

**PHÂN LOẠI, CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ HẸP ĐƯỜNG MẬT
Ở BỆNH NHÂN SỎI ĐƯỜNG MẬT CHÍNH**

Đỗ Sơn Hải^{1}, Nguyễn Quang Nam¹, Nguyễn Thị Diệu Liên²
Nguyễn Anh Tuấn³, Lê Thanh Sơn¹*

Tóm tắt

Hẹp đường mật (HĐM) là bệnh lý thường gặp ở bệnh nhân (BN) sỏi đường mật chính tại Việt Nam và khu vực Đông Á, Đông Nam Á. Bệnh ảnh hưởng rất nhiều tới kết quả điều trị sỏi và là một nguyên nhân chính của sỏi tái phát, khiến BN phải mổ lại nhiều lần. Đồng thời sỏi mật lại gây viêm đường mật tái diễn, tắc mật hoặc xơ gan mật, tạo điều kiện cho hình thành HĐM. Có nhiều cách phân loại HĐM nhằm đưa ra chẩn đoán và kế hoạch điều trị hợp lý. Để đánh giá hẹp một cách hoàn chỉnh thì nội soi đường mật (NSĐM) kết hợp X-quang và sau đó là cộng hưởng từ mật tụy (Magnetic resonance cholangiopancreatography - MRCP) và cắt lớp vi tính (CLVT) là các phương pháp có giá trị cao. Hiện nay, có nhiều phương pháp điều trị HĐM ở BN sỏi đường mật chính. Trong đó NSĐM để tán sỏi, nong HĐM và đặt stent qua các kênh dẫn lưu hoặc trong mổ là phương pháp ít xâm hại được áp dụng rộng rãi, cho thấy tính hiệu quả và an toàn với tỷ lệ sạch sỏi, hết HĐM cao, tỷ lệ biến chứng và tái phát thấp. Tuy nhiên, trong tương lai cũng cần có nhiều hơn các nghiên cứu đánh giá kết quả xa trong thời gian dài.

Từ khóa: Hẹp đường mật; Sỏi đường mật chính; Nội soi đường mật; Nong đường mật; Stent đường mật.

**CLASSIFICATION, DIAGNOSIS, AND TREATMENT OF BILIARY
STRICTURE IN PATIENTS WITH PRIMARY BILE DUCT STONE**

Abstract

Biliary stricture is a common disease in East Asia, Southeast Asia, and Vietnam. It significantly affects the results of biliary stone treatment and is the main cause

¹Bệnh viện Quân y 103, Học viện Quân y

²Bệnh viện Đa khoa Hà Đông

³Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

*Tác giả liên hệ: Đỗ Sơn Hải (dosonhai@vmmu.edu.vn)

Ngày nhận bài: 31/01/2024

Ngày được chấp nhận đăng: 30/5/2024

<http://doi.org/10.56535/jmpm.v49i6.747>

of recurrent stones, causing patients to require multiple operations. Another way bile duct stones cause recurrent cholangitis, biliary obstruction, or biliary cirrhosis, creating conditions for biliary stricture. There are many ways to classify biliary stricture to provide a reasonable diagnosis and treatment plan. Cholangioscopy combined with X-ray, MRCP, and CT-scan, is a highly valuable method for evaluating strictures completely. Currently, there are many methods to treat biliary strictures in patients with primary bile duct stones. In particular, choledochoscopy, stone lithotripsy, stricture dilation, and biliary stent are widely applied minimally invasive methods. They were proved to be effective and safe procedures with a high rate of stone and stricture clearance and a low rate of complications and recurrence. However, more studies are needed to evaluate the long-term outcomes in the future.

Keywords: Biliary stricture; Primary bile duct stones; Choledochoscopy; Stricture dilation; Biliary stent.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Mặc dù bệnh sỏi mật đã được biết đến từ khoảng thế kỷ XIV khi Benevenini phát hiện sỏi trong các xác ướp Ai Cập cổ đại, bệnh lý HDM mới chỉ được nghiên cứu trong những năm gần đây. Trong khu vực Đông Á và Đông Nam Á, tỷ lệ HDM ở BN sỏi đường mật chính khá cao (46,7 - 85%) [1]. Ở Việt Nam, tỷ lệ này theo các báo cáo là khoảng từ 35,7 - 84,2% [2].

Khuyến cáo theo đồng thuận của Hiệp hội Gan mật tụy Quốc tế năm 2022 đã đưa ra định nghĩa: “HDM là sự giảm khu trú khẩu kính đường mật so với phần đường mật kế cận với nó, có thể đi kèm với giãn đường mật bên trên vị trí hẹp” [1]. Tuy vậy, ở BN sỏi mật có HDM thì vấn đề HDM là

nguyên nhân hay hậu quả của sỏi mật cho đến nay vẫn chưa được minh chứng [3]. Các nghiên cứu gần đây cho thấy HDM làm cản trở sự lưu thông trong đường mật, gây nhiễm trùng đường mật, đây là yếu tố thuận lợi hình thành sỏi mật, gây sỏi sỏi và sỏi tái phát. Và chính những viên sỏi đó lại gây viêm đường mật tái diễn, tắc mật hoặc xơ gan mật, tạo điều kiện cho hình thành HDM như một vòng xoắn bệnh lý [1]. Mặc dù HDM luôn được coi là một vấn đề lớn, đầy thách thức trong suốt chiều dài lịch sử điều trị sỏi mật nhưng vấn đề chẩn đoán và điều trị ít được nhắc đến. Điều này dẫn tới nhiều thiếu sót trong thực tế lâm sàng vì HDM làm bệnh sỏi mật khó điều trị và cần phải can thiệp nhiều lần, tỷ lệ thất bại có thể lên tới 77% [3].

Do đó, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm tổng quan các: *Phân loại, chẩn đoán và những phương pháp điều trị HDM ở BN sỏi mật*. Các thông tin, dữ liệu được cập nhật theo các hướng dẫn chẩn đoán, điều trị lâm sàng (guideline) có uy tín hiện nay [1, 3, 4, 5] và các bài tổng quan trên những tạp chí lớn cũng như sách chuyên khảo. Ưu nhược điểm và những phương pháp hay được áp dụng cũng sẽ được làm rõ.

NỘI DUNG NGHIÊN CỨU

1. Phân loại hẹp đường mật ở BN sỏi đường mật chính

Có thể chia thành hai nhóm: Phân loại theo vị trí và phân loại theo hình thái hẹp:

* *Phân loại theo vị trí hẹp [4]:*

- Phân loại theo Tsunoda (1985):

+ Loại I: Không có hẹp và giãn đường mật trong gan;

+ Loại II: Giãn lan tỏa đường mật trong gan, không có HDM trong gan, có thể hẹp OMC;

+ Loại III: Giãn và HDM trong gan khu trú tại 1 bên gan phải hoặc trái;

+ Loại IV: Giãn và HDM cả gan phải và trái.

- Phân loại theo Ker CG (1997):

+ Loại trung tâm (central type): Hẹp ở rốn gan, ống gan chung hoặc OMC;

+ Loại phân thùy (segmental type): Hẹp bên trên rốn gan 10 - 30mm;

+ Loại hạ phân thùy (subsegmental): Hẹp ở các hạ phân thùy ngoại vi.

* *Phân loại theo hình thái [6]:*

- Phân loại theo Jeng KS (1992) dựa vào độ dài đoạn hẹp:

+ Hẹp dạng màng (membranous type): Độ dài đoạn hẹp rất ngắn, giống như một màng ngăn;

+ Hẹp dạng đoạn ngắn (short segment type): Độ dài đoạn hẹp < 1,5cm;

+ Hẹp dạng đoạn dài (long segment type): Độ dài đoạn hẹp > 1,5cm.

- Phân loại theo Lee SK (2001) dựa trên kích thước ống soi đường mật tiêu chuẩn (16Fr):

+ Không hẹp: Ống soi có thể qua dễ dàng;

+ Hẹp nhẹ: Ống soi gài vào được chỗ hẹp nhưng chỉ qua được sau khi nong;

+ Hẹp vừa: Ống soi gài vào được chỗ hẹp và không thể qua được dù đã nong;

+ Hẹp nặng: Chỗ hẹp có đường kính nhỏ hơn ống soi.

Dù phân loại như thế nào thì mục đích cuối cùng đều là để phục vụ cho việc chẩn đoán, tiên lượng và chọn lựa phương pháp điều trị. Về điều này thì cách phân loại theo hình thái có nổi bật hơn. Đặc biệt là phương pháp phân loại của Lee SK được sử dụng khá rộng rãi trong NSĐM. Trong các

guideline hiện nay, người ta thường sử dụng kết hợp các cách phân loại của hai nhóm để nêu bật được một cách toàn diện về HDM [1, 3, 5].

2. Chẩn đoán hẹp đường mật ở BN sỏi đường mật chính

Đặc điểm lâm sàng chẩn đoán HDM thường nằm trong bệnh cảnh chung của sỏi mật. BN có biểu hiện viêm đường mật hoặc tắc mật với tam chứng Charcot: Đau hạ sườn phải, sốt, vàng da. Xét nghiệm máu có tăng bạch cầu, bilirubin toàn phần và trực tiếp [2]. Để chẩn đoán xác định HDM, người ta dựa chủ yếu vào chẩn đoán hình ảnh. HDM được xác định bằng hình ảnh học là nơi mà tại đó khẩu kính ống mật thất lại với hình ảnh giãn đường mật bên trên [1] (*Hình 1*). Một số phương pháp chẩn đoán hình ảnh hay được áp dụng hiện nay:



Hình 1. Hẹp đường mật gan trái.

* Chụp X-quang đường mật:

Phần lớn guideline hiện nay đều khuyến cáo sử dụng hình ảnh X-quang là phương tiện chọn lựa đầu tiên để chẩn đoán HDM [3, 5]. Ưu điểm của phim X-quang là hình ảnh rất sắc nét. Tuy nhiên, nhược điểm là khi một nhánh mật hẹp nặng hoặc tắc hẳn thì thuốc cản quang có thể không vào được [2]. Hiện nay, có thể chụp bằng nhiều kỹ thuật khác nhau từ X-quang đường mật xuyên gan qua da (XGQD) qua dẫn lưu Kehr, đến kết hợp với NSDM:

- X-quang đường mật XGQD: Kim bơm thuốc được đưa vào nhánh mật giãn phía trên chỗ hẹp dưới hướng dẫn siêu âm. Nhờ vậy, hình ảnh hẹp được hiện rõ. Đây là phương pháp chẩn đoán hiệu quả, nhất là khi đường mật giãn to, và còn có thể dẫn lưu đường mật khi cần thiết. Khả năng chẩn đoán HDM và sỏi mật của phương pháp này đạt từ 60 - 90% [7]. Tuy nhiên, đây là kỹ thuật can thiệp nên có thể có biến chứng và trong trường hợp có nhiều vị trí hẹp khác nhau thì dễ bỏ sót tổn thương.

- X-quang đường mật qua dẫn lưu Kehr: Sau khi phẫu thuật mở ống mật chủ (OMC), phẫu thuật viên thường sẽ đặt dẫn lưu Kehr. Việc chụp hình đường mật qua đó có thể xác định được nhiều vị trí hẹp và sỏi; nhưng

có nhược điểm là chỉ có thể thực hiện đối với những BN đã phẫu thuật và có dẫn lưu Kehr. Hơn nữa đối với những nhánh mật hẹp nặng hoặc ở trong gan cách xa OMC thì đôi khi cũng không hiện được trên phim do thuốc không vào được khi bơm ngược dòng [8].

- Chụp đường mật trong mổ: Phương pháp bơm thuốc cản quang vào qua vị trí mở đường mật trong khi phẫu thuật hoặc bơm qua kênh nước của ống soi đường mật và chụp C-arm trong mổ. Nếu chụp X-quang đường mật trong khi nội soi khả năng phát hiện sỏi và HDM lần lượt là 100% và 91,3% [5]. Đây là phương pháp hiện được áp dụng nhiều nhờ ưu điểm không những có thể xác định vị trí, mức độ HDM ở mọi nhánh của cây đường mật mà còn dễ xử trí ngay tổn thương này trong mổ giúp nâng cao hiệu quả và rút ngắn thời gian điều trị. Tuy nhiên, do cần phải kết hợp X-quang trong mổ và NSDM nên phương pháp này chỉ thực hiện được ở những cơ sở và trung tâm y tế lớn, có điều kiện tốt về trang thiết bị.

** Siêu âm gan mật:*

Siêu âm có khả năng phát hiện sỏi mật với những ưu điểm như: Rẻ tiền, cơ động và không xâm lấn. Tuy nhiên đối với HDM, siêu âm chỉ có thể phát hiện được nhờ vào đo khẩu kính của đường mật. Như vậy nó chỉ cho thấy

những hình ảnh gián tiếp là đường mật giãn bên trên chỗ hẹp; chứ ít chính xác trong việc đánh giá xác định nguyên nhân và mức độ tắc nghẽn [2]. Do đó hiện nay, ít tác giả sử dụng siêu âm để chẩn đoán xác định HDM mà thường sử dụng nó như một phương pháp khảo sát bổ trợ.

** Chụp cắt lớp vi tính:*

Cắt lớp vi tính có thể cho thấy hình ảnh sỏi và ống mật bị hẹp hoặc tắc mà chụp X-quang không phát hiện được, phân biệt dễ dàng giữa sỏi và khí trong đường mật và đánh giá được thể tích của phần gan tổn thương. Đồng thời nó cũng phát hiện các nguyên nhân gây biến đổi đường mật như sỏi hay u. Các nghiên cứu đã cho thấy CLVT có độ nhạy 75 - 80% và độ đặc hiệu 60 - 80% trong chẩn đoán HDM ngoài gan [3, 8, 9]. Tuy nhiên đối với HDM trong gan, chụp CLVT có giá trị tương đối thấp với độ nhạy và độ đặc hiệu chỉ 30 - 50%. Hơn nữa, chụp CLVT cũng rất khó phát hiện sỏi mật không cản quang nên cũng dễ bỏ sót tổn thương [2].

** Chụp cộng hưởng từ mật tụy (Magnetic resonance cholangiopancreatography-MRCP):*

MRCP tạo ra hình ảnh cây đường mật có độ tương phản và phân giải cao giúp đánh giá vị trí, tính chất của sỏi và HDM, đạt mức chính xác trong chẩn đoán. Phương pháp này đặc biệt

thích hợp trên BN có cả sỏi mật và HDM. Theo các tác giả, MRCP là phương pháp không xâm hại, có thể chẩn đoán HDM đến phân thùy và hạ phân thùy với độ chính xác 97,5%, độ nhạy 92%, độ đặc hiệu 98,95% [2, 5, 9]. Nhờ ưu điểm này mà MRCP ngày nay đã được sử dụng làm tiêu chuẩn chẩn đoán HDM tại nhiều trung tâm lớn trên thế giới. Tuy nhiên, nhược điểm là MRCP không thể phân loại được mức độ HDM để chỉ định điều trị, vai trò trong chẩn đoán HDM lành tính hay ác tính của phương pháp này cũng rất hạn chế, khó thực hiện ở những BN có máy tạo nhịp, implant, tâm lý sợ không gian hẹp (claustrophobia) [2].

** Nội soi đường mật:*

Ống soi mềm lần đầu tiên được giới thiệu ở Mỹ năm 1965. Năm 1970, ống soi mềm CHF của hãng Olympus ra đời. Ống soi này được cải tiến rất nhiều về thấu kính quang học, thao tác thực hiện và khả năng tiếp cận đường mật nên được rất nhiều phẫu thuật viên sử dụng. Yamakawa là người tiên phong thực hiện NSDM ống mềm qua đường hầm Kehr để lấy sỏi sót sau mổ năm 1982. Từ đó đến nay, NSDM đã cho thấy là một phương pháp chẩn đoán và điều trị bệnh lý đường mật chính xác và an toàn. Đặc biệt, NSDM là phương pháp duy nhất cho thấy được hình ảnh trực tiếp của HDM. Lee SK dựa trên cơ sở của ống soi đường

mật đã đề ra phân loại HDM được áp dụng rộng rãi cho đến nay [6]. Năm 2022, Hội nghị gan-mật-tụy thế giới đã đưa ra khuyến cáo khá hoàn chỉnh về NSDM [1]. Trên cơ sở đó, năm 2023, khuyến cáo của Hiệp hội Nội soi Tiêu hóa Hoa Kỳ [3] và hướng dẫn lâm sàng của Hội Tiêu hóa Hoa Kỳ [5] đã hoàn thiện quy trình NSDM với các loại ống soi mềm được khuyến cáo áp dụng hiện nay.

Bản chất của NSDM là đưa ống soi qua vị trí tiếp cận để khảo sát đường mật. Vị trí tiếp cận có thể là các đường hầm XGQD, dẫn lưu Kehr, mật-ruột-da, túi mật-ống mật chủ-da, mật-quai ruột biệt lập-da hoặc qua chỗ mở đường mật trong mổ. Những nhánh mật mà các phương pháp thông thường có thể bỏ sót thì với nội soi nhiều khả năng sẽ được phát hiện [7]. Đối với HDM, nội soi có thể quan sát trực tiếp thương tổn hẹp, xác định chính xác vị trí, số lượng, mức độ, khẩu kính và độ dài đoạn hẹp, độ viêm xơ của thương tổn hẹp và có thể khảo sát tế bào học. Tuy nhiên, nội soi sẽ gặp khó khăn khi thao tác trong một đường mật quá gấp góc, ống soi không thể tiếp cận được những vị trí này nên khả năng bỏ sót thương tổn vẫn có thể xảy ra [5]. Ngày nay, NSDM kết hợp kỹ thuật chụp X-quang đường mật chọn lọc trong mổ (selective cholangiography), tức là bơm thuốc qua ống soi để chụp từng

nhánh mật khó khảo sát, sẽ khắc phục được nhược điểm trên và có thể chẩn đoán rất chính xác HDM [10].

Tóm lại, nhiều phương pháp có thể sử dụng chẩn đoán được HDM nhưng để đánh giá hẹp một cách hoàn chỉnh thì NSDM kết hợp X-quang, và sau đó là MRCP và CLVT là có giá trị cao nhất [1, 3, 5, 10].

3. Các phương pháp điều trị HDM ở BN sỏi mật

Một số phương pháp điều trị chính hiện đang áp dụng:

* *Phẫu thuật nối mật ruột:*

Hiện nay, các kỹ thuật nối mật-ruột trong điều trị HDM được tiến hành theo kiểu Ω hoặc Roux-en-Y bắc qua đoạn hẹp. Ưu điểm của phương pháp này là có kết quả tương đối khả quan, lưu thông mật ruột được tái lập qua đoạn nối tắt. Tuy nhiên đây chỉ là phương pháp điều trị tạm thời, không giải quyết được tổn thương hẹp. Hơn nữa tỷ lệ biến chứng sớm lên tới 26,6% bao gồm viêm đường mật trào ngược, hội chứng túi cùng... [5].

* *Phẫu thuật cắt gan:*

Phẫu thuật cắt gan được chỉ định cho những trường hợp HDM khu trú ở một thùy, phân thùy hay hạ phân thùy gan, khi đó tiến hành cắt bỏ cả phân gan chứa sỏi và thương tổn HDM. Nhìn chung phẫu thuật cắt gan khá

hiệu quả trong điều trị HDM với tỷ lệ điều trị thành công lên tới 90% [8] và có thể xử trí tương đối triệt để HDM. Nhưng nhược điểm của phương pháp này là nhiều tai biến, biến chứng (18,7%), di chứng suy gan do giảm thể tích gan sau mổ (15,1%), thời gian mổ và hậu phẫu kéo dài [8].

* *Nội soi đường mật nông chít hẹp, tán sỏi và đặt stent:*

Năm 1986, Matsumoto lần đầu tiên áp dụng nội soi lấy sỏi đường mật qua dẫn lưu, kết hợp chẩn đoán HDM bằng ống soi mềm cho các trường hợp sỏi sỏi và sỏi tái phát, tỷ lệ hết sỏi đạt 70 - 90% [6]. Gần đây, hướng dẫn lâm sàng của Hội Tiêu hóa Hoa Kỳ năm 2023 đã đưa ra những khuyến cáo khá chi tiết về điều trị HDM qua NSDM. Cho đến nay, các tác giả thường tiến hành NSDM qua các kênh chính là đường hầm XGQD, dẫn lưu Kehr, mật-ruột-da, túi mật-ống mật chủ-da, quai ruột biệt lập và NSDM trong mổ mở ống mật chủ, mở nhu mô gan lấy sỏi.

- NSDM xuyên gan qua da: Để tạo đường vào, đầu tiên dùng catheter có đường kính 6 - 8Fr để dẫn lưu đường mật trên chỗ tắc nghẽn, sau đó nong đường hầm mỗi 2 ngày đến khi có đường kính 16 - 18F. Ngày nay, có thể nong đường hầm XGQD chỉ trong 1 thì phẫu thuật, sau đó giữ đường hầm bằng Amplatz để có thể NSDM ngay.

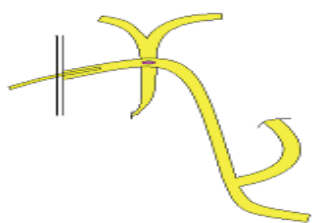
Đây là phương pháp tiếp cận ít xâm hại được áp dụng nhiều hiện nay với thao tác đơn giản, chỉ định rộng rãi, có thể áp dụng cho những trường hợp BN già, yếu, có bệnh lý nền không thể tiến hành các phương pháp khác được [5]. Tuy nhiên nhược điểm là tỷ lệ thành công khi tán sỏi và nong HDM không cao (70,2%). Điều này là do hướng đi của ống soi là xuôi dòng từ trên xuống dưới nên khó khăn hơn khi khảo sát cây đường mật, lấy sỏi và nong HDM [10]. Thêm vào đó, đường hầm XGQD chỉ là đường hầm tạm thời, nó sẽ mất đi vài ngày sau khi rút dẫn lưu. Như vậy, nếu BN có sỏi hoặc hẹp tái phát thì phải tiến hành thực hiện lại từ đầu.

- NSDM qua đường hầm dẫn lưu Kehr: Đường hầm Kehr thường hình thành sau khi mổ 3 - 4 tuần. Sau đó phẫu thuật viên sẽ luồn ống soi qua đường hầm này để vào OMC, từ đó tiếp cận các nhánh đường mật. Thông thường sẽ lấy sạch sỏi và nong HDM ở phía dưới trước để đảm bảo lưu thông đường mật xuống tá tràng qua cơ Oddi, sau đó mới đi ngược lên để xử trí các tổn thương phía trên. Nhờ sự lưu thông tốt và không gian làm việc rộng nên ống soi có sự cơ động. Chính vì vậy, phương pháp này có tỷ lệ thành công cao (93,2 - 97,7%) [5]. Tuy vậy nhược điểm lớn nhất của nó là chỉ có thể thực hiện ở thì thứ hai sau phẫu thuật. Mặt khác cũng giống như đường hầm

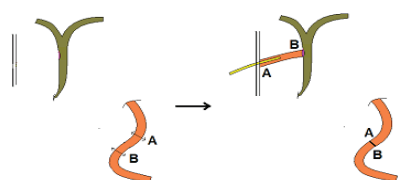
XGQD, dẫn lưu Kehr cũng chỉ là đường hầm tạm thời.

- NSDM qua đường hầm mật-ruột-da, mật-quai ruột biệt lập-da và túi mật-ống mật chủ-da (đường hầm lâu dài): Trước khả năng tái phát cao của sỏi và tổn thương HDM, năm 1987, Fang K và Chou TC đã khởi xướng phẫu thuật nối mật-ruột với đầu ruột đặt dưới da nhằm tạo một ngõ vào lâu dài để xử lý sỏi và hẹp tái phát (Hình 2). Khi đó, không cần lưu lại dẫn lưu để giữ đường hầm sau mổ, vị trí đầu ruột đặt dưới da sẽ được đánh dấu để nội soi lại khi BN bị tái phát. Tuy nhiên, phẫu thuật này về lâu dài có khả năng gây một số hậu quả như viêm đường mật ngược dòng, hội chứng túi cùng và ung thư hóa. Để khắc phục những nhược điểm đó, năm 2001, Li Y đã đề xướng phương pháp cải tiến là nối mật-da với một đoạn hồng tràng biệt lập (Hình 3). Tuy vậy, kỹ thuật này tiến hành phức tạp hơn, tai biến và biến chứng lớn hơn (12,4% so với 5,1%). Hơn nữa, về chức năng, đoạn ruột biệt lập không thể điều hòa được hoạt động chứa và bài tiết mật [5]. Đến năm 2003, Tian FZ đã thực hiện nối phếu túi mật với OMC, đồng thời đính đáy túi mật vào thành bụng nhằm tạo ngõ vào đường mật lâu dài để xử lý sỏi và HDM tái phát (Hình 4). Phương pháp này có kỹ thuật đơn giản, giữ được chức năng sinh lý bình thường

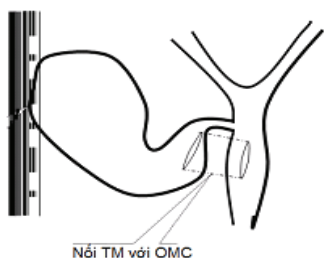
của túi mật, của cơ vòng Oddi và ống tiêu hóa. Nhưng các guideline hiện nay cũng khuyến cáo chỉ thực hiện được phẫu thuật này với túi mật không viêm mủ, không hoại tử, không xơ teo và với cơ vòng Oddi hoạt động bình thường [5, 10].



Hình 2. Đường hầm mật-ruột-da.



Hình 3. Nối mật-da bằng quai ruột biệt lập.



Hình 4. Đường hầm túi mật-ống mật chủ-da.

- NSĐM trong mổ mở ống mật chủ hoặc mở nhu mô gan lấy sỏi: Mở ống mật chủ và mở nhu mô gan lấy sỏi là

phẫu thuật kinh điển của bệnh lý sỏi đường mật chính. Đối với HĐM, thì kết hợp phương pháp này với nội soi tán sỏi và nong đường mật trong cùng một cuộc mổ mang lại hiệu quả cao [5]. Qua lỗ mở của ống mật chủ hoặc nhu mô gan, phẫu thuật viên sẽ đưa ống soi đường mật vào thao tác giống như là qua các đường hầm dẫn lưu mật đã nêu ở trên. Sau khi nong HĐM và lấy sạch sỏi, có thể tạo một trong các đường hầm lâu dài để dự phòng sỏi và hẹp tái phát. Các kỹ thuật được thực hiện trong cùng một cuộc mổ nên rút ngắn thời gian điều trị mà vẫn đảm bảo hiệu quả. Tuy vậy, do kết hợp nhiều phương pháp nên thời gian mổ kéo dài, phạm vi xâm hại lớn, nhiều tai biến, biến chứng [9].

** Các phương pháp tán sỏi:*

- Tán sỏi cơ học: Chủ yếu là tán bằng Mirizzi hoặc rọ. Phương pháp này đơn giản, dễ thực hiện nhưng khó tán sỏi triệt để.

- Tán sỏi điện thủy lực: Kỹ thuật này được Burhenne áp dụng trong điều trị sỏi mật vào năm 1985. Về lý thuyết, điện thủy lực có thể phá vỡ bất cứ dạng sỏi nào. Do đó, tán sỏi điện thủy lực cho tỷ lệ sạch sỏi lên tới 97,6% [5]. Bất lợi là nguy cơ cao tổn thương đường mật, các mảnh sỏi bị vỡ có kích thước lớn, khó có thể lấy ra ngay được mà phải tán nhiều lần.

- Tán sỏi laser: Năm 1991, tán sỏi laser lần đầu tiên được Orli báo cáo, sử dụng máy tán sỏi Nd-YAG laser. Hiện nay có thể hệ máy tán sỏi Holmium laser mới với hệ thống tự động ngưng phát tia khi tiếp xúc với thành đường mật, giúp an toàn và hiệu quả hơn. Tỷ lệ sạch sỏi phương pháp này là 80 - 94%, ít tai biến nhưng thời gian tán sỏi dài hơn so với điện thủy lực [5].

** Các phương pháp nong HDM:*

- Nong bằng dụng cụ (sử dụng Mirizzi, Benique, rọ kéo sỏi...): Phương pháp đơn giản có hiệu quả tức thì. Tuy nhiên tỷ lệ gây tổn thương đường mật và hẹp tái phát rất cao [7].

- Nong bằng bóng nong (baloon): Năm 1990, Jeng KS đã đề xuất nong HDM trong mổ bằng bóng nong [6]. Bóng nong đường mật được đưa qua chỗ hẹp theo dây dẫn; bơm bóng với áp lực 4 - 6 atm, giữ trong khoảng 5 phút, nếu chỗ hẹp biến mất thì là nong thành công. Hiện nay, hay sử dụng bóng nong có đường kính tối đa tới 16Fr hoặc 18Fr. Thân bóng khi chưa bơm nhỏ, có thể đưa qua kênh dụng cụ của ống soi. Phương pháp này tuy an toàn nhưng có nhược điểm là tỷ lệ thành công chưa cao (71,2%), tỷ lệ hẹp lại (recoil) lớn: 25,4 - 30,7% [7].

- Nong bằng ống nong đồng trục: Sử dụng các ống nong có kích thước lớn dần từ 8 - 18Fr, đưa theo dây dẫn qua

chỗ hẹp. Thông thường cần phải nong nhiều lần mới đạt được đường kính mong muốn (16 - 18Fr). Nong bằng ống nong đồng trục có tỷ lệ thành công cao nhất trong các phương pháp (90,2%), tuy nhiên tỷ lệ tai biến, biến chứng cũng cao (15,7 - 23,4%) [5]. Do đó phương pháp này được khuyến cáo sử dụng khi nong bằng bóng nong thất bại.

** Đặt stent đường mật:*

Tỷ lệ hẹp tái phát sau nong mà không lưu stent khá cao (24 - 58%). Hướng dẫn lâm sàng năm 2023 của Hội Tiêu hóa Hoa Kỳ cho rằng những tổn thương hẹp vừa hoặc nặng theo phân loại của Lee SK hoặc hẹp đoạn dài theo phân loại của Jeng KS (độ dài > 1,5cm) thì cần phải đặt stent [5]. Có hai loại stent hay được áp dụng hiện nay:

- Stent kim loại (Metallic stent): Được đặt vào vị trí hẹp và được tự bung rộng trong đường mật. Stent nằm hoàn toàn bên trong đường mật nên BN dễ chịu. Tuy nhiên, nhược điểm là giá thành cao, khó thay stent. Để stent lâu ngày nên có nguy cơ viêm đường mật do kích ứng vật liệu, ứ trệ đường mật, khả năng tạo sỏi và gây hẹp lại lớn [10].

- Stent trong-ngoài (Internal External Stent) hay stent da-mật (Bilio-cutaneous stent): Là các ống silicone hay nhựa kích thước 16 - 18Fr. Gọi là stent trong

ngoài vì một đầu stent đặt trong đường mật còn đầu ngoài vi thì đưa ra ngoài cơ thể. Thời gian lưu stent khoảng từ 1 - 6 tháng, phụ thuộc vào mức độ HDM, tình trạng sỏi đường mật. Stent trong-ngoài có ưu điểm là dễ thay stent, ít gây viêm nhiễm, giá thành rẻ. Tuy nhiên nhược điểm là dễ trôi stent ra ngoài, viêm nhiễm chân dẫn lưu và gây bất lợi trong sinh hoạt cho BN [9].

Nhìn chung nong HDM, tán sỏi và đặt stent là những kỹ thuật bước đầu cho thấy tính an toàn và hiệu quả [5, 9, 10]. Tuy vậy, rất ít tác giả trên thế giới và chưa có tác giả nào ở Việt Nam tiến hành theo dõi đánh giá kết quả điều trị HDM trong thời gian dài. Những kết quả xa này mới thực sự có ý nghĩa trong việc xác định tỷ lệ thành công hay thất bại trong điều trị. Do đó, vấn đề này cần được tiếp tục nghiên cứu chuyên sâu trong tương lai.

KẾT LUẬN

Sỏi mật và HDM tạo nên vòng xoắn bệnh lý. Có nhiều cách phân loại HDM nhằm đưa ra chẩn đoán và kế hoạch điều trị. Để đánh giá hẹp một cách hoàn chỉnh thì NSDM kết hợp X-quang trong mổ và sau đó là MRCP và CLVT là các phương pháp có giá trị cao. Hiện nay, có nhiều phương pháp điều trị HDM ở BN sỏi đường mật chính. Trong đó NSDM để tán sỏi, nong HDM và đặt stent qua các kênh dẫn

lưu hoặc trong mổ là phương pháp ít xâm hại được áp dụng rộng rãi. Phương pháp này bước đầu cho thấy tính hiệu quả và an toàn. Tuy nhiên trong tương lai cũng cần có nhiều hơn các nghiên cứu đánh giá kết quả xa trong thời gian dài.

Cam kết: Nhóm tác giả cam kết không có xung đột lợi ích trong nghiên cứu này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Angsuwatcharakon P, Kulpatcharapong S, Moon JH, Ramchandani M. Consensus guidelines on the role of cholangioscopy to diagnose indeterminate biliary stricture. *International Hepato-pancreato-biliary-association Journal*. 2022; 24(1):17-29.
2. Phùng Tấn Cường. *Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị HDM trong gan do sỏi mật bằng chụp cộng hưởng từ mật tụy (MRCP)*. Nhà xuất bản Y học. 2012.
3. American Society for Gastrointestinal Endoscopy (ASGE) guideline on the role of endoscopy in the diagnosis of malignancy in biliary strictures of undetermined etiology: Summary and recommendations. ASGE database. https://www.asge.org/docs/default-source/guidelines/sfvrsn=570ac85c_1. Accessed January 7, 2023.

4. Tokyo guidelines 2018, Japanese Society of Hepato- Biliary- Pancreatic surgery database. https://www.jshbps.jp/modules/en/index.php?content_id=47. Accessed December 7, 2018.
5. ACG clinical guideline: Diagnosis and management of biliary strictures. American College of Gastroenterology database. <https://gi.org/guidelines/biliarystrictures/2736>. Accessed June 9, 2023.
6. Lee SK, Seo DW, Myung SJ, Park ET, Lim BC, Kim HJ, et al. Percutaneous transhepatic cholangioscopic treatment for hepatolithiasis: An evaluation of long-term results and risk factors for recurrence. *Gastrointestinal Endoscopy*. 2001; 53:318-323.
7. Nakai Y, Isayama H, Wang HP, et al. International consensus statements for endoscopic management of distal biliary stricture. *J Gastroenterol Hepatol*. 2020; 35:967-979.
8. Wong MY, Saxena P, & Kaffes AJ. Benign biliary strictures: A systematic review on endoscopic treatment options. *Diagnostics*. 2020; 10(4):221.
9. Ayoub F, Othman MO. Guidelines on cholangioscopy for indeterminate biliary strictures: One step closer to consensus. *Hepatobiliary Surgery and Nutrition*. 2023; 12(5):776.
10. Rey Rubiano AM, González-Teshima LY. Clinical practice guideline on the use of single-operator cholangioscopy in the diagnosis of indeterminate biliary stricture and the treatment of difficult biliary stones. *Surgical Endoscopy*. 2024; 38(2):499-510.