

**KẾT QUẢ SƠM PHẪU THUẬT MỞ ỐNG MẬT CHỦ LẤY SỎI
KẾT HỢP NỘI SOI ĐƯỜNG MẬT TÁN SỎI BẰNG LASER ĐIỀU TRỊ
SỎI ĐƯỜNG MẬT CHÍNH TẠI BỆNH VIỆN TRUNG ƯƠNG QUÂN ĐỘI 108**

Lê Văn Lợi¹, Hồ Chí Thanh², Quách Đức Tâm³

Lê Trung Hiếu^{4}, Nguyễn Văn Quỳnh⁵*

Tóm tắt

Mục tiêu: Đánh giá kết quả sớm phẫu thuật mở ống mật chủ (OMC) lấy sỏi kết hợp nội soi đường mật tán sỏi bằng laser. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu hồi cứu, tiền cứu, mô tả trên 68 bệnh nhân (BN) được phẫu thuật mở OMC lấy sỏi kết hợp nội soi đường mật tán sỏi bằng laser tại Bệnh viện Trung ương Quân đội (TƯQĐ) 108 từ tháng 01/2024 - 5/2025. **Kết quả:** Tuổi trung bình là $57,65 \pm 13,77$; nữ giới chiếm 58,8%; triệu chứng đau bụng chiếm 100,0%; tam chứng Charcot chiếm 20,6%; tiền sử phẫu thuật bụng chiếm 13,2%; biến chứng nhiễm trùng đường mật chiếm 94,1%. Tỷ lệ bạch cầu tăng chiếm 38,2%; bilirubin tăng chiếm 25,0%; đặc điểm sỏi: ≥ 3 viên (92,6%), $\geq 10\text{mm}$ (77,9%), sỏi OMC và sỏi trong gan (48,5%); kích thước OMC trung bình là $13,58 \pm 6,59$, giãn OMC (85,3%), chít hẹp đường mật trong gan (66,2%). Thời gian phẫu thuật trung bình là $124,88 \pm 29,98$ phút; tỷ lệ tai biến là 13,2%; tỷ lệ biến chứng là 25,0%; thời gian nằm viện trung bình là $11,5 \pm 4,79$ ngày; tỷ lệ sạch sỏi là 75,0%. **Kết luận:** Phẫu thuật mở OMC lấy sỏi kết hợp nội soi đường mật tán sỏi bằng laser điều trị sỏi đường mật chính là phương pháp điều trị sỏi khả thi, an toàn.

Từ khóa: Mở ống mật chủ lấy sỏi; Tán sỏi đường mật bằng laser; Sỏi đường mật chính.

¹Khoa Phẫu thuật Gan Mật Tụy, Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

²Khoa Gan Mật Tụy, Bệnh viện Quân y 103, Học viện Quân y

³Bệnh viện Quân y 6, Quân khu 2

⁴Trung tâm Ghép tạng, Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

⁵Đơn 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: 04/8/2025

Ngày được chấp nhận đăng: 16/10/2025

<http://doi.org/10.56535/jmpm.v50i9.1492>

EARLY RESULTS OF OPEN COMMON BILE DUCT SURGERY FOR STONE REMOVAL COMBINED WITH ENDOSCOPIC LASER LITHOTRIPSY FOR TREATING COMMON BILE DUCT STONES AT 108 MILITARY CENTRAL HOSPITAL

Abstract

Objectives: To evaluate early results of open common bile duct surgery for stone removal combined with endoscopic laser lithotripsy. **Methods:** A retrospective and prospective, descriptive study was conducted on 68 patients who underwent open common bile duct surgery for stone removal combined with endoscopic laser lithotripsy at 108 Military Central Hospital from January 2024 to May 2025. **Results:** The average age was 57.65 ± 13.77 years; females accounted for 58.8%; abdominal pain symptoms accounted for 100.0%; Charcot's triad accounted for 20.6%; history of abdominal surgery accounted for 13.2%; complications of biliary tract infection accounted for 94.1%. Increased WBC count was 38.2%; increased bilirubin was 25.0%; stone characteristics: ≥ 3 stones (92.6%), $\geq 10\text{mm}$ (77.9%), common bile duct stones and intrahepatic stones (48.5%); the average size of common bile duct stones was 13.58 ± 6.59 , 85.3% had dilated common bile duct, 66.2% had strictures in the intrahepatic bile ducts. The average surgical time was 124.88 ± 29.98 minutes; the complication rate was 13.2%; the incidence of complications was 25.0%; the average hospital stay was 11.5 ± 4.79 days; the stone clearance rate was 75.0%. **Conclusion:** Open common bile duct surgery for stone removal combined with endoscopic laser lithotripsy is a feasible and safe treatment method for common bile duct stones.

Keywords: Open common bile duct surgery for stone removal; Endoscopic laser lithotripsy; Common bile duct stone.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Sỏi đường mật là một trong những nguyên nhân phổ biến nhất gây rối loạn chức năng đường tiêu hóa trên toàn cầu, tỷ lệ mắc bệnh là gần 10 - 20% ở người lớn [1]. Tại Việt Nam, sỏi đường mật là căn bệnh phổ biến, tỷ lệ mắc bệnh được tìm thấy thông qua một số cuộc khảo sát cộng đồng dao động từ 2,14 - 6,11% [2].

Có nhiều phương pháp điều trị sỏi đường mật chính, bao gồm điều trị nội

khoa bằng thuốc tan sỏi, tán sỏi qua da, nội soi mật tụy ngược dòng (ERCP) và phẫu thuật, đều nhằm mục đích lấy hết sỏi và phục hồi lưu thông đường mật, giúp giảm nguy cơ sỏi tái phát.

Phẫu thuật điều trị sỏi đường mật chính được thực hiện khi các phương pháp như ERCP, lấy sỏi qua da không có chỉ định, thất bại hoặc có biến chứng phải xử trí. Ngày nay, tán sỏi trong mổ gần như được thực hiện thường quy

nhằm đem lại hiệu quả điều trị cao hơn cho người bệnh, trong đó có tán sỏi bằng laser. Theo một số nghiên cứu, tỷ lệ sạch sỏi trung bình của tán sỏi laser là 91% [3], để so sánh hiệu quả, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm: *Đánh giá kết quả sớm phẫu thuật mở OMC lấy sỏi kết hợp nội soi đường mật tán sỏi bằng laser điều trị sỏi đường mật chính tại Bệnh viện TỰ QĐ 108.*

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu

Gồm 68 BN được phẫu thuật mở OMC lấy sỏi đường mật kết hợp nội soi đường mật tán sỏi bằng laser điều trị sỏi đường mật chính.

* *Địa điểm và thời gian nghiên cứu:* Khoa Phẫu thuật Gan Mật Tụy, Bệnh viện TỰ QĐ 108 từ tháng 01/2024 - 5/2025.

2. Phương pháp nghiên cứu

* *Thiết kế nghiên cứu:* Nghiên cứu hồi cứu kết hợp tiền cứu, mô tả.

* *Cỡ mẫu và chọn mẫu:* Cỡ mẫu thuận tiện.

* *Quy trình kỹ thuật:*

BN được gây mê nội khí quản, nằm ngửa, hai chân khép, đầu cao 45°, nghiêng trái 30°. Phẫu thuật viên đứng bên trái BN và phụ 1 đứng bên phải BN.

Đường mổ: Đường trắng giữa trên rốn, trường hợp cần thiết có thể mở thêm xuống dưới rốn 2 - 3cm.

Phẫu tích bọc lộ OMC, bảo tồn túi mật nếu không có chỉ định cắt.

Mở OMC: Mở dọc OMC dưới ngã 3 đường mật khoảng 1cm, khâu treo hai bên đường mật vừa mở lên thành bụng bằng chỉ Vicryl 2/0.

Lấy sỏi: Lấy sỏi đường mật trong ngoài gan bằng dụng cụ (Mirizzi).

Nội soi tán sỏi: Định vị và tiếp cận sỏi thông qua nội soi đường mật; đưa sợi laser qua kênh làm việc của ống nội soi đến vị trí tiếp xúc gần với bề mặt sỏi, với khoảng cách từ 1 - 3mm; cài đặt thông số laser và tiến hành tán sỏi, thời gian nghỉ giữa các đợt phát laser từ 3 - 5 giây để hạn chế tích nhiệt.

Lấy bỏ các mảnh sỏi.

Kiểm tra lại đường mật sau tán sỏi: Đặt dẫn lưu đường mật: Đặt dẫn lưu đường mật 18F hoặc 20F qua chỗ mở OMC để tạo đường hầm đủ lớn cho nội soi đường mật sau này, khâu OMC một lớp mũi rời hoặc khâu vắt; kết thúc phẫu thuật: Lau rửa sạch ổ bụng, đặt dẫn lưu dưới gan, đóng thành bụng hai lớp.

* *Chỉ tiêu nghiên cứu:*

Đặc điểm lâm sàng: Tuổi, giới tính, triệu chứng lâm sàng, tiền sử phẫu thuật, bệnh lý kèm theo, biến chứng của tắc mật.

Đặc điểm cận lâm sàng: Xét nghiệm bạch cầu, men gan, bilirubin, đặc điểm sỏi và đặc điểm đường mật trên cắt lớp vi tính trước mổ.

Kết quả sớm của phẫu thuật: Đặc điểm kỹ thuật, thời gian phẫu thuật, thời gian tán sỏi, tai biến trong mổ, thời gian nằm viện, 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 và được xử lý bằng phần mềm thống kê SPSS 22.0.

3. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được thực hiện theo đúng quy định của Khoa Phẫu thuật Gan Mật Tụy, Bệnh viện TUQĐ 108. Số liệu nghiên cứu được Khoa Phẫu thuật Gan Mật Tụy, Bệnh viện TUQĐ 108 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 01/2024 - 5/2025, có 68 trường hợp phẫu thuật mở OMC lấy sỏi kết hợp nội soi tán sỏi laser tại Bệnh viện TUQĐ 108.

Bảng 1. Đặc điểm lâm sàng.

Chỉ tiêu nghiên cứu	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Tuổi trung bình (tuổi) $57,65 \pm 13,77$		
Giới tính		
Nam	28	41,2
Nữ	40	58,8
Triệu chứng lâm sàng		
Đau bụng	68	100
Sốt	54	79,4
Vàng da hoặc niêm mạc	17	25
Tam chứng Charcot (3 triệu chứng trên)	14	20,6
Tiền sử phẫu thuật		
Cắt túi mật	8	11,8
Giun chui ống mật	2	2,9
Biến chứng của sỏi		
Tắc mật	17	25
Nhiễm trùng đường mật	64	94,1
Áp xe gan đường mật	2	2,9
Viêm tụy cấp	8	11,8

Độ tuổi trung bình của BN là $57,65 \pm 13,77$. Nữ giới chiếm tỷ lệ cao hơn (58,8%). 13,2% BN có tiền sử phẫu thuật. 100% BN có triệu chứng đau bụng, các triệu chứng khác chiếm tỷ lệ thấp hơn. Tam chứng Charcot chỉ chiếm 20,6%. Đa số BN có biến chứng nhiễm trùng đường mật (94,1%).

Bảng 2. Đặc điểm cận lâm sàng.

Chỉ tiêu nghiên cứu	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Xét nghiệm máu		
Bạch cầu > 10 G/L	26	38,2
GOT > 60 U/L	30	44,1
GPT > 60 U/L	33	48,5
Bilirubin TP > 34	17	25
Đặc điểm sỏi trên chẩn đoán hình ảnh		
1 viên	5	7,4
≥ 3 viên	63	92,6
< 10mm	15	22,1
≥ 10mm	53	77,9
Sỏi OMC đơn thuần	4	5,9
Sỏi OMC và sỏi trong gan	33	48,5
Sỏi OMC và sỏi túi mật	2	2,9
Sỏi OMC, sỏi trong gan và sỏi túi mật	10	14,7
Sỏi trong gan đơn thuần	17	25
Sỏi trong gan + sỏi túi mật	2	2,9
Đường mật trên chẩn đoán hình ảnh		
Đường kính OMC (mm)	13,58 ± 6,59	
Giãn OMC (> 7mm)	58	85,3
Chít hẹp đường mật trong gan	45	66,2
Chít hẹp đường mật ngoài gan	7	10,3

Dưới 50% BN tăng bạch cầu và men gan (GOT, GPT), chỉ có 25% BN tăng bilirubin toàn phần. Hầu hết BN có sỏi nhiều viên và kích thước lớn, ≥ 3 viên (92,6%), kích thước > 10mm (77,9%). Nhiều BN có sỏi OMC kết hợp với sỏi trong gan (48,5%). Có 85,3% BN giãn OMC, 76,5% BN có chít hẹp đường mật, chủ yếu là giãn đường mật trong gan (66,2%).

Bảng 3. Kết quả sớm sau phẫu thuật.

Chỉ tiêu nghiên cứu	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Đặc điểm kỹ thuật		
Lấy sỏi bằng rọ và tán sỏi bằng laser	7	10,3
Lấy sỏi bằng Mirizzi và tán sỏi laser	9	13,2
Lấy sỏi bằng rọ, Mirizzi và tán sỏi bằng laser	9	13,2
Tán sỏi laser và bơm rửa bằng nước	68	100
Lấy sỏi kết hợp cắt túi mật	15	22,1
Lấy sỏi kết hợp cắt gan	4	5,9
Lấy sỏi và đặt dẫn lưu Kehr	64	94,1
Lấy sỏi và nối mật ruột	4	5,9
Thời gian phẫu thuật (phút)	124,88 ± 29,98	
Thời gian tán sỏi và lấy sỏi (phút)	42,90 ± 13,39	
Tai biến trong mổ		
Tổn thương thanh mạc hông tràng	4	5,9
Tổn thương thanh mạc cơ đại tràng ngang	3	4,4
Chảy máu	2	5,9
Biến chứng sau mổ		
Tuột ống thông	1	1,5
Rò mật	2	2,9
Chảy máu vết mổ	1	1,47
Nhiễm trùng vết mổ	3	4,4
Viêm đường mật	8	11,8
Tụ dịch diện cắt gan sau mổ	2	2,9
Thời gian nằm viện sau mổ (ngày)	11,5 ± 4,79	
Tỷ lệ sạch sỏi	51/68	75,0
Sỏi OMC đơn thuần	6/6	100
Sỏi OMC và sỏi trong gan	31/43	72,1
Sỏi trong gan đơn thuần	14/19	73,7

Tất cả BN đều được tán sỏi laser và bơm rửa bằng nước (100%), hầu hết BN đặt dẫn lưu Kehr sau phẫu thuật (94,1%). Thời gian phẫu thuật trung bình là 124,88 ± 29,98 phút. Biến chứng sau mổ nhiều nhất là viêm đường mật (11,8%). Thời gian nằm viện trung bình là 11,5 ± 4,79 ngày. Tỷ lệ BN sạch sỏi là 75%, trong đó sỏi OMC đơn thuần sạch sỏi 100%.

BÀN LUẬN

1. Đặc điểm lâm sàng

Độ tuổi trong nghiên cứu thấp hơn nghiên cứu của Trần Thụy An và CS là $61,66 \pm 14,92$ tuổi [4] và La Văn Phú và CS là $73,13 \pm 9,34$ tuổi [5]. Nữ giới có tỷ lệ cao hơn tương tự nghiên cứu của Phạm Văn Năng và CS với tỷ lệ nữ/nam là 1,7/1 [6] và La Văn Phú và CS với nữ giới chiếm 70,83% [5]. Tỷ lệ sỏi đường mật gia tăng ở phụ nữ trẻ có thể liên quan đến việc mang thai, Estrogen tăng thúc đẩy tiết mật bão hòa cholesterol, progesterone tăng dẫn đến tình trạng ứ mật, một yếu tố gây hình thành sỏi mật [7].

Đau, sốt, vàng da là các triệu chứng thường gặp nhất của sỏi đường mật, thường được mô tả trong các nghiên cứu trước đây. Nghiên cứu của La Văn Phú và CS có 98,61% BN có triệu chứng đau hạ sườn phải, tam chứng Charcot chỉ gặp ở 17 BN (23,61%) [5]. Trong nghiên cứu, có 13,2% BN đã từng phẫu thuật ổ bụng, đây cũng là yếu tố quyết định đến phương pháp can thiệp lấy sỏi do viêm dính sau mổ làm ảnh hưởng đến kỹ thuật mổ. Khi sỏi kẹt trong đường mật, tình trạng tắc nghẽn xảy ra dẫn đến vàng da. Bên cạnh đó, dịch mật bị tắc sẽ dễ bị nhiễm trùng dẫn đến biến chứng viêm đường mật. Nghiên cứu cho thấy 94,1% BN có biến chứng nhiễm trùng đường mật. Ngoài ra, một số BN bị sỏi mật sẽ có biến chứng viêm tụy do sỏi mật di chuyển, trong nghiên cứu gặp 11,8%.

2. Đặc điểm cận lâm sàng

Đặc điểm của sỏi sẽ ảnh hưởng đến kết quả của các phương pháp điều trị sỏi mật. Đường kính sỏi 2,2cm được đề xuất là yếu tố dự báo ngưỡng cho nhiều lần ERCP [8]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 38,3% BN có sỏi kích thước $> 2\text{cm}$, do vậy phẫu thuật được đặt ra mà không phải là ERCP. Ngoài kích thước lớn, việc phát hiện nhiều sỏi cũng làm giảm tỷ lệ thành công của ERCP [9]. Khi đánh giá đặc điểm sỏi trên chẩn đoán hình ảnh, chúng tôi nhận thấy trong nghiên cứu, đa phần BN có sỏi nhiều viên (≥ 3 viên chiếm 92,6%). Sỏi nằm ở đường mật trong gan hoặc phía trên chỗ hẹp được coi là khó [9], kể cả đối với phẫu thuật. Trong nghiên cứu, phần lớn BN có sỏi OMC kết hợp với sỏi trong gan (48,5%), tiếp đến là các BN có sỏi trong gan đơn thuần (25%), sỏi OMC đơn thuần chỉ chiếm 5,9%; hơn nữa, 76,5% BN có chít hẹp đường mật, đây là những yếu tố khó khăn của phẫu thuật.

3. Kết quả sớm sau phẫu thuật

Tất cả BN trong nghiên cứu đều được tán sỏi bằng laser và bơm rửa bằng nước. Đối với các vị trí chít hẹp đường mật ngoài gan, sử dụng Mirizzi nong trong quá trình lấy sỏi. Với các trường hợp chít hẹp ở trong gan, nếu có thể nhìn thấy, cũng dùng Mirizzi để nong. Còn các trường hợp ở sâu hơn, trong

quá trình nội soi, đưa rọ vào đường mật hẹp để lấy sỏi, và sau đó kéo sỏi ra ngoài, chúng tôi lợi dụng sỏi như công cụ để nong đường mật.

Thời gian phẫu thuật trung bình của chúng tôi dài hơn nghiên cứu của La Văn Phú và CS là $105 \pm 34,47$ phút [5]. Thời gian khác nhau giữa các tác giả phụ thuộc vào độ khó của sỏi như số lượng, vị trí, kích thước, độ cứng của sỏi và tay nghề của phẫu thuật viên. So với tán sỏi điện thủy lực, tán sỏi laser mất ít thời gian hơn do laser phát ra xung năng lượng ngắn, tập trung cao, làm vỡ sỏi chính xác tại điểm tiếp xúc; có khả năng phá vỡ hầu hết các loại sỏi, đồng thời tán sỏi laser ít gây tổn thương xung quanh nên thao tác nhanh hơn. Thời gian tán sỏi và lấy sỏi trung bình là $42,90 \pm 13,39$ phút, ngắn hơn nghiên cứu của Vanhnavong Mahasamout và CS là $73,19 \pm 26,16$ phút, do tác giả tán bằng cả điện thủy lực và laser [10].

Tỷ lệ tai biến trong mổ tương đương và biến chứng sau mổ cao hơn so với nghiên cứu của Vanhnavong Mahasamout và CS. Tai biến trong mổ là 12,76%, biến chứng sau mổ là 14,88% [10]. Nghiên cứu của Trần Thụy An và CS có 11 BN (12,9%) gặp biến chứng, 6 BN (7,1%) rò mật [4]. Các biến chứng trong nghiên cứu chủ yếu là do can thiệp phẫu thuật, còn tán sỏi bằng laser không ghi nhận biến chứng. Trong nghiên cứu, tỷ lệ sạch sỏi của những BN có sỏi trong

gan thấp hơn so với sỏi OMC đơn thuần. Sỏi trong gan dễ bị bỏ sót hoặc không thể lấy hết được vì sỏi thường nằm rải rác, có khi ở các đường mật nằm sâu trong gan. Nghiên cứu của Phạm Văn Năng và CS có tỷ lệ sót sỏi sau mổ khá cao (35,4%), trong đó tỷ lệ hết sỏi ở nhóm sỏi đường mật trong gan chỉ chiếm 42,9% [6]. Với những trường hợp còn sót sỏi sau mổ, chúng tôi tiếp tục cho BN tán sỏi qua đường hầm Kehr sau mổ lần đầu khoảng 3 tuần.

KẾT LUẬN

Phẫu thuật mở OMC lấy sỏi kết hợp nội soi đường mật tán sỏi bằng laser điều trị sỏi đường mật chính là phương pháp điều trị sỏi khả thi, an toàn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hao Sun, Jonathan Warren, James Yip, et al. Factors influencing gallstone formation: A review of the literature. *Biomolecules*. 2022; 12:550.
2. Bach Xuan Tran, Tho Dinh Tran, Nila Nathan, et al. Catastrophic health expenditure of Vietnamese patients with gallstone diseases - A case for health insurance policy revaluation. *Clinicoecon Outcomes Res*. 2019; 11:151-158.
3. Anna Cecilia Amaral, Waleed K Hussain, Samuel Han. Cholangioscopy-guided electrohydraulic lithotripsy versus laser lithotripsy for the treatment of choledocholithiasis: A systematic review.

Scand J Gastroenterol. 2023; 58:1213-1220.

4. Trần Thụy Anh, Trịnh Hồng Sơn, Phạm Văn Duyệt. Kết quả phẫu thuật điều trị sỏi đường mật kết hợp tán sỏi bằng năng lượng laser. *Tạp chí Y học Việt Nam.* 2023; 523:45-49.

5. La Văn Phú, Phạm Văn Linh, Võ Huỳnh 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; 512:4-8.

6. Phạm Văn Năng, Trần Thị Thu Thảo. Khảo sát sỏi sỏi sau mổ sỏi đường mật chính. *Tạp chí Y học Thực hành.* 2013; 874:99-102.

7. Cynthia W Ko, Sum P Lee. Epidemiology and natural history of common bile duct stones and prediction

of disease. *Gastrointestinal Endoscopy.* 2002; 56:S165-S169.

8. Gonçalo Alexandrino, Luís Lopes, João Fernandes, et al. Factors influencing performance of cholangioscopy-guided lithotripsy including available different technologies: A prospective multicenter study with 94 patients. *Dig Dis Sci.* 2022; 67:4195-4203.

9. Magdalini Manti, Jimil Shah, Apostolis Papaefthymiou, et al. Endoscopic management of difficult biliary stones: An evergreen issue. *Medicina (Kaunas).* 2024; 60:340.

10. Vanhnavong Mahasamout, Đỗ Sơn Hải, Nguyễn Quang Nam. Đánh giá kết quả phẫu thuật mở ống mật chủ kết hợp nội soi đường mật trong mổ điều trị sỏi đường mật chính tại Bệnh viện Quân y 103. *Tạp chí Y Dược học Quân sự.* 2025; 50:152-160.