

Kết quả điều trị sỏi mật trong gan trái bằng phẫu thuật lấy sỏi phối hợp cắt gan thùy trái tại Bệnh viện Đà Nẵng

Đặng Văn Thời¹, Nguyễn Hoàng²

1. Trường Đại học Kỹ thuật Y - Dược Đà Nẵng, 2. Bệnh viện Đà Nẵng

Địa chỉ liên hệ:

Đặng Văn Thời,
Trường Đại học Kỹ thuật Y - Dược
Đà Nẵng
99 Hùng vương, Hải Châu, Đà Nẵng
Điện thoại: 0972 468 234
Email: dvthoi@dhktyduocdn.edu.vn

Ngày nhận bài: 17/4/2026

Ngày chấp nhận đăng:
09/6/2026

Ngày xuất bản: 25/6/2026

Tóm tắt

Đặt vấn đề: Sỏi mật tại Việt Nam chủ yếu là sỏi đường mật trong và ngoài gan, thường kèm hẹp đường mật và tỷ lệ tái phát cao. Phẫu thuật lấy sỏi kết hợp cắt gan phân thùy chứa sỏi được xem là giải pháp tối ưu để giải quyết triệt để nhu mô tổn thương.

Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu tiến cứu những người bệnh điều trị sỏi mật trong gan trái bằng phương pháp phẫu thuật mở ống mật chủ (OMC) lấy sỏi kết hợp cắt gan thùy trái tại Bệnh viện Đà Nẵng từ tháng 01/2023 đến tháng 09/2025.

Kết quả: Có 34 trường hợp trong nghiên cứu của chúng tôi được phẫu thuật mở ống mật chủ lấy sỏi kết hợp cắt gan thùy trái. Lý do vào viện đa số là đau hạ sườn phải (85,3%), triệu chứng lâm sàng đau hạ sườn phải chiếm tỷ lệ cao nhất (91,2%). Mở OMC lấy sỏi đặt dẫn lưu Kehr được thực hiện ở 34 người bệnh (100%). Biến chứng sau mổ có 2 người bệnh bị nhiễm trùng vết mổ (5,8%), 1 người bệnh có tụ dịch ổ bụng sau mổ chiếm (2,9 %). Tái khám từ 1–6 tháng chưa phát hiện trường hợp tụ dịch hay tái phát sỏi.

Kết luận: Phẫu thuật lấy sỏi phối hợp cắt gan thùy trái là phương pháp hiệu quả và an toàn, giúp giải quyết triệt để bệnh lý sỏi đường mật kèm tổn thương nhu mô gan.

Từ khóa: Sỏi mật trong gan; phẫu thuật cắt gan; phẫu thuật lấy sỏi phối hợp cắt gan.

Outcomes of surgical stone removal combined with left lobectomy for left intrahepatic duct stones at Da Nang Hospital

Dang Van Thoi, Nguyen Hoang

1. Da Nang University of Medical Technology and Pharmacy, 2. Da Nang Hospital

Abstract

Introduction: Biliary lithiasis in Vietnam primarily consists of intra- and extrahepatic duct stones, often associated with biliary strictures and high recurrence rates. Surgical stone removal combined with segmentectomy of stone-bearing area is considered as a optimal solution for radical management of damaged parenchyma.

Patients and Methods: A prospective server was conducted on patients with left intrahepatic duct stones treated by open common bile duct (CBD) exploration for stone removal combined with left lobectomy at Da Nang Hospital from January 2023 to September 2025.

Results: A total of 34 patients in our study underwent common bile duct exploration with stone removal in combination with left hepatectomy. The most common reason for admission was right hypochondriac pain (85.3%), and this clinical symptom was manifested in 91.2% of cases. CBD exploration for stone removal with T-tube drainage was performed in 34 patients (100%). Postoperative complications included two cases of surgical site infection (5.8%) and one case of postoperative intra-abdominal fluid collection (2.9%). No complications such as fluid collection or stone recurrence were observed after follow-up from one to six months.

Conclusions: Surgical stone removal combined with left lobectomy is an effective and safe method, providing a radical solution for associated parenchyma lesions

Keywords: Intrahepatic duct stones; Hepatectomy; Surgical stone removal combined with hepatectomy.

Đặt vấn đề

Sỏi mật là một bệnh lý khá phổ biến ở Việt Nam cũng như nhiều nước trên thế giới, phần lớn sỏi không có biến chứng, thường gặp ở người bệnh cao tuổi, do nhiều nguyên nhân gây ra. Ở các nước Âu

Mỹ, sỏi đường mật chủ yếu là sỏi túi mật (60-90%) thành phần cấu tạo chủ yếu là cholesterol. Ở các nước phương Đông, khu vực Đông Nam Á và một số nước khí hậu nhiệt đới, cận nhiệt đới sỏi đường mật chủ yếu là ở đường mật chính ở trong và ngoài gan

chiếm tới 70-80%. Ở nước ta sỏi đường mật thường hình thành tại chỗ do viêm chít hẹp đường mật kết hợp với yếu tố nhiễm trùng ở 93-98% trường hợp. Nghiên cứu của một số tác giả Châu Á theo dõi người bệnh sỏi trong gan đã được điều trị lấy hết sỏi hoàn toàn cho thấy tỷ lệ tái phát sỏi trung bình từ 20-30% sau 2-5 năm. Tại bệnh viện Đà Nẵng trong những năm gần đây đã có nhiều phương pháp điều trị sỏi mật như: phẫu thuật nội soi lấy sỏi OMC, nội soi mật tụy ngược dòng, mở nhu mô gan lấy sỏi, cắt gan điều trị sỏi mật... Tuy nhiên, do bệnh cảnh của sỏi mật phức tạp, sỏi trong gan có kèm theo hẹp đường mật chiếm tỷ lệ cao 40-96%, vì vậy khả năng làm sạch sỏi khó và tỷ lệ tái phát cao. Mặt khác sỏi trong gan lâu ngày có thể dẫn đến áp xe gan khu trú, xơ hóa teo phần gan có sỏi, áp xe đường mật, chảy máu đường mật... Chính vì vậy, phẫu thuật lấy sỏi kết hợp cắt gan lấy hết phần nhu mô bị tổn thương là phương pháp lí tưởng mà nhiều tác giả đã lựa chọn để điều trị sỏi đường mật. Tại Bệnh viện Đà Nẵng đã tiến hành nhiều ca phẫu thuật lấy sỏi phối hợp cắt gan để điều trị sỏi mật trong gan trái, tuy nhiên vẫn chưa có nhiều nghiên cứu đánh giá về phương pháp này. Từ tình hình thực tiễn đó, chúng tôi tiến hành thực hiện nghiên cứu đề tài với mục tiêu mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá kết quả sớm phẫu thuật lấy sỏi phối hợp cắt gan thùy trái điều trị các người bệnh sỏi mật trong gan trái.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu

Đối tượng nghiên cứu: Bao gồm 34 người bệnh nhập viện điều trị sỏi mật trong gan trái bằng phương pháp phẫu thuật mở ống mật chủ lấy sỏi kết hợp cắt gan thùy trái tại Bệnh viện Đà Nẵng.

Tiêu chuẩn chọn:

Được chẩn đoán sỏi đường mật dựa vào: tam chứng Charcot và phương tiện chẩn đoán hình ảnh như siêu âm, CT scan hoặc MRI.

Sỏi gan trái gây áp xe đường mật, xơ teo thùy gan, có thể kèm hoặc không kèm sỏi đường mật

ngoài gan được chỉ định phẫu thuật lấy sỏi phối hợp cắt gan.

Child-Pugh A hoặc B.

Tiêu chuẩn loại trừ:

Có biến chứng nhiễm trùng nặng hoặc sốc nhiễm trùng.

Xơ gan mất bù.

Ung thư đường mật.

Người bệnh không đồng ý hợp tác nghiên cứu.

Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu tiến cứu, cắt dọc, không đối chứng.

Cỡ mẫu: 34 người bệnh

Nội dung nghiên cứu:

Đặc điểm chung: tuổi, giới, nơi sinh sống.

Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của đối tượng nghiên cứu

Đánh giá kết quả phẫu thuật và kết quả tái khám sau mổ 1 tháng, 3 tháng, 6 tháng

Phương pháp thu thập và xử lý số liệu:

Thu thập số liệu theo phiếu điều tra và phiếu tái khám

Xử lý số liệu: Số liệu được nhập và phân tích trên phần mềm thống kê y học SPSS 20.0 và Excel 2019.

Kết quả

Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Nữ giới chiếm đa số với tỷ lệ Nữ/Nam: 24/10=2,4. Độ tuổi trung bình: $53,9 \pm 8,8$ với nhóm tuổi từ 41-60 chiếm tỷ lệ cao nhất với 67,6%. Nơi sinh sống chủ yếu là ở nông thôn, chiếm 61,8 %.

Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng

Triệu chứng chủ yếu đưa người bệnh vào viện là đau hạ sườn phải có 29/34 người bệnh với tỷ lệ 85,3%. Đa số người bệnh chưa có tiền sử mổ sỏi mật trước đây, có 27/34 bệnh chiếm tỷ lệ 79,4%. Triệu chứng đau hạ sườn phải xuất hiện trên người bệnh có 31 bệnh với tỷ lệ 91,2%.

Trong các tổn thương thì tình trạng xơ teo gan, thùy gan là hay gặp nhất với Siêu âm: 26,5%; CT: 34,6%; MRI: 22,2%.

Bảng 1. Vị trí sỏi đường mật qua chẩn đoán hình ảnh

Vị trí sỏi	Siêu âm n=34		CTscan n=26		MRI n=9	
	NB	%	NB	%	NB	%
Sỏi trong và ngoài gan	12	35,2	15	57,7	4	44,4
Sỏi trong gan đơn thuần	22	64,8	11	42,3	5	55,6
Tổng cộng	34	100	26	100	9	100

Nhận xét: Sỏi ngoài gan kết hợp trong gan qua CT chiếm đa số (57,7%). Sỏi trong gan đơn thuần qua Siêu âm là 64,8%, qua CT là 42,3%; qua MRI là 55,6%.

Đánh giá kết quả phẫu thuật

33 người bệnh sạch sỏi hoàn toàn (97,1%). Có 1 trường hợp sót sỏi gan trái sau mổ chiếm 2,9%: vị trí sỏi sót nằm ở hạ phân thùy 4.

Bảng 2. Biến chứng sau mổ

Biến chứng	Số lượng	Tỷ lệ %
Không biến chứng	30	88,2
Nhiễm trùng vết mổ	2	5,8
Tụ dịch sau mổ	1	2,9
Rò mật sau mổ	1	2,9
Tổng cộng	34	100

Nhận xét: 2 người bệnh bị nhiễm trùng vết mổ chiếm 5,8%. Có 1 người bệnh có tụ dịch ổ bụng sau mổ chiếm 2,9 %. Đa số người bệnh không có biến chứng sau mổ chiếm 88,2 %.

Bảng 3. Kết quả tái khám

Thời điểm tái khám	Vấn đề	Số lượng
1 tháng	Sốt sỏi sau mổ	1
	Tụ dịch ổ bụng sau mổ	0
	Số người bệnh tái khám	26 (76,4%)
3 tháng	Sốt sỏi/tái phát sỏi sau mổ	1
	Tụ dịch ổ bụng sau mổ	0
	Số người bệnh tái khám	14 (41,1%)
6 tháng	Sốt sỏi/tái phát sỏi sau mổ	1
	Số người bệnh tái khám	1

Nhận xét: Không có người bệnh nào tụ dịch sau mổ, không có người bệnh tái phát tại thời điểm 6 tháng sau mổ; 1 người bệnh sót sỏi sau mổ chiếm 2.9%: đây chính là trường hợp sót sỏi ở hạ phân thùy 4 phát hiện khi chụp đường mật qua Kehr trong tuần đầu sau mổ.

Bàn luận

Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ nữ/nam là 2,4, cao hơn so với kết quả của Phí Hải Đường (2,02) [2], Võ Đại Dũng (2,3) [3] và Phạm Văn Cường (1,54) [4]. Độ tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là 53,9 ± 8,8 (từ 40 đến 74 tuổi), tương đồng với công bố của Vũ Việt Đức [6]. Nhóm tuổi phổ biến nhất từ 41–60 (67,6%), kết quả này phù hợp với ghi nhận của Nguyễn Công Long [7].

Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng

Lý do nhập viện chủ yếu trong nghiên cứu là đau hạ sườn phải (85,3%), tương đồng với kết quả của Trần Hữu Ngọc (86,7%) [8]. Điều này cho thấy người bệnh thường chỉ tìm kiếm điều trị khi xuất

hiện các triệu chứng cấp tính như đau, sốt hoặc vàng da. Về tiền sử mổ sỏi mật, đa số người bệnh chưa từng can thiệp sỏi mật (79,4%), trong khi tỷ lệ mổ cũ 1 lần và 2 lần, lần lượt là 17,6% và 3%. Những trường hợp can thiệp nhiều lần gây thách thức lớn cho phẫu thuật viên do tình trạng dính ổ bụng, biến đổi giải phẫu đường mật và mạch máu gan sau các đợt viêm tái diễn, làm hạn chế khả năng bộc lộ ống mật chủ và đánh giá các tạng lân cận. Về triệu chứng lâm sàng, đau hạ sườn phải chiếm tỷ lệ cao nhất (91,2%), trong khi sốt trên 37,5°C và vàng da lần lượt là 20,5% và 38,2%. Kết quả này tương đồng với Vũ Việt Đức [6] (đau 98,33%; vàng da 20%) và Trần Mạnh Hùng [9] (đau 97,1%; sốt 35,7%; vàng da 38,6%). Dựa trên phân loại tổn thương gan của GS. Đỗ Đức Vân, các biến chứng nhu mô trong nghiên cứu của chúng tôi được ghi nhận cụ thể: siêu âm phát hiện áp xe gan (8,8%), teo gan (26,5%); trong khi đó, CT scan ghi nhận tỷ lệ áp xe gan và teo gan cao hơn, lần lượt là 11,5% và 34,6%.

Phẫu thuật cắt gan phổi hợp lấy sỏi

Chỉ định cắt gan trong nghiên cứu tuân thủ quan điểm của Tôn Thất Tùng [10] và Xiaobing Feng [11] đối với sỏi gan khu trú kèm hẹp đường mật, xơ teo nhu mô, áp xe hoặc nghi ngờ u đường mật [11, 12, 13]. So với Phí Hải Đường [2], nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận sự tương đồng về tỷ lệ cắt gan do áp xe nhưng cao hơn về tỷ lệ cắt gan do teo thùy gan. 100% trường hợp được mổ OMC lấy sỏi và đặt dẫn lưu Kehr nhằm giảm áp, bơm rửa và chụp kiểm tra sau mổ. Đây cũng là đường hầm dự phòng để nội soi lấy sỏi nếu có sỏi sỏi hậu phẫu [14]. Tỷ lệ phối hợp cắt túi mật chiếm 14,7% trên các người bệnh có sỏi túi mật xác định trước và trong mổ nhằm triệt tiêu nguy cơ biến chứng và tái phát sỏi về sau.

Đánh giá kết quả phẫu thuật

Kết quả giải phẫu bệnh ghi nhận tổ chức đường mật xơ hóa chiếm đa số (70,6%), tiếp đến là viêm đường mật mạn tính (20,6%) và áp xe đường mật (8,8%); không phát hiện trường hợp ung thư đường mật. Về hiệu quả làm sạch sỏi, tỷ lệ sạch sỏi hoàn toàn qua chụp đường mật qua Kehr đạt 97,1%, chỉ có 1 trường hợp sót sỏi hạ phân thùy 4 (2,9%). Kết quả

này tương đồng với các tác giả quốc tế như Da-Wei Chen (90%) [15] và Takahiro (88%) [16], đồng thời khẳng định ưu thế của phẫu thuật trong việc kiểm soát sỏi đường mật ngoài gan so với trong gan.

Về biến chứng hậu phẫu, đa số người bệnh ổn định (88,2%), các biến chứng ghi nhận bao gồm nhiễm trùng vết mổ (5,8%), áp xe tồn dư ổ bụng (2,9%) và rò mật sau mổ (2,9%). Trường hợp áp xe tồn dư có thể là do dẫn lưu chưa tốt. Sau mổ người bệnh có triệu chứng đau nhẹ hạ sườn phải, sốt nhẹ. Siêu âm có ổ tụ dịch dưới hoành. Chúng tôi tiến hành đổi kháng sinh phổ rộng, sau điều trị người bệnh ổn định và ra viện. 1 trường hợp chúng tôi phát hiện hình ảnh động thuốc cản quang qua diện cắt thùy gan trái, tuy nhiên dịch dẫn lưu ổ bụng không ghi nhận dịch mật và lâm sàng người bệnh không có triệu chứng, chúng tôi lưu Kehr cho chảy mật tự nhiên và hẹn chụp sau 1 tuần kết quả không còn hình ảnh động thuốc như trước, chúng tôi cho cột Kehr và rút sau đó 1 tuần, người bệnh ổn định. 2 trường hợp có chảy dịch, mổ vết mổ chúng tôi cho cấy dịch mổ, cả 2 trường hợp kết quả cấy có vi khuẩn. Sau đó 5 trường hợp được điều trị kháng sinh theo kết quả kháng sinh đồ phối hợp với nặn dịch vết mổ và thay băng hàng ngày, sau điều trị vết mổ khô người bệnh ổn định và ra viện. So với các tác giả nước ngoài, tỷ lệ biến chứng trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn đáng kể. Cụ thể, Da-Wei Chen [15] báo cáo tỷ lệ nhiễm trùng vết mổ là 22%, dò mật 5% và chảy máu ổ bụng 3%. Nghiên cứu của chúng tôi không ghi nhận các biến chứng nặng như viêm phúc mạc hay chảy máu trong ổ bụng, cũng không có trường hợp tử vong hoặc xin về. Kết quả khả quan này có được là nhờ đối tượng nghiên cứu chủ yếu là cắt thùy gan trái được thực hiện dưới hình thức mổ phiến, kết hợp với kinh nghiệm và kỹ thuật cắt gan ngày càng hoàn thiện của các phẫu thuật viên hiện nay. Sau phẫu thuật 100% người bệnh của chúng tôi đều dùng kháng sinh sau mổ, điều trị giảm đau, nâng cao thể trạng. Tất cả người bệnh của chúng tôi đều đặt dẫn lưu dưới gan và mổ cắt để theo dõi chảy máu và dò mật. Kết quả không thấy trường hợp nào chảy máu và dò mật sau mổ. Có một

người bệnh do dẫn lưu không tốt và rút sớm nên gây áp xe tồn dư, sau khi được chọc hút dưới hướng dẫn của siêu âm thì bệnh đã ổn định. Hầu hết người bệnh (88,2%) xuất viện vào ngày thứ 7 hậu phẫu; các trường hợp xuất viện muộn hơn (ngày 9–11) chủ yếu do cần thời gian điều trị các biến chứng tại chỗ. Trong 34 trường hợp nghiên cứu, chúng tôi tái khám sau 1 tháng được 26 người bệnh: trong đó có 1 người bệnh siêu âm kiểm tra còn sỏi đường mật gan trái. Không có người bệnh nào có tụ dịch sau mổ. Các trường hợp tái khám sau đó vào tháng thứ 3, thứ 6 chưa phát hiện trường hợp nào có tái phát sỏi sau mổ.

Kết luận

Phẫu thuật lấy sỏi phổi hợp cắt gan thùy trái trong điều trị sỏi đường mật trong gan trái cho thấy hiệu quả điều trị tốt với tỷ lệ sạch sỏi cao, phẫu thuật này được xem là giải pháp an toàn và phù hợp trong điều trị các trường hợp sỏi mật trong gan trái có biến chứng xơ teo gan, áp xe gan, hẹp đường mật có chỉ định phẫu thuật.

Cam đoan

Nhóm nghiên cứu cam đoan rằng nghiên cứu này là công trình do chúng tôi thực hiện, các số liệu và kết quả trình bày là trung thực, chưa từng được công bố trên bất kỳ tạp chí hoặc công trình khoa học nào khác.

Tài liệu tham khảo

1. Nguyễn Đình Hối, Nguyễn Mậu Anh (2012), “Sỏi đường mật”, Nhà xuất bản y học.
2. Phí Hải Đường (2008), “Đánh giá kết quả phẫu thuật cắt gan trong điều trị sỏi mật tại bệnh viện Việt Đức”, Luận văn tốt nghiệp bác sĩ chuyên khoa II, Trường đại học y Hà Nội.
3. Võ Đại Dũng (2021), “Kết quả phẫu thuật nội soi điều trị sỏi gan tại bệnh viện Trưng vương (2015-2019)/Võ Đại Dũng”, Y Học TP. Hồ Chí Minh. 25(1), tr. 155-161.

4. Phạm Văn Cường (2009), “Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, thương tổn giải phẫu và kết quả sớm điều trị phẫu thuật sỏi trong gan tại bệnh viện Việt Đức”, Luận văn Chuyên Khoa II, trường đại học y Hà Nội.
5. Ran X., Yin B., Ma B. (2017), “Four major factors contributing to intrahepatic stones”, Gastroenterology research and practice. 2017, pp.1-5.
6. Vũ Việt Đức, Trần Đức Quý (2021), “Đánh giá kết quả điều trị sỏi đường mật trong gan bằng phẫu thuật nội soi và sử dụng ống soi mềm tán thủy lực qua ống nối mật da tại bệnh viện trung ương quân đội 108”, Tạp chí Y học Việt Nam. 498(1), tr.165-169.
7. Nguyễn Công Long, Lê Lục Long (2022), “Đánh giá kết quả phương pháp nội soi mật tụy ngược dòng ở người bệnh sỏi ống mật chủ tại bệnh viện Bạch Mai.
8. Trần Hữu Ngọc (2020), “Đánh giá kết quả phẫu thuật sỏi mật tái phát và sỏi sỏi đường mật sau mổ”, Luận văn chuyên khoa II, Trường đại học y dược Huế.
9. Tôn Thất Bách, Trần Đình Giang, Nguyễn Duy Huê (2005), “Kỹ thuật cắt gan theo Tôn Thất Tùng”, Phẫu thuật gan mật, Nhà xuất bản y học, pp. tr. 7-11.
10. Feng X., et al. (2012), “Classification and management of hepatolithiasis: A high-volume, single-center’s experience”, Intractable & rare diseases research. 1(4), pp.151-156.
11. Uchiyama K., et al. (2002), “Indication and procedure for treatment of hepatolithiasis”, Archives of Surgery. 137(2), pp.149-153.
12. Catena M., et al. (2006), “Treatment of non-endemic hepatolithiasis in a Western country. The role of hepatic resection”, The Annals of The Royal College of Surgeons of England. 88(4), pp.383-389.
13. Bộ môn ngoại (2007), “Điều trị ngoại khoa sỏi đường mật”, Điều trị ngoại khoa tiêu hóa, Trường đại học y dược thành phố Hồ Chí Minh, Nhà xuất bản y học, pp. tr.145-161.
14. Chen D.W., et al. (2004), “Immediate and long-term outcomes of hepatectomy for hepatolithiasis”, Surgery. 135(4), pp.386-393.
15. Yang T., Lau W.E., Lai E.C. (2010), “Hepatectomy for bilateral primary hepatolithiasis: a cohort study”, Annals of surgery. 251(1), pp.84-90.