KẾT QUẢ BƯỚC ĐẦU ĐIỀU TRỊ SỎI ĐƯỜNG MẬT TÁI PHÁT BẰNG PHẪU THUẬT NỘI SOI KẾT HỢP NỘI SOI ĐƯỜNG MẬT TẠI BỆNH VIỆN QUÂN Y 175

Nguyễn Văn Mạnh[1], Đoàn Thanh Huy[1], Nguyễn Văn Quỳnh[1]*

Tóm tắt

Mục tiêu: Đánh giá kết quả điều trị sỏi đường mật tái phát bằng phẫu thuật nội soi (PTNS) kết hợp nội soi đường mật lấy sỏi. ***Phương pháp nghiên cứu:*** Nghiên cứu tiến cứu, mô tả trên 34 bệnh nhân (BN) sỏi đường mật tái phát, được điều trị bằng PTNS kết hợp nội soi đường mật tại Bệnh viện Quân y 175 từ tháng 6/2021 - 6/2025. ***Kết quả:*** Có 34 BN sỏi đường mật tái phát được điều trị bằng PTNS kết hợp nội soi đường mật lấy sỏi. Tuổi trung bình là 54,24 (28 - 80); nữ giới chiếm đa số (76,5%). Đa số BN có tiền căn mổ sỏi đường mật 1 lần (55,9%); với thời gian tái phát sỏi trung bình > 2 năm (73,5%). Sỏi ống mật chủ (OMC) kèm sỏi trong gan chiếm đa số (41,2%). Tỷ lệ chuyển mổ mở là 23,5%; thời gian phẫu thuật trung bình là 126 ± 25,5 phút. Tai biến trong mổ là 11,7%; thời gian nằm viện trung bình là 7,2 ngày. Tỷ lệ sạch sỏi lần đầu là 76,9%; chủ động để lại sỏi là 15,4%; sót sỏi là 7,7%. Có 5 BN (19,2%) tái phát sỏi với thời gian theo dõi trung bình 16,8 tháng. ***Kết luận:*** PTNS kết hợp nội soi đường mật lấy sỏi ở những BN sỏi đường mật tái phát bước đầu có kết quả khả quan.

Từ khóa: Sỏi đường mật tái phát; Nội soi đường mật; Phẫu thuật nội soi lấy sỏi.

INITIAL RESULTS OF SURGICAL TREATMENT FOR RECURRENCE OF BILIARY STONES WITH LAPAROSCOPIC SURGERY COMBINED WITH CHOLEDOCHOSCOPY AT MILITARY HOSPITAL 175

Abstract

Objectives: To evaluate the outcomes of laparoscopic surgery combined with choledochoscopy for the management of recurrent biliary stones. ***Methods:*** A prospective, descriptive study was conducted on 34 patients with recurrent bile duct stones treated with laparoscopic surgery combined with cholangioscopy for stone removal at Military Hospital 175 between June 2021 and June 2025.

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

[*]Tác giả liên hệ: Nguyễn Văn Mạnh (manhnguyen2388@gmail.com)

Ngày nhận bài: 08/9/2025

Ngày được chấp nhận đăng: 24/11/2025

http://doi.org/10.56535/jmpm.v51i1.1692

Results: A total of 34 patients with recurrent bile duct stones underwent laparoscopic surgery combined with intraoperative choledochoscopy for stone removal. The mean age was 54.24 years (range, 28 - 80), with a female predominance (76.5%). Most patients had a history of prior bile duct stone surgery once (55.9%), and stone recurrence occurred after more than 2 years in 73.5% of cases. Combined common bile duct and intrahepatic stones were the most common (41.2%). The conversion rate to open surgery was 23.5%, with a mean operative time of 126 ± 25.5 minutes. Intraoperative complications occurred in 11.7% of cases, and the mean hospital stay was 7.2 days. The initial complete stone clearance rate was 76.9%, while intentional stone retention and missed stones accounted for 15.4% and 7.7%, respectively. During a mean follow-up period of 16.8 months, stone recurrence was observed in 5 cases (19.2%). ***Conclusion:*** Laparoscopic surgery combined with intraoperative choledochoscopy for the management of recurrent bile duct stones has demonstrated promising initial outcomes.

Keywords: Recurrent choledocholithiasis; Choledochoscopy; Laparoscopic Common bile duct exploration.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Sỏi đường mật trong và ngoài gan là bệnh lý khá phổ biến, đặc biệt tại khu vực châu Á, với tỷ lệ mắc từ 2,1 - 6,1% dân số chung [1]. Việc điều trị triệt để sỏi đường mật hiện nay vẫn là thách thức, bởi tỷ lệ tái phát sỏi sau phẫu thuật lấy sỏi khoảng 14,1% với sỏi OMC và khoảng 30,9% với sỏi trong gan [2]. Nếu không can thiệp lại triệt để, sỏi có thể dẫn đến các biến chứng nặng như viêm đường mật, vàng da, tắc mật và xơ gan mật thứ phát... Mục tiêu điều trị tối ưu là lấy sạch sỏi, phục hồi lưu thông đường mật và hạn chế tối đa xâm lấn. Đối với các BN sỏi đường mật tái phát, mổ mở lấy sỏi với kềm Mirizzi là lựa chọn kinh điển và thường quy [3]. Nếu như trước đây, PTNS thường được coi là chống chỉ định với sỏi đường mật tái phát, thì trong những năm gần đây, PTNS kết hợp nội soi đường mật trong mổ đã được áp dụng, kỹ thuật này cho phép quan sát trực tiếp đường mật, lấy sỏi triệt để hơn, đồng thời vẫn duy trì ưu điểm của phẫu thuật ít xâm lấn [4]. Tuy nhiên, các bằng chứng về hiệu quả và độ an toàn của phương pháp này trong điều trị sỏi đường mật tái phát còn hạn chế, đặc biệt tại Việt Nam. Do đó, chúng tôi thực hiện nghiên cứu nhằm: *Đánh giá kết quả bước đầu điều trị sỏi đường mật tái phát bằng PTNS kết hợp nội soi đường mật lấy sỏi tại Bệnh viện Quân y 175.*

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu

Gồm 34 BN có sỏi đường mật tái phát được PTNS kết hợp nội soi đường mật lấy sỏi tại Bệnh viện Quân y 175.

** Tiêu chuẩn lựa chọn:* BN có tiền sử đã can thiệp hoặc phẫu thuật vào đường mật chính một hay nhiều lần; lần phẫu thuật trước bệnh nhân được ghi nhận hết sỏi (dựa vào chụp Kehr và/hoặc siêu âm sau mổ), lần này phát hiện có sỏi lại cách lần can thiệp gần nhất nhiều hơn 6 tháng; sỏi đường mật trong và ngoài gan được xác định dựa vào kết quả hình ảnh học (CT bụng hoặc MRI bụng); BN có ASA I, II, III và không có chống chỉ định với PTNS.

** Tiêu chuẩn loại trừ:* Các trường hợp phẫu thuật nội soi chuyển mổ mở do kỹ thuật hoặc do phẫu thuật cắt túi mật khó; BN không hợp tác nghiên cứu.

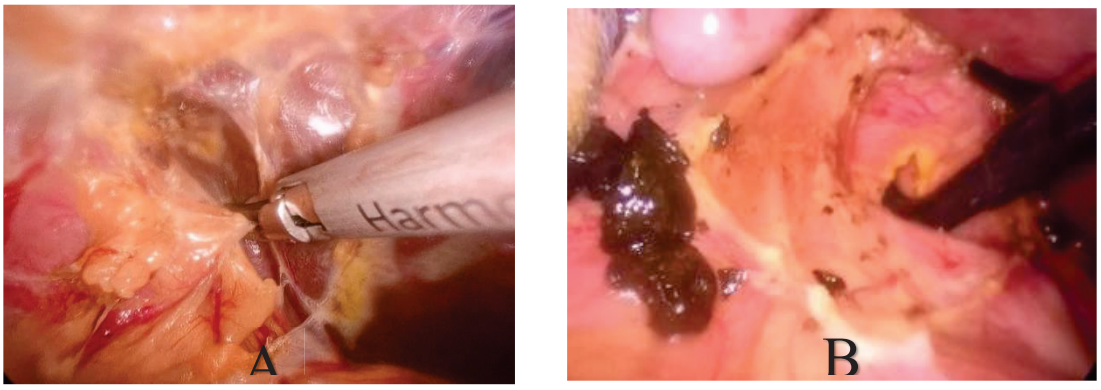
** Địa điểm và thời gian nghiên cứu:* Tại Khoa Ngoại bụng, Bệnh viện Quân y 175 từ tháng 6/2021 - 6/2025.

2. Phương pháp nghiên cứu

** Thiết kế nghiên cứu:* Nghiên cứu tiến cứu, mô tả.

** Quy trình phẫu thuật:*

Quy trình PT được thực hiện theo các bước chính sau: Bước 1: Đặt trocar; bước 2: Thám sát, gỡ dính, tiếp cận OMC (*Hình 1A*); bước 3: Mở OMC, đưa ống soi đường mật vào lấy sỏi (bằng rọ, Kelly, tán sỏi laser/ điện thủy lực) (*Hình 1B*); bước 4: Khâu kín OMC/Đặt dẫn lưu Kehr; bước 5: Dẫn lưu, đóng các lỗ trocar.



Hình 1. A. Gỡ dính bằng dao siêu âm để tiếp cận OMC;
B. Mở OMC và dùng ống soi để lấy sỏi (rọ).

Đánh giá kết quả điều trị trên các yếu tố gồm tỷ lệ chuyển mổ mở; thời gian phẫu thuật; tai biến và biến chứng trong - sau mổ; thời gian nằm viện; tỷ lệ sạch sỏi, sót sỏi. Các BN trong nhóm nghiên cứu được theo dõi ít nhất 6 tháng sau mổ. Mức độ dính được phân loại theo OLSG (Operative Laparoscopy Study Group), có 4 mức độ: Độ 0: Không có dính; độ I (dính ít): Mức độ dính ít, không có mạch máu và dễ phẫu tích; độ II (dính vừa): Dính nhiều và/hoặc có mạch máu; độ III (dính nhiều): Dính thành mảng, mô dính chặt lại, khó phẫu tích.

** Xử lý số liệu:* Bằng phần mềm SPSS 22.0 và các thuật toán thống kê thống kê.

3. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu tuân thủ các quy định về đạo đức nghiên cứu của Bộ Y tế và Bệnh viện Quân y 175. Số liệu nghiên cứu được Bệnh viện Quân y 175 đồng ý cho phép sử dụng và công bố. Nhóm tác giả cam kết nghiên cứu được thực hiện một cách khách quan và không có xung đột lợi ích trong nghiên cứu.

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Qua nghiên cứu 34 BN sỏi đường mật tái phát được PTNS kết hợp nội soi đường mật lấy sỏi trong thời gian nghiên cứu, chúng tôi đưa ra một số đặc điểm sau:

Độ tuổi trung bình là 54,24 ± 15,75, tuổi nhỏ nhất là 28, tuổi lớn nhất là 80. Hầu hết BN là nữ (76,5%); tỷ lệ nữ/nam là 3,2.

21 BN (61,8%) có các bệnh lý nội khoa đi kèm. Tiền sử phẫu thuật sỏi đường mật từ < 3 lần chiếm đa số với 29/34 BN (85,3%), 27/34 BN (79,4%) có tiền sử mổ sỏi mật nội soi, 25 BN (73,5%) có thời gian tái phát sỏi trung bình > 2 năm.

Bảng 1. Tiền sử can thiệp phẫu thuật lấy sỏi đường mật.

Số lần mổ sỏi đường mật	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
1	19	55,9
2	10	29,4
≥ 3	5	14,7
Tổng	34	100

Sỏi đường mật có triệu chứng gặp ở 33/34 BN (97,1%), tam chứng Charcot điển hình gặp ở 55,8% BN. Sỏi OMC gặp ở 28/34 BN (82,4%), trong đó sỏi OMC đơn thuần chiếm 41,2%, sỏi OMC kết hợp với sỏi trong gan chiếm 41,2% và sỏi trong gan đơn thuần chỉ gặp ở 17,6% BN.

Bảng 2. Một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng lúc vào viện (n = 34).

Triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Đau hạ sườn phải	33	97,1
Hội chứng nhiễm trùng	26	76,5
Hội chứng tắc mật	28	82,4
Tam chứng Charcot	19	55,8
Tăng bạch cầu (>12 K/uL)	29	85,3
Tăng bilirubin toàn phần	27	79,4

Về kết quả phẫu thuật, chúng tôi thực hiện PTNS thành công trên 26 BN (76,5%). Có 8 BN (23,5%) chuyển mổ mở do dính nhiều, không thể tiếp cận bộc lộ được OMC, trong đó, 5/8 BN có tiền sử mổ sỏi đường mật ≥ 2 lần. Do đó, chúng tôi phân tích kết quả phẫu thuật trên 26 BN mổ nội soi, cụ thể:

Thời gian phẫu thuật trung bình là 126 ± 25,5 phút, thời gian gỡ dính trung bình là 42 ± 15,7 phút. Lượng máu mất trung bình là 62,7mL (50 - 300mL); 88,5% TH có sử dụng tán sỏi bằng điện thủy lực/laser.

Đa số các TH trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi có dính ruột mức độ vừa (độ 2) với 16 BN (61,5%); 4 BN (15,4%) dính ít, 6 BN (23,1%) dính nhiều. 5 BN (14,7%) có tiền căn mổ sỏi mật ≥ 3 lần đều dính ở mức độ nhiều. Tuy nhiên, không có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa số lần mổ trước đó với tỷ lệ chuyển mổ mở (p > 0,05).

Tai biến trong mổ gặp ở 4/34 BN (11,7%) gồm 3 BN thủng đại tràng ngang và 1 BN thủng tá tràng khi gỡ dính để bộc lộ OMC. Cả 4 BN đều được xử trí khâu kín qua nội soi bằng chỉ PDS và không ghi nhận biến chứng xì rò hậu phẫu. Thời gian trung tiện trung bình là 1,8 ngày (1 - 4 ngày), thời gian nằm viện trung bình là 7,2 ngày (5 - 11 ngày). Tất cả BN đều ra viện ổn định, không có BN tử vong, không có biến chứng đáng kể ở thời kỳ hậu phẫu. Tỷ lệ sạch sỏi lần đầu là 20/26 BN (76,9%); 2/26 BN (7,7%) sót sỏi và 4/26 BN (15,4%) chủ động để lại sỏi do sỏi đúc khuôn. Tất cả các BN sót sỏi và chủ động để lại sỏi đều được tán sỏi qua đường hầm Kehr sau 3 tuần. Tất cả 6 BN đều được lấy sạch sỏi ở lần tán sỏi qua Kehr lần 2. Thời gian theo dõi sau mổ trung bình là 16,8 tháng; có 5 BN (19,2%) tái phát sỏi trong gan; 1 BN (3,8%) thoát vị vết mổ qua trocar rốn.

BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi, độ tuổi trung bình của BN sỏi đường mật tái phát là 54,24 ± 15,75; dao động từ 28 - 80 tuổi, phù hợp với đặc điểm bệnh lý này thường gặp ở nhóm tuổi trung niên và cao tuổi. Tỷ lệ nữ giới chiếm ưu thế (76,5%), với tỷ lệ nữ/nam là 3/2, tương tự kết quả của nhiều nghiên cứu trước đây, có thể liên quan đến sự khác biệt về nội tiết và tỷ lệ mắc sỏi mật cao hơn ở nữ [1].

Đa số BN trong nghiên cứu có sỏi đường mật tái phát đã trải qua từ 1 - 2 lần phẫu thuật trước đó (85,3%), với thời gian tái phát sỏi sau can thiệp lần gần nhất > 2 năm (73,5%). Kết quả này cho thấy tái phát sỏi đường mật vẫn là vấn đề thường gặp, ngay cả khi đã được can thiệp phẫu thuật trước đó. Theo tác giả Lê Nguyên Khôi và CS (2021), tỷ lệ tái phát sau mổ lấy sỏi dao động từ 15 - 30% trong vòng 5 năm, trong đó phần lớn xảy ra sau 2 - 3 năm [5].

Tỷ lệ tam chứng Charcot trong nghiên cứu của chúng tôi vì có cả sỏi đường mật trong và ngoài gan, không chỉ đơn thuần sỏi đường mật chính thấp hơn so với các tác giả khác [5]. Về vị trí sỏi, sỏi OMC đơn thuần gặp ở 41,2% các ca bệnh, trong khi đó sỏi OMC kèm trong gan chiếm tới 41,2% và sỏi trong gan đơn thuần chiếm 17,6%. Tỷ lệ có sỏi trong gan được cho là làm tăng nguy cơ tái phát và làm phức tạp hóa can thiệp phẫu thuật, vì sỏi trong gan thường khó tiếp cận và dễ sót trong lần điều trị đầu tiên.

Tỷ lệ PTNS của nghiên cứu là 26/34 BN (76,5%); còn lại 8/34 BN (23,5%) chuyển sang mổ mở vì dính nhiều, không thể bộc lộ OMC. Tỷ lệ chuyển mổ mở này cao hơn so với các báo cáo tổng hợp, trong một nghiên cứu đa trung tâm do Nassar và CS thực hiện năm 2022, trên 872 ca PTNS điều trị sỏi đường mật cho thấy tỷ lệ chuyển mổ mở chỉ khoảng 4,1% [6]. Mức độ dính khác nhau trong ổ bụng ảnh hưởng rõ rệt đến tỷ lệ chuyển mổ mở, thời gian phẫu thuật và lượng máu mất.

Thời gian phẫu thuật trung bình là 126 ± 25,5 phút; lượng máu mất trung bình là 62,7mL (50 - 300mL). Thời gian trung tiện trở lại trung bình là 1,8 ngày (1 - 4 ngày), thời gian nằm viện trung bình là 7,2 ngày (5 - 11 ngày). Thời gian phẫu thuật trong nghiên cứu của chúng tôi ít hơn so với báo cáo của tác giả S Yang (2022), với thời gian phẫu thuật là 150,83 phút, thời gian nằm viện trung bình là 7,97 ngày [7]. Điều này có thể do mức độ dính và số lượng sỏi của mỗi nhóm BN khác nhau. Tuy nhiên, nghiên cứu chứng minh được hiệu quả của phương pháp mổ nội soi là ít xâm lấn, an toàn với thời gian hồi phục sớm. Mặc dù thời gian mổ ở các BN có tiền sử phẫu thuật hoặc dính phức tạp kéo dài hơn mổ mở, nhưng thời gian hồi phục sau PTNS vẫn ngắn, phục hồi chức năng tiêu hóa sớm, lượng máu mất ít và nằm viện ngắn, cho thấy tính khả thi và hiệu quả của phương pháp này trong điều trị sỏi đường mật tái phát. Trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi, tất cả BN có tiền căn mổ sỏi đường mật ≥ 3 lần đều có mức độ dính ruột nhiều, bộc lộ OMC rất khó khăn và hầu hết phải chuyển mổ mở. Tuy nhiên, chưa có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa số lần mổ trước đó với tỷ lệ chuyển mổ mở cũng như tiền căn mổ mở trước đó với tỷ lệ chuyển mổ mở lần này (p > 0,05).

Tỷ lệ tai biến trong mổ là 11,7%; bao gồm 3 BN thủng đại tràng ngang và 1 BN thủng tá tràng, các tai biến này đều xảy ra trên nhóm BN có tiền căn mổ sỏi đường mật 2 lần và mức độ dính trung bình. Dù tỷ lệ không cao nhưng cần thận trọng khi lựa chọn mổ nội soi ở nhóm BN có tiền sử phẫu thuật có mức độ dính phức tạp. Tương tự, theo phân tích của Zhang và CS, tỷ lệ biến chứng đường tiêu

hóa trong PTNS lấy sỏi tái phát dao động từ 5 - 15%, trong đó thủng ruột là biến chứng được ghi nhận gần 2% [8]. Chúng tôi xử trí bằng cách khâu đơn thuần trong quá trình mổ (khâu nội soi) và không ghi nhận biến chứng nhiễm trùng hay xì rò tiêu hóa trong thời gian hậu phẫu.

Tỷ lệ sạch sỏi lần đầu là 20 BN (76,9%); tỷ lệ sót sỏi là 2 BN (7,7%) và chủ động để lại sỏi là 4 BN (15,4%). Phần lớn những BN sót sỏi là do sỏi hình dạng đặc biệt hoặc phân bố sâu trong gan, không dễ lấy sạch trong một lần. Tất cả các BN sót sỏi và những BN chủ động để lại sỏi đều được xử lý bằng tán sỏi qua đường hầm Kehr sau 3 tuần. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Lou và CS (2021), ghi nhận tỷ lệ sót sỏi sau nhận phẫu là khoảng 7% [9]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, thời gian theo dõi trung bình sau mổ là 16,8 tháng. Kết quả ghi nhận 5 trường hợp (19,2%) tái phát sỏi trong gan. Tỷ lệ này cao hơn so với tái phát sỏi OMC sau phẫu thuật hoặc sau can thiệp ERCP (thường dao động 4 - 15%) [10], nhưng lại phù hợp với đặc điểm bệnh sinh phức tạp của sỏi trong gan. Ngoài ra, chúng tôi ghi nhận 1 trường hợp (3,8%) thoát vị vết mổ qua trocar rốn. Đây là một biến chứng được biết đến sau phẫu thuật nội soi, với tỷ lệ dao động khoảng 0,5 - 3% tùy theo kích thước trocar, kỹ thuật đóng cân và yếu tố cơ địa BN.

KẾT LUẬN

Phẫu thuật nội soi kết hợp nội soi đường mật lấy sỏi điều trị sỏi đường mật tái phát bước đầu có kết quả khả quan. Tỷ lệ sạch sỏi cao; tỷ lệ tai biến, biến chứng thấp; BN phục hồi sớm hơn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Đình Hối. Dịch tễ học bệnh sỏi ống mật. Sỏi đường mật. Nhà xuất bản Y học. 2012:45-55.

2. Parra-Membrives P, Martínez-Baena D, Lorente-Herce JM, Jiménez-Riera G, Sánchez-Gálvez MÁ. Choledocholithiasis recurrence following laparoscopic common Bile Duct Exploration. Cirugía Española (English Edition) 2019; 97:336-342. https://doi.org/10.1016/j.cireng.2019.05.002.

3. Cheon YK, Cho YD, et al. Evaluation of long-term results and recurrent factors after operative and nonoperative treatment for hepatolithiasis. *Surgery*. 2009; 146:843-853. https://doi.org/10.1016/j.surg.2009.04.009.

4. Li X, Ouyang J, Dai J. Current gallstone treatment methods, state of the art. *Diseases*. 2024;12:197. https://doi.org/10.3390/diseases12090197.

5. Lê Nguyên Khôi, Võ Ngọc Phương và CS. Đặc điểm của sỏi trong gan tái phát. *Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh*. 2011; 15(4):77-81.

6. Nassar AHM, Zanati HE, Ng HJ, Khan KS, Wood C. Open conversion in laparoscopic cholecystectomy and bile

duct exploration: Subspecialisation safely reduces the conversion rates. *Surg Endosc.* 2022; 36:550-558. https://doi.org/10.1007/s00464-021-08316-1.

7. Yang S, Wu S, Dai W, Pang L, Xie Y, Ren T, et al. Laparoscopic surgery for gallstones or common bile duct stones: A stably safe and feasible surgical strategy for patients with a history of upper abdominal surgery. *Front Surg.* 2022; 9. https://doi.org/10.3389/fsurg.2022.991684.

8. Zhang X, Li X, Wang H, et al. Complications of laparoscopic surgery for recurrent bile duct stones: A multicenter retrospective study. *Surg Endosc*. 2021; 35(2):678-684. DOI:10.1007/s00464-020-07665-9 n.d.

9. Lou Z, Xu G, Yang J, et al. Residual stones after bile duct exploration and treatment via T-tube choledochoscopy. *J Hepatobiliary Pancreat Sci*. 2019; 26(4):209-216. DOI:10.1002/jhbp.635 n.d.

10. Kozyk M, Giri S, Harindranath S, Trivedi M, Strubchevska K, Barik RK, et al. Recurrence of common bile duct stones after endoscopic clearance and its predictors: A systematic review. *DEN Open*. 2024; 4:e294. https://doi.org/10.1002/deo2.294.