

6. Nguyễn Thị Thanh Loan và cộng sự (2023). Đánh giá kết quả hóa trị tân bổ trợ phức đồ paclitaxel – carboplatin trong ung thư buồng trứng giai đoạn III-IV tại Bệnh viện K. Tạp chí Y học Việt Nam, (530),166-170.
7. Du Bois A, Weber B, Rochon J, et al. Addition of epirubicin as a third drug to carboplatin-paclitaxel in first-line treatment of advanced ovarian cancer: a prospectively randomized gynecologic cancer intergroup trial by the Arbeitsgemeinschaft Gynaekologische Onkologie Ovarian Cancer Study Group and the Groupe d'Investigateurs Nationaux pour l'Etude des Cancers Ovariens. J Clin Oncol. 2006;24(7):1127-1135.
8. Vasey PA, Jayson GC, Gordon A, et al. Phase III randomized trial of docetaxel-carboplatin versus paclitaxel-carboplatin as first-line chemotherapy for ovarian carcinoma. J Natl Cancer Inst. 2004;96(22):1682-1691.

ĐẶC ĐIỂM TỔN THƯƠNG HẸP ĐƯỜNG MẬT KHẢO SÁT QUA NỘI SOI ỐNG MỀM Ở BỆNH NHÂN SỎI ĐƯỜNG MẬT CHÍNH TẠI BỆNH VIỆN QUÂN Y 103

Đỗ Sơn Hải¹, Nguyễn Xuân Khải¹, Nguyễn Anh Tuấn², Nguyễn Thị Diệu Liên³, Lê Thanh Sơn¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Khảo sát đặc điểm tổn thương hẹp đường mật (HDM) qua nội soi ống mềm ở bệnh nhân (BN) sỏi đường mật chính (ĐMC) tại bệnh viện Quân y 103. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Mô tả, tiền cứu, không nhóm chứng trên các BN sỏi ĐMC có HDM được điều trị lấy sỏi và nong hẹp qua nội soi đường mật (NSDM) tại Trung tâm phẫu thuật tiêu hóa- Bệnh viện Quân y 103 từ tháng 07 năm 2021 tới tháng 07 năm 2024. **Kết quả:** Nghiên cứu trên 62 BN. Độ tuổi trung bình: 60,1 ± 14,1; Tỷ lệ nữ/nam = 1,69/1; 75,8% số BN có tiền sử sỏi mật. Trong đó, 54,8% từng phẫu thuật, can thiệp sỏi mật. NSDM phát hiện 100% các vị trí HDM, vượt trội hơn các phương pháp chẩn đoán hình ảnh khác. HDM phần lớn là 1 vị trí (90,3%) và chủ yếu là HDM trong gan (88,7%), nhiều nhất là hẹp ống gan trái (32,3%). Sỏi thường nằm bao xung quanh vị trí hẹp. Hẹp đa phần có dạng hình nhẫn (97,1%), đường kính 3mm - <4mm (52,2%), độ dài 2-5mm (53,6%) và đều là hẹp lành tính. Độ dài và đường kính HDM trung bình lần lượt là: 3,9 ± 2,9 mm và 3,6 ± 0,7 mm. Phân loại hẹp: hẹp nhẹ chiếm tỷ lệ cao nhất (85,5%), kể đến là hẹp vừa (8,7%). Số lượng, đường kính và độ dài HDM có liên quan tới tỷ lệ sạch sỏi, hết hẹp đường mật sau phẫu thuật với p<0,05. **Kết luận:** NSDM ống mềm là phương pháp hiệu quả để khảo sát HDM. Ở BN sỏi ĐMC thì phần lớn là hẹp nhẹ, hình nhẫn và lành tính; thường chỉ hẹp ở một vị trí với đường kính vừa phải và độ dài ngắn. Các đặc điểm số lượng, đường kính và độ dài HDM có liên quan tới tỷ lệ sạch sỏi, hết hẹp đường mật sau phẫu thuật.

Từ khóa: Nội soi đường mật ống mềm, hẹp đường mật, sỏi đường mật chính

SUMMARY

CHARACTERISTICS OF BILARY STRICTURE INVESTIGATED THROUGH FLEXIBLE CHOLANGIOSCOPY IN PATIENTS WITH MAIN BILE DUCT STONES AT MILITARY HOSPITAL 103

Objectives: To investigate the characteristics of biliary stricture through flexible cholangioscopy in patients with main bile duct stones at Military Hospital 103. **Patient and methods:** Descriptive, prospective, non-controlled research on patients with primary bile duct stones with biliary stricture treated by flexible cholangioscopy at the Abdominal surgery centre - Military hospital 103 from July 2021 to July 2024. **Results:** Researched on 62 patients. Mean age: 60.1 ± 14.1; Female/male ratio = 1.69/1; 75.8% of patients had the history of biliary stone. Of these, 54.8% had biliary operations. Cholangioscopy detected 100% of stricture locations, so it was outstanding other diagnostic imaging methods. Most biliary stricture were in one position (90.3%), intrahepatic stricture (88.7%), and on the left hepatic duct (32.3%). Strictures were usually surrounded by stones. The stritrures were mostly ring-shaped (97.1%), 3mm - <4mm in diameter (52.2%), 2-5mm long (53.6%) and all of them were benign. The average length and diameter of the strictures werw: 3.9 ± 2.9 mm and 3.6 ± 0.7 mm, respectively. Classification: mild stricture accounted for the highest rate (85.5%), moderate stricture was the next one (8.7%). The number, diameter and length of stricture were factors related to the rate of biliary stone and stricture clearance after surgery with p < 0.05. **Conclusion:** Flexible cholangioscopy was an effective method to investigate the characteristics of biliary stricture. In patients with primary bile duct stones, the majority of stricture were mild, ring-shaped and all benign. They mostly were in one position with moderate diameter and short length. The number,

¹Bệnh viện Quân y 103, Học viện Quân y

²Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

³Bệnh viện Đa khoa Hà Đông - Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Đỗ Sơn Hải

Email: dosonhai@vmmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 7.01.2025

Ngày phản biện khoa học: 11.2.2025

Ngày duyệt bài: 13.3.2025

diameter and length of stricture were related to the rate of biliary stone and stricture clearance after surgery. **Keywords:** Flexible cholangioscopy, biliary stricture, primary bile duct stones

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hẹp đường mật (HDM) là một bệnh lý gặp nhiều ở vùng Đông Á, Đông Nam Á nói chung và Việt Nam nói riêng. Theo số liệu thống kê, tỷ lệ HDM ở bệnh nhân (BN) sỏi đường mật chính (ĐMC) có thể lên tới 45,6-70%) [1]. Bệnh này ảnh hưởng rất nhiều tới kết quả điều trị sỏi mật và là nguyên nhân chính của sỏi tái phát, khiến BN phải mổ lại nhiều lần.

IHPBA (Hiệp hội Gan-mật-tụy thế giới) năm 2022 đã đưa ra định nghĩa: "HDM là sự giảm khu trú khẩu kính đường mật so với phần đường mật kế cận với nó, đi kèm với giãn đường mật bên trên vị trí hẹp" [2]. Ở BN sỏi mật có HDM thì vấn đề HDM là nguyên nhân hay hậu quả của sỏi mật cho đến nay vẫn chưa được minh chứng. Chúng kết hợp với nhau tạo nên vòng xoắn bệnh lý. Mặc dù HDM luôn được coi là một vấn đề lớn, đầy thách thức, nhưng trước đây chẩn đoán và điều trị ít được nhắc đến do khó khăn về khảo sát hình ảnh trực tiếp. Phải đến năm 1970, khi Shore lần đầu tiên thực hiện nội soi đường mật (NSDM) ống mềm trong mổ, thì các vấn đề liên quan tới HDM mới dần được nhắc đến. Từ đó đến nay, nhờ khả năng cho thấy hình ảnh rõ ràng, NSDM đã trở thành phương pháp chẩn đoán và điều trị bệnh lý sỏi và HDM hiệu quả. Lee S.K dựa trên cơ sở của ống soi đường mật đã đề ra phân loại HDM được áp dụng rộng rãi cho đến nay [3].

Ở Việt Nam, cho đến nay, có rất ít tác giả trong nước công bố các công trình nghiên cứu đi sâu đánh giá kết quả điều trị HDM. Tại Bệnh viện Quân y 103, NSDM đã được thực hiện từ năm 2008 để điều trị sỏi mật. Những năm gần đây, chúng tôi đã phát triển thêm kỹ thuật đánh giá HDM qua NSDM. Vấn đề nghiên cứu được đặt ra với câu hỏi: Đặc điểm HDM ở những BN sỏi ĐMC là như thế nào? Chúng có liên quan gì tới kết quả điều trị? Từ những điều trên, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm mục tiêu: *Khảo sát đặc điểm tổn thương hẹp đường mật qua nội soi ống mềm ở bệnh nhân sỏi đường mật chính tại Bệnh viện Quân y 103.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

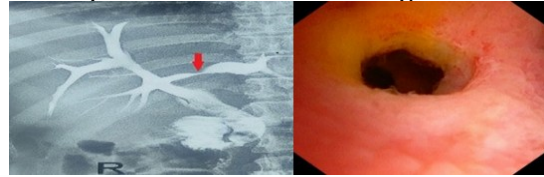
Nghiên cứu mô tả, tiến cứu, không nhóm chứng trên các BN sỏi ĐMC có HDM được điều trị bằng NSDM tại Trung tâm phẫu thuật tiêu hóa-Bệnh viện Quân y 103 từ tháng 07 năm 2021 tới tháng 07 năm 2024.

***Tiêu chuẩn lựa chọn:** BN được chẩn đoán xác định sỏi ĐMC kèm HDM và được điều trị bằng NSDM.

***Tiêu chuẩn loại trừ:** - BN có u hoặc ung thư ở đường mật, gan, đầu tụy hay bóng Vater.

- BN có thang điểm ASA > 3 (Phân loại tình trạng sức khỏe của BN trước phẫu thuật theo hiệp hội Gây mê Hoa Kỳ).

***Quy trình nghiên cứu:** BN nhập viện được thăm khám lâm sàng và làm các xét nghiệm cận lâm sàng để chẩn đoán trước mổ. Nếu BN có chẩn đoán sỏi ĐMC và HDM, thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn và nằm ngoài tiêu chuẩn loại trừ thì tiến hành can thiệp NSDM.



Hình 1. Hình ảnh hẹp đường mật gan trái trước mổ và trong NSDM

Phương pháp can thiệp

- Nếu BN chưa can thiệp: phẫu thuật mở ổ bụng chủ dẫn lưu Kehr, NSDM trong mổ bằng ống soi mềm

- Nếu BN đã có dẫn lưu đường mật qua da thì NSDM qua đường hầm bằng ống soi mềm.

*** Quy trình NSDM ống mềm để khảo sát HDM:** Chúng tôi sử dụng dàn NSDM với ống nội soi mềm CHF-V2 của hãng Olympus, đường kính 5 mm, kênh dụng cụ 2 mm kết hợp với đường tưới nước, đầu ống soi có thể điều khiển 2 chiều (lên 160° - xuống 130°).



Hình 2. Dàn nội soi đường mật



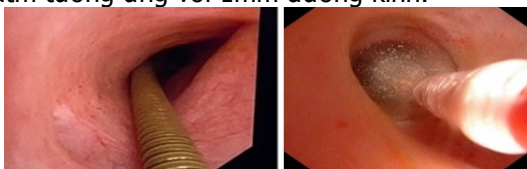
Hình 3. Ống soi mềm đường mật CHF- V2

Phẫu thuật viên cầm cần điều khiển bằng tay trái, cầm đầu ống soi bằng tay phải, tiến hành

đưa ống soi qua lối tiếp cận vào đường mật. Sử dụng dòng nước muối sinh lí NaCl 0,9% treo cao để tưới rửa liên tục, kết hợp với bơm hỗ trợ để đường mật giãn và tạo môi trường sạch trong khi soi. Tiến hành soi xuống ống mật chủ trước, lấy sỏi nếu có để kiểm tra cơ Oddi và lưu thông tá tràng. Sau đó mới đưa ống soi lên ống gan chung và vào các ống mật trong gan một cách tuần tự để kiểm soát được hết các nhánh. Với đường mật trong gan, thực hiện soi theo thứ tự lần lượt từ ống gan phải, phân thùy trước, hạ phân thùy 5, 8, phân thùy sau, hạ phân thùy 6, 7 rồi đến ống gan trái, hạ phân thùy 2, 3, 4 và 1.

Khi soi, tìm kiếm HDM, có thể phải tán và lấy sỏi lấp lối trước. Hình ảnh HDM sẽ có khẩu kính nhỏ hơn đường mật thông thường, xung quanh có nhiều màng viêm xơ, phía trên chỗ thắt đường mật bị giãn ra. Có thể nhìn thấy sỏi hoặc dịch mật viêm chảy ra từ bên trong đoạn hẹp. Nếu phát hiện HDM như trên thì tiến hành quan sát đánh giá đại thể vị trí hẹp, đo độ dài và đường kính hẹp bằng bóng đo và sinh thiết đường mật tức thì bằng kim sinh thiết.

- Đo độ dài và đường kính đoạn hẹp: Sử dụng bóng đo Tuftex Baloon cateter XSL1338 của hãng LeMaitre Vascular- Mỹ, kích thước 4Fx 80cm. Đưa bóng đo qua vị trí HDM. Trên bóng đo có chia sẵn kích thước để đo độ dài còn đường kính được đo bằng cách bơm bóng nóng ôm khít đoạn hẹp. Số liệu đường kính được xác định dựa trên số atm dùng để bơm bóng: cứ 1atm tương ứng với 1mm đường kính.



Hình 4. Đo độ dài và đường kính HDM

- Sinh thiết đường mật: Sử dụng kim sinh thiết Biopsy Forceps model FB-19SX-1, kích thước 2mm x 700mm của hãng Olympus-Nhật Bản. Đưa kim sinh thiết đi qua ống soi, tiếp cận vị trí hẹp để sinh thiết. Sinh thiết 2 vị trí khác nhau, một mảnh đọc kết quả tức thì và một mảnh gửi đọc kết quả theo quy trình thông thường.



Hình 5. Sinh thiết HDM

Dựa trên các kết quả đã khảo sát được mà tiến hành các phương pháp xử trí tiếp theo

- Trong nghiên cứu, chúng tôi phân loại HDM theo tác giả Lee S.K [3]. Dựa trên kích thước ống soi đường mật tiêu chuẩn (5mm), HDM được chia thành 3 mức độ:

- + Hẹp nhẹ: ống soi nhìn vào được chỗ hẹp nhưng chỉ qua được sau khi nong
- + Hẹp vừa: ống soi nhìn vào được chỗ hẹp và không thể qua được dù đã nong
- + Hẹp nặng: hẹp khít, ống soi không thể nhìn qua được

***Xử lý và phân tích số liệu:** Các thông tin được ghi chép, sắp xếp lại một cách chi tiết theo mẫu bệnh án nghiên cứu. Số liệu nghiên cứu được xử lý với phần mềm SPSS 20.0. Tỷ lệ phần trăm được tính và trình bày dưới dạng bảng. Tìm mối liên quan giữa hai yếu tố bằng kiểm định Independent Samples T – Test hoặc χ^2 chi bình phương (chi square), có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

*** Đạo đức trong nghiên cứu:** Nghiên cứu này đã được Hội đồng Đạo đức Bệnh viện Quân y 103 chấp thuận theo công văn số 69/CNChT - HĐĐĐ ngày 17/10/2022. Chúng tôi cam kết không có xung đột lợi ích trong nghiên cứu. BN đã được giải thích rõ ràng về những lợi ích và nguy cơ của phẫu thuật và đồng ý tham gia nghiên cứu. Thông tin của BN được bảo mật, không phân biệt đối xử với các BN không đồng ý tham gia nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong thời gian từ tháng 7/2021 đến tháng 7/2024, chúng tôi nghiên cứu trên 62 BN.

- Tuổi, giới: BN có độ tuổi từ 20 đến 86. Độ tuổi trung bình là $60,1 \pm 14,1$. Tỷ lệ nữ/nam = 1,69/1 (39/23). 75,8% số BN có tiền sử sỏi mật, trong đó 54,8% đã từng mổ sỏi mật.

- So sánh với các phương tiện chẩn đoán hình ảnh, NSĐM phát hiện 100% các trường HDM, kể đến là cộng hưởng từ mật tụy với tỷ lệ 92,9%, chụp Xquang đường mật là 83,3% và siêu âm chỉ phát hiện được 29% các trường hẹp có HDM.

- Phương pháp phẫu thuật được áp dụng chủ yếu là NSĐM trong mổ mở ống mật chủ (90,3%). Với 6 BN đã có đường hầm dẫn lưu Kehr từ các lần phẫu thuật trước, chúng tôi tiến hành nội soi qua đường hầm sẵn có (9,7%).

Bảng 1. Vị trí hẹp đường mật khảo sát qua nội soi ống mềm

Vị trí	Có hẹp đường mật	
	Số BN (n=62)	Tỷ lệ%
Hạ phân thùy 1	0	0
Hạ phân thùy 2	9	14,5
Hạ phân thùy 3	5	8,1
Hạ phân thùy 4	1	1,6

Hạ phân thùy 5	4	6,5
Hạ phân thùy 6	1	1,6
Hạ phân thùy 7	1	1,6
Hạ phân thùy 8	1	1,6
Phân thùy trước	8	12,9
Phân thùy sau	10	16,1
Ổng gan phải	2	3,2
Ổng gan trái	20	32,3
Ổng gan chung	4	6,5
Ổng mật chủ	3	4,8

Đa số là HDM trong gan. Trong đó nhiều nhất là hẹp ống gan trái (32,3%). Có 69 vị trí hẹp trên 62 BN. Sỏi thường nằm cả trước và sau, bao quanh vị trí HDM.

Bảng 2. Đặc điểm HDM khảo sát qua ống nội soi mềm

Đặc điểm	Tỷ lệ % (n=69)
Số vị trí HDM	
1	90,3
2	8,1
3	1,6
Đường kính đoạn hẹp	
1mm - <2mm	4,3
2mm - <3mm	14,5
3mm - <4mm	52,2
4mm - <5mm	29,0
Độ dài đoạn hẹp	
<2mm	21,8
2mm - 5mm	53,6
>5mm - 10mm	15,9
>10mm	8,7
Hình ảnh đại thể của HDM	
Thể hình nhân	97,1
Thể loét	2,9
Kết quả sinh thiết HDM	
Viêm xơ chít hẹp mạn tính	95,7
Viêm chít HDM nguyên phát	4,3
Hẹp ác tính	0
Phân loại HDM	
Hẹp nhẹ	85,5
Hẹp vừa	8,7
Hẹp nặng	5,8

Đa phần các trường hợp là hẹp 1 vị trí: 90,3%, có đường kính từ 3mm- <4mm (52,2%), độ dài 2mm - 5mm (53,6%) và có hình nhân (97,1%). Tất cả các vị trí hẹp đều là lành tính. Độ dài HDM trung bình là: $3,9 \pm 2,9$ mm. Đường kính HDM trung bình là: $3,6 \pm 0,7$ mm.

Chúng tôi tiến hành kiểm định mối liên quan giữa tỷ lệ sạch sỏi, hết HDM sau phẫu thuật với một số yếu tố trên BN và đặc điểm HDM. Kết quả: Số lượng cũng như đường kính và độ dài HDM có liên quan tới tỷ lệ sạch sỏi và hết HDM sau mổ ($p < 0,05$).

IV. BÀN LUẬN

Từ kết quả nghiên cứu cho thấy, HDM gặp ở BN có độ tuổi trung bình là $60,1 \pm 14,1$. Bệnh thường gặp ở nữ hơn nam giới, tỷ lệ 1,69:1. Trong nghiên cứu, 75,8% số BN có tiền sử sỏi mật, trong đó 54,8% đã từng mổ sỏi mật. Điều đó cho thấy đặc điểm nổi bật ở BN có HDM là tỷ lệ sỏi sỏi và tái phát sỏi sau mổ cao.

Để xác định vị trí của sỏi và HDM, tất cả các BN đều được siêu âm và chụp Xquang đường mật hoặc cộng hưởng từ mật tụy trước mổ. Tuy nhiên chúng tôi nhận thấy, các phương pháp này không phát hiện được hết các trường hợp HDM. Trong khi đó, NSDM phát hiện 100% các trường hợp HDM. Trong nghiên cứu của mình, Mauro A. cũng đồng thuận với chúng tôi khi thấy rằng: NSDM có tỷ lệ chẩn đoán chính xác sỏi và HDM cao hơn cộng hưởng từ mật tụy, chụp Xquang đường mật và siêu âm [4]. Nhờ cho thấy hình ảnh tổn thương trực tiếp, đây là phương pháp chẩn đoán ưu việt hơn so với các phương pháp chẩn đoán hình ảnh khác.

Từ kết quả của bảng 1 cho thấy: Các vị trí HDM cũng phân bố hầu hết trong các ống gan (trừ hạ phân thùy 1). HDM ngoài gan chỉ có 7 trường hợp (11,3%) có đa số là HDM trong gan. Trong đó nhiều nhất là hẹp ống gan trái (32,3%). Li K. cũng nhận thấy tỷ lệ HDM gan trái cũng lớn hơn ở các vị trí khác. Tác giả cho rằng nguyên nhân là do ống gan trái dài và hẹp, lại là cửa ngõ của đường mật nên khả năng hẹp nhiều hơn [5].

Trong nghiên cứu, phần lớn các trường hợp là hẹp 1 vị trí (90,3%). Có 69 vị trí hẹp trên 62 BN. Sỏi thường nằm bao quanh vị trí HDM. Trong quá trình khảo sát, NSDM cho phép quan sát hình ảnh của HDM một cách rõ nét để xác định các đặc điểm cụ thể. Về hình ảnh đại thể của HDM, đa phần là thể hình nhân (97,1%), có đường kính từ 3mm- <4mm (52,2%), độ dài 2mm - 5mm (53,6%). Trong nghiên cứu của chúng tôi, tất cả các vị trí hẹp đều có kết quả sinh thiết tức thì là HDM lành tính. Trong đó, phần lớn là dạng viêm xơ chít hẹp mạn tính (95,7%). Park S.J. cho rằng đường kính HDM có ý nghĩa trong lựa chọn phương pháp xử trí còn độ dài HDM có ý nghĩa trong việc đặt stent dự phòng tái phát [6]. Alali A. nghiên cứu thấy: dạng viêm xơ chít hẹp mạn tính chiếm khoảng 80% các trường hợp lành tính, căn nguyên là do viêm và ứ trệ lâu ngày [7].

Chúng tôi phân loại HDM theo tác giả Lee S.K [3] (bảng 2). Kết quả cho thấy 81,2% hẹp nhẹ; 13% hẹp vừa và 5,8% hẹp nặng. Lê Văn

Lợi cũng áp dụng bằng phân loại này giống chúng tôi. Tác giả thấy tỷ lệ 13,1% là hẹp nặng [8]. Nhìn chung loại hẹp càng nặng thì tiên lượng càng khó khăn.

Chúng tôi kiểm định các yếu tố liên quan tới tỷ lệ sạch sỏi và hết HDM sau mổ. Kết quả tỷ lệ sạch sỏi, hết HDM sau mổ có liên quan tới số lượng cũng như đường kính và độ dài đoạn hẹp với $p < 0,05$. Như vậy, nếu số lượng hẹp nhiều, đường kính nhỏ và độ dài lớn thì nguy cơ còn sỏi và hẹp tăng cao. Tác giả Lê Văn Lợi cũng có quan điểm giống như chúng tôi, khi kết luận HDM là yếu tố chính ảnh hưởng tới tỷ lệ sạch sỏi [8].

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu trên 62 BN sỏi ĐMC có HDM từ tháng 7/2021 đến tháng 7/2024, chúng tôi nhận thấy: NSDM bước đầu là một phương pháp hiệu quả để khảo sát HDM. Ở các BN sỏi ĐMC thì phần lớn là hẹp nhẹ, hình nhẫn và lành tính; thường chỉ hẹp ở một vị trí với đường kính vừa phải và độ dài ngắn. Các đặc điểm về số lượng, đường kính và độ dài HDM có liên quan tới tỷ lệ sạch sỏi, hết hẹp đường mật sau phẫu thuật.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **S. Yadlapati, R. Mulki, S. A. Sánchez-Luna, et al.** (2023). Clinical approach to indeterminate biliary strictures: Clinical presentation, diagnosis, and workup. *World J Gastroenterol*, 29(36): 5198-

- 5210.
2. **Phonthep Angsuwatcharakon, Santi Kulpatcharapong, Jong H. Moon, et al.** (2022). Consensus guidelines on the role of cholangioscopy to diagnose indeterminate biliary stricture. *HPB*, 24(1): 17-29.
3. **S. K. Lee, D. W. Seo, S. J. Myung, et al.** (2001). Percutaneous transhepatic cholangioscopic treatment for hepatolithiasis: an evaluation of long-term results and risk factors for recurrence. *Gastrointest Endosc*, 53(3): 318-23.
4. **Aurelio Mauro, Stefano Mazza, Davide Scavini, et al.** (2023). The Role of Cholangioscopy in Biliary Diseases. *Diagnostics*, 13(18): 2933.
5. **K. Li, Y. Ding, N. Liu, et al.** (2023). Relationship between postoperative biliary stricture and clinical characteristics of patients with benign and malignant biliary diseases. *Wideochir Inne Tech Maloinwazyjne*, 18(1): 117-127.
6. **S. J. Park, H. H. Chung, S. H. Lee, et al.** (2019). Long-term balloon indwelling technique for the treatment of single benign biliary stricture. *Diagn Interv Radiol*, 25(1): 90-94.
7. **A. Alali, M. Moris, M. Martel, et al.** (2021). Predictors of Malignancy in Patients With Indeterminate Biliary Strictures and Atypical Biliary Cytology: Results From Retrospective Cohort Study. *J Can Assoc Gastroenterol*, 4(5): 222-228.
8. **Lê Văn Lợi** (2021). Nghiên cứu giá trị của cộng hưởng từ, phẫu thuật nội soi và nội soi tán sỏi qua ống nối mật-da điều trị sỏi đường mật chính. Luận án tiến sĩ y học. Viện nghiên cứu khoa học y được lâm sàng 108.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT TÚI MẬT ĐIỀU TRỊ VIÊM TÚI MẬT DO SỎI

Nguyễn Hoàng Anh¹, Nguyễn Trọng Nhân¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi cắt túi mật điều trị viêm túi mật do sỏi tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Hậu Giang năm 2023. **Phương pháp:** Thiết kế nghiên cứu mô tả hồi cứu trên 51 bệnh nhân được chẩn đoán viêm túi mật cấp do sỏi và điều trị bằng phương pháp phẫu thuật nội soi cắt túi mật tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Hậu Giang từ 2023- 2024. **Kết quả:** Thời gian phẫu thuật trung bình là 106,73 ± 44,69 phút. Thời gian nằm viện trung bình là 5,86 ngày, với độ lệch chuẩn 2,04 ngày với khoảng thời gian nằm viện rộng, từ 2 ngày đến 15 ngày. Đa số bệnh nhân (76,5%) không gặp biến chứng sau mổ. Chảy máu vết mổ là biến chứng phổ biến nhất, chiếm

15,7% bệnh nhân. Nhiễm trùng và chảy máu ổ bụng chỉ xảy ra ở 2% bệnh nhân. Kết quả tốt chiếm tỷ lệ 82,35% và 17,65% kết quả trung bình.

Từ khóa: phẫu thuật nội soi, kết quả điều trị, viêm túi mật, sỏi túi mật.

SUMMARY

EVALUATION OF THE RESULTS OF LAPAROSCOPIC CHOLECYSTECTOMY TO TREAT CHOLECYSTITIS CAUSED BY STONES

Objective: The study has objectives: To evaluate the results of laparoscopic cholecystectomy for cholecystitis due to stones at Hau Giang General Hospital in 2023. **Methods:** Retrospective descriptive study design on 51 patients diagnosed with acute cholecystitis due to stones and treated by laparoscopic cholecystectomy at Hau Giang General Hospital from 2023-2024. **Result:** The average surgical time was 106.73 ± 44.69 minutes. The average hospital stay was 5.86 days, with a standard deviation of 2.04 days with a wide range of hospital stays, from 2 days to 15

¹Trường Đại học Võ Trường Toản

Chịu trách nhiệm: Nguyễn Hoàng Anh

Email: 8265915482@stu.vttu.edu.vn

Ngày nhận bài: 3.01.2025

Ngày phản biện khoa học: 11.2.2025

Ngày duyệt bài: 13.3.2025