RESULTS OF LAPAROSCOPIC CHOLEDOCHOTOMY COMBINED WITH INTRAOPERATIVE FLEXIBLE CHOLEDOCHOSCOPY FOR THE TREATMENT OF PRIMARY BILE DUCT STONES

Do Son Hai[1*], Nguyen Thi Dieu Lien[2], Nguyen Quang Nam[1], Le Thanh Son[1]

[1]Department of Gastrointestinal Surgery,
103 Military Hospital, Vietnam Military Medical Academy - 261 Phung Hung, Ha Dong Ward, Hanoi City, Vietnam
[2]Ha Dong General Hospital - 2 Be Van Dan, Ha Dong Ward, Hanoi City, Vietnam

Received: 18/07/2026
Revised: 21/08/2026; Accepted: 04/09/2026

ABSTRACT

Objective: To evaluate the results of laparoscopic choledochotomy combined with intraoperative flexible choledochoscopy for the treatment of primary bile duct stones at Military Hospital 103.

Patient and methods: Descriptive, retrospective and prospective, non-controlled research on patients with primary bile duct stones treated by laparoscopic choledochotomy combined with intraoperative flexible choledochoscopy at the Abdominal surgery centre - Military hospital 103 from May 2022 to December 2025.

Results: Study on 152 patients. Average age: 59.57 ± 12.31; Female/male ratio = 1.38/1; 47.4% of patients had a history of biliary stone. Multiple stones accounted for the majority (80.3%) and were present simultaneously in both the intrahepatic and extrahepatic bile ducts with diverse morphology. Stone removal methods were done by Mirizi forceps and basket; stone lithotripsies were electrohydraulic and laser. The overall stone clearance rate was 86.2%, and the remaining stone rate was 13.8%. The ratio of intraoperative complications was 5.9%, and postoperative complications were 9.9%. Postoperative outcome classification showed that 86.2% had good results, and there were no deaths or severe complications requiring reoperation.

Conclusion: Laparoscopic choledochotomy combined with intraoperative flexible choledochoscopy is initially a safe and effective method for treating primary bile duct stones. This method has a high rate of stone clearance and a low rate of complications.

Keywords: Laparoscopic choledochotomy, Intraoperative flexible choledochoscopy, Primary bile duct stones.

*Corresponding author
Email: dosonhai@vmmu.edu.vn **Phone**: (+84) 982211058 **DOI:** 10.52163/yhc.v67iCD13.6398

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ PHẪU THUẬT NỘI SOI MỞ ỐNG MẬT CHỦ KẾT HỢP NỘI SOI ĐƯỜNG MẬT ỐNG MỀM TRONG MỔ ĐIỀU TRỊ SỎI ĐƯỜNG MẬT CHÍNH

Đỗ Sơn Hải[1*], Nguyễn Thị Diệu Liên[2], Nguyễn Quang Nam[1], Lê Thanh Sơn[1]

[1]*Bộ môn trung tâm phẫu thuật tiêu hóa, Bệnh viện Quân y 103, Học viện Quân y - 261 Phùng Hưng, P. Hà Đông, Tp. Hà Nội, Việt Nam*
[2]*Bệnh viện Đa khoa Hà Đông - Số 2 Bế Văn Đàn, P. Hà Đông, Tp. Hà Nội, Việt Nam*

Ngày nhận: 18/07/2026
Ngày sửa: 21/08/2026; Ngày đăng: 04/09/2026

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả sớm phẫu thuật nội soi mở ống mật chủ (OMC) kết hợp nội soi đường mật (NSĐM) ống mềm trong mổ điều trị sỏi đường mật chính tại Bệnh viện Quân y 103.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu tiến cứu, mô tả, không nhóm chứng trên 152 bệnh nhân (BN) sỏi đường mật chính được phẫu thuật nội soi mở OMC kết hợp NSĐM ống mềm trong mổ tại Khoa Gan, mật, tụy – Bộ môn Trung tâm Phẫu thuật Tiêu hóa, Bệnh viện Quân y 103 từ tháng 5/2022 - 12/2025.

Kết quả: Độ tuổi trung bình của BN là 59,57 ± 12,31; tỷ lệ nữ/nam = 1,38/1; Trong đó 47,4% số BN có tiền sử sỏi mật. Sỏi nhiều viên chiếm đa số (80,3%) và có đồng thời ở cả đường mật trong và ngoài gan với hình thái đa dạng. Các phương pháp lấy sỏi: Dùng Mirizzi, rọ; tán sỏi bằng điện thủy lực, laser. Tỷ lệ sạch sỏi đạt 86,2%, sót sỏi là 13,8%. Tỷ lệ tai biến trong mổ là 5,9%, biến chứng sau mổ là 9,9%. Phân loại kết quả sau phẫu thuật: Kết quả tốt chiếm 86,2%, không có BN tử vong hoặc biến chứng nặng phải mổ lại.

Kết luận: Phẫu thuật nội soi mở OMC kết hợp NSĐM ống mềm trong mổ bước đầu là một phương pháp an toàn và hiệu quả trong điều trị sỏi đường mật chính. Phương pháp này cho tỷ lệ sạch sỏi cao, tỷ lệ tai biến và biến chứng thấp.

Từ khóa: Phẫu thuật nội soi mở ống mật chủ, nội soi đường mật ống mềm trong mổ, sỏi đường mật chính

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sỏi đường mật là bệnh lý phổ biến của vùng Đông Á, Đông Nam Á nói chung và Việt Nam nói riêng. Bệnh lý này gây ra những biến chứng cấp tính ảnh hưởng tới tình trạng sức khỏe của BN như sốc mật, viêm phúc mạc mật..., nếu không được điều trị kịp thời có thể dẫn đến tử vong. Ngoài ra, sỏi đường mật có xu hướng tái phát. Vấn đề lớn trong điều trị sỏi đường mật là sỏi sót. Năm 1982, lần đầu tiên Yamakawa ứng dụng NSĐM trong điều trị sỏi sót. Đến nay, phương pháp này đã chứng minh được nhiều ưu điểm. Quan sát trực tiếp cho phép chẩn đoán được các thương tổn của đường mật như viêm, chảy máu... cũng như tình trạng giãn, hẹp đường mật... Đặc biệt, NSĐM ống mềm với ưu điểm linh hoạt, có thể đi sâu vào các nhánh, cho thấy hình ảnh trực tiếp của toàn bộ sỏi trong đường mật, giúp lấy sỏi triệt để, tránh bỏ sót.

Gần đây, nhiều nhà nghiên cứu đã kết hợp phẫu thuật mở OMC kinh điển với NSĐM trong mổ để làm giảm tỷ lệ sót sỏi như nghiên cứu của Võ Đại Dũng (2021) [1], La Văn Phú (2022) [2]... Tuy nhiên việc áp dụng NSĐM trong phẫu thuật nội soi mở OMC vẫn chưa được nghiên cứu và đánh giá sâu dù ngày nay, phẫu thuật nội soi đã trở nên phổ biến nhờ những ưu điểm của nó như ít đau, thẩm mỹ, thời gian nằm viện ngắn. Tại Bệnh viện Quân y 103, chúng tôi đã thực hiện NSĐM trong phẫu thuật nội soi mở OMC từ năm 2017 và nhận thấy kết quả tương đối khả quan. Từ những căn cứ trên, nghiên cứu được đặt ra với câu hỏi "Hiệu quả của phẫu thuật nội soi mở OMC kết hợp với NSĐM trong mổ như thế nào trong điều trị sỏi đường mật chính?". Để giải đáp, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm: Đánh giá kết quả sớm phẫu thuật nội soi mở ống mật chủ kết hợp nội soi đường mật ống mềm trong mổ điều trị sỏi đường mật chính.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Những BN được chẩn đoán sỏi đường mật chính, được điều trị bằng phương pháp phẫu thuật nội soi mở OMC kết hợp NSĐM ống mềm trong mổ tại Trung tâm Phẫu thuật Tiêu hóa, Bệnh viện Quân y 103 từ tháng 5 năm 2022 đến tháng 12 năm 2025.

- *Tiêu chuẩn lựa chọn:* BN được chẩn đoán xác định sỏi đường mật chính qua siêu âm, chụp cắt lớp vi tính, chụp cộng hưởng từ và được điều trị bằng phẫu thuật nội soi mở OMC kết hợp NSĐM ống mềm trong mổ. Bệnh án đầy đủ dữ liệu.

- *Tiêu chuẩn loại trừ:* BN có rối loạn đông máu nặng, mắc các bệnh lý mạn tính nặng, có chống chỉ định với gây mê nội khí quản và phẫu thuật.

- Khái niệm đường mật chính: Đường mật là hệ thống các ống có chức năng thu thập và vận chuyển mật từ gan tiết ra xuống tá tràng để tham gia vào quá trình tiêu hóa. Khái niệm đường mật chính là để chỉ kênh dẫn truyền chủ đạo của hệ thống này. Dựa vào vị trí giải phẫu tương đối so với gan, đường mật chính bao gồm đường mật trong gan và đường mật chính ngoài gan. Đường mật chính khác với đường mật phụ gồm túi mật và ống túi mật

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả lâm sàng,

*Tác giả liên hệ
Email: dosonhai@vmmu.edu.vn **Điện thoại**: (+84) 982211058 **DOI:** 10.52163/yhc.v67iCD13.6398

hồi cứu kết hợp với tiến cứu, không nhóm chứng

2.2.2. Cỡ mẫu nghiên cứu: Chọn cỡ mẫu thuận tiện, lựa chọn tất cả các đối tượng đủ tiêu chuẩn trong thời gian nghiên cứu từ 5/2022 đến 12/2025.

2.2.3. Qui trình nghiên cứu

- Bệnh nhân vào viện được thăm khám và làm các xét nghiệm chẩn đoán sỏi đường mật chính. Sau đó thông qua mổ nội soi mở OMC kết hợp NSĐM ống mềm trong mổ.

- Phẫu thuật nội soi mở OMC: Đặt các trocar, phẫu tích bộc lộ và mở OMC. Sau đó, sử dụng kìm Mirrizi để lấy sỏi ở OMC và trong gan. Cố gắng lấy tối đa sỏi có thể, sau đó bơm rửa đường mật và NSĐM trong mổ.

- NSĐM trong mổ: đưa ống soi mềm qua lỗ mở OMC vào đường mật, đầu tiên tìm đường xuống cơ Oddi và kiểm tra lưu thông mật ruột. Sau đó, lần lượt đưa ống soi vào kiểm tra đường mật trong các phân thùy, hạ phân thùy (HPT) để đánh giá và tìm sỏi. Khi thấy sỏi thì tiến hành tán bằng điện thủy lực, laser, dùng rọ lấy sỏi hoặc bơm rửa đẩy sỏi xuống tá tràng hoặc ra ngoài.

2.2.4. Các chỉ tiêu nghiên cứu

- Tuổi, giới tính, tiền sử điều trị sỏi mật.

- Vị trí sỏi, số lượng sỏi, dạng sỏi.

- Tỷ lệ sạch sỏi sau mổ: Được đánh giá bằng lâm sàng, siêu âm và chụp đường mật sau phẫu thuật (sạch sỏi, sót sỏi theo vị trí cây đường mật và tại các HPT).

- Tiêu chuẩn sạch sỏi sau mổ : Phải đồng thời thỏa mãn cả 3 điều kiện:

+ Đánh giá trong mổ: nội soi đường mật thấy hết sỏi, ống soi đã có thể qua được các đoạn hẹp.

+ Lâm sàng: bệnh nhân hết đau, sốt và vàng da. Kẹp dẫn lưu đường mật hoặc stent thì bệnh nhân không đau tức, không sốt, không rò mật.

+ Chụp Xquang đường mật sau mổ: đường mật ngấm thuốc đều, không có hình ảnh khuyết thuốc, hẹp hay cắt cụt, thuốc xuống tá tràng tốt. Siêu âm sau mổ: đường mật không thấy hình ảnh của sỏi, không thấy vị trí hẹp.

- Đánh giá tỷ lệ hẹp đường mật (HĐM): Trong nghiên cứu này, chúng tôi áp dụng định nghĩa HĐM theo đồng thuận của Hiệp hội Gan - mật - tụy thế giới năm 2022 (IHPBA consensus guideline 2022): "HĐM là sự giảm khu trú khẩu kính đường mật so với phần đường mật kế cận với nó, có thể đi kèm với giãn đường mật bên trên vị trí hẹp" [3]. Vị trí HĐM được xác định dựa trên chẩn đoán hình ảnh trước mổ và NSĐM trong mổ.

- Tai biến, biến chứng, thời gian phẫu thuật, số ngày nằm viện sau mổ.

- Phân loại kết quả: Trong nghiên cứu, chúng tôi áp dụng bảng phân loại kết quả sau mổ của Hiệp hội Gan - mật - tụy thế giới (2022) (IHPBA consensus guideline 2022) [3]: Tốt (BN hết sỏi, không có biến chứng); khá (BN còn sót sỏi hoặc đã sạch sỏi nhưng có biến chứng nhẹ như sốt, nhiễm khuẩn vết mổ); trung bình (BN còn sót sỏi sau mổ và có biến chứng nặng như chảy máu, viêm phổi, rò mật, nhiễm khuẩn huyết); kém (biến chứng nặng phải mổ lại hoặc tử vong).

2.4. Xử lý số liệu: Số liệu nghiên cứu được xử lý bằng phần mềm SPSS 18.0.

2.5. Đạo đức nghiên cứu:

Nghiên cứu chỉ được tiến hành khi được sự đồng thuận của BN. Quy trình nghiên cứu đã được thông qua và chấp thuận bởi Hội đồng Đạo đức Bệnh viện Quân y 103 theo Quyết định số 56/CNCHT-HĐĐĐ ngày 10/5/2022. Số liệu được Bệnh viện quân y 103 cho phép sử dụng và công bố. Nhóm tác giả cam kết không có xung đột lợi ích trong nghiên cứu.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Từ tháng 5 năm 2022 đến tháng 12 năm 2025, chúng tôi nghiên cứu trên 152 trường hợp thỏa mãn tiêu chuẩn. Tuổi thấp nhất là 27 tuổi, cao nhất là 88 tuổi. Độ tuổi trung bình là 59,57 ± 12,31. Tỉ lệ nữ/ nam là 1,38/1. Trong đó, 47,4% số BN có tiền sử sỏi mật.

Bảng 1. Đặc điểm của sỏi mật

Đặc điểm		Số lượng	Tỷ lệ (n = 152)
Vị trí sỏi	Sỏi OMC đơn thuần	29	19,1%
	Sỏi trong gan đơn thuần	6	3,9%
	Sỏi gan phải và sỏi OMC	36	23,7%
	Sỏi gan trái và sỏi OMC	42	27,6%
	Sỏi trong gan hai bên và sỏi OMC	39	25,7%
Số lượng sỏi	Một viên	30	19,7%
	Nhiều viên	122	80,3%

Tất cả các bệnh nhân đều được phẫu thuật nội soi mở OMC lấy sỏi, NSĐM trong mổ. Các phương pháp lấy sỏi là bằng Mirizi, bằng rọ, tán sỏi bằng điện thủy lực, bằng laser. Tỷ lệ sạch sỏi sau mổ đạt 86,2%, sót sỏi là 13,8%.

Bảng 2. Các kết quả khác

Đặc điểm		Số lượng	Tỷ lệ (n = 152)
Hẹp đường mật	Có hẹp đường mật	71	46,7%
	Không hẹp đường mật	81	53,3%
Tai biến trong mổ	Tổn thương thanh mạc cơ hồng tràng	6	3,9%
	Tổn thương thanh mạc cơ đại tràng ngang	3	2,0%
	Tổng	9	5,9%
Biến chứng sau mổ	Rò mật	5	3,3%
	Viêm tụy cấp	7	4,6%
	Nhiễm khuẩn huyết	3	2,0%
	Tổng	15	9,9%

Thời gian phẫu thuật trung bình 122,27 ± 15,21 phút. Thời gian lấy sỏi trung bình 73,19 ± 26,16 phút. Số ngày nằm viện sau mổ trung bình 9,36 ± 3,93 ngày.

Bảng 3. Phân loại kết quả sau phẫu thuật

Kết quả	Số lượng (n= 152)	Tỉ lệ (%)
Tốt	131	86,2
Khá	18	11,8
Trung bình	3	2,0
Kém	0	0

4. BÀN LUẬN

Qua số liệu nghiên cứu, chúng tôi thấy sỏi mật có thể gặp ở nhiều lứa tuổi với độ tuổi trung bình là 59,57 ± 12,31.

Bệnh thường gặp ở BN nữ nhiều hơn BN nam với tỷ lệ nữ/nam là 1,38/1. Kết quả này tương đồng với Phạm Văn Cường (2012) tỷ lệ nữ/nam là 1,34/1 [4] và La Văn Phú (2022) với tỷ lệ nữ/nam là 1,3/1 [2].

47,4% BN có tiền sử điều trị sỏi mật, trong đó có nhiều BN từng mổ nhiều lần. Theo số liệu nghiên cứu của Phạm Văn Cường (2012) cho thấy 51,10% BN sỏi mật mổ lại, số lần mổ > 3 chiếm 2,19% BN [4]. Võ Đại Dũng (2021) nghiên cứu trên 75 trường hợp có tiền sử phẫu thuật mở OMC (53,2%), trong đó, 64 BN đã từng mổ một lần và 11 BN từng mổ nhiều lần [1]. Tiền sử phẫu thuật và số lần phẫu thuật của BN giúp tiên lượng trước mổ. Với những BN chưa mổ hoặc số lần mổ ít thường phẫu thuật thuận lợi hơn BN có tiền sử mổ nhiều. Về đặc điểm sỏi, qua 152 trường hợp, chúng tôi thấy sỏi thường có số lượng nhiều với các kích thước và hình dáng khác nhau phân bố khắp đường mật. Đối chiếu với các tác giả trong và ngoài nước như Chen CH (2005) cho thấy sỏi trong gan phải và OMC chiếm 35%; sỏi trong gan trái và OMC chiếm 45%[5]. Nghiên cứu của Lê Văn Lợi (2024) cho thấy sỏi trong gan hai bên và OMC chiếm 46% [6].

Trong nghiên cứu, chúng tôi kết hợp các phương pháp lấy sỏi bằng cơ học (Mirizzi, rọ) và tán sỏi bằng điện thủy lực, laser. Ưu điểm của lấy sỏi cơ học là đơn giản, dễ thực hiện, do đó, thường được tiến hành trước các phương pháp khác. Tuy nhiên, nhược điểm là khó lấy sỏi triệt để nên cần kết hợp với tán sỏi. Khi đó, lấy sỏi cơ học cần được thực hiện xen kẽ trước và sau mỗi lần tán. Tán sỏi điện thủy lực thích hợp cho sỏi cứng, tuy nhiên, bất lợi là nguy cơ cao gây tổn thương đường mật, các mảnh sỏi bị vỡ có kích thước lớn, khó có thể lấy ra ngay mà phải tán nhiều lần. Tán sỏi laser có hệ thống tự động ngưng phát tia khi tiếp xúc với thành đường mật nên ít tai biến nhưng do mức năng lượng thấp hơn nên thời gian tán sỏi dài hơn so với điện thủy lực. Theo số liệu nghiên cứu, tỷ lệ sạch sỏi sau phẫu thuật đạt 86,2%, sót sỏi là 13,8%. Như vậy, việc ứng dụng NSĐM trong mổ đã làm giảm tỷ lệ đáng kể sót sỏi trong gan. Nghiên cứu của Lê Văn Lợi (2024) ghi nhận 83,3% BN sạch sỏi, 16,7% BN sót sỏi [6]. Theo nghiên cứu của Lê Nguyên Khôi (2010), Phạm Văn Cường (2012) và Võ Đại Dũng (2021), tỷ lệ sạch sỏi sau phẫu thuật từ 73 - 77% [7,4,1]. Buxbaum J (2018) cho kết quả sạch sỏi cao hơn (91,6%) [8]. Các tác giả cũng đồng thuận với nguyên nhân sót sỏi là do ống mật gập góc hoặc hẹp đường mật. Tỷ lệ gặp hẹp đường mật của chúng tôi là 46,7%. Đây là một tỷ lệ cao hơn một chút so với nghiên cứu của các tác giả trước như Buxbaum J (2018), Chen CH (2005), Lê Nguyên Khôi (2011), tỷ lệ này lần lượt là 44,03%, 40%, 31,4% [5,7,8]. Chúng tôi cũng nhận thấy hẹp đường mật là yếu tố chính gây sót sỏi và sỏi tái phát.

Tỷ lệ tai biến trong mổ của chúng tôi là 5,9%, gồm tổn thương thanh mạc cơ hỗng tràng và đại tràng ngang. Tai biến xảy ra khi bóc tách các tạng này dính lên thành bụng dưới vết mổ cũ. Chúng tôi xử trí bằng cách khâu phục hồi thanh mạc cơ. Sau mổ, các BN ổn định và ra viện. Kết quả nghiên cứu của một số tác giả như Shojaiefard A (2014) cho thấy tỷ lệ biến chứng trong mổ là 2,5% do thủng tá tràng [9]; Lê Quan Anh Tuấn (2023) cho thấy tỷ lệ là 10% gồm chảy máu đường mật và nhiễm khuẩn vết mổ [10]. Lê Văn Lợi (2024) cũng nhận thấy tỷ lệ tai biến chiếm 3,29%, trong đó, chảy máu là 2,63%, tổn thương tá tràng là 0,66% (chỉ xảy ra trường hợp đã mổ sỏi mật lại) [6]. Về biến chứng sau mổ, có tất cả 15 trường hợp. Trong đó, rò mật xảy ra ở 5 BN và được thay băng vết mổ và chân dẫn lưu hàng ngày kết hợp điều trị nội khoa không can thiệp lại, sau đó các BN ổn định và ra viện. 7 BN viêm tụy cấp sau mổ cũng được điều trị nội khoa ổn định bằng thuốc kháng sinh và giảm tiết. Có 3 trường hợp (2,0%) nhiễm khuẩn huyết sau mổ, chúng tôi tiến hành cấy khuẩn và điều trị nội khoa theo kháng sinh đồ, các BN này sau đó đã ổn định và ra viện. Theo nghiên cứu của Buxbaum J (2018), tỷ lệ biến chứng sau phẫu thuật chiếm 24,69%, trong đó, rò mật chiếm 2,46%, rò tiêu hóa là 1,23%; nhiễm trùng vết mổ là 12,34% [8].

Trong nghiên cứu, thời gian phẫu thuật trung bình là 122,27 ± 15,21 (65 - 170 phút). Thời gian tán sỏi trung bình là 73,19 ± 26,16 phút (30 - 130 phút). Một số tác giả cho rằng, thời gian mổ kéo dài là do lấy và tán sỏi khó khăn [1, 6, 9]. Theo chúng tôi, lý do khiến thời gian mổ kéo dài còn là quá trình gỡ dính trên BN đã có tiền sử phẫu thuật. Thời gian nằm viện trung bình sau mổ của chúng tôi là 9,36 ± 3,93 ngày, cũng lâu hơn các tác giả trên vì những BN được xác định sạch sỏi sau mổ cần chờ khoảng 7- 9 ngày để chụp X-quang đường mật đánh giá. Sau phẫu thuật, chúng tôi thấy rằng kết quả tốt đạt 86,2%, khá là 11,8% và trung bình là 2,0%. Theo nghiên cứu của Lê Quan Anh Tuấn (2021), NSĐM giúp cho tỷ lệ kết quả tốt sau mổ tăng lên đáng kể so với phẫu thuật mở OMC đơn thuần [10]. Chúng tôi không ghi nhận trường hợp nào tử vong hoặc có biến chứng nặng phải mổ lại.

Mặc dù nghiên cứu này của chúng tôi đã cung cấp những dữ kiện có giá trị, song vẫn còn một số hạn chế: Mục tiêu của nghiên cứu hiện tại mới chỉ tập trung đánh giá kết quả sớm trong thời gian hậu phẫu. Đối với một bệnh lý có tính chất phức tạp và dễ tái phát như sỏi đường mật chính, việc thiếu khoảng thời gian theo dõi dài hạn khiến nghiên cứu chưa thể phân tích các kết quả xa (ví dụ: biến chứng muộn, tỷ lệ tái phát sỏi...) Ngoài ra, do áp dụng thiết kế mô tả, tiến cứu nhưng không có nhóm chứng khiến các kết luận rút ra chủ yếu mang giá trị quan sát thay vì khẳng định hiệu quả thực sự. Hơn nữa, với cỡ mẫu thuận tiện gồm 152 bệnh nhân thì tính đại diện của quần thể nghiên cứu chưa cao. Trong tương lai cần có thêm các nghiên cứu đa trung tâm, thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên có đối chứng với cỡ mẫu lớn hơn và thời gian theo dõi dài hạn (1 năm, 3 năm, 5 năm) để khẳng định toàn diện hơn về hiệu quả và giá trị của phương pháp phẫu thuật nội soi mở ống mật chủ kết hợp nội soi đường mật ống mềm trong mổ.

5. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu trên 152 BN được chẩn đoán sỏi đường mật chính được phẫu thuật nội soi mở OMC kết hợp NSĐM trong mổ từ 5/2022 đến 12/2025, chúng tôi nhận thấy: Kỹ thuật này giúp nâng cao khả năng tiếp cận và lấy sỏi triệt để, mang lại tỷ lệ sạch sỏi cao (86,2%). Phương pháp cho thấy tính an toàn với tỷ lệ tai biến trong mổ thấp (5,9%) và tỷ lệ biến chứng sau mổ được kiểm soát (9,9%). Phân loại kết quả chung sau phẫu thuật là khả quan với 86,2% bệnh nhân đạt kết quả tốt.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

[1] Võ Đại Dũng, Nguyễn Trung Hiếu, Trịnh Du Dương (2021). Kết quả phẫu thuật nội soi điều trị sỏi trong gan tại Bệnh viện Trưng Vương. Y Học TP. Hồ Chí Minh; 25(1): 155-161.

[2] La Văn Phú, Phạm Văn Linh, Võ Huỳnh Trang (2022). Kết quả điều trị sỏi đường mật chính bằng PTNS kết hợp NSĐM trong mổ. Tạp chí y dược học Cần Thơ; 45: 206-213.

[3] Angsuwatcharakon, P., Kulpatcharapong, S., Moon, J. H., Ramchandani, M., Lau, J., Isayama, H., & Rerknimitr, R. (2022). Consensus guidelines on the role of Choledochoscopy to diagnose indeterminate biliary stricture. International Hepato-pancreato-billiary-association journal; 24(1), 17-29.

[4] Phạm Văn Cường (2012). Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả sớm điều trị phẫu thuật sỏi trong gan tại Bệnh viện Việt Đức. Y học thực hành; 813(3): 50-54.

[5] Chen C. H., Huang M. H., Yang J. C., et al (2015). Reappraisal of percutaneous transhepatic cholangioscopic lithotomy for primary hepatolithiasis. Surg Endosc; 19: 505-509.

[6] Loi Van Le, Quang Van Vu, Thanh Van Le. et al (2024). Outcomes of laparoscopic laparoscopic choledochotomy usingCholedochoscopy via percutaneous-choledochal tube for the treatment of hepatolithiasis and choledocholithiasis: A preliminary Vietnamese study. Ann Hepatobiliary Pancreat Surg; 28:42-47

[7] Lê Nguyên Khôi, Đoàn Văn Trân (2010). Hiệu quả của phẫu thuật ít xâm hại trong điều trị sỏi đường mật chính. Y học TP. Hồ Chí Minh; 14(2): 1-8.

[8] Buxbaum J., Sahakian A., Ko C., et al (2018). Randomized trial of Choledochoscopy-guided laser lithotripsy versus conventional therapy for large bile duct stones. Gastrointestinal Endoscopy; 87(4): 1050-1060.

[9] Shojaiefard A., Khorgami Z., Ghafouri A., et al (2014). Outcome of Common Bile Duct Exploration without Intraoperative Cholangiography: a Case Series and Review of Literature. Acad J Surg; 1(2): 60-65.

[10] Lê Quan Anh Tuấn (2021). Điều trị sỏi đường mật trong gan qua đường hầm ống Kehr bằng ống soi mềm. Luận án tiến sĩ y học. Đại học y dược TP Hồ Chí Minh.