

KẾT QUẢ CẮT GAN ĐIỀU TRỊ BỆNH SỎI GAN: HỒI CỨU 45 CA BỆNH TẠI BỆNH VIỆN BẠCH MAI

Trần Quế Sơn^{1,2,✉}, Hoàng Xuân Minh³, Trần Hiếu Học^{1,2}

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Bạch Mai

³Bệnh viện Đa khoa tỉnh Thanh Hóa

Mặc dù sỏi gan có thể được điều trị bằng nhiều phương pháp khác nhau, thậm chí cần phối hợp đa chuyên khoa nhưng vẫn có tỷ lệ sỏi sỏi. Cắt gan là một trong những phương pháp điều trị hiệu quả với sỏi gan khu trú. Mục tiêu của nghiên cứu nhằm đánh giá kết quả phẫu thuật cắt gan điều trị sỏi gan. Chúng tôi thực hiện nghiên cứu hồi cứu các trường hợp được mổ cắt gan do sỏi gan tại Bệnh viện Bạch Mai từ 1/2016 đến 10/2023. Kết quả nghiên cứu gồm 45 bệnh nhân. Tuổi trung bình là $52,3 \pm 10,3$ tuổi (dao động: 31 – 78); tỷ lệ nam/nữ là 2,4. Triệu chứng đau dưới sườn là 88,9%. Sỏi ở vị trí thùy gan trái và sỏi hai bên gan lần lượt là 71,1% và 28,9%. Cắt phân thùy bên và gan trái lần lượt là 93,3% và 6,7%. Thời gian mổ $130,2 \pm 35,5$ phút (dao động: 80 – 240 phút). Thời gian nằm viện $8,8 \pm 2,9$ ngày (dao động: 6 – 16 ngày). Tỷ lệ sạch sỏi đạt 95,5%. Biến chứng chung và tử vong lần lượt là 17,8% và 0%. Kết quả cho thấy cắt gan là một phương pháp điều trị hiệu quả và an toàn đối với bệnh sỏi gan khu trú. Tuy nhiên, cần phải theo dõi để đánh giá các biến chứng xa cũng như tỷ lệ tái phát sỏi.

Từ khóa: Cắt gan, sỏi gan, phân thùy bên, gan trái, hẹp đường mật.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh sỏi gan là sỏi nằm trong đường mật giới hạn từ hội lưu hai ống gan ở rốn gan trở lên các nhánh đường mật phân thùy và hạ phân thùy. Bệnh lý này phổ biến ở Đông Á, bao gồm Trung Quốc, Hàn Quốc, Nhật Bản, Philippines, Việt Nam, Thái Lan, Malaysia và Indonesia với tỷ lệ tới 30 - 50% các trường hợp sỏi mật.¹⁻³ Điều trị sỏi đường mật trong gan luôn là khó khăn và thách thức trong thực tiễn vì khó lấy hết sỏi, dễ tái phát, nhiều nguy cơ tai biến và biến chứng.⁴⁻⁶ Các phương pháp can thiệp đều nhằm mục đích lấy tối đa sỏi, hạn chế biến chứng, xâm lấn tối thiểu và tránh tái phát sỏi. Phối hợp các phương pháp như nội soi đường mật trong mổ, lấy sỏi mật qua da, cắt gan cho

thấy hiệu quả nhất định trong việc điều trị sỏi đường mật với tỷ lệ sạch sỏi lên tới 90,9%.⁶⁻⁸ Tuy nhiên, tại các cơ sở y tế không có máy nội soi đường mật trong mổ hoặc không làm can thiệp lấy sỏi qua da được thì điều trị sỏi trong gan vẫn rất khó khăn.⁶ Ở một số trường hợp nhất định, chỉ định cắt gan điều trị sỏi đường mật trong gan được đặt ra.^{2,9} Theo các báo cáo trước đây, tỉ lệ tái phát sỏi của phẫu thuật cắt gan thấp; tỉ lệ hết sỏi sau cắt gan đạt 85,7%.^{3,10} Mặc dù tỉ lệ tử vong sau cắt gan khoảng 0,6%, nhưng biến chứng từ 27 - 30,8%.^{2,6} Cắt gan có tác dụng điều trị triệt để trong trường hợp sỏi gan tái phát khu trú ở một hạ phân thùy hay phân thùy kèm theo thương tổn hẹp đường mật dưới sỏi.⁸ Tuy nhiên, đối với trường hợp sỏi ở nhiều vị trí trong gan cả hai bên, cắt gan cũng không phải là phương pháp điều trị triệt để và cũng không thể ngăn ngừa tái phát.^{4-6,11} Vậy, lựa chọn người bệnh, vị trí sỏi trong gan thế nào để mang lại hiệu quả? Kết quả điều trị ra

Tác giả liên hệ: Trần Quế Sơn

Trường Đại học Y Hà Nội

Email: tranqueson@hmu.edu.vn

Ngày nhận: 23/12/2023

Ngày được chấp nhận: 09/01/2024

sao là những vấn đề được đặt ra trong thực tiễn lâm sàng.

Bệnh viện Bạch Mai đã thực hiện các phẫu thuật điều trị sỏi đường mật từ lâu. Tuy nhiên, do những hạn chế về phương tiện điều trị như chưa có ống nội soi mềm và dụng cụ lấy sỏi qua da. Chính vì lý do đó, bệnh lý sỏi đường mật trong gan vẫn là một vấn đề vô cùng khó khăn trong điều trị. Lựa chọn các trường hợp thể nào để mang lại hiệu quả điều trị cho người bệnh là những thách thức của các phẫu thuật viên. Bài viết được thực hiện nhằm đánh giá kết quả phẫu thuật cắt gan ở nhóm người bệnh trên.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

1. Đối tượng

Bao gồm 45 bệnh nhân được chẩn đoán sỏi đường mật trong gan có thể kèm theo sỏi ngoài gan (sỏi túi mật hoặc ống mật chủ) từ 4/2016 đến 10/2023. Tất cả các bệnh nhân đều được thực hiện bởi một phẫu thuật viên chuyên khoa tiêu hóa gan mật trên 10 năm kinh nghiệm.

Tiêu chuẩn lựa chọn

Người bệnh được chẩn đoán xác định sỏi

đường mật trong gan (đơn thuần hoặc phối hợp với sỏi đường mật ngoài gan) dựa vào hình ảnh siêu âm, chụp cắt lớp vi tính và/hoặc cộng hưởng từ (MRI) ổ bụng có sỏi đường mật trong gan; được mổ cắt gan; hồ sơ đáp ứng các yêu cầu cơ bản của nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ

Cắt gan kèm phẫu thuật khác (cắt nửa đại tràng do u, cắt u tụy...).

2. Phương pháp

Thiết kế nghiên cứu

Mô tả, hồi cứu. Mẫu số toàn bộ, chọn mẫu thuận tiện gồm tất cả người bệnh đáp ứng tiêu chuẩn ở trên trong thời gian nghiên cứu.

Chỉ tiêu nghiên cứu bao gồm: (i) Đặc điểm chung như tuổi, giới; (ii) Đặc điểm lâm sàng bao gồm lý do vào viện, giá trị xét nghiệm máu trước mổ (GOT, GPT, hồng cầu, tiểu cầu, CA19-9...); (iii) Đặc điểm nhu mô gan, đường mật và vị trí sỏi trên siêu âm và chụp cắt lớp vi tính; (iv) Tổn thương nhu mô gan và phương pháp mổ (phương tiện cắt nhu mô gan, phần gan cắt bỏ...); (v) Biến chứng sau mổ (chảy máu, rò mật, nhiễm khuẩn vết mổ...).

Bảng 1. Phân loại sỏi đường mật trong gan theo Dong³

Loại	Định nghĩa
I	Sỏi khu trú
Ia	Sỏi khu trú, ở 1 thùy gan (theo phân loại Couinaud)
Ib	Sỏi khu trú, ở 2 thùy gan
II	Sỏi lan tỏa
Ila	Không teo nhu mô gan và không hẹp đường mật trong gan
Ilb	Teo hạ phân thùy gan và/hoặc hẹp đường mật trong gan
Ilc	Xơ gan ứ mật và tăng áp lực tĩnh mạch cửa

Đánh giá kết quả còn hay hết sỏi mật dựa vào siêu âm bụng trong vòng một tháng sau mổ.

Phương pháp thu thập và xử lý số liệu

Sử dụng phần mềm quản lý bệnh nhân FPT.

eHospital của Bệnh viện Bạch Mai để tra cứu các trường bệnh nhân có mã ICD10 là K80, ngày vào viện, ngày ra viện, mã bệnh án, mã lưu trữ. Các biến liên tục được biểu thị dưới dạng trung bình \pm độ lệch chuẩn và được đánh

giá bằng cách sử dụng bài kiểm tra t-test. Các biến phân loại được biểu thị dưới dạng số (tỷ lệ phần trăm). Tất cả các phân tích thống kê được thực hiện bằng phần mềm SPSS 20.0 (SPSS Inc., Chicago, IL).

3. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu này đã được thông qua Hội đồng đạo đức của Bệnh viện Bạch Mai. Quyết định số 2001/QĐ-BVBM, mã số: BM_2022_269.

III. KẾT QUẢ

Bảng 2. Đặc điểm lâm sàng của nhóm nghiên cứu (n = 45)

Đặc điểm	Kết quả
Tuổi, $\bar{x} \pm SD$, (min - max) (năm)	52,3 \pm 10,3 (31 - 78)
Giới (nam/nữ)	32/13 = 2,4
BMI, $\bar{x} \pm SD$, (min - max)	21,3 \pm 1,7 (19,5 - 24,9)
ASA (I/II/III), n (%)	21 (46,7)/ 21 (46,7)/ 3 (6,6)
Mệt mỗi, chán ăn, n (%)	6 (13,3)
Đau bụng hạ sườn phải, n (%)	40 (88,9)
Vàng da, cứng mạc, n (%)	4 (8,9)
Không có biểu hiện lâm sàng, n (%)	4 (8,9)
Sốt (thân nhiệt $\geq 37^{\circ}5$), n (%)	16 (35,6)

Bệnh hay gặp ở tuổi trung niên (57,8% ở độ tuổi 50 - 59, trung bình 52,3 tuổi) nhưng đa số người bệnh đều có sức khỏe tốt ở mức ASA I

và II (46,7% và 46,7%), có các triệu chứng liên quan đến sỏi mật (88,9% đau dưới sườn phải; 8,9% có sỏi mà không triệu chứng)

Bảng 3. Đặc điểm xét nghiệm máu (n = 45)

Chỉ số, $\bar{x} \pm SD$, (min - max)	Kết quả
Bạch cầu	8,0 \pm 2,6 (6,1 - 13,3)
Tiểu cầu	256,7 \pm 132,3 (75 - 547)
Prothrombin%	96,1 \pm 13,5 (59 - 129)
INR	0,98 \pm 0,2 (0,86 - 1,39)
SGOT	91,6 \pm 86,6 (21 - 226)
SGPT	88,5 \pm 66,8 (14 - 231)
Bilirubin toàn phần	17,3 \pm 13,1 (12,3 - 43)
Albumin	38,3 \pm 7,8 (25 - 45)
CA19-9	153,3 \pm 301,1 (2 - 1000)
CEA	2,6 \pm 2,1 (0,9 - 13,3)

Các xét nghiệm máu trước mổ của người

bệnh cơ bản đến có giới hạn bình thường đảm

bảo cho phẫu thuật cắt gan. 11 bệnh nhân có chỉ số CA- 19-9 tăng trên bình thường (> 39 U/ml). 2 BN có CA19-9 tăng cao 1000 U/ml được

chẩn đoán trước mổ nghi ngờ ung thư biểu mô đường mật trong gan.

Bảng 4. Đặc điểm ổ bụng và sỏi gan trên cắt lớp vi tính (n = 45)

Đặc điểm	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)	
Có dịch ổ bụng	2	4,4	
Gan xơ	6	13,3	
Vị trí sỏi đường mật	Ổng gan trái	32	71,1
	Ổng gan phải + trái	13	28,9
	Kết hợp sỏi ống mật chủ	23	51,1
Chít hẹp đường mật trong gan	24	53,3	

100% các trường hợp có sỏi gan trái, 28,9% có sỏi gan phải kết hợp. Tỷ lệ hẹp đường mật 53,3%.

Bảng 5. Đặc điểm kỹ thuật cắt gan do sỏi đường mật (n = 45)

Đặc điểm	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
<i>Chỉ định cắt gan</i>		
Áp xe gan đường mật	6	13,3
Gan xơ teo	33	73,3
Gan xơ teo + áp xe gan đường mật	3	6,7
Hẹp đường mật	1	2,2
Nghi ngờ ung thư đường mật trong gan	2	4,4
<i>Đặc điểm kỹ thuật mổ</i>		
Sử dụng Ligasure	10	22,2
Sử dụng pince Kelly	35	77,8
Dẫn lưu Kehr	45	100
Cắt túi mật	27	60
<i>Phần gan cắt bỏ</i>		
Cắt gan trái	3	6,7
Cắt thùy gan trái	42	93,3

33 BN được chỉ định mổ cắt gan do gan xơ teo (73, 3%). Ngoài ra, chỉ định cắt gan còn do một số nguyên nhân khác như nghi ngờ ung thư biểu mô đường mật trong gan và hẹp

đường mật. BN chủ yếu được cắt thùy gan trái (93,3%) bằng phương tiện cắt gan bằng pince Kelly là chính (77,8%) và dao Ligasure (22,2%).

Bảng 6. Kết quả phẫu thuật (n = 45)

Biến chứng, n (%)	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Rò mật sau mổ	2	4,4
Nhiễm trùng vết mổ	3	6,7
Tụ dịch ở diện cắt gan	3	6,7
Thời gian mổ (phút), $\bar{x} \pm SD$, (min - max)	130,2 \pm 35,5 (80 - 240)	
Thời gian nằm viện (ngày), $\bar{x} \pm SD$, (min - max)	8,8 \pm 2,9 (6 - 16)	
Ngày trung tiện sau mổ, $\bar{x} \pm SD$, (min - max)	1,3 \pm 0,7 (1 - 4)	
Ngày rút dẫn lưu ổ bụng, $\bar{x} \pm SD$, (min - max)	5,2 \pm 2,9 (1 - 14)	
Tỷ lệ sạch sỏi, n (%)	43 (95,5)	

Có tỷ lệ biến chứng sau mổ, nặng nhất là rò mật (4,4%). Đa số BN được chụp Kehr vào ngày thứ 7 sau mổ, tỷ lệ sạch sỏi sau mổ đạt 95,5%.

IV. BÀN LUẬN

Với sự phát triển của các kỹ thuật cải tiến, các phương pháp không phẫu thuật đã được sử dụng rộng rãi. Phương pháp lấy sỏi qua da có hiệu quả trong lấy sỏi gan nhưng tỉ lệ tái phát còn cao (32% đến 51%), hơn nữa không thể giải quyết các tổn thương cần cắt bỏ ở người bệnh bị sỏi trong gan kèm theo như viêm túi mật, áp xe gan khu trú lớn, phần gan có sỏi khu trú teo nhỏ trên chỗ chít hẹp hay ung thư và nghi ngờ ung thư đường mật trong gan.¹²

Hẹp đường mật là nguyên nhân chính gây sỏi tái phát. Do đó, các phương pháp tán sỏi qua da phù hợp để cải thiện các triệu chứng sớm hơn là điều trị triệt để sỏi. Yêu cầu đặt ra cho việc cắt gan là sạch sỏi, lấy hết thương tổn gan, thương tổn đường mật kèm theo.^{2,8,13} Do đó, cắt gan do sỏi mật được chỉ định khi: (i) Sỏi trong gan khu trú ở 1 phân thùy hay 1 hạ phân thùy mà không có khả năng lấy bằng dụng cụ; (ii) Sỏi trong gan khu trú ở một phân thùy, hạ phân thùy có chít hẹp vùng hạ lưu, phần gan tương ứng teo nhỏ hay áp xe khu trú hoặc ung thư hay nghi ngờ ung thư đường mật; (iii) Sỏi trong gan khu trú đã gây tổn thương nặng về nhu mô gan như xơ teo nhu mô, áp xe gan đường mật nặng, chảy máu đường mật nặng.^{2,12,14,15}

Bảng 7. So sánh kết quả cắt gan và tán sỏi qua da điều trị sỏi gan theo y văn¹²

Tác giả	Năm	Điều trị	n	Ung thư đường mật, %	Tái phát (sỏi/viêm đường mật) (trong 5 năm)	Biến chứng/tử vong, %
Kusano	2001	Cắt gan	94	2,1	25,5	-
		TSQD	65	-	40	-
Chen	2004	Cắt gan	103	10	9	28/2
Cheung	2005	Cắt gan	52	3,8	13,3	44,2/3,8
		TSQD	149	-	29,3	-

Tác giả	Năm	Điều trị	n	Ung thư đường mật, %	Tái phát (sỏi/ viêm đường mật) (trong 5 năm)	Biến chứng/ tử vong, %
Vetrone	2006	Cắt gan	19	4,5	0	27,3/0
Lee	2007	Cắt gan	123	2,4	5,7	33/1,6
Uchiyama	2007	Cắt gan	38	7,9	13,9	23,7/0
		TSQD	10	-	50	-
Nuzzo	2008	Cắt gan	34	8,6	15,4	20/0
Uenishi ¹⁶	2009	Cắt gan	86	12	10	-/3,5
Đoàn Văn Trân ⁸	2019	Cắt gan	122	1,6	-	28,6/1,6
Jarufe ¹⁷	2012	Cắt gan	52	1,9	25	30,7/0
Li ⁴	2012	Cắt gan, sỏi một bên gan	461	-	6,2	-/0,4
		Cắt gan, sỏi hai bên gan	257	-	17,1	-/0,4

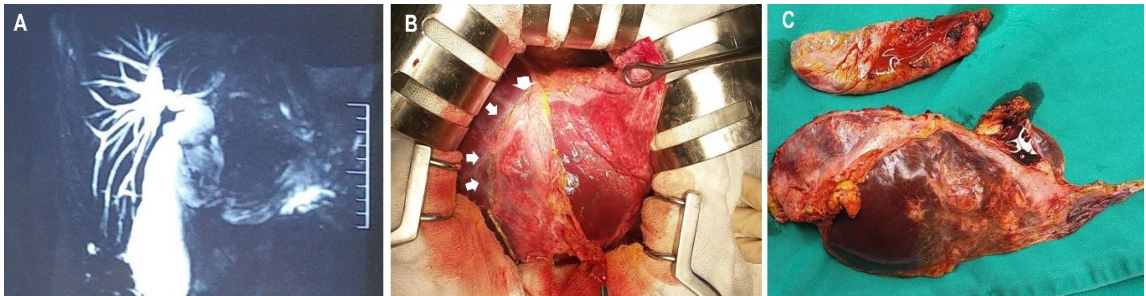
TSQD: Tán sỏi qua da

Tất cả các bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi đều được mổ cắt gan phương pháp Tôn Thất Tùng sử dụng Kelly để phá vỡ nhu mô gan, kiểm soát, khâu buộc mạch máu, đường mật trong nhu mô gan. Thời gian mổ trung bình là 130,2 phút (dao động 80 - 240 phút). Thời gian mổ trung bình của một số tác giả trong nước dao động từ 90 - 152 phút.^{1,2,8,9,14} Thời gian mổ lâu hay nhanh phụ thuộc vào kỹ năng của phẫu thuật, mức độ phức tạp của bệnh như tiền sử mổ cũ, phải gỡ dính, các phẫu thuật phối hợp với cắt gan (nội soi tán sỏi đường mật, cắt túi mật, nối mật ruột). Phương pháp Tôn Thất Tùng có các ưu điểm khi áp dụng để cắt gan do sỏi mật như: (i) Cắt được cả gan nhỏ ở mức độ hạ phân thùy; (ii) Cắt gan tiết kiệm, đủ lấy hết tổn thương; (iii) Tránh tổn thương đường mật do các biến đổi giải phẫu nhờ kiểm soát cuống Glisson và mạch máu ngay trong gan; (iv) Cắt được trong những trường hợp không vào được cuống gan do xơ gan gây biến đổi

giải phẫu vùng cuống gan.⁹ Thời gian cắt gan ngắn, áp dụng tốt trong những tình huống tình trạng bệnh nhân nặng cần rút ngắn thời gian mổ. Chúng tôi đặt một dẫn lưu ổ bụng ở phía thành bụng bên phải, luồn dưới cuống gan, nằm cạnh diện cắt gan phía bên trái. Một số trường hợp đặt hai dẫn lưu, một ở dưới gan phải cạnh vị trí mở ống mật chủ và một ở sát diện cắt gan bên trái nhằm dẫn lưu dịch, máu sau mổ và theo dõi biến chứng chảy máu và rò mật. Đặt dẫn lưu tốt có vai trò quan trọng trong việc hạn chế tụ dịch ở diện cắt và áp xe tồn dư sau mổ. Hơn nữa trong những trường hợp có rò mật, dẫn lưu đảm bảo lưu thông sẽ hạn chế tình trạng viêm phúc mạc toàn bộ nên giảm tỷ lệ mổ lại. Trong hai trường hợp rò mật thì một bệnh nhân bị rò ở diện cắt gan, một ca bị tuột dẫn lưu Kehr. Cả hai người bệnh này đều được điều trị nội khoa, lưu lại dẫn lưu ổ bụng trên 2 tuần, sau đó tình trạng rò mật giảm dần và tự hết, không có trường hợp nào phải mổ lại.

Trong thời gian 30 ngày sau mổ, tất cả người bệnh trong nhóm nghiên cứu đều được siêu âm ổ bụng để đánh giá sỏi sỏi. Tỷ lệ sỏi sỏi của nhóm nghiên cứu là 2 ca (4,4%) tương đương một số nghiên cứu trong nước và quốc tế.^{8,9,17,18} Một trường hợp sỏi sỏi ở phân thùy sau và một trường hợp sỏi ở hạ phân thùy IV. Ở trường hợp thứ nhất, bệnh nhân có rất nhiều sỏi trong cả hai gan, thùy gan trái có áp xe gan bề mặt, viêm dính, đầy sỏi đục khuôn không thể lấy được qua đường mở ống mật chủ. Ở trường hợp thứ hai là ca bệnh mổ cấp cứu nên chúng tôi không đặt mục tiêu lấy sạch sỏi ngay từ đầu mà nhằm mục đích lấy sỏi tối đa, bơm rửa và

dẫn lưu đường mật và ổ bụng. Người bệnh này thi thoảng có đợt đau nhẹ dưới sườn trái, điều trị bằng kháng sinh và chưa phải mổ lại. Tỷ lệ sạch sỏi ngay sau mổ của chúng tôi cao hơn Đỗ Tuấn Anh và Đoàn Văn Trân, tương đương với Uenishi nhưng thấp hơn Shao-Qiang Li bởi phần lớn các ca bệnh là sỏi nằm ở phân thùy bên.^{4,8,9,16} Rõ ràng trong nhóm mổ sỏi mật có cắt gan, tỷ lệ sạch sỏi ngay cao hơn hẳn nhóm không cắt gan, điều đó chứng tỏ giá trị của cắt gan không những loại bỏ đi phần nhu mô gan bệnh mà còn lấy đi sỏi mật nằm trong phần gan đó. Tuy nhiên, chỉ định cắt gan phần lớn được áp dụng với các trường hợp sỏi nằm khu trú ở gan bên trái.^{10,11}



Hình 1. Phẫu thuật cắt gan trái (S2.3.4) do sỏi. A. Hình ảnh MRI cây đường mật; B. Bề mặt gan xơ teo và đường cắt gan trái (mũi tên trắng); C. Bệnh phẩm là gan trái và túi mật.

(Nguồn: Nguyễn Văn T, mã số BA: 220233059)

Hẹp đường mật là một tổn thương hay gặp ở bệnh lý sỏi đường mật trong gan.⁸ Theo Hội nghiên cứu sỏi gan Nhật Bản: chít hẹp đường mật là hiện tượng thu nhỏ khẩu kính đường mật trong gan về phía hạ lưu (hẹp tuyệt đối) và khi đường mật phía trên chỗ hẹp giãn kéo dài tới chỗ hẹp, khẩu kính của chỗ hẹp có thể trở nên lớn hơn khẩu kính của ống mật bình thường (hẹp tương đối). Chít hẹp đường mật trong gan ở nhiều vị trí, hẹp dài > 1,5cm gây khó khăn lớn trong điều trị do dễ bị hẹp tái phát, viêm đường mật tái diễn và tạo sỏi tái phát. Tỷ lệ chít hẹp đường mật trên người bệnh có sỏi trong gan cao từ 75 - 84,5%.⁶ Đối với hẹp đường mật khu trú ở gan trái, phần gan tương ứng teo nhỏ, đa

số các tác giả đồng thuận cắt bỏ thùy hay gan trái vừa giải quyết nguyên nhân tạo sỏi do chít hẹp, vừa lấy hết sỏi, hạn chế biến chứng ung thư đường mật.^{5,18,14} Trong 45 BN, có 42 BN (93,3%) được mổ cắt thùy gan trái, 3 BN còn lại được cắt gan trái (gồm thùy trái + HPT 4). Chỉ định mổ cắt gan của chúng tôi chủ yếu là do sỏi khu trú có kèm theo teo nhu mô gan mà phần gan đó mất chức năng (84,4%) hoặc có biến chứng áp xe gan đường mật (22,2%). Kết quả giải phẫu bệnh (GPB) sau mổ của bệnh phẩm gan cắt được cho thấy có 40 BN (88,9%) có kết quả GPB là viêm xơ hóa mạn tính đường mật trong gan, 3 BN (6,7%) có kết quả GPB là loạn sản biểu mô tuyến đường mật, 2 BN (4,4%)

có kết quả ung thư biểu mô tuyến đường mật (cả hai đều được cắt gan trái). Hai ca bệnh bị ung thư đường mật đều có tiền sử phát hiện sỏi gan lần lượt là 5 năm và 9 năm trước khi được mổ cắt gan. Cắt lớp vi tính thấy hình ảnh khối trong gan, giãn đường mật khu trú và nồng độ CA19-9 gần 1000 IU/mL trước khi mổ. Đa phần các tác giả cho rằng sự tiếp xúc lâu dài của niêm mạc đường mật với dịch mật nhiễm trùng cùng với các sản phẩm chuyển hoá của vi khuẩn trong cây đường mật, sự kích thích cơ học của sỏi, sự mất ổn định của đường mật (ứ mật, trào ngược) đều là những yếu tố tham gia vào cơ chế bệnh sinh của ung thư đường mật. Nhiều trường hợp không thể chẩn đoán ung thư đường mật do sỏi là khó khăn do ung thư đường mật thâm nhiễm ít khi hình thành khối u; hẹp đường mật do ung thư dễ nhầm với hẹp đường mật do sỏi. Mặt khác chất chỉ điểm u CA-19-9 tăng trong trường hợp tắc mật do sỏi cũng không mang lại nhiều giá trị gợi ý. Cắt gan do sỏi trong gan có ưu điểm không những loại bỏ được phần nhu mô gan nhiễm khuẩn, loại bỏ tổn thương có tiềm năng ác tính.^{19,20}

Bài báo này có một số hạn chế nhất định. Thứ nhất, đây là nghiên cứu hồi cứu, kết quả sạch sỏi mới chỉ được đánh giá bằng siêu âm bụng trong vòng 30 ngày ngay sau mổ. Thứ hai, kết quả tái phát và biến chứng ác tính sau 1, 3, 5 năm chưa được ghi nhận. Thứ ba, do không thể soi đường mật trong mổ nên nghiên cứu không thể xác định chính xác liệu phần gan cắt bỏ có lấy hết tổn thương đường mật bị chít hẹp hay không - đây là yếu tố tiên lượng đến tỉ lệ nhiễm khuẩn đường mật và tái phát sỏi khi theo dõi xa.

V. KẾT LUẬN

Với lựa chọn phần lớn các trường hợp có sỏi khu trú ở bên gan trái, có kèm theo hẹp đường mật trong gan, áp xe gan hoặc teo gan thì cắt gan là một phương pháp điều trị hiệu

quả và an toàn với tỷ lệ biến chứng thấp và không có tử vong.

Lời cảm ơn

Nhóm tác giả chân thành cảm ơn Đảng ủy, Ban lãnh đạo Bệnh viện, các Bác sĩ, nhân viên Khoa Ngoại Tổng hợp, đơn vị Cấp cứu Ngoại thuộc Trung tâm cấp cứu A9, Trung tâm Gây mê hồi sức Bệnh viện Bạch Mai đã tham gia điều trị, chăm sóc và theo dõi sau mổ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Cao Cường, Phan Hiệp Lợi, Lê Văn Cường, và cs. Cắt gan điều trị sỏi trong gan. *Tạp chí Y học TP Hồ Chí Minh*. 2004;8(1):268-273.
2. Dương Văn Hải, Văn Tần. Chỉ định và kết quả phẫu thuật điều trị sỏi trong gan. *Tạp chí Y học TP Hồ Chí Minh*. 2006;10:360-367.
3. Feng X, Zheng S, Xia F, et al. Classification and management of hepatolithiasis: A high-volume, single-center's experience. *Intractable Rare Dis Res*. 2012;1(4):151-156.
4. Li SQ, Liang LJ, Peng BG, et al. Outcomes of liver resection for intrahepatic stones: a comparative study of unilateral versus bilateral disease. *Ann Surg*. 2012;255(5):946-953.
5. Lin CC, Lin PY, Ko CJ, et al. Hepatic resection for bilateral hepatolithiasis: a 20-year experience. *ANZ J Surg*. 2013;83(12):978-984.
6. Wen XD, Wang T, Huang Z, et al. Step-by-step strategy in the management of residual hepatolithiasis using post-operative cholangioscopy. *Therap Adv Gastroenterol*. 2017;10(11):853-864.
7. Torres OJM, Linhares MM, Ramos EJB, et al. Liver Resection for Non-Oriental Hepatolithiasis. *Arq Bras Cir Dig*. 2019;32(4):e1463.
8. Đoàn Văn Trân, Nguyễn Thanh Sáng, Trịnh Du Dương, và cs. Vai trò của nội soi đường mật trong cắt gan điều trị sỏi. *Tạp chí Y*

học Lâm sàng - Bệnh viện TW Huế. 2019;53:84 - 91.

9. Đỗ Tuấn Anh. Đánh giá kết quả ứng dụng kỹ thuật cắt gan theo phương pháp Tôn Thất Tùng trong điều trị bệnh sỏi trong gan. Luận án Tiến sĩ Y học. Học viện Quân Y. 2008.

10. Lorio E, Patel P, Rosenkranz L, et al. Management of Hepatolithiasis: Review of the Literature. *Curr Gastroenterol Rep*. 2020;22(6):30.

11. Li H, Zheng J, Cai JY, et al. Laparoscopic VS open hepatectomy for hepatolithiasis: An updated systematic review and meta-analysis. *World J Gastroenterol*. 2017;23(43):7791-7806.

12. Tabrizian P, Jibara G, Shrager B, et al. Hepatic resection for primary hepatolithiasis: a single-center Western experience. *J Am Coll Surg*. 2012;215(5):622-626.

13. Kim HJ, Kim JS, Joo MK, et al. Hepatolithiasis and intrahepatic cholangiocarcinoma: A review. *World J Gastroenterol*. 2015;21(48):13418-13431.

14. Văn Tần. Cắt gan, xẻ gan hay phối hợp để lấy sỏi trong gan: Đặc điểm, chỉ định và kết quả. *Tạp chí Y học TP Hồ Chí Minh*. 2002;6(2):252 -262.

15. Xia H, Meng X, Xin X, et al. Resection of extrahepatic bile ducts with partial hepatectomy for treating intra- and extrahepatic hepatolithiasis. *BMC Surg*. 2021;21(1):420.

16. Uenishi T, Hamba H, Takemura S, et al. Outcomes of hepatic resection for hepatolithiasis. *Am J Surg*. 2009;198(2):199-202.

17. Jarufe N, Figueroa E, Munoz C, et al. Anatomic hepatectomy as a definitive treatment for hepatolithiasis: a cohort study. *HPB (Oxford)*. 2012;14(9):604-610.

18. Shah OJ, Robbani I, Shah P, et al. Left-sided hepatic resection for hepatolithiasis: a longitudinal study of 110 patients. *HPB (Oxford)*. 2012;14(11):764-771.

19. Kim HJ, Kang TU, Swan H, et al. Incidence and Prognosis of Subsequent Cholangiocarcinoma in Patients with Hepatic Resection for Bile Duct Stones. *Dig Dis Sci*. 2018;63(12):3465-3473.

20. Kim HJ, Kim JS, Suh SJ, et al. Cholangiocarcinoma Risk as Long-term Outcome After Hepatic Resection in the Hepatolithiasis Patients. *World J Surg*. 2015;39(6):1537-1542.

Summary

OUTCOMES OF HEPATECTOMY FOR HEPATOLITHIASIS: A RETROSPECTIVE ANALYSIS OF 45 PATIENTS AT BACH MAI HOSPITAL

Treatment of hepatolithiasis requires multidisciplinary coordination, but there is still a high rate of incomplete clearance of stones. Alternatively, liver resection has been proposed as a definitive treatment for segmental hepatolithiasis because it treats not only the stones, but also strictures and atrophic and inflammatory changes. The objective of the study is to describe the clinical characteristics and outcomes of hepatectomy to treat hepatolithiasis. We performed a retrospective study of patients undergoing liver resection due to stones at Bach Mai Hospital by a single surgeon from January 2016 to October 2023. Preoperative, intraoperative, and postoperative variables were evaluated. Results: A

total of 45 patients underwent hepatectomy for hepatolithiasis. The mean \pm standard deviation patient age was 52.3 ± 10.3 years (range: 31 - 78 years); male/female ratio was 2.4. The main presenting symptom was abdominal pain (88.9 %). Hepatic involvement was noted in the left lateral segment in 71.1% and bilaterally in 28.9% of subjects. The most frequent procedure was left lateral sectionectomy and left hepatectomy which was conducted in 93.3% and 6.7% of patients, respectively. The mean operative time was 130.2 ± 35.5 min (range: 80 - 240 min). The mean hospital stay was 8.8 ± 2.9 days (range: 6 - 16 days). Complete clearance of the biliary system was achieved in 43 (95.5%) patients. Postoperative morbidity was 17.8% and there were no postoperative deaths. Conclusion: anatomic hepatectomy is an effective method in localized hepatolithiasis patients with low morbidity and no mortality. Long-term follow-up is needed to determine the risk of complications and recurrence rate.

Keywords: Hepatectomy, hepatolithiasis, left lateral segment, left segment, bile duct stricture.