

## ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ SỚM PHẪU THUẬT NỘI SOI MỞ ỐNG MẬT CHỦ LẤY SỎI TẠI BỆNH VIỆN ĐÀ NẴNG

Nguyễn Đoàn Văn Phú<sup>1</sup>, Trần Nguyễn Phú<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Bộ môn Ngoại, Trường Đại học Y - Dược Huế, Đại học Huế, Việt Nam

<sup>2</sup>Bệnh viện Đa khoa khu vực Quảng Nam, Quảng Nam, Việt Nam

### TÓM TẮT

**Đặt vấn đề:** Bệnh viện Đà Nẵng đã thực hiện phẫu thuật nội soi (PTNS) mở ống mật chủ lấy sỏi từ tháng 10/2021 nhưng chưa có báo cáo cụ thể. Nghiên cứu được thực hiện nhằm đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi mở ống mật chủ lấy sỏi điều trị sỏi ống mật chủ (OMC).

**Đối tượng, phương pháp:** Mô tả lâm sàng, không đối chứng trên 30 bệnh nhân (BN) được chỉ định PTNS mở ống mật chủ lấy sỏi tại Bệnh viện Đà Nẵng từ tháng 10/2021 đến tháng 09/2023.

**Kết quả:** Tổng số 30 bệnh nhân (BN) với 16 nam (53,3%) và 14 nữ (46,7%), độ tuổi trung bình là  $57,5 \pm 15,6$ . Đau hạ sườn phải là lý do vào viện chính (76,7%), tam chứng Charcot chiếm 10%. Tỷ lệ phát hiện sỏi đường mật chính ngoài gan (ĐMCNG) trên siêu âm 73,3%, trên chụp cắt lớp vi tính (CLVT) là 100%. Tỷ lệ PTNS thành công 93,3%, tỷ lệ sạch sỏi 89,3%. Tai biến trong mổ 3,6%, biến chứng chung sau phẫu thuật 10,3%. Thời gian phẫu thuật  $123,8 \pm 25,0$  phút, thời gian hậu phẫu  $8,2 \pm 1,9$  ngày.

**Kết luận:** Phẫu thuật nội soi mở ống mật chủ lấy sỏi điều trị sỏi đường mật chính là phương pháp an toàn, hiệu quả.

**Từ khóa:** Sỏi ống mật chủ, sỏi túi mật, phẫu thuật nội soi mở ống mật chủ.

### ABSTRACT

#### EVALUATING THE RESULT OF LAPAROSCOPY SURGERY FOR COMMON BILE DUCT STONES

Nguyen Doan Van Phu<sup>1</sup>, Tran Nguyen Phu<sup>2</sup>

**Background:** Da Nang Hospital has performed laparoscopic surgery to open the common bile duct to remove stones since October 2021 but there is no specific report. This study aims to evaluate the results of laparoscopic common bile duct surgery to remove stones to treat common bile duct stones

**Methods:** Clinical description, uncontrolled on 30 patients assigned to laparoscopic common bile duct surgery to remove stones at Da Nang Hospital from October 2021 to September 2023.

**Results:** A total of 30 patients with 16 men (53.3%) and 14 women (46.7%), average age was  $57.5 \pm 15.6$  years. Right upper quadrant pain is the main reason for hospital admission (76.7%), Charcot triad accounts for 10%. The detection rate of extrahepatic main bile duct stones on ultrasound is 73.3%, on computed tomography (CT) is 100%. The success rate of laparoscopic surgery is 93.3%, the stone-free rate is 89.3%. Intraoperative complications were 3.6%, general complications after surgery were 10.3%. Surgery time  $123.8 \pm 25.0$  minutes, postoperative time  $8.2 \pm 1.9$  days.

**Conclusion:** Laparoscopic surgery to open the common bile duct to remove stones to treat bile duct stones is a safe and effective method.

**Keywords:** common bile duct stones, gallbladder stones, laparoscopic surgery to open the common bile duct.

Ngày nhận bài: 01/8/2024. Ngày chỉnh sửa: 15/9/2024. Chấp thuận đăng: 19/10/2024

Tác giả liên hệ: Nguyễn Đoàn Văn Phú. Email: ndvpfu@huemed-univ.edu.vn. ĐT: 0948555001

## **I. ĐẶT VẤN ĐỀ**

Sỏi mật là bệnh thường gặp ở Việt Nam cũng như nhiều nước trên thế giới. Diễn biến bệnh sỏi mật phức tạp, gây ra nhiều biến chứng như nhiễm trùng đường mật, thủng mật phúc mạc, sốc nhiễm trùng đường mật, viêm tụy cấp, xơ gan.

Điều trị sỏi đường mật chính có nhiều phương pháp khác nhau như phẫu thuật mở, lấy sỏi qua nội soi mật tụy ngược dòng (ERCP), lấy sỏi mật qua da... nhằm loại bỏ hết sỏi, mau hồi phục, hạn chế tái phát.

Phẫu thuật nội soi ra đời là một cuộc cách mạng mới trong ngoại khoa. Vào năm 1985 tại Boblingen, Đức, Erich Muhe thực hiện PTNS cắt túi mật lần đầu tiên trên thế giới. Sau đó tại Lyon, Pháp vào năm 1987, Philippe Mouret thực hiện PTNS cắt túi mật. Năm 1991, Stoker M.E. và CS phẫu thuật nội soi mở ống mật chủ lấy sỏi điều trị sỏi đường mật chính. Tiếp sau đó có nhiều báo cáo của nhiều tác giả trên thế giới như Hua và CS (2017), Halzibandah và CS (2019), Helmy và CS (2022)... cho kết quả tốt, tỷ lệ sạch sỏi từ 94,1 - 99%, tỷ lệ tai biến biến chứng thấp.

Tại Bệnh viện Đà Nẵng đã thực hiện thành công ca PTNS mở ống mật chủ lấy sỏi đầu tiên vào tháng 10/2021. Với mong muốn phát triển và ứng dụng rộng rãi kỹ thuật này nhằm đem đến những lợi ích thiết thực cho bệnh nhân chúng tôi thực hiện đề tài này nhằm mục tiêu đánh giá kết quả PTNS mở ống mật chủ lấy sỏi điều trị sỏi ống mật chủ.

## **II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU**

### **2.1. Đối tượng nghiên cứu**

Tất cả những bệnh nhân được chẩn đoán sỏi đường mật chính và được chỉ định điều trị bằng phẫu thuật nội soi mở ống mật chủ lấy sỏi tại Bệnh viện Đà Nẵng từ tháng 10/2021 đến tháng 09/2023.

Tiêu chuẩn chọn bệnh: Bệnh nhân có sỏi đường mật chính được chẩn đoán xác định vị trí sỏi đường mật, kích thước sỏi bằng chụp CLVT trước mổ. Chọn các TH sau: Sỏi OMC, sỏi ống gan chung kích thước  $\geq 20\text{mm}$  [13]; Sỏi OMC, sỏi ống gan chung kích thước  $< 20\text{mm}$ , kích thước OMC  $\geq 10\text{mm}$ , nhưng không thực hiện được ERCP (bất thường giải phẫu, không tiếp cận được ống mật chủ, ERCP thất bại, bệnh nhân không đồng ý làm ERCP...); Có sỏi túi mật kết hợp hoặc không; Bệnh nhân phẫu thuật mở ống mật chủ lấy sỏi lần đầu; ASA  $\leq 3$ .

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân có nang đường mật kèm theo; Bệnh nhân có các bệnh kèm chống chỉ định với PTNS; Các trường hợp có u hoặc nghi ngờ u đường mật / U vùng khối tá tụy; Bệnh nhân đang sốc nhiễm trùng đường mật.

### **2.2. Phương pháp nghiên cứu**

Nghiên cứu mô tả lâm sàng, không đối chứng. Với cách chọn mẫu thuận tiện.

### **2.3. Nội dung nghiên cứu**

Các đặc điểm chung của BN: Tuổi, giới, nơi sinh sống, nghề nghiệp.

Đặc điểm lâm sàng: Đau hạ sườn phải, sốt, vàng da, tam chứng Charcot.

Đặc điểm cận lâm sàng:

- Xét nghiệm máu: bạch cầu, bilirubin, SGOT, SGPT.

- Siêu âm: xác định vị trí sỏi, số lượng, kích thước; mức độ dẫn OMC.

- Chụp CLVT: xác định vị trí sỏi, số lượng, kích thước; mức độ dẫn OMC.

Đánh giá kết quả phẫu thuật:

- Tai biến trong mổ: chảy máu, tổn thương tạng, tổn thương đường mật.

- Thời gian phẫu thuật, thời gian nằm viện, tỉ lệ chuyển mổ mở, tử vong.

- Biến chứng sau mổ: chảy máu đường mật, chảy máu trong ổ bụng, rò mật, viêm phúc mạc, áp-xe tồn lưu trong ổ bụng, nhiễm trùng vết mổ

- Tỷ lệ sỏi sỏi (xác định dựa vào chụp đường mật cản quang qua dẫn lưu Kehr)

### **2.4. Xử lý và phân tích số liệu**

Số liệu được xử lý và phân tích bằng phần mềm SPSS 20.0.

## **3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

Từ tháng 10/2021 đến tháng 09/2023, có 30 BN được chẩn đoán sỏi đường mật chính và điều trị bằng PTNS mở ống mật chủ lấy sỏi tại Bệnh viện Đà Nẵng hội đủ các điều kiện nghiên cứu.

Tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là  $57,5 \pm 15,6$ , trong đó người trẻ nhất 24 tuổi và người lớn nhất 86 tuổi. Về giới tính, có 16 nam (chiếm 53,3%) và 14 nữ (chiếm 46,7%). Phân bố địa chỉ cho thấy 76,7% sống ở khu vực thành thị và 23,3% ở nông thôn. Về nghề nghiệp, nhóm lao động chân tay chiếm đa số với 17/30 người, trong khi lao động trí óc chiếm 13/30 người.

**Đánh giá kết quả sớm phẫu thuật nội soi mở ống mật chủ...**

Các đặc điểm lâm sàng nổi bật của đối tượng nghiên cứu bao gồm đau hạ sườn phải, ghi nhận ở 29 trường hợp (96,7%), sốt xuất hiện ở 8 trường hợp (26,7%), vàng da ở 17 trường hợp (56,7%), và tam chứng Charcot được phát hiện ở 3 trường hợp (chiếm 10,0%).

Về đặc điểm cận lâm sàng, kết quả xét nghiệm máu cho thấy số lượng bạch cầu > 10.000/ml ở 11

bệnh nhân (36,7%), bilirubin toàn phần > 17  $\mu$ mol/lít ở 25 bệnh nhân (83,3%), SGOT > 40 UI/lít ở 28 bệnh nhân (93,3%), và SGPT > 40 UI/lít ở 24 bệnh nhân (80,0%).

Vị trí sỏi trên siêu âm, chụp cắt lớp vi tính và khi phẫu thuật có độ chính xác của siêu âm chẩn đoán sỏi đường mật chính là 73,3%, CLVT có độ chính xác là 100% (bảng 1).

**Bảng 1:** Vị trí sỏi trên siêu âm, chụp cắt lớp vi tính và khi phẫu thuật

| Vị trí sỏi                 | Siêu âm    | Chụp CLVT  | Phẫu thuật |
|----------------------------|------------|------------|------------|
| Sỏi OMC, OGC đơn thuần     | 7 (23,3%)  | 16 (53,3%) | 16 (53,3%) |
| Sỏi OMC, OGC + sỏi túi mật | 15 (50,0%) | 14 (46,7%) | 14 (46,7%) |
| Không thấy sỏi             | 8 (26,7%)  | 0 (0%)     | 0 (0%)     |
| Tổng                       | 30         | 30         | 30         |

Kích thước ống mật chủ (OMC) trên hình ảnh học được đo lường với các kết quả sau: trên siêu âm, kích thước trung bình là  $15,3 \pm 3,7$  mm, với giá trị lớn nhất là 24 mm và nhỏ nhất là 9 mm; trên cắt lớp vi tính (CLVT), kích thước trung bình là  $14,4 \pm 3,2$  mm, với giá trị lớn nhất là 22 mm và nhỏ nhất là 8 mm.

Về đặc điểm kỹ thuật phẫu thuật, có 2 trường hợp phẫu thuật nội soi (PTNS) thất bại và phải chuyển sang mổ mở. Trong 28 trường hợp PTNS thành công, không có trường hợp nào được khâu kín ống mật chủ (OMC) ngay trong thì đầu

**Bảng 2:** Một số đặc điểm kỹ thuật phẫu thuật

| Đặc điểm                        | Số BN (N = 28) | Tỷ lệ (%) |
|---------------------------------|----------------|-----------|
| Sử dụng 4 trocar                | 20             | 71,4      |
| Sử dụng 5 trocar                | 6              | 21,4      |
| Sử dụng 4 trocar + đường mổ nhỏ | 2              | 7,2       |
| Lấy sỏi OMC + đặt dẫn lưu Kehr  | 28             | 100,0     |
| Lấy sỏi OMC + cắt túi mật       | 14             | 50,0      |

Về kết quả sớm của phẫu thuật nội soi mở ống mật chủ lấy sỏi. Có một trường hợp chảy máu trong mổ từ động mạch túi mật, được xử trí kẹp clip cầm máu.

Kết quả phẫu thuật trong nghiên cứu với số lượng sỏi lấy được là 01 viên 20/30 bệnh nhân (66,6%), 02 viên 03/30 bệnh nhân (10%),  $\geq$  03 viên 05/30 bệnh nhân (16,7%), không xác định 02/30 bệnh nhân (6,7%)

**Bảng 3:** Kết quả phẫu thuật

| Kết quả                                                              | Số BN | Tỷ lệ (%) |
|----------------------------------------------------------------------|-------|-----------|
| Phẫu thuật nội soi thành công                                        | 28    | 93,3      |
| Tai biến trong mổ                                                    | 1     | 3,6       |
| Sạch sỏi                                                             | 25    | 89,3      |
| Thời gian phẫu thuật trung bình: $123,8 \pm 25$ phút (85 - 175 phút) |       |           |
| Thời gian nằm viện sau phẫu thuật: $8,2 \pm 1,9$ ngày (5 - 13 ngày)  |       |           |

## Đánh giá kết quả sớm phẫu thuật nội soi mở ống mật chủ...

Biến chứng sau phẫu thuật có 3 trường hợp có biến chứng sau mổ, tất cả đều được điều trị nội khoa bổ sung, trong đó có 1 trường hợp chảy máu nhiều cần phải chuyển máu.

**Bảng 4:** Biến chứng sau phẫu thuật

| Biến chứng                     | Số BN | Tỷ lệ (%) |
|--------------------------------|-------|-----------|
| Chảy máu ra dẫn lưu găm gan    | 1     | 3,6       |
| Chảy máu đường mật ra ống Kehr | 1     | 3,6       |
| Dò thuốc cản quang             | 1     | 3,6       |
| Tổng                           | 3     | 10,7      |

## IV. BÀN LUẬN

Bệnh sỏi đường mật chính xuất hiện ở cả nam và nữ, nữ mắc bệnh không khác nhiều so với nam giới. Số liệu của chúng tôi nam 53,3% và nữ 46,7% có khác biệt đáng kể so với tác giả trong nước tỷ lệ nam 30,8 - 43,9%, nữ 56,1 - 69,2%, tỷ lệ nam : nữ là 1 : 2 đến 2 : 3 [1,2,7]. Theo Petelin J.B. (2003), tỷ lệ PTNS mở OMC lấy sỏi ở nữ gấp 2 lần nam giới [13]. Nghiên cứu của chúng tôi tuổi trung bình 57,5 tuổi, trẻ nhất 24 tuổi, già nhất 86 tuổi. Bệnh nhân nhỏ hơn 70 tuổi chiếm 80,0%, bệnh nhân từ 70 tuổi trở lên 20,0% phù hợp với nghiên cứu các tác giả trong nước.

Triệu chứng lâm sàng chủ yếu của sỏi đường mật chính là đau hạ sườn phải, sốt và vàng da. Trong nghiên cứu 30 BN bị sỏi đường mật chính của chúng tôi, đau hạ sườn phải chiếm đến 96,7%, các triệu chứng khác bao gồm có sốt là 26,7%, vàng da 56,7%. Chỉ 10,0% (3 TH) có đầy đủ tam chứng Charcot. Trong nghiên cứu của Nguyễn Quang Nam, tỷ lệ BN đau hạ sườn phải là 100%, sốt 44,44%, vàng da 65,28% [5]. Trong nghiên cứu của Trần Mạnh Hùng dấu hiệu đau hạ sườn phải 99,5%, sốt 36,2%, vàng da 35,2%, phản ứng hạ sườn phải 13,3% [2]. Nghiên cứu của La Văn Phú trên 72 BN, dấu hiệu đau hạ sườn phải 98,61%, sốt 66,67%, vàng da 34,72% và tam chứng Charcot 23,61% [6].

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tất cả 30 BN đều được siêu âm bụng và chụp CLVT trước mổ. Kết quả siêu âm chẩn đoán chính xác sỏi ĐMCNG 22/30 TH (73,33%), CLVT là 30/30 TH (100%). Nghiên cứu trên 72 BN sỏi ĐMCNG của La Văn Phú, siêu âm bụng chẩn đoán chính xác sỏi 66,67%, chụp CLVT là 93,5% [6]. Nghiên cứu của Lê Quốc Khánh, siêu âm chẩn đoán chính xác sỏi ĐMCNG 85,7% và chụp

CLVT là 100 % [4]. Trong điều kiện thực tế của Việt Nam, chụp cắt lớp vi tính xoắn ốc, chụp cộng hưởng từ và siêu âm qua nội soi chưa phổ biến, do nhiều bệnh viện chưa được trang bị cũng như điều kiện kinh tế của bệnh nhân, siêu âm bụng và chụp cắt lớp vi tính đa lát cắt vẫn là hai phương tiện rất có giá trị để chẩn đoán bệnh sỏi đường mật chính.

Sỏi đường mật chính ở các nước phương Âu, Mỹ thường là sỏi thứ phát, từ túi mật rơi xuống, nên sỏi thường nhỏ, không nhiều viên, thường đồng thời có sỏi túi mật và sỏi OMC, sỏi nằm dưới ống túi mật và không có sỏi trên gan nên khả năng lấy sỏi qua ống túi mật cao [8, 10]. Petelin J.B. (2003) nghiên cứu 326 TH có 82,5% lấy qua ống túi mật [13]. Ngược lại sỏi đường mật ở Châu và Việt Nam sỏi đường mật chính thường là sỏi nguyên phát, hình thành tại chỗ, sỏi có kích thước lớn, nhiều vị trí, sỏi cả trong và ngoài gan, OMC giãn nên các tác giả chủ động chọn mổ OMC lấy sỏi nhiều hơn. Lee H.M. và CS (2014) nghiên cứu 157 TH và Li K. Y. và CS (2018) nghiên cứu 70 TH không có TH nào lấy sỏi qua ống túi mật [11,12]. Nguyễn Hoàng Bắc (2007) nghiên cứu 172 TH, chỉ định 10/172 TH lấy sỏi qua ống túi mật nhưng chỉ thực hiện thành công 8 TH [1]. Trần Mạnh Hùng (2012), La Văn Phú (2021) đều chỉ định 100% các TH mổ OMC lấy sỏi mà không thực hiện lấy sỏi qua ống cổ túi mật [2,5,6].

Vấn đề khó khăn trong phẫu thuật sỏi đường mật là xác định sạch sỏi, từ đó quyết định khâu kín hay dẫn lưu đường mật. Hiện nay, có nhiều phương pháp như đánh giá trước mổ xác định đầy đủ vị trí sỏi, số lượng sỏi bằng chụp cắt lớp vi tính, chụp cộng hưởng từ đường mật, ERCP, trong mổ có chụp hình đường mật, siêu âm nội soi, NSĐM trong mổ nhưng sót sỏi vẫn còn [9,14]. Trong điều kiện hạn



**Đánh giá kết quả sớm phẫu thuật nội soi mở ống mật chủ...**

hẹp, chúng tôi không có các phương tiện để kiểm tra sỏi sót trong mổ. Vì vậy, đặt dẫn lưu Kehr là rất cần thiết nhằm kiểm tra sạch sỏi, sỏi sỏi sau mổ và can thiệp qua đường hầm ống Kehr nên chúng tôi đặt dẫn lưu đường mật thường quy 100% TH. Nghiên cứu của chúng tôi có 22 BN (73,3%) sử dụng 4 trocar và có 6 BN (20,0%) sử dụng thêm trocar 5mm thứ 5, vị trí trocar thứ 5 nằm ở hạ sườn trái, thêm trocar thứ 5 là do ổ bụng dính nhiều do vết mổ cũ hay túi mật viêm dính cần phải phẫu tích gỡ dính. Chúng tôi có 2 TH sử dụng 4 trocar kết hợp một đường mổ nhỏ 4cm trên rốn, đây là những trường hợp gặp khó khăn trong quá trình đưa dụng cụ vào lấy sỏi và kiểm tra sỏi sót, vết mổ nhỏ trên rốn nhằm tiếp cận OMC dễ dàng hơn để lấy sỏi và thông nhũ tá tràng.

Tỷ lệ thành công của phương pháp điều trị đạt 93,3%, có 2 (6,7%) trường hợp phải chuyển mổ mở. Lý do phải chuyển mổ mở là: một trường hợp có viêm túi mật kèm theo, vùng cuống gan viêm dính, phù nề nhiều không xác định được OMC, trường hợp thứ 2 vùng dưới gan và cuống gan dính nhiều

không gỡ dính bộc lộ OMC bằng nội soi được. Nghiên cứu của Vũ Đức Thụ (2020), trong 111 TH có 107 trường hợp PTNS thành công, 4 TH phải chuyển mổ mở do gỡ dính, bộc lộ OMC khó khăn, chiếm 3,6% [7]. Nghiên cứu của Nguyễn Tấn Huy (2017), trong 34 trường hợp điều trị sỏi OMC bằng PTNS có 2 TH chuyển mổ mở, chiếm 5,9% [3].

Thời gian mổ trung bình của chúng tôi cho 28 TH thực hiện thành công PTNS là:  $123,8 \pm 25,0$  phút. Thời gian ngắn nhất là 85 phút và thời gian dài nhất là 175 phút. Thời gian phẫu thuật của chúng tôi kéo dài hơn thời gian phẫu thuật trung bình của La Văn Phú và của Nguyễn Tấn Huy. Tuy nhiên, thời gian phẫu thuật của chúng tôi ngắn hơn Vũ Đức Thụ và của Lee H.M. và CS. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tất cả các bệnh nhân đều mổ mật lần đầu và không có trường hợp nào có sẹo mổ bụng trên rốn, chỉ có một TH có sẹo mổ nội soi cắt túi mật vì vậy ổ bụng thường không dính hoặc dính rất ít. Điều này tương tự với nghiên cứu của Nguyễn Tấn Huy (2017) khi chỉ thực hiện những trường hợp sỏi mật lần đầu.

**Bảng 5:** Thời gian mổ các tác giả

| Tác giả             | N   | Thời gian (phút) | Thay đổi |
|---------------------|-----|------------------|----------|
| Vũ Đức Thụ [7]      | 111 | $133,6 \pm 46,3$ | 60 - 300 |
| Nguyễn Tấn Huy [3]  | 32  | $103,8 \pm 29,3$ | 55 - 180 |
| La Văn Phú [6]      | 70  | $105,7 \pm 34,8$ | 35 - 200 |
| Lee H.M. và CS [11] | 157 | $187 \pm 67$     | -        |

Kết quả của chúng tôi có 1 TH (3,6%) có tai biến trong phẫu thuật, là trường hợp chảy máu từ động mạch túi mật, trường hợp này có bệnh kèm là Thalasemie nên việc xử trí cầm máu khá khó khăn nhưng đã kiểm soát được và thực hiện PTNS thành công. Trong nghiên cứu của La Văn Phú (2022), tỷ lệ tai biến trong mổ là 1,41%, tai biến gặp phải là thủng tá tràng. Nghiên cứu Trần Mạnh Hùng (2012), tỷ lệ tai biến chảy máu 0,95%. Về biến chứng sau mổ, chúng tôi có 3 TH chiếm 10,7%: 1 TH chảy máu từ vùng phẫu thuật ra ống dẫn lưu hạ sườn phải, đây cũng là TH chảy máu từ động mạch túi mật đã được kiểm soát trong mổ, TH này được điều trị nội khoa và truyền máu; 1 TH chảy máu đường mật ra theo dẫn lưu Kehr, trường hợp này cũng được điều

trị nội khoa và truyền máu; 1 TH dò thuốc cản quang được phát hiện khi chụp đường mật qua Kerh thấy có dò thuốc cản quang ra cạnh OMC nhưng lượng ít, TH này chúng tôi chỉ theo dõi và không thấy có biến chứng sau đó.

Sốt sỏi là vấn đề được quan tâm nhiều với bất kỳ phẫu thuật viên nào trong PT sỏi mật mở cũng như PTNS. Sốt sỏi hay gặp sỏi sỏi trong gan, sỏi sỏi OMC rất ít gặp. Để tránh sỏi sỏi cần phải có các phương tiện chẩn đoán hình ảnh một cách hệ thống như nội soi đường mật hoặc chụp hình đường mật, tốt nhất là có cả hai. Tuy vậy một khó khăn đang gặp phải tại Việt Nam đó là không phải ở đâu, lúc nào cũng có đầy đủ các phương tiện chẩn đoán hình ảnh. Kết quả chụp đường mật qua dẫn lưu Kehr sau

## ***Đánh giá kết quả sớm phẫu thuật nội soi mở ống mật chủ...***

mỏ của chúng tôi cho thấy có 3 TH sỏi sỏi sau mổ chiếm tỷ lệ 10,7%. Các trường hợp này đều sỏi sỏi đoạn cuối OMC và đã được lấy sỏi thành công qua ERCP sau đó. Tỷ lệ sỏi sỏi của chúng tôi cao hơn các nghiên cứu khác, nghiên cứu của La Văn Phú có kết hợp nội soi đường mật trong mổ cho tỷ lệ sạch sỏi là 100%, nghiên cứu của Nguyễn Tấn Huy là 96,6%, nghiên cứu của Vũ Đức Thụ cho kết quả tỷ lệ sạch sỏi ở đường mật ngoài gan là 100%.

### **V. KẾT LUẬN**

Phẫu thuật nội soi mở ống mật chủ lấy sỏi điều trị sỏi đường mật chính là phương pháp an toàn, hiệu quả với tỷ lệ thành công cao 93,3%, tỷ lệ sạch sỏi 89,3%, thời gian phẫu thuật và nằm viện ngắn.

### **Xung đột lợi ích**

Tác giả khẳng định không có xung đột lợi ích đối với các nghiên cứu, tác giả, và xuất bản bài báo.

### **TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. Nguyễn Hoàng Bắc. Chỉ định của phẫu thuật nội soi trong điều trị sỏi đường mật chính. Luận án Tiến sĩ y học. Trường Đại học Y Dược TP.Hồ Chí Minh; 2007.
2. Trần Mạnh Hùng. Nghiên cứu ứng dụng phẫu thuật nội soi mở ống mật chủ lấy sỏi không dẫn lưu đường mật. Luận án Tiến sĩ y học. Học viện Quân y; 2012.
3. Nguyễn Tấn Huy, Phạm Văn Năng. Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, kết quả điều trị sỏi ống mật chủ bằng phẫu thuật nội soi tại bệnh viện Đa khoa thành phố Cần Thơ và bệnh viện Đại học Y Dược Cần Thơ. Tạp chí Y Dược học Cần Thơ. 2017;9:55-62.
4. Lê Quốc Khánh. Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi mở ống mật chủ lấy sỏi điều trị sỏi đường mật chính ngoài gan. Luận văn Thạc sĩ y học. Đại học Y Dược Huế; 2021.
5. Nguyễn Quang Nam. Nghiên cứu ứng dụng phẫu thuật nội soi kết hợp nội soi tán sỏi qua đường hầm Kerh trong mổ lại sỏi đường mật. Luận án Tiến sĩ y học. Học viện Quân y; 2021.
6. La Văn Phú. Nghiên cứu ứng dụng phẫu thuật nội soi kết hợp nội soi đường mật trong mổ điều trị sỏi đường mật chính ở bệnh nhân cao tuổi. Luận án Tiến sĩ y học. Đại học Y Dược Cần Thơ; 2021.
7. Vũ Đức Thụ. Nghiên cứu ứng dụng phẫu thuật nội soi kết hợp nội soi đường mật điều trị sỏi đường mật. Luận án Tiến sĩ y học. Viện nghiên cứu khoa học Y Dược lâm sàng 108; 2020.
8. Copelan A, Kapoor BS. Cholelithiasis: Diagnosis and Management. Tech Vasc Interv Radiol. 2015;18(4):244-255.
9. Evans. Surgical pitfalls: Resection and reconstruction of the biliary tract. Philadelphia, PA, USA: Elsevier Inc; 2009:392-396.
10. Gupta N. Role of laparoscopic common bile duct exploration in the management of cholelithiasis. World J Gastrointest Surg. 2016;8(5):376-381.
11. Lee HM, et al. Long-term results of laparoscopic common bile duct exploration by choledochotomy for cholelithiasis: 15-year experience from a single center. Ann Surg Treat Res. 2014;86(1):1-6.
12. Li KY, et al. Advantages of laparoscopic common bile duct exploration in common bile duct stones. Wien Klin Wochenschr. 2018;130(3-4):100-104.
13. Petelin JB. Laparoscopic common bile duct exploration. Surg Endosc. 2003;17(11):1705-1715.
14. Williams E, et al. Updated guideline on the management of common bile duct stones (CBDS). Gut. 2017;66(5):765-782.