

Phẫu thuật nội soi kết hợp nội soi đường mật qua ống nối mật - da điều trị sỏi đường mật chính

Laparoscopic surgery with cholangioscopy through percutaneous - choledcho channel in the treatment of main bile duct stones

Lê Văn Thành, Lê Văn Lợi, Vũ Văn Quang,
Lê Trung Hiếu, Đào Tấn Lực, Hồ Văn Linh

Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

Tóm tắt

Mục tiêu: Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi kết hợp nội soi đường mật qua ống nối mật - da điều trị sỏi đường mật chính. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu hồi cứu và tiến cứu, không đối chứng 152 bệnh nhân sỏi đường mật chính được phẫu thuật nội soi kết hợp nội soi đường mật qua ống nối mật - da. **Kết quả:** 41,44% bệnh nhân có tiền sử phẫu thuật vùng bụng, trong đó 31,57% mở ống mật chủ lấy sỏi. Tỷ lệ phẫu thuật thành công 97,36%. Tỷ lệ sạch sỏi sau mổ là 62,16%. Tai biến 2,63%. Thời gian mổ trung bình là $119,85 \pm 28,47$ phút, thời gian lấy sỏi trung bình là $51,48 \pm 20,64$ phút. Biến chứng sớm sau mổ 6,75%. Thời gian nằm viện sau mổ là $9,28 \pm 3,4$ (ngày). **Kết luận:** Phẫu thuật nội soi kết hợp nội soi đường mật qua ống nối mật - da điều trị sỏi đường mật chính là phương pháp an toàn và hiệu quả.

Từ khóa: Sỏi đường mật trong gan, sỏi ống mật chủ, phẫu thuật nội soi mở ống mật chủ.

Summary

Objective: To assess the results of laparoscopic surgery with cholangioscopy through percutaneous - choledcho channel in the treatment of main bile duct stones. **Subject and method:** A retrospective and prospective, non-controlled study on 152 patients with main bile duct stones treated with laparoscopic surgery with cholangioscopy through percutaneous - choledcho channel in the treatment of main bile duct stones. **Result:** There were 41.44% patients with previous abdominal operations, in which 31.57% having common bile duct explorations. 97.63% successful operation. Complete stone clearance was achieved 62.16% patients. The Intraoperative complication rate was 2.63%. The mean operating time was 119.85 ± 30.47 mins. The mean stone extraction time was 51.48 ± 20.64 mins. The mean postoperative hospital stay was 9.28 ± 3.4 days. The early postoperative complication rate was 6.75%. **Conclusion:** Laparoscopic surgery with cholangioscopy through percutaneous - choledcho channel in the treatment of main bile duct was safe and effective.

Keywords: Intrahepatic bile duct stones, common bile duct stones, laparoscopic common bile duct exploration.

1. Đặt vấn đề

Ngày nhận bài: 04/01/2021, ngày chấp nhận đăng: 31/01/2021

Người phản hồi: Hồ Văn Linh

Sỏi mật khá phổ biến ở Việt Nam cũng như một số nước trên thế giới, điều trị còn gặp nhiều khó khăn phức tạp, đặc biệt là sỏi trong gan [1]. Hiện

Email: hovanlinhb3108@gmail.com - Bệnh viện TWQĐ 108

nay, tuy có nhiều biện pháp can thiệp xâm lấn tối thiểu nhưng phẫu thuật xử lý sỏi vẫn giữ vai trò quan trọng và có thể tạo một đường vào cho việc lấy sỏi sau mổ. Hiệu quả lấy sỏi trong gan với nội soi đường mật trong mổ mở đã được đề cập nhưng với phẫu thuật nội soi vẫn gặp nhiều khó khăn và hạn chế liên quan đến kỹ thuật và phương tiện như: Khả năng điều khiển ống soi, tình trạng rơi sỏi và thoát dịch vào ổ bụng [2]. Để khắc phục tình trạng này chúng tôi đã áp dụng phẫu thuật nội soi lấy sỏi đường mật chính có sử dụng nội soi đường mật và ống nối mật - da. Nghiên cứu này được tiến hành nhằm mục tiêu: *Đánh giá kết quả của phẫu thuật nội soi kết hợp nội soi đường mật qua ống nối mật - da điều trị sỏi đường mật chính.*

2. Đối tượng và phương pháp

2.1. Đối tượng

Gồm 152 bệnh nhân chẩn đoán có sỏi đường mật chính, được phẫu thuật nội soi mở ống mật chủ lấy sỏi kết hợp nội soi đường mật qua ống nối mật - da điều trị sỏi đường mật chính từ tháng 6/2017 đến tháng 12/2020 tại Khoa Gan - Mật - Tụy, Bệnh viện TWQĐ 108.

2.2. Phương pháp

Nghiên cứu hồi cứu và tiến cứu, không đối chứng.

2.3. Kỹ thuật

Đặt 04 trocar: Trocar thứ nhất 10mm tại rốn, trocar thứ hai 5mm mạn sườn phải, trocar thứ ba 5mm mạn sườn trái, đưa camera vào quan sát vị trí ống mật chủ. Xác định vị trí đặt trocar thứ tư 10mm: Vị trí thường được chọn là dưới bờ sườn phải 2 - 3cm

trên đường giữa đòn. Vị trí này dùng đưa ống nối từ da vào ống mật chủ và để đặt dẫn lưu Kehr sau khi lấy sỏi.

Mở ống mật chủ có chiều dài bằng đường kính ống nối da - mật, đặt ống nối mật da qua lỗ trocar 10mm dưới hạ sườn phải từ thành bụng vào ống mật chủ. Tiến hành nội soi đường mật lấy sỏi qua ống nối mật - da. Đối với sỏi ống mật chủ có thể đưa mirizzi qua lỗ trocar 10mm hạ sườn phải để lấy sỏi.

2.4. Chỉ tiêu nghiên cứu

Đặc điểm bệnh nhân: Tuổi, giới, tiền sử phẫu thuật, bệnh lý kết hợp, triệu chứng lâm sàng.

Đánh giá qua chụp cộng hưởng từ và khi mổ: Vị trí sỏi, số lượng sỏi, kích thước sỏi.

Kết quả trong mổ: Tỷ lệ phẫu thuật thành công, thời gian đặt ống nối mật da, thời gian lấy sỏi, thời gian phẫu thuật, tai biến.

Kết quả sớm sau mổ: Tỷ lệ sạch sỏi, thời gian nằm viện, biến chứng sớm.

3. Kết quả

3.1. Đặc điểm bệnh nhân

152 bệnh nhân có tuổi từ 21 đến 91 tuổi, trung bình $54,52 \pm 12,65$ năm, độ tuổi 41- 60 tuổi gặp nhiều nhất (44,73%). Tỷ lệ nam/nữ = 0,77.

Bệnh nhân có tiền sử phẫu thuật vùng bụng 41,44%, trong đó phẫu thuật mở ống mật chủ lấy sỏi là 31,57%.

15,13% bệnh nhân có bệnh lý kết hợp như: Tiểu đường, bệnh lý tim mạch...

100% bệnh nhân vào viện vì lý do đau bụng vùng hạ sườn phải, sốt 42,1%, vàng da 15,78%, 15,78% có tam chứng charcot.

3.2. Sỏi đường mật chính đánh giá qua chụp cộng hưởng từ và khi mổ

Vị trí sỏi

Bảng 1. Vị trí sỏi

Vị trí	Cộng hưởng từ		Phẫu thuật	
	Số bệnh nhân (n = 152)	Tỷ lệ %	Số bệnh nhân (n = 152)	Tỷ lệ %

Có sỏi đường mật chính ngoài gan	122	80,26	123	80,92
Có sỏi đường mật trong gan phải	88	57,89	89	58,55
Có sỏi đường mật trong gan trái	106	69,73	105	69,07

Cộng hưởng từ xác định được 80,26% BN có sỏi đường mật chính ngoài gan. Kết quả phẫu thuật xác định 80,92% BN có sỏi đường mật chính ngoài gan.

Số lượng sỏi

Bảng 2. Số lượng sỏi

Số lượng sỏi	Cộng hưởng từ		Phẫu thuật	
	Số bệnh nhân (n = 152)	Tỷ lệ %	Số bệnh nhân (n = 152)	Tỷ lệ %
Ít sỏi	15	9,86	16	10,52
Nhiều sỏi	137	90,14	136	89,48
Tổng	152	100	84	100

Số bệnh nhân nhiều sỏi (≥ 2 viên) chiếm đa số: Cộng hưởng từ xác định 90,14%, phẫu thuật xác định 89,48%.

Kích thước sỏi

Bảng 3. Kích thước sỏi

Vị trí	Kích thước (mm)	Cộng hưởng từ	
		Số bệnh nhân (n = 152)	Tỷ lệ%
Đường mật chính ngoài gan	Không có sỏi	30	19,73
	< 10	21	13,81
	≥ 10	101	66,46
Đường mật trong gan phải	Không có sỏi	64	42,10
	< 10	16	10,52
	≥ 10	72	47,38
Đường mật trong gan trái	Không có sỏi	50	32,89
	< 10	14	9,21
	≥ 10	88	57,9

Kích thước sỏi được xác định trên cộng hưởng từ có đường kính > 10mm đa số ở đường mật chính ngoài gan 66,46%.

3.3. Kết quả trong mổ

Tỷ lệ phẫu thuật nội soi thành công 97,36%, chuyển mổ mở 2,64% do dính.

Tỷ lệ đặt ống nối mật - da thành công là 100%, tai biến rách đường mật khi đặt ống là 2,03%, tụt ống khi lấy sỏi 3,37%, không có chảy dịch và sỏi vào ổ bụng.

Thời gian đặt ống nối mật da trung bình là: $5,08 \pm 2,35$ phút (2 - 16 phút).

Thời gian phẫu thuật trung bình là: $119,85 \pm 28,47$ phút (70 - 200 phút), (nhóm có tiền sử mổ bụng là: $135,71 \pm 29,23$ phút, nhóm không có tiền sử mổ bụng: $112,52 \pm 23,36$ phút). Nhóm có tiền sử mổ bụng thời gian mổ dài hơn nhóm không có tiền sử mổ bụng, tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p=0,112$).

Thời gian lấy sỏi trung bình là: $51,48 \pm 20,64$ phút, (nhóm ít sỏi: $21,46 \pm 7,35$ phút, nhóm nhiều

sỏi: $57,67 \pm 21,74$ phút). Thời gian lấy sỏi của nhóm nhiều sỏi dài hơn nhóm ít sỏi có ý nghĩa kê ($p=0,031$).

Tai biến 2,63%: 02 bệnh nhân chảy máu do nong đường mật được xử lý bằng bơm rửa để cầm máu. 01 bệnh nhân tổn thương lớp thanh mạc cơ đại tràng, được xử lý khâu nội soi, 01 bệnh nhân thủng quai hồng tràng do gỡ dính được xử lý bằng khâu nội soi.

3.4. Kết quả sớm sau mổ

Có 62,16% bệnh nhân sạch sỏi sau phẫu thuật được xác định bằng: Nội soi đường mật trong mổ, siêu âm đánh giá sau mổ, X-quang đường mật sau mổ.

Thời gian nằm viện sau mổ trung bình là: $9,28 \pm 3,4$ ngày (4 - 24 ngày)

Có 6,57% bệnh nhân biến chứng sớm: 04 bệnh nhân động dịch sau mổ ở vùng giường túi mật không có biểu hiện lâm sàng không cần điều trị gì, 01 bệnh nhân rò tiêu hoá ngày thứ 4 điều trị bảo tồn ngày thứ 18 hết rò. 02 bệnh nhân rò mật gây thấm băng qua chân dẫn lưu kehr ngày thứ 5 và thứ 7 điều trị bảo tồn ổn định ngày thứ 12 và 15, 01 bệnh nhân nhiễm khuẩn chân trocar, 01 bệnh nhân viêm phổi, 01 bệnh nhân suy tim diễn biến nặng lên.

4. Bàn luận

4.1. Đặc điểm bệnh nhân

Tuổi và giới: Bệnh sỏi mật có thể gặp ở mọi lứa tuổi khác nhau. Nghiên cứu cho thấy tuổi trung bình là $54,52 \pm 12,65$ (21 - 91 tuổi). Nhóm người trong độ tuổi lao động hay gặp nhất là 41 - 60 tuổi (44,73%). Tại Việt Nam, tuổi trung bình của bệnh nhân sỏi mật qua các nghiên cứu trước đây từ 41,8 - 46,9 tuổi, nhóm trẻ tuổi nhiều hơn, nhóm trên 70 tuổi gặp ít (2,56 - 8,75%). Tuổi của người bệnh sỏi mật đang có xu hướng ngày càng tăng lên [1], [2].

Bệnh sỏi mật xuất hiện ở cả nam và nữ. Nữ mắc bệnh nhiều hơn nam giới. Nghiên cứu cho thấy có tỷ lệ nam/nữ = 0,77. Tỷ lệ này phù hợp với các nghiên cứu trong và ngoài nước. Cho đến nay chưa có một giả thuyết nào lý giải về lý do nữ mắc bệnh sỏi mật nhiều hơn nam. Tuy nhiên, các nghiên cứu cho thấy

phụ nữ thừa cân, hay dùng thuốc tránh thai cho thấy có tỷ lệ sỏi mật cao hơn.

Tiền sử phẫu thuật: Chúng tôi ghi nhận 41,44% bệnh nhân đã có tiền sử phẫu thuật bụng, trong đó có 31,57% mở ống mật chủ lấy sỏi. Trước đây phẫu thuật nội soi có thể là chống chỉ định tương đối trên bệnh nhân có tiền sử phẫu thuật, theo thời gian đã có nhiều báo cáo về khả năng thành công của phẫu thuật nội soi lấy sỏi đường mật tái phát [2], [3], [4]. Hiện nay, hầu hết bệnh nhân sỏi mật được thực hiện phẫu thuật nội soi. Tuy nhiên, tiền sử phẫu thuật vẫn là một yếu tố mà phẫu thuật viên cần lưu ý do thời gian mổ kéo dài, vì vậy cần đánh giá kỹ qua chẩn đoán hình ảnh trước mổ để tiên lượng cuộc mổ. Thực tế phẫu thuật cho thấy tiền sử phẫu thuật làm mất khá nhiều thời gian để gỡ dính.

Bệnh kèm theo: Thống kê cho thấy có 15,13% bệnh nhân có bệnh lý kết hợp. Tất cả những bệnh nhân trên chúng tôi đều hội ý với bác sĩ chuyên khoa để phối hợp điều trị trước, trong và sau mổ. Tuy nhiên cứu cho thấy không có biến chứng nào liên quan đến các bệnh kèm theo, nhưng trong thực tế, bệnh kèm theo và tuổi là hai yếu tố có ảnh hưởng đến kết quả phẫu thuật. Thông thường chúng tôi bàn bạc với bác sĩ gây mê hồi sức về các yếu tố nguy cơ và các tình huống phẫu thuật.

Triệu chứng lâm sàng: Triệu chứng lâm sàng của sỏi đường mật rất đa dạng. Tuy nhiên, biểu hiện lâm sàng phổ biến nhất là đau bụng. Vị trí đau thường ở hạ sườn phải hoặc thượng vị. 100% bệnh nhân trong nghiên cứu đều có triệu chứng đau bụng vùng hạ sườn phải khi vào viện. Mức độ đau khác nhau từ âm ỉ đến dữ dội. Các nghiên cứu trong nước cũng cho thấy triệu chứng đau bụng thường gặp nhất. Nghiên cứu của Nguyễn Hoàng Bắc thấy bệnh nhân có triệu chứng đau bụng vùng hạ sườn phải hoặc thượng vị chiếm 97,1% [2]. Thống kê của Trần Mạnh Hùng thấy bệnh nhân có triệu chứng đau bụng chiếm 99,5% [5]. Triệu chứng tiếp theo là sốt: 42,1% và vàng da: 15,78%. Nghiên cứu cho thấy người bệnh có đủ tam chứng Charcot chỉ gặp 15,78%. Kết quả nghiên cứu thấp hơn so với kết quả của các tác giả như: Đỗ Kim Sơn gặp tam chứng Charcot 57%, Trần Mạnh Hùng gặp 32,5% [5]. Có thể do xã hội càng phát triển thì

việc tầm soát bệnh sỏi mật của người dân tốt hơn nên việc phát hiện và điều trị bệnh được sớm hơn.

4.2. Đặc điểm bệnh lý sỏi đường mật

Vị trí sỏi: Bảng 1 cho thấy kết quả phẫu thuật 58,55% có sỏi trong gan phải, 69,07% có sỏi trong gan trái. Nghiên cứu cho thấy tỷ lệ sỏi trong gan nhiều hơn thống kê của Sở Quốc Khố [6], tỷ lệ sỏi trong gan gặp 53,4%, Nguyễn Hoàng Bắc [2] tỷ lệ sỏi trong gan: 33,1%. Sỏi trong gan 2 bên có tỷ lệ cao cho thấy sự phức tạp và khó khăn trong điều trị. Vì sỏi trong gan kéo dài thời gian phẫu thuật và tỷ lệ sót sỏi cao.

Số lượng và kích thước sỏi: Nghiên cứu cho thấy tỷ lệ bệnh nhân nhiều sỏi chiếm tỷ lệ cao 90,14 % thấy qua cộng hưởng từ và 89,48% xác định qua phẫu thuật.

Bảng 3 cho thấy kích thước sỏi $\geq 10\text{mm}$ gặp tỷ lệ cao, ở đường mật chính ngoài gan: 66,46%, ở gan phải: 47,38%, ở gan trái: 57,9%. Nghiên cứu chia ra làm 2 nhóm có kích thước sỏi $< 10\text{mm}$ và $\geq 10\text{mm}$ vì liên quan đến quá trình lấy sỏi. Phần lớn các bệnh nhân được sử dụng ống nối mật - da có đường kính là 10mm, vì thế những viên sỏi có đường kính $< 10\text{mm}$ được lấy bằng rọ, còn những viên sỏi kích thước $\geq 10\text{mm}$ phải được tán nhỏ sau đó mới dùng rọ lấy ra.

Đặc điểm sỏi đường mật chính là nhiều viên, kích thước lớn xếp liên tiếp nhau hay nhiều viên xếp thành khối hoặc sỏi đúc khuôn. Trong luận án của mình, Đặng Tâm nhận xét "Sỏi đường mật ở Việt Nam phức tạp không những tỷ lệ sỏi trong gan cao mà còn ở đặc điểm số lượng sỏi rất nhiều và đường kính sỏi to [1].

4.3. Kết quả trong mổ

Tỷ lệ thành công: Tỷ lệ phẫu thuật nội soi thành công của nghiên cứu là 97,36%, có 2,64% bệnh nhân phải chuyển mổ mở do dính, đây là những bệnh nhân có tiền sử mổ sỏi đường mật cũ. Kết quả nghiên cứu phù hợp với nghiên cứu của Nguyễn Hoàng Bắc [2], Nguyễn Khắc Đức [3]. Tỷ lệ đặt ống nối mật - da thành công là 100%, chúng tôi tập trung vào đánh giá kết quả của sử dụng nội soi ống mềm đường mật lấy sỏi qua ống nối mật - da. Vì vậy,

bệnh nhân được xác định phẫu thuật thành công khi đặt được ống nối mật - da và thực hiện lấy sỏi được qua ống nối mật - da. Bệnh nhân được xác định thất bại là khi không đặt được ống nối mật - da hoặc phải chuyển mổ mở. Tai biến khi đặt ống: Rách đường mật 2,03% được khâu lại sau đó đặt lại ống, tụt ống khỏi ống mật chủ là 3,37% do dùng dọ kéo sỏi có kích thước lớn hơn ống nối, không có trường hợp nào chảy dịch và sỏi vào ổ bụng.

Thời gian lấy sỏi: Nghiên cứu cho thấy thời gian lấy sỏi trung bình là $51,48 \pm 20,64$ phút (10 - 125 phút). Chúng tôi chia thành 2 nhóm ít sỏi và nhiều sỏi. Kết quả thống kê cho thấy thời gian lấy sỏi trung bình của nhóm ít sỏi là $21,46 \pm 7,35$ (phút) và nhóm nhiều sỏi trung bình là $57,67 \pm 21,74$ (phút). Thời gian lấy sỏi ở nhóm nhiều sỏi dài hơn nhóm ít sỏi, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p=0,031$). Thời gian lấy sỏi ảnh hưởng nhiều đến thời gian phẫu thuật. Cho đến nay chưa, thấy có nghiên cứu nào đề cập đến thời gian lấy sỏi qua nội soi đường mật mà các tác giả thường đề cập đến thời gian phẫu thuật. Vì vậy không thể so sánh thời gian lấy sỏi của nghiên cứu với các thống kê khác.

Thời gian phẫu thuật: Nghiên cứu cho thấy thời gian phẫu thuật trung bình là: $119,85 \pm 28,47$ (phút) (70 - 200 phút). Chúng tôi chia ra làm 2 nhóm: Nhóm có tiền sử mổ vùng bụng và nhóm không có tiền sử mổ vùng bụng. Nhóm có tiền sử mổ vùng bụng thời gian phẫu thuật trung bình là: $135,71 \pm 29,23$ (phút), nhóm không có tiền sử mổ vùng bụng là: $112,52 \pm 23,36$ (phút). Thời gian phẫu thuật trung bình của nhóm có tiền sử mổ vùng bụng dài hơn nhóm không có tiền sử mổ vùng bụng, tuy nhiên sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê ($p=0,112$). Kết quả của nghiên cứu giống như thống kê của Nguyễn Hoàng Bắc thấy thời gian mổ trung bình nhóm sỏi mật mổ lại là 167,4 phút kéo dài hơn nhóm mổ lần đầu 115,2 phút, sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê [2].

Thời gian phẫu thuật của chúng tôi dài hơn thời gian phẫu thuật của Trần Mạnh Hùng (68 phút) [5], tương đương Nguyễn Hoàng Bắc (117 phút) [2]. Tuy nhiên, thời gian phẫu thuật của chúng tôi ngắn hơn tác giả Lee HM (187 phút), Zhu J (179,7 phút) [7],

Nguyễn Khắc Đức (150 phút) [3], Sử Quốc Khởi (139 phút) [6].

Tai biến: Nghiên cứu gặp 2,63% bệnh nhân tai biến gồm: 01 bệnh nhân tổn thương lớp thanh mạc cơ của đại tràng khi gỡ dính đại tràng khỏi mặt dưới gan được xử lý bằng khâu thanh mạc cơ qua nội soi. 01 bệnh nhân thủng quai hồng tràng được xử lý bằng khâu nội soi. Đây là 02 bệnh nhân có tiền sử mổ ống mật chủ lấy sỏi, sau mổ ổn định ra viện ở ngày thứ 8 và thứ 9. 02 bệnh nhân chảy máu đường mật do quá trình nong đường mật xử lý bơm rửa bằng nước muối ấm thấy cầm máu. Nghiên cứu này phù hợp với các thống kê khác như: Sử Quốc Khởi gặp tỷ lệ tai biến trong mổ là 3,9% [6]. Trần Mạnh Hùng gặp tỷ lệ tai biến chảy máu là 0,95% [5]. Thống kê của Nguyễn Khắc Đức cho thấy chảy máu 2,4% phải chuyển mổ mở để xử lý, thủng ống tiêu hoá 0,8%. Nghiên cứu của Nguyễn Hoàng Bắc gặp chảy máu 1,2% [2].

4.4. Kết quả sớm sau mổ

Thời gian hậu phẫu: Nghiên cứu cho thấy thời gian hậu phẫu trung bình là 9,28 ngày. Kết quả tương đương thống kê của Võ Đại Dũng là 9,65 ngày [4]. Phẫu thuật nội soi lấy sỏi đường mật chính là phương pháp xâm lấn tối thiểu giúp giảm thời gian nằm viện, bệnh nhân hồi phục nhanh sau phẫu thuật.

Tỷ lệ sạch sỏi: Tỷ lệ sạch sỏi sau mổ của nghiên cứu là 62,16% tương đương với các tác giả khác. Tuy có gặp những hạn chế trong phẫu thuật nội soi nhưng với ứng dụng ống nối mật - da đã khắc phục được phần lớn những hạn chế của phẫu thuật nội soi lấy sỏi. Vì vậy, chỉ định phẫu thuật nội soi lấy sỏi đường mật cũng rộng rãi hơn, không hạn chế về số lượng sỏi hay tiền sử phẫu thuật. Kết quả sạch sỏi của nghiên cứu thấy cao hơn thống kê của Võ Đại Dũng: Tỷ lệ sạch sỏi trong mổ là 39,5%, sạch sỏi sau mổ là 30,23% [4].

Biến chứng sớm: Nghiên cứu gặp biến chứng sớm ở 6,75% bệnh nhân gồm: 04 bệnh nhân đọng dịch vùng dưới gan sau mổ, các trường hợp này đều không có triệu chứng mà chỉ được phát hiện khi kiểm tra siêu âm sau mổ, bệnh nhân không cần can

thiệp gì. Áp xe tồn dư gặp trong phẫu thuật nội soi lấy sỏi thường do sỏi rơi ra ổ bụng hoặc bơm rửa đường mật, dịch mật và nước vào ổ bụng cũng là một vấn đề được các tác giả quan tâm. Nghiên cứu của Nguyễn Khắc Đức gặp 02 bệnh nhân áp xe tồn dư ở hố chậu phải điều trị bằng mổ bụng kiểm tra làm sạch ổ bụng. Chúng tôi sử dụng ống nối mật - da nên khắc phục được tình trạng sỏi và dịch ra ổ bụng vì vậy không có bệnh nhân nào áp xe tồn dư sau mổ.

01 bệnh nhân rò tiêu hoá được phát hiện ở ngày thứ 4 sau mổ, dịch tiêu hoá chảy qua dẫn lưu khoảng 100ml/ngày, bệnh nhân được điều trị bằng nhịn ăn nuôi dưỡng đường tĩnh mạch, lượng dịch giảm dần và hết ở ngày thứ 18. Bệnh nhân này có tiền sử mổ sỏi đường mật 01 lần, trong mổ thấy dính nhiều, quá trình bóc tách làm tổn thương hoặc bỏng đường tiêu hoá mà phẫu thuật viên không biết, đến ngày thứ 4 bị tổn thương thứ phát.

02 bệnh nhân rò mật gây thấm ướt băng chân dẫn lưukehr ngày thứ 5 và thứ 7 sau mổ, điều trị bảo tồn và ổn định ở ngày thứ 12 và 15 sau mổ. Liu D định nghĩa rò mật được phát hiện qua dẫn lưu kéo dài hơn 3 ngày, lượng nhiều hơn 100ml/ngày [8]. Theo Zhang yêu cầu mức bilirubin dịch qua ống dẫn lưu hoặc chọc dò phải cao hơn trong máu ít nhất 3 lần [9]. Nghiên cứu của Liu D có 01 bệnh nhân rò mật số lượng lớn gây viêm phúc mạc toàn thể do phẫu thuật viên đặt mỗi khâu đầu tiên xa mép của đường mổ ống mật chủ [8].

Nghiên cứu cho thấy có 01 bệnh nhân nhiễm khuẩn trocar rốn, điều trị kháng sinh và thay băng tại chỗ bệnh nhân khỏi ở ngày thứ 20 sau mổ. Nhiễm khuẩn vết mổ rất ít gặp trong phẫu thuật nội soi lấy sỏi đường mật, tỷ lệ chung qua các thống kê gặp khoảng 0 - 1,97% đây là một ưu điểm nổi bật của phương pháp.

Viêm phổi sau phẫu thuật là một biến chứng hay gặp, nghiên cứu thấy 01 bệnh nhân 72 tuổi bị viêm phổi ngày thứ 2 sau mổ, bệnh nhân được điều trị nội khoa và khỏi ở ngày thứ 18 sau mổ. Một số thống kê cho thấy tỷ lệ viêm phổi người trên 70 tuổi từ 2,4 - 4,7% [10].

01 bệnh nhân 76 tuổi, tiền sử bệnh lý tim mạch, đã được dùng thuốc điều trị tim mạch trước mổ nhưng tình trạng suy tim nặng lên sau mổ ở ngày thứ 4, được điều trị nội khoa bệnh nhân ổn định và ra viện ở ngày thứ 17 sau mổ.

5. Kết luận

Qua nghiên cứu 152 bệnh nhân có sỏi đường mật chính, được phẫu thuật nội soi kết hợp nội soi đường mật qua ống nối mật - da lấy sỏi nhận thấy:

Tỷ lệ phẫu thuật nội soi thành công là 97,36%, tỷ lệ đặt ống nối mật - da thành công là 100%, tai biến rách đường mật khi đặt ống nối là 2,03%, tỷ lệ sạch sỏi là 62,16%. Thời gian mổ trung bình là: $119,85 \pm 28,47$ phút, thời gian lấy sỏi trung bình là $51,48 \pm 20,64$ phút. Tai biến 2,63%. Thời gian nằm viện sau mổ là: $9,28 \pm 3,4$ ngày. Biến chứng 6,75%

Phẫu thuật nội soi kết hợp nội soi đường mật qua ống nối mật - da điều trị sỏi đường mật chính là phương pháp điều trị an toàn và hiệu quả.

Tài liệu tham khảo

- Đặng Tâm (2004) *Xác định vai trò của phương pháp tán sỏi mật qua da bằng điện thủy lực*. Luận án tiến sĩ y học, Đại Học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh.
- Nguyễn Hoàng Bắc (2007) *Chỉ định của phẫu thuật nội soi trong điều trị sỏi đường mật chính*. Luận án tiến sĩ y học, Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh.
- Nguyễn Khắc Đức (2010) *Nghiên cứu ứng dụng phẫu thuật nội soi để điều trị sỏi đường mật ngoài gan*. Luận án Tiến sĩ y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
- Võ Đại Dũng (2015) *Kết quả sớm của phẫu thuật nội soi điều trị sỏi đường mật trong gan có nội soi đường mật trong mổ*. Luận án thạc sĩ y học, Trường Đại Học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh.
- Trần Mạnh Hùng (2012) *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.
- Sử Quốc Khởi (2020) *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 - Học viện Quân y.
- Zhu J, Sun G, Hong L et al (2018) *Laparoscopic common bile duct exploration in patients with previous upper abdominal surgery*. Surgical endoscopy: 1-7.
- Liu D, Cao F, Liu J et al (2017) *Risk factors for bile leakage after primary close following laparoscopic common bile duct exploration: A retrospective cohort study*. BMC surgery 17(1): 1-8.
- Zhang GW, Lin JH, Qian J P et al (2014) *Analyzing risk factors for early postoperative bile leakage base on clavian classification in bile duck stones*. Internationnall Juornal of Surgery 12(8): 757-761.
- Zheng C et al (2017) *Laparoscopic common bile duct exploration: A safe and definitive treatment for elderly patient*. Surg Endosc 31(6): 2541-2547.