

NHẬN XÉT MỘT SỐ ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ KẾT QUẢ SƠM PHẪU THUẬT NỘI SOI ĐIỀU TRỊ SỎI ĐƯỜNG MẬT TẠI BỆNH VIỆN THỐNG NHẤT

Nguyễn Xuân Hòa¹, Lê Trung Hiếu^{2}, Nguyễn Văn Quỳnh³*

Tóm tắt

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả sớm phẫu thuật nội soi điều trị sỏi đường mật. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu hồi cứu, mô tả trên 118 bệnh nhân (BN) được phẫu thuật nội soi điều trị sỏi đường mật tại Bệnh viện Thống Nhất từ tháng 6/2019 - 6/2024. **Kết quả:** Tuổi trung bình là $65,8 \pm 15,7$; nữ giới chiếm 56,8%; triệu chứng đau bụng chiếm 93,2%, tam chứng Charcot là 19,5%; tiền sử phẫu thuật bụng là 18,6%; tỷ lệ dân thành thị là 79,7%. Tỷ lệ bạch cầu tăng là 29,7%; men gan tăng là 74,6%; bilirubin tăng là 72,0%; bilirubin hoặc urobilinogen trong nước tiểu là 66,1%. Độ nhạy siêu âm: Sỏi túi mật là 93,1%, sỏi ống mật chủ là 33,9%, sỏi trong gan là 72,7%. Độ nhạy chụp cắt lớp vi tính (CLVT): Sỏi túi mật là 87,5%, sỏi ống mật chủ là 89,9%, sỏi trong gan là 86,4%. Kỹ thuật lấy sỏi bằng rọ là 100%, tán sỏi trong mổ là 61,0%. Thời gian mổ trung bình là $162,2 \pm 56,0$ phút; thời gian nằm viện trung bình là $9,4 \pm 3,4$ ngày; tỷ lệ biến chứng là 15,3%. Tỷ lệ sạch sỏi là 89,8%. **Kết luận:** Sỏi đường mật thường gặp ở BN cao tuổi, kết hợp siêu âm và CLVT mang lại giá trị chẩn đoán cao. Kết quả phẫu thuật khả thi, an toàn.

Từ khóa: Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng; Sỏi đường mật; Phẫu thuật nội soi; Kết quả sớm;

¹Khoa Ngoại Gan Mật, Bệnh viện Thống Nhất

²Trung tâm Ghép tạng, Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

³Đơn vị Phẫu thuật Gan - Mật - Tụy, Khoa Ngoại bụng, Bệnh viện Quân y 175

*Tác giả liên hệ: Lê Trung Hiếu (liversurg108@gmail.com)

Ngày nhận bài: 28/4/2025

Ngày được chấp nhận đăng: 16/10/2025

<http://doi.org/10.56535/jmpm.v50i9.1317>

EVALUATION OF CLINICAL, PARACLINICAL CHARACTERISTICS AND EARLY OUTCOMES OF LAPAROSCOPIC SURGERY FOR BILIARY STONES AT THONG NHAT HOSPITAL

Abstract

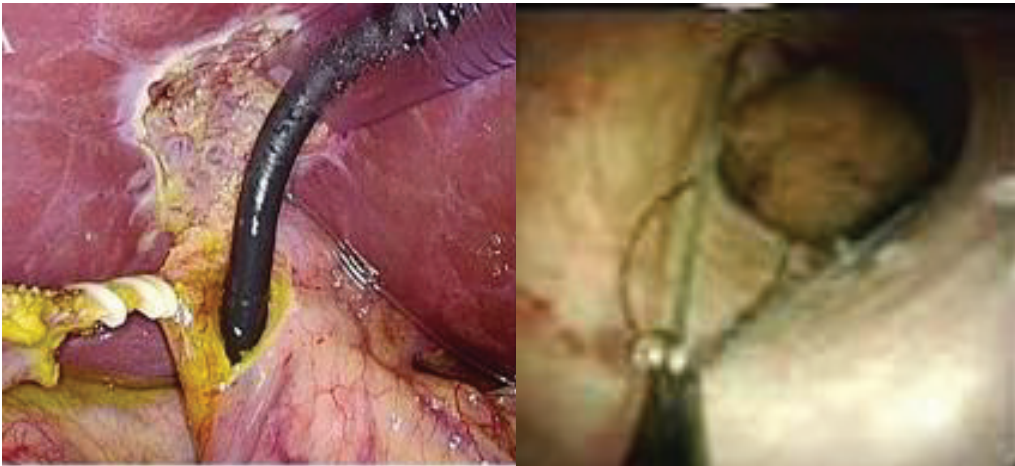
Objectives: To describe clinical, paraclinical characteristics and early results of laparoscopic surgery for biliary stones. **Methods:** A retrospective, descriptive study was conducted on 118 patients who underwent laparoscopic surgery for biliary stones at Thong Nhat Hospital from June 2019 to June 2024. **Results:** The mean age was 65.8 ± 15.7 years; females accounted for 56.8%; abdominal pain was present in 93.2% of patients, Charcot's triad in 19.5%, a history of abdominal surgery in 18.6%, and 79.7% of patients lived in urban areas. Increased leukocyte count was 29.7%; increased liver enzymes was 74.6%; increased bilirubin was 72.0%; bilirubin or urobilinogen in urine was 66.1%. Ultrasound sensitivity: Gallbladder stones was 93.1%, common bile duct stones was 33.9%, intrahepatic stones was 72.7%. Computed tomography sensitivity: Gallbladder stones was 87.5%, common bile duct stones was 89.9%, intrahepatic stones was 86.4%. Technique: Stone retrieval with a basket accounted for 100%, and intraoperative lithotripsy accounted for 61.0%. The mean operative time was 162.2 ± 56.0 minutes; the mean hospital stay was 9.4 ± 3.4 days; and the complication rate was 15.3%. The stone clearance rate was 89.8%. **Conclusion:** Biliary stone disease is common in elderly patients; the combined use of ultrasound and computed tomography provides high diagnostic value. Surgical outcomes are feasible and safe.

Keywords: Clinical and paraclinical characteristics; Biliary stones; Laparoscopic surgery; Early outcomes.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Sỏi đường mật là bệnh lý thường gặp ở Việt Nam, tỷ lệ người mắc sỏi đường mật gặp khoảng 6,3% tại Thành phố Hồ Chí Minh [1]. Xử trí kinh điển sỏi đường mật là phẫu thuật mở ống mật chủ lấy sỏi và dẫn lưu đường mật, có hoặc không cắt túi mật.

Ngày nay, có nhiều phương pháp điều trị sỏi đường mật như phẫu thuật mở ống mật chủ lấy sỏi, ERCP lấy sỏi ống mật chủ, lấy sỏi đường mật xuyên gan qua da... Tuy nhiên, phẫu thuật lấy sỏi vẫn đóng vai trò chủ yếu trong điều trị và phẫu thuật nội soi dần chiếm vị trí chủ đạo.



Hình 2. Soi đường mật và lấy sỏi bằng rọ Dormia.

Dẫn lưu đường mật bằng ống Kehr hoặc khâu kín đường mật; lau rửa ổ bụng, đặt dẫn lưu dưới gan; đóng vết mổ, khâu cố định dẫn lưu.

** Các chỉ tiêu nghiên cứu:*

Đặc điểm lâm sàng: Tuổi, giới tính, triệu chứng lâm sàng, tiền sử phẫu thuật, phân bố theo nơi cư trú. Đặc điểm cận lâm sàng: xét nghiệm bạch cầu, men gan, bilirubin, bilirubin hoặc urobilirubin niệu. Kết quả siêu âm và CLVT trước mổ. Kết quả sớm của phẫu thuật: Kỹ thuật lấy sỏi, thời gian phẫu thuật, tai biến trong mổ, thời gian nằm viện sau mổ, biến chứng sau mổ, tỷ lệ sạch sỏi.

** Thu thập và xử lý số liệu:* Số liệu được thu thập theo bệnh án mẫu thống

nhất, xử lý bằng phần mềm thống kê STATA 17.0.

3. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được chấp thuận theo Quyết định số 110/2023/BVTN-HĐYĐ ngày 06/12/2023 của Bệnh viện Thống Nhất. Số liệu nghiên cứu được Khoa Ngoại Gan Mật, Bệnh viện Thống Nhất cho phép sử dụng và công bố. Nhóm tác giả cam kết không có xung đột lợi ích trong nghiên cứu.

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Từ tháng 6/2019 - 6/2024, có 118 trường hợp phẫu thuật nội soi mở ống mật chủ có nội soi đường mật điều trị sỏi đường mật tại Bệnh viện Thống Nhất.

Bảng 1. Đặc điểm lâm sàng.

Chỉ tiêu nghiên cứu	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Tuổi trung bình (tuổi)	65,8 ± 15,7	
Giới tính		
Nam	51	43,2
Nữ	67	56,8
Triệu chứng lâm sàng		
Đau bụng hạ sườn phải	110	93,2
Sốt	39	33,1
Vàng da hoặc củng mạc mắt	54	45,8
Tam chứng Charcot (gồm cả 3 triệu chứng trên)	23	19,5
Tiền sử phẫu thuật	22	18,6
Cắt túi mật	10	8,5
Mở ống mật chủ lấy sỏi	6	5,1
Phẫu thuật khác	6	5,1
Phân bố theo nơi cư trú		
Nông thôn	24	20,3
Thành thị	94	79,7

Tuổi trung bình là 65,8 ± 15,7. Nữ giới chiếm tỷ lệ cao hơn (56,8%). Triệu chứng đau bụng hạ sườn phải chiếm đa số (93,2%), tam chứng Charcot chỉ chiếm 19,5%. Đa số BN không có tiền sử phẫu thuật bụng (81,4%) và sống ở thành thị (79,7%).

Bảng 2. Đặc điểm cận lâm sàng.

Chỉ tiêu nghiên cứu	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Xét nghiệm máu, nước tiểu		
Bạch cầu ≥ 12 G/L	35	29,7
Men gan ≥ 35 U/L	88	74,6
Bilirubin ≥ 17 U/L	85	72,0
Bilirubin, urobilirubin niệu (+)	78	66,1
Đặc điểm siêu âm		
Sỏi túi mật	67	56,8 (Se 93,1)
Sỏi ống mật chủ	37	31,4 (Se 33,9)
Sỏi đường mật trong gan	16	13,6 (Se 72,7)
Đặc điểm CLVT		
Sỏi túi mật	63	53,4 (Se 87,5)
Sỏi ống mật chủ	98	83,1 (Se 89,9)
Sỏi đường mật trong gan	19	16,1 (Se 86,4)

Tỷ lệ bạch cầu tăng chiếm tỷ lệ nhỏ (29,7%). Hầu hết BN có tăng men gan (74,6%) và bilirubin (72,0%). Tỷ lệ xuất hiện bilirubin hoặc urobilirubin trong nước tiểu chiếm 66,1%. Độ nhạy của siêu âm với sỏi túi mật cao hơn CLVT (93,1% và 87,5%, $p < 0,05$), nhưng thấp hơn CLVT ở sỏi ống mật chủ (33,9% và 89,9%, $p < 0,05$) và sỏi đường mật trong gan (72,7% và 86,4%, $p < 0,05$).

Bảng 3. Kết quả sớm sau phẫu thuật.

Chỉ tiêu nghiên cứu	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Kỹ thuật lấy sỏi		
Bằng dụng cụ	85	72,0
Bằng rọ	118	100
Có tán sỏi	72	61,0
Thời gian phẫu thuật (phút)	162,2 ± 56,0	
Tai biến trong phẫu thuật		
Thủng ruột (hồng tràng)	2	1,7
Tổn thương đường mật	1	0,8
Thời gian nằm viện sau phẫu thuật (ngày)	9,4 ± 3,4	
Biến chứng sau phẫu thuật		
Tụ dịch dưới gan 4	4	3,4
Nhiễm trùng chân trocar	9	7,6
Rò mật	2	1,7
Chảy máu sau phẫu thuật	1	0,8
Viêm phổi	2	1,7
Tỷ lệ sạch sỏi	109	89,8

Tất cả các trường hợp đều dùng rọ lấy sỏi (100%), trong đó có 61,0% kết hợp tán sỏi trong mổ. Thời gian phẫu thuật trung bình là 162,2 ± 56,0 phút. Tỷ lệ tai biến là 2,5%. Thời gian nằm viện trung bình là 9,4 ± 3,4 ngày. Tỷ lệ biến chứng là 15,2%, nhiều nhất là nhiễm trùng chân trocar. Tỷ lệ sạch sỏi là 89,8%.

BÀN LUẬN

1. Đặc điểm lâm sàng

Sỏi đường mật gặp nhiều ở lứa tuổi > 50, đặc biệt từ 50 - 60 tuổi, do rối loạn chuyển hóa cholesterol [2]. Tuổi trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn các tác giả Lê Văn Thành [3], Nguyễn Cao Cường [4] vì Bệnh viện Thống Nhất là bệnh viện lão khoa, có

nhiệm vụ khám chữa bệnh cho cán bộ trung và cao cấp tại chức và nghỉ hưu. Nghiên cứu cũng cho thấy tỷ lệ mắc bệnh ở nữ giới nhiều hơn nam giới. Ở phụ nữ < 30 tuổi, sỏi đường mật thường kết hợp với thai nghén và béo phì; người dùng thuốc tránh thai có tỷ lệ sỏi đường mật cao gấp 2 lần người không dùng thuốc [5], do estrogen làm tăng

cholesterol trong dịch mật, progesterol làm giảm khả năng co bóp của túi mật và đường mật gây ứ trệ dịch mật.

Đau bụng hạ sườn phải là triệu chứng thường gặp nhất trong nghiên cứu với 93,2%, là lý do làm cho BN đến bệnh viện. Đau gặp ở nhiều mức độ khác nhau, vị trí đau cũng phụ thuộc vào vị trí sỏi đường mật, cơ chế đau là do sỏi làm tăng áp lực đường mật kết hợp với nhiễm trùng đường mật. Nghiên cứu của Đặng Tâm có tỷ lệ đau bụng là 88,5% [6], Nguyễn Cao Cương là 92,86% [4], Lê Văn Thành là 100% [3]. Tỷ lệ BN có triệu chứng sốt là 33,1%, sốt là do có tình trạng nhiễm trùng đường mật. Tỷ lệ vàng da hoặc củng mạc mắt là 45,8%, triệu chứng này xuất hiện nhiều hay ít phụ thuộc vào mức độ tắc nghẽn của đường mật do sỏi gây ra. Tam chứng Charcot trong nghiên cứu chỉ gặp 19,5%, thấp hơn so với một số tác giả trong nước dao động từ 33,33 - 47,05% [4, 6, 3], có lẽ do BN đa phần là cán bộ hưu trí, sống ở thành thị, có trình độ kiến thức nên khi có 1 trong các triệu chứng là BN đã đến khám bệnh và dùng thuốc điều trị.

Nghiên cứu có 18,6% BN có tiền sử phẫu thuật ổ bụng, đây là yếu tố làm cho cuộc phẫu thuật khó khăn hơn, nguy cơ phẫu thuật nội soi thất bại phải chuyển mổ mở. Có 79,7% BN sống ở thành thị, có thể vì bệnh viện chúng tôi nằm ở

trung tâm thành phố nên tỷ lệ này bị ảnh hưởng. Nghiên cứu của Nguyễn Đình Hối cho thấy nhiễm trùng và ký sinh khuẩn đường mật là đặc điểm của sỏi đường mật ở xứ nhiệt đới, trong đó có Việt Nam, ký sinh trùng thường gặp là giun đũa, vi khuẩn thường gặp là *E. coli* [2].

2. Đặc điểm cận lâm sàng

Trong nghiên cứu chỉ gặp 29,7% trường hợp có bạch cầu tăng, điều này có thể do các BN đã điều trị thuốc tại nhà hoặc tuyến trước. Tỷ lệ tăng bilirubin trong máu (72,0%) tương đương với tỷ lệ tăng men gan (74,6%), điều này cho thấy sự ứ mật sẽ gây ra tình trạng phá hủy tế bào gan, về lâu dài nếu tình trạng tắc mật kéo dài có thể dẫn đến tình trạng xơ gan. Tỷ lệ tăng bilirubin trong máu cùng với lâm sàng vàng da. BN xuất hiện vàng da thì lượng bilirubin trong máu phải tăng ít nhất 2 lần so với bình thường [7]. Sự xuất hiện bilirubin hoặc urobilirubin trong nước tiểu chiếm 66,1%, cao hơn tỷ lệ vàng da (45,8%), nghiên cứu chỉ ra sự xuất hiện của bilirubin trong nước tiểu sớm hơn vàng da trên lâm sàng, do sự thải trừ của bilirubin qua thận [8].

Siêu âm là phương tiện chẩn đoán hình ảnh đầu tay ở các BN sỏi đường mật, giúp xác định vị trí sỏi, số lượng sỏi, tình trạng của đường mật và túi mật. Các hạn chế của siêu âm là người bệnh

béo bụng, có nhiều hơi trong đường ruột đặc biệt trong dạ dày và tá tràng, dễ bỏ sót những sỏi nhỏ < 6mm ở đoạn cuối ống mật chủ, ngoài ra, siêu âm còn phụ thuộc vào khả năng và kinh nghiệm của người đọc kết quả. Các nghiên cứu cho thấy siêu âm có độ nhạy từ 98 - 100% với sỏi túi mật, 59,5 - 90% với sỏi đường mật [5, 4]; CLVT có độ nhạy trong phát hiện sỏi túi mật từ 55 - 80%, sỏi đường mật từ 59 - 89,4%, và so với siêu âm thì CLVT chẩn đoán sỏi túi mật có độ nhạy thấp hơn [9]. Nghiên cứu này cũng cho thấy độ nhạy của siêu âm trong phát hiện sỏi túi mật tốt hơn CLVT, còn độ nhạy phát hiện sỏi ống mật chủ và sỏi đường mật trong gan của CLVT tốt hơn siêu âm. Do đó, nếu có sự kết hợp giữa CLVT và siêu âm sẽ làm tăng giá trị chẩn đoán.

3. Kết quả sớm sau phẫu thuật

Trong nghiên cứu, chúng tôi thường bắt đầu lấy sỏi bằng dụng cụ, sau đó khi không còn tiếp cận được sỏi, chúng tôi dùng rọ để lấy sỏi tiếp. Tất cả các trường hợp chúng tôi đều sử dụng rọ lấy sỏi, trong đó khoảng 61,0% BN phải dùng máy tán sỏi để lấy sỏi ra thuận lợi hơn.

Nghiên cứu có 3 trường hợp tai biến trong mổ (2,5%), gồm 2 trường hợp thủng hồng tràng và 1 trường hợp tổn thương đường mật. Nguyên nhân của các trường hợp tổn thương này là do gỡ dính sau mổ cũ, các tổn thương sau đó

được khâu lại, sau mổ không ghi nhận biến chứng. Theo chúng tôi, nên xổ ruột đối với những BN đã có tiền sử mổ bụng trước đây, để khi xảy ra tai biến thủng ruột, nhất là đại tràng có thể xử lý dễ dàng và an toàn. Tỷ lệ tai biến trong nghiên cứu của một số tác giả cũng khá thấp như Lê Văn Thành là 2,1% [3], Lê Quốc Phong là 3,29% [9], chủ yếu là thủng ruột, chảy máu khi gỡ dính trên những BN đã phẫu thuật trước đó hoặc có viêm túi mật kèm theo.

Thời gian phẫu thuật trong nghiên cứu là $162,2 \pm 56,0$ phút, ngắn nhất là 70 phút, dài nhất là 370 phút. Thời gian phẫu thuật phụ thuộc vào nhiều yếu tố như trình độ của phẫu thuật viên, số lượng sỏi, lượng sỏi dự kiến lấy... Thời gian nằm viện trong nghiên cứu là $9,4 \pm 3,4$ ngày, dài hơn của các tác giả như Lê Văn Thành là $6,5 \pm 2,7$ ngày [3], Lê Quốc Phong là 8,6 ngày [9]. Tỷ lệ biến chứng trong nghiên cứu là 15,3%, nhiều nhất là nhiễm khuẩn vết mổ trocar, có thể do trong quá trình lấy bệnh phẩm qua trocar rốn, bệnh phẩm chạm vào vết mổ gây nhiễm khuẩn. Các biến chứng hay gặp khác là tụ dịch dưới gan và rò mật. Tỷ lệ biến chứng cao hơn của các tác giả Lê Văn Thành là 10,4% [3], Lê Quốc Phong là 7,69% [9]. Tỷ lệ sạch sỏi trong nghiên cứu là 89,8%, cao hơn nghiên cứu của Lê Văn Thành (66,7%) [3] và tương đương với Lê Quốc Phong (91,6%) [9].

KẾT LUẬN

Sỏi đường mật thường gặp ở BN cao tuổi, kết hợp giữa siêu âm và CLVT mang lại giá trị chẩn đoán tốt cho BN. Kết quả sớm phẫu thuật nội soi điều trị sỏi đường mật tại Bệnh viện Thống Nhất là khả thi, an toàn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Cao Cương, Trần Thiện Hòa, Văn Tần và CS. Khảo sát tình hình mắc bệnh sỏi mật ở người trên 50 tuổi tại Thành phố Hồ Chí Minh. *Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh*. 2010; 14:47-54.
2. Nguyễn Đình Hối, Nguyễn Hoàng Bắc, Đỗ Đình Công và CS. Những tiến bộ trong chẩn đoán và điều trị sỏi mật. *Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh*. 2002; 6:109-115.
3. Lê Văn Thành, Lê Văn Lợi. 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; 526:5-9.
4. Nguyễn Cao Cương, Lê Thanh Tùng, Võ Thiện Lai và CS. Chẩn đoán và kết quả điều trị sỏi đường mật ngoài gan. *Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh*. 2010; 14:357-365.
5. Nguyễn Đình Hối. Bệnh học ngoại khoa tiêu hóa. *Nhà xuất bản Y học*. 2007.
6. Đặng Tâm, Phạm Minh Hải. Kết quả sớm của phẫu thuật nội soi lấy sỏi ống mật chủ qua ống túi mật. *Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh*. 2010; 14:173-176.
7. McGee S Jaundice. Evidence-based physical diagnosis. *Elsevier*. 2018:63-69.
8. Kevin M Korenblat. Approach to the patient with jaundice or abnormal liver test results. *Goldman-Cecil Medicine*. 2024; 133.
9. Lê Quốc Phong, Lê Lộc, Phạm Như Hiệp và CS. Kết quả ứng dụng nội soi điều trị sỏi đường mật. *Tạp chí Y học Lâm sàng*. 2019; 58:3-8.