

- Trường Đại học Y Hà Nội, Hà Nội. 2019.
8. **Zhao, R., Wang, X., Zou, L., & Zhang, W.** Outcomes of Myomectomy at the Time of Cesarean Section among Pregnant Women with Uterine Fibroids: A Retrospective Cohort Study. *BioMed research international*. 2019. 2019(1), 7576934, <https://doi.org/10.1155/2019/7576934>.
 9. **Bùi Thị Nga.** Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và phương pháp xử trí u xơ tử cung trên sản phụ đẻ tại Bệnh viện Phụ Sản Thanh Hóa. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2024. Tháng 2, số 1, 307–310, <https://doi.org/10.51298/vmj.v535i1.8581>.
 10. **Camelia M., Lozneanu L., Dragos S.** Uterine Fibroids and Pregnancy: A Review of the Challenges from a Romanian Tertiary Level Institution. *Healthcare (Basel)*. 2022. 10(5), 855, <https://doi.org/10.3390/healthcare10050855>.

KẾT QUẢ SỚM PHẪU THUẬT ĐIỀU TRỊ NỘI SOI MỞ ỐNG MẬT CHỦ LẤY SỎI TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH NAM ĐỊNH GIAI ĐOẠN 2019-2023

Nguyễn Văn Dinh¹, Đỗ Văn Chiếu²

TÓM TẮT

Mục tiêu nghiên cứu: Đánh giá kết quả sớm phẫu thuật điều trị nội soi mở ống mật chủ lấy sỏi tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Nam Định giai đoạn 2019-2023. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** NC mô tả cắt ngang hồi cứu kết hợp tiền cứu trên 34 BN được phẫu thuật nội soi mở ống mật chủ lấy sỏi tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Nam Định từ tháng 6 năm 2019 đến tháng 5 năm 2023. **Kết quả:** Kết quả sớm sau mổ: Không có tai biến trong mổ, thời gian đau sau mổ trung bình là $2,8 \pm 0,4$ ngày, tỉ lệ biến chứng sau phẫu thuật là 5,9%, tỉ lệ sỏi sỏi sau phẫu thuật là 5,9%. Thời gian nằm viện trung bình là 9,9 ngày. **Kết luận:** điều trị phẫu thuật nội soi mở ống mật chủ lấy sỏi tại bệnh viện đa khoa tỉnh Nam Định là phẫu thuật ít xâm lấn, an toàn, ít đau và nhanh hồi phục.

Từ khóa: Sỏi ống mật chủ, phẫu thuật nội soi.

SUMMARY

EARLY RESULTS OF LAPAROSCOPIC SURGERY TREATMENT TO REMOVE BILE DUCT STONES AT NAM ĐỊNH GENERAL HOSPITAL PERIOD OF 2019 - 2023

Objectives of the study: To evaluate the early results of laparoscopic surgery to remove bile duct stones at Nam Định General Hospital period of 2019-2023. **Subjects and methods of study:** A retrospective cross-sectional study combined with a prospective study on 34 patients who underwent laparoscopic common bile duct surgery to remove stones at Nam Định Provincial General Hospital from June 2019 to May 2023. **Results:** Early results after surgery: No complications during surgery, average postoperative pain time is 2.8 ± 0.4 days, postoperative complication rate is 5.9%, postoperative stone

retention rate is 5.9%. The average hospital stay was 9.9 days. **Conclusion:** Laparoscopic surgery to open the common bile duct to remove stones at Nam Định Provincial General Hospital is a minimally invasive surgery, safe, less painful and has a quick recovery.

Keywords: Bile duct stones, laparoscopic surgery.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sỏi ống mật chủ là một bệnh lý ngoại khoa thường gặp tại Việt Nam, bệnh chiếm tới 50-60% tổng các trường hợp sỏi đường mật nói chung [1].

Ở Châu Âu, người ta quan niệm rằng sỏi ống mật chủ là nguyên nhân của sỏi túi mật di chuyển xuống, nếu không có nhiễm khuẩn kèm theo thì sỏi phát triển to dần do cholesterol và sắc tố mật ngấm vào, nếu có nhiễm khuẩn thì canxi sẽ bám vào sỏi [2]. Ở Châu Á, sỏi đường mật phần lớn do giun chui lên đường mật, gây nhiễm khuẩn đường mật. Sỏi được cấu tạo bởi trứng giun và xác giun làm nòng cốt, rồi sắc tố mật và canxi, bilirubin bám vào. Sỏi mật ở người châu á chủ yếu là ở ống mật chủ và sỏi trong gan [3].

Trong lịch sử điều trị sỏi ống mật chủ, phẫu thuật mở ống mật chủ lấy sỏi – có hoặc không đặt dẫn lưu Kehr là một phẫu thuật ngoại khoa kinh điển đã áp dụng hơn một thế kỷ qua với những kết quả khả quan nhằm mục đích lấy hết sỏi đường mật, tạo lưu thông mật ruột. Trong thời đại khoa học kỹ thuật tiên tiến hiện nay, cùng với sự phát triển của phẫu thuật nội soi – phẫu thuật ít xâm hại, phẫu thuật nội soi (PTNS) mở ống mật chủ lấy sỏi đã từng bước được áp dụng nhiều cả trên thế giới và Việt Nam [2].

Năm 1982, Phillips More là người đầu tiên thực hiện phẫu thuật cắt túi mật nội soi. Ở Việt Nam, tại bệnh viện Chợ Rẫy và bệnh viện Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh cũng đã tiến

¹Trường Đại học Điều dưỡng Nam Định

²Trường Đại học Y Dược Thái Bình

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Dinh

Email: dinhcacaytb@gmail.com

Ngày nhận bài: 17.3.2025

Ngày phản biện khoa học: 21.4.2025

Ngày duyệt bài: 27.5.2025

hành ca PTNS lấy sỏi ống mật chủ lần đầu vào năm 1998. Sau đó, tháng 02/2000 bệnh viện Việt Đức cũng tiến hành PTNS lấy sỏi ống mật chủ những ca đầu tiên thu được kết quả ban đầu rất khả quan [2]. Những nghiên cứu gần đây cho thấy PTNS điều trị sỏi đường mật là phẫu thuật có nhiều ưu điểm như: ít xâm hại, có hiệu quả cao trong điều trị, giúp cho bệnh nhân sớm bình phục sau mổ...

Tại bệnh viện đa khoa tỉnh Nam Định, PTNS ổ bụng mở ống mật chủ lấy sỏi đã được từng bước áp dụng và dần trở thành thường quy, tuy nhiên hiện tại vẫn chưa có nghiên cứu nào đánh giá về kết quả điều trị của phương pháp này. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài này với mục tiêu: *Đánh giá kết quả sớm phẫu thuật điều trị nội soi mở ống mật chủ lấy sỏi tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Nam Định giai đoạn 2019-2023.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. 34 BN được phẫu thuật nội soi mở ống mật chủ lấy sỏi tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Nam Định từ tháng 6 năm 2019 đến tháng 5 năm 2023.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu. Phương pháp nghiên cứu mô tả cắt ngang hồi cứu kết hợp tiến cứu

2.2.2. Phương pháp chọn mẫu. Chọn cỡ mẫu thuận tiện. Chọn tất cả những bệnh nhân thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn.

2.2.3. Chỉ tiêu nghiên cứu

Kỹ thuật mổ: Sỡ trocar, chụp mật hoặc nội soi đường mật trong mổ, phương pháp lấy sỏi, tỷ lệ sử dụng dụng cụ lấy sỏi, tán sỏi điện thủy lực.

Tỷ lệ chuyển mổ mở và nguyên nhân chuyển mổ mở; tai biến biến chứng trong mổ; thời gian mổ.

Mổ nội soi mở ống mật chủ lấy sỏi đơn thuần hay nội soi mở ống mật chủ lấy sỏi kèm theo cắt túi mật

2.4.3. Biến chứng sau mổ và kết quả phẫu thuật

- Các biến chứng trong mổ và sau mổ trong 30 ngày (biến chứng sớm), chỉ ghi nhận biến chứng của các bệnh nhân phẫu thuật nội soi và không đánh giá bệnh nhân nội soi phải chuyển mổ mở.

- Thời gian đau sau mổ
- Thời gian nằm viện tính theo ngày.
- Tỷ lệ tử vong.

2.2.4. Phương pháp thu thập, xử lý số liệu

- Thu thập danh sách bệnh nhân được phẫu thuật nội soi mở ống mật chủ lấy sỏi tại bệnh viện đa khoa tỉnh Nam Định từ tháng 6 năm

2019 đến tháng 5 năm 2023.

- Lập danh sách BN, sau đó nhập thông tin theo mẫu bệnh án thống nhất đã soạn sẵn.

- Số liệu được phân tích bằng phần mềm SPSS 22.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Phương pháp phẫu thuật

Bảng 3.1. Phương pháp phẫu thuật

Phương pháp phẫu thuật	Số lượng	Tỷ lệ %
Mở OMC lấy sỏi	20	58,8
Mở OMC lấy sỏi + cắt túi mật	14	41,2
Tổng	34	100,0

Nhận xét: Trong 34 bệnh nhân được phẫu thuật, có 58,8% là mở ống mật chủ lấy sỏi, 41,2% là mở ống mật lấy sỏi kèm cắt túi mật.

3.2. Các kỹ thuật kết hợp và dẫn lưu Kehr trong mổ

Bảng 3.2. Đặc điểm các kỹ thuật kết hợp

Kỹ thuật kết hợp	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Khâu kín OMC	5	14,7
Đặt dẫn lưu Kehr	29	85,3
Đặt dẫn lưu dưới gan	34	100

Nhận xét: 100% bệnh nhân đều được đặt dẫn lưu dưới gan. Có 85,3% bệnh nhân đặt dẫn lưu Kehr, còn lại 14,7% được khâu kín ống mật chủ.

Bảng 3.3. Thời gian phẫu thuật

Thời gian phẫu thuật (phút)	Số lượng	Tỷ lệ %	TB±ĐLC (NN-LN)
< 90 phút	11	32,4	98,8±30,5 (55-180)
90 - 120 phút	16	47	
> 120 phút	7	20,6	
Tổng	34	100	

Nhận xét: Thời gian phẫu thuật trung bình trong nghiên cứu là 98,8 ± 30,5 phút, thời gian phẫu thuật nhanh nhất là 55 phút và dài nhất là 180 phút. Nhóm bệnh nhân có thời gian phẫu thuật từ 90-120 phút chiếm tỷ lệ cao nhất là 47,0%, tiếp đến là nhóm có thời gian phẫu thuật dưới 90 phút chiếm 32,4%, thấp nhất là nhóm có thời gian phẫu thuật trên 120 phút chiếm 20,6%.

Bảng 3.4. So sánh thời gian phẫu thuật giữa 2 nhóm sỏi ống mật chủ đơn thuần và sỏi ống mật chủ có kèm sỏi túi mật

Thời gian phẫu thuật	Số BN	TB ± ĐLC	NN - LN	p
Sỏi OMC đơn thuần	20	89,5 ± 20,7	55 - 100	<0,05
Sỏi OMC + sỏi túi mật	14	112 ± 30,9	90 - 180	

Nhận xét: Thời gian phẫu thuật của nhóm sỏi ống mật chủ đơn thuần ngắn hơn nhóm có kèm sỏi túi mật ($p < 0,05$). Tai biến: 100% bệnh nhân không có tai biến trong phẫu thuật. Thành công của phẫu thuật: 100% bệnh nhân đều

được thực hiện thành công phẫu thuật nội soi.

3.3. Đánh giá kết quả sớm sau mổ

Bảng 3.5. Thời gian dùng thuốc giảm đau sau mổ

Thời gian dùng thuốc giảm đau sau mổ	Số lượng	Tỷ lệ (%)	TB ± ĐLC (NN - LN)
2 ngày	18	52,9	2,8 ± 0,4 (2 - 4)
3 ngày	13	38,2	
4 ngày	3	8,8	
Tổng	34	100,0	

Nhận xét: Thời gian dùng thuốc giảm đau qua đường tĩnh mạch sau mổ trong 2 ngày chiếm tỷ lệ cao nhất 52,9%, tiếp đến là sử dụng trong 3 ngày sau mổ chiếm 38,2%, thấp nhất là sử dụng thuốc giảm đau 4 ngày sau mổ là 8,8%. Thời gian sử dụng thuốc giảm đau trung bình là $2,8 \pm 0,4$ ngày, ngắn nhất là 2 ngày và dài nhất là 4 ngày.

Bảng 3.6. Thời gian có nhu động ruột sau mổ

Thời gian có nhu động ruột sau mổ (ngày)	Số lượng	Tỷ lệ %	TB ± ĐLC (NN-LN)
2 ngày	28	82,4	2,1 ± 0,4 (2 - 3)
3 ngày	6	17,6	
Tổng	34	100	

Nhận xét: Thời gian có nhu động ruột sau phẫu thuật trung bình là $2,2 \pm 0,5$ ngày. Thấp nhất là 2 ngày và dài nhất là 3 ngày. Phần lớn bệnh nhân có nhu động ruột trong 2 ngày sau mổ chiếm 82,4%, còn lại có 17,6% có nhu động ruột trong 3 ngày sau mổ.

Bảng 3.7. Thời gian tự vận động sinh hoạt cá nhân sau mổ

Thời gian tự vận động sinh hoạt cá nhân sau mổ (ngày)	Số BN	Tỷ lệ %	TB ± ĐLC (NN-LN)
2 ngày	26	76,5	2,2 ± 0,4 (2 - 3)
3 ngày	8	23,5	
Tổng	34	100	

Nhận xét: Thời gian bệnh nhân tự sinh hoạt cá nhân sau mổ trung bình $2,2 \pm 0,4$ ngày. Sớm nhất là 2 ngày và lâu nhất là 3 ngày. Phần lớn thời gian bệnh nhân tự sinh hoạt cá nhân sau mổ khoảng 2 ngày chiếm 76,5%.

Bảng 3.8. Số ngày nằm viện sau mổ

Thời gian nằm viện (ngày)	Số lượng	Tỷ lệ %	TB ± ĐLC (NN-LN)
≤ 7 ngày	7	20,6	9,9 ± 3,4 (4 - 20)
8-10 ngày	12	35,3	
> 10 ngày	15	44,1	
Tổng	34	100	

Nhận xét: Thời gian nằm viện trung bình sau phẫu thuật là $9,9 \pm 3,4$ ngày. Ngắn nhất là 4 ngày và dài nhất là 20 ngày.

Tỷ lệ bệnh nhân nằm viện trên 10 ngày chiếm nhiều nhất 44,1%, tiếp đến là từ 8-10 ngày chiếm 35,3% và thấp nhất là ≤ 7 ngày chiếm 20,6%.

Bảng 3.9. Biến chứng sau phẫu thuật

Biến chứng	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Không	32	94,1
Rò mật sau mổ	2	5,9
Tổng số	34	100

Nhận xét: Phần lớn bệnh nhân không có biến chứng sau phẫu thuật chiếm 94,1%. Còn lại có 2/34 bệnh nhân bị rò mật sau mổ chiếm 5,9%.

Bảng 3.10. Kết quả sốt sỏi sau phẫu thuật qua siêu âm

Siêu âm	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Sạch sỏi	32	94,1
Sốt sỏi	2	5,9
Tổng số	34	100

Nhận xét: Qua siêu âm sau phẫu thuật thấy có 2/34 bệnh nhân sỏi sỏi ở ống mật chủ chiếm 5,9%.

Bảng 3.11. Kết quả sỏi sỏi sau phẫu thuật qua chụp Kehr

Siêu âm	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Sạch sỏi	23	95,8
Sốt sỏi	1	4,2
Tổng số	24	100

Nhận xét: Có 24/29 bệnh nhân có dẫn lưu Kehr được chụp đường mật qua Kehr sau phẫu thuật, thấy tỷ lệ sỏi sỏi chiếm 4,2% (1/24 bệnh nhân).

Bảng 3.11. Kết quả sỏi sỏi khi xuất viện của bệnh nhân

Kết quả	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Tốt	32	94,1
Trung bình	2	5,9
Kém	0	0
Tổng số	34	100

Nhận xét: Kết quả sỏi sỏi sau mổ đạt tốt chiếm 94,1%, trung bình chiếm 5,9%. Không có bệnh nhân nào phải mổ lại hay chuyển phương pháp.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Phương pháp phẫu thuật và các kỹ thuật kết hợp và dẫn lưu Kehr trong phẫu thuật. Trong 34 bệnh nhân được phẫu thuật, có 58,8% là mở ống mật chủ lấy sỏi, 41,2% là mở ống mật chủ lấy sỏi kèm cắt túi mật (Bảng 3.1). Các trường hợp chỉ mở ống mật chủ lấy sỏi là do chẩn đoán xác định chỉ có sỏi trên ống mật chủ mà không có sỏi ở túi mật. Và các trường hợp có kèm cắt túi mật là do có sỏi túi mật kèm theo.

Như trong y văn cho thấy, điều kiện để mở ống mật chủ lấy sỏi là đường kính ống mật chủ ≥

7mm để tránh hẹp đường mật khi khâu [7]. Sau khi lấy sỏi ở ống mật chủ thì ống mật chủ sẽ được dẫn lưu ống Kehr hoặc khâu kín. Trong nghiên cứu của chúng tôi có 85,3% bệnh nhân đặt dẫn lưu Kehr, còn lại 14,7% được khâu kín ống mật chủ (Bảng 3.2). Các trường hợp được đặt ống dẫn lưu Kehr khi phẫu thuật viên không chắc lấy hết sỏi ống mật chủ hoặc bóng vanter không thông hoặc có viêm đường mật cấp mức độ nặng. 5 trường hợp trong nghiên cứu của chúng tôi được khâu kín ống mật chủ khi phẫu thuật viên đánh giá chắc chắn lấy hết sỏi ống mật chủ, đoạn cuối ống mật chủ và bóng vanter thông tốt và không có tình trạng viêm đường mật. Ngoài ra, 100% bệnh nhân trong nghiên cứu đều được đặt dẫn lưu dưới gan và rút sau 3-4 ngày.

4.2. Thời gian phẫu thuật, tai biến và chuyển phương pháp. Thời gian phẫu thuật được tính từ lúc bắt đầu đặt trocar đến lúc khâu đóng xong vết mổ thành bụng. Trong nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận thời gian phẫu thuật trung bình là $98,8 \pm 30,5$ phút, thời gian phẫu thuật nhanh nhất là 55 phút và dài nhất là 180 phút. Nhóm bệnh nhân có thời gian phẫu thuật từ 90-120 phút chiếm tỷ lệ cao nhất là 47,0%, tiếp đến là nhóm có thời gian phẫu thuật dưới 90 phút chiếm 32,4%, thấp nhất là nhóm có thời gian phẫu thuật trên 120 phút chiếm 20,6% (Bảng 3.3). Thời gian phẫu thuật của nhóm sỏi ống mật chủ đơn thuần ngắn hơn nhóm có kèm sỏi túi mật ($p < 0,05$) (Bảng 3.4).

Về tai biến trong phẫu thuật thì nghiên cứu có 100% bệnh nhân không có tai biến trong phẫu thuật. Kết quả của chúng tôi tương tự như tác giả Zhang [5], Đỗ Trọng Hải [6] đều không có tai biến trong phẫu thuật.

Theo nghiên cứu của Vũ Quang Hưng [7] thì tỷ lệ tai biến là 1,1% (1/92 bệnh nhân) do viêm dính nhiều, trong quá trình phẫu thuật gỡ dính tác giả đã gây thủng ruột non một lỗ đường kính 2mm, được khâu lại qua nội soi và tác giả đã không cần chuyển mổ mở. Nghiên cứu của Tokumura [4] thì tỷ lệ tai biến trong mổ là 1,5% do chảy máu từ thành ống mật chủ không cầm được nên phải chuyển mổ mở để cầm máu.

Về tỷ lệ thành công của phẫu thuật, trong nghiên cứu của chúng tôi 100% bệnh nhân đều được thực hiện thành công phẫu thuật nội soi, không có bệnh nhân phải chuyển phương pháp. Theo nghiên cứu của tỷ lệ chuyển phương pháp là 2,1%, của Đỗ Trọng Hải [6] là 2,9%, Tokumura [4] là 1,5%, Zhang [5] là 5,5%. Như vậy, tỷ lệ chuyển phương pháp của phẫu thuật

nội soi mổ ống mật chủ lấy sỏi dao động trong khoảng 5% tùy theo từng nghiên cứu. Theo tác giả Martin [8] có 9,5% (11/116) trường hợp chuyển mổ mở với các lý do: sỏi kẹt, viêm dính nhiều vùng rốn gan, tổn thương đường mật và có u đường mật kèm theo.

Một số tác giả khác chuyển mổ mở với một số nguyên nhân khác như chảy máu từ thành ống mật chủ không cầm được qua nội soi, do trong quá trình gỡ dính tổn thương tá tràng, rò túi mật tá tràng. Trong nghiên cứu của chúng tôi, cũng có các trường hợp viêm dính vùng rốn gan nhưng không quá nhiều, vẫn nhận định được giải phẫu, bên cạnh đó có 1 trường hợp rò túi mật tá tràng nhưng không viêm dính quá nhiều, phẫu thuật viên vẫn phẫu thuật nội soi được mà không cần chuyển phương pháp khác [4],[5],[6].

4.2. Đánh kết quả sớm sau mổ. Thời gian sử dụng thuốc giảm đau trung bình là $2,8 \pm 0,4$ ngày, ngắn nhất là 2 ngày và dài nhất là 4 ngày. Thời gian dùng thuốc giảm đau qua đường tĩnh mạch sau mổ trong 2 ngày chiếm tỷ lệ cao nhất 52,9%, tiếp đến là sử dụng trong 3 ngày sau mổ chiếm 38,2%, thấp nhất là sử dụng thuốc giảm đau 4 ngày sau mổ là 8,8% (Bảng 3.5).

Thời gian có lại nhu động ruột sau phẫu thuật trung bình là $2,2 \pm 0,5$ ngày. Thấp nhất là 2 ngày và dài nhất là 3 ngày. Phần lớn bệnh nhân có nhu động ruột trong 2 ngày sau mổ chiếm 82,4%, còn lại có 17,6% có nhu động ruột trong 3 ngày sau mổ (Bảng 3.6).

Thời gian bệnh nhân tự sinh hoạt cá nhân sau mổ trung bình $2,2 \pm 0,4$ ngày. Sớm nhất là 2 ngày và lâu nhất là 3 ngày (Bảng 3.7). Phần lớn thời gian bệnh nhân tự sinh hoạt cá nhân sau mổ khoảng 2 ngày chiếm 76,5%.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với các tác giả trong và ngoài nước khác về thời gian dùng thuốc giảm đau, thời gian có lại nhu động ruột, thời gian bệnh nhân có thể tự sinh hoạt cá nhân. Kết quả các nghiên cứu đều cho thấy thời gian phục hồi của bệnh nhân sau phẫu thuật nội soi tốt hơn, đau ít hơn, nhu động ruột có lại sớm hơn, bệnh nhân cũng phục hồi sinh hoạt cá nhân sớm hơn nhiều so với mổ mở.

Thời gian nằm viện trung bình sau phẫu thuật là $9,0 \pm 3,4$ ngày. Ngắn nhất là 4 ngày và dài nhất là 20 ngày. Tỷ lệ bệnh nhân nằm viện trên 10 ngày chiếm nhiều nhất 44,1%, tiếp đến là từ 8-10 ngày chiếm 35,3% và thấp nhất là ≤ 7 ngày chiếm 20,6% (Bảng 3.8).

Phần lớn bệnh nhân không có biến chứng sau phẫu thuật chiếm 94,1%. Còn lại có 2/34 bệnh

nhân bị rò mật sau mổ chiếm 5,9% (Bảng 3.9). Tỷ lệ biến chứng của chúng tôi tương tự các tác giả Đỗ Trọng Hải [6], thấp hơn so với Martin [8], Tokumura [4], Zhang [5]. Nghiên cứu của Vũ Quang Hưng [7] có tỷ lệ biến chứng sau mổ là 3,3% (3/92 bệnh nhân) cả 3 trường hợp đều ở nhóm có ống dẫn lưu Kehr và cần can thiệp. Theo nghiên cứu của Tokumura [4] thì tỷ lệ biến chứng sau mổ là 7,7% (5/65 bệnh nhân), không có trường hợp nào cần can thiệp mổ lại. Trong nghiên cứu của chúng tôi, 2 trường hợp rò mật đều thuộc nhóm khâu kín ống mật chủ, tình trạng mật rò ít, điều trị nội khoa bảo tồn thành công nên không có bệnh nhân nào cần can thiệp mổ lại.

Sau phẫu thuật, tất cả bệnh nhân đều được đánh giá lại qua siêu âm gan mật sau mổ, kết quả cho thấy có 2/34 bệnh nhân sỏi sỏi ở ống mật chủ chiếm 5,9% (Bảng 3.10). Bên cạnh đó có 23/29 bệnh nhân có dẫn lưu Kehr được chụp đường mật qua Kehr sau phẫu thuật, thấy tỷ lệ sỏi sỏi chiếm 4,2% (1/24 bệnh nhân) (Bảng 3.11). Tại thời điểm lấy mẫu có khoảng thời gian từ 6/2019-6/2021 là dịch covid -19 tương đối căng thẳng, hạn chế về cả vật tư y tế nên có thời điểm hết vật tư nên bệnh nhân chỉ có siêu âm kiểm tra mà không có chụp đường mật qua Kehr để đánh giá sỏi sỏi. Trong kết quả của chúng tôi cả 2 bệnh nhân phát hiện sỏi sỏi đều thuộc nhóm có dẫn lưu Kehr, sỏi nhỏ, nằm ở đoạn dưới ống mật chủ, dịch mật vẫn lưu thông xuống ruột bình thường nên tại thời điểm đó chưa can thiệp lấy sỏi qua Kehr. Theo nghiên cứu của Vũ Quang Hưng [7] có 23/94 bệnh nhân sỏi sỏi sau mổ và đều thuộc nhóm có dẫn lưu Kehr. Theo nghiên cứu của Martin [8] có 4 trường hợp sỏi sỏi và được can thiệp nội soi mật tụy ngược dòng lấy hết sỏi.

Chúng tôi đánh giá kết quả chung của bệnh nhân tại thời điểm ra viện theo nghiên cứu của Vũ Quang Hưng năm 2022, với những bệnh nhân thực hiện phẫu thuật nội soi thành công và không đánh giá bệnh nhân phẫu thuật nội soi phải chuyển mổ mở [7]. Đánh giá kết quả sớm dựa vào khám lâm sàng và diễn biến sau mổ, siêu âm gan mật kiểm tra trước khi ra viện và/hoặc kết quả trên phim chụp đường mật sau mổ. Kết quả sớm được chia làm các mức độ sau: "Tốt" khi lâm sàng không đau, không sốt, không có biến chứng sau mổ, siêu âm gan mật không còn sỏi, chụp đường mật qua Kehr không còn sỏi, thuốc lưu thông xuống ruột tốt. Kết quả "Trung bình" khi lâm sàng không đau không sốt, sỏi sỏi qua phim chụp đường mật và siêu âm gan mật. Kết quả "Xấu" khi bệnh nhân có biến chứng

sau mổ phải mổ lại. Dựa trên tiêu chuẩn đó, nghiên cứu của chúng tôi cho kết quả sớm sau mổ đạt tốt chiếm 94,1%, trung bình chiếm 5,9%. Bên cạnh đó không có bệnh nhân nào phải mổ lại hay chuyển phương pháp (Bảng 3.12).

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng tương tự các tác giả khác và không có bệnh nhân nào tử vong. Như vậy cho thấy phẫu thuật nội soi mở ống mật chủ lấy sỏi có hoặc không kèm theo cắt túi mật là phương pháp hiệu quả trong điều trị sỏi ống mật chủ có hoặc không kèm sỏi túi mật. Một số tai biến, biến chứng bệnh nhân hay gặp phải đó là thủng ruột, chảy máu, rò mật, viêm phúc mạc mật, tuột ống dẫn lưu Kehr, áp xe, viêm phổi,... nhưng đều có thể can thiệp được bằng nội khoa, nội soi mật tụy ngược dòng hoặc phẫu thuật lại để xử trí và không có bệnh nhân nào tử vong.

V. KẾT LUẬN

Điều trị phẫu thuật nội soi mở ống mật chủ lấy sỏi tại bệnh viện đa khoa tỉnh Nam Định là phẫu thuật ít xâm lấn, an toàn, ít đau và nhanh hồi phục.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Khánh Trạch và Phạm Thị Thu Hồ**, Sỏi mật. Bài giảng bệnh học nội khoa. 2003, Hà Nội: Nhà xuất bản y học.
2. **Williams, E., et al.**, Updated guideline on the management of common bile duct stones (CBDS). Gut, 2017. 66(5): p. 765-782.
3. **Trần Thanh Nhân và Bùi Minh Long Giao**, Khảo sát thành phần sỏi mật của người Việt Nam bằng phương pháp quang phổ hồng ngoại. Tạp chí Y học thực hành, 2009. 7: p. 30-32.
4. **Tokumura, H., et al.**, Laparoscopic management of common bile duct stones: transcystic approach and choledochotomy. Journal of hepato-biliary-pancreatic surgery, 2002. 9: p. 206-212.
5. **Zhang W J, Xu G F, Huang Q, Luo K L, Dong Z T, et al.** (2015). Treatment of gallbladder stone with common bile duct stones in the laparoscopic era. BM Surg, 15, pp. 7.
6. **Đỗ Trọng Hải, Nguyễn Hoàng Bắc, Nguyễn Thúy Oanh, Trần Thiện Trung, Phạm Văn Tấn** (2018). Nghiên cứu chỉ định và đánh giá kết quả sớm các phương pháp điều trị sỏi OMC kèm sỏi túi mật. Tạp chí Y học thành phố Hồ Chí Minh, 12 (4), tr. 284-290.
7. **Vũ Quang Hưng, Nguyễn Hoàng Bắc, Lê Quan Anh Tuấn và cộng sự** (2022). Kết quả phẫu thuật nội soi cắt túi mật và lấy sỏi ống mật chủ qua ống túi mật hoặc mở ống mật chủ điều trị sỏi túi mật kèm sỏi ống mật chủ. Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh, 26 (1):63-69.
8. **Martin I J, Bailey I S, Rhodes M, O'Rourke N, Nathanson L., et al.** (2008), Towards T-tube free laparoscopic bile duct exploration: a methodologic evolution during 300 consecutive procedures. Ann Surg, 228 (1), pp. 29-34. 54.