợp phải làm lại đoạn ruột 2 - 3 lần và trường hợp lồng miệng nối ruột non gây tắc ruột kèm rò mật và nhiễm trùng vết mổ. Chúng tôi nhận thấy tỷ lệ biến chứng trong các nghiên cứu nhìn chung thấp và tương đồng. Đối với 4 phương pháp trên không có TH tử vong, tuy có 2 trường hợp cần

phẫu thuật lại do tắc ruột và chảy máu sau mổ. Nhìn chung với 151 trường hợp thực hiện thành công, trong đó 90 trường hợp tạo thêm được ngõ vào lâu dài. Chúng tôi nghĩ rằng đây là những giải pháp hiệu quả và khả thi cho bệnh nhân.

Phẫu thuật cắt gan: Chúng tôi ghi nhận tỷ lệ biến chứng cao hơn ý nghĩa so với các phương pháp còn lại 13/47 trường hợp (27,6%). Điều này là do những nguy cơ tai biến chứng liên quan đến kỹ thuật cắt gan như tụ dịch, áp xe tồn lưu, tràn dịch màng phổi... đây cũng là những biến chứng hay gặp phải đối với phẫu thuật cắt gan nói chung. Ngày nay các nghiên cứu cho thấy việc ứng dụng cắt gan theo giải phẫu kết hợp với kỹ thuật dựng hình 3D và ICG trong phẫu thuật đi kèm với việc kết hợp các phương tiện trong phẫu thuật như các thiết bị cắt đốt kỹ thuật cao: CUSA, Ligasur, cho thấy hiệu quả khi cho kết quả thành công cao và tỉ lệ biến chứng thấp. Những phương tiện kỹ thuật này cho phép phẫu tích đúng phần gan dự tính cắt, và hạn chế tổn hại phần gan không bệnh, ngoài ra còn hỗ trợ nhận diện và phẫu tích các cấu trúc giải phẫu trong mổ đặc biệt là mạch máu và đường mật. Điều này làm cho phẫu thuật cắt gan ngày càng an toàn ít biến chứng hơn. Tuy nhiên, những kỹ thuật và phương tiện trên có chi phí lớn mà trung tâm chưa thể trang bị đầy đủ cũng như phần lớn bệnh nhân tại trung tâm cũng khó có điều kiện chi trả.

5.3 Kết quả điều trị sỏi

Lấy sỏi trong mổ, sạch sỏi sau mổ.

Theo kết quả chúng tôi có 77/198 trường hợp sạch sỏi sau mổ chiếm 38,9%, tuy nhiên, theo đánh giá của PTV thì có tới 116 trường hợp đã lấy hết sỏi quan sát thấy trong mổ. Đây là điều mà chúng tôi tiên lượng trước vì NSDM không thể quan sát hết tất cả các nhánh đường mật bởi quang trường ống soi phần lớn nhìn phía trước và các

góc hợp lưu của các nhánh đường mật là rất thay đổi. Ngoài ra các sỏi viên tán vỡ thường trôi nổi trong các nhánh đường mật khó có thể kiểm soát hết trong mổ, những mảnh sỏi trôi nổi có thể đọng lại ở OMC hay thậm chí trôi qua Oddi trong thời gian hậu phẫu.

Sạch sỏi sau mổ khi tính riêng các phương pháp: dẫn lưu Kehr: 14/61 TH (23%), nối MDTM: 13/51 TH (25,5%), nối ĐRBL: 11/32 TH (34,4%), nối MRD: 4/7 TH (57,1%), và cắt gan: 35/47 TH (74,5%). Nếu không tính cắt gan chúng tôi có 42/151 trường hợp sạch sỏi sau mổ: 27,8%. Đây là một tỷ lệ thấp khi so sánh với một số nghiên cứu ở nước ngoài. Một phần do chúng tôi không đặt nặng việc phải lấy sạch sỏi vì sẽ kéo dài thời gian mổ mà quan trọng là đánh giá đặc điểm sỏi và đường mật để quyết định phương pháp mổ.

Số lần nội soi đường mật sau mổ: Có 47 TH không cần NSDM sau mổ, 30 TH được NSDM kiểm tra không ghi nhận sỏi và 47 TH chỉ NSDM lấy sỏi 1 lần sau mổ. Lấy sỏi 2 lần: 36 TH, lấy 3 lần: 17 TH, lấy 4 lần: 9 TH, lấy 5 lần: 5 TH, lấy 6 lần: 3 TH, lấy 7 lần: 3 TH và 1 TH lấy 9 lần. Chúng tôi cũng ghi nhận nghiên cứu của Võ Văn Hùng (2015) là 2,86 lần/TH. Nghiên cứu của Lê Quan Anh Tuấn là 593 lần lấy sỏi qua đường hầm ống Kehr sau mổ cho 169 TH, trung bình 3,6 lần/TH. Nghiên cứu của chúng tôi với 309 lần NSDM cho 198 trường hợp, trung bình 1,56 lần cho một trường hợp. Với kết quả như vậy, chúng tôi nghĩ rằng việc NSDM và lấy sỏi trong mổ đã giúp việc can thiệp sỏi sau mổ đơn giản và nhẹ nhàng hơn.

Về kết quả số lần NSDM trung bình của các PPPT: Đối với phẫu thuật dẫn lưu Kehr, nối MDTM và ĐRBL chúng tôi nhận thấy số lần lấy sỏi trung bình sau mổ của phẫu thuật mở OMC dẫn lưu Kehr và nối MDTM là tương đương (2,03 và 2,14 lần/TH) và có nhiều hơn so với phẫu thuật nối ĐRBL là 1,47 lần. Điều này chúng tôi cho rằng

có thể do đặc điểm ngõ vào sau mổ của mỗi phương pháp (miệng nối túi mật-OMC và đường hầm Kehr lấy sỏi ít hiệu quả hơn đoạn ruột).

Kết quả sạch sỏi sau cùng: Nghiên cứu của chúng tôi đạt 168/198 trường hợp (84,8%) sạch sỏi, còn sỏi 30 TH (15,2%). Trong đó nhóm có kèm cắt gan 44/47 TH (93,6%) và nhóm không cắt gan là 124/151 TH (82,1%). Đây là kết quả tương đồng với các nghiên cứu trong nước nhưng có thấp hơn với một vài nghiên cứu nước ngoài có thể do các nghiên cứu ngoài nước có tỉ lệ cắt gan cao hơn so với nghiên cứu của chúng tôi. Điều này cũng cho thấy lấy sỏi sau mổ vẫn giữ một vai trò quan trọng để đạt được kết quả sạch sỏi sau cùng.

5.3 Những yếu tố liên quan

Liên quan tới các PPPT: Chỉ định PPPT dựa trên tổng trạng bệnh nhân bệnh sử và đặc điểm sỏi kèm thương tổn. Vì vậy tuổi trung bình của các nhóm PPPT là có khác biệt. Bệnh cạnh đó, tiền sử mổ OMC và các đặc bệnh sỏi gan như: xơ teo gan, hẹp đường mật và vị trí sỏi có vai trò quyết định trong chỉ định phẫu thuật nên sự khác biệt trong các nhóm phương pháp là có ý nghĩa. PTNS tạo ngõ vào bằng ruột tuy có làm tăng đáng kể thời gian mổ nhưng cũng không làm thay đổi ý nghĩa tỷ lệ biến chứng, nhưng phẫu thuật cắt gan tuy mang lại hiệu quả điều trị sỏi cao cũng làm tăng tỷ lệ biến chứng tương tự các nghiên cứu khác.

Liên quan tới kết quả điều trị sỏi: đường mật không hẹp có khả năng sạch sỏi cao hơn hẹp đường mật: kết quả lấy sỏi trong mổ, sạch sỏi sau mổ, số lần lấy sỏi sau mổ lần sạch sỏi sau cùng. Tỷ lệ hẹp đường mật cũng có khác nhau theo nhiều nghiên cứu.

Lấy sỏi trong mổ: Nghiên cứu này cho kết quả việc lấy sỏi trong mổ đã làm giảm số lần NSĐM sau mổ. Ngoài ra, khi xem xét tới sạch sỏi sau cùng cũng cho có liên quan ý nghĩa. Điều này có thể cho

thấy khi không thể lấy sạch sỏi trong mổ, PTV cần tiên lượng trước khả năng còn sỏi sau cùng là cao nhằm đưa ra chỉ định phù hợp hơn trong mổ.

5.4 PTNS kết hợp NSĐM giúp thay đổi chỉ định phẫu thuật

Với sự hỗ trợ của PTNS thám sát và NSĐM, trong nghiên cứu này với 198 trường hợp: có 88 TH thực hiện đúng phương pháp phẫu thuật như dự kiến ban đầu chiếm 44,4%. Còn lại 110 TH cần phải PTNS + NSĐM trong mổ để có quyết định cuối cùng.

Phẫu thuật nội soi thám sát: Đối với tổn thương xơ teo gan chúng tôi chỉ ghi nhận được một phân loại của nhóm tác giả Nhật Bản khi định nghĩa xơ teo gan là giảm 50% thể tích gan. Còn trong nghiên cứu này tại trung tâm, do phương tiện đo thể tích gan chưa được trang bị, nên chúng tôi chỉ đánh giá xơ teo phần gan chứa sỏi dựa vào hình ảnh học trước mổ và quan sát bề mặt gan trong mổ. Và với kết quả như đã có chúng tôi nhận thấy PTNS thám trong nghiên cứu này có vai trò quan trọng vì có nhiều thương tổn xơ teo gan mà hình ảnh học trước mổ không ghi nhận.

Nội soi đường mật trong mổ: Chúng tôi không đánh giá hẹp dựa trên hình ảnh học vì khó có thể phân biệt đường mật hẹp hay xẹp. Trên thực tế, tất cả các TH sỏi gan đều phải nghi ngờ có hẹp đường mật trong gan. Vì vậy, NSĐM mang tính chất quyết định trong chẩn đoán hẹp cũng như liên quan tới khả năng lấy sỏi và chỉ định phương pháp phẫu thuật. Trong nghiên cứu này chúng tôi chỉ phân loại hẹp đường mật trong quá trình NSĐM trong mổ theo tiêu chuẩn có hẹp khi vị trí hẹp có kích thước nhỏ hơn ống soi và đường mật phía sau dẫn và có sỏi. Đối với các nghiên cứu nước ngoài, hầu hết đều đánh giá hẹp đường mật khi chỉ định phẫu thuật bên cạnh xơ teo hay nghi K. Một số tác giả cũng đề cập đến nhưng đặc điểm khác trong quyết định phẫu

thuật như sỏi khu trú, sỏi đóng khuôn, sỏi ngoại vi/vùng cuống, bên cạnh những tiêu chuẩn đánh giá bất thường cơ vòng Oddi.

Vì vậy với quan điểm đánh giá những đặc điểm bệnh sỏi gan qua tham sát trong PTNS như trên, trong nghiên cứu này chúng tôi đã có phần lớn các TH được quyết định PPPT trong quá trình mổ, qua đó để có một phương pháp điều trị phù hợp hơn và PTNS được ứng dụng nhiều hơn.

Tóm lại

Với những kết quả thu được và những vấn đề đã bàn luận như trên chúng tôi nhận thấy phẫu thuật nội soi là một phương pháp ngày càng cần thiết trong điều trị bệnh lý sỏi gan vì những ứng dụng đáng kể mà phương pháp này đem lại ngày một nhiều hơn. Trong đó nội soi đường mật kết hợp rõ ràng không những mang lại những đánh giá chính xác về bệnh lý giúp quyết định điều trị hợp lý, mà còn giúp làm sạch sỏi hoàn toàn 38,9% số bệnh nhân và giảm số lần lấy sỏi sau phẫu thuật.

Hạn chế của đề tài

Tuy đã có được nhiều kết quả tốt, nhưng chúng tôi cũng ghi nhận một vài thiếu sót hạn chế của nghiên cứu này:

- Cách tiếp cận bằng PTNS có thể làm tăng tỷ lệ bệnh nhân được điều trị bằng phẫu thuật ít xâm hại, tuy nhiên, cũng kèm theo làm tăng thời gian phẫu thuật của những trường hợp sau đó phải chuyển mổ mở.

- Khả năng lấy sỏi trong phẫu thuật nội soi còn thấp và cần được cải thiện. Phẫu thuật tạo ngõ vào túi mật vẫn còn có những hạn chế và cần nghiên cứu nhiều hơn.

- Theo dõi kết quả lâu dài còn hạn chế.

KẾT LUẬN

Từ tháng 4/2014 đến tháng 3/2021, tại bệnh viện Trung Vương, chúng tôi đã thực hiện PTNS kết hợp NSĐM trong mổ trên 198 bệnh nhân có sỏi gan có hoặc không kèm theo sỏi ngoài gan. Ngoài những đặc điểm bệnh lý đã được ghi nhận như trên, chúng tôi có thể rút ra được những kết luận như sau:

1. Về kết quả các phương pháp điều trị sỏi gan bằng phẫu thuật nội soi kết hợp nội soi đường mật trong mổ.

Thành công của PTNS kết hợp NSĐM trong mổ.

- Bằng cách tiếp cận qua PTNS kết hợp NSĐM trong mổ, chúng tôi đã tiếp tục can thiệp sỏi và thực hiện được PTNS cho 159/198 TH (80,3%) và 28 TH (14,1%) chuyển mổ mở theo chỉ định, chỉ 11 TH (5,6%) chuyển mổ mở ngoài dự kiến.

- Trong đó thực hiện được PTNS trong hầu hết các trường hợp dẫn lưu Kehr: 59/61 TH (96,7%), nối mật da bằng túi mật: 50/51 TH (98%), phần lớn các trường hợp nối mật da bằng đoạn ruột biệt lập: 26/32 TH (81,3%). Tỷ lệ thực hiện PTNS nối mật ruột da còn hạn chế: 2/7 TH (28,6%) do những khó khăn trong phẫu tích và tạo hình đường mật.

- Đối với cắt gan, PTNS đã thực hiện 22/47 TH (46,8%), tất cả các TH là cắt phần gan thuộc bên trái. Chủ yếu trong các trường hợp cắt gan đơn thuần: 17/23 TH (73,9%), nếu có kèm theo tạo ngỗ vào thì khả năng PTNS còn thấp: 1/8 TH (12,5%) khi có kèm nối mật da bằng đoạn ruột biệt lập, và 4/16 TH (25%) khi có kèm nối mật da bằng túi mật.

Về biến chứng:

- Có 25 TH có biến chứng trong 198 TH nghiên cứu: 12,6%. Trong đó có 3 biến chứng nặng: Hai biến chứng cần phẫu thuật lại

gồm 1 TH chảy máu sau mổ và 1 TH tắc miệng nối ruột non. Một TH suy hô hấp viêm phổi cần hồi sức tích cực. Các TH biến chứng còn lại hầu hết được điều trị nội khoa hoặc dẫn lưu hỗ trợ.

- Tỷ lệ biến chứng trong phẫu thuật cắt gan là cao hơn các phương pháp khác.

Về kết quả điều trị sỏi

- Với việc sử dụng ống nối da-mật để NSĐM thám sát và lấy sỏi trong PTNS, chúng tôi đạt sạch sỏi sau mổ 79/198 TH (38,9%). Ngoài ra đã giúp giảm số lần NSĐM với tổng cộng 309 lần/198 TH trong nghiên cứu (1,56 lần/1 TH). Sạch sỏi sau cùng đạt 168/198 TH (84,8%), trong đó có cắt gan 44/47 TH (93,6%) và nhóm không cắt gan 124/152 TH (82,1%).

- Các kết quả điều trị sỏi có liên quan đến hẹp đường mật và phẫu thuật cắt gan có kết quả sạch sỏi cao hơn các phương pháp còn lại. Phẫu thuật dẫn lưu Kehr hay nối mật da bằng túi mật có số lần lấy sỏi sau mổ nhiều hơn phẫu thuật nối mật da bằng đoạn ruột biệt lập và nhiều hơn phẫu thuật cắt gan.

2. Về thay đổi PPPT trong mổ sau PTNS và NSĐM.

- PTNS đã giúp xác định 51/198 (25,8%) TH sỏi gan có tổn thương xơ teo trên quan sát đại thể mà trong đó hình ảnh học trước mổ chỉ ghi nhận 22/51 TH đó. NSĐM trong mổ giúp xác định 111/198 TH (56,1%) có tổn thương hẹp đường mật ở một hoặc nhiều vị trí.

- Nhờ đánh giá thương tổn trong mổ, PTNS kết hợp NSĐM đã giúp thay đổi chỉ định phương pháp phẫu thuật trong 110/198 TH (55,6%), làm cho việc ứng dụng PTNS trong điều trị sỏi gan triệt để hơn và chỉ định phương pháp phẫu thuật hợp lý hơn.

KIẾN NGHỊ – ĐỀ XUẤT

1. Nội soi đường mật lấy sỏi trong mổ cần được thực hiện thường quy đối với bệnh sỏi gan dù là phẫu thuật nội soi hay mổ mở và phẫu thuật nội soi có thể được ứng dụng nhiều hơn trong điều trị sỏi gan.

2. Nghiên cứu hiệu quả lâu dài của các phẫu thuật tạo ngõ vào.

CÁC CÔNG TRÌNH LIÊN QUAN ĐẾN LUẬN ÁN

1. Các tác giả: “Kết quả phẫu thuật nội soi điều trị sỏi gan tại bệnh viện Trung Vương (2015-2019)”. Tạp chí Y học TP. Hồ Chí Minh, tập 25, số 1, năm 2021
2. Các tác giả: “Kết quả sớm của phẫu thuật nội soi nối mật da bằng đoạn ruột biệt lập trong điều trị sỏi gan”. Tạp chí Y học TP. Hồ Chí Minh, tập 25, số 1, năm 2021