

BÁO CÁO CA LÂM SÀNG: STENT NHỰA ĐƯỜNG MẬT BỊ LÃNG QUÊN DI CHUYỂN LÊN GAN TRÁI, BIẾN CHỨNG VÀ XỬ TRÍ

Hồ Chí Thanh^{1}, Phan Quốc Đạt¹, Ngô Viết Phú¹, Nguyễn Quang Nam¹*

Tóm tắt

Nội soi mật tụy ngược dòng (endoscopic retrograde cholangiopancreatography - ERCP) và đặt stent đường mật là phương pháp can thiệp phổ biến trong điều trị sỏi ống mật chủ hoặc hẹp đường mật. Tuy nhiên, nếu không được theo dõi và lấy ra đúng thời gian, stent có thể trở thành dị vật gây biến chứng nghiêm trọng. Chúng tôi trình bày 1 trường hợp thủng mật phúc mạc, tắc mật do sỏi ống mật chủ ở người bệnh còn stent đường mật bị lãng quên, di chuyển lên ống gan trái. Ca lâm sàng này cho thấy sự cần thiết của việc nâng cao nhận thức về tuân thủ theo dõi và lấy stent đường mật sau ERCP đúng hẹn.

Từ khóa: Tắc mật; Stent nhựa bị lãng quên; Di chuyển stent; Phẫu thuật nội soi lấy sỏi ống mật chủ.

A CLINICAL CASE REPORT: FORGOTTEN BILIARY PLASTIC STENT MIGRATION TO THE LEFT LIVER, COMPLICATIONS, AND MANAGEMENT

Abstract

Endoscopic retrograde cholangiopancreatography (ERCP) and biliary stent placement are common interventions for treating common bile duct stones or biliary strictures. However, if not monitored and removed in a timely manner, the stent may become a foreign body, causing serious complications. We present a case of peritoneal biliary infiltration and biliary obstruction due to common bile duct stones in a patient with a forgotten biliary stent that had migrated to the left hepatic duct. This clinical case serves as a reminder to raise awareness regarding compliance with monitoring and timely removal of biliary stents following ERCP.

Keywords: Biliary obstruction; Forgotten biliary stents; Stent migration; Laparoscopic common bile duct exploration.

¹Bệnh viện Quân y 103, Học viện Quân y

*Tác giả liên hệ: Hồ Chí Thanh (hochithanhbv103@gmail.com)

Ngày nhận bài: 17/10/2025

Ngày được chấp nhận đăng: 28/11/2025

<http://doi.org/10.56535/jmpm.v51i1.1743>

ĐẶT VẤN ĐỀ

Nội soi mật tụy ngược dòng và đặt stent đường mật là thủ thuật can thiệp được sử dụng rộng rãi nhằm lấy sỏi và lưu thông đường mật, điều trị các bệnh lý tắc mật do sỏi ống mật chủ, hẹp tắc đường mật do các nguyên nhân khác, giảm nguy cơ rò mật sau can thiệp thủ thuật và phẫu thuật đường mật [1]. Tuy nhiên, stent nhựa đường mật được chỉ định với mục đích giảm tắc nghẽn đường mật tạm thời trong thời gian ngắn, sau đó cần phải lấy ra và thay thế bằng stent khác hoặc chuyển sang phương pháp điều trị khác [2]. Stent nhựa được khuyến cáo lưu trú trong đường mật từ 3 - 6 tháng. Theo tác giả Elsebaey MA và CS, stent để quá 12 tháng được xem là stent nhựa bị lãng quên, có thể gây viêm đường mật, tắc mật cấp tính và đe dọa tính mạng người bệnh [3].

Thăm mật phúc mạc là cấp cứu bụng ngoại khoa, cần phải phẫu thuật để làm sạch ổ phúc mạc và xử lý nguyên nhân [4]. Theo Tokyo Guidelines (2018), phẫu thuật nội soi (PTNS) cắt túi mật, lấy sỏi ống mật chủ và làm sạch ổ bụng là lựa chọn tối ưu cho người bệnh viêm túi mật và tắc mật mức độ I và II [5, 6]. Chúng tôi trình bày 1 trường hợp thăm mật phúc mạc, tắc mật do sỏi ống mật chủ ở người bệnh còn stent đường mật bị lãng quên, di chuyển lên ống gan trái nhằm: *Nhấn mạnh tầm quan trọng của việc theo dõi và quản lý bệnh nhân (BN) sau đặt stent đường mật.*

GIỚI THIỆU CA LÂM SÀNG

1. Lý do vào viện

Đau bụng hạ sườn phải, sốt cao rét run, vàng da.

2. Bệnh sử

Bệnh nhân nam 57 tuổi, vào viện 4 năm trước được nội soi mật tụy ngược dòng đặt stent nhựa đường mật, sau đặt không đến tái khám kiểm tra. Gần đây, BN thấy đau tức hạ sườn phải, sốt, ăn kém, ở nhà tự điều trị nội khoa, bệnh đỡ từng đợt. Ba ngày trước khi vào viện, xuất hiện đau bụng, khởi phát ở vùng thượng vị, sau lan xuống hạ sườn, mạn sườn phải và lan ra khắp ổ bụng, kèm theo sốt cao, rét run, phải dùng hạ sốt, da và niêm mạc vàng, nước tiểu vàng, buồn nôn, bụng trướng, bí trung tiện. BN chưa điều trị tại nhà, đến khám và nhập Khoa Gan Mật Tụy, Bệnh viện Quân y 103 điều trị.

3. Tiền sử

Khỏe mạnh.

4. Khám bệnh

Người bệnh tỉnh táo, tự thở được, khó thở nhẹ, sốt 39°C, rét run. Môi khô, rêu lưỡi bẩn, da và niêm mạc vàng, nước tiểu vàng đậm. Sờ thấy túi mật căng, ấn đau nhiều vùng bụng hạ sườn phải, phản ứng cơ thành bụng hạ sườn phải rõ. Gõ diện đục gan rõ, gõ bụng vang trong, dấu hiệu Blumberg (-); nghe nhu động ruột rõ.

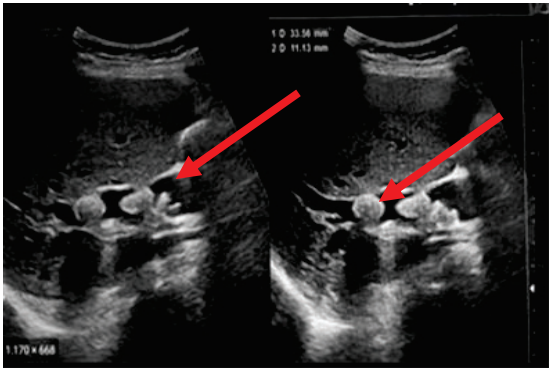
5. Các xét nghiệm

Bảng 1. Xét nghiệm máu.

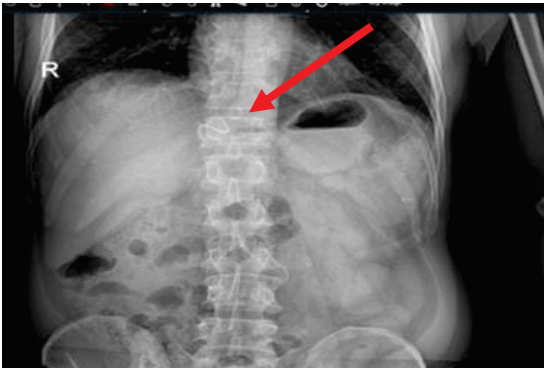
Chỉ số xét nghiệm máu	Trước mổ	Ngày thứ 1 sau mổ	Trước khi ra viện
Bạch cầu (G/L)	19,0	17,5	9,0
Tiểu cầu (G/L)	103	119	232
Prothrombin (%)	71	75	86
Bilirubin toàn phần (umol/L)	99,7	32,9	12,2
Bilirubin trực tiếp (umol/L)	58,4	19,3	3,18
GOT (U/L)	149,7	110,7	37,3
GPT (U/L)	167,6	123,5	47,0
CRP định lượng (mg/L)	94,1	75,4	11,2

Tình trạng viêm, nhiễm trùng và chỉ số bilirubin tăng trước mổ.

** Xét nghiệm chẩn đoán hình ảnh:*



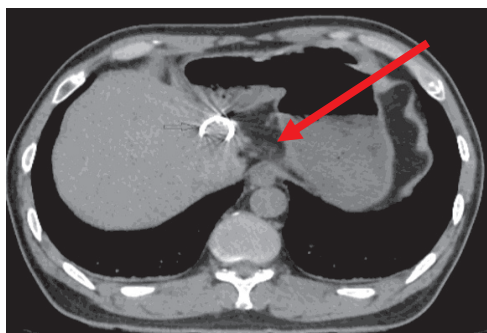
Hình 1. Siêu âm ống mật chủ giãn.
(Mũi tên chỉ hình sỏi trong ống mật chủ)



Hình 2. X-quang bụng không chuẩn bị.
(Mũi tên chỉ hình stent bên phải D12)

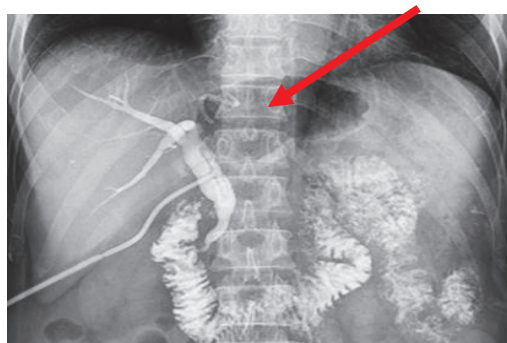
Siêu âm bụng ống mật chủ giãn 14mm, sỏi trong ống mật chủ (Hình 1).

Chụp X-quang ổ bụng, hình stent cản quang ngang D12 (Hình 2).



Hình 3. Chụp cắt lớp vi tính ổ bụng.
(Mũi tên chỉ stent tăng tỷ trọng)

Chụp cắt lớp vi tính (CLVT) ổ bụng, stent tăng tỷ trọng (Hình 3).
Chụp đường mật qua Kehr (Hình 4).



Hình 4. Chụp đường mật qua Kehr.
(Mũi tên chỉ stent cản quang)

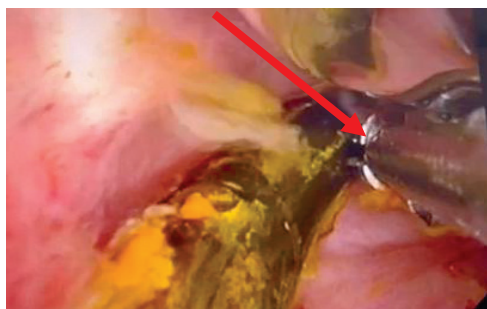
6. Chẩn đoán

Tắc mật do sỏi ống mật chủ, thấm mật phúc mạc/stent nhựa bị lãng quên di chuyển lên đường mật gan trái.

7. Phẫu thuật

* *Thì 1: Giải quyết tình trạng tắc mật và thấm mật phúc mạc:*

PTNS mở ống mật chủ lấy sỏi dẫn lưu Kehr, lau rửa dẫn lưu ổ bụng; kết quả xét nghiệm sau mổ (Bảng 1); ngày thứ 10 chụp đường mật qua Kehr (Hình 4); ngày thứ 12 kẹp Kehr, BN xuất viện.



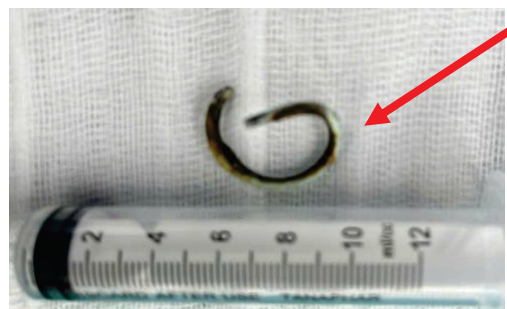
Hình 5. Stent nhựa được lấy ra.
(Mũi tên chỉ dụng cụ lấy stent)

* *Thì 2: Lấy stent đường mật gan trái:*

1 tháng sau mổ, BN vào viện được nội soi đường mật qua đường hầm Kehr, tiếp cận stent nhựa, stent bám nhiều cận sỏi và giả mạc, viêm dính vào thành đường mật. Dùng dụng cụ nội soi lấy stent ra ngoài (Hình 5, 6).

8. Kết quả điều trị

Sau phẫu thuật nội soi lấy stent, người bệnh phục hồi tốt, chụp kiểm tra cho thấy đường mật lưu thông tốt, lâm sàng hết đau, không sốt, da và niêm mạc bình thường, các chỉ số xét nghiệm trở về giới hạn bình thường (Bảng 1), BN được rút dẫn lưu và xuất viện ngày thứ 5 sau mổ.



Hình 6. Stent nhựa được lấy ra.
(Mũi tên chỉ stent bám nhiều cận sỏi)

BÀN LUẬN

1. Quản lý sau đặt stent đường mật qua ERCP

Đặt stent đường mật qua ERCP là một kỹ thuật ít xâm lấn nhằm điều trị các trường hợp sỏi ống mật chủ, hẹp tắc đường mật giúp lưu thông dịch mật xuống tá tràng qua stent. Phương pháp này cũng được áp dụng để điều trị các biến chứng rò mật sau phẫu thuật cắt túi mật, sau phẫu thuật gan, trong những các trường hợp tắc mật khác mà chưa thể xử lý triệt để ngay [1, 2]. Tuy nhiên, stent nằm trong đường mật chỉ được một thời gian ngắn, nếu stent để quá lâu có thể gây ra các biến chứng nguy hiểm như tắc mật, thủng đường mật, thủng tá tràng. Nghiên cứu của Khashab và CS cho thấy tỷ lệ tắc stent nói chung là 13%, tác giả khuyến cáo người bệnh cần tuân thủ lịch tái khám để lấy stent hoặc thay thế stent khác [7]. Trường hợp lâm sàng của chúng tôi cho thấy hậu quả của việc stent bị lãng quên kéo dài, sau 4 năm không được lấy ra, stent trở thành dị vật gây viêm, hình thành sỏi gây tắc mật. Thông thường, theo dòng bài tiết mật, stent sẽ phải di chuyển xuống tá tràng nhưng trường hợp này lại di chuyển ngược lên trên và nằm tại ống gan trái. Tác giả Elsebaey MA và CS nghiên cứu các biến chứng liên quan đến stent nhận thấy tỷ lệ đau bụng, sốt và vàng da cao hơn có ý nghĩa ở nhóm để stent trên 12 tháng và nhóm lấy stent trong 3 tháng. Nhóm stent trên 12 tháng có nguy cơ di chuyển stent, tắc stent, hình thành sỏi ống mật

chủ cao hơn nhóm lấy stent trong 3 tháng [3]. Tác giả nhấn mạnh tầm quan trọng trong việc tư vấn cho người bệnh về kiến thức khi đặt stent, cấp thẻ quản lý và liên hệ định kỳ để người bệnh tuân thủ lịch tái khám và lấy stent nhằm giảm thiểu các biến chứng.

2. Chẩn đoán tắc mật/còn stent trong gan

Theo Tokyo Guidelines (2018), đây là trường hợp điển hình về tình trạng tắc mật, nhiễm trùng cấp tính, thấm mật phúc mạc. Lâm sàng ghi nhận hội chứng vàng da tắc mật từng đợt, hội chứng nhiễm trùng toàn thân biểu hiện sốt cao 39°C, rét run, môi khô, rêu lưỡi bẩn [6]. Xét nghiệm máu cho thấy bạch cầu tăng 19 G/L, chỉ số viêm CRP 94,1 mg/L, bilirubin toàn phần và trực tiếp tăng cao là 99,7 và 58,4 umol/L, chức năng gan giảm với chỉ số prothrombin là 71%, tiểu cầu là 103 G/L (Bảng 1). Kết quả siêu âm túi mật căng, không có sỏi, ống mật chủ giãn 14mm, có sỏi trong lòng ống mật chủ (Hình 1). Chụp X-quang ổ bụng thấy hình stent cản quang bên phải đốt sống D12 (Hình 2). Chụp CLVT ổ bụng thấy sỏi trong ống mật chủ, stent đường mật di chuyển lên trên ống gan trái (Hình 3). Từ các kết quả xét nghiệm lâm sàng và CLVT, chẩn đoán xác định là tắc mật do sỏi ống mật chủ, thấm mật phúc mạc ở người bệnh có stent đường mật di chuyển lên ống gan trái năm thứ 4 mức độ II theo phân độ Tokyo Guidelines (2018). Nghiên cứu của Elsebaey và CS cho thấy tỷ lệ đau bụng hạ sườn phải, vàng da và sốt ở người bệnh quên rút

stent sau 12 tháng lần lượt là 66%, 92% và 34%. Tỷ lệ viêm cấp tính là 34%, tắc stent là 88%, hình thành sỏi mới ở ống mật chủ là 10%, di chuyển stent ra xa (di chuyển xuống tá tràng) là 18% và di chuyển stent lên trên là 4% [3]. Nghiên cứu của Sohn SH và CS trên 38 trường hợp quên stent cho thấy triệu chứng gồm đau bụng (94,7%), sốt (52,6%) và vàng da (34,2%). Xét nghiệm bạch cầu đa nhân tăng, men gan GOT, GPT tăng, bilirubin toàn phần tăng là căn cứ chẩn đoán tắc mật, tỷ lệ biến chứng viêm đường mật cấp tính là 94,7% [8]. Tác giả Duman A và CS nghiên cứu 44 trường hợp quên stent cho thấy nguyên nhân chính là BN không được thông báo (29,2%) và nghĩ rằng stent đã được lấy trong khi cắt túi mật (14,6%). Thời gian lưu stent trung bình là 22,5 tháng (12 - 48), tỷ lệ hình thành sỏi ống mật chủ là 79%, stent di chuyển gần về ống gan là 26,4% và gãy stent là 8,8% [9].

3. Kết quả điều trị

** Thì 1: Giải quyết tình trạng tắc mật và thẩm mật phúc mạc:*

Người bệnh vào cấp cứu, được chẩn đoán tắc mật, thẩm mật phúc mạc do sỏi ống mật chủ/còn stent di chuyển lên ống gan trái. Theo Tokyo Guidelines (2018), viêm tắc đường mật mức độ II có thể PTNS hoặc ERCP [6]. Tuy nhiên, người bệnh đã có thẩm dịch mật dưới gan nên được chỉ định PTNS mở ống mật chủ lấy sỏi, dẫn lưu Kehr, làm sạch và dẫn lưu vùng dưới gan là phù hợp. Kết quả sau mổ ngày thứ nhất (*Bảng 1*) cho thấy các chỉ số viêm giảm, chức năng gan được cải

thiện, người bệnh hồi phục tốt. Ngày thứ 10 chụp Kehr lưu thông, hết sỏi, không còn tắc mật (*Hình 4*), kết quả xét nghiệm trở về giới hạn bình thường (*Bảng 1*). Tác giả Lyu Y và CS khảo sát 12 nghiên cứu đối chứng giữa PTNS lấy sỏi ống mật chủ với ERCP thấy tỷ lệ sạch sỏi như nhau, PTNS có thời gian nằm viện ngắn hơn, ERCP có tỷ lệ viêm tụy cấp cao hơn [4]. Theo nghiên cứu của Li ZQ và CS, PTNS được ưu tiên do phẫu thuật ít xâm lấn, giải quyết nhanh nguyên nhân tắc mật và giữ được chức năng cơ Oddi, tuy nhiên cần có đội ngũ phẫu thuật viên có kinh nghiệm và trang bị phù hợp [5]. Do tình trạng cấp cứu thẩm mật phúc mạc, chúng tôi chủ trương PTNS làm sạch ổ bụng và giải quyết tình trạng tắc mật trước, chưa thực hiện nội soi đường mật đồng thời để tiếp cận và lấy stent ra được.

** Thì 2: Lấy stent:*

Sau 1 tháng, chúng tôi tiến hành nội soi bằng ống soi mềm qua đường hầm Kehr, vào đường mật gan trái tiếp cận stent quan sát thấy stent gây viêm và có sỏi hình thành bám quanh stent, dùng dụng cụ kẹp lấy stent ra (*Hình 5*). Stent sau khi được lấy ra ngoài dài 5cm, nhựa thoái hóa lỏng động cặn sỏi mật (*Hình 6*). Theo Barai V và CS, stent đường mật lâu ngày sẽ thúc đẩy sự phát triển của vi khuẩn và giải phóng beta-glucuronidase, dẫn đến kết tủa calci bilirubinát và hình thành sỏi. Phức hợp stent - sỏi ở 1 BN lưu stent 102 tháng lấy qua ERCP thất bại, phải phẫu thuật để lấy stent. Do vậy, BN đặt stent trong đường mật cần được tư

vấn đầy đủ về tác dụng phụ của stent và được quản lý nghiêm ngặt tái khám để lấy stent sau 6 tuần [10]. Sohn SH và CS nhận thấy nguyên nhân hình thành sỏi sau đặt stent là do rào cản cơ Oddi bị mất, vi khuẩn và dịch tá tràng trào lên đường mật gây viêm và hình thành sỏi sắc tố mật màu nâu, cần thay thế hoặc rút bỏ stent trong vòng 3 - 6 tháng để tránh hình thành sỏi [8]. Theo Duman A và CS, tất cả các trường hợp sỏi đường mật và đặt stent đều có thể xử lý qua nội soi để lấy sỏi, đặt hoặc thay thế bằng stent mới [9].

Về kết quả điều trị ban đầu, chúng tôi đã xử trí cấp cứu phẫu thuật nội soi mở ống mật chủ lấy sỏi, dẫn lưu Kehr giải quyết tình trạng tắc mật cấp tính có thủng mật phúc mạc. Ở thì 2, chúng tôi nội soi ống mềm qua đường hầm Kehr lấy stent ra an toàn, người bệnh sạch sỏi và xuất viện, không gặp biến chứng sau mổ.

KẾT LUẬN

Stent nhựa đường mật bị lãng quên có thể gây ra những biến chứng nguy hiểm nhưng hoàn toàn có thể phòng tránh được bằng việc tuân thủ tái khám. Stent nhựa đường mật phải được lấy ra hoặc thay thế trong thời gian từ 3 - 6 tháng. Khuyến nghị tất cả người bệnh đã trải qua ERCP và đặt stent nhựa ống mật chủ nên được hướng dẫn theo dõi các biến chứng, ngày dự kiến để lấy stent và các nguy cơ tiềm ẩn khi trì hoãn việc lấy stent. Cần cấp thẻ hẹn và liên hệ với người bệnh để tháo stent đúng lịch.

Đạo đức nghiên cứu: Đây là trường hợp lâm sàng hiếm gặp, cần thiết công bố với mục đích khuyến cáo người bệnh đặt stent đường mật tuân thủ lịch tái khám và rút stent đúng hẹn. Quá trình điều trị tuân theo quy trình cấp cứu điều trị bệnh gan mật của Bộ Y tế và Tokyo Guidelines (2018) [6]. Số liệu nghiên cứu được Bộ môn - Trung tâm Phẫu thuật Tiêu hóa, Bệnh viện Quân y 103 cho phép sử dụng công bố. Mọi thông tin chỉ phục vụ mục đích nghiên cứu, không vì mục đích khác và được sự đồng ý của người bệnh. Nhóm tác giả cam kết không có xung đột lợi ích trong nghiên cứu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Dumonceau JM, Tringali A, Blero D, et al. Biliary stenting: Indications, choice of stents and results: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) clinical guideline. *Endoscopy*. 2012; 44(3):277-298.
2. Yang J, Peng JY, and Chen W. Endoscopic biliary stenting for irretrievable common bile duct stones: Indications, advantages, disadvantages, and follow-up results. *The Surgeon*. 2012; 10(4): 211-217.
3. Elsebaey MA, Enaba M, Elashry H, et al. Forgotten biliary plastic stents: Complications, management, and clinical outcomes. *Medicina (Kaunas)*. 2024; 60(8):1-10.

4. Lyu Y, Cheng Y, Li T, et al. Laparoscopic common bile duct exploration plus cholecystectomy versus endoscopic retrograde cholangiopancreatography plus laparoscopic cholecystectomy for cholecystocholedocholithiasis: A meta-analysis. *Surg Endosc.* 2019; 33(10): 3275-3286.
5. Li ZQ, Sun J, Li B et al. Meta-analysis of single-stage versus two-staged management for concomitant gallstones and common bile duct stones. *J Minim Access Surg.* 2020; 16(3):206-214.
6. Miura F, Okamoto K, Takada T, et al. Tokyo Guidelines 2018: Initial management of acute biliary infection and flowchart for acute cholangitis. *J Hepatobiliary Pancreat Sci.* 2018; 25(1):31-40.
7. Khashab MA, Kim K, Hutfless S, et al. Predictors of early stent occlusion among plastic biliary stents. *Digestive Diseases and Sciences.* 2012; 57:2446-2450.
8. Sohn SH, Park JH, Kim KH et al. Complications and management of forgotten long-term biliary stents. *World J Gastroenterol.* 2017; 23(4):622-628.
9. Duman AE, Yılmaz H, and Hülal S. Biliary stents are forgotten more frequently in elderly patients. *Turk J Med Sci.* 2021; 51(6):3067-3072.
10. Barai V, Hedawoo J, and Changole S. Forgotten CBD stent (102 months) with stone-stent complex: A case report. *Int J Surg Case Rep.* 2017; 30:162-164.