

**ĐẶC ĐIỂM KỸ THUẬT VÀ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ
MỎ LẠI SỎI ĐƯỜNG MẬT BẰNG PHẪU THUẬT NỘI SOI
TẠI BỆNH VIỆN QUÂN Y 103 (2013 - 2024)**

Nguyễn Quang Nam¹, Đỗ Sơn Hải^{1}, Hồ Chí Thanh¹
Lại Bá Thành¹, Nguyễn Văn Thành¹*

Tóm tắt

Mục tiêu: Nhận xét một số đặc điểm kỹ thuật và kết quả điều trị mổ lại sỏi đường mật bằng phẫu thuật nội soi. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu hồi cứu, mô tả, theo dõi dọc, không đối chứng trên 106 bệnh nhân (BN) phẫu thuật nội soi mổ lại sỏi đường mật tại Bệnh viện Quân y 103 trong giai đoạn 2013 - 2024. **Kết quả:** Đối với mổ lại sỏi đường mật, phẫu thuật nội soi có thể thực hiện được và thành công lấy sạch sỏi trong gan tới mức phân thùy. Tỷ lệ tai biến là 3,77%, biến chứng sau mổ là 5,65%. Thời gian phẫu thuật trung bình là $129,21 \pm 11,47$ phút. Lượng máu mất trong mổ trung bình là $36,98 \pm 8,45$ mL. Thời gian nằm viện trung bình là $12,86 \pm 1,43$ ngày. **Kết luận:** Phẫu thuật nội soi là phương pháp khả thi và hiệu quả trong điều trị mổ lại sỏi đường mật.

Từ khóa: Phẫu thuật nội soi; Mổ lại sỏi đường mật; Sỏi trong gan.

**TECHNIQUE CHARACTERISTICS AND RESULTS OF RE-OPERATION
FOR BILIARY STONES BY LAPAROSCOPIC SURGERY
AT MILITARY HOSPITAL 103 (2013 - 2024)**

Abstract

Objectives: To assess the technique characteristics and results of re-operation for biliary stones by laparoscopic surgery. **Methods:** A retrospective, longitudinal, descriptive, non-controlled study was conducted on 106 patients who were treated with laparoscopy surgical treatment of biliary stones at Military Hospital 103 (2013 - 2024). **Results:** Re-operation for biliary stones can be performed by laparoscopic surgery and complete removal of extrahepatic stones at the segmental level. The rate of accidents was 3.77%, and the rate of complications was 5.65%.

¹Trung tâm Phẫu thuật Tiêu hóa, Bệnh viện Quân y 103, Học viện Quân y

*Tác giả liên hệ: Đỗ Sơn Hải (Dosonhai@vmmu.edu.vn)

Ngày nhận bài: 26/5/2025

Ngày được chấp nhận đăng: 23/7/2025

<http://doi.org/10.56535/jmpm.v50i7.1372>

The average amount of time for surgery was 129.21 ± 11.47 minutes; the average amount of blood loss was 36.98 ± 8.45 mL. The average hospital stay after surgery was 12.86 ± 1.43 days. **Conclusion:** Laparoscopic surgery is a relatively effective and safe method in the treatment of re-operation for biliary stones.

Keywords: Laparoscopic surgery; Re-operation for biliary stone; Intrahepatic stone.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Hiện nay, trong nước cũng như trên thế giới đã có nhiều phương pháp điều trị sỏi đường mật nhằm lấy sỏi tối đa (đặc biệt sỏi trong gan). Tuy nhiên, các nghiên cứu đều cho thấy tỷ lệ sỏi tái phát khá cao. Điều trị mổ lại sỏi đường mật là vấn đề đầy thách thức do dính các tạng và sự thay đổi giải phẫu. Nếu thực hiện mổ mở thì vết mổ sẽ lâu liền, ảnh hưởng đến thẩm mỹ, BN đau sau mổ nhiều hơn và thời gian nằm viện kéo dài.

Ngày nay, phẫu thuật nội soi đã chứng minh vai trò quan trọng trong ngoại khoa. Việc áp dụng phẫu thuật nội soi trong điều trị mổ lại sỏi đường mật cũng đã được thực hiện trong thời gian gần đây tại Bệnh viện Quân y 103, bước đầu đã mang lại một số kết quả khả quan. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu nhằm: *Nhận xét đặc điểm kỹ thuật và kết quả phẫu thuật nội soi trong điều trị mổ lại sỏi đường mật trong giai đoạn từ năm 2013 - 2024.*

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu

Gồm 106 BN sỏi đường mật được mổ lại bằng phẫu thuật nội soi tại

Bệnh viện Quân y 103 trong giai đoạn từ năm 2013 - 2024.

* *Tiêu chuẩn lựa chọn:* BN sỏi đường mật có tiền sử phẫu thuật sỏi đường mật được thực hiện phẫu thuật nội soi mổ lại.

* *Tiêu chuẩn loại trừ:* BN mổ sỏi lần đầu hoặc được điều trị theo phương pháp khác.

2. Phương pháp nghiên cứu

* *Thiết kế nghiên cứu:* Nghiên cứu mô tả, hồi cứu, theo dõi dọc, không đối chứng.

* *Xử lý số liệu:* Bằng phần mềm SPSS 20.0.

3. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được tiến hành theo đúng quy trình đã được thông qua của Bệnh viện Quân y 103. Số liệu nghiên cứu được Bệnh viện Quân y 103 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 VÀ BÀN LUẬN

1. Đặc điểm chung

Tuổi trung bình của BN trong nghiên cứu là $61,85 \pm 1,13$. Tỷ lệ nữ/nam là 60/46 (1,30).

2. Tiền sử bệnh

Bảng 1. Tiền sử số lần phẫu thuật sỏi đường mật.

Số lần mổ cũ	Số BN (n)	Tỷ lệ (%)
1 lần	55	51,89
2 lần	38	35,85
3 lần	9	8,49
4 lần	4	3,77
Tổng	106	100

Đa phần BN có tiền sử mổ 1 lần (51,89%). Ngoài ra, tỷ lệ BN có tiền sử mổ ≥ 3 lần là 12,26%, đây là yếu tố tiên lượng về khó khăn trong phẫu thuật.

3. Phân bố vị trí sỏi trong và ngoài gan

Bảng 2. Phân bố vị trí sỏi trong và ngoài gan.

	Vị trí sỏi	Số BN (n)	Tỷ lệ (%)
Sỏi trong gan đơn thuần	Gan phải	1	0,94
	Gan trái	3	2,83
	Trong gan 2 bên	5	4,72
	Tổng	9	8,49
Sỏi ngoài gan đơn thuần		22	20,75
Sỏi trong gan kết hợp	Gan phải + ngoài gan	14	13,21
	Gan trái + ngoài gan	19	17,92
	Trong gan 2 bên + ngoài gan	42	39,62
	Tổng	75	70,76
Tổng		106	100

Sỏi trong gan đơn thuần chiếm 8,49%, chủ yếu là sỏi trong gan kết hợp (70,76%). Có 20,75% sỏi ngoài gan đơn thuần.

4. Đặc điểm kỹ thuật



Hình 1. Tư thế BN và phẫu thuật viên.

(A: Phẫu thuật viên chính; B và C: Phụ camera; D: Phụ dụng cụ)

Tư thế BN và phẫu thuật viên như trong mô nội soi sỏi mật thông thường: BN nằm ngửa và dạng hai chân. Phẫu thuật viên chính đứng giữa hai chân BN.

5. Đặt trocar trên thành bụng



Hình 2. Vị trí đặt trocar và các dẫn lưu.

Vị trí đặt trocar đầu tiên: 76,42% trường hợp được đặt trocar đầu tiên cách vết mổ cũ khoảng 3cm tại đường trắng giữa dưới rốn. Một số tác giả nhận thấy nếu khoảng cách từ rốn đến vết sẹo dài > 3cm thì tiến hành kỹ thuật Veress, nếu < 3cm thì mở theo kỹ thuật Hasson [1 - 4].

Bảng 3. Vị trí đặt trocar đầu tiên lên thành bụng.

Vị trí đặt trocar đầu tiên	Số BN (n)	Tỷ lệ (%)
Trên rốn	9	8,49
Dưới rốn	81	76,42
Hạ sườn trái	16	15,09
Tổng	106	100

Ngoài ra, đối với các trường hợp BN có vết mổ đường trắng giữa trên và dưới rốn thì việc đặt trocar đầu tiên lên thành bụng qua đường trắng giữa sẽ có nguy cơ tai biến, làm tổn thương tạng do dính lên vết mổ cũ. Để hạn chế tai biến này, chúng tôi có thể đặt trocar đầu tiên ở hạ sườn trái (15,09%).

Đặt trocar nâng gan: Đặt một trocar 5mm ở thượng vị hoặc hạ sườn trái. Việc đặt trocar này nhằm mục đích nâng gan để phẫu tích vào đường mật. Tuy nhiên, ở BN có vết mổ cũ sẽ thấy gan dính lên thành bụng (32/106 BN), gan sẽ được nâng lên trong quá trình bơm hơi vào ổ bụng, do vậy không cần đặt thêm trocar này. Theo kết quả nghiên cứu có 16/32 BN có gan dính lên thành bụng nhưng vẫn phải đặt thêm trocar.

Bảng 4. Đặt trocar nâng gan lên thành bụng.

Gan	Đặt trocar		Không đặt trocar		Tổng	
	n	%	n	%	n	%
Dính lên thành bụng	16	15,09	16	15,09	32	30,18
Không dính lên thành bụng	66	62,26	8	7,55	74	69,82
Tổng	82	77,36	24	22,64	106	100,0



Hình 3. Gan dính lên thành bụng.

6. Đặc điểm kỹ thuật bộc lộ ống mật chủ

Phẫu tích từ bên trái: Phẫu tích theo bờ dưới gan trái vào qua dây chằng tròn đến vùng cuống gan bộc lộ động mạch gan. Đây là mốc để xác định ống mật chủ.

Phẫu tích từ bên phải: Nếu BN còn túi mật, đi dọc theo bờ trong túi mật sát mặt dưới gan từ bên phải hướng sang trái về vùng cuống gan. Nếu BN đã cắt túi mật, phẫu tích tạng dính vào mặt dưới gan; đi từ bên phải hướng về cuống gan.

Sau đó, tiếp tục phẫu tích cuống gan sát theo mặt dưới gan để vào vùng rốn gan đến ngã 3 ống gan chung. Khu vực này ít dính, dễ phẫu tích, giúp bộc lộ ống mật chủ và ống gan chung.

Chọc thăm dò ống mật chủ: Là thao tác bắt buộc, đặc biệt đối với ống mật chủ không giãn. Tiến hành chọc kim vào ống mật chủ và dùng bơm tiêm hút thăm dò xem có ra dịch mật hay không. Tác giả Dixit A và CS đã khuyến cáo nên dùng dụng cụ kẹp cách đầu kim khoảng 5mm để tránh chọc vào tĩnh mạch cửa phía sau ống mật chủ [5].



Hình 4. Chọc kim thăm dò đường mật.

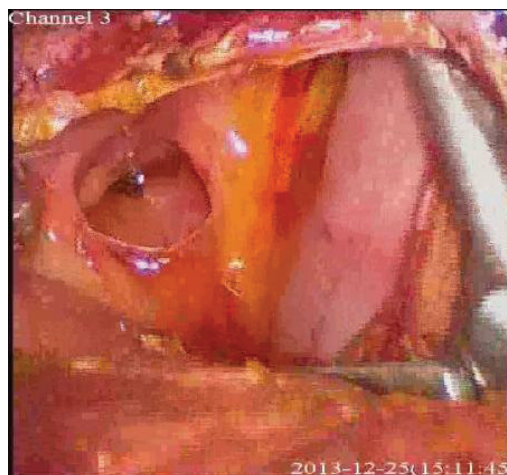
Nghiên cứu cho thấy trong quá trình phẫu tích, với những tạng dính mà không ảnh hưởng đến bộc lộ ống mật chủ thì không cần phải gỡ hoàn toàn. Vùng tạng dính còn có tác dụng che chắn làm hạn chế dịch cũng như sỏi lan ra xung quanh ổ bụng trong quá trình lấy sỏi và bơm rửa đường mật. Đây gọi là quá trình gỡ dính có chọn lọc [6].

7. Một số đặt điểm kỹ thuật khác

Thăm sát đường mật ống gan bằng ống soi cứng: Dùng ống soi cứng để thăm sát tối đa phạm vi đường mật trong gan và có thể lấy được sạch sỏi trong ống gan và các ống phân thùy bằng những dụng cụ nội soi thông thường.



Ống gan trái



Ống gan phải

Hình 5. Ống gan trái và ống gan phải.

Vị trí đặt Kehr: Chúng tôi đặt ống dẫn lưu Kehr dưới bờ sườn bên phải khoảng 4cm trước khi xả khí CO₂ vì sau khi tháo khí thì bờ sườn sẽ hạ khoảng 2 - 3cm. Khi đó, nếu đặt ống sát bờ sườn, BN sẽ đau do ống Kehr cọ vào thành ngực trong quá trình hô hấp [6].

8. Kết quả phẫu thuật

Tỷ lệ sạch sỏi sau phẫu thuật: Tỷ lệ hết sỏi sau phẫu thuật là 42,45%, sót sỏi là 57,55% (chủ yếu sỏi trong gan nhánh hạ phân thùy). Tỷ lệ sạch sỏi trong nghiên cứu của chúng tôi còn khá thấp, nguyên nhân do thời gian mổ kéo dài.

Ngoài ra, đối với các trường hợp sỏi trong gan ở vị trí 2 hạ phân thùy trở lên thì chúng tôi không cố gắng lấy sạch sỏi trong một thì mổ.

Tóm lại, tỷ lệ sạch sỏi hoàn toàn tại đường mật ngoài gan và trong gan mức phân thùy, sót sỏi chủ yếu là sỏi trong gan ở các ống hạ phân thùy.

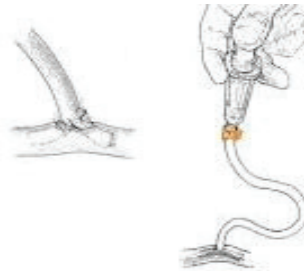
Tai biến, biến chứng phẫu thuật: Tỷ lệ tai biến là 3,77%. Trong đó, 2 trường hợp tổn thương thanh mạc cơ hoành tràng và 2 trường hợp tổn thương thanh mạc cơ đại tràng ngang. Tỷ lệ biến chứng sau mổ là 5,65%.

Bảng 5. Biến chứng sau mổ.

Biến chứng	Số BN (n)	Tỷ lệ (%)
Rò mật	1	0,94
Rò tá tràng	1	0,94
Nhiễm khuẩn huyết	3	2,83
Tuột chân dẫn lưu Kehr	1	0,94
Tổng	6	5,65

Có 1 trường hợp sau mổ ngày thứ 4 có rò tá tràng, ống dẫn lưu dưới gan ra ít dịch tiêu hóa. Chúng tôi cho BN nhịn kết hợp với đặt sonde dạ dày giảm áp và nuôi dưỡng đường tĩnh mạch. Sau đó, BN ổn định và ra viện.

Với 1 trường hợp rò mật sau mổ ngày thứ 2, chúng tôi đã tiến hành đẩy lại ống Kehr vào trong đường mật thì thấy hết rò. Như vậy, có thể sau khi xả CO₂ làm xẹp ổ bụng, chúng tôi đã vô tình rút một phần ống dẫn lưu Kehr ra ngoài làm gập góc ống Kehr.

**Hình 6.** Gập góc ngã ba ống Kehr.

Có 3 trường hợp sốt sau mổ. Chúng tôi đã tiến hành cấy khuẩn và thấy BN có tình trạng nhiễm khuẩn huyết sau mổ. Sau đó, BN được dùng kháng sinh theo kháng sinh đồ.

Có 1 trường hợp tuột dẫn lưu Kehr sau mổ giờ thứ 6, phải tiến hành báo mổ cấp cứu đặt lại dẫn lưu Kehr.

Thời gian phẫu thuật trung bình là $129,21 \pm 11,47$ phút (65 - 240 phút).

Thời gian gỡ dính bộc lộ ống mật chủ trung bình là $67,59 \pm 8,25$ phút. Lượng máu mất trung bình trong mổ là $36,98 \pm 8,45$ mL (5 - 150 mL). Hầu hết trong các nghiên cứu cũng khuyến cáo nên sử dụng dao lưỡng cực hoặc LigaSurge trong quá trình phẫu tích gỡ dính để làm hạn chế chảy máu và rút ngắn thời gian mổ [1]. Thời gian nằm viện trung bình là $12,86 \pm 1,43$ ngày.

Đánh giá kết quả điều trị:

Bảng 6. Phân loại kết quả sau phẫu thuật.

Kết quả	Số BN (n)	Tỷ lệ (%)
Tốt	44	41,51
Khá	57	53,77
Trung bình	5	4,72
Xấu	0	0,00

41,51% đạt kết quả tốt, sau mổ sạch sỏi và không có biến chứng. 53,77% đạt kết quả khá, sau mổ còn sỏi và không có biến chứng. 4,72% đạt kết quả trung bình, sau mổ còn sỏi và có biến chứng.

KẾT LUẬN

Qua kết quả nghiên cứu, chúng tôi nhận thấy 106 BN mổ lại sỏi đường mật được thực hiện hoàn toàn bằng phẫu thuật nội soi, không có ca nào phải chuyển mổ mở. Như vậy, phẫu thuật nội soi là một trong những phương pháp khả thi trong điều trị mổ lại sỏi đường mật. Phương pháp hiệu quả trong lấy sỏi ngoài và trong gan đến mức phân thùy và có tỷ lệ tai biến, biến chứng thấp. Tuy nhiên, phương pháp này có hạn chế khi lấy sỏi trong gan, đặc biệt trong các nhánh hạ phân thùy. Do vậy, cần kết hợp với nội soi tán sỏi trong mổ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Tian J, et al. The safety and feasibility of reoperation for the treatment of hepatolithiasis by laparoscopic approach. *Surg Endosc.* 2013; 27:1315-1320.

2. Zhu J, Gen Sun G, Hong L, et al. Laparoscopic common bile duct exploration in patients with previous

upper abdominal surgery. *Surgical Endoscopy.* 2018; 1:1-7.

3. Zhang K, et al, Primary closure following laparoscopic common bile duct reexploration for the patients Who underwent prior biliary operation. *Indian J Surg.* 2016; 1-7.

4. Huang Y, Feng Q, Wang K, et al. The safety and feasibility of laparoscopic common bile duct exploration for treatment patients with previous abdominal surgery. *Scientific Reports.* 2017; 7:1-6.

5. Dixit A, et al. Laparoscopic management of difficult recurrent choledocholithiasis. *JSLs.* 2007; 11:161-164.

6. Chen B, et al. Reoperation of biliary tract by laparoscopy: A consecutive series of 26 cases. *Acta chir belg.* 2007; 107:292-296.

7. Pu Q, et al. Reoperation for recurrent hepatolithiasis: Laparotomy versus laparoscopy. *Surg Endosc.* 2014; 1:1-8.