

HƯỚNG DẪN CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ SỎI TRONG GAN- NGOÀI GAN

Sỏi trong gan chiếm tỉ lệ cao (15-30%) trong sỏi đường mật ở nước ta. Bệnh sinh sỏi trong gan do nhiễm trùng và ký sinh trùng (ít gặp) đến từ đường tiêu hóa. Sỏi trong gan có triệu chứng thường kết hợp sỏi ngoài gan. Chẩn đoán STG không khó tuy nhiên đánh giá các thương tổn ở gan và đường mật đi kèm để có chiến lược điều trị hiệu quả là vấn đề phức tạp. Điều trị STG là một thách thức đối với BS phẫu thuật vì thường có đến 40-50% BN có tiền sử đã phẫu thuật đường mật một đến vài lần và STG có đặc thù là khó lấy hết sỏi cũng như sỏi thường tái phát. Do đó để điều trị hiệu quả cần có chẩn đoán chính xác dựa trên lâm sàng và cận lâm sàng để có chiến lược điều trị cũng như điều trị phối hợp nhiều mô thức để đạt tỉ lệ sạch sỏi cao nhất cũng như giảm tỉ lệ sỏi tái phát và khi có sỏi tái phát thì xử lý cũng nhẹ nhàng.

1.Chẩn đoán:

1.1.Lâm sàng:

- BN thường có hội chứng nhiễm trùng với sốt, đau bụng trên (P) có khi vàng da. Tam chứng Charcot chiếm tỉ lệ không cao.
- STG không triệu chứng được phát hiện tình cờ bằng chẩn đoán hình ảnh như siêu âm, chụp CT scan...
- Tiền sử 40-50% BN đã được phẫu thuật lấy sỏi mật hay thủ thuật can thiệp đường mật (ERCP, PTC).

1.2.Sinh hóa:

- Công thức máu: HC, BC, TC.
- Chức năng gan: TQ, Bilirubine, Alkaline phosphatase, ALT, AST...
- Chức năng thận: BUN, Creatine...

1.3.Hình ảnh học: có tính quyết định trong chẩn đoán.

- Siêu âm: cho thấy hình ảnh STG-NG với độ nhạy và độ đặc hiệu cao. Ngoài ra đưa hình ảnh đường mật dẫn, vị trí sỏi (trương đối chính xác), tuy nhiên không xác định được hẹp đường mật, xơ gan, áp xe gan, ung thư đường mật.
- MRCP (chụp cộng hưởng từ mật-tụy): chẩn đoán chính xác cao STG-NG. Ngoài ra còn xác định thương tổn hẹp đường mật, xơ gan, có thể xác định áp xe và ung thư đường mật. Tuy nhiên MRCP trên thực tế được chỉ định cho trường hợp khó, đã phẫu thuật nhiều lần, cần khảo sát tổn thương đường mật đi kèm.

1.4.Xếp loại STG theo mức độ nặng:

- ❖ Xếp loại theo mức độ nặng của Hội nghiên cứu STG của Nhật:
 - Độ I: không có triệu chứng (20%).

- Độ II: có đau bụng (25%).
- Độ III: có vàng da thoáng qua hay NTĐM.
- Độ IV: vàng da liên tục, nhiễm trùng hay UTĐM. (Độ 3 và 4: 55%).
 - ❖ Xếp loại theo mức độ các tổn thương ĐM của Tsunoda:
 - Loại I: không có dẫn rỗ hay hẹp ĐM trong gan.
 - Loại II: dẫn lớn ĐM trong gan nhưng không có hẹp ĐM.
 - Loại III: dẫn dạng nang đơn độc hay lan rộng, kèm hẹp ĐM trong gan ở một bên gan.
 - Loại IV: như loại III ở 2 bên gan.

2.Điều trị:

2.1.Chỉ định:

STG có chỉ định ngoại khoa khi thuộc độ II-IV theo hội nghiên cứu STG của Nhật hay độ II-IV theo Tsunoda.

2.2.Trong tình huống cấp cứu:

BN nhập viện trong tình trạng nhiễm trùng đường mật nặng. Tiến trình điều trị cấp cứu như sau:

- Hồi sức: sonde mũi mật, dịch truyền, kháng sinh mạnh.
- Điều chỉnh chức năng gan, thận.
- Khoảng 90% BN đáp ứng hồi sức ngoại khoa. Phẫu thuật lấy sỏi kết hợp đa mô thức như trong phần dưới đây.
- Khoảng 10% BN không đáp ứng hồi sức ngoại khoa (sốc nhiễm trùng đường mật) được giải áp đường mật cấp cứu:
 - PTBD (dẫn lưu đường mật qua da): nếu dẫn đường mật khu trú. ERCP đặt sonde mũi-mật thường không hiệu quả cho STG.
 - Phẫu thuật mở OMC thông đường mật và dẫn lưu Kehr trên chỗ tắc nghẽn.
 - Hai trường hợp sau này sau khi giải áp đường mật cấp cứu ổn định. BN được phẫu thuật chương trình như dưới đây.

2.3.Trong phẫu thuật chương trình:

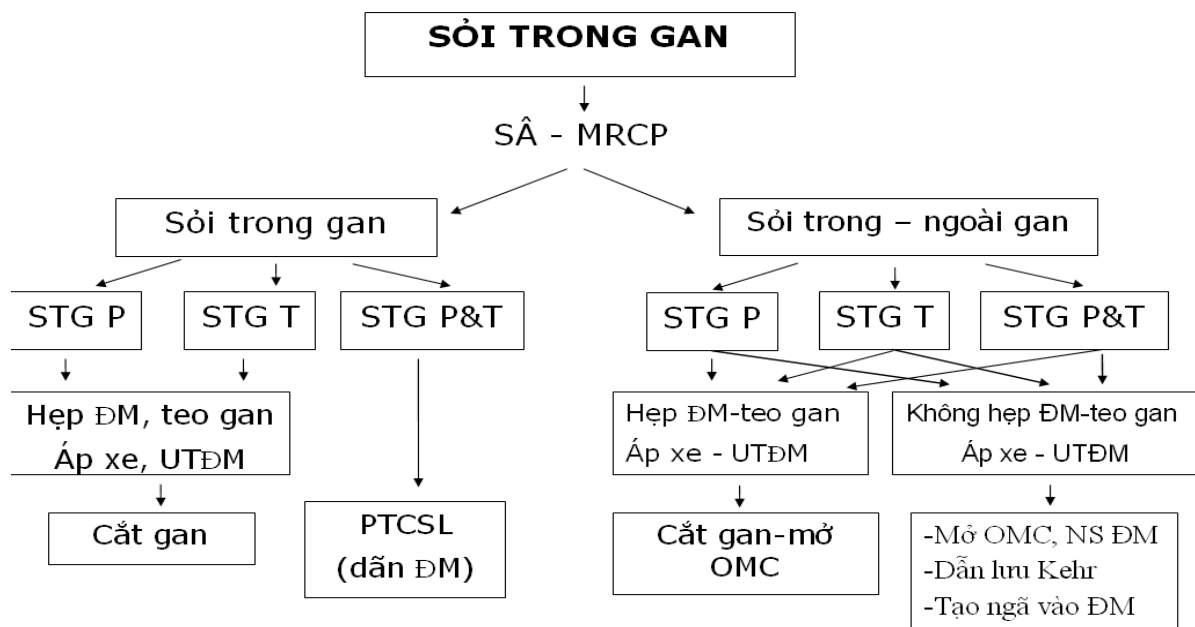
- Đa số BN STG được điều trị phẫu thuật chương trình. Sau khi điều trị tình trạng nhiễm trùng ổn định và điều chỉnh chức năng gan-thận.
- Các phương pháp phẫu thuật thường áp dụng:
 - 1/PT mở OMC lấy sỏi, NSĐM, dẫn lưu Kehr (NSĐM: nội soi đường mật)
 - 2/PT mở OMC lấy sỏi, NSĐM, cắt gan*, dẫn lưu kehr (* khi có chỉ định)
 - 3/PT mở OMC lấy sỏi, NSĐM, nối thông mật ra da (nối OMC-hỗng tràng quai ruột dưới da, nối túi mật-OMC mở thông TM ra da, mở thông OMC bằng quai ruột biệt lập).

- Trong phẫu thuật có thể phối hợp đa mô thức trên cho một BN.

2.4.Điều trị sau phẫu thuật lấy sỏi:

- Sau mổ 1 tuần siêu âm bụng và chụp đường mật qua ống Kehr: hết sỏi thì rút Kehr sau 3 tuần.
- Còn STG sót trên hình ảnh siêu âm hay chụp đường mật:
 - . NSĐM lấy sỏi sót qua đường Kehr sau 3 tuần.
 - . NSĐM lấy sỏi sót qua đường mở thông mật ra da.

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ STG ĐỀ XUẤT



TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Al-Sukhni.W., S.Gallinger, A. Pratzner et al. (2008). Recurrent Pyogenic Cholangitis with Hepatolithiasis. The Role of Surgical Therapy in North America. J. Gastrointestinal Surgery, 12:496-503.
2. Cheng Y.F., Lee T.Y., Sheen-Chen S.M., Huang T.L., Chen T.Y. (2000). Treatment of complicated hepatolithiasis with biliary stricture by ductal dilatation and stenting: long-term results. World J Surg,24: 712-716.(#)
3. Cheon YK., YD.Cho, JH. Moon et al. (2009). Evaluation of long-term results and recurrent factors after operative and nonoperative treatment for hepatolithiasis. Surgery, 146 (5): 843-853.
4. Cheung MT, PCH Kwok. (2005). Liver resection for intrahepatic stones. Arch. Surg.; 140: 993-997.

5. Nguyễn Cao Cương, Phan Hiệp Lợi, Văn Tần (2002). Chỉ định và kết quả điều trị phẫu thuật cắt gan điều trị sỏi trong gan. *Y học tp Hồ Chí Minh, tập 6 phụ bản 2*: 269-275.
6. Sakpal SV., N.Babel, RS. Chamberlain. (2009). Surgical management of hepatolithiasis. *Hepato- Pancreato-Biliary, 11 (3)*:194-202.
7. Văn Tần, Nguyễn Cao Cương, Lưu Hữu Phước, Hoàng Danh Tấn (2002). Sỏi trong gan: dịch tễ, chỉ định, kết quả phẫu thuật. *Y học tp Hồ Chí Minh, tập 6, phụ bản 2*: 225-237.
8. Uchiyama K., Kawai M., Ueno M., Ozawa S., Tani M., Yamaue H., (2007). Reducing Residual and Recurrent Stones Hepatectomy for by Hepatolithiasis. *J Gastrointest Surg, 11*:626–630.
9. Uenishi T., H. hamba, S. Takemura et al.(2009). Outcomes of hepatic resection for hepatolithiasis. *The American Journal of Surgery, 198 (2)*: 199-202.
10. Yang T, W.Y.Lau, E.CH.Lai.(2010). Hepatectomy for bilateral primary hepatolithiasis. *Annals of Surgery. Vol 251, N 1, pp*: 84-90.

BV BÌNH DÂN