

PHẪU THUẬT MỞ NHU MÔ GAN LẤY SỎI ĐƯỜNG MẬT TRONG GAN: MỘT TRƯỜNG HỢP TẠI BỆNH VIỆN QUÂN Y 175

Nguyễn Văn Quỳnh¹, Lê Trung Hiếu^{2}*

Tóm tắt

Sỏi đường mật trong gan là bệnh lý phổ biến ở khu vực châu Á - Thái Bình Dương nói chung và Việt Nam nói riêng, chiến thuật điều trị rất đa dạng, với mục tiêu là lấy sạch sỏi. Ca lâm sàng của chúng tôi là một bệnh nhân (BN) nữ, 41 tuổi, tiền sử không có bệnh mạn tính, vào viện vì đau bụng hạ sườn phải kèm sốt vài tuần trước vào viện. BN được chẩn đoán “nhiễm trùng đường mật do sỏi đúc khuôn đường mật gan phải, chít hẹp ống gan phải, sỏi ống mật chủ”. BN được phẫu thuật mở nhu mô gan phải, lấy sỏi và mở ống mật chủ lấy sỏi, nong rộng ống gan phải, dẫn lưu Kehr. Hậu phẫu, BN diễn biến ổn định và ra viện sau 7 ngày điều trị. Qua trường hợp này chúng tôi nhận thấy mở nhu mô gan lấy sỏi có thể thực hiện trong một số trường hợp chọn lọc, mang lại hiệu quả sạch sỏi tốt.

Từ khóa: Mở nhu mô gan lấy sỏi; Sỏi đường mật trong gan; Sỏi mật.

HEPATIC PARENCHYMA LITHOTOMY OF HEPATOLITHIASIS: A CASE REPORT AT MILITARY HOSPITAL 175

Abstract

Hepatolithiasis is a common disease in the Asia-Pacific region in general and in Vietnam in particular, and management strategies are quite diverse with the aim of removing the stones completely. Our clinical case involves a 41-year-old female patient with no history of chronic illness who was admitted due to right upper quadrant pain accompanied by fever a few weeks prior. The patient was diagnosed with "Biliary tract infection due to right hepatolithiasis, stricture of the right hepatic duct, and common bile duct stones". The patient underwent open hepatic parenchyma lithotomy and common bile duct exploration to remove the stones,

¹Đơn vị Phẫu thuật Gan - Mật - Tụy, Khoa Ngoại bụng, Bệnh viện Quân y 175

²Trung tâm Ghép tạng, Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

*Tác giả liên hệ: Lê Trung Hiếu (liversurg108@gmail.com)

Ngày nhận bài: 29/4/2025

Ngày được chấp nhận đăng: 06/6/2025

<http://doi.org/10.56535/jmpm.v50i6.1322>

dilation of the right hepatic duct, and Kehr drainage. Postoperatively, the patient had a stable recovery and was discharged after 7 days of treatment. Through this case, we conclude that hepatic parenchyma lithotomy can be performed in selected cases, providing good stone clearance outcomes.

Keywords: Hepatic parenchyma lithotomy; Hepatolithiasis; Gallstone.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Sỏi đường mật trong gan là bệnh lưu hành ở khu vực châu Á - Thái Bình Dương, trong đó có Việt Nam, nơi tỷ lệ mắc trong cộng đồng có thể lên tới 30 - 50%, và cũng đang gia tăng phổ biến hơn với tỷ lệ 0,6 - 1,3% ở phương Tây [1]. Có nhiều phương pháp điều trị sỏi đường mật trong gan như mổ ống mật chủ kết hợp nội soi đường mật trong gan lấy sỏi, cắt gan, lấy sỏi qua da, mổ nhu mô gan lấy sỏi... Tuy nhiên, phương pháp điều trị tối ưu cho BN mắc sỏi đường mật trong gan vẫn chưa rõ ràng.

Phẫu thuật mở ống mật chủ kết hợp nội soi đường mật trong gan lấy sỏi gặp khó khăn khi đường mật trong gan chít hẹp, hơn nữa, nếu sỏi trong gan số lượng lớn thì mất rất nhiều thời gian và khó lấy được sỏi triệt để. Cắt gan được cân nhắc ở những BN có sỏi đường mật trong gan một bên [1], có thể loại bỏ nguy cơ ung thư đường mật [2], tuy nhiên để phẫu thuật cắt gan chúng ta phải đánh giá thêm nhiều yếu tố khác như toàn trạng BN, chức năng gan, thể tích gan còn lại, trình độ chuyên môn của phẫu thuật viên và gây mê hồi sức.

Do đó, không phải ở trung tâm nào cũng có thể thực hiện được. Bên cạnh đó, cắt gan do sỏi có những đặc điểm như đường mật giãn, viêm dày, dính, nhu mô gan xơ teo... là những khó khăn của phẫu thuật.

Lấy sỏi qua da đang là một xu thế hiện nay, tuy nhiên còn nhu mô gan xơ teo, còn đường mật viêm mạn tính do sỏi, tức là còn yếu tố nguy cơ của ung thư đường mật [3]. Phẫu thuật mở nhu mô gan lấy sỏi không phải là một khái niệm mới, nhưng ít được nhắc đến trong y văn. Chúng tôi thấy rằng, trong những trường hợp sỏi đúc khuôn ở đường mật trong gan nhiều, nhu mô gan còn tốt thì đây cũng là một lựa chọn phù hợp.

Ca lâm sàng của chúng tôi là một BN nữ, 41 tuổi, vào viện với sỏi đường mật đúc khuôn trong gan phải, sỏi ống mật chủ, BN được phẫu thuật mở nhu mô gan lấy sỏi, mổ ống mật chủ lấy sỏi, nông vị trí chít hẹp ống gan phải.

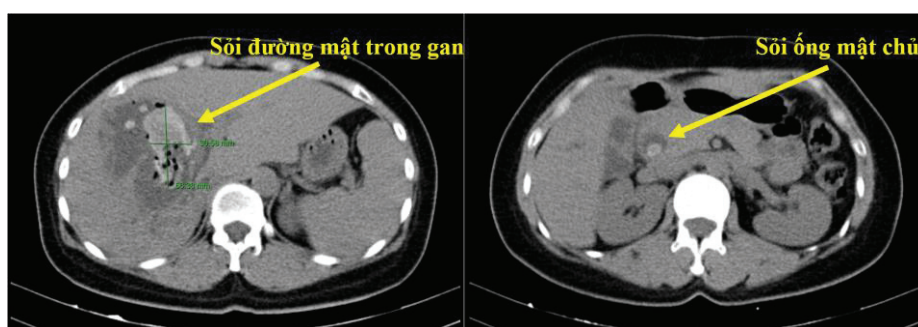
Chúng tôi báo cáo ca bệnh này nhằm: *Chia sẻ kinh nghiệm về lựa chọn phương án điều trị sỏi đường mật trong gan trong một số trường hợp được chọn lọc.*

GIỚI THIỆU CA BỆNH

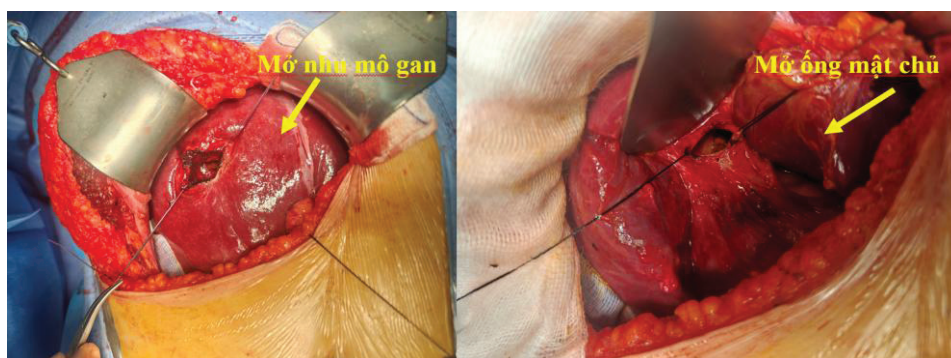
BN nữ, 41 tuổi, tiền sử không có bệnh mạn tính, vào viện vì đau bụng hạ sườn phải kèm sốt vài tuần trước vào viện. BN được chụp CLVT phát hiện sỏi đường mật trong gan, giãn đường mật gan phải, sỏi ống mật chủ, các xét nghiệm máu tiền phẫu trong giới hạn bình thường, BN không có dấu hiệu tắc mật. BN được chẩn đoán “Nhiễm trùng đường mật do sỏi đứ

khôn đường mật gan phải, chít hẹp ống gan phải, sỏi ống mật chủ”, được lên kế hoạch phẫu thuật mở ống mật chủ lấy sỏi, nội soi tán sỏi đường mật trong mô.

Nhận thấy sỏi đường mật trong gan nhiều, ống gan phải chít hẹp, nhu mô gan phải có 1 vị trí nhu mô mỏng khoảng 7mm, do đó chúng tôi thay đổi phương pháp, quyết định mở nhu mô gan lấy sỏi kết hợp với mở ống mật chủ lấy sỏi.

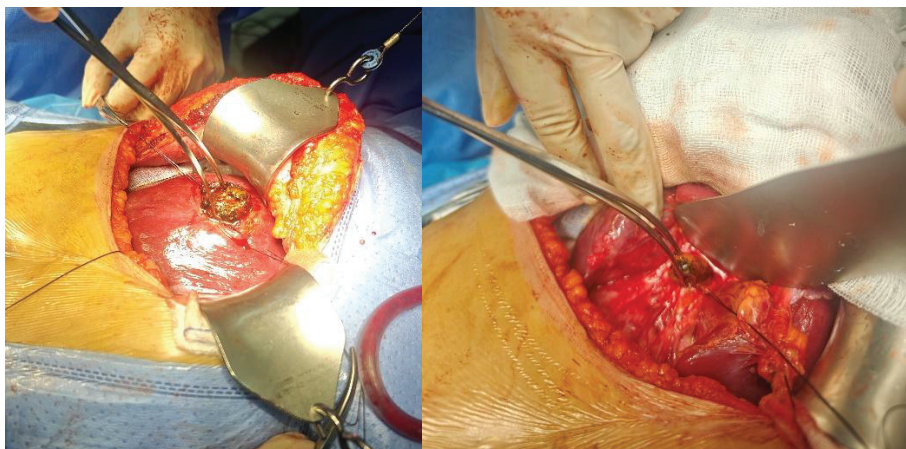


Hình 1. Hình ảnh sỏi đường mật gan phải và sỏi ống mật chủ trên phim CLVT.



Hình 2. Vị trí mở nhu mô gan và ống mật chủ.

Trong mổ, nhu mô gan phải chưa xơ teo, không có tổn thương bất thường nghi u, có một vị trí đường mật giãn thấy được trên bề mặt gan, chúng tôi mở nhu mô gan tại vị trí này để vào đường mật gan phải. Chúng tôi nhanh chóng tiếp cận và lấy sạch sỏi đường mật gan phải chỉ trong khoảng 15 phút. Sau đó chúng tôi tiếp tục mở ống mật chủ để lấy sỏi, bơm rửa sạch đường mật.



Hình 3. Lấy sỏi đường mật gan phải và sỏi ống mật chủ bằng dụng cụ.

Tại vị trí ống gan phải chít hẹp, chúng tôi nong rộng ống gan phải bằng dụng cụ và đặt dẫn lưu Kehr vào ống mật chủ. Ở vị trí mở nhu mô gan khâu 2 lớp: Khâu đường mật trước bằng chỉ PDS 4/0 và khâu nhu mô gan bằng chỉ vicryl 1/0.

Cuộc mổ diễn ra thuận lợi với tổng thời gian khoảng 2 tiếng, BN không có chảy máu lớn khi mở nhu mô gan, kiểm tra bằng ống nội soi mềm thấy tất cả sỏi trong đường mật gan phải và ống mật chủ được lấy hết, cơ Oddi thông thoáng. Hậu phẫu, BN ổn định, ra viện sau 7 ngày điều trị và không ghi nhận biến chứng.

BÀN LUẬN

Sỏi đường mật là bệnh lý có diễn biến bệnh phức tạp, có nhiều biến chứng nặng, thậm chí tử vong nếu không được điều trị kịp thời, đặc biệt là sỏi đường mật trong gan. Cho đến nay, những hiểu biết về nguyên nhân và cơ chế bệnh sinh của bệnh lý này còn chưa được đầy đủ. Do vậy, chưa có một phương pháp nào điều trị triệt để, loại bỏ nguyên nhân, ngăn ngừa sỏi tái phát.

Có nhiều phương pháp điều trị sỏi đường mật, đều tập trung cho mục đích cơ bản là lấy hết sỏi và phục hồi lưu thông đường mật, hạn chế sót sỏi và tái phát sỏi, ngăn ngừa và xử trí các biến

chứng. Với sự xuất hiện của máy nội soi đường mật giúp cho việc lấy sỏi đường mật nhất là đường mật trong gan dễ dàng hơn và triệt để hơn, giảm thiểu nguy cơ tái phát sỏi sau phẫu thuật, tuy nhiên với trường hợp của chúng tôi sỏi đúc khuôn trong gan phải khá to, nếu dùng máy nội soi để tán sỏi thì mất rất nhiều thời gian mà không triệt để, hơn nữa ống gan phải nghi ngờ chít hẹp, do đó chúng tôi quyết định thay đổi phương pháp trong quá trình phẫu thuật. Kết quả được như mong đợi, chỉ trong một thời gian ngắn chúng tôi có thể lấy sạch sỏi trong nhu mô, sỏi ống mật chủ và xử lý được vị trí hẹp đường mật.

Từ năm 1993, nghiên cứu của Miin-Fu Chen và CS cho thấy tỷ lệ mắc bệnh sỏi đường mật trong gan liên quan đến ung thư đường mật là 5%. Ở hầu hết BN mắc ung thư đường mật kết hợp với sỏi đường mật trong gan, chẩn đoán có thể được thực hiện trước phẫu thuật và trong quá trình mổ bụng. BN trải qua phẫu thuật cắt gan có tỷ lệ sống tốt hơn [3]. Gaetano Vetrone và CS (2006) kết luận rằng phẫu thuật là một phương pháp an toàn và hiệu quả để điều trị sỏi đường mật trong gan. Ung thư đường mật có thể phát triển do sỏi đường mật trong gan mạn tính và cắt gan loại bỏ nguy cơ này [2]. Trong trường hợp của chúng tôi, hình ảnh trên CLVT trước phẫu thuật và hình ảnh nhu mô gan trong mổ bình thường, do đó chúng tôi không đặt ra chỉ định phẫu thuật cắt gan, mà mục tiêu đặt ra là phải lấy hết sỏi. Tác giả Zhen-Yu Liu và CS (2011) cho thấy hút thuốc, tiền sử gia đình có bệnh ung thư và thời gian xuất hiện triệu chứng > 10 năm có thể là các yếu tố nguy cơ cho ung thư đường mật trong gan ở BN bị sỏi mật [4]. Nghiên cứu của Hao Cai và CS (2015) cũng cho thấy sỏi đường mật, bao gồm cả sỏi ống mật chủ, là những yếu tố nguy cơ quan trọng đối với ung thư đường mật trong gan. Cần xem xét việc theo dõi cẩn thận đối với những BN có sỏi đường mật ngoài gan [5].

En Liang Li và CS (2017) nghiên cứu về việc rạch nhu mô gan lấy sỏi ở các trường hợp sỏi nằm ở hạ phân thùy

[2, 4, 8], tác giả mở nhu mô gan và bộc lộ đường mật giãn để lấy sỏi, cho thấy, tỷ lệ biến chứng là 17,6%, tỷ lệ sạch sỏi là 88,2%, tỷ lệ sạch sỏi cuối cùng là 94,1% sau khi kết hợp nội soi tán sỏi. Tác giả kết luận rạch nhu mô gan lấy sỏi ở khu vực cửa thứ hai là an toàn với kết quả ngắn hạn và dài hạn hài lòng cho bệnh lý sỏi đường mật trong gan phức tạp. Việc điều trị sỏi đường mật trong gan phức tạp, chúng ta nên nhấn mạnh sự khác biệt cá nhân. Phương pháp này được chỉ định cho những BN không thể chịu đựng việc cắt bỏ nhiều phân thùy gan [1].

Tác giả Sujit Vijay Sakpal và CS (2009) cho rằng phẫu thuật vẫn là phương pháp điều trị quyết định cho sỏi đường mật trong gan. Tuy nhiên, các thủ thuật như chụp đường mật, mặc dù có giới hạn trong khả năng điều trị, vẫn đóng vai trò quan trọng trong chẩn đoán và đánh giá trước phẫu thuật [6].

Theo Kyung Sook Hong và CS (2011) nguyên tắc cơ bản cho việc điều trị bệnh sỏi đường mật trong gan nên là cắt gan. Tuy nhiên, điều này có thể dẫn đến thời gian phẫu thuật dài hơn và tỷ lệ biến chứng cao hơn so với các phương pháp khác. Cũng không có sự khác biệt về tỷ lệ tái phát sỏi đường mật trong gan giữa các phương pháp. Do đó, những phương pháp thay thế và nhỏ hơn có thể được xem xét cho những BN có tình trạng trước phẫu thuật kém [7]. Trong trường

hợp của chúng tôi, nếu phải cắt gan, BN phải cắt gan phải, tuy nhiên, đây là một cuộc mổ lớn, hơn nữa đường mật gan phải dẫn và viêm dính, cuộc mổ sẽ phức tạp, thời gian phẫu thuật kéo dài, nguy cơ sau mổ cao, do đó chúng tôi tính đến phương án nhẹ nhàng hơn cho BN.

Tác giả Xiaobin Feng và CS (2012) nhận thấy điều trị tối ưu của bệnh sỏi đường mật trong gan phức tạp vẫn là một nhiệm vụ rất khó khăn và thách thức đối với các bác sĩ phẫu thuật gan mật. Phẫu thuật nên được chỉ định cho tất cả các trường hợp sỏi đường mật trong gan. Phẫu thuật cắt gan là phương pháp điều trị hiệu quả đối với sỏi đường mật trong gan loại I và loại IIb theo phân loại của Dong. Thùy đuôi là đoạn gan độc đáo, về mặt giải phẫu tách biệt với phần còn lại của gan; nếu gan là một chiếc xe, thùy đuôi sẽ là "lốp dự phòng". Tác giả nhận thấy phẫu thuật cắt gan sẽ mang đến kết quả tốt hơn trong trung và dài hạn ở những BN được chọn lọc [8].

Tác giả Jin-Seok Park và CS (2013) kết luận sự hiện diện của hẹp đường mật là yếu tố dự đoán mạnh nhất cho các biến chứng tiếp theo sau điều trị ban đầu của bệnh sỏi mật. Hơn nữa, các biến chứng như viêm đường mật tái phát, áp xe gan, xơ gan mật thứ phát và ung thư đường mật có thể xảy ra thường xuyên ngay cả sau khi điều trị đa chuyên khoa. Do đó, cần phải theo dõi chặt chẽ, đặc biệt ở những BN bị sỏi mật kèm theo

hẹp đường mật hoặc sỏi còn sót lại, và ở người cao tuổi, ngay cả sau khi điều trị phục hồi [9]. Trong trường hợp của chúng tôi, sau khi lấy sạch sỏi và bơm rửa sạch đường mật, chúng tôi tiến hành kiểm tra thì phát hiện ống gan phải chít hẹp, do đó chúng tôi tiến hành nong rộng ống gan phải, để giảm thiểu nguy cơ tái phát sỏi sau phẫu thuật.

Theo nghiên cứu gần đây của Rodrigo V Motta và CS (2024), sỏi đường mật trong gan dường như phụ thuộc vào các yếu tố môi trường, thay vì các yếu tố di truyền và dân tộc, các trường hợp phức tạp có thể khó điều trị. Những trường hợp như vậy cần sự tham gia của đội ngũ bác sĩ đa chuyên ngành gồm các chuyên gia gan mật, nội soi, can thiệp và phẫu thuật gan mật. Điều trị phẫu thuật hoặc kết hợp nên được thực hiện một cách quyết liệt nhằm loại bỏ tất cả các phân thùy bị ảnh hưởng và sỏi đường mật trong gan, giảm nguy cơ tái phát và phát triển ung thư đường mật [10].

KẾT LUẬN

Qua trường hợp này, chúng tôi nhận thấy phẫu thuật mở nhu mô gan lấy sỏi ở những trường hợp sỏi đường mật khu trú trong gan số lượng nhiều, nhu mô gan còn tốt, chưa xơ teo là phương pháp khả thi và có thể mang lại kết quả lấy sạch sỏi tốt. Tuy nhiên, đây mới chỉ là kết quả ngắn hạn, cần tiếp tục theo dõi để có được nhận xét chính xác hơn về hiệu quả lâu dài.

Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu được thực hiện theo đúng quy định của Khoa Ngoại Bụng, Bệnh viện Quân y 175. Số liệu được Khoa Ngoại Bụng, Bệnh viện Quân y 175 cho phép sử dụng và công bố. Các tác giả cam kết không có xung đột lợi ích trong nghiên cứu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. En Liang Li, Qian Feng, Qing Ping Yang, et al. Effectiveness of hepatic parenchyma lithotomy of hepatolithiasis: A single-center experience. *Medicine*. 2017; 96:1-6.
2. Gaetano Vetrone, Giorgio Ercolani, Gian Luca Grazi, et al. surgical therapy for hepatolithiasis: A western experience. *J Am Coll Surg*. 2006; 202.
3. Miin-Fu Chen, Yi-Yin Jan, Chia-Siu Wang. A reappraisal of cholangiocarcinoma in patient with hepatolithiasis. *Cancer*. 1993; 71:2461-2465.
4. Zhen-Yu Liu, Yan-Ming Zhou, Le-Hua Shi. Risk factors of intrahepatic cholangiocarcinoma in patients with hepatolithiasis: A case-control study. *Hepatobiliary Pancreat Dis Int*. 2011; 10:626-631.
5. Hao Cai, Wen-Tao Kong, Chao-Bo Chen, et al. Cholelithiasis and the risk of intrahepatic cholangiocarcinoma: A meta-analysis of observational studies. *BMC Cancer*. 2015; 15:1-7.
6. Sujit Vijay Sakpal, Nitin Babel, Ronald Scott Chamberlain. Surgical management of hepatolithiasis. *HPB*. 2009; 11:194-202.
7. Kyung Sook Hong, Kyoung Tae Noh, Seog Ki Min. Selection of surgical treatment types for intrahepatic duct stones. *Korean J Hepatobiliary Pancreat Surg*. 2011; 15:139-145.
8. Xiaobin Feng, Shuguo Zheng, Feng Xia, et al. Classification and management of hepatolithiasis: A high-volume, single-center's experience. *Intractable & Rare Diseases Research*. 2012; 1:151-156.
9. Jin-Seok Park, Seok Jeong, Don Haeng Lee, et al. Risk factors for long-term outcomes after initial treatment in hepatolithiasis. *J Korean Med Sci*. 2013; 28:1627-1631.
10. Rodrigo V. Motta, Francesca Saffioti, Vasileios K Mavroeidis. Hepatolithiasis: Epidemiology, presentation, classification and management of a complex disease. *World J Gastroenterol*. 2024; 30:1836-1850.