

KẾT QUẢ SỚM CỦA PHẪU THUẬT NỘI SOI NỖI MẬT DA BẰNG ĐOẠN RUỘT BIỆT LẬP TRONG ĐIỀU TRỊ SỎI GAN

Võ Đại Dũng¹, Nguyễn Trung Hiếu², Trịnh Du Dương¹, Phan Minh Trí³, Trần Văn Phoi³

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Phẫu thuật nội mật da bằng đoạn ruột biệt lập (ĐRBL) trong điều trị sỏi gan là phẫu thuật phức tạp, và việc ứng dụng phẫu thuật nội soi rất hạn chế.

Mục tiêu: Đánh giá kết quả sớm của phẫu thuật nội soi (PTNS) nội mật da bằng đoạn ruột biệt lập điều trị sỏi gan (SG).

Đối tượng - Phương pháp: Mô tả loạt trường hợp (TH) bệnh nhân sỏi gan có hoặc không kèm sỏi ngoài gan (sỏi ống mật chủ: OMC) được phẫu thuật nội soi và nội soi đường mật, sau đó được nội mật da bằng đoạn ruột biệt lập có hoặc không chuyển mổ mở và cắt gan trong năm 2015 - 2020.

Kết quả: 33 trường hợp. Trong đó sau khi nội soi thám sát đường mật và lấy sỏi, có 7 TH cắt một phần gan (bên trái) trước khi nội mật da. PTNS thực hiện thành công 25/33 (75,8%) TH, 8 TH chuyển mổ mở sau khi nội soi ổ bụng và nội soi đường mật thám sát: trong đó 6 TH cắt gan kèm theo và 2 TH nội ĐRBL. 48,5% (16/33) TH sạch sỏi sau phẫu thuật, 94% (31/33) TH sạch sỏi sau điều trị, 40 lần NSDM sau mổ. Tai biến, biến chứng: 1 TH rò miệng nối ruột non trong PT nội ĐRBL kéo dài chỉ cần điều trị nội khoa, 1 TH rò mật ở miệng nối OMC ruột, nhiễm trùng vết mổ, tắc ruột non do lồng ruột tại miệng nối ruột non cần phẫu thuật lại. Không có tử vong.

Kết luận: Nội đoạn ruột biệt lập trong điều trị sỏi gan là phẫu thuật khá phức tạp, đặc biệt trong những trường hợp cần cắt gan kèm theo, tuy nhiên vẫn có thể thực hiện thành công bằng phẫu thuật nội soi một cách an toàn và hiệu quả.

Từ khóa: phẫu thuật nội soi, nội soi đường mật, sỏi trong gan

ABSTRACT

EVALUATING THE EARLY RESULT OF LAPAROSCOPIC CHOLEDOCHOSTOMY THROUGH AN ISOLATED JEJUNUM TREATMENT FOR HEPATOLITHIASIS

Vo Dai Dung, Nguyen Trung Hieu, Trinh Du Duong, Phan Minh Tri, Tran Van Phoi

* Ho Chi Minh City Journal of Medicine * Vol. 25 - No 1 - 2021: 186-192

Background: Cholecholestomy through an isolated jejunum treatment for hepatolithiasis is a complex surgery and the application of laparoscopy are very limited.

Objective: To evaluate the early results of laparoscopic cholecholestomy through an isolated jejunum treatment for hepatolithiasis.

Methods: Case series study all of hepatolithiasis patients were operated by laparoscopic surgery with cholangioscopy, then performed cholecholestomy through an isolated jejunum with or without converted to laparotomy and hepatectomy from 2015 to 2020.

Results: 33 hepatolithiasis patients with or without common bile duct stones were operated by laparoscopic surgery with cholecholestomy and cholangioscopy via "cutaneous-bilio tube" to remove stones. We performed 26 cholecholestomy through an isolated jejunum and 7 cholecholestomy through an isolated jejunum accompanied

¹Bệnh viện Trung Vương, TP. Hồ Chí Minh

²Trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch

³Bộ môn Ngoại, Khoa Y, Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh

Tác giả liên lạc: ThS.BS. Võ Đại Dũng

ĐT: 0985 990 609

Email: vodaidung84@gmail.com

hepatectomy (left or segment of left lobe or left lobe hepatectomy). Laparoscopic surgery completed in 75.8% (25/33) of total cases, 8 cases converted to laparotomy included 6 hepatectomy and 2 without hepatectomy. 48.5% (16/33) of total cases, the stones were completely cleared, postoperatively. 94% (31/33) of total cases, the stones were completely cleared, including post-operative cholangioscopy for potential residual stones retrieval. 40 times of cholangioscopy after surgery. Complications: 1 patient had a prolonged jejunojejunal anastomosis leak only required conservation. 1 patient had choledochojejunostomy leakage, infection of surgery site and intussusception at jejunojejunal anastomosis site that required reoperation. No mortality.

Conclusion: Choledochostomy through an isolated jejunum in intrahepatic stones management is rather a complex surgery, especially in cases that required concurrent hepatectomy. However, this surgery can be performed successfully via endoscopic surgery.

Key words: laparoscopic surgery, cholangioscopy, intrahepatic stones

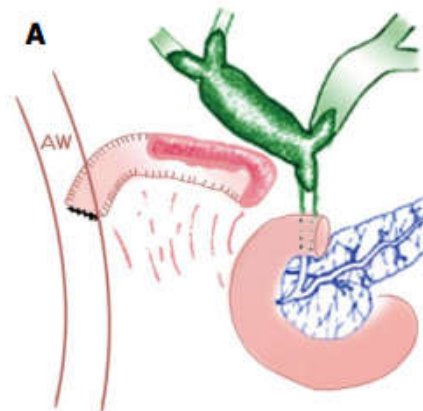
ĐẶT VẤN ĐỀ

Sỏi gan (SG) là bệnh lý phức tạp vì những diễn biến và biến chứng đa dạng khó lường như viêm đường mật hay ung thư đường mật, cũng như các quan điểm điều trị còn chưa thống nhất ở Việt Nam hay các nước khác trên thế giới, vì vậy việc điều trị còn vẫn gặp nhiều khó khăn^(1,2). Hiện nay, có nhiều biện pháp can thiệp không mổ như lấy sỏi qua da hay qua đường miệng^(3,4), ngoài ra sự phổ biến của phẫu thuật cắt gan triệt để đã làm tăng hiệu quả trong điều trị sỏi gan^(5,6). Nhưng, bệnh sỏi gan thường xuất hiện ở nhiều thùy gan, và khả năng tái phát của bệnh lý ngay cả ở những trường hợp đã cắt gan khiến cho việc điều trị lâu dài càng nan giải^(7,8).

Vì vậy việc tạo một ngõ vào lâu dài và thuận tiện cho việc can thiệp sỏi tái phát là một giải pháp nên được cân nhắc trong nhiều trường hợp. Trong đó phương pháp tạo ngõ vào lâu dài bằng đoạn ruột biệt lập đã được đề cập, ứng dụng và chứng minh hiệu quả trong nhiều nghiên cứu⁽⁹⁾. Không những tạo một đường vào ngắn, thẳng, hiệu quả cho việc nội soi đường mật và can thiệp sỏi, mà còn bảo tồn được chức năng cơ vòng Oddi, tránh được nguy cơ viêm đường mật trào ngược của phẫu thuật nối mật ruột thông thường^(7,10,11).

Để bệnh nhân có thể vừa được hưởng lợi ích của phẫu thuật nội soi (PTNS), chúng tôi đã tạo một ống nối da mật để thực hiện việc lấy sỏi và đánh giá bệnh lý sỏi gan tối đa trong mổ, nhằm đưa ra chỉ định tạo ngõ vào lâu dài phù

hợp trong môi trường mổ (TH), từng bước cải thiện các kỹ thuật mổ trong phương pháp. Và đến nay, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm đánh giá kết quả của PTNS nối mật da bằng đoạn ruột biệt lập (ĐRBL) (2015-2020) tại bệnh viện Trung Vương⁽¹¹⁾.



Hình 1: Phẫu thuật nối mật da bằng đoạn ruột biệt lập^(9,12)

ĐỐI TƯỢNG – PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu

Những bệnh nhân được chẩn đoán có SG có hoặc không kèm sỏi ống mật chủ (OMC) được PTNS mở OMC và nội soi đường mật (NSĐM) trong mổ, đánh giá chức năng cơ vòng Oddi, có hoặc không kết hợp với cắt gan/cắt túi mật. Sau đó tiến hành nối mật da bằng đoạn ruột biệt lập.

Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu

Mô tả loạt ca.

Kỹ thuật can thiệp

Dàn máy PTNS và các dụng cụ cắt túi mật và mở OMC thông thường. Ống soi mềm đường mật CHF-P20Q của Olympus hoặc của Karl Storz, máy tán sỏi thủy điện lực



Calcutript. Dao cắt đốt siêu âm (harmonic), Các dụng cụ lấy sỏi khác: Rọ, kèm gấp sỏi, ống bơm rửa đường mật. Bộ ống nối da-mật, đường kính 8-12 mm, dài 8-15 cm, được uốn cong từ thành bụng đến chỗ mở OMC.



Hình 2: Ống nối da mật⁽¹¹⁾.

Vào bụng 4 trocar như phẫu thuật cắt túi mật, mở OMC thông thường, trocar thượng vị (10 mm) sẽ được thay đổi để tiện cho việc đặt ống nối và thường đặt sau cùng khi đã xác định được vị trí của OMC. Vị trí được chọn là dưới bờ sườn phải 2-3cm trên đường trung đòn. Vị trí này thường cũng là vị trí dính đầu ruột ra thành bụng. Có thể bổ sung nhiều trocar để hỗ trợ gỡ dính hay cắt gan.

Ống soi đường mật kết hợp với ống nối da-mật sẽ lấy sạch sỏi OMC và thám sát đánh giá chức năng cơ vòng Oddi. Sỏi gan sẽ được lấy và đường mật trong gan được thám sát tối đa có thể, kết hợp với quan sát bề mặt gan đại thể trong PTNS và tình trạng cụ thể mỗi TH. Nhóm nghiên cứu sẽ đưa ra chỉ định phương pháp phẫu thuật cụ thể tiếp theo và khi cần sẽ chuyển mổ mở can thiệp. Trong đó ngộ và lâu dài bằng đoạn ruột được thực hiện khi:

- + Sỏi gan ± ngoài gan tái phát.
 - + Sỏi gan ± ngoài gan lần đầu nhưng sỏi phức tạp, ± hẹp đường mật, PTV đánh giá có khả năng tái phát cao.
- Với điều kiện:
- + Oddi bình thường và
 - + Đã cắt túi mật hay túi mật không sỏi

nhưng không có khả năng tạo đường vào: Túi mật viêm mạn tính teo nhỏ, vị trí, cấu trúc phẫu túi mật và đáy túi mật không thuận lợi cho nối mật da hay không bảo tồn được động mạch túi mật trong quá trình phẫu tích.

- Có kèm cắt gan khi
- + Sỏi tái phát.
- + Xơ teo phần gan có sỏi.
- + Hẹp đường mật nặng.
- + Nghi ngờ ung thư đường mật.
- + Sỏi nhiều lan tỏa ngoại vi, khả năng lấy sạch sỏi gần như không thể.

KẾT QUẢ

Đặc điểm bệnh lý dân số nghiên cứu

Nữ /Nam: 25 TH/8 TH: 76%/24%. Tuổi TB: 52 (32-79).

5 TH cần dẫn lưu đường mật trước mổ. 28/33 (85%) TH đã từng mở OMC.

Phân độ ASA: I/II/III: 9/20/4 TH: 27,3%/60,6%/12,1%.

Trong 33 TH nối ĐRBL: thực hiện thành công qua nội soi 25 TH (24,2%), (có mở bụng nhỏ làm đoạn ruột). 8 TH còn lại sau khi nội soi thám sát đường mật và lấy sỏi trong thì PTNS, sau đó PTV quyết định chuyển mổ mở trong đó là 6 TH

cắt gan kèm theo và 2 TH nối ĐRBL.

Tất cả các TH nối ĐRBL chúng tôi đều mở bụng nhỏ để làm đoạn ruột và cung mạc treo. 1 TH nội soi hoàn toàn khi BN đã được nối mật ruột da nhưng không cắt ngang OMC, cơ vòng Oddi còn bình thường và việc trào ngược có thể gây viêm đường mật và sỏi tái phát nên chúng tôi quyết định sửa lại thành ĐRBL bằng cách cắt ngang quai ruột mà không cần khâu nối ruột lại.

Trong 8 TH chuyển mở mở có 6 TH cắt gan kèm theo và 2 TH nối ĐRBL cần mở bụng để thuận tiện gỡ dính, phẫu tích, cắt gan hay tạo hình đường mật qua chỗ hẹp.

Trong 7 TH cắt gan có 2 TH phẫu tích nguyên cường và 5 TH phẫu tích từng thành. 3 TH cắt gan trái (2-3-4), 3 TH cắt thùy trái (2-3), 1 TH cắt HPT 3. Chỉ có 1 TH cắt gan (thùy trái 2-3) và nối ĐRBL được thực hiện qua nội soi và đường mổ nhỏ mà không cần chuyển mở bụng lớn.

Có 1 TH sỏi OMC đơn thuần chúng tôi đưa vào nghiên cứu do đây là trường hợp sỏi OMC tái phát sau sỏi trong ngoài gan đã được mở OMC nối mật da túi mật nhưng hẹp miệng nối túi mật nên được phẫu thuật lại.

4 TH hẹp ống gan chung hay OMC, 1 TH ống mật chủ đôi (2 ống gan hợp lưu thấp). Chúng tôi sử dụng miệng nối mật ruột như một giải pháp tạo hình chỗ hẹp ống mật chủ hay ống gan chung, còn TH ống gan phải và trái hợp lưu thấp chúng tôi mở vào cả 2 ống gan can thiệp sỏi, sau đó tạo hình bằng cách khâu nối mật trong của 2 ống gan vào nhau và nối ruột vào bờ ngoài 2 ống mật.

Vị trí sỏi

Bảng 1: Vị trí sỏi (N: 33)

Vị trí sỏi	Số TH	Tỷ lệ (%)
OMC	1	3,0
Phải	4	12,1
Hai bên	20	60,6
Trái	8	24,2
Tổng	33	100

Sỏi gan đơn thuần: 4 TH, sỏi gan + OMC: 27 TH, sỏi gan + túi mật: 1 TH

Hẹp đường mật

17/33 TH có hẹp đường mật (51,5%), trong đó 13 TH hẹp 1 vị trí và 4 TH hẹp nhiều vị trí

Bảng 2: Vị trí hẹp đường mật (N: 33)

Hẹp đường mật	Số TH	Tỷ lệ (%)
Không hẹp	16	48,5
OMC	4	12,1
Phải	1	3,0
2 bên	3	9,1
Trái	9	27,3
Tổng	33	100

Lấy sỏi trong mổ

Trong phẫu thuật PTV sẽ quyết định lấy sỏi tùy theo từng TH cụ thể: 19 TH (57,6%) lấy sạch sỏi theo quan sát trong mổ, 13 TH (39,4%) lấy phần lớn sỏi và 1 TH lấy ít sỏi. Sau mổ BN sẽ được kiểm tra lại bằng hình ảnh học và nội soi đường mật nếu cần, và kết quả như sau:

Bảng 3: Tình trạng sạch sau mổ (N: 33)

Sạch sỏi sau mổ	Số TH	Tỷ lệ (%)
Không	17	51,5
Sạch	16	48,5
Tổng	33	100

48,5% (16/33) TH sạch sỏi sau mổ, 94% (31/33) sạch sỏi sau điều trị.

40 lần NSĐM sau mổ: 8 TH soi kiểm tra, 32 lần nội soi lấy sỏi sau mổ cho 17 TH còn sỏi.

8 TH không cần soi sau mổ vì phẫu thuật viên (PTV) đã đánh giá sạch sỏi và các hình ảnh học sau mổ không ghi nhận sỏi.

Bảng 4: Số lần nội soi đường mật (N: 33)

Số lần NSĐM	Số TH	Tỷ lệ (%)
0	8	24,2
1	14	42,4
2	7	21,2
3	4	12,1
Tổng	33	100

Bảng 5: Tình trạng sạch sỏi sau điều trị (N: 33)

Sạch sỏi sau điều trị	Số TH	Tỷ lệ (%)
Không	2	6,1
Sạch	31	93,9
Tổng	33	100

Thời gian phẫu thuật trung bình là 460 (60-780) phút.

Ngày nằm viện trung bình 20 ngày (9-51),

hậu phẫu trung bình 12 ngày (4-25).

Bảng 6: *Sạch sỏi sau mổ với các đặc điểm bệnh lý (không tính TH chỉ có sỏi OMC) (N: 32).*

Sạch sỏi sau mổ	Hẹp đường mật (%)		Vị trí sỏi (%)			PPPT (%)		Tiền sử mổ OMC (%)		Tổng (%)
	Không	Có	Phải	Hai bên	Trái	ĐRBL	ĐRBL+CG	Không	Có	
Không	7 (41,2)	10 (58,8)	1 (5,9)	13 (76,5)	3 (17,6)	15 (88,2)	2 (11,8)	2 (11,8)	15 (88,2)	17 (53,1)
Sạch	8 (53,3)	7 (46,7)	3 (20)	7 (46,7)	5 (33,3)	10 (66,7)	5 (33,3)	3 (20)	12 (80)	15 (46,9)
Tổng	15 (46,9)	17 (53,1)	4 (12,5)	20 (62,5)	8 (25)	25 (78,1)	7 (21,9)	5 (15,6)	27 (84,4)	32 (100)

Biến chứng

1 TH rò miệng nối ruột non kéo dài trong PT nối ĐRBL, chỉ cần điều trị nội khoa. 1 TH rò mật ở miệng nối OMC ruột non + nhiễm trùng vết mổ + tắc ruột non do lồng ruột tại miệng nối ruột non cần phẫu thuật lại. Không có tử vong.

Kết quả theo dõi tới 2020 hiện có 2 TH tái phát sỏi.

BÀN LUẬN

Thành công của phẫu thuật và tai biến biến chứng

Phuật thuật nội soi nối đoạn ruột biệt lập có thể nói là một PT khá phức tạp trong bệnh lý sỏi gan vì gồm nhiều thì mổ: Gỡ dính thám sát gan và bộc lộ OMC (± cắt túi mật) → nội soi lấy sỏi và thám sát đường mật (→ ± cắt gan nếu có chỉ định) → mở bụng nhỏ 3-6 cm làm đoạn hồng tràng biệt lập → nội soi ổ bụng trở lại đưa đoạn ruột qua chân mạc treo đại tràng ngang để nối vào ống mật chủ và dính vào thành bụng. Mỗi thì mổ có thể mất khoảng 1-2 tiếng, vì vậy cuộc mổ thường kéo dài, và kết quả trong nghiên cứu là 460 phút cũng tương đối kéo dài. Do đó hầu hết các trường hợp có kèm cắt gan, chúng tôi chủ động mổ mở nhằm rút ngắn thời gian mổ hơn. Việc nội soi ổ bụng gỡ dính mở OMC thám sát cũng giúp cho việc xác định đường mổ mở tối thiểu, hạn chế xâm hại hơn.

Các thì mổ trong phương pháp này thường rất khó tiên lượng về thời gian đặc biệt khi PTNS vì trong mỗi trường hợp có thể rất khác nhau do mức độ viêm dính ruột và cuống gan, đặc điểm sỏi và hẹp đường mật, giải phẫu mạch máu mạc treo ruột non và những thay đổi trong giải phẫu đường mật.

4 TH hẹp ống gan chung/OMC: chúng tôi mở ống mật trên và dưới chỗ hẹp #1,5 cm và khâu nối mật ruột qua chỗ hẹp nhằm sửa lại chỗ

hẹp. Việc tạo hình đường mật qua chỗ hẹp bằng miệng nối mật ruột được thực hiện khá phổ biến trong hẹp miệng nối sau phẫu thuật nối mật ruột da hay hẹp quanh cuống gan trong bệnh lý sỏi gan. Tuy nhiên đối với phẫu thuật nối ĐRBL cũng ít được báo cáo. Việc mổ OMC và khâu miệng nối mật ruột kèm tạo hình trong những TH này cũng cần thực hiện cẩn thận và mất thời gian hơn và nên phần lớn chúng tôi cần mổ mở để thao tác.

Hiện chúng tôi cũng chưa ghi nhận báo cáo về PTNS trong phương pháp mổ này với số lượng lớn⁽⁹⁾, mặc dù có nhiều các nghiên cứu ứng dụng PTNS rất phức tạp trong điều trị sỏi gan trên thế giới như cắt gan và đặc biệt là cắt gan phải⁽¹³⁾. Có thể một vấn đề không phải ở kỹ thuật, mà là việc khó can thiệp sỏi trong PTNS do tình trạng roi vãi sỏi và thoát dịch trong bụng, điều mà chúng tôi đã khắc phục bằng bộ ống nối da mật trong PTNS. Chỉ với 2 biến chứng tương đối đáng ngại và không có tử vong, chúng tôi nghĩ rằng đây là một phương pháp khá an toàn và hiệu quả, với tỷ lệ thành công cao, việc rút ngắn thời gian mổ sẽ được cải thiện theo kinh nghiệm của PTV và sự phát triển của các phương tiện kỹ thuật hỗ trợ.

Về khả năng sử lý sỏi và thám sát đường mật

Đây là nghiên cứu về những trường hợp có chỉ định nối đoạn ruột biệt lập nên đối tượng bệnh nhân thường là nhiều sỏi, sỏi hai bên chiếm tỷ lệ cao, và thường kèm theo hẹp đường mật, có khả năng tái phát.

Với ống nối mật da, chúng tôi thực hiện lấy sỏi trong mổ nhiều nhất có thể, tùy tình trạng bệnh nhân, phương pháp và thời gian mổ ước lượng, và mức độ hiệu quả của lấy sỏi trong mổ so với sau mổ, PTV sẽ quyết định ngừng lấy sỏi

trong từng trường hợp cụ thể. Chúng tôi cũng chưa ghi nhận báo cáo nào mô tả việc lấy sỏi trong phẫu thuật nội soi, còn trong mổ hở các PTV có thể lấy sỏi tối đa⁽⁴⁾. Trong một số TH cụ thể như sỏi quá nhiều, đường mật giãn rộng thành bụng mỏng, chúng tôi lựa chọn lấy sỏi qua đường mổ bụng nhỏ #4-5 cm là hiệu quả hơn so với ống nối mật da trong PTNS, ngoài ra việc tạo đoạn ruột và nối mật da cũng có thể thực hiện qua đường mổ nhỏ này.

Có thể nói việc nội soi đường mật và lấy sỏi trong mổ không những giúp nhiều BN không phải can thiệp thêm sau phẫu thuật (16/33TH (48,5%)) mà còn hạn chế số lần lấy sỏi sau mổ ở những TH còn sỏi, thể hiện qua kết quả: 40 lần/33 TH (1,21 lần/1 TH), trong đó 14 TH soi 1 lần, 7 TH soi 2 lần và 4 TH soi 3 lần. Việc chỉ có vài TH lấy sỏi tối đa 3 lần sau mổ cũng cho thấy lợi ích của phương pháp so với các TH không lấy sỏi trong mổ. Ngoài ra có thể đưa ra chỉ định cắt gan phù hợp, kịp thời nhằm đem lại kết quả điều trị triệt để hơn.

Trong 7 TH cắt gan kèm theo: chúng tôi thực hiện cắt gan theo giải phẫu và theo thương tổn đường mật dưới sự hỗ trợ của ống soi đường mật nhằm lấy hết thương tổn hẹp và sỏi trong đường mật. Phần lớn các trường hợp được phẫu tích nguyên cuống 3 thành phần và cắt gan theo đường tím bề mặt. Tuy nhiên đặc điểm của sỏi gan là đường mật viêm dẫn, mô gan xơ teo, làm cho cuống gan viêm dày khá lớn gây khó khăn cho quá trình phẫu tích và việc kiểm soát nguyên cuống chứa ống mật bệnh lý có thể gây hẹp hay gập góc ống mật không bệnh gần bên. Do đó trong vài trường hợp chúng tôi quyết định phẫu tích từng thành phần cuống gan trái, cột cắt động mạch gan trái và tĩnh mạch cửa trái trước, sau đó cắt gan theo đường tím và cuối cùng cắt mở đường mật bệnh lý nhằm quan sát trực tiếp các ống mật còn lại trong quá trình khâu đóng đường mật. Đây cũng là một trong những lý do phải mổ mở để phẫu thuật thuận tiện và an toàn hơn.

Chúng tôi xem xét các mối liên quan của sạch sỏi sau mổ với các yếu tố đặc điểm bệnh lý như: hẹp đường mật, phương pháp phẫu thuật (có cắt gan hay không), vị trí sỏi, và tiền căn phẫu thuật mở OMC đã cho thấy: Tuy sự khác biệt không có ý nghĩa nhưng chúng tôi nhận thấy việc xử lý sạch sỏi trong mổ cũng có hiệu quả hơn đối với những trường hợp không có hẹp đường mật 8/15 TH (53%) so với 7/17 TH (41%) có hẹp, trường hợp có cắt gan 5/7 TH (71%) so với 10/25 TH (40%) không cắt gan, sỏi một bên 8/12 TH (67%) so với 7/20 TH (35%) sỏi hai bên và những trường hợp không có tiền căn mở OMC (không dính) 3/5 TH (60%) so với 12/27 TH (44%) có tiền căn mở OMC. Tuy nhiên sự chênh lệch này sẽ ngày càng thu hẹp theo sự tiến bộ của phương tiện kỹ thuật và kinh nghiệm của PTV.

KẾT LUẬN

Với 33 trường hợp phẫu thuật nội soi nối mật da bằng đoạn ruột biệt lập nêu trên, chúng tôi có thể rút ra được những kết luận: Hầu hết các trường hợp mở OMC nội soi lấy sỏi trong mổ và nối đoạn ruột biệt lập có thể thực hiện qua nội soi an toàn và hiệu quả. Cần cân nhắc những trường hợp có cắt gan kèm theo.

1. Về kết quả PTNS (phẫu thuật ít xâm hại): thành công 75,8%. Nếu chỉ tính các trường hợp nối ĐRBL (không cắt gan): 92%, đa số TH mổ mở liên quan tới cắt gan.

2. Về hiệu quả lấy sỏi trong PT:

- Tỷ lệ sạch sỏi sau mổ: 48,5%

- Phẫu thuật nội soi có nội soi đường mật làm giảm số lần nội soi lấy sỏi sau mổ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Đình Hối, Nguyễn Mậu Anh (2012). Ch 16. Sỏi đường mật chính. Trong - Nguyễn Đình Hối, Nguyễn Mậu Anh. Sỏi đường mật, 337- 416. *Nhà xuất bản Y học*, TP. Hồ Chí Minh.
2. Nguyễn Hoàng Bắc (2007). Chỉ định của phẫu thuật nội soi trong điều trị sỏi đường mật chính. *Luận án Tiến sĩ Y học*, Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh.
3. Đặng Tâm (2004). Xác định vai trò của phương pháp tán sỏi mật qua da bằng điện-thủy lực. *Luận án Tiến sĩ Y học*, Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh.
4. Lee SK, Seo DW, Myung SJ, et al (2001). Percutaneous transhepatic cholangioscopic treatment for hepatolithiasis: An

- evaluation of long-term results and risk factors for recurrence. *Gastrointest Endosc*, 53(3):318-23.
5. Đoàn Văn Trân (2014). Phẫu thuật cắt gan theo giải phẫu và theo thương tổn điều trị sỏi đường mật trong gan. *Luận văn Chuyên khoa cấp II*, Đại học Y Khoa Phạm Ngọc Thạch.
 6. Lai EC, Ngai TC, Yang GPC, Li MKW (2010). Laparoscopic approach of surgical treatment for primary hepatolithiasis: a cohort study. *Am J Surg*, 199:716-721.
 7. Lê Nguyên Khôi (2008). Nhận xét kết quả sớm của phẫu thuật nối mật da bằng túi mật và bằng đoạn hồng tràng biệt lập trong điều trị sỏi đường mật trong gan. *Y học Thành phố Hồ Chí Minh*, 12(4):109-113.
 8. Tian J, Li JW, Chen J, et al (2013). The safety and feasibility of reoperation for the treatment of hepatolithiasis by laparoscopic approach. *Surg Endosc*, 27(4):1315-20.
 9. Lian YG, Zhang WT, Xuv Z, et al (2015). Oddi sphincter preserved cholangioplasty with hepaticsubcutaneous stoma for hepatolithiasis. *World J Gastroenterol*, 21(45):12865-12872.
 10. Lê Nguyên Khôi (2010). Hiệu quả của phẫu thuật ít xâm hại trong điều trị sỏi đường mật chính. *Y học Thành phố Hồ Chí Minh*, 14(2):117-124.
 11. Võ Đại Dũng (2014). Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi điều trị sỏi đường mật trong gan có nội soi đường mật trong mổ. *Luận văn Thạc sĩ*, Đại học Y Dược TP. HCM.
 12. Cui L, Xu Z, Ling XF, et al (2014). Laparoscopic hepaticoplasty using gallbladder as a subcutaneous tunnel for hepatolithiasis. *World J Gastroenterol*, 20(12):3350-3355.
 13. Han HS, Yoon YS, et al (2009). Laparoscopic treatment for intrahepatic duct stones in the era of laparoscopy: Laparoscopic intrahepatic duct exploration and laparoscopic hepatectomy. *Ann Surg*, 249(2):286-291.
 14. Pan WD, Xu EJ, Fang H, et al (2011). Surgical treatment of complicated hepatolithiasis using the ultrasound-guided fiberoptic cholechoscope. *Surg Endosc*, 25:497-502.

Ngày nhận bài báo:	30/11/2020
Ngày nhận phản biện nhận xét bài báo:	20/02/2021
Ngày bài báo được đăng:	10/03/2021