

**KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ SỎI ĐƯỜNG MẬT CHÍNH
BẰNG PHẪU THUẬT NỘI SOI KẾT HỢP NỘI SOI ĐƯỜNG MẬT
TRONG MỔ Ở 72 BỆNH NHÂN CAO TUỔI**

La Văn Phú^{1}, Phạm Văn Linh², Võ Huỳnh Trang³*

1. Bệnh viện Đa khoa thành phố Cần Thơ

2. Trường Đại học Quốc tế Hồng Bàng

3. Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

*Email: lvphu67@gmail.com

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Phẫu thuật nội soi được chứng minh an toàn và hiệu quả trong điều trị sỏi đường mật chính. **Mục tiêu nghiên cứu:** Đánh giá kết quả lâu dài của điều trị sỏi đường mật chính bằng phẫu thuật nội soi kết hợp với nội soi đường mật trong mổ ở bệnh nhân cao tuổi. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu tiến cứu, can thiệp lâm sàng trên 72 bệnh nhân cao tuổi sỏi đường mật chính điều trị bằng phẫu thuật nội soi kết hợp nội soi đường mật trong mổ từ 05/2016 đến 11/2020 tại Bệnh viện Đa khoa thành phố Cần Thơ. Thời gian theo dõi trung bình là 24,17 tháng. **Kết quả:** Tuổi trung bình là $73,13 \pm 9,34$ tuổi. Thực hiện phẫu thuật nội soi thành công 70 bệnh nhân (97,22%), 01 bệnh nhân (1,39%) tai biến trong mổ thủng tá tràng và 01 bệnh nhân (1,39%) chuyển mổ mở. Thời gian phẫu thuật trung bình là $105,7 \pm 34,87$ phút. Tỷ lệ lấy sạch sỏi là 90,14%. Tỷ lệ biến chứng sau phẫu thuật là 8,45%. Tỷ lệ tái phát sỏi 7,04% (5 bệnh nhân) trong thời gian theo dõi sau phẫu thuật. **Kết luận:** Điều trị sỏi đường mật chính bằng phẫu thuật nội soi kết hợp nội soi đường mật trong mổ là phương pháp an toàn và hiệu quả với tỷ lệ thành công và sạch sỏi cao, tỷ lệ biến chứng chu phẫu và biến chứng muộn thấp.

Từ khóa: Sỏi đường mật chính, cao tuổi, phẫu thuật nội soi, nội soi đường mật trong mổ.

ABSTRACT

**LONG-TERM RESULTS OF TREATMENT OF
CHOLEDOCHOLITHIASIS BY LAPAROSCOPIC SURGERY COMBINED
WITH INTRA-OPERATIVE CHOLEDOCHOSCOPY IN ELDERLY
PATIENTS: 72 PATIENTS EXPERIENCE**

La Van Phu^{1}, Pham Van Linh², Vo Huynh Trang³*

1. Can Tho General Hospital

2. Hong Bang International University

3. Can Tho University of Medicine and Pharmacy

Background: Laparoscopic surgery has been shown to be safe and effective in the treatment of primary biliary stones. **Objectives:** To evaluate long-term results of treatment of choledocholithiasis by laparoscopic surgery combined with intra-operative cholangioscopy in elderly patients. **Materials and Methods:** A prospective, clinical interventional study on 72 patients with choledocholithiasis treated by laparoscopic surgery combined with intra-operative choledochoscopy from May 2016 to November 2020 at Can Tho General Hospital. The mean follow-up period was 24.17 months. **Results:** The mean age was 73.13 ± 9.34 years. The successful rate of laparoscopic surgery was 97.22%. One patient (1.39%) had intra-operative duodenal perforation and one patient (1.39%) converted to open surgery. The mean operating time was 105.7 ± 34.87 minutes. The rate of stone clearance was 90.14%. The rate of postoperative complications was 8.45%. The rate of stone recurrence was 7.04% during the follow-up period. **Conclusion:** Laparoscopic surgery for treatment of choledocholithiasis combined with intra-operative choledochoscopy in elderly patients is a safe and effective method with high rate of success and stone clearance, low rate perioperative and late complications.

Keywords: Choledocholithiasis, elderly, laparoscopic surgery, intra-operative chole-dochoscopy.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sỏi đường mật chính là bệnh lý ngoại khoa khá phổ biến. Tần suất bệnh tăng dần theo tuổi [1], [6]. Sự lão hóa cùng với bệnh lý nội khoa mạn tính kèm theo làm tăng nguy cơ khi can thiệp cho bệnh nhân (BN) cao tuổi [9], [13]. Phẫu thuật nội soi (PTNS) được chứng minh an toàn và hiệu quả trong điều trị sỏi đường mật chính [4], [7], [8]. Ở Việt Nam, các nghiên cứu về kết quả của phẫu thuật nội soi (PTNS) kết hợp nội soi đường mật trong mổ điều trị sỏi đường mật chính ở bệnh nhân cao tuổi còn rất hạn chế.

Mục tiêu của nghiên cứu: Đánh giá kết quả lâu dài điều trị sỏi đường mật chính bằng phẫu thuật nội soi kết hợp nội soi đường mật trong mổ ở bệnh nhân cao tuổi.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng nghiên cứu: Gồm 72 bệnh nhân được chẩn đoán sỏi đường mật chính được điều trị bằng phương pháp phẫu thuật nội soi từ 05/2016 đến 11/2020 tại Bệnh viện Đa khoa thành phố Cần Thơ.

Tiêu chuẩn chọn bệnh: Bệnh nhân từ 60 tuổi, sỏi đường mật chính được chẩn đoán bằng lâm sàng, siêu âm, chụp cắt lớp vi tính và nội soi trong mổ xác định có sỏi. ASA I – III (ASA: American Society of Anesthesiologist – Hiệp hội gây mê Hoa Kỳ). Tất cả các bệnh nhân đều được xác định bằng phẫu thuật có lấy được sỏi.

Tiêu chuẩn loại trừ: Có chống chỉ định phẫu thuật nội soi: Bệnh nội khoa nặng kèm theo, tiền sử phẫu thuật bụng do ung thư. Bệnh cảnh sỏi mật quá nặng: nhiễm trùng huyết, sốc nhiễm trùng đường mật.

2.2 Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Tiến cứu, can thiệp lâm sàng.

Phương pháp chọn mẫu: Chọn mẫu thuận tiện. Gồm tất cả bệnh nhân bị sỏi đường mật chính đủ tiêu chuẩn trong thời gian nghiên cứu.

Địa điểm và thời gian nghiên cứu: Tại khoa Ngoại Tổng hợp - Bệnh viện Đa khoa thành phố Cần Thơ từ 05/2016 đến 11/2020.

Nội dung nghiên cứu

Đặc điểm chung

Mô tả một số đặc điểm kỹ thuật phẫu thuật.

Đánh giá kết quả điều trị sỏi đường mật chính bằng phẫu thuật nội soi kết hợp nội soi đường mật trong mổ ở 72 bệnh nhân cao tuổi.

Phẫu thuật nội soi thành công: Khi thực hiện hoàn toàn bằng PTNS

Xử lý số liệu: Bằng phần mềm SPSS 23.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Từ tháng 05/2016 đến 11/2020, có 72 bệnh nhân (BN) được chẩn đoán sỏi đường mật chính và điều trị bằng phẫu thuật nội soi kết hợp nội soi đường mật trong mổ tại Bệnh viện Đa khoa thành phố Cần Thơ hội đủ các điều kiện nghiên cứu, kết quả:

3.1 Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

- **Tuổi:** Tuổi trung bình là $73,13 \pm 9,34$; nhỏ nhất 60 và lớn nhất 97 tuổi.
- **Giới:** 21 nam (29,17%) và 51 nữ (70,83%).
- **Đặc điểm lâm sàng:** 71 BN (98,61%) có triệu chứng đau hạ sườn phải, tam chứng Charcot chỉ gặp ở 17 BN (23,61%).

- Vị trí sỏi:

Bảng 1. Vị trí sỏi

Vị trí sỏi	Số BN	Tỷ lệ (%)
Ông mật chủ (OMC) đơn thuần	22	30,56
OMC + túi mật	24	33,33
OMC + trong gan	17	23,61
OMC + trong gan + túi mật	9	12,5
Tổng	72	100

Nhận xét: Sỏi OMC đơn thuần hoặc kèm theo sỏi túi mật chiếm tỷ lệ đa số (63,89%), sỏi OMC kèm sỏi trong gan chiếm tỷ lệ 36,11%.

3.2. Đánh giá kết quả của phẫu thuật nội soi kết hợp nội soi đường mật trong mổ điều trị sỏi đường mật chính ở bệnh nhân cao tuổi

Bảng 2. Số lượng trocar

Số lượng trocar	Số BN	Tỷ lệ (%)
Sử dụng 4 trocar	63	87,5
Sử dụng 5 trocar	9	12,5
Tổng	72	100

Nhận xét: Đa số bệnh nhân sử dụng 4 trocar (87,5%), chỉ thêm trocar thứ 5 khi cần thiết để hỗ trợ thao tác kỹ thuật.

Bảng 3. Phẫu thuật nội soi thành công

Phẫu thuật nội soi thành công	Số BN	Tỷ lệ (%)
Phẫu thuật nội soi thành công	71	98,61
Chuyển mổ mở	1	1,39
Tổng	72	100

Nhận xét: Tỷ lệ phẫu thuật nội soi thành công 98,61%, chỉ 1 BN chuyển mổ mở do có tiền sử phẫu thuật sỏi OMC 1 lần ở bụng dính nhiều, không nhận diện được cấu trúc giải phẫu.

Nghiên cứu của chúng tôi đánh giá kết quả của phẫu thuật nội soi. Vì vậy, mô tả đặc điểm kỹ thuật, đánh giá kết quả điều trị chúng tôi chỉ phân tích 71 BN thực hiện phẫu thuật nội soi thành công.

Bảng 4. Một số đặc điểm kỹ thuật phẫu thuật

Đặc điểm	Số BN (n = 71)	Tỷ lệ (%)
Lấy sỏi bằng dụng cụ thông thường	62	
Kết hợp tán sỏi trong mổ	9	12,68
Lấy sỏi + khâu kín OMC thì đầu	39	54,93
Lấy sỏi + đặt dẫn lưu Kehr	32	45,7
Lấy sỏi ống mật chủ + cắt túi mật	34	47,89

Nhận xét: Lấy sỏi bằng dụng cụ thông thường 87,5% (63 BN), kết hợp tán sỏi điện – thủy lực 12,68% (9 BN), khâu kín OMC thì đầu 54,93% (39 BN).

Bảng 5. Kết quả phẫu thuật

Kết quả	Số BN (n = 71)	Tỷ lệ (%)
PTNS thành công không tai biến	70	97,22
PTNS thành công có tai biến	1	1,39

TẠP CHÍ Y DƯỢC HỌC CẦN THƠ – SỐ 45/2022

Kết quả	Số BN (n = 71)	Tỷ lệ (%)
Chuyển mổ mở	1	1,39
Sạch sỏi	64	90,14
Biến chứng hậu phẫu	6	8,45
Thời gian phẫu thuật trung bình: 105 ± 34,47 phút (35 – 200 phút)		
Thời gian nằm viện sau phẫu thuật: 8,8 ± 4,68 ngày (3 – 27 ngày)		

Nhận xét: Tai biến trong mổ 1,39% (1 BN), đó là trường hợp thủng tá tràng, chuyển mổ mở 1,39% (1 BN), tỷ lệ sạch sỏi 90,14% (64 BN).

Bảng 6. Biến chứng sau phẫu thuật

Biến chứng	Số BN (n = 71)	Tỷ lệ (%)
Rò mật	2	2,82
Chảy máu đường mật	1	1,41
Tụ dịch dưới gan	1	1,41
Nhiễm trùng vết mổ trocar	1	1,41
Viêm phổi	1	1,41

Nhận xét: Tỷ lệ biến chứng chung sau mổ là 8,45% (6 BN), tất cả điều trị nội khoa ổn.

Bảng 7. Kết quả theo dõi trung bình 24,17 tháng

Kết quả	Số BN	Tỷ lệ (%)
Bình thường	62	87,32
Tái phát sỏi	5	7,04
Thoát vị vết mổ trocar	1	1,41
Còn sỏi trong gan trái	3	4,23
Tổng	71	100

Nhận xét: Tất cả 71 BN phẫu thuật nội soi thành công theo dõi trung bình 24,17 ± 4,68 tháng (6,5 – 59 tháng), tái phát sỏi 7,04% (5 BN), thoát vị vết mổ trocar 1,39% (1 BN).

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

Sỏi đường mật chính là bệnh khá phổ biến, tần suất tăng dần theo tuổi và tỷ lệ bệnh gặp ở nữ nhiều hơn nam. Nghiên cứu của chúng tôi, tuổi trung bình 73,13 ± 9,34 (60 – 97 tuổi). Tỷ lệ nữ 70,83% (51/72 BN). Kết quả này tương đương với Dương Xuân Nhung [3] và y văn [1], [6].

Theo một số nghiên cứu và y văn triệu chứng lâm sàng chủ yếu của sỏi đường mật chính là đau hạ sườn phải, sốt và vàng da [1], [3], [5]. Nghiên cứu của chúng tôi dấu hiệu đau hạ sườn phải 98,61% (71 BN) và tam chứng Charcot chỉ gặp 23,61% (17 BN). Nghiên cứu của Nguyễn Quang Trung trên 229 bệnh nhân sỏi đường mật chính lớn tuổi, dấu hiệu lâm sàng đau hạ sườn phải 96,07% [5]. Chufa Zheng và cộng sự nghiên cứu 123 bệnh nhân sỏi ống mật chủ từ 70 tuổi trở lên có dấu hiệu đau hạ sườn phải 95,9%, vàng da 56,1%, sốt 19,5% , viêm tụy cấp 8,9% và nhiễm trùng đường mật 56,9% [13].

Sỏi đường mật chính có thể nằm ở OMC đơn thuần hoặc kèm theo sỏi trong gan, túi mật hay cả hai [1], [6]. Trong nghiên cứu của chúng tôi sỏi OMC kèm sỏi trong gan chiếm tỷ lệ cao nhất 36,11%, kế đến sỏi OMC kèm theo sỏi túi mật 33,33% và sỏi OMC đơn thuần là 32,56% (Bảng 1). Nghiên cứu của Nguyễn Quang Trung, sỏi OMC kèm sỏi trong gan là 47,16%, sỏi OMC kèm sỏi túi mật 33,62% và sỏi OMC đơn thuần 26,2% [5].

4.2. Đánh giá kết quả của phẫu thuật nội soi điều trị sỏi đường mật trong mổ điều trị sỏi đường mật chính ở bệnh nhân cao tuổi

Vị trí đặt trocar rất quan trọng, bởi vì phẫu thuật nội soi điều trị sỏi ĐMC là phẫu thuật kết hợp nhiều thao tác khó, bao gồm phẫu tích, lấy sỏi, khâu trong ổ bụng, thời gian phẫu thuật dài. Nếu vị trí trocar không thích hợp, thao tác rất khó khăn, kéo dài thời gian phẫu thuật, dễ có nguy cơ xảy ra tai biến và biến chứng hậu phẫu [2], [4]. Kết quả của chúng tôi có 63 BN (87,5%) sử dụng 4 trocar và có 9 BN (12,5%) sử dụng thêm trocar 5mm thứ 5 (Bảng 2). Thêm trocar thứ 5 thường chỉ định khi ổ bụng dính nhiều do vết mổ cũ hay túi mật viêm dính cần phải phẫu tích gỡ dính. Vị trí của trocar thứ 5 tùy thuộc vào vị trí của cơ quan, bộ phận bị dính trong ổ bụng. Nghiên cứu của Sử Quốc Khởi trên 103 BN tất cả đều sử dụng 4 trocar [2]. Nghiên cứu của Vũ Đức Thụ trên 107 BN, kết quả sử dụng 3 trocar là 3/107 trường hợp (7,5%), 4 trocar là 81/107 trường hợp (75,7%), 5 trocar là 11/107 trường hợp và 6 trocar 7 /107 trường hợp (6,5). Liu và cộng sự lại sử dụng 3 hoặc 4 trocar một cách thường quy [9]. Như vậy, số trocar sử dụng có sự khác nhau giữa các tác giả. Theo kinh nghiệm của chúng tôi, trocar 10mm hạ sườn phải dùng đưa ống nội soi chọn vị trí để ống nội soi và OMC tạo thành góc tù hoặc ít nhất cũng là góc vuông, tránh tạo góc nhọn, để dễ thao tác và bảo vệ ống soi.

Phẫu thuật nội soi điều trị sỏi đường mật chính nói chung và ở bệnh nhân cao tuổi nói riêng có tỷ lệ thành công khá cao. Tỷ lệ thành công trong nghiên cứu của chúng tôi là 98,61% (71 BN) (Bảng 3). Trong 2 BN còn lại, 01 BN sỏi mật tái phát chuyển mổ mở do ổ bụng dính không nhận diện được cấu trúc giải phẫu và 01 BN bị tổn thương tá tràng, trường hợp này khâu lỗ thủng qua PTNS thành công, hậu phẫu BN ổn. Lý do chuyển mổ mở trong phẫu thuật nội soi điều trị sỏi đường mật chính thường là dính không nhận diện được cấu trúc giải phẫu, tổn thương tá tràng hay chảy máu không kiểm soát được. Nghiên cứu 72 BN của chúng tôi, tỷ lệ chuyển mổ mở là 1,39% (1 BN), lý do chuyển mổ mở là ổ bụng dính không thể phẫu tích gỡ dính bộc lộ ống mật chủ. Nghiên cứu của Sử Quốc Khởi trên 103 BN, tỷ lệ chuyển mổ mở là 2,9% (3 trường hợp) [2]. Nghiên cứu 111 Bn của Vũ Đức Thụ, tỷ lệ chuyển mổ mở là 3,6% (4 BN) [4]. Kết quả của Liu và cộng sự trên 179 BN, tỷ lệ chuyển mổ mở là 0,6% [9].

Chuyển mổ mở được xem là thất bại của PTNS, nghiên cứu của chúng tôi có 1 BN (1,39%) chuyển mổ mở (Bảng 3) do ổ bụng dính nhiều, mặc dù đã sử dụng 5 trocar nhưng vẫn không thể nhận diện các cấu trúc giải phẫu.

Có 1 BN chuyển mổ mở, do đó đánh giá kết quả PTNS chúng tôi phân tích trên 71 BN thực hiện PTNS thành công. Lấy sỏi đường mật chính có thể qua ngã ống túi mật hoặc ngã mở OMC. Nghiên cứu của chúng tôi chỉ định ở sỏi kích thước từ 15mm trở lên nên tất cả đều lấy sỏi qua ngã mở dọc OMC. Kỹ thuật lấy sỏi có thể dùng các dụng cụ thông dụng như dụng cụ phẫu thuật nội soi, rọ, kẹp Randall. Đối với những trường hợp khó như sỏi to, sỏi kẹt trong đường mật chúng ta áp dụng tán sỏi bằng điện – thủy lực làm tăng tỷ lệ sạch sỏi [2], [4], [8]. Kết quả 71 BN thực hiện lấy sỏi qua PTNS, lấy sỏi bằng các biện pháp thông dụng 87,32% (62 BN) và 12,68% (9 BN) có áp dụng tán sỏi điện – thủy lực (Bảng 4). Kết quả 100 BN lấy sỏi qua PTNS của Sử Quốc Khởi, tỷ lệ sử dụng tán sỏi điện – thủy lực là 56,1% [2], tỷ lệ này trong nghiên cứu 107 BN lấy sỏi qua PTNS của Vũ Đức Thụ là 27,1% [4]. Hầu hết các tác giả đều cho rằng để làm tăng tỷ lệ sạch sỏi cần sử dụng các dụng cụ một cách linh hoạt, khi cần thiết sẽ áp dụng tán sỏi điện – thủy lực.

Sau khi lấy sỏi đường mật chính, chỗ mở OMC có thể khâu kín thì đầu hoặc đặt dẫn lưu Kehr. Một số nghiên cứu cho thấy đặt ống dẫn lưu Kehr trong phẫu thuật điều trị sỏi

ống mật chủ bằng phẫu thuật nội soi sau mổ sẽ gây một số bất lợi cho bệnh nhân, thời gian nằm viện kéo dài và tăng chi phí điều trị [7], [13]. Nghiên cứu của chúng tôi có 39 BN (54,93%) khâu kín chỗ mở ống mật chủ thì đầu và 32 BN (45,7%) đặt dẫn lưu Kehr (Bảng 4). Chúng tôi chỉ định khâu kín ống mật chủ khi lấy hết sỏi dựa vào số sỏi lấy được so với kết quả chụp cắt lớp vi tính, nội soi đường mật trong mổ đánh giá sạch sỏi và đường mật không viêm hoặc viêm nhẹ, cơ vòng Oddi thông tốt. Những trường hợp đã cắt cơ vòng Oddi qua nội soi mật tụy ngược dòng thường đường mật thông xuống tá tràng tốt.

Nói chung, hầu hết các tác giả đều thông nhất khi đánh giá lấy hết sỏi, đường mật không viêm hay viêm nhẹ và thông xuống tá tràng tốt chúng ta có thể khâu kín chỗ mở ống mật chủ [7], [13]. Khâu chỗ mở ống mật chủ nên dùng chỉ tan chậm, có thể khâu mũi rời hay liên tục. Chúng tôi sử dụng mũi khâu rời cho tất cả các trường hợp. Khâu kín hay dẫn lưu Kehr là do phẫu thuật viên đánh giá và quyết định. Một số nghiên cứu đã chứng minh khâu kín ống mật chủ thì đầu giúp bệnh nhân mau hồi phục và thời gian nằm viện ngắn hơn so với những bệnh nhân đặt dẫn lưu Kehr [4], [12].

Tỷ lệ sạch sỏi là mục tiêu quan trọng trong phẫu thuật nội soi điều trị sỏi đường mật chính. Để đánh giá sạch sỏi chúng tôi dựa vào nội soi đường mật trong mổ, đối với những bệnh nhân khâu kín ống mật chủ siêu âm kiểm tra sau mổ 3 – 5 ngày và siêu âm khi tái khám sau mổ 5 – 10 ngày; đối với nhóm dẫn lưu Kehr, siêu âm bụng kiểm tra sau mổ 3 – 5 ngày, sau đó chụp đường mật cản quang qua Kehr sau mổ 7 ngày. Về lâm sàng bệnh nhân ổn, hết đau, không còn dấu hiệu tắc mật. Trường hợp nghi ngờ sót sỏi sẽ cho chụp cắt lớp vi tính hoặc chỉ định làm nội soi mật tụy ngược dòng. Kết quả của chúng tôi, tỷ lệ sạch sỏi là 90,14% (64 BN) (bảng 5). Nghiên cứu của Sử Quốc Khởi, tỷ lệ sạch sỏi là 83% [2]. Kết quả của Vũ Đức Thu, tỷ lệ sạch sỏi là 74,8% [4]. Như vậy, kết của chúng tôi tỷ lệ sạch sỏi cao hơn. Nghiên cứu của Lee và cộng sự, tỷ lệ sạch sỏi là 96,9% [7]. Nói chung tỷ lệ sạch sỏi tùy thuộc nhiều vào kinh nghiệm phẫu thuật viên, trang thiết bị và nhất là vị trí của sỏi..

Trong PTNS có tác giả lo ngại thời gian mổ kéo dài sẽ có nhiều nguy cơ, nhất là ở bệnh nhân cao tuổi nên chỉ định hạn chế. Tuy nhiên, cũng có một số nghiên cứu cho rằng thời gian mổ trong PTNS không dài hơn so với mổ mở. Thời gian mổ trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là $105,70 \pm 34,87$ phút (35 - 200 phút) (Bảng 5). So với nghiên cứu ở nước ngoài trên bệnh nhân cao tuổi sỏi đường mật chính, thời gian mổ trung bình của Anbok Lee và cộng sự là $187,0 \pm 60,4$ phút [7], của Xiang Wu và cộng sự là $172,02 \pm 60,64$ phút [12], của Platt và cộng sự 162 phút [11]. Như vậy, thời gian phẫu thuật của chúng tôi ngắn hơn so với các tác giả này.

Kết quả 71 BN lấy sỏi bằng PTNS của chúng tôi tỷ lệ biến chứng sau mổ tương đối thấp (Bảng 5). Trong đó, rò mật 2,82% (2 BN), chảy máu đường mật 1,41% (1 BN), tụ dịch dưới gan 1,41% (1 BN), nhiễm trùng vết mổ trocar 1,41% (1 BN) và viêm phổi hậu phẫu 1,41% (1 BN) (Bảng 6). Tỷ lệ biến chứng và tử vong trong nghiên cứu của Anbok Lee và cộng sự: viêm phổi 4,68%, rò mật 3,12%, sót 4,68%, tràn dịch màng phổi 1,6% và tử vong 3,1% [7]. Kết quả của Chufa Zheng và cộng sự trên 13 bệnh nhân cao tuổi tỷ lệ biến chứng chung là 4,9% 96 trường hợp, trong đó áp xe trong ổ bụng 1,6% (2 trường hợp), viêm phổi sau mổ 2,4% (3 trường hợp) và rò mật 0,8% (1 trường hợp) [13]. Kết quả nghiên cứu 53 bệnh nhân của chúng tôi tỷ lệ biến chứng chỉ 1,89% (1/53 bệnh nhân), đó là bệnh nhân bị nhiễm trùng vết mổ trocar dưới rốn, chăm sóc tại chỗ và kháng sinh uống vết mổ lành sau 2 tuần. Một số nghiên cứu khác cho thấy ngoài biến chứng nhiễm trùng vết mổ còn có thể

gặp một số biến chứng khác như rò mật, áp xe trong ổ bụng, viêm phổi hậu phẫu hay viêm phúc mạc phải mổ lại [7], [8], [11].

Thời gian nằm viện sau phẫu thuật trung bình là $8,8 \pm 4,68$ ngày (3 – 27 ngày) (Bảng 5). Kết quả nghiên cứu của Liu và cộng sự, thời gian nằm viện sau phẫu thuật trung bình là $4,7 \pm 1$ ngày (3 – 27 ngày) [9]. Trong nghiên cứu của Chufa Zheng và cộng sự, thời gian nằm viện sau mổ $6,0 \pm 4,6$ ngày [13]. Nghiên cứu của Lee và cộng sự, thời gian nằm viện sau mổ trung bình $5,7 \pm 2,3$ [7]. Như vậy so với hai tác giả này thời gian nằm viện trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi dài hơn. Thời gian nằm viện có liên quan đến một số yếu tố như đặc điểm sỏi, có đặt dẫn lưu Kehr hay khâu kín ống mật chủ thì đầu.

Cho đến nay, chưa có phương pháp nào được cho là tối ưu nhất trong điều trị sỏi đường mật chính nói chung và ở bệnh nhân cao tuổi nói riêng [1], [6]. Việc theo dõi sau phẫu thuật để đánh giá kết quả của phẫu thuật nội soi kết hợp nội soi đường mật trong mổ điều trị sỏi đường mật chính ở bệnh nhân cao tuổi là vấn đề cần thiết. Tái phát sỏi, hẹp đường mật, thoát vị vết mổ trocar, ung thư đường mật là những vấn đề có thể gặp. Tất cả 71 bệnh nhân PTNS thành công được theo dõi sau mổ thời gian trung bình là $24,17 \pm 4,68$ tháng (6,5 – 60 tháng), chúng tôi ghi nhận có 5 trường hợp (7,04%) tái phát sỏi, 1 trường hợp (1,41%) thoát vị vết mổ trocar ca rốn, không có trường hợp nào hẹp đường mật, 62 trường hợp còn lại (87,32%) kết quả bình thường về lâm sàng và siêu âm (Bảng 7). Nghiên cứu của Park và cộng sự cho thấy có những yếu tố làm tăng nguy cơ tái phát sỏi OMC sau khi đã lấy sạch sỏi, bao gồm: trên 65 tuổi, tiền sử phẫu thuật đường mật, tiền sử làm NSMTND, nhiều sỏi, đường kính ống mật chủ $\geq 15\text{mm}$ [10].

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật nội soi kết hợp nội soi đường mật trong mổ điều trị sỏi đường mật chính ở bệnh nhân cao tuổi tỷ lệ thành công 98,61%, tỷ lệ biến chứng sau phẫu thuật 7,04%, tỷ lệ sạch sỏi 90,14%. Theo dõi sau phẫu thuật trung bình 24,17 tháng tái phát sỏi 7,04%, thoát vị vết mổ trocar 1,41%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Đình Hồi, Nguyễn Mậu Anh (2012), *Sỏi đường mật*. Nhà xuất bản Y học, Thành phố Hồ Chí Minh.
2. Sử Quốc Khởi (2019), *Nghiên cứu ứng dụng phẫu thuật nội soi mở ống mật chủ lấy sỏi điều trị sỏi đường mật chính tại bệnh viện đa khoa Kiên Giang*. Luận án tiến sĩ y học, Học viện quân y.
3. Dương Xuân Nhưong (2018), *Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị sỏi ống mật chủ ở người cao tuổi*. Luận án tiến sĩ y học, Học viện Quân Y.
4. Vũ Đức Thụ (2020), *Nghiên cứu ứng dụng phẫu thuật nội soi kết hợp nội soi đường mật điều trị sỏi đường mật*. Luận án tiến sĩ y học, Viện nghiên cứu khoa học Y Dược lâm sàng 108.
5. Nguyễn Quang Trung (2012), *Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và thái độ xử trí sỏi đường mật chính ở người cao tuổi*. Luận án tiến sĩ y học. Học Viện Quân Y.
6. Costi R., Gnocchi A., Di Mario F., Sarli L. (2014), *Diagnosis and management of choledocholithiasis in the golden age of imaging, endoscopy and laparoscopy*. *World Journal of Gastroenterology*, 20 (37): 13382-13401.
7. Lee A et al.(2011), *Laparoscopic common bile duct exploration for elderly patients: as a first treatment strategy for common bile duct stones*. *J Korean Surg Soc*; 81(2):128-33.
8. Lin Y. F., Tian Y. F., Uen Y. H. (2017), *Common bile duct exploration for elderly patients with choledocholithiasis: Is laparoscopic method better?*. *Formosan Journal of Surgery*; 50(5):158 – 162.

9. Liu W. S., Jiang Y., Zhang D. et al. (2018), Laparoscopic Common Bile Duct Exploration Is a Safe and Effective Strategy for Elderly Patients. *Surg Innov.*; 25(5):465 – 469.
10. Park S. Y. et al. (2019), Recurrence of common bile duct stones following laparoscopic common bile duct exploration: a multicenter study. *Journal of Hepato-Biliary-Pancreatic Sciences*; 26 (12):578-582.
11. Platt T., Smith K., Sinha S., Nixon M., Srinivas G., Johnson N., Andrews S. (2018) Laparoscopic common bile duct exploration; a preferential pathway for elderly patients. *Annals of Medicine and Surgery*; 30:13-17.
12. Wu X. et al. (2019), Laparoscopic common bile duct exploration with primary closure is safe for management of choledocholithiasis in elderly patients. *Hepatobiliary & Pancreatic Diseases International*; 18(6):557-561.
13. Zheng C et al., Laparoscopic common bile duct exploration: a safe and definitive treatment for elderly patients. *Surg Endos.*; 31(6):2541-2547.

(Ngày nhận bài: 20/12/2022 – Ngày duyệt đăng: 20/01/2022)
