

Hiệu quả và an toàn của phẫu thuật nội soi kết hợp soi đường mật trong mổ điều trị sỏi đường mật chính tại Bệnh viện Quân y 175

Efficacy and safety of laparoscopic surgery combined with intraoperative choledochoscopy in the treatment of common bile duct stones at Military Hospital 175

Từ Thanh Phúc¹, Trịnh Văn Thảo²,
Nguyễn Văn Quỳnh² và Vũ Tùng Sơn^{3*}

¹Bệnh viện Quân dân y 16, Binh đoàn 16

²Bệnh viện Quân y 175

³Học viện Quân y

Tóm tắt

Mục tiêu: Đánh giá hiệu quả và an toàn của phẫu thuật nội soi kết hợp soi đường mật lấy sỏi trong mổ điều trị sỏi đường mật chính tại Bệnh viện Quân y 175. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 69 bệnh nhân phẫu thuật nội soi kết hợp soi đường mật trong mổ, được thực hiện tại Khoa Ngoại bụng, Bệnh viện Quân y 175 từ tháng 8/2025 đến tháng 4/2026. **Kết quả:** Tuổi trung bình $58,2 \pm 16,9$; tỷ lệ nữ/nam là 2,45/1, 47,8% có bệnh lý nội khoa kết hợp. 26,1% có tam chứng Charcot, 98,6% đau hạ sườn phải, 42% sốt, 49,3% vàng da. Các kỹ thuật lấy sỏi gồm: Rọ hoặc dụng cụ nội soi kết hợp rọ, tán sỏi điện thủy lực, kìm Randall hoặc phối hợp các phương pháp trên. 62,3% có cắt túi mật kèm lấy sỏi. Kết quả phẫu thuật 82,6% sạch sỏi, 17,4% còn sỏi trong gan được tiếp tục tán qua đường hầm Kehr. Tỷ lệ tai biến trong mổ 2,9%; biến chứng sau mổ 5,8%. Kết quả phẫu thuật tốt 78,3%, khá 18,8%, trung bình 2,9% không có đối tượng nào đạt kết quả kém. **Kết luận:** Phẫu thuật nội soi kết hợp soi đường mật trong mổ lấy sỏi đường mật chính an toàn và hiệu quả trong điều trị sỏi đường mật với tỷ lệ sạch sỏi cao, tỷ lệ tai biến và biến chứng thấp.

Từ khóa: Nội soi kết hợp soi đường mật, soi đường mật trong mổ, sỏi đường mật.

Summary

Objective: Evaluation of the efficacy and safety of laparoscopic surgery combined with intraoperative choledochoscopy for stone extraction in the treatment of common bile duct stones at Military Hospital 175. **Subject and method:** A cross-sectional descriptive study was conducted on 69 patients who underwent laparoscopic surgery combined with intraoperative choledochoscopy at the Department of Abdominal Surgery, Military Hospital 175, from August 2025 to April 2026. **Result:** The mean age was 58.2 ± 16.9 years, with a female-to-male ratio of 2.45:1. Concomitant medical comorbidities were present in 47.8% of patients. Charcot's triad was observed in 26.1% of cases; 98.6% presented with right upper quadrant pain, 42.0% with fever, and 49.3% with jaundice. Stone extraction techniques included basket retrieval alone or in combination with endoscopic instruments, electrohydraulic lithotripsy, Randall forceps, or a combination of these methods. Concomitant

Ngày nhận bài: 30/3/2026, ngày chấp nhận đăng: 28/5/2026

* Tác giả liên hệ: tungsonhvqy@gmail.com - Bệnh viện Quân dân y 16, Binh đoàn 16

cholecystectomy was performed in 62.3% of patients. Complete stone clearance was achieved in 82.6% of cases, while 17.4% had residual intrahepatic stones that were subsequently treated by lithotripsy via the Kehr tract. The intraoperative complication rate was 2.9%, and the postoperative complication rate was 5.8%. Surgical outcomes were classified as good in 78.3% of patients, fair in 18.8%, and average in 2.9%; no poor outcomes were recorded. *Conclusion:* Laparoscopic surgery combined with intraoperative choledochoscopy for the removal of common bile duct stones is a safe and effective treatment modality, achieving a high stone clearance rate with low rates of intraoperative and postoperative complications.

Keywords: Laparoscopic surgery combined with cholangioscopy; intraoperative cholangioscopy; bile duct stones.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sỏi mật thường gây ra tình trạng nhiễm viêm đường mật, diễn biến bệnh phức tạp, có nhiều biến chứng nặng, rất khó điều trị và hay tái phát, thường phải mổ lại nhiều lần^{1, 2, 3}. Cùng với sự phát triển của y học, các kỹ thuật điều trị sỏi đường mật bằng các biện pháp can thiệp tối thiểu đang được áp dụng ngày càng phổ biến như: Lấy sỏi mật tụy ngược dòng, tán sỏi ngoài cơ thể, nội soi xuyên gan qua da, nội soi lấy sỏi qua đường hầm Kehr. Tuy nhiên, phẫu thuật vẫn đóng vai trò chủ yếu trong điều trị sỏi đường mật⁴. Hiện nay, thuật phẫu thuật nội soi (PTNS) đã khá hoàn thiện, ở nhiều bệnh viện việc áp dụng PTNS để điều trị lấy sỏi đường mật đã đem lại kết quả tốt hơn cho người bệnh. Đây là phương pháp điều trị giảm sang chấn, ít biến chứng nhưng lại có hiệu quả sạch sỏi cao⁵. PTNS lấy sỏi đường mật không những ưu điểm hơn phẫu thuật mở, mà còn ưu thế hơn thủ thuật lấy sỏi qua nội soi mật tụy ngược dòng, kết quả PTNS cho thấy tỷ lệ sạch sỏi cao, biến chứng thấp giúp giảm thời gian nằm viện, tiết kiệm chi phí điều trị và thời gian hồi phục nhanh. Từ những lý do trên, chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục tiêu: *Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi kết hợp soi đường mật lấy sỏi trong mổ điều trị sỏi đường mật chính tại Bệnh viện Quân y 175.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

2.1. Đối tượng

Tất cả bệnh nhân (BN) sỏi đường mật chính được điều trị bằng phẫu thuật nội soi kết hợp với soi đường mật lấy sỏi tại Bệnh viện Quân y 175.

Tiêu chuẩn lựa chọn: BN có sỏi đường mật chính lần đầu hoặc tái phát, sỏi OMC đơn thuần có kích

thước $\geq 15\text{mm}$, sỏi OMC đã ERCP nhưng thất bại, sỏi OMC kèm theo sỏi túi mật hoặc/và sỏi đường mật trong gan, sỏi đường mật được can thiệp dẫn lưu mật qua da hoặc đặt stent đường mật.

Tiêu chuẩn loại trừ: BN có chống chỉ định PTNS: Có bệnh lý nội khoa nặng kèm theo như suy gan, suy hô hấp, có tiền sử mổ bụng mở trên 3 lần; BN bị sỏi đường mật chính có biến chứng nặng như: Viêm phúc mạc nặng, sốc nhiễm trùng, viêm tụy cấp chưa được điều trị nội khoa ổn định; BN có kèm theo u đường mật hoặc hẹp đường mật ngoài gan; BN chuyển mổ mở vì lý do cắt túi mật khó.

2.2. Phương pháp

2.2.1. *Thiết kế nghiên cứu:* Áp dụng thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang, kết hợp hồi cứu và tiến cứu dữ liệu (59 bệnh nhân hồi cứu, 10 bệnh nhân tiến cứu).

2.2.2. *Cỡ mẫu nghiên cứu:* Sử dụng công thức ước lượng cho một tỷ lệ trong nghiên cứu mô tả:

$$n = \frac{Z_{1-\alpha/2}^2 \times P \times (1-P)}{d^2}$$

$Z_{1-\alpha/2}$ là hệ số tin cậy, với độ tin cậy 95%, $Z_{1-\alpha/2} = 1,96$; d: Sai số tuyệt đối, chọn $d = 0,13$. P là tỉ lệ sử dụng tán sỏi trong điều trị sỏi đường mật bằng PTNS kết hợp nội soi đường mật trong mổ. Theo tác giả Sử Quốc Khởi (2019), tỉ lệ tán sỏi là 56%⁵. Tính được cỡ mẫu tối thiểu 57 bệnh nhân. Trên thực tế chúng tôi đã tiến hành thu tuyển được 69 bệnh nhân đủ tiêu chuẩn vào nghiên cứu.

2.2.3. *Kỹ thuật chọn mẫu:* Áp dụng kỹ thuật chọn mẫu thuận tiện, tất cả bệnh nhân vào viện đảm bảo tiêu chuẩn lựa chọn, loại trừ đều được đưa vào nghiên cứu.

2.2.4. Nội dung và chỉ số nghiên cứu

Đánh giá tiền sử bệnh lý nội khoa kết hợp;

Đánh giá tỷ lệ xuất hiện các triệu chứng lâm sàng trước mổ;

Đánh giá các kỹ thuật lấy sỏi: Sử dụng rọ, hoặc dụng cụ nội soi kết hợp rọ, kết hợp tán sỏi điện thủy lực, kết hợp kim Randall, phối hợp các phương pháp trên hoặc đẩy xuống tá tràng.

Đánh giá quá trình phẫu thuật: Đánh giá lấy sỏi đơn thuần hoặc kết hợp cắt túi mật.

Đánh giá kết quả lấy sỏi:

Sạch sỏi là sau khi lấy sỏi, nội soi đường mật kiểm tra, siêu âm sau mổ 3-5 ngày và siêu âm lúc tái khám sau xuất viện 5 - 10 ngày không ghi nhận sỏi.

Chủ động để lại sỏi là nội soi trong lúc mổ xác định còn sỏi nhưng quyết định không lấy tiếp do tình trạng người bệnh không cho phép (kéo dài gây nguy hiểm cho người bệnh) hoặc không thể lấy sỏi (sỏi nằm phía trên chỗ bị hẹp).

Sốt sỏi là trường hợp nội soi đường mật trong mổ xác định đã hết sỏi nhưng sau mổ kiểm tra lại bằng siêu âm hoặc CLVT còn sỏi trong đường mật.

Đánh giá tai biến trong mổ và biến chứng sau mổ

Phân loại kết quả chung của phẫu thuật: Tốt (sạch sỏi sau mổ, không có tai biến trong mổ và biến chứng sau mổ), khá (còn sót sỏi chủ động sau mổ, không có tai biến trong mổ và biến chứng sau mổ), trung bình (PTNS thành công, có tai biến trong mổ nhưng xử lý được qua nội soi, sỏi sỏi phát hiện sau mổ hoặc có biến chứng chỉ cần điều trị nội khoa), xấu (biến chứng phải mổ lại hoặc bệnh nhân tử vong sau mổ).

2.2.5. *Phân tích và xử lý số liệu*: Số liệu được thu thập vào bệnh án nghiên cứu, nhập liệu vào phần mềm excel 2020; phân tích và xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 25.0. Các biến liên tục phân phối chuẩn được biểu diễn dưới dạng $TB \pm SD$.

2.2.6. Địa điểm thời gian nghiên cứu

Địa điểm nghiên cứu: Khoa Ngoại bụng, Bệnh viện Quân y 175.

Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 8/2025 đến tháng 4/2026.

2.3. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được Chứng nhận chấp thuận về đạo đức số 4554/GCN-HĐĐĐ ngày 22/9/2025 của HĐĐĐ trong Nghiên cứu Y sinh học BVQY 175. Số liệu được BVQY 175 cho phép sử dụng và công bố. Nhóm tác giả cam kết không có xung đột lợi ích trong nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ

Nghiên cứu của chúng tôi được thực hiện trên 69 bệnh nhân, với đặc điểm tuổi trung bình $58,2 \pm 16,9$; tỷ lệ nữ/nam là 2,45/1.

Về bệnh lý nội khoa kết hợp với bệnh lý sỏi mật, có 47,8% có bệnh lý kết hợp; trong đó tăng huyết áp 28 trường hợp (40,6%), đái tháo đường 13 (18,8%); bệnh tim thiếu máu cục bộ 5 (7,2%), ngoài ra còn hen phế quản, bệnh thận mạn tính, COPD 5 trường hợp (7,1%)

Triệu chứng lâm sàng có 68 trường hợp đau hạ sườn phải (98,6%); sốt 29 trường hợp (42,0%); vàng da 34 trường hợp (49,3%); nôn ói 18 trường hợp (26,1%); tam chứng Charcot gặp 18 trường hợp (26,1%).

Bảng 1. Kỹ thuật lấy sỏi trong mổ

Kỹ thuật lấy sỏi	Số lượng	Tỷ lệ %
Bằng dụng cụ nội soi + rọ	1	1,4
Bằng dụng cụ nội soi + rọ + Tán sỏi điện thủy lực	2	2,9
Bằng rọ	37	53,6
Bằng rọ + kim Randall	3	4,3
Bằng rọ + kim Randall + Tán sỏi điện thủy lực	3	4,3
Bằng rọ + Tán sỏi điện thủy lực	19	27,5
Đẩy xuống tá tràng	4	5,8

Kỹ thuật lấy sỏi được thực hiện nhiều nhất là bằng rọ (53,6%), tiếp đến là bằng rọ + tán sỏi điện thủy lực (27,5%). Có 5 đối tượng (7,2%) cần kết hợp 3 kỹ thuật để lấy sỏi.

Bảng 02. Kỹ thuật áp dụng trong phẫu thuật

Cắt túi mật		Số lượng	Tỷ lệ %
Lấy sỏi đường mật có kèm cắt túi mật		43	62,3
Lý do cắt túi mật (n = 43)	Do viêm	4	9,3
	Do sỏi	16	37,2
	Do viêm + sỏi	23	53,5
Lấy sỏi đường mật không kèm cắt túi mật		16	23,2
Tiền căn đã cắt túi mật		10	14,5
Tổng		69	100

Trong quá trình phẫu thuật lấy sỏi đường mật chính, phần lớn đối tượng được cắt túi mật kèm theo (62,3%), 23,2% không cắt túi mật và 14,5% đối tượng đã có tiền căn cắt túi mật. Trong 43 đối tượng cắt túi mật, nguyên nhân do viêm và sỏi chiếm tỷ lệ cao nhất (53,5%), tiếp đến là do sỏi (37,2%), thấp nhất là do viêm (9,3%).

Bảng 3. Kết quả phẫu thuật lấy sỏi

Kết quả sạch sỏi		Số lượng	Tỷ lệ %
Sạch sỏi (n = 57)	OMC	44/44	100
	OMC + trong gan	12/24	50,0
	Trong gan	1/1	100
Còn sỏi (n = 12)	OMC	0	0
	Trong gan	12/12	100
Nguyên nhân còn sỏi (n = 12)	Chủ động	12/12	100
	Sốt sỏi	0	0

Có 57/69 (82,6%) đối tượng sạch sỏi sau mổ. 100% đối tượng có sỏi OMC đơn thuần, sỏi trong gan đơn thuần đều sạch sỏi. 50% (12/24) đối tượng có sỏi OMC + trong gan vẫn còn sỏi. Vị trí còn sỏi ở những đối tượng này đều ở trong gan và phẫu thuật viên chủ động để lại sỏi do sỏi lớn, đúc khuôn hoặc nhiều viên. Ở 12 đối tượng còn sỏi sau mổ, 10/12 đối tượng (83,3%) tiếp tục được tán sỏi qua đường hầm Kehr.

Thời gian phẫu thuật trung bình 121,6 phút; lượng máu mất trung bình 22ml; thời gian nằm viện trung bình 12,5 ngày; thời gian phục hồi cơ bản sau mổ 1,5 ngày; thời gian rút dẫn lưu Kehr trung bình 25,3 ngày.

Bảng 4. Tai biến và biến chứng

Tai biến/ Biến chứng			Số lượng	Tỷ lệ %
Tai biến	Có	Thủng đại tràng ngang	2	2,9
	Không		67	97,1
Biến chứng sau mổ	Có	Rò mật	0	0
		Nhiễm trùng	0	0
		Viêm phổi	2	2,9
		Áp xe tồn lưu	1	1,4
		Tụ dịch dưới gan	1	1,4
	Không		65	94,2

Có 2 (2,9%) đối tượng gặp tai biến thủng đại tràng ngang trong mổ, đều được khâu lỗ thủng trong mổ và đạt kết quả ổn định, không có biến chứng liên quan sau mổ. Sau mổ có 4 đối tượng gặp biến chứng (5,8%) gồm: 02 đối tượng viêm phổi, 01 áp xe tồn lưu và 01 tụ dịch dưới gan.

Kết quả chung sau phẫu thuật có 78,3% đạt kết quả tốt, 18,8% đạt kết quả khá và 2,9% đạt kết quả trung bình.

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tuổi của bệnh nhân là $58,2 \pm 16,9$; nữ giới chiếm đa số với tỷ lệ 71%, tỷ lệ giữa giới nam và nữ tương đương 2,45:1; hầu hết các nghiên cứu trong nước và trên thế giới đều cho thấy bệnh lý sỏi đường mật thường gặp ở nữ nhiều hơn nam với các tỷ lệ khác nhau, như nghiên cứu của Võ Văn Hùng và cộng sự (2014) tỷ lệ nữ/nam là 2,5/1³; Khoảng 50% bệnh nhân có bệnh lý mạn tính kết hợp với sỏi mật. trong đó chủ yếu tập trung vào các bệnh lý tim mạch và rối loạn chuyển hóa như tăng huyết áp (40,6%), đái tháo đường (18,8%) và bệnh tim thiếu máu cục bộ (7,2%). Ngoài ra còn một số bệnh lý mạn tính khác như hen phế quản, bệnh thận mạn, viêm gan B, COPD, suy thận. Các bệnh lý nội khoa thường được coi là yếu tố nguy cơ của phẫu thuật và ngày càng được quan tâm hơn, giúp cho quá trình tiến hành phẫu thuật được an toàn, giảm các nguy cơ biến chứng. Nghiên cứu của Serban và cộng sự (2021) cho thấy tỷ lệ bệnh nhân cao tuổi có bệnh nội khoa kèm theo tương đối cao, trong đó cao huyết áp và tiểu đường là phổ biến nhất trong nhóm phẫu thuật nội soi mật⁶. Hầu hết đối tượng có triệu chứng đầu tiên là đau hạ sườn phải (98,6%), có 01 đối tượng khởi phát triệu chứng đầu tiên là vàng da (1,4%). Triệu chứng lâm sàng đầu tiên cho đến khi vào viện trung bình là $16,4 \pm 16,5$ ngày, thấp nhất là 2 ngày và cao nhất là 60 ngày. Khi vào viện, các triệu chứng lâm sàng xuất hiện gồm đau hạ sườn phải (98,6%), vàng da (49,3%) và sốt (42,0%). Có 18/69 đối tượng (26,1%) có tam chứng Charcot. Các triệu chứng trên phù hợp với các biểu hiện của sỏi đường mật. Nghiên cứu của Bùi Tuấn Anh và cs (2008) trong đó đau hạ sườn phải 93,1%; triệu chứng sốt 74,3% cao hơn trong nghiên cứu của

chúng tôi, lý do có thể do đối tượng nghiên cứu của Bùi Tuấn Anh phần đông là các bệnh nhân đang có biểu hiện viêm đường mật cấp tính⁷. Đa số bệnh nhân được lấy sỏi bằng rọ đơn thuần chiếm 53,6%. Đây là kỹ thuật cơ bản, phù hợp với các trường hợp sỏi ống mật chủ kích thước vừa, không kẹt, đường mật giãn thuận lợi. Tuy nhiên, 27,5% trường hợp phải phối hợp rọ với tán sỏi điện thủy lực, và một tỷ lệ nhỏ phải kết hợp thêm kim Randall hoặc dụng cụ nội soi. Điều này cho thấy gánh nặng sỏi trong nghiên cứu là đáng kể, bao gồm các viên sỏi kích thước lớn, nhiều viên hoặc sỏi kẹt. Kết quả này phù hợp với nhận xét của Vũ Đức Thụ và cộng sự (2019), khi tác giả cho rằng việc phối hợp nội soi đường mật với tán sỏi điện thủy lực giúp tăng tỷ lệ sạch sỏi trong mổ, đặc biệt ở nhóm sỏi khó, sỏi khó ở đây chủ yếu là sỏi khuẩn, to, phức tạp nằm trong gan mà không lấy bằng rọ hoặc kim được⁸. Tỷ lệ đầy sỏi xuống tá tràng trong nghiên cứu của chúng tôi là 5,8%, cho thấy đây chỉ là biện pháp lựa chọn trong những trường hợp sỏi nhỏ, cơ Oddi thông thoáng và không có chống chỉ định, Theo Williams và cộng sự (2017), đẩy sỏi xuống tá tràng có thể áp dụng chọn lọc nhưng cần thận trọng để tránh biến chứng viêm tụy sau mổ⁹. Phẫu thuật có 62,3% bệnh nhân được lấy sỏi đường mật chính kèm cắt túi mật, trong đó nguyên nhân chủ yếu là viêm phổi hợp sỏi túi mật (53,5%). Điều này phản ánh thực tế lâm sàng rằng phần lớn bệnh nhân có bệnh lý túi mật kèm theo, và việc cắt túi mật đồng thời giúp loại bỏ nguồn gốc hình thành sỏi, góp phần giảm nguy cơ tái phát. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Sử Quốc Khởi (2019), khi các tác giả đều khuyến cáo nên cắt túi mật trong cùng thì phẫu thuật nếu điều kiện cho phép, đặc biệt ở bệnh nhân còn túi mật và có sỏi hoặc viêm túi mật⁵. Nghiên cứu cho thấy phẫu thuật nội soi kết hợp soi đường mật trong mổ đạt tỷ lệ sạch sỏi cao đối với sỏi ống mật chủ (OMC), với 100% trường hợp OMC đơn thuần được lấy sạch sỏi (44/44). Điều này khẳng định vai trò quan trọng của soi đường mật trong mổ trong việc kiểm tra trực tiếp lòng đường mật, phát hiện và xử trí triệt để sỏi còn sót, đặc biệt ở đoạn thấp OMC và vùng cơ Oddi. Đối với nhóm bệnh nhân có sỏi phối hợp OMC và trong gan, tỷ lệ sạch sỏi đạt 50% (12/24). Trong khi đó, các trường hợp còn sỏi sau mổ 17,4% (12/69) đều là sỏi

trong gan, và 100% các trường hợp này được ghi nhận là chủ động để lại, không có trường hợp sót sỏi ngoài ý muốn. Kết quả này phản ánh đúng đặc thù bệnh lý sỏi trong gan, vốn thường nằm ở các nhánh đường mật nhỏ, gấp góc, khó tiếp cận bằng nội soi, và trong nhiều trường hợp không cần hoặc không nên can thiệp triệt để ngay trong một thì mổ nhằm tránh kéo dài thời gian phẫu thuật và tăng nguy cơ biến chứng. So sánh với nghiên cứu của Võ Đại Dũng và cộng sự (2015), tỷ lệ sạch sỏi hoàn toàn sau mổ ở nhóm sỏi trong gan chỉ đạt khoảng 30,2%, và nếu tính cả lấy được phần lớn sỏi (> 80%) thì đạt 79,1%¹⁰. Trong nghiên cứu của chúng tôi thời gian phẫu thuật, lượng máu mất, thời gian nằm viện, thời gian rút dẫn lưu Kehr và thời gian hồi phục sau mổ đều tương đương với các nghiên cứu trước đó. Có 02 trường hợp (2,9%) gặp tai biến trong mổ được phân loại thủng đại tràng ngang, tuy nhiên trên thực tế phẫu thuật do quá trình gỡ dính gây rách thanh mạc, trong quá trình nội soi đã tiến hành khâu thanh mạc và bệnh nhân hồi phục bình thường, vì thế đây cũng là một tai biến ở mức độ nhẹ. Tai biến có thể gặp trong phẫu thuật nội soi ở bệnh nhân có tiền sử viêm nhiễm hoặc mổ cũ gây dính nhiều trong ổ bụng. 97,1% không ghi nhận tai biến trong mổ, cho thấy đây là một kỹ thuật an toàn. Về biến chứng sau mổ, tỷ lệ biến chứng chung là 5,8%, trong đó không ghi nhận các biến chứng nghiêm trọng thường gặp trong phẫu thuật đường mật như rò mật hay nhiễm trùng vết mổ. Các biến chứng được ghi nhận chủ yếu là viêm phổi (2,9%), áp xe tồn lưu (1,4%) và tụ dịch dưới gan (1,4%), đều ở mức độ nhẹ và có thể điều trị bảo tồn hoặc can thiệp tối thiểu. Kết quả của chúng tôi thấp hơn nghiên cứu của Vũ Đức Thụ và cộng sự (2019), tỷ lệ biến chứng sau mổ là khoảng 10 - 11%⁸. Sau phẫu thuật 78,3% bệnh nhân có kết quả tốt, 18,8% kết quả khá, kết quả trung bình gặp ở 2,9% bệnh nhân và không có trường hợp nào đạt kết quả kém. Đây là một kết quả rất khả quan, phản ánh tính an toàn và hiệu quả tổng thể của phương pháp phẫu thuật được áp dụng. Tỷ lệ kết quả tốt và khá chiếm tới 97,1%, cho thấy đa số người bệnh không chỉ đạt được mục tiêu điều trị là loại bỏ sỏi mà còn có diễn biến hậu phẫu thuận lợi, ít biến chứng, phục hồi nhanh và cải thiện rõ rệt triệu chứng lâm sàng.

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật nội soi kết hợp soi đường mật trong mổ lấy sỏi đường mật chính an toàn và hiệu quả trong điều trị sỏi đường mật với tỷ lệ sạch sỏi 82,6%, tỷ lệ tai biến 2,9% và biến chứng 5,8%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Đình Hối, Nguyễn Mậu Anh (2016) Sỏi đường mật. Nhà xuất bản Y học, tr. 16 -17, 337 - 416.
2. Nguyễn Thành Công, Nguyễn Tấn Chung, Nguyễn Đức Hùng và cộng sự (2018) *Phẫu thuật nội soi điều trị sỏi đường mật có biến chứng*. Phẫu thuật nội soi và nội soi Việt Nam, 8(4):64-69.
3. Võ Văn Hùng, Nguyễn Cao Cương, Bùi Mạnh Côn và cộng sự (2014) *So sánh hiệu quả kỹ thuật nội soi qua đường hầm kehr và qua ngò vào đường mật bằng túi mật trong điều trị sỏi sỏi đường mật*. Y học TP Hồ Chí Minh 18(1): 127-134.
4. Carsten Gutt, Simon Schläfer, Frank Lammert (2020) *The treatment of gallstone disease*. Dtsch Arztebl Int 117(9): 148-158.
5. Sử Quốc Khởi (2019) *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*. Học viện Quân Y.
6. Serban D, Socea B, Balasescu SA et al (2021) *Safety of laparoscopic cholecystectomy for acute cholecystitis in the elderly: A multivariate analysis of risk factors for intra and postoperative complications*. Medicina 57(3): 230.
7. Bùi Tuấn Anh (2008) *Nghiên cứu áp dụng kỹ thuật dẫn lưu mật xuyên gan qua da trong điều trị sỏi đường mật*. Học viện Quân y.
8. Vũ Đức Thụ, Nguyễn Ngọc Bích, Nguyễn Anh Tuấn (2019) *Kết quả sớm phẫu thuật nội soi kết hợp nội soi đường mật và tán sỏi điện thủy lực điều trị sỏi đường mật chính*. Tạp chí Y Dược Lâm sàng 108 14(5): 89-93.
9. Earl Williams, Ian Beckingham, Ghassan El Sayed, et al (2017) *Updated guideline on the management of common bile duct stones*. Gut 66(5): 765-782.
10. Võ Đại Dũng, Lê Nguyên Khôi, Đoàn Văn Trần, Lê Kim Long (2015) *Phẫu thuật nội soi trong điều trị sỏi đường mật trong gan*. Y Học TP Hồ Chí Minh, Phụ bản 19(5): 91-100.