

Kết quả lâm sàng của thay khớp háng sau mổ có tỉ lệ tốt và rất tốt là 95,5%, chỉ có 4,5% ở mức trung bình, không có trường hợp nào ở mức kém. Kết quả này cũng phù hợp với một số nghiên cứu khác trong nước. Theo Đào Xuân Thành, điểm Harris trung bình trước mổ là 43,18 ± 22,69, sau mổ là 98,61 ± 4,59, tỉ lệ bệnh nhân tốt và rất tốt sau mổ là 96,7% [9]. Theo Mai Đắc Việt, tỉ lệ sau mổ rất tốt là 94,5%, tốt là 5,5% [1]. Như vậy, từ những kết quả trên ta có thể thấy, phẫu thuật thay khớp háng trong điều trị HTVKCXĐ góp phần nâng cao chất lượng cuộc sống cho người bệnh.

V. KẾT LUẬN

Bệnh hoại tử vô khuẩn chỏm xương đùi ngày càng có xu hướng trẻ hóa, tỷ lệ bệnh nhân dưới 40 tuổi ngày càng tăng, nguyên nhân hay gặp là do tổn thương vi mạch chỏm xương đùi ở nhóm bệnh lý có yếu tố lạm dụng rượu, thuốc lá, corticoid hoặc các bệnh lý tự miễn. Phẫu thuật thay khớp háng toàn không xi măng là một phương pháp tốt điều trị bệnh lý này ở giai đoạn III, IV theo phân loại của Ficat- Arlet, góp phần nâng cao chất lượng cuộc sống cho người bệnh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Mai Đắc Việt.** Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, mô bệnh học và đánh giá kết quả thay khớp háng toàn phần ở bệnh nhân HTVKCXĐ giai đoạn IV, V, VI. Luận án Tiến sỹ Y học. Học viện Quân Y; 2017.
2. **Fukushima W, Fujioka M, Kubo T, Tamakoshi A, Nagai M, Hirota Y.** Nationwide Epidemiologic Survey of Idiopathic Osteonecrosis of the Femoral Head. *Clinical Orthopaedics and Related Research*. 2010/10/01 2010;468(10):2715-2724. doi:10.1007/s11999-010-1292-x
3. **Vardhan H, Tripathy SK, Sen RK, Aggarwal S, Goyal T.** Epidemiological Profile of Femoral Head Osteonecrosis in the North Indian Population. *Indian Journal of Orthopaedics*. 2018/04/01 2018;52(2):140-146. doi:10.4103/ortho.IJOrtho_292_16
4. **Mont M, Zywił M, Marker D, Mcgrath M, Delanois R.** The Natural History of Untreated Asymptomatic Osteonecrosis of the Femoral Head A Systematic Literature Review. *The Journal of bone and joint surgery American volume*. 2010;92:2165-2170. doi:10.2106/JBJS.I.00575
5. **Bùi Thị Lan Anh.** Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, Xquang, cộng hưởng từ HTVKCXĐ ở người lớn. **Luận văn Thạc sỹ Y học. Trường Đại học Y Hà Nội; 2006.**
6. **Hernigou P, Poignard A, Nogier A, Manicom O.** Fate of very small asymptomatic stage-I osteonecrotic lesions of the hip. *J Bone Joint Surg Am*. 2004;86(12):2589-2593. doi:10.2106/00004623-200412000-00001
7. **Moon JG, Shetty GM, Biswal S, Shyam AK, Shon WY.** Alcoholinduced multifocal osteonecrosis: a case report with 14-year follow-up. *Arch Orthop Trauma Surg*. 2008;128(10):1149-1152. doi:10.1007/s00402-007-0563-9
8. **Hisatome T, Yasunaga Y, Takahashi K, Ochi M.** Progressive collapse of transposed necrotic area after transtrochanteric rotational osteotomy for osteonecrosis of the femoral head induces osteoarthritic change. Midterm results of transtrochanteric rotational osteotomy for osteonecrosis of the femoral head. *Arch Orthop Trauma Surg*. 2004;124(2):77-81. doi:10.1007/s00402-003-0610-0
9. **Đào Xuân Thành.** Nghiên cứu kết quả thay khớp háng toàn phần không xi măng và thay đổi mật độ xương quanh khớp nhân tạo. Luận án Tiến sỹ Y học. Trường Đại học Y Hà Nội; 2012.

KẾT QUẢ PHẪU THUẬT ĐIỀU TRỊ SỎI ĐƯỜNG MẬT KẾT HỢP TÁN SỎI BẰNG NĂNG LƯỢNG LASER

Trần Thụy Anh¹, Trịnh Hồng Sơn²,
Phạm Văn Duyệt³, Đào Quang Minh⁴

TÓM TẮT

¹Bệnh viện Y học Cổ Truyền Trung ương

²Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức

³Đại học Y Dược Hải Phòng

⁴Bệnh viện Thanh Nhàn

Chịu trách nhiệm chính: Trần Thụy Anh

Email: thuyanhbs@gmail.com

Ngày nhận bài: 2.11.2022

Ngày phản biện khoa học: 12.12.2022

Ngày duyệt bài: 3.01.2023

Mục tiêu: Nhận xét một số kết quả phẫu thuật điều trị sỏi đường mật kết hợp tán sỏi bằng năng lượng laser trong điều trị sỏi đường mật. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu tiền cứu, can thiệp lâm sàng trên 85 bệnh nhân được phẫu thuật điều trị sỏi đường mật kết hợp tán sỏi bằng năng lượng laser trong điều trị sỏi đường mật từ 05/2017 đến 5/2022 tại Bệnh viện Thanh Nhàn. **Kết quả:** Qua nghiên cứu trên 85 BN chúng tôi ghi nhận được những kết quả sau: Tuổi trung bình là 61,66 ± 14,92 (25-89). Nữ giới chiếm đa số 52,9%. Thời gian phẫu thuật trung bình là 137,1 ± 15,6 phút. Thời gian nằm viện trung bình 11,42 ± 4,75 ngày. Biến chứng gặp 11 BN (12,9%), rò

mật chiếm đa số 6 BN (7,1%). Đánh giá kết quả điều trị: Tốt 64 BN (75,3%). **Kết luận:** Phẫu thuật kết hợp tán sỏi đường mật bằng laser là phương pháp hiệu quả, thời gian tán sỏi và phẫu thuật nhanh.

Từ khóa: Sỏi đường mật, tán sỏi bằng laser.

SUMMARY

RESULTS OF SURGERY IN TREATMENT OF BILE DUCT STONE COMBINED LASER LITHOTRIPSY

Objectives: Review of some results of surgery to treat gallstones combined with laser lithotripsy in the treatment of bile duct stone. **Subjects and methods:** Prospective study, clinical intervention on 85 patients undergoing surgery for cholangiolithiasis combined with laser lithotripsy in the treatment of gallstones from May 2017 to May 2022 at Thanh Nhan Hospital. **Results:** Through the study on 85 patients, we recorded the following results: The average age was 61.66 ± 14.92 (25-89) Female accounted for the majority 52.9%. The average surgery time was 137.1 ± 15.6 minutes. The average hospital stay was 11.42 ± 4.75 days. Complications encountered 11 patients (12.9%), bile leakage accounted for the majority of 6 patients (7.1%). Evaluation of treatment results: Good 64 patients (75.3%). **Conclusion:** Surgery combined with laser biliary lithotripsy is an effective method, with a fast lithotripsy and surgery time. **Keywords:** gallstones, laser lithotripsy.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sỏi đường mật chính là bệnh lý ngoại khoa khá phổ biến, tần suất bệnh tăng dần theo tuổi [1] [2]. Việt Nam nằm trong vùng dịch tễ có tỷ lệ sỏi đường mật cao trên thế giới. Đặc tính phổ biến của bệnh sỏi đường mật là nhiễm khuẩn, và hay tái phát [1][2]. Hiện nay vẫn còn nhiều phương pháp điều trị sỏi đường mật chính như mổ mở, phẫu thuật nội soi, nội soi mật tụy ngược dòng. Mỗi phương pháp có ưu và nhược điểm riêng.

Việc kết hợp nội soi đường mật trong phẫu thuật điều trị sỏi đã trở thành xu hướng trên thế giới. Tuy nhiên áp dụng nội soi đường mật cùng với lấy sỏi bằng rọ (dormia) và bơm nước để lấy sỏi là chưa đủ mà cần phải kết hợp thêm tán sỏi bằng điện thủy lực, laser để nâng cao tỷ lệ sạch sỏi. Theo nghiên cứu của Patel và cộng sự thì tỷ lệ sạch sỏi quan sát được trong mổ là 97% [3]. Nội soi đường mật bằng ống soi mềm đã được ứng dụng tại Việt Nam từ đầu những năm 2000 tại bệnh viện Việt Đức, bệnh viện Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh, bệnh viện Trung ương Quân đội 108... Kết quả cho thấy phẫu thuật điều trị sỏi đường mật kết hợp với nội soi đường mật bằng ống soi mềm cho kết quả sạch sỏi tốt với tỷ lệ sạch sỏi 54,8-93,5% [4]. Hiện nay chưa có nhiều nghiên cứu về kết quả phẫu thuật điều trị sỏi đường mật kết hợp tán sỏi bằng laser

trong điều trị sỏi đường mật.

Mục tiêu của nghiên cứu: *Nhận xét kết quả phẫu thuật điều trị sỏi đường mật kết hợp tán sỏi bằng năng lượng laser.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Bao gồm 85 bệnh nhân được chẩn đoán sỏi đường mật được điều trị bằng kết hợp sỏi laser trong điều trị sỏi đường mật từ tháng 05/2017 đến tháng 5/2022 tại Bệnh viện Thanh Nhân.

Tiêu chuẩn lựa chọn: Bệnh nhân được mổ mở có nội soi đường mật bằng ống soi mềm kết hợp tán sỏi laser trong điều trị sỏi đường mật, từ 05/2017 đến 5/2022 tại Bệnh viện Thanh Nhân.

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nội khoa nặng kèm theo, tiền sử phẫu thuật bụng do ung thư. Bệnh cảnh sỏi mật quá nặng: nhiễm trùng huyết, sốc nhiễm trùng đường mật. Phẫu thuật sỏi điều trị sỏi đường mật kèm theo các bệnh lý khác. Hồ sơ bệnh án không đủ dữ liệu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Tiến cứu, can thiệp lâm sàng không nhóm chứng.

Phương pháp chọn mẫu: Chọn mẫu thuận tiện. Gồm tất cả bệnh nhân bị đủ tiêu chuẩn trong thời gian nghiên cứu.

Địa điểm và thời gian nghiên cứu: Tại Bệnh viện Thanh Nhân từ 05/2017 đến 5/2022.

Các chỉ tiêu nghiên cứu:

- Đặc điểm lâm sàng: Tuổi, giới tính, tiền sử, triệu chứng lâm sàng.

- Đặc điểm cận lâm sàng: Xét nghiệm máu, kết quả cắt lớp vi tính / cộng hưởng từ ổ bụng.

- Quy trình phẫu thuật:

• Chuẩn bị:

Dụng cụ: Bộ phẫu thuật tiêu hóa cơ bản, dụng cụ lấy sỏi Mirizzi, dàn máy nội soi đường mật ống mềm hãng Olympus, máy tán sỏi laser Revolix x200, dây tán sỏi laser, rọ lấy sỏi.

Bệnh nhân mê nội khí quản, nằm ngửa, hai tay dạng hoặc khép theo thân mình. Phẫu thuật viên đứng bên phải của bệnh nhân, phụ 1 và phụ 2 đứng đối diện phẫu thuật viên.

• Phẫu thuật:

Mở bụng đường trắng giữa trên dưới rốn hoặc theo vết mổ cũ vào ổ bụng.

Phẫu tích gỡ dính tiếp cận đường mật ngoài gan theo hướng từ bên phải vào.

Xác định đúng ống mật chủ, mở mặt trước hoặc mặt bên ống mật chủ đoạn 2cm, khâu treo bằng chỉ Vicryl 4.0

Dùng Mirizzi kết hợp bơm nước lấy sỏi đường mật ngoài gan.

Đặt ống soi mềm vào ống mật chủ, kiểm tra cơ Oddi, đường mật trong và ngoài gan, tán sỏi bằng laser, kết hợp dùng rọ và bơm nước lấy sỏi.

Đặt dẫn lưu Kehr 18 Fr, khâu đóng chân Kehr. Đặt dẫn lưu dưới gan.

Đóng bụng theo từng lớp giải phẫu.

- Kết quả mổ mở kết hợp nội soi ống soi mềm đường mật có tán sỏi laser trong mổ: đánh giá vị trí sỏi qua nội soi đường mật, kết quả lấy sỏi nhận định qua nội soi đường mật, vị trí sỏi nhận định qua nội soi đường mật. Thời gian phẫu thuật (phút), tai biến trong mổ, biến chứng sau mổ, thời gian nằm viện sau mổ (ngày).

- Đánh giá kết quả:

+ Tốt: Bệnh nhân không có biến chứng, sạch sỏi sau 1 tháng.

+ Khá: Bệnh nhân có biến chứng nhưng điều trị nội khoa và / hoặc sạch sỏi sau 1 tháng.

+ Trung bình: Bệnh nhân có biến chứng phải mổ lại và / hoặc sỏi sỏi sau 1 tháng.

+ Xấu: Bệnh nhân tử vong.

Thu thập và xử lý số liệu: Thu thập số liệu theo mẫu soạn sẵn và xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 23.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

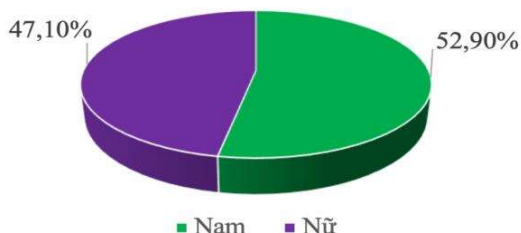
Từ tháng 05/2017 đến 5/2022, có 85 bệnh nhân (BN) phẫu thuật mổ mở kết hợp nội soi đường mật bằng ống soi mềm tán sỏi bằng năng lượng laser trong điều trị sỏi đường mật tại Bệnh viện Thanh Nhàn.

3.1. Đặc điểm của bệnh nhân nghiên cứu

Bảng 3.1. Phân bố nhóm tuổi

Nhóm tuổi	Số BN (n = 85)	Tỷ lệ (%)	Trung bình
<40	7	8,2	61,66 ± 14,92 (25-89)
41-60	29	34,1	
61-80	40	47,1	
>80	9	10,6	
Tổng	85	100	

Nhận xét: Tuổi trung bình: 61,66±14,92, thấp nhất 25, cao nhất 89. Nhóm tuổi 61 - 80 chiếm tỷ lệ 47,1%.



Biểu đồ 3.1. Tỷ lệ giới tính

Nhận xét: Nam giới chiếm đa số (52,90%).

- Tiền sử ngoại khoa: có 60 BN (70,6%) đã phẫu thuật lấy sỏi đường mật, tỷ lệ bệnh nhân đã mổ cắt túi mật là 15,3%

- Tiền sử nội khoa: có 25 BN có mắc các bệnh lý nội khoa kèm theo (29,5%).

- Đặc điểm lâm sàng:

Bảng 3.2. Triệu chứng lâm sàng

Triệu chứng	Số BN (n = 85)	Tỷ lệ (%)
Đau hạ sườn phải	85	100
Sốt	40	47,1
Vàng da	36	42,4
Rối loạn tiêu hóa	7	8,2
Tam chứng Charcot	7	8,2

Nhận xét: 100% BN đau hạ sườn phải, 8,2% BN có tam chứng Charcot.

- Đặc điểm cận lâm sàng:

Bảng 3.3. Kết quả xét nghiệm máu

Chỉ số xét nghiệm	Số BN (n = 85)	Tỷ lệ (%)
Bạch cầu (G/L)	Bình thường	43 (51,6)
	Tăng	42 (49,4)
	Trung bình	10,88±5,09 (2,9-35,4)
Bilirubin TP (µmol/L)	Bình thường	9 (10,6)
	Tăng	76 (89,4)
	Trung bình	65,71±73,72 (7,6-591,9)
SGOT (U/L)	Bình thường	50 (58,8)
	Tăng	35 (41,2)
	Trung bình	141,08±19,09 (11,6-897,8)
SGPT (U/L)	Bình thường	45 (52,9)
	Tăng	40 (47,1)
	Trung bình	132,72±176,37 (10,0-980,6)
Prothrombin time (%)	Bình thường	82 (96,5)
	Giảm	3 (3,5)
	Trung bình	105,36±18,94 (34,9-145,1)

Nhận xét: Có 49,4% BN tăng bạch cầu.

Có 89,4% BN tăng bilirubin toàn phần, trong đó cao nhất là 591,9 (µmol/L).

Có 41,2% BN tăng GOT, 47,1% BN tăng GPT.

Bảng 3.4. Đặc điểm cắt lớp vi tính / cộng hưởng từ trước mổ

Đặc điểm cắt lớp vi tính / cộng hưởng từ	Số BN (n = 85)	Tỷ lệ (%)
Đường kính OMC (mm)	5-10	10 (11,8)
	> 10	75 (88,2)
	Trung bình	15,16±5,59 (5-41)
Vị trí sỏi	OMC	33 (38,8)
	Gan trái + OMC	5 (5,9)
	Gan phải + OMC	7 (8,2)

	Gan trái	1	1,2
	Gan trái + phải	1	1,2
	OMC + Gan phải + gan trái	38	44,7
Số lượng sỏi	Ít viên	19	22,4
	Nhiều viên	66	77,6
Dạng sỏi	Viên	30	35,3
	Đúc khuôn	55	64,7
Sỏi túi mật	Có	18	21,2
	Không	54	63,5

Nhận xét: Trên hình ảnh cắt lớp vi tính/công hưởng từ đo được đường kính OMC trung bình là 15,16±5,59mm, lớn nhất 41mm.

Vị trí sỏi ở OMC đơn thuần chiếm đa số 38,8%. Dạng sỏi đúc khuôn chiếm đa số 64,7%.

3.2 Kết quả phẫu thuật. Tình trạng dính trong ổ bụng chiếm đa số (76,5%).

Bảng 3.5. Đánh giá vị trí sỏi qua nội soi đường mật

Vị trí sỏi (n=85)	Đánh giá qua nội soi đường mật	Đánh giá qua CLVT/CHT
OMC	29 (34,1%)	33 (38,8%)
Gan trái + OMC	6 (7,0%)	5 (5,9%)
Gan phải + OMC	3 (3,5%)	7 (8,2%)
Gan trái	2 (2,4%)	1 (1,2%)
Gan trái + phải	1 (1,2%)	1 (1,2%)
OMC + gan phải + gan trái	44 (51,8%)	38 (44,7%)
P = 0,57		

Nhận xét: Đánh giá qua nội soi đường mật sỏi OMC + gan phải + gan trái chiếm đa số 51,8%. Vị trí sỏi qua nội soi đường mật và CLVT/CHT là khác nhau, tuy nhiên sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê (P>0,05).

Bảng 3.6. Kết quả lấy sỏi qua nội soi đường mật kết hợp tán sỏi laser

Kết quả		Số BN (n=85)	Tỷ lệ (%)
Sạch sỏi		77	90,5
Còn sỏi	Gan trái		
	Thùy trái	3	3,5
	HPT 4	1	1,2
	Gan phải	2	2,4
Gan trái + gan phải		2	2,4

Nhận xét: Qua nội soi đường mật đánh giá sạch sỏi chiếm đa số (90,5%).

- Thời gian phẫu thuật trung bình là 137,1 ± 15,6 phút

- Thời gian nằm viện trung bình 11,42 ± 4,75 ngày

Bảng 3.7. Biến chứng sớm sau mổ

Biến chứng	Số BN (n=85)	Tỷ lệ (%)
Chảy máu đường mật	1	1,2

Rò mật	6	7,1
Tắc Kehr	1	1,2
Nhiễm khuẩn vết mổ	2	2,4
Viêm phổi	1	1,2
Tổng	11	12,9

Nhận xét: Biến chứng gặp 11 BN (12,9%), rò mật chiếm đa số 6 BN (7,1%)

Bảng 3.8. Đánh giá kết quả điều trị

Đánh giá kết quả điều trị	Số BN (n=85)	Tỷ lệ (%)
Tốt	64	75,3
Khá	6	7,1
Trung bình	15	17,6

Nhận xét: Đánh giá kết quả điều trị: Tốt 64 BN (75,3%)

IV. BÀN LUẬN

Sỏi đường mật chính là bệnh khá phổ biến, tần suất tăng dần theo tuổi. Nghiên cứu của chúng tôi, tuổi trung bình 61,66 ± 14,92 (25-89); nhỏ nhất 25 và lớn nhất 89 tuổi. Tại Đài Loan, Chang nhận thấy độ tuổi từ 20-50 tuổi chiếm 84% trong các bệnh nhân có sỏi đường mật trong gan [5]. Tỷ lệ nữ 32 nam (53,3%) và 28 nữ (46,7%). Nghiên cứu của chúng tôi dấu hiệu đau hạ sườn phải 100% (85 BN) và tam chứng Charcot chỉ gặp 8,2% số bệnh nhân. Chufa Zheng và cộng sự nghiên cứu 123 bệnh nhân sỏi ống mật chủ từ 70 tuổi trở lên có dấu hiệu đau hạ sườn phải 95,9%, vàng da 56,1%, sốt 19,5%, viêm tụy cấp 8,9% và nhiễm trùng đường mật 56,9%... [6]

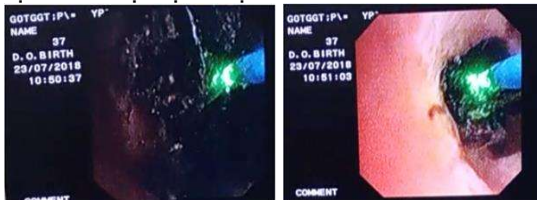
Mục đích của phẫu thuật điều trị sỏi đường mật kết hợp tán sỏi laser là lấy hết sỏi và lập lại lưu thông đường mật giải quyết tình trạng tắc mật. Muốn đạt được điều này cần phải đánh giá chính xác đường mật trước mổ, xác định tất cả các vị trí sỏi, số lượng sỏi nhằm tránh sót sỏi trong mổ cũng như quyết định phương pháp điều trị thích hợp. Siêu âm không xác định chính xác được vị trí sỏi, cũng như vị trí hẹp đường mật. Cắt lớp vi tính / Cộng hưởng từ (CLVT/CHT) đường mật cho hình ảnh tốt nhưng phải sử dụng thuốc cản quang đường tĩnh mạch và không phát hiện được sỏi đường mật không cản quang. Nội soi đường mật bằng ống soi mềm cho ta quan sát được hình ảnh trực tiếp của sỏi đường mật về vị trí, số lượng, tính chất của sỏi.

Theo kết quả bảng 3.4, đánh giá kết quả chẩn đoán vị trí sỏi của CLVT/CHT và nội soi đường mật cho thấy CLVT/CHT xác định được 33 BN (38,8%) sỏi ống mật chủ, nhưng kết quả nội soi đường mật chỉ thấy 29 BN (34,1%) có sỏi OMC. Đây là những trường hợp sỏi nằm vị trí

đoạn thấp của OMC, đúc khuôn, kích thước lớn. Trong lựa chọn BN nghiên cứu của chúng tôi, những trường hợp sỏi ở đoạn thấp OMC, đúc khuôn vẫn được nội soi kiểm tra bằng ống soi mềm kết hợp tán sỏi đường mật bằng laser. So sánh với báo cáo của các tác giả trong nước, vị trí sỏi đường mật trong gan cũng tương tự ghi nhận của chúng tôi. Nguyễn Hải Đăng báo cáo có sỏi đường mật trong gan 2 bên là 54,3%, sỏi đường mật trong gan trái là 27,1% và sỏi đường mật trong gan phải là 18,6% [7].

Nghiên cứu có kết quả sạch sỏi quan sát qua nội soi đường mật là 77 BN (90,5%). Kết quả của nghiên cứu cao hơn kết quả của Võ Đại Dũng: tỷ lệ sạch sỏi trong mổ là 39,5% [8]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, vị trí sỏi sỏi thường gặp tại trong gan trái (4,7%). Đường mật trong gan trái có các nhánh thùy gan trái, HPT 4, đây là những nhánh nhỏ, gấp khúc nên dễ tạo vị trí hẹp sinh lý, gây tạo sỏi. Ngoài ra đường đi của HPT 4 cũng dài vào tạo thành đường cong nên khó đưa ống soi vào tận nơi.

Với 8 trường hợp sỏi sỏi trong mổ chúng tôi chủ động để lại bởi những chỗ đường mật hẹp không thể đưa ống soi và que tán đi qua, nong bằng rọ + sỏi không có tác dụng hoặc những trường hợp sỏi quá to và rắn, thời gian tán sỏi kéo dài. Chúng tôi nhận thấy rằng lượng sỏi nhiều và sỏi trong gan là yếu tố làm giảm độ chính xác trong việc đánh giá sạch sỏi nếu chỉ dựa vào nội soi đường mật. NSĐM tuy là tiêu chuẩn vàng trong chẩn đoán sỏi đường mật nhưng không đủ để kết luận là sạch sỏi. Để kết luận sạch sỏi bệnh nhân phải được xác định sạch sỏi qua quan sát qua NSĐM, sạch sỏi trên siêu âm, sạch sỏi trên X - quang đường mật, do vậy BN vẫn cần phải siêu âm bụng trong quá trình điều trị sau mổ tại bệnh viện.



Hình 1. Tán sỏi đường mật trong gan bằng năng lượng laser

(Bệnh nhân: Tạ Thị B. 73 tuổi, mã bệnh án: 4954)

Tỷ lệ biến chứng chung của sỏi đường mật được ghi nhận từ nhiều báo cáo từ 5-54%, trung bình khoảng 20-22%. Trong nghiên cứu chúng tôi ghi nhận có 11 BN (12,9%) có biến chứng sau mổ. Rò mật có tỷ lệ cao với 6 BN (7,1%), Sử Quốc Khởi là 5,8% [9],

Có 06 BN (7,1%) rò mật gây thấm ướt băng chân dẫn lưu đường mật ở ngày thứ 5 sau mổ, hết ở ngày thứ 12 sau mổ và có bệnh nhân phải nằm tới ngày 33. Theo Liu D và cộng sự định nghĩa rò mật được phát hiện trong dẫn lưu kéo dài hơn 3 ngày, lượng nhiều hơn 100ml/ngày [10].

Đánh giá kết quả phẫu thuật điều trị sỏi đường mật kết hợp tán sỏi laser: Tốt 64 BN (75,3%), khá 6 BN (7,1%) là những trường hợp không biến chứng nhưng sót sỏi, trung bình 15 BN (17,6%) là những bệnh nhân sót sỏi và / hoặc có biến chứng. Kết quả phẫu thuật tương tự các tác giả khác khi tốt chiếm đa số trong nghiên cứu.

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật kết hợp tán sỏi đường mật bằng laser là phương pháp hiệu quả, thời gian tán sỏi và phẫu thuật nhanh. Tỷ lệ tai biến, biến chứng sau mổ thấp. Tỷ lệ sạch sỏi cao 90,5%. Kết quả điều trị tốt chiếm 75,3%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Mậu Anh, Nguyễn Đình Hôi (2012), "Sỏi đường mật", Nhà xuất bản Y học, Thành phố Hồ Chí Minh, tr. 337 - 380.
2. Gnocchi A. Costi R., Di Mario F., Sarli L. (2014), "Diagnosis and management of choledocholithiasis in the golden age of imaging, endoscopy and laparoscopy", World Journal of Gastroenterology. 20(37), tr. 13382-13401.
3. Patel SN và các cộng sự. (2015), "Holmium-yttrium aluminum garnet laser lithotripsy in the treatment of biliary calculi using single-operator cholangioscopy: a multicenter experience (with video).", Gastrointest Endosc. 79(2), tr. 344-348.
4. Lê Văn Lợi (2021), Nghiên cứu giá trị của cộng hưởng từ, phẫu thuật nội soi và nội soi tán sỏi qua ống nối mật - da điều trị sỏi đường mật chính, Viện nghiên cứu khoa học Y Dược Lâm sàng 108.
5. Passaro Edward Chang Tzu-Ming, Jr. (1983), "Intrahepatic stones: The Taiwan experience", The American Journal of Surgery. 146(2), tr. 241-244.
6. Xie E et al Huang Y Zheng C (2016), "Laparoscopic common bile duct exploration: a safe and definitive treatment for elderly patient". 31(6), tr. 2541-2547.
7. Nguyễn Hải Đăng (2013), "So sánh kết quả điều trị sỏi đường mật trong gan bằng kỹ thuật nội soi qua đường hầm ống mật chủ-túi mật-da và đường hầm Kehr", Luận văn Thạc sĩ Y học, Đại học Y Dược TP Hồ Chí Minh.
8. Võ Đại Dũng (2015), "Kết quả sớm của phẫu thuật nội soi điều trị sỏi đường mật trong gan có nội soi đường mật trong mổ", Luận án Thạc sĩ y học, Đại Học Y Dược Thành Phố Hồ Chí Minh.
9. Sử Quốc Khởi (2019), "Nghiên cứu ứng dụng phẫu thuật nội soi mở ống mật chủ lấy sỏi điều trị sỏi đường mật chính tại bệnh viện đa khoa Kiên Giang", Luận án tiến sĩ y học, Học viện quân y.