

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ PHẪU THUẬT NỘI SOI ĐIỀU TRỊ BỆNH LÝ SỎI ỐNG MẬT CHỦ TẠI BỆNH VIỆN HOÀN MỸ ĐÀ NẴNG

Đặng Văn Thới¹, Lê Văn Tầm², Phạm Trọng Khôi²

¹Trường Đại học Kỹ thuật Y - Dược Đà Nẵng, Việt Nam

²Khoa Ngoại tiêu hóa, Bệnh viện Hoàn Mỹ Đà Nẵng, Việt Nam

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Sỏi đường mật là bệnh lý đường tiêu hóa thường gặp ở Việt Nam và trên thế giới. Sỏi mật nếu không được điều trị kịp thời có thể dẫn đến những biến chứng nguy hiểm. Có nhiều phương pháp điều trị sỏi đường mật chính như phẫu thuật mở ống mật chủ lấy sỏi, nội soi mật tụy ngược dòng lấy sỏi, tán sỏi mật qua da... nhằm mục đích lấy hết sỏi và hạn chế tái phát. Tuy nhiên phẫu thuật (phẫu thuật hở và phẫu thuật nội soi) mở ống mật chủ lấy sỏi vẫn là đóng vai trò quan trọng nhất. Đề tài này nhằm đánh giá tính an toàn, hiệu quả của phương pháp phẫu thuật nội soi mở ống mật chủ lấy sỏi có kèm dẫn lưu đường mật.

Đối tượng, phương pháp: Nghiên cứu mô tả (tiền cứu, theo dõi dọc) trên 137 bệnh nhân sỏi ống mật chủ được phẫu thuật nội soi mở ống mật chủ lấy sỏi và dẫn lưu Kehr tại Bệnh viện Hoàn Mỹ Đà Nẵng từ 9/2017 - 9/2023. Thu thập các đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, thông số phẫu thuật và kết quả sớm; số liệu được xử lý bằng SPSS 20.0.

Kết quả: Từ tháng 9/2017 đến tháng 9/2023, có 137 trường hợp (TH) sỏi ống mật chủ được chúng tôi điều trị bằng phẫu thuật nội soi tại bệnh viện Hoàn Mỹ Đà Nẵng. Tỷ lệ nam:nữ là 2:3, độ tuổi trung bình $64,1 \pm 17,3$ tuổi. Có 128/137 trường hợp phẫu thuật nội soi thành công, với thời gian mổ trung bình là $103 \pm 27,2$ phút. Đa số bệnh nhân đau ít sau mổ, thời gian nằm viện ngắn hơn so với mổ hở. Tỷ lệ biến chứng sau mổ tương đối thấp. Có 03 trường hợp sót sỏi sau mổ và 15 trường hợp sỏi tái phát sau trong 2 năm.

Kết luận: Phương pháp PTNS điều trị bệnh lý sỏi ống mật chủ hiện nay an toàn và hiệu quả.

Từ khóa: Sỏi ống mật chủ; Phẫu thuật nội soi; Mở ống mật chủ; Dẫn lưu Kehr (T-tube); Kết quả điều trị; Biến chứng.

ABSTRACT

EVALUATION OF THE RESULTS OF LAPAROSCOPIC SURGERY IN THE TREATMENT OF CHOLEDOCHOLITHIASIS AT HOAN MY DA NANG HOSPITAL

Dang Van Thoi¹, Le Van Tam², Pham Trong Khoi²

Background: Cholelithiasis is a common gastrointestinal disease in Vietnam and around the world. If gallstones are not treated promptly, they can lead to dangerous complications. There are many methods to treat cholelithiasis such as surgery, endoscopic retrograde cholangiopancreatography, percutaneous gallstone lithotripsy... to remove all stones and limit recurrence. However, surgery (open surgery and laparoscopic surgery) to open the common bile duct to remove stones still plays the most important role. This study aims to evaluate the safety, the effectiveness of laparoscopic surgery in management common bile duct stones.

Methods: A descriptive (prospective, longitudinal follow-up) study was conducted on 137 patients with cholelithiasis who underwent laparoscopic common bile duct exploration with stone extraction and T-tube (Kehr) drainage at Hoan My Da Nang Hospital from September 2017 to September 2023. Clinical/imaging findings, operative variables, and postoperative outcomes were recorded and analyzed using SPSS 20.0.

Ngày nhận bài: 04/01/2026. Ngày chỉnh sửa: 21/02/2026. Chấp thuận đăng: 28/02/2026

Tác giả liên hệ: Đặng Văn Thới. Email: dvthoi@dhktyduocdn.edu.vn. ĐT: +84972468234

Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi điều trị bệnh lý sỏi ống mật chủ...

Results: From September 2017 to September 2023, there were 137 cases of common bile duct stones treated by us with laparoscopic surgery at Hoan My Da Nang hospital. The male:female ratio is 2:3, average age is 64.1 ± 17.3 years old. There were 128/137 cases of successful laparoscopic surgery, with an average surgery time of 103 ± 27.2 minutes. Most patients have less pain after surgery and have a shorter hospital stay than with open surgery. The rate of complications after surgery is relatively low. There were 03 cases of residual stones after surgery and 15 cases of recurrence of stones after 2 years.

Conclusion: Laparoscopic surgery is a safe and effective method for the treatment of choledocholithiasis, with high success and stone clearance rates and low rates of intraoperative adverse events and postoperative complications.

Keywords: Choledocholithiasis; Laparoscopic surgery; Common bile duct exploration; Choledochotomy; T-tube (Kehr) drainage; Treatment outcomes; Postoperative complications.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sỏi đường mật là bệnh lý đường tiêu hóa thường gặp ở Việt Nam và trên thế giới. Tại Việt Nam và các nước Đông Á sỏi đường mật chính thường là sỏi nguyên phát, hình thành tại chỗ, số lượng nhiều, nằm nhiều vị trí, tỷ lệ sỏi đường mật trong gan và tỷ lệ sỏi tái phát cao. Có nhiều phương pháp điều trị sỏi đường mật chính như phẫu thuật mở ống mật chủ lấy sỏi, nội soi mật tụy ngược dòng lấy sỏi, tán sỏi mật qua da... nhằm mục đích lấy hết sỏi và hạn chế tái phát. Tuy nhiên phẫu thuật mở ống mật chủ lấy sỏi vẫn là đóng vai trò quan trọng nhất [1,2].

Phẫu thuật nội soi (PTNS) ra đời là một cuộc cách mạng trong ngoại khoa. Đên những năm 1990 các bác sĩ trên thế giới đã bắt đầu áp dụng phẫu thuật nội soi trong điều trị bệnh lý sỏi ống mật chính và thu được những kết quả to lớn: hậu phẫu nhẹ nhàng, ít đau sau mổ, rút ngắn thời gian nằm viện, ít gây viêm dính cuống gan... Tại Việt Nam, năm 2000 phẫu thuật nội soi mở ống mật chủ (OMC) lấy sỏi, đặt dẫn lưu T đã được tiến hành. Tuy nhiên do yêu cầu về trang thiết bị cũng như trình độ của phẫu thuật viên nên vẫn chưa được thực hiện rộng rãi ở các bệnh viện tuyến cơ sở. Tại Bệnh viện Hoàn Mỹ Đà Nẵng, từ 9/2010 chúng tôi áp dụng phẫu thuật nội soi điều trị sỏi ống mật chủ và bước đầu thu được những kết quả khả quan.

Vì vậy chúng tôi thực hiện đề tài này nhằm đánh giá kết quả điều trị của phương pháp phẫu thuật nội soi mở ống mật chủ lấy sỏi, đặt dẫn lưu Kehr.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Gồm những bệnh nhân có sỏi đường mật chính được điều trị PTNS mở OMC lấy sỏi tại khoa Ngoại

Tiêu hóa Bệnh viện Hoàn Mỹ Đà Nẵng từ tháng 9/2017 đến tháng 9/2023.

Tiêu chuẩn lựa chọn: Bệnh nhân có sỏi đường mật chính bao gồm cả bệnh nhân có sỏi đường mật chính được mổ lần đầu và sỏi đường mật tái phát, có hoặc không kèm theo sỏi túi mật, được chẩn đoán xác định sỏi OMC bằng chụp cắt lớp vi tính trước mổ.

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân có chống chỉ định phẫu thuật ổ bụng và PTNS, có bệnh lý gan mật khác kèm theo (xơ gan, ung thư gan, nang ống mật chủ)

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu tiến cứu với phương pháp chọn mẫu thuận tiện. Gồm tất cả bệnh nhân bị sỏi OMC đủ tiêu chuẩn nghiên cứu.

Cách tiến hành: Thu thập thông tin vào phiếu điều tra qua thăm khám lâm sàng, kết quả xét nghiệm cận lâm sàng và chẩn đoán hình ảnh, các thông tin về phẫu thuật, theo dõi sau phẫu thuật.

Kỹ thuật:

- Bệnh nhân nằm ngửa, đặt 04 trocar: trocar 10mm dưới rốn, trocar 10mm thượng vị và 02 trocar 5mm hạ sườn phải. Trường hợp cần thiết sẽ đặt thêm trocar thứ 5.

- Phẫu tích bộc lộ ống mật chủ. Phẫu tích cắt túi mật (khi có chỉ định).

- Mở ống mật chủ, súc rửa đường mật, lấy sỏi bằng dụng cụ nội soi hoặc dùng kẹp gấp sỏi thẳng và cong qua lỗ trocar hạ sườn để lấy sỏi trong ống mật chủ, đồng thời đưa qua Oddi xuống tá tràng.

- Chụp X quang đường mật kiểm tra trong mổ: kiểm tra sạch sỏi và tình trạng thông thương của đoạn cuối ống mật chủ xuống tá tràng.

- Đặt dẫn lưu Kehr vào ống mật chủ

- Khâu đóng lại ống mật chủ, cố định ống dẫn lưu.

Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi điều trị bệnh lý sỏi ống mật chủ...

- Lấy bệnh phẩm, đóng các lỗ trocar.
- Sau 7 ngày, có thể kẹp Kehr theo dõi và rút Kehr ngày thứ 8

Các biến số nghiên cứu gồm: Đặc điểm chung, đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng bệnh lý sỏi OMC; Đặc điểm kỹ thuật; Đánh giá kết quả PTNS điều trị bệnh lý sỏi OMC.

2.3. Xử lý số liệu

Số liệu được nhập và xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0. Các biến định tính được trình bày dưới dạng tần số (n) và tỷ lệ (%). Các biến định lượng được kiểm tra phân bố; nếu phân bố chuẩn, trình bày dưới dạng trung bình \pm độ lệch chuẩn; nếu không phân bố chuẩn, trình bày dưới dạng trung vị (khoảng tứ phân vị) hoặc giá trị nhỏ nhất - lớn nhất. So sánh giữa các nhóm (khi cần) sử dụng kiểm định Chi-square/Fisher cho biến định tính và t-test/Mann - Whitney cho biến định lượng. Mức ý nghĩa thống kê chọn $p < 0,05$

III. KẾT QUẢ

Từ tháng 9/2017 đến tháng 9/2023, có 137 bệnh nhân (BN) được chẩn đoán sỏi OMC và điều trị bằng PTNS tại bệnh viện Hoàn Mỹ Đà Nẵng hội đủ các điều kiện nghiên cứu.

3.1 Đặc điểm chung

Độ tuổi trung bình là $64,1 \pm 17,3$ tuổi, nhỏ nhất là 27 tuổi và lớn nhất là 98 tuổi. Tỷ lệ bệnh nhân trên 60 tuổi chiếm hơn 60% (82/137 trường hợp). Có 57 (41,6%) trường hợp (TH) là nam và 80 (58,4%) trường hợp là nữ. Có 45/137 TH đã có tiền sử phẫu thuật được bụng trước đó.

Về lâm sàng, đa số bệnh nhân đến khám vì triệu chứng đau bụng thượng vị hoặc hạ sườn phải với 99,2% TH. Chỉ có 63 (46%) TH có biểu hiện sốt và 64 (46,7%) TH có biểu hiện vàng da trên lâm sàng. Trong số 137 TH nghiên cứu chỉ có 37TH (27%) có đầy đủ tam chứng Charcot trên lâm sàng.

Cận lâm sàng: phần lớn TH có tăng các chỉ số men gan ALT (78,1%), AST (77,4%), Bilirubin toàn phần (69,3%) và Bilirubin trực tiếp (76,6%). Chụp CLVT đường mật là phương tiện chẩn đoán hình ảnh quan trọng nhằm xác định vị trí sỏi cũng như kích thước OMC, trong khi đó siêu âm có độ nhạy và độ đặc hiệu không cao trong chẩn đoán sỏi OMC. Trong nghiên cứu của chúng tôi, siêu âm chẩn đoán chính xác sỏi túi mật trong 92,9% TH, sỏi OMC trong 52,7% TH. Tất cả 137 TH chẩn đoán xác định sỏi OMC bằng chụp CLVT đường mật.

3.2. Một số đặc điểm kỹ thuật

Sỏi gặp chủ yếu ở OMC kèm sỏi túi mật (50,4%) và OMC đơn thuần (46,7%); chỉ 2,9% trường hợp không ghi nhận rõ vị trí sỏi trên CLVT (Bảng 1). Đa số bệnh nhân có 1 viên sỏi (54,7%), tuy nhiên tỷ lệ nhiều sỏi vẫn khá cao (45,3%), cho thấy gánh nặng sỏi OMC đáng kể (Bảng 2). Tất cả trường hợp đều sử dụng 4 trocar (100%). Phẫu thuật mở OMC lấy sỏi dẫn lưu Kehr kèm cắt túi mật chiếm ưu thế (67,2%), phù hợp với tỷ lệ sỏi kèm túi mật cao. Các thao tác hỗ trợ lấy sỏi chủ yếu là súc rửa đường mật (62%), kết hợp nhiều phương tiện lấy sỏi (Bảng 3).

Bảng 1: Vị trí sỏi trên CLVT

Vị trí sỏi	Số TH	Tỷ lệ (%)
OMC đơn thuần	64	46,7
OMC + túi mật	69	50,4
Không ghi nhận	4	2,9
Tổng	137	100

Bảng 2: Số lượng sỏi OMC trên CLVT/CHT

Số lượng sỏi OMC	Số TH	Tỷ lệ (%)
01 viên sỏi	75	54,7
Nhiều sỏi	62	45,3
Tổng	137	100

Bảng 3: Đặc điểm kỹ thuật phẫu thuật

Đặc điểm	Số TH	Tỷ lệ (%)
Sử dụng 4 trocar	137	100
PTNS mở OMC lấy sỏi, dẫn lưu Kehr	45	32,8
PTNS mở OMC lấy sỏi, dẫn lưu Kehr + cắt túi mật	92	67,2
Súc rửa đường mật lấy sỏi	85	62
Lấy sỏi bằng dụng cụ nội soi	51	37,2
Lấy sỏi bằng kèm gấp sỏi	48	35

3.3. Kết quả phẫu thuật

Tỷ lệ PTNS thành công cao (93,4%), tỷ lệ sạch sỏi đạt 97,7%. Thời gian mổ trung bình $103 \pm 27,2$ phút, mức độ đau sau mổ VAS trung bình 3,5 điểm, thời gian nằm viện trung bình 8,5 ngày; tỷ lệ tái

Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi điều trị bệnh lý sỏi ống mật chủ...

phát sỏi sau 2 năm 11,7% (Bảng 4). Biến chứng sau mổ nhìn chung thấp; thường gặp nhất là đau sau rút Kehr (6,3%) và tụ dịch ổ bụng (4,7%). Không ghi nhận tử vong hoặc rò mật (0%), cho thấy tính an toàn của phương pháp trong nhóm nghiên cứu (Bảng 5).

Bảng 4: Kết quả phẫu thuật

Kết quả	Số TH	Tỷ lệ (%)
PTNS thành công	128	93,4
Tai biến, thất bại trong mổ	9	6,6
Sạch sỏi	125	97,7
Tái phát sỏi sau 2 năm	15	11,7
Thời gian mổ trung bình $103 \pm 27,2$ (phút) (60 - 215 phút)		
Mức độ đau trung bình theo thang điểm VAS 3,5 điểm		
Thời gian nằm viện trung bình 8,5 (ngày) (7 - 25 ngày)		

Bảng 5: Biến chứng sau phẫu thuật

Biến chứng	Số TH	Tỷ lệ (%)
Nhiễm trùng vết mổ	3	2,3
Tụ dịch ổ bụng	6	4,7
Đau sau rút Kehr	8	6,3
Sốt sỏi	3	2,3
Viêm phổi sau mổ	4	3,1
Tử vong, rò mật	0	0

IV. BÀN LUẬN

Sỏi đường mật là bệnh lý xuất hiện ở nam và nữ, trong đó tỷ lệ mắc bệnh của nữ giới thường nhiều hơn nam giới. Trong nghiên cứu của chúng tôi có 41,6% trường hợp là nam và 58,4% trường hợp là nữ, với độ tuổi trung bình là $64,1 \pm 17,3$ tuổi, tương tự với một số tác giả trong nước như Trần Mạnh Hùng và Sử Quốc Khởi [1,2].

Triệu chứng lâm sàng chủ yếu của sỏi đường mật chính là đau hạ sườn phải, sốt và vàng da. Trong nghiên cứu chúng tôi thực hiện, đa số bệnh nhân đến khám vì triệu chứng đau bụng thượng vị hoặc hạ sườn phải với 99,2% trường hợp. Chỉ có 46%

trường hợp có biểu hiện sốt và 46,7% trường hợp có biểu hiện vàng da trên lâm sàng. Trong số 137 trường hợp nghiên cứu chỉ có 37 trường hợp (27%) có đầy đủ tam chứng Charcot trên lâm sàng. Điều này tương tự với nghiên cứu của Lê Văn Thành (100% bệnh nhân vào viện vì đau hạ sườn phải, sốt 52,1%, vàng da 35,4%) [3]. Tuy nhiên kết quả này là thấp hơn so với nghiên cứu của Sử Quốc Khởi có tam chứng Charcot gặp trong 85,4% trường hợp, nghiên cứu Đỗ Kim Sơn và CS (2000) gặp trong 57% TH [2,4]. Nguyên nhân của sự khác biệt này có thể là do bệnh nhân của chúng tôi đến khám ở giai đoạn sớm, thường đi khám do đau bụng âm ỉ thượng vị và hạ sườn phải, chưa có biểu hiện của nhiễm trùng hay vàng da trên lâm sàng.

CLVT đường mật là phương tiện chẩn đoán hình ảnh có độ nhạy và độ đặc hiệu cao trong việc chẩn đoán sỏi ống mật chủ. Tại Bệnh viện Hoàn Mỹ được trang bị máy chụp CLVT 64 lát cắt. Mặc khác, chúng tôi lựa chọn chụp CLVT để xác định chẩn đoán vì đây là những kỹ thuật không xâm lấn như những kỹ thuật chụp đường mật xuyên gan qua da, chụp đường mật qua ERCP.

Trong nghiên cứu của chúng tôi có 64/137 trường hợp có sỏi OMC mà không kèm theo sỏi túi mật. Mặc khác trong có 75/137 trường hợp có 01 viên sỏi OMC. Sỏi đường mật chính có 02 phương pháp can thiệp chính là nội soi mật tụy ngược dòng lấy sỏi (ERCP) và phẫu thuật mở ống mật chủ lấy sỏi (mở hở hoặc mổ nội soi). Tại bệnh viện Hoàn Mỹ Đà Nẵng, phẫu thuật nội soi điều trị ống mật chủ đã được thực hiện hơn 10 năm qua và bước đầu thu được những kết quả tích cực. Trong khi đó ERCP là một kỹ thuật đòi hỏi nhiều hơn về trang thiết bị cũng như yếu tố con người, nên phẫu thuật nội soi mở ống mật chủ lấy sỏi vẫn là phương pháp điều trị thường được lựa chọn hơn tại bệnh viện chúng tôi.

Có nhiều nghiên cứu so sánh giữa kỹ thuật PTNS và ERCP trong điều trị sỏi ống mật chủ. Theo nghiên cứu của Gozalez và CS (2016) cho rằng ERCP điều trị sỏi đường mật chính mang lại kết quả lấy sạch sỏi hơn, thời gian nằm viện ngắn hơn và tỷ lệ tử vong thấp hơn so với phẫu thuật nội soi [5]. Mặc khác theo các nghiên cứu của Schacher (2018) không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về hiệu quả cũng như biến chứng của 2 phương pháp này [6].

Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi điều trị bệnh lý sỏi ống mật chủ...

Theo Vakayil (2017), ERCP và phẫu thuật nội soi điều trị sỏi đường mật chính cho tỷ lệ tai biến và tử vong thấp. Do đó việc lựa chọn phương pháp nào tùy thuộc vào trình độ chuyên môn cũng như điều kiện máy móc sẵn có tại từng bệnh viện [7]. Trong khi đó theo nghiên cứu Ramirez và CS (2017) chỉ ra rằng, mặc dù có hiệu quả tương tự nhau trong việc điều trị sỏi đường mật chính, nhưng phẫu thuật nội soi tỏ ra có nhiều ưu điểm hơn trong việc điều trị sỏi đường mật chính có kèm sỏi túi mật hoặc viêm túi mật kèm theo: giảm số lần gây mê và rút ngắn thời gian nằm viện cho bệnh nhân [8].

Tất cả các trường hợp đều được đặt 04 trocar để thực hiện thao tác. Vị trí đặt trocar rất quan trọng, bởi vì PTNS điều trị sỏi OMC kết hợp nhiều thao tác khó, bao gồm phẫu tích, lấy sỏi, khâu trong ổ bụng... Nếu vị trí trocar không thích hợp sẽ dẫn đến thao tác khó khăn, kéo dài thời gian phẫu thuật, dễ xảy ra tai biến và biến chứng hậu phẫu. Sau khi mở OMC, chúng tôi rút trocar ở hạ sườn phải, qua lỗ trocar luồn ống hút nhớt hoặc kèm gấp sỏi để lấy sỏi đường mật. Các phương pháp sử dụng để lấy sỏi như là: súc rửa đường mật, lấy sỏi bằng dụng cụ nội soi, sử dụng kèm gấp sỏi (Radall, Mirizi). Tùy thuộc vào vị trí, kích thước viên sỏi mà có phương pháp lấy sỏi phù hợp. Tuy nhiên trong đa số trường hợp phải phối hợp nhiều phương pháp để lấy sỏi.

Hiện tại theo nhiều nghiên cứu nội soi ống mềm đường mật kèm tán sỏi đường mật trong mổ là một phương pháp rất hiệu quả trong việc lấy sỏi đường mật chính. Tuy nhiên tại cơ sở chúng tôi chưa được trang bị phương tiện này.

Thời gian mổ trung bình của 128 trường hợp thực hiện phẫu thuật nội soi thành công trong nghiên cứu của chúng tôi là $103 \pm 27,2$ phút, trong đó nhanh nhất là 60 phút và lâu nhất là 215 phút, tương tự như nghiên cứu của Sứ Quốc Khởi $139,3 \pm 50,0$ phút (55 - 275 phút), Vũ Quang Hưng 138 phút (75 - 250 phút), La Văn Phú $105 \pm 34,47$ phút (35 - 200 phút) [2,9,10]. Số lượng máu mất trong các trường hợp phẫu thuật nội soi thành công thường không đáng kể (chỉ thấm ướt không quá 5 meche nội soi). Không có trường hợp nào gây tổn thương các mạch máu lân cận.

Số TH thất bại bằng PTNS trong nghiên cứu của chúng tôi là 09 trường hợp, tất cả phải chuyển sang mổ hở, không có trường hợp nào gây tổn thương mạch máu lớn hay các cơ quan khác trong ổ bụng.

Tỷ lệ mổ nội soi thành công của chúng tôi đạt 93,4%. Kết quả này thấp hơn so với nghiên cứu của Sứ Quốc Khởi 97,1%, La Quang Phú 97,2%, Vũ Quang Hưng 100% [2,9,10]. Tỷ lệ tai biến trong mổ của các tác giả khác như chảy máu, tổn thương tá tràng cũng rất thấp, cũng chỉ từ 1-2 trường hợp. Tỷ lệ chuyển mổ hở của chúng tôi cao hơn so với các nghiên cứu trong nước có thể là do chúng tôi chưa có nội soi đường mật ống mềm và tán sỏi thủy lực trong mổ. Do đó có những trường hợp không lấy được sỏi bằng các phương pháp như súc rửa, dụng cụ nội soi, kèm gấp sỏi, chúng tôi buộc phải chuyển sang mổ hở để đảm bảo an toàn cho bệnh nhân.

Thời gian nằm viện trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là 7,2 ngày, ngắn nhất là 7 ngày, lâu nhất là 25 ngày (TH này bệnh nhân lớn tuổi, viêm phổi sau phẫu thuật nên thời gian nằm viện kéo dài). Mức độ đau trung bình theo thang điểm VAS đánh giá vào ngày thứ 5 sau phẫu thuật là 3,5 điểm. Phẫu thuật nội soi có ưu điểm vết mổ nhỏ, làm giảm đau sau mổ so với phẫu thuật hở, tạo điều kiện cho bệnh nhân vận động sớm sau phẫu thuật, từ đó làm giảm biến chứng sau mổ.

Trong 128 trường hợp phẫu thuật nội soi thành công, tỷ lệ biến chứng xảy ra tương đối thấp, có 04 trường hợp xảy ra biến chứng nặng sau mổ là viêm phổi nặng (3,1%), có 03 trường hợp sót sỏi (2,3%) Trong đó, 01 TH điều trị nội khoa, 01 TH mổ lại lấy sỏi và 01 TH mổ lại nối mật ruột sau 03 tuần. Các trường hợp viêm phổi nặng xảy ra ở những bệnh nhân lớn tuổi và được điều trị nội khoa, tập vật lý trị liệu hỗ trợ. Các trường hợp xảy ra biến chứng sau mổ còn lại nhiều nhất là đau sau rút Kehr với 8 TH (6,3%). Các biến chứng sau mổ khác như nhiễm trùng vết mổ, tụ dịch ổ bụng đều xảy ra ở số ít bệnh nhân và diễn ra tương đối nhẹ nhàng, tất cả các trường hợp này đều được nội khoa ổn định. Không có trường hợp nào dò mật, áp xe ổ bụng và tử vong sau phẫu thuật.

Có 15 trường hợp tái phát sỏi sau mổ 02 năm (11,7%). Tất cả các trường hợp này đều được chúng tôi tư vấn phẫu thuật nội soi lấy sỏi tái phát.

Ngoài những ưu điểm của nghiên cứu như đã trình bày ở trên, điểm hạn chế trong nghiên cứu của chúng tôi là cỡ mẫu chưa lớn, số mẫu chọn không được thực hiện ở nhiều trung tâm phẫu thuật, nên kết quả nghiên cứu chưa có tính bao quát và giá trị cao.

Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi điều trị bệnh lý sỏi ống mật chủ...

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật nội soi là phương pháp an toàn và hiệu quả trong điều trị sỏi ống mật chủ với tỷ lệ thành công và sạch sỏi cao, tỷ lệ tai biến và biến chứng sau phẫu thuật thấp.

Đạo đức nghiên cứu

Người bệnh (hoặc thân nhân hợp pháp) được giải thích đầy đủ về mục tiêu, lợi ích và nguy cơ; đồng ý tham gia nghiên cứu. Thông tin cá nhân được bảo mật và số liệu chỉ sử dụng cho mục đích nghiên cứu; nghiên cứu tuân thủ các nguyên tắc của Tuyên ngôn Helsinki.

Tuyên bố về xung đột lợi ích

Các tác giả tuyên bố không có xung đột lợi ích liên quan đến nghiên cứu/bài báo này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. 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]. Hà Nội: Học viện Quân y; 2012.
2. Sử Quốc Khởi. Nghiên cứu ứng dụng phẫu thuật nội soi mở ống mật chủ lấy sỏi điều trị sỏi đường mật chính tại Bệnh viện Đa khoa Kiên Giang [Luận án Tiến sĩ Y học]. Hà Nội: Học viện Quân y; 2019.
3. Lê Văn Thành. Kết quả phẫu thuật nội soi điều trị sỏi đường mật chính mổ lại có sử dụng nội soi đường mật và ống nối mật - da. Tạp chí Y học Việt Nam. 2023;526(1B):12-13.
4. Đỗ Kim Sơn. Nghiên cứu và điều trị phẫu thuật bệnh lý sỏi

mật tại Bệnh viện Việt Đức (5773 trường hợp phẫu thuật từ 1976 đến 1998). Ngoại khoa. 2000;(2):18-23.

5. Barreras González JE, Torres Peña R, Ruiz Torres J, Martínez Alfonso MÁ, Brizuela Quintanilla R, Morera Pérez M. Endoscopic versus laparoscopic treatment for choledocholithiasis: a prospective randomized controlled trial. Endosc Int Open. 2016;4(11):E1188-E1193.
6. Schacher FC, Giongo SM, Teixeira FJP, Mattos AZ. Endoscopic retrograde cholangiopancreatography versus surgery for choledocholithiasis – A meta-analysis. Ann Hepatol. 2019;18(4):595-600.
7. Vakayil V, Klinker ST, Sulciner ML, Mallick R, Trikudanathan G, Amateau SK, et al. Single-stage management of choledocholithiasis: intraoperative ERCP versus laparoscopic common bile duct exploration. Surg Endosc. 2020;34(10):4616-4625.
8. Herrera-Ramírez MLA, López-Acevedo H, Gómez-Peña GA, Mata-Quintero CJ. Efficiency of laparoscopic vs endoscopic management in cholelithiasis and choledocholithiasis. Is there any difference? Cir Cir. 2017;85(4):306-311.
9. Vũ Quang Hưng. Kết quả phẫu thuật nội soi cắt túi mật và lấy sỏi ống mật chủ qua ống túi mật hoặc mở ống mật chủ điều trị sỏi túi mật kèm sỏi ống mật chủ. Y học TP Hồ Chí Minh. 2022;26(1):37-40.
10. La Văn Phú, Phạm Văn Linh, Huỳnh Võ Trang. Kết quả sớm điều trị sỏi đường mật chính bằng phẫu thuật nội soi kết hợp nội soi đường mật trong mổ ở bệnh nhân cao tuổi tại Bệnh viện Đa khoa Thành phố Cần Thơ. Tạp chí Y học Việt Nam. 2022;512(1):4-8.