

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

Vũ Quang Hưng¹, Nguyễn Hoàng Bắc¹, Lê Quan Anh Tuấn¹, Lê Quang Nhân², Phạm Minh Hải³,
Trần Thái Ngọc Huy³, Nguyễn Hàng Đăng Khoa³, Dương Thị Ngọc Sang³, Trần Văn Toàn³,
Nguyễn Thế Hùng¹, Trần Lý Thảo Vy², Trần Lê Thanh Trúc², Đỗ Hồng Phong¹, Lữ Hồng Nam¹,
Phạm Long Bình¹, Lê Thanh Hà³

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Phẫu thuật điều trị sỏi túi mật (STM) kèm sỏi ống mật chủ (OMC) có nhiều phương pháp bao gồm phẫu thuật nội soi (PTNS) cắt túi mật (CTM) và lấy sỏi OMC qua ống túi mật (OTM) hoặc mở OMC lấy sỏi.

Mục tiêu: Đánh giá tính an toàn, hiệu quả của các phương pháp PTNS điều trị STM kèm sỏi OMC.

Đối tượng - Phương pháp: Cắt ngang 125 trường hợp (TH) STM kèm sỏi OMC.

Kết quả: Từ tháng 10 – 2016 đến tháng 10 – 2019, có 125 trường hợp (TH) STM kèm sỏi OMC được chúng tôi điều trị tại bệnh viện Đại Học Y Dược TPHCM. Sỏi OMC chẩn đoán trước mổ: 88%, sỏi OMC chẩn đoán trong mổ: 12%. Các phương pháp điều trị: PTNS CTM kèm lấy sỏi OMC qua ống túi mật (OTM): 31 TH, thành công: 93,5%, chuyển phương pháp khác: 6,5%, sạch sỏi: 100%, biến chứng: 0%; PTNS CTM kèm mở OMC lấy sỏi (dẫn lưu ống T trong 93 TH, khâu kín OMC trong 1 TH): thành công: 97,9%, chuyển phương pháp khác: 2,1%, sạch sỏi trong mổ: 75%, biến chứng: 3,3%, sạch sỏi sau lấy sỏi qua đường hầm ống T: 100%. Không có TH tử vong. Lấy sỏi OMC qua OTM do thời gian phẫu thuật ngắn hơn, tỉ lệ sạch sỏi trong mổ cao hơn, thời gian nằm viện ngắn hơn so với mổ mở OMC lấy sỏi.

Kết luận: Các phương pháp PTNS điều trị STM kèm sỏi OMC hiện nay an toàn và hiệu quả. Lấy sỏi OMC qua OTM có nhiều ưu điểm hơn so với mổ mở OMC lấy sỏi.

Từ khóa: phẫu thuật nội soi (PTNS) cắt túi mật (CTM), nội soi mật tụy ngược dòng (NSMTND), lấy sỏi ống mật chủ (OMC) qua ống túi mật (OTM), mổ mở OMC lấy sỏi, dẫn lưu ống T, khâu kín OMC

ABSTRACT

RESULTS OF LAPAROSCOPIC CHOLECYSTECTOMY AND TRANSCYSTIC COMMON BILE DUCT EXPLORATION OR CHOLEDOCHOTOMY IN MANAGEMENT OF COMMON BILE DUCT STONES AND CONCOMITANT GALLSTONES

Vu Quang Hung, Nguyen Hoang Bac, Le Quan Anh Tuan, Le Quang Nhan, Pham Minh Hai,
Tran Thai Ngoc Huy, Nguyen Hang Dang Khoa, Duong Thi Ngoc Sang, Tran Van Toan,
Nguyen The Hung, Tran Ly Thao Vy, Tran Le Thanh Truc, Do Hong Phong, Lu Hong Nam,
Pham Long Binh, Le Thanh Ha

* Ho Chi Minh City Journal of Medicine * Vol. 26 - No 1 - 2022: 63-69

¹Bộ môn Ngoại, Đại Học Y Dược TP. Hồ Chí Minh

²Khoa Nội Soi, bệnh viện Đại Học Y Dược, TP. Hồ Chí Minh

³Khoa Ngoại Gan Mật Tụy, bệnh viện Đại Học Y Dược, TP. Hồ Chí Minh

Tác giả liên lạc: BS. Vũ Quang Hưng ĐT: 0918 877 008 Email: vuquanghung@ump.edu.vn

Background: Surgical management of common bile duct (CBD) stones and concomitant gallstones consists of laparoscopic cholecystectomy (LC) plus laparoscopic CBD exploration (LCBDE) using transcystic approach or choledochotomy.

Objectives: To evaluate the safety, the effectiveness of laparoscopic surgery in management of CBD stones and concomitant gallstones.

Methods: Cross sectional study 125 CBD stones and concomitant gallstones managed.

Results: From October – 2016 to October – 2019, there were 125 CBD stones and concomitant gallstones managed by our team in University Medical Center. Pre-operative CBD stone diagnosis: 88%, intra-operative CBD stone diagnosis: 12%. Methods included: LC + transcystic CBD exploration: 31 cases, successful rate: 93.5%, conversions: 6.5%, stone clearance: 100%, morbidity: 0%; LC + choledochotomy (T tube drainage in 93 cases, CBD primary closure in 1 case): successful rate: 97.9%, conversions: 2.1%, intraoperative stone clearance: 75%, morbidity: 3.3%, stone clearance after CBD exploration via T tube tract: 100%. All methods had no mortality. Transcystic CBD exploration had shorter operative time, higher rate of intraoperative stone clearance, shorter hospital stay, as compared to choledochotomy.

Conclusion: Laparoscopic surgery in management of CBD stones and concomitant gallstones nowadays is safe and effective. Transcystic CBD exploration had more advantages as compared to choledochotomy.

Keywords: laparoscopic cholecystectomy (LC), ERCP, transcystic CBD exploration, choledochotomy, T tube drainage, CBD primary closer.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Sỏi túi mật (STM) là bệnh phổ biến ngày càng gặp nhiều ở Việt Nam. Khoảng 10% bệnh nhân STM có thể kèm sỏi ống mật chủ (OMC)^(1,2). Sỏi OMC có thể phát hiện trước, trong hay sau phẫu thuật cắt túi mật. Phương pháp điều trị khác nhau phụ thuộc tình huống phát hiện sỏi OMC, kinh nghiệm phẫu thuật viên và trang bị hiện có.

Ngày nay, đa số các trường hợp (TH) STM kèm sỏi OMC được điều trị bằng phẫu thuật nội soi (PTNS) cắt túi mật (CTM) phối hợp lấy sỏi OMC qua nội soi mật tụy ngược dòng (NSMTND), qua ống túi mật (OTM) hoặc qua chỗ mở OMC.

Tại Việt Nam hiện chỉ có một số công trình nghiên cứu kết quả điều trị STM kèm sỏi OMC: Năm 2008, Đỗ Trọng Hải có bài tổng kết các phương pháp điều trị STM kèm sỏi OMC trên 140 bệnh nhân (gồm PTNS CTM kết hợp NSMTND lấy sỏi OMC hoặc PTNS CTM kết hợp mở OMC lấy sỏi) và đi đến kết luận “tốt nhất nên chọn kỹ thuật điều trị mà tại cơ sở các chuyên gia thông thạo và có nhiều kinh nghiệm nhất để an toàn cho bệnh nhân”⁽³⁾.

Năm 2010, Đặng Tâm nghiên cứu 26 TH lấy sỏi OMC qua OTM, tỉ lệ thành công 88,5%, có 9 TH tử nạn sau mổ không cần can thiệp⁽⁴⁾.

Từ thực tế đó, chúng tôi thực hiện đề tài này nhằm đánh giá kết quả sớm các phương pháp PTNS điều trị STM kèm sỏi OMC, nhằm bổ sung cho y văn những kinh nghiệm điều trị bệnh lý này.

Mục tiêu

Đánh giá kết quả sớm các phương pháp PTNS điều trị sỏi OMC kèm STM gồm:

PTNS CTM, lấy sỏi OMC qua OTM.

PTNS CTM kèm mở OMC lấy sỏi, dẫn lưu ống T hoặc khâu kín OMC.

ĐỐI TƯỢNG - PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu

Tất cả các trường hợp từ 18 tuổi trở lên được chẩn đoán STM kèm sỏi OMC. Nghiên cứu được thực hiện tại bệnh viện Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh từ tháng 10 – 2016 đến tháng 10 – 2019.

Tiêu chuẩn chọn bệnh

Tất cả các trường hợp từ 18 tuổi trở lên.

Chẩn đoán STM kèm sỏi OMC và được thực hiện một trong các phương pháp:

- PTNS CTM, lấy sỏi OMC qua OTM.
- PTNS CTM kèm mở OMC lấy sỏi, dẫn lưu ống T hoặc khâu kín OMC.

Tiêu chuẩn loại trừ

Những TH dự định lấy sỏi OMC nhưng khi nội soi OMC không thấy sỏi OMC.

Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu cắt ngang.

Các biến số

Viêm túi mật cấp và phân độ: theo tiêu chuẩn Tokyo guidelines 2018.

Viêm đường mật cấp và phân độ: theo tiêu chuẩn Tokyo guidelines 2018.

Viêm tụy cấp và phân độ: theo tiêu chuẩn Atlanta cải biên.

Sạch sỏi được xác định dựa trên 2 tiêu chuẩn:

- Soi đường mật trong mổ hoặc chụp X quang đường mật trong mổ sạch sỏi hoặc chụp X quang đường mật qua ống T sau mổ sạch sỏi (nếu bệnh nhân có ống T).

- Siêu âm bụng sau mổ sạch sỏi.

Phân tích số liệu

Các dữ liệu được thu thập thứ cấp từ hồ sơ bệnh án và phân tích xử lý bằng các phép toán thống kê trong phần mềm SPSS 23.0.

Y đức

Nghiên cứu đã được thông qua Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu Y sinh học Đại học Y

Bảng 1: Viêm túi mật cấp kèm viêm đường mật cấp

		Viêm đường mật cấp				Tổng n=125 (%)
		Không viêm n=41 (%)	Độ I n=60 (%)	Độ II n=21 (%)	Độ III n=3 (%)	
Viêm túi mật cấp	Không viêm (n=101 (%))	32	36,8	12	0	80,8
	Độ I (n=16 (%))	0	8,8	2,4	1,6	12,8
	Độ II (n=8 (%))	0,8	2,4	2,4	0,8	6,4
Tổng n=125 (%)		32,8	48	16,8	2,4	100

Điều trị

Can thiệp cấp cứu hay chương trình

Có 28,8% (36/125) trường hợp can thiệp

Được TP. HCM, số 691/HĐĐĐ-ĐHYD ký ngày 26/11/2019.

KẾT QUẢ

Trong thời gian 3 năm từ tháng 10 – 2016 đến tháng 10 – 2019, có 125 trường hợp (TH), tuổi: 22-92 (trung bình 60,5), nữ: nam = 1,55:1.

Tiền căn có điều trị sỏi mật

Có 7,2% (9/125) trường hợp đã điều trị sỏi mật trước đây: 5 trường hợp NSMTND lấy sỏi OMC, 4 trường hợp PTNS mở OMC lấy sỏi dẫn lưu ống T do sỏi OMC + sỏi gan.

Chẩn đoán

STM và biến chứng

100% chẩn đoán STM trước mổ nhờ siêu âm bụng, chụp cắt lớp vi tính (CLVT) bụng chậu, cộng hưởng từ đường mật (CHTĐM).

Các TH viêm túi mật cấp được chẩn đoán và phân độ theo Tokyo guidelines 2018.

Sỏi OMC và biến chứng

Sỏi OMC chẩn đoán trước mổ trong 88% TH, chẩn đoán trong mổ trong 12% TH.

Các TH viêm đường mật cấp được chẩn đoán và phân độ theo Tokyo guidelines 2018.

Các TH viêm tụy cấp được chẩn đoán và phân độ theo tiêu chuẩn Atlanta cải biên.

Các biến chứng của STM và sỏi OMC có thể phối hợp với nhau, ảnh hưởng đến quyết định điều trị (Bảng 1).

Có 11 TH viêm tụy cấp, tất cả 11 trường hợp viêm tụy cấp này đều có viêm đường mật cấp độ I (72,7%) hoặc II (27,3%).

(gồm NSMTND và phẫu thuật) cấp cứu do viêm đường mật cấp độ II,III hoặc viêm túi mật cấp độ II hoặc viêm đường mật cấp kèm viêm tụy cấp;

71,2% (89/125) trường hợp can thiệp chương trình. Trong 36 trường hợp can thiệp cấp cứu có 9 trường hợp NSMTND đặt stent nhựa OMC để giải áp đường mật thành công, sau đó phẫu thuật chương trình. Trong 89 trường hợp can thiệp chương trình, không có trường hợp nào chuyển can thiệp cấp cứu. Như vậy, có 21,6% (27/125) trường hợp phẫu thuật cấp cứu, 78,4% (98/125) trường hợp phẫu thuật chương trình.

Kết quả phẫu thuật

Các phương pháp phẫu thuật được chúng

Bảng 2: Kết quả sớm của phẫu thuật

	PTNS CTM, lấy sỏi OMC qua OTM (n=31)	PTNS CTM, mở OMC lấy sỏi (n=94)	
		Dẫn lưu ống T (n=93)	Khâu kín OMC (n=1)
Chuyển phương pháp khác (%)	6,5	2,1	0,616
Soi đường mật trong mổ (%)	100	76,1	0,002
Sạch sỏi trong mổ (%)	100	75	0,001
Sạch sỏi sau lấy qua đường hầm ống T (%)	-	100	
Phẫu thuật thành công (%)	93,5	97,9	0,614
Tai biến trong mổ (%)	0	1,1	1,000
Thời gian phẫu thuật trung bình (phút)	138 (75-250)	153 (70-427)	0,000
Biến chứng sau mổ (%)	0	3,3	1,000
Tử vong (%)	0	0	
Thời gian nằm viện trung bình (ngày)	3,5 (1-7)	6,9 (2-22)	0,000

PTNS CTM, lấy sỏi OMC qua OTM

Chuyển phương pháp khác: có 2 TH (6,5%) không xong qua OTM được do van Heister, chuyển sang mở OMC lấy sỏi, dẫn lưu ống T.

Không có biến chứng sau mổ, không có tử vong.

PTNS CTM, mở OMC lấy sỏi (dẫn lưu ống T hoặc khâu kín OMC)

Chuyển phương pháp khác: có 2 TH (2,1%) viêm dính nhiều vùng rốn gan, khó nhận định cấu trúc, nguy cơ thủng tá tràng cao nên chuyển mổ mở cắt túi mật, mở OMC lấy sỏi, dẫn lưu ống T.

Tai biến trong mổ: có 1 TH (1,1%) thủng ruột non do dính, được khâu lỗ thủng qua nội soi.

Biến chứng sau mổ: có 3 TH (3,3%):

- 1 trường hợp chảy máu sau mổ nghi từ nhánh sau của động mạch túi mật: trường hợp này được chẩn đoán chảy máu sau mổ 16 giờ, mổ nội soi lại thấy máu đã tự cầm, có 1 mạch

tôi áp dụng điều trị:

- PTNS CTM lấy sỏi OMC qua OTM.

- PTNS CTM kèm mở OMC lấy sỏi, dẫn lưu ống T hoặc khâu kín OMC.

Kết quả sớm của các phương pháp được trình bày trong bảng 2. PTNS CTM, lấy sỏi OMC qua OTM có thời gian phẫu thuật ngắn hơn ($p=0,000$), tỉ lệ sạch sỏi trong mổ cao hơn ($p=0,001$), thời gian nằm viện ngắn hơn ($p=0,000$) so với mở OMC lấy sỏi.

máu nhỏ nghi nhánh sau động mạch túi mật, xử trí kẹp clip mạch máu này, máu mất khoảng 2 lít. Sau mổ, bệnh nhân có suy thận cấp, được hồi sức nội khoa thành công, xuất viện sau 17 ngày điều trị. Trường hợp này đã được soi đường mật lấy sạch sỏi trong mổ. Sau mổ 23 ngày, bệnh nhân được chụp X quang qua ống T thấy sạch sỏi, được rút ống dẫn lưu T.

- 1 trường hợp được chẩn đoán áp xe dưới gan phải sau mổ 21 ngày: Bệnh nhân đau bụng, sốt vào ngày 14 sau mổ. Chụp CLVT ghi nhận tụ dịch quanh gan. Bệnh nhân được mổ nội soi, ghi nhận áp xe dưới hoành phải và dưới gan phải, do vị trí tại vị trí khâu ống dẫn lưu T, rút ống dẫn lưu T cũ, dùng kèm gấp sỏi lấy được 2 viên, không soi đường mật do máy hư, sau đó đặt ống dẫn lưu T mới. Sau mổ 43 ngày, bệnh nhân được chụp X quang qua ống T thấy sạch sỏi, siêu âm bụng sạch sỏi, không tụ dịch, được rút ống dẫn lưu T.

- 1 trường hợp bị sút ống dẫn lưu T sau mổ

36 ngày. Bệnh nhân được đặt lại ống dẫn lưu 14Fr dưới hướng dẫn của dây dẫn vào đường mật. Sau đó 3 ngày, đường hầm ống T được nong lên ống 16Fr, sau đó soi qua đường hầm ống T thấy 1 viên sỏi to, tán sỏi, lấy hết sỏi bằng rọ. Sau đó 1 ngày, chụp X quang đường mật qua ống T thấy sạch sỏi, bệnh nhân được rút ống T.

BÀN LUẬN

Điều trị STM kèm sỏi OMC tùy thuộc vào các tình huống chẩn đoán được sỏi OMC:

Sỏi OMC phát hiện trước PTNS CTM.

Sỏi OMC phát hiện trong PTNS CTM.

Sỏi OMC phát hiện trước phẫu thuật

Trong tình huống này, có nhiều phương pháp để chọn lựa, cụ thể là:

Điều trị 1 thì:

- NSMTND lấy sỏi OMC cùng lúc PTNS CTM.

- PTNS CTM kèm lấy sỏi OMC qua OTM.

- PTNS CTM kèm mở OMC lấy sỏi, dẫn lưu ống T hoặc khâu kín OMC.

Điều trị 2 thì:

- NSMTND cắt cơ vòng lấy sỏi OMC trước hay sau PTNS CTM.

Nhiều nghiên cứu cho thấy xu hướng hiện nay là điều trị 1 thì.

- Năm 2011, Elgeidie AA⁽⁵⁾ tiến hành thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên có đối chứng khảo sát 198 bệnh nhân được chia làm 2 nhóm: nhóm A có 100 bệnh nhân được làm NSMTND lấy sỏi OMC trước mổ CTM nội soi, nhóm B có 98 bệnh nhân được CTM nội soi đồng thời NSMTND lấy sỏi OMC. Kết quả cho thấy không có sự khác biệt về tỉ lệ sạch sỏi, biến chứng nhưng thời gian nằm viện ở nhóm B ngắn hơn hẳn nhóm A.

- Năm 2013, Bansal VK⁽⁶⁾ trong một nghiên cứu thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên có đối chứng trên 168 bệnh nhân so sánh điều trị STM

kèm sỏi OMC một thì (PTNS CTM kèm mở OMC lấy sỏi) và hai thì (NSMTND lấy sỏi sau đó CTM nội soi) cho thấy tỉ lệ thành công và biến chứng của hai nhóm như nhau nhưng nhóm điều trị một thì có thời gian nằm viện ngắn, chi phí rẻ hơn nhóm điều trị hai thì.

Sỏi OMC phát hiện trong lúc phẫu thuật

Chúng tôi ưu tiên lấy sỏi OMC qua OTM do thời gian phẫu thuật ngắn hơn, tỉ lệ sạch sỏi trong mổ cao hơn, thời gian nằm viện ngắn hơn so với hơn mở OMC lấy sỏi. Kết quả này cũng tương tự các tác giả khác^(7,8,9).

Nếu lấy qua OTM thất bại và OMC không dẫn, chúng tôi tiến hành CTM, sau đó NSMTND lấy sỏi OMC trong cùng 1 thì.

Nếu lấy qua OTM thất bại và OMC dẫn, chúng tôi tiến hành CTM kèm mở OMC lấy sỏi, khâu kín OMC hoặc dẫn lưu ống T.

Lấy sỏi OMC qua OTM

Năm 2018, chúng tôi⁽¹⁰⁾ có tổng kết kinh nghiệm lấy sỏi OMC qua OTM cho 126 bệnh nhân trong 12 năm (2005 - 2017): tỉ lệ thành công là 86,5%, giải phẫu OTM và ống soi không tiếp cận được đường mật trong gan khi OMC nhiều sỏi, sỏi to, sỏi kẹt Oddi là nguyên nhân thất bại của phẫu thuật.

Trong nghiên cứu này, các TH lấy sỏi OMC qua OTM được chúng tôi chọn lọc kỹ, tỉ lệ thành công có cải thiện (93,5%), có 2 TH chuyển phương pháp khác do van Heister làm nong OTM thất bại, không biến chứng, không tử vong. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng tương tự các tác giả khác (Bảng 3, 4).

Mở OMC lấy sỏi

Kết quả sớm của chúng tôi cho thấy đây là phẫu thuật an toàn và hiệu quả, tương tự các tác giả khác (Bảng 5, 6).

Bảng 3: Tỉ lệ thành công của PTNS CTM kèm lấy sỏi OMC qua OTM

Tác giả	Số BN	Chuyển phương pháp khác (%)	Sạch sỏi (%)	Thành công (%)
Tokumura H ⁽⁷⁾	104	12,5	97,8	85,6
Strömberg C ⁽⁹⁾	155	14,8	100	85,2

Tác giả	Số BN	Chuyển phương pháp khác (%)	Sạch sỏi (%)	Thành công (%)
Rojas-Ortega S ⁽⁸⁾	34	5,9	100	94,1
Đặng Tâm ⁽⁴⁾	26	11,5	100	88,7
Nguyễn Hoàng Bắc ⁽¹⁰⁾	126	13,5	100	86,5
Chúng tôi	31	6,5	100	93,5

Bảng 4: Nguyên nhân thất bại của PTNS CTM kèm lấy sỏi OMC qua OTM

Nguyên nhân thất bại của phẫu thuật	Tokumura H ⁽⁷⁾	Strömberg C ⁽⁹⁾	Rojas-Ortega S ⁽⁸⁾	Nguyễn Hoàng Bắc ⁽¹⁰⁾	Chúng tôi
OTM nhỏ (<3mm)				1	
Van Heister	9	7		11	2
OTM đồ cao ở ống gan chung				1	
Nhiều sỏi	1		1	2	
Sỏi to	2	8		1	
Sỏi kẹt Oddi		5	1	1	
Sỏi đi lên ống gan		1			
Chảy máu đường mật	1				
Nguyên nhân khác		2			
Tổng	13	23	2	17	2

Bảng 5: Tỷ lệ thành công của PTNS CTM kèm mở OMC lấy sỏi

Tác giả	Số BN	Chuyển phương pháp khác (%)	Sạch sỏi trong mổ (%)	Sạch sỏi sau lấy sỏi qua đường hầm ống T (%)	Sạch sỏi sau mổ qua NSMTND (%)	Thành công (%)
Martin IJ ⁽¹¹⁾	116	9,5	96,2	-	100	87,1
Tokumura H ⁽⁷⁾	65	1,5	84,6	100		98,4
Dong ZT ⁽¹²⁾	194	3,6	92,8	100	100	93,8
Zhang WJ ⁽¹³⁾	93	5,4	95,7	100	100	91,4
Đỗ Trọng Hải ⁽³⁾	102	2,9	-	-	-	97,1
Chúng tôi	94	2,1	75	100	-	97,9

Bảng 6: Kết quả sớm của PTNS CTM kèm mở OMC lấy sỏi

	Martin IJ ⁽¹¹⁾	Tokumura H ⁽⁷⁾	Dong ZT ⁽¹²⁾	Zhang WJ ⁽¹³⁾	Đỗ Trọng Hải ⁽³⁾	Chúng tôi
Tai biến trong mổ (%)	0,9	1,5	0	0	0	1,1
Biến chứng sau mổ (%)	12,9	7,7	10,8	10,8	2	3,3
Biến chứng cần can thiệp (%)	8,6	0	3,1	3,2	0	3,3
Tử vong (%)	0	0	0	0	0	0

Trong nghiên cứu của chúng tôi, đa số các TH sau mổ OMC lấy sỏi được đặt ống T (93 TH), chỉ có 1 TH khâu kín OMC.

Nguyễn Hoàng Bắc⁽¹⁴⁾ đã tiến hành khâu kín OMC thì đầu qua nội soi cho 48 bệnh nhân. Kết quả cho thấy khâu kín OMC an toàn và hiệu quả, rút ngắn thời gian nằm viện, phục hồi nhanh, trở lại hoạt động bình thường sớm hơn, chỉ có một số biến chứng như tụ dịch, rò mật, chảy máu nơi đặt ống dẫn lưu dưới gan.

Mặc dù khâu kín OMC thì đầu có nhiều ưu điểm so với đặt dẫn lưu ống T nhưng đa số phẫu thuật viên có xu hướng thích đặt dẫn lưu ống T hơn vì: kiểm tra được rò mật hay không ngay trong lúc mổ bằng cách bơm nước vào ống T, khi

không chắc chắn lấy hết sỏi đường mật chính (nhiều sỏi OMC hoặc phải tán các viên sỏi lớn, các mảnh sỏi có thể chạy ngược lên đường mật trong gan) thì đặt ống T có thể lấy sỏi sót sau mổ, kỹ thuật dễ thực hiện hơn so với khâu kín OMC.

KẾT LUẬN

Các phương pháp PTNS điều trị STM kèm sỏi OMC hiện nay an toàn và hiệu quả. Lấy sỏi OMC qua OTM có nhiều ưu điểm hơn so với mổ OMC lấy sỏi. Các phương pháp được chọn lựa và phối hợp tùy từng trường hợp để có kết quả tốt nhất.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Petelin JB (2003). Laparoscopic common bile duct exploration. *Surg Endosc*, 17:1705-1715.

2. Tazuma S (2006). Epidemiology, pathogenesis, and classification of biliary stones (common bile duct and intrahepatic). *Best Pract Res Clin Gastroenterol*, 20:1075-1083.
3. Đỗ Trọng Hải Nguyễn Hoàng Bắc Nguyễn Thuý Oanh Trần Thiệ n Trung, Phạm Vă n Tấn (2008). Nghiên cứu chỉ định và đánh giá kết quả sớm các phương pháp điều trị sỏi OMC kèm sỏi túi mật. *Y Học Thành Phố Hồ Chí Minh*, 12(4):284-290.
4. Đặng Tâm, Phạm Minh Hải (2010). Kết quả sớm của phẫu thuật nội soi lấy sỏi ống mật chủ qua ống túi mật. *Y Học Thành Phố Hồ Chí Minh*, 14(1):173-176.
5. ElGeidie AA, ElEbidi GK, Naeem YM (2011). Preoperative versus intraoperative endoscopic sphincterotomy for management of common bile duct stones. *Surg Endosc*, 25(4):1230-1237.
6. Bansal VK, Misra MC, Rajan K, et al (2013). Single-stage laparoscopic common bile duct exploration and cholecystectomy versus two-stage endoscopic stone extraction followed by laparoscopic cholecystectomy for patients with concomitant gallbladder stones and common bile duct stones: a randomized controlled trial. *Surg Endosc*, 28:875-885.
7. Tokumura H, Umezawa A, Cao H, et al (2002). Laparoscopic management of common bile duct stones: transcystic approach and choledochotomy. *J Hepatobiliary Pancreat Surg*, 9(2):206-212.
8. Rojas-Ortega S, Arizpe-Bravo D, Marín López ER, Cesin-Sánchez R, Roman GR, Gómez C (2003). Transcystic common bile duct exploration in the management of patients with choledocholithiasis. *J Gastrointest Surg*, 7(4):492-496.
9. Strömberg C, Nilsson M, Leijonmarck CE (2008). Stone clearance and risk factors for failure in laparoscopic transcystic exploration of the common bile duct. *Surg Endosc*, 22:1194-1199.
10. Nguyễn Hoàng Bắc, Lê Quan Anh Tuấn, Phạm Minh Hải, Vũ Quang Hưng (2018). Phẫu thuật nội soi cắt túi mật kèm lấy sỏi ống mật chủ qua ống túi mật: kinh nghiệm 126 trường hợp. *Y Học Thành Phố Hồ Chí Minh*, 22(2):65-70.
11. Martin IJ, Bailey I S, Rhodes M, O'Rourke N, Nathanson L, Fielding G (1998). Towards T-tube free laparoscopic bile duct exploration: a methodologic evolution during 300 consecutive procedures. *Ann Surg*, 228(1):29-34.
12. Dong ZT, Wu GZ, Luo KL, Li JM (2014). Primary closure after laparoscopic common bile duct exploration versus T-tube. *J Surg Res*, 189(2):249-54.
13. Zhang WJ, Xu GF, Huang Q, et al (2015). Treatment of gallbladder stone with common bile duct stones in the laparoscopic era. *BMC Surg*, 15:7.
14. Nguyễn Hoàng Bắc (2006). Khâu kín ống mật chủ thì đầu trong phẫu thuật điều trị sỏi đường mật chính qua ngã nội soi ổ bụng. *Y Học Thành Phố Hồ Chí Minh*, 10(3):136-140.

Ngày nhận bài báo:	07/12/2021
Ngày nhận phản biện nhận xét bài báo:	10/02/2022
Ngày bài báo được đăng:	15/03/2022