

OUTCOMES OF LAPAROSCOPIC CHOLECYSTECTOMY COMBINED WITH COMMON BILE DUCT EXPLORATION FOR THE TREATMENT OF CONCOMITANT GALLBLADDER AND COMMON BILE DUCT STONES AT PHU THO PROVINCIAL GENERAL HOSPITAL

Giang Nguyen Hoang^{1*}, Tung Tran Thanh²

^{1,2} Phu Tho Provincial General Hospital-Nguyen Tat Thanh Street, Viet Tri Ward, Phu Tho Province, Vietnam

Received: 05/11/2025

Revised: 06/01/2026; Accepted: 04/06/2026

ABSTRACT

Objective: To evaluate the early outcomes of laparoscopic cholecystectomy combined with common bile duct exploration and intraoperative choledochoscopy for choledocholithiasis at Phu Tho Provincial General Hospital.

Methods: A cross-sectional descriptive study was conducted on 39 patients diagnosed with concomitant gallbladder stones and common bile duct stones.

Results: From June 2022 to June 2025, a total of 39 patients underwent one-stage laparoscopic surgery at Phu Tho Provincial General Hospital. The conversion rate to open surgery was 5.2%, the stone clearance rate was 94.8%, and the postoperative complication rate was 7.7%, including one case (2.6%) requiring reoperation. No mortality was recorded.

Conclusion: One-stage laparoscopic cholecystectomy combined with common bile duct exploration using intraoperative choledochoscopy is a feasible and safe procedure at the provincial hospital level. However, larger studies are needed to further validate its effectiveness.

Keyword: Biliary stones, Laparoscopic cholecystectomy, laparoscopic common bile duct exploration.

*Corresponding author

Email: hoanggiang.vp1991@gmail.com **Phone:** (+84) 389613616 **DOI:** 10.52163/yhc.v67iCD7.5622

KẾT QUẢ PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT TÚI MẬT, MỞ ỐNG MẬT CHỦ LẤY SỎI ĐIỀU TRỊ SỎI TÚI MẬT KÈM SỎI ỐNG MẬT CHỦ TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH PHÚ THỌ

Nguyễn Hoàng Giang ^{1*}, Trần Thanh Tùng ²

^{1,2} Bệnh viện Đa khoa tỉnh Phú Thọ - Đường Nguyễn Tất Thành, phường Việt Trì, tỉnh Phú Thọ, Việt Nam

Ngày nhận bài: 05/11/2025

Ngày chỉnh sửa: 06/01/2026; Ngày duyệt đăng: 04/06/2026

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả sớm của phẫu thuật nội soi cắt túi mật kết hợp mở ống mật chủ lấy sỏi có nội soi đường mật trong mổ tại bệnh viện đa khoa tỉnh Phú Thọ.

Đối tượng Phương pháp: nghiên cứu mô tả loạt ca bệnh, hồi cứu trên 39 trường hợp sỏi túi mật kèm sỏi ống mật chủ

Kết quả: từ tháng 6-2022 tới tháng 6-2025 có 39 trường hợp sỏi túi mật kèm sỏi ống mật chủ được chúng tôi phẫu thuật nội soi tại bệnh viện đa khoa tỉnh Phú Thọ, trong đó tỷ lệ chuyển mổ mở 5.2 %, sạch sỏi 94.8 %, biến chứng sau mổ 7,7 % trong đó 1 trường hợp (2.6 %) phải can thiệp mổ lại. Không có bệnh nhân tử vong.

Kết luận: Phẫu thuật nội soi cắt túi mật, mở ống mật chủ lấy sỏi có sử dụng nội soi đường mật trong mổ là phẫu thuật khả thi ở tuyến tỉnh, tuy nhiên cần những nghiên cứu lớn hơn để khẳng định hiệu quả.

Từ khóa: Sỏi mật, cắt túi mật nội soi, mở ống mật chủ lấy sỏi nội soi.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sỏi mật là bệnh lý thường gặp ở Việt Nam nói riêng và các nước Đông Nam châu Á nói riêng, trong đó, sỏi túi mật và sỏi ống mật chủ là bệnh lý hay gặp nhất. Khoảng 10 % bệnh nhân sỏi túi mật có đi kèm sỏi ống mật chủ(1).

Có 2 hướng tiếp cận điều trị khi có cả sỏi ống mật chủ và sỏi túi mật.

Tiếp cận 2 thì bắt đầu bằng việc lấy sỏi ống mật chủ bằng ERCP sau đó cắt túi mật nội soi.

+ ERCP đơn thuần hoặc kết hợp với chụp đường mật cản quang dưới DSA giúp chẩn đoán tình trạng đường mật. Sau đó, tiến hành cắt cơ oddi qua nội soi, nong oddi và lấy sỏi OMC bằng rọ. Sau can thiệp ERCP phẫu thuật cắt túi mật nội soi được thực hiện có thể ngay ngày thứ 1 sau đó.(2,3)

- Can thiệp 1 thì, trong đó đã đề cập việc thực hiện ERCP trong mổ hoặc cắt túi mật và lấy sỏi OMC qua phẫu thuật nội soi.

Nhiều nghiên cứu gần đây đã cho thấy can thiệp 1 thì cho tỷ lệ lấy sạch sỏi cao hơn với độ an toàn tương đương và kinh phí rẻ hơn, thời gian nằm viện ngắn hơn so với can thiệp 2 thì tiêu chuẩn (3,4). Tuy nhiên, do cần nhiều trang thiết bị hiện đại, đắt tiền nên chủ yếu mới được thực hiện tại các bệnh viện lớn tuyến trung ương, các nghiên cứu về ứng dụng kỹ thuật này trong điều kiện tuyến tỉnh còn hạn chế.

Do đó, chúng tôi báo cáo kết quả phẫu thuật cắt túi mật, mở ống mật chủ nội soi lấy sỏi ống mật chủ có dùng nội soi đường mật trong mổ tại bệnh viện đa khoa tỉnh Phú Thọ.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Tiêu chuẩn chọn lựa

- Tất cả bệnh nhân trên 18 tuổi được chẩn đoán sỏi túi mật kèm sỏi ống mật chủ được phẫu thuật nội soi cắt túi mật, mở ống mật chủ lấy sỏi, có sử dụng nội soi đường mật trong mổ tại bệnh viện đa khoa tỉnh Phú Thọ từ tháng 6-2022 tới tháng 6-2025

- Ống mật chủ giãn $\geq 1\text{cm}$ xác định trên siêu âm và chụp cắt lớp vi tính ổ bụng

- Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu và có đầy đủ hồ sơ nghiên cứu

2.2. Tiêu chuẩn loại trừ

- Bệnh nhân sỏi mật kèm ung thư đường mật hoặc u đầu tụy

- BN được mổ kết hợp với phẫu thuật xử lý tổn thương bệnh lý khác trong ổ bụng.

2.3. Phương pháp nghiên cứu: mô tả loạt ca bệnh, hồi cứu

2.4. Cỡ mẫu: thuận tiện

2.5. Các chỉ tiêu nghiên cứu

2.5.1. Đặc điểm chung bệnh nhân

- Lâm sàng:

+ Nhóm tuổi, giới.

+ Triệu chứng lâm sàng: đau, sốt, vàng da, tam chứng Charcot.

*Tác giả liên hệ

Email: hoanggiang.vp1991@gmail.com Điện thoại: (+84) 389613616 DOI: 10.52163/yhc.v67iCD7.5622

+ Tiền sử: số lần lấy sỏi qua nội soi mật tụy ngược dòng, mổ mở OMC lấy sỏi, mổ bụng khác.

- Cận lâm sàng

+ Xét nghiệm máu: Huyết học: số lượng bạch cầu, tỷ lệ neutrophil+ Sinh hóa: bilirubin TP, SGOT, SGPT.

+ Siêu âm gan và đường mật: + Đường mật: kích thước OMC+ Sỏi túi mật và sỏi ống mật chủ: Kích thước sỏi lớn nhất+ số lượng sỏi. Dày thành túi mật (có, không)

+ Chụp cắt lớp vi tính ổ bụng : kích thước OMC, + Số lượng sỏi: ít sỏi, nhiều sỏi (Số lượng sỏi ≥ 2 viên, sỏi đúc khuôn trong đường mật), kích thước sỏi túi mật, dày thành túi mật (có, không)

2.5.2. Kết quả phẫu thuật

Kết quả trong mổ:

- Tình trạng ổ bụng: không dính, có dính.

- Dẫn lưu đường mật: có, không.

- Tai biến: chảy máu, tổn thương mạch máu, tổn thương tạng lân cận.

- Thời gian phẫu thuật: tính từ khi rạch da đặt trocar đầu tiên đến khi đóng lỗ trocar cuối cùng (phút).

Nội soi đường mật

- Sạch sỏi quan sát được trong mổ sau khi lấy hết sỏi kiểm tra đường mật và oddi không thấy sỏi

- Không lấy hết sỏi (do chít hẹp đường mật, do nhiều sỏi)

- Thời gian lấy sỏi qua nội soi: tính từ khi bắt đầu lấy sỏi đến khi kết thúc quá trình lấy sỏi (phút).

Kết quả sớm (tính trong đợt điều trị):

- Thời gian đau: dựa vào thời gian sử dụng thuốc giảm đau (ngày).

- Thời gian phục hồi lưu thông tiêu hoá: từ khi mổ đến khi bệnh nhân trung tiện được (ngày).

- Thời gian nằm viện: tính từ khi mổ đến khi bệnh nhân ra viện (ngày).

- Biến chứng sớm: chảy máu, đọng dịch, rò tiêu hoá, rò mật, biến chứng khác...

Kết quả sạch sỏi ngay sau mổ:

- Tất cả các bệnh nhân của chúng tôi đều được siêu âm và chụp CLVT ổ bụng sau mổ vào khoảng ngày thứ 3- thứ 5 sau mổ

Sạch sỏi sau mổ được xác định khi không phát hiện thấy sỏi với mọi kích thước trên siêu âm và chụp CLVT sau mổ.

- Phân loại kết quả phẫu thuật dựa theo phân loại của Clavien- Dini(7)

+ Tốt: Không có biến chứng

+ Trung bình: Có biến chứng sau mổ nhưng chỉ cần điều trị nội khoa.

+ Xấu: Biến chứng phải mổ lại

2.6. Xử lý số liệu: số liệu được xử lý bằng phần mềm SPSS, các biến định tính được thể hiện dưới dạng tỷ lệ %, các biến định lượng được thể hiện dưới dạng giá trị trung bình kèm độ lệch chuẩn (SD).

2.7. Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu được Hội đồng đạo đức trong nghiên cứu y sinh bệnh viện đa khoa tỉnh Phú Thọ thông qua, số QĐ:01/TB- HĐĐĐ, đảm bảo tính khoa học và khả thi.

3. KẾT QUẢ

Từ tháng 6-2022 tới tháng 6-2025, chúng tôi có 39 bệnh nhân tham gia nghiên cứu

3.1. Các đặc điểm chung

Tuổi trung bình 58.3 ± 15.5 tuổi

Nam/ nữ: 17/22 (43.6%)

Bảng 1. Tiền sử và triệu chứng lâm sàng

Tiền sử	N	Tỷ lệ (%)
NSMTND	3	7,7
Mở OMC lấy sỏi	3	7,7
Tiền sử mổ mở khác	6	15,3
Tiền sử mổ nội soi khác	4	10,3
Triệu chứng lâm sàng		
Đau hạ sườn P	39	100
Hội chứng nhiễm trùng	14	35,9
Hội chứng vàng da	14	35,9

Nhận xét: Có 14 BN (35,9 %) có hội chứng vàng da tắc mật, 13/39 (33.3 %) bệnh nhân có tiền sử mổ cũ ổ bụng

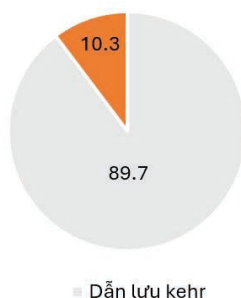
Bảng 2. Đặc điểm cận lâm sàng

Xét nghiệm		Số bệnh nhân (n= 39)	Tỷ lệ (%)
Bạch cầu(G/l) Trung bình	Tăng	14	35,9
		$9,77 \pm 3,90$	
Bilirubin TP (mmol/L) Trung bình	Tăng	21	53,8
		$53,24 \pm 94,96$	
SGOT(UI/l) Trung bình	Tăng	25	64,1
		$99,03 \pm 101,71$	
SGPT(UI/L) Trung bình	Tăng	26	66,7
		$144,93 \pm 180,09$	
Chẩn đoán hình ảnh		Siêu âm	Chụp CLVT
Đường kính OMC(TB $\pm$ SD) (mm)		$15,13 \pm 5,19$	$15,03 \pm 5,61$
Số lượng sỏi	Ít sỏi(%)	30,8	30.8
	Nhiều sỏi(%)	69.2	69.2

Nhận xét: 21/39 (53,8%) bệnh nhân có tăng Bilirubin toàn phần thể hiện tình trạng tắc mật, trong khi đó 26/39 (66,7%) bệnh nhân có tăng SGPT. Kết quả siêu âm và chụp cắt lớp vi tính cho thấy sự tương đồng cao trong việc đánh giá đường kính ống mật chủ, đồng thời số bệnh nhân nhiều sỏi được xác định chiếm đa số (69.2%).

3.2. Kết quả điều trị

- 36/39 bệnh nhân mổ phiên (92,3%), 3 bệnh nhân được mổ cấp cứu



Biểu đồ 3.1 Xử lý ống mật chủ

Bảng 3. Thời gian phẫu thuật và thời gian nằm viện

Thời gian	Số BN	Ngắn nhất	Dài nhất	Trung bình
Thời gian phẫu thuật	39	60	150	109,5 ± 25,1(phút)
Nhóm có tiền sử mổ bụng	13	60	150	111,4 ± 25,4(phút)
Nhóm không có tiền sử mổ bụng	26	70	150	105,5 ± 25,3(phút)
Thời gian nằm viện	39	5	14	7,1 ± 1,4 (ngày)

Nhận xét: Thời gian phẫu thuật ở nhóm có tiền sử mổ cũ dài hơn, tuy nhiên không có ý nghĩa thống kê (p: 0.114).

Bảng 4. Kết quả sớm của phẫu thuật

Kết quả		N	Tỷ lệ %
Sạch sỏi quan sát qua NSDM trong mổ		39	100
Sạch sỏi sau mổ		37	94,9
Tai biến trong mổ	Thủng ruột non	1	2,6
	Chuyển mổ mở	2	5,2
Tai biến sau mổ	Rò tiêu hóa	1	2,6
	Rò chân Kehr	1	2,6
	Viêm phổi	1	2,6

Nhận xét: Có 3 trường hợp tai biến sau mổ (7.7%), 1 trường hợp phải mổ lại do rò chân kehr (2.6 %).

4. BÀN LUẬN

Tuổi trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là 58.33 ±15.5, nữ nhiều hơn nam, kết quả này cũng tương đương với các nghiên cứu khác (5,6)

Về tiền sử bệnh, có 13/39 bệnh nhân (33,33%) có tiền sử phẫu thuật bụng, trong đó 3 bệnh nhân đã từng phẫu thuật sỏi mật. Chúng tôi ghi nhận việc thực hiện phẫu thuật nội soi trên nhóm bệnh nhân này gặp nhiều khó khăn hơn, với thời gian phẫu thuật trung bình kéo dài do phải tiến hành gỡ dính. Tuy nhiên, sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê (p > 0,05).

Đồng thời, tỷ lệ tai biến và biến chứng cũng cao hơn ở nhóm bệnh nhân có tiền sử mổ bụng, với 1 trường hợp thủng ruột non trong mổ và 1 trường hợp rò tiêu hóa sau mổ, đều xảy ra trong nhóm này. Kết quả này cho thấy mặc dù phẫu thuật nội soi vẫn có thể thực hiện được, nhưng đây vẫn là một thách thức đáng kể đối với phẫu thuật viên. Tuy nhiên, do cỡ mẫu nghiên cứu còn nhỏ và đây là những ca đầu tiên chúng tôi triển khai phẫu thuật nội soi mở ống mật chủ lấy sỏi trên nhóm bệnh nhân có tiền sử mổ cũ, cần có những nghiên cứu với quy mô lớn hơn để khẳng định.

Tiền sử phẫu thuật bụng, đặc biệt là phẫu thuật sỏi mật cũ, thường được xem là chống chỉ định tương đối của phẫu thuật nội soi. Tuy nhiên, gần đây đã có nhiều báo cáo từ các trung tâm lớn cho thấy tính khả thi và độ an toàn của phẫu thuật nội soi mở ống mật chủ lấy sỏi ở nhóm bệnh nhân này (7,8).

Về kỹ thuật, trong nghiên cứu của chúng tôi, 37/39 bệnh nhân đều được đặt dẫn lưu kehr, có 2 bệnh nhân được khâu kín OMC trong thì đầu. Cả 2 trường hợp này sau mổ kiểm tra lại đều sạch sỏi và không xảy ra tai biến biến chứng gì. Nguyễn Hoàng Bắc(5) và Zhang(4) đều cho rằng khâu kín OMC trong phẫu thuật nội soi điều trị sỏi ống mật chủ là 1 kỹ thuật an toàn có thể áp dụng với một số điều kiện nhất định. Chúng tôi cũng thống nhất với quan điểm này, tuy nhiên việc đặt dẫn lưu Kehr hay không còn phụ thuộc vào thói quen và kinh nghiệm của phẫu thuật viên

Thời gian nằm viện trung bình 7.1 ± 1.4 ngày, gần tương đương với các tác giả khác như Cao Minh Tiệp là 6.18 ngày (6), và cao hơn so với Bansai là $4,6 \pm 2,4$ ngày (9). Các nghiên cứu đều chỉ ra thời gian nằm viện khi thực hiện phẫu thuật 1 thì sẽ ngắn hơn so với khi thực hiện can thiệp 2 thì tiêu chuẩn (ERCP lấy sỏi OMC sau đó cắt túi mật) (4,9).

Vấn đề các phẫu thuật viên quan tâm nhất là tỷ lệ sạch sỏi sau mổ. Chúng tôi xác định sạch sỏi khi hoàn toàn không thấy hình ảnh sỏi trên siêu âm và chụp CLVT sau mổ. Nhờ sự giúp đỡ của nội soi đường mật trong mổ nên tỷ lệ sỏi tương đối thấp, 100 % sạch sỏi trong mổ (sạch sỏi quan sát khi nội soi đường mật), 94.8 % sạch sỏi sau mổ khẳng định nhờ siêu âm và chụp cắt lớp vi tính ổ bụng sau mổ. 2/39 trường hợp sỏi sỏi sau mổ đều là do sau khi chúng tôi tán sỏi, mảnh vụn sạn sỏi còn sót lại trôi lên trên gan sau đó tắc lại tại oddi, 2 trường hợp chúng tôi chỉ cần điều trị giãn cơ, sau 1 tháng khi bệnh nhân quay lại kiểm tra để rút dẫn lưu kehr siêu âm và chụp CLVT không thấy còn sỏi nữa. Như vậy, thực tế sau 1 tháng tỷ lệ sạch sỏi của chúng tôi là 100%.

Tỷ lệ sạch sỏi của chúng tôi cũng tương đương với các tác giả khác như của Cao Minh Tiệp là 97.4 % (6), Tokumura H là 84.6 %(10). Zhang JT là 95.7 %(5).

Về các biến chứng trong và sau mổ

Chúng tôi có 2 trường hợp chuyển mổ mở (5.2%) trong đó: 2 trường hợp đều do quá dính: 1 tiền sử mổ mở lấy sỏi OMC 2 lần, 1 trường hợp tiền sử mổ K dạ dày

- 1 trường hợp tai biến trong mổ (2.6%): gỡ dính gây thủng ruột non, tiến hành khâu lỗ thủng qua nội soi, hậu phẫu ổn định.

- 3 trường hợp tai biến sau mổ (7.7%)

+ 1 trường hợp rò tiêu hóa sau mổ, bệnh nhân này có tiền sử mổ cũ, trong quá trình phẫu tích phẫu thuật viên gây tổn thương ống tiêu hóa mà không phát hiện ra, sau 4 ngày xuất hiện chảy dịch tiêu hóa qua dẫn lưu dưới gan, số lượng ~ 50 mm/ ngày, bệnh nhân được điều trị nội khoa, nhịn ăn, nuôi dưỡng tĩnh mạch, tới ngày thứ 7 thì dẫn lưu không ra thêm dịch và ra viện vào ngày thứ 10

+ 2 trường hợp rò mật chân Kehr trong đó 1 trường hợp điều trị nội khoa, 1 trường hợp bị tụt kehr vào ngày t7 khi đi chụp kehr, biến chứng viêm phúc mạc mật, xử trí mổ lại làm sạch ổ bụng, đặt lại kehr, bệnh nhân ra viện sau 14 ngày.

Kết quả của chúng tôi so sánh với các tác giả khác trong bảng dưới đây

Bảng 1 Tai biến

	Tokumura H (10)	Zhang (5)	Chúng tôi
Chuyển mổ mở (%)	1.5	5.4	5.1
Tai biến trong mổ (%)	1.5	0	2.6
Biến chứng sau mổ (%)	7.7	10.8	7.7
Biến chứng cần can thiệp lại	0	3.2	2.6

Theo Manivasagam tỷ lệ biến chứng của phẫu thuật nội soi dao động khoảng 10-15%, bao gồm rò mật (2-5%), chảy máu (1-2%), thủng (1%) và nhiễm trùng (2%) (3).

So sánh với can thiệp 2 thì truyền thống thì ERCP cũng có những tai biến biến chứng, Các rủi ro ERCP hai giai đoạn bao gồm chảy máu (1-2%), thủng (0,5-1%), viêm tụy (1-7%), viêm đường mật (1-5%), suy thận, nhồi máu cơ tim và tử vong khoảng 0,5% (2).

Virinder Kumar Bansal⁰⁰ (2014) tại Ấn Độ trong một nghiên cứu trên 168 bệnh nhân chia làm 2 nhóm là điều trị một thì (n=84) và hai thì(n=84), cho thấy nhóm điều trị một thì có thời gian nằm viện ngắn ($4,6 \pm 2,4$ so với $5,3 \pm 6,2$ ngày; $p = 0,03$), chi phí thấp hơn ($p=0.002$) nhóm điều trị hai thì, trong khi tỉ lệ thành công và biến chứng là tương đương nhau, 88,1% ở nhóm 1 và 79,8% ở nhóm 2 ($p = 0,20$) (9).

Năm 2024 trong một tổng hợp 7 nghiên cứu với 382 bệnh nhân chia là 2 nhóm can thiệp 2 thì và phẫu thuật một thì được công bố cho thấy phẫu thuật một thì có tỷ lệ sạch sỏi cao hơn (OR: 1,53, 95% CI: 1,12-2,08), tỷ lệ sạch sỏi chung của phẫu thuật là 90 % trong khi của ERCP 2 giai đoạn chỉ là 84 %, trong khi chi phí và độ an toàn là tương đương (3).

Như vậy nhìn chung trên thế giới xu hướng đến can thiệp 1 thì khi bệnh nhân có cả sỏi túi mật và sỏi ống mật chủ tại các cơ sở có đầy đủ trang thiết bị và dụng cụ cũng như phẫu thuật viên có kinh nghiệm thực hiện phẫu thuật nội soi.

Nghiên cứu của chúng tôi có những hạn chế: cỡ mẫu nhỏ (n=39), chọn mẫu thuận tiện, không đối chứng, chưa theo dõi được kết quả xa và sự tái phát của sỏi sau phẫu thuật.

5. KẾT LUẬN

Phẫu thuật nội soi cắt túi mật, mở ống mật chủ lấy sỏi có sử dụng nội soi đường mật trong mổ bước đầu có kết quả tốt có thể áp dụng khả thi ở tuyến tỉnh, tuy nhiên cần những nghiên cứu lớn hơn để khẳng định hiệu quả.

6. TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Petelin J. Laparoscopic common bile duct exploration. Surg Endosc, 17:1705-1715. 2003.
- [2] JPRT. Endoscopic retrograde cholangiopancreatography-related adverse events: general overview. Gastrointest Endosc Clin N Am;25(1):97-106. 2015.
- [3] Manivasagam SS. Single-Stage Laparoscopic Common Bile Duct Exploration and Cholecystectomy Versus Two-Stage Endoscopic Stone Extraction Followed by Laparoscopic Cholecystectomy for Patients With Cholelithiasis and Choledocholithiasis: A Systematic Review. Cureus;16(2):e54685. 2024.
- [4] Zhang D DZ, Sun Y, Sun G, Luo H, Guo X, Gu J, Yang Z. One-Stage Intraoperative ERCP combined with Laparoscopic Cholecystectomy Versus Two-Stage Preoperative ERCP Followed by Laparoscopic Cholecystectomy in the Management of Gallbladder with Common Bile Duct Stones: A Meta-analysis. Adv Ther;41(10):3792-3806. 2024
- [5] Bắc NH. 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. 2006.
- [6] Cao Minh Tiệp, Phùng Thế Khang (2025). Kết quả tán sỏi đường mật bằng phẫu thuật nội soi kết hợp điện thủy lực. Tạp chí Y học Việt Nam tập 552– số 3 – 2025;46-50.2025.
- [7] Zhu J, Sun G, Hong L. Laparoscopic common bile duct exploration in patients with previous upper abdominal surgery. Surgical endoscopy: 1 – 7. 2018.
- [8] Anh BT, Nam NQ. Bước đầu đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi trong điều trị sỏi đường mật lại. Tạp chí Y - dược học quân sự, 2: 157 - 161. 2014.
- [9] Bansal VK MM, Rajan K, et al. 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. 2013.
- [10] okumura 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.