

8. Mehmet Burak-Selek et al. Toxocara canis IgG seropositivity in patients with chronic urticaria, *Iranian Journal of Allergy, Asthma and Immunology*. 2015. 14(4), 450-456.
9. Trần Trọng Dương. Nghiên cứu thực trạng, một số yếu tố nguy cơ nhiễm ấu trùng giun đũa chó trên người và hiệu quả điều trị bằng albendazol tại 2 xã thuộc huyện An Nhơn, Bình Định (2011-2012), *Luận văn tiến sĩ y học*, Viện Sốt rét-Ký sinh trùng-Côn trùng trung ương. 2014.
10. Bùi Văn Tuấn. Thực trạng, một số yếu tố liên quan nhiễm ấu trùng giun đũa chó (*Toxocara canis*) ở người tại huyện Mộ Đức, tỉnh Quảng Ngãi 2016 và hiệu quả một số biện pháp can thiệp, *Luận văn tiến sĩ y tế công cộng*, Viện Vệ sinh Dịch tễ Trung ương. 2018

## KẾT QUẢ CỦA SỰ PHỐI HỢP ĐỒNG THỜI PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT TÚI MẬT VÀ NỘI SOI MẬT TỤY NGƯỢC DÒNG TRONG ĐIỀU TRỊ SỎI TÚI MẬT KÈM SỎI ỐNG MẬT CHỦ TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA THÀNH PHỐ CẦN THƠ NĂM 2022 – 2023

*Đinh Đức Thịnh<sup>1\*</sup>, Nguyễn Văn Hai<sup>1</sup>, Đoàn Tiên Mỹ<sup>2</sup>, Hồ Thu Hương<sup>3</sup>*

1. Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

2. Bệnh viện Chợ Rẫy

3. Trường Đại học Nam Cần Thơ

\*Email: ducthinh2429@gmail.com

Ngày nhận bài: 10/8/2023

Ngày phản biện: 20/11/2023

Ngày duyệt đăng: 25/12/2023

### TÓM TẮT

**Đặt vấn đề:** Tỷ lệ mắc sỏi mật trung bình là 10 - 20% dân số thế giới và khoảng 20% trường hợp mắc có triệu chứng. Tỷ lệ sỏi túi mật có sỏi ống mật chủ kèm theo chiếm khoảng 5 - 15%. Điều trị tối ưu là phối hợp đồng thời phẫu thuật nội soi cắt túi mật và nội soi mật tụy ngược dòng lấy sỏi.

**Mục tiêu nghiên cứu:** Đánh giá kết quả điều trị sỏi túi mật kèm sỏi ống mật chủ bằng phương pháp phối hợp đồng thời phẫu thuật nội soi cắt túi mật và nội soi mật tụy ngược dòng. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu tiến cứu, mô tả loạt ca bệnh trên 30 bệnh nhân sỏi túi mật kèm sỏi ống mật chủ được điều trị bằng phương pháp phối hợp đồng thời phẫu thuật nội soi cắt túi mật và nội soi mật tụy ngược dòng tại khoa Ngoại Tổng hợp, Bệnh viện Đa Khoa Thành Phố Cần Thơ. **Kết quả:** Tuổi trung bình là  $65,9 \pm 16,29$  (31 - 89), tỷ lệ nữ/nam là 2,75/1. Tỷ lệ thành công 100%. Tỷ lệ sạch sỏi lần đầu đạt 96,67%. Thời gian nội soi mật tụy ngược dòng trung bình là  $31,53 \pm 9,34$  phút. Thời gian phẫu thuật nội soi cắt túi mật trung bình là  $63,77 \pm 26,32$  phút. Tỷ lệ biến chứng viêm tụy cấp chiếm 6,67%. Tỷ lệ biến chứng rò mật chiếm 3,33%. **Kết luận:** Phối hợp đồng thời phẫu thuật nội soi cắt túi mật và nội soi mật tụy ngược dòng là phương pháp điều trị sỏi túi mật kèm sỏi ống mật chủ an toàn, hiệu quả, tỷ lệ sạch sỏi cao.

**Từ khóa:** Sỏi túi mật, sỏi ống mật chủ, nội soi cắt túi mật, nội soi mật tụy ngược dòng.

## ABSTRACT

**THE RESULTS OF THE COMBINATION OF LAPAROSCOPIC  
CHOLECYSTECTOMY AND ENDOSCOPIC RETROGRADE  
CHOLANGIOPANCREATOGRAPHY IN THE TREATMENT OF  
GALLSTONES WITH COMMON BILE DUCT STONES AT  
CAN THO GENERAL HOSPITAL IN 2022 – 2023**

*Dinh Duc Thinh<sup>1\*</sup>, Nguyen Van Hai<sup>1</sup>, Doan Tien My<sup>2</sup>, Ho Thu Huong<sup>3</sup>*

*1. Can Tho University of Medicine and Pharmacy*

*2. Cho Ray Hospital*

*3. Nam Can Tho University*

**Background:** The prevalence of gallstones fluctuates around 10 - 20% in the world and about 20% of cases are symptomatic. The rate of gallstones with common bile duct stones is about 5 - 15%. The optimal treatment is the combination of laparoscopic cholecystectomy and endoscopic retrograde cholangiopancreatography. **Objective:** To evaluate the results of treatment of gallstones with common bile duct stones by the combined method of laparoscopic cholecystectomy and endoscopic retrograde cholangiopancreatography. **Materials and methods:** A prospective research reports on a series of 30 cases (descriptive study on 30 patients) with gallstones with common bile duct stones who were treated by the combined method of laparoscopic cholecystectomy and endoscopic retrograde cholangiopancreatography at the Department of General Surgery, Can Tho General Hospital. **Results:** The mean age was  $65.9 \pm 16.29$  (31 - 89), the female/male ratio was 2.75/1. The successful rate was 100%. The rate of stone clearance reached 96.67% at first attempt. The average time of endoscopic retrograde cholangiopancreatography was  $31.53 \pm 9.34$  minutes. The average time of the laparoscopic cholecystectomy was  $62.57 \pm 26.74$  minutes. The rate of complications of acute pancreatitis accounted for 6.67%. The rate of bile fistula complications accounts for 3.33%. **Conclusions:** The combination of laparoscopic cholecystectomy and endoscopic retrograde cholangiopancreatography is a safe and effective method of treating gallstones with common bile duct stones, with a high rate of stone clearance.

**Keywords:** Gallstone, common bile duct stone, laparoscopic cholecystectomy, endoscopic retrograde cholangiopancreatography.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sỏi mật là một trong những vấn đề y tế phổ biến nhất dẫn đến can thiệp phẫu thuật. Tỷ lệ mắc sỏi mật trung bình là 10 - 20% dân số thế giới và khoảng 20% trường hợp mắc có triệu chứng [1]. Trong đó, tỷ lệ sỏi túi mật có sỏi ống mật chủ kèm theo chiếm khoảng 5 - 15% [2]. Vì vậy, việc xây dựng phương pháp điều trị tối ưu cho bệnh nhân mắc sỏi túi mật kèm sỏi ống mật chủ cần được đặt lên hàng đầu.

Trước đây, chiến lược điều trị là nội soi mật tụy ngược dòng (NSMTND) lấy sỏi ống mật chủ trước; sau 1 - 3 ngày, bệnh nhân được phẫu thuật nội soi cắt túi mật (PTNSCTM) [3], [4]. Một chiến lược điều trị khác được xây dựng đó là bệnh nhân được PTNSCTM trước, sau đó NSMTND lấy sỏi ống mật chủ [5]. Một số bệnh viện lớn trong nước như: Bạch Mai, Đa Khoa Trung Ương Cần Thơ, Đại học Y dược Cần Thơ vẫn đang thực hiện NSMTND trước sau đó mới PTNSCTM.

Hiện nay, nhiều trung tâm trên thế giới đã và đang áp dụng một phương pháp tối ưu hơn là phối hợp đồng thời PTNSCTM và NSMTND lấy sỏi [6], [7]. Phương pháp có thể giải quyết cả hai bệnh lý trong cùng một lần gây mê mà vẫn đáp ứng được mục tiêu điều trị, áp dụng được cho những trường hợp cấp cứu [7]. Thực hiện đồng thời hai kỹ thuật giúp bỏ

qua thời gian chờ đợi giữa hai lần phẫu thuật, rút ngắn thời gian nằm viện từ đó làm giảm chi phí điều trị. Do đó, nghiên cứu này được thực hiện với mục tiêu: Đánh giá kết quả điều trị sỏi túi mật kèm sỏi ống mật chủ bằng phương pháp phối hợp đồng thời PTNSCTM và NSMTND.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 2.1. Đối tượng nghiên cứu

Tất cả bệnh nhân sỏi túi mật kèm sỏi ống mật chủ được điều trị bằng phương pháp phối hợp đồng thời PTNSCTM và NSMTND tại khoa Ngoại Tổng hợp, Bệnh viện Đa khoa Thành Phố Cần Thơ.

**- Tiêu chuẩn chọn bệnh:**

- + Trên 18 tuổi.
- + Được chẩn đoán xác định mắc sỏi túi mật có chỉ định phẫu thuật kèm sỏi ống mật chủ qua siêu âm ổ bụng hoặc chụp CT scan bụng.
- + Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu.

**- Tiêu chuẩn loại trừ:**

- + Sỏi nhánh gan kèm theo.
- + Viêm tụy hoại tử.
- + ASA IV và V.
- + Rối loạn đông máu nặng.
- + Thay đổi giải phẫu ống mật chủ: bệnh nhân đã phẫu thuật nối mật ruột, cắt khối tá tụy, nang đường mật...
- + Bệnh nhân có ghi nhận tình trạng: nghi ngờ K đường mật, bệnh lý u quanh bóng Vater, đã phẫu thuật cắt dạ dày hoặc nối vị tràng, sẹo loét xơ chai hành tá tràng, túi thừa tá tràng to.
- + Bệnh nhân có chống chỉ định PTNS: có bệnh lý nội khoa nặng kèm theo như suy gan, suy thận, suy tim, suy hô hấp, tiền căn đã phẫu thuật bụng do ung thư.

### 2.2. Phương pháp nghiên cứu

- **Thiết kế nghiên cứu:** Tiến cứu, mô tả loạt ca bệnh.
- **Nội dung nghiên cứu:** Đánh giá kết quả điều trị: tỷ lệ thành công, tỷ lệ sạch sỏi, thời gian NSMTND trung bình, thời gian PTNSCTM trung bình, tỷ lệ biến chứng.
- **Xử lý số liệu:** Bảng phân mềm SPSS 23.0.

## III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Từ tháng 07/2022 đến 07/2023, có 30 bệnh nhân (BN) được chẩn đoán sỏi túi mật kèm sỏi ống mật chủ được điều trị bằng phương pháp phối hợp đồng thời PTNSCTM và NSMTND lấy sỏi tại khoa Ngoại Tổng hợp Bệnh viện Đa khoa Thành Phố Cần Thơ.

### 3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

- Tuổi: Tuổi trung bình là  $65,9 \pm 16,29$ ; nhỏ nhất 31 và lớn nhất 89 tuổi. Bệnh nhân > 60 tuổi chiếm tỷ lệ 66,67%.
- Giới: 8 nam (26,7%) và 22 nữ (73,3%). Tỷ lệ nữ/nam là 2,75/1.

### 3.2. Kết quả điều trị

**Tỷ lệ thành công:** 100% bệnh nhân được thực hiện phẫu thuật nội soi thành công, không có BN nào phải chuyển mổ mở hoặc NSMTND thất bại.

**Chỉ định mổ**

Bảng 1. Tỷ lệ phẫu thuật cấp cứu và chương trình

Chỉ định	Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
Cấp cứu	12	40
Chương trình	18	60
Tổng cộng	30	100

Nhận xét: Có 12 BN được chỉ định phẫu thuật cấp cứu (40%) và 18 BN được phẫu thuật chương trình (60%).

**Sạch sỏi trong lần đầu**

Bảng 2. Tỷ lệ làm sạch sỏi trong lần đầu

Sạch sỏi trong lần đầu	Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
Có	29	96,67
Không	1	3,33
Tổng cộng	30	100

Nhận xét: Có 29 BN được lấy sạch sỏi trong lần đầu chiếm 96,67% và 1 BN còn sót sỏi chiếm 3,33%.

**Thời gian phẫu thuật trung bình**

Bảng 3. Thời gian phẫu thuật

Thời gian trung bình	Trung bình (phút)	Thay đổi
NSMTND	31,53 ± 9,34	20 - 55
PTNSCTM	63,77 ± 26,32	38 - 169

Nhận xét: Thời gian nội soi mật tụy trung bình là 31,53 ± 9,34 phút, nhanh nhất là 22 phút, chậm nhất là 55 phút.

Thời gian cắt túi mật 63,77 ± 26,32 phút, nhanh nhất là 38 phút, chậm nhất 169 phút.

**Thời gian NSMTND và các yếu tố liên quan**

Bảng 4. Thời gian ERCP và các yếu tố liên quan

Thời gian ERCP và các yếu tố liên quan		Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)	Trung bình (phút)	Thay đổi	p
Số lượng sỏi	1 viên	19	63,33	29,11 ± 9,07	20 - 51	p = 0,161
	2 viên	6	20,00	34,67 ± 4,80	28 - 38	
	> 2 viên	5	16,67	37,00 ± 12,39	20 - 55	
Kích thước sỏi	< 15mm	20	66,67	30,40 ± 9,88	20 - 55	p = 0,356
	≥ 15mm	10	33,33	33,80 ± 8,18	21 - 51	
Tán sỏi	Không	25	83,33	30,12 ± 9,19	20 - 55	p = 0,063
	Có	5	16,67	38,60 ± 7,09	34 - 51	
Kỹ thuật thông nhũ	Cơ bản	25	83,33	29,60 ± 8,18	20 - 51	p = 0,009
	Precut	5	16,67	41,20 ± 9,58	30 - 55	
Chướng bụng	Không	13	43,33	25,62 ± 5,39	20 - 36	p = 0,001
	Có	17	56,67	36,06 ± 9,28	20 - 55	

Nhận xét: Thời gian thực hiện NSMTND ở nhóm thông nhũ cơ bản ngắn hơn so với nhóm thông nhũ bằng phương pháp Precut có ý nghĩa thống kê (p < 0,05).

Thời gian trung bình NSMTND ở nhóm có chướng bụng dài hơn so với nhóm không có chướng bụng với mức ý nghĩa p = 0,001.

Các yếu tố: số lượng sỏi, kích thước sỏi và tán sỏi cơ học có thời gian trung bình NSMDND không có sự khác biệt giữa các nhóm.

**Thời gian phẫu thuật cắt túi mật nội soi và các yếu tố liên quan**

Bảng 5. Thời gian PTNSCTM và các yếu tố liên quan

Thời gian PTNSCTM và các yếu tố liên quan		Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)	Trung bình (phút)	Thay đổi	p
Tiền căn PT ổ bụng	Không	22	73,33	58,05 ± 17,43	38 - 101	p = 0,177
	Có	8	26,67	79,50 ± 39,66	39 - 169	
Mức độ dính	0	11	36,67	49,64 ± 8,67	39 - 65	p = 0,011
	1	10	33,33	58,00 ± 17,67	38 - 101	
	2	5	16,67	70,80 ± 9,58	60 - 86	
	3	4	13,33	108,25 ± 21,34	69 - 169	
Viêm túi mật	Không	17	56,67	60,41 ± 16,44	39 - 101	p = 0,434
	Có	13	43,33	68,15 ± 35,73	38 - 169	
Chướng bụng	Không	13	43,33	49,46 ± 7,69	38 - 61	p = 0,04
	Có	17	56,67	74,71 ± 30,29	42 - 169	

Nhận xét: Thời gian trung bình PTNSCTM khác biệt có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,05$ ) ở các mức độ dính ổ bụng khác nhau.

Thời gian trung bình PTNSCTM ở nhóm có chướng bụng dài hơn nhóm không có chướng bụng với mức ý nghĩa thống kê  $p = 0,04$ .

**Biến chứng**

Bảng 6. Tỷ lệ biến chứng trong và sau mổ

Biến chứng		Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
Biến chứng trong mổ		0	0,00
Biến chứng sau mổ	Viêm tụy cấp	2	6,67
	Rò mật	1	3,33
	Khác	0	0,00
	Tổng	3	10,00

Nhận xét: Tỷ lệ biến chứng là 10% (3 BN), trong đó viêm tụy cấp chiếm 6,67% (2 BN) và rò mật chiếm 3,33% (1 BN).

**IV. BÀN LUẬN**

**4.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu**

Qua nghiên cứu, chúng tôi ghi nhận có 30 trường hợp được chọn vào mẫu nghiên cứu trong đó độ tuổi trung bình là  $65,9 \pm 16,29$  (nhỏ nhất 31 tuổi và lớn nhất 89 tuổi). Đây cũng là độ tuổi thường gặp của các bệnh lý về sỏi mật. Giới tính nữ chiếm đa số 73,3% trường hợp. Tác giả Haraldsson (2019) cũng cho kết quả tương tự với độ tuổi trung bình là 66 tuổi [8]. Sự khác biệt phân bố giới tính theo chúng tôi có thể do nội tiết tố của nữ giới ở độ tuổi mãn kinh nồng độ estrogen làm sự bão hòa cholesterol trong mật và progesterone làm giảm khả năng co bóp túi mật và ống mật chủ dẫn đến ứ mật dễ hình thành sỏi, vì vậy gặp ở nữ nhiều hơn nam.

**4.2. Kết quả điều trị**

Nghiên cứu của chúng tôi đạt tỷ lệ thành công 100%. Tất cả các trường hợp được phẫu thuật nội soi thành công, không có trường hợp nào phải chuyển mổ mở hay NSMTND

thất bại hoặc cần phải thay đổi phương pháp phẫu thuật. Theo tác giả Nguyễn Hoàng Linh (2019) tỷ lệ thành công cũng là 100% [9].

Trong tổng số 30 BN, có 12 trường được chỉ định phẫu thuật cấp cứu, 18 trường hợp được lên lịch phẫu thuật chương trình. Tất cả các trường hợp đều được thực hiện theo quy trình đã được xây dựng trước. BN sau khi gây mê nội khí quản được thực hiện NSMTND trước sau đó mới thay đổi tư thế để PTNSCTM.

Theo một số tác giả, tỷ lệ làm sạch sỏi qua NSMTND ở lần đầu vào khoảng 80%, nhưng trong các trường hợp can thiệp lấy sỏi qua NSMTND nhiều lần thì tỷ lệ làm sạch sỏi có thể lên đến 99% [8]. Tỷ lệ này trong nghiên cứu của chúng tôi là 96,67%. Tuy nhiên, các nhà nội soi cần phải thận trọng trong việc không vượt quá giới hạn của một lần can thiệp nội soi để không gây biến chứng cho bệnh nhân trong khi không cải thiện hiệu quả lâm sàng. Nếu đánh giá không thể làm sạch sỏi trong 1 thì, đặc biệt trên những bệnh nhân lớn tuổi hoặc các bệnh nhân có nhiều bệnh kèm theo nặng thì nên lựa chọn phương pháp dẫn lưu mật hiệu quả bằng stent đường mật và lên kế hoạch cho lần nội soi tiếp theo, đây được xem như lựa chọn hiệu quả [10].

Thời gian NSMTND trung bình là  $31,53 \pm 9,34$  phút, nhanh nhất là 22 phút, chậm nhất là 55 phút. Thời gian cắt túi mật  $63,77 \pm 26,32$  phút, nhanh nhất là 38 phút, chậm nhất 169 phút. Thời gian phẫu thuật của nhóm nghiên cứu chúng tôi có sự tương đồng với tác giả Nguyễn Hoàng Linh (2019), thời gian cắt túi mật trung bình là  $68 \pm 21,9$  phút và NSMTND là  $32 \pm 5,4$  phút [9]. Chúng tôi nhận thấy rằng thời gian trung bình NSMTND ở nhóm thông nhú nâng cao (Precut) dài hơn so với nhóm thông nhú cơ bản với mức ý nghĩa  $p=0,009$  (bảng 4). Tình trạng chướng bụng cũng liên quan chặt chẽ với thời gian thực hiện NSMTND. Ở nhóm có chướng bụng, thời gian trung bình NSMTND là  $36,06 \pm 9,28$ , trong khi nhóm không có chướng bụng thì thời gian trung bình NSMTND là  $25,62 \pm 5,39$ . Sự khác biệt này có ý nghĩa với  $p=0,001$ . Điều này cũng dễ lí giải do thời gian thực hiện NSMTND càng lâu, kỹ thuật càng khó thì lượng hơi bơm vào đường ruột càng nhiều. Ngoài ra, khí bơm vào là không khí nên lượng hơi được ruột hấp thụ được rất kém dẫn đến ruột chướng hơi của ruột kéo dài. Giải pháp khắc phục là thay thế khí bơm vào đường tiêu hoá bằng khí CO<sub>2</sub>. Theo một phân tích tổng hợp của tác giả Cheng (2012), so sánh nhóm bơm khí CO<sub>2</sub> (n=404) và nhóm bơm không khí (n=401). Tác giả kết luận, bơm khí CO<sub>2</sub> phương pháp an toàn làm giảm đau bụng và khó chịu sau NSMTND. Chướng bụng sau ERCP 1 giờ thấp hơn đáng kể ở nhóm bơm CO<sub>2</sub> so với nhóm bơm không khí, với  $p<0,0001$  [11].

Khi so sánh thời gian trung bình PTNSCTM giữa các nhóm có và không có chướng bụng có cũng có sự khác biệt với  $p=0,04$  (bảng 5). Tình trạng chướng hơi ảnh hưởng trực tiếp đến không gian thao tác trong quá trình phẫu thuật. Để khắc phục tình trạng này, chúng tôi kiểm soát bằng cách hạn chế bơm hơi trong lúc thực hiện thủ thuật, chỉ bơm khi cần thiết, hút hơi càng nhiều càng tốt ở tá tràng và dạ dày trong quá trình lui máy nội soi. Tuy nhiên, trong nghiên cứu của chúng tôi vẫn còn một số trường hợp chướng bụng. Trong đó, có 1 trường hợp (TH) cần phải sử dụng thêm trocar thứ 4 để vén, che chắn ruột, đảm bảo an toàn cho cuộc mổ. Ngoài ra, thời gian PTNSCTM còn phụ thuộc nhiều yếu tố khác như tình trạng viêm của túi mật, mức độ khó của giải phẫu tam giác gan mật, tình trạng viêm của ổ bụng [12]. Thời gian trung bình PTNSCTM giữa các nhóm mức độ dính có sự khác biệt với mức ý nghĩa  $p=0,011$ . Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 4 trường hợp dính mức độ nhiều cần phẫu tích thận trọng tránh tổn thương các cơ quan lân cận.

Về biến chứng sau mổ, chúng tôi ghi nhận 02 TH viêm tụy cấp và 01 TH rò mật. Theo Testoni (2002) và Thomas (2001) bệnh nhân đau bụng kéo dài trên 24 giờ sau NSMTND kết

hợp với amylase máu cao gấp 3 lần thì chẩn đoán là viêm tụy cấp, được theo dõi và điều trị [13]. Theo tiêu chuẩn này thì chúng tôi ghi nhận có 02 TH (chiếm tỷ lệ 6,67%) biến chứng viêm tụy cấp sau mổ. Tác giả La Vĩnh Phúc (2013) và tác giả Williams (2017) cũng cho tỷ lệ tương đồng với nghiên cứu của chúng tôi [14]. Cả hai đều có mức độ nhẹ và điều trị nội khoa thành công. Sau 72 giờ, đánh giá lại bệnh nhân cải thiện tốt và được cho xuất viện. Các trường hợp này do sỏi to, nong bóng lớn kèm tán sỏi, thời gian thủ thuật kéo dài.

Chúng tôi ghi nhận 01 BN có biến chứng rò mật (chiếm tỷ lệ 3,33%). TH này được chỉ định phẫu thuật cấp cứu, trong mổ ghi nhận tình trạng viêm túi mật cấp trên nền viêm mạn tính, lòng chứa rất nhiều sỏi nhỏ, thành dày, ống túi mật giãn. Túi mật dính chặt vào tá tràng, đại tràng góc gan và mạc nối lớn. Quá trình phẫu tích tam giác gan mật vô cùng khó khăn. Hậu phẫu ngày 2 phát hiện dịch mật rò chảy ra từ ống dẫn lưu bụng. BN được khảo sát lại đường mật bằng CT Scan và chỉ định thực hiện NSMTND lần hai, phát hiện còn sót sỏi ở vị trí đoạn cuối ống mật chủ. Dùng dụng cụ lấy hết sỏi, chụp hình đường mật kiểm tra, đặt stent đường mật. Sau mổ, lượng dịch mật rò giảm dần, không ghi nhận tình trạng viêm phúc mạc. Bệnh nhân được rút ống dẫn lưu bụng ngày hậu phẫu thứ 15 và xuất viện ngày hôm sau. Việc để sót sỏi ở trường hợp này có thể do trong quá trình phẫu tích tam giác gan mật khó khăn, ống túi mật giãn rộng, thao tác cầm nắm thay đổi nhiều lần, thời gian mổ kéo dài làm sỏi túi mật rơi xuống. Bên cạnh đó, túi mật có nhiều sỏi kích thước nhỏ cũng làm tăng khả năng sỏi rơi được xuống ống mật chủ. Theo nghiên cứu của tác giả Reid, 4mm là điểm mốc đường kính sỏi túi mật dễ rơi xuống ống mật chủ tạo thành sỏi thứ phát [15]. Tuy nhiên, vấn đề sỏi túi mật rơi xuống ống mật chủ trong quá trình phẫu tích và cắt túi mật vẫn còn nhiều tranh cãi, cần có những nghiên cứu lớn hơn để khảo sát vấn đề này.

## V. KẾT LUẬN

Phối hợp đồng thời PTNSCTM và NSMTND trong điều trị sỏi túi mật kèm sỏi ống mật chủ bước đầu cho thấy là phẫu thuật an toàn, hiệu quả, tỷ lệ thành công cao, giúp bệnh nhân tránh được việc phải chịu thêm một lần gây mê, có thể áp dụng điều trị cho các TH cấp cứu.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Kedia P. and Tarnasky P. R. Endoscopic Management of Complex Biliary Stone Disease. *Gastrointest Endosc Clin N Am*. 2019. 29(2), 257-275, doi: 10.1016/j.giec.2018.11.004
2. González J. E. B., Peña R. T., Torres J. R., Alfonso M. Á. M., Quintanilla R. B., et al. Endoscopic versus laparoscopic treatment for choledocholithiasis: a prospective randomized controlled trial. *Endosc Int Open*. 2016, 4(11), 1188-1193, doi: 10.1055/s-0042-116144.
3. Nguyễn Văn Định, Nguyễn Tuấn và Nguyễn Ngọc Thao. Đánh giá kết quả phẫu thuật cắt túi mật nội soi sau nội soi mật tụy ngược dòng, *Tạp chí Y Học TP. Hồ Chí Minh*, 2019, 23(1), 195-200.
4. Lyu Y., Cheng Y., Li T., Cheng B., Jin X. Laparoscopic common bile duct exploration plus cholecystectomy versus endoscopic retrograde cholangiopancreatography plus laparoscopic cholecystectomy for cholecystocholedocholithiasis: a meta-analysis. *Surg Endosc*. 2019, 33(10), 3275-3286, doi: 10.1007/s00464-018-06613-w.
5. Ricci C., Pagano N., Taffurelli G., Pacilio C.A., Migliori M., et al. Comparison of Efficacy and Safety of 4 Combinations of Laparoscopic and Intraoperative Techniques for Management of Gallstone Disease With Biliary Duct Calculi: A Systematic Review and Network Meta-analysis. *JAMA Surg*. 2018, 153(7), 181167, doi: 10.1001/jamasurg.2018.1167.

6. Sử Quốc Khởi, Nguyễn Tấn Cường, Trương Công Thành, Đào Xuân Cường, Danh Canh. Bước đầu đánh giá kết quả phương pháp phẫu thuật nội soi cắt túi mật kết hợp nội soi tiêu hóa (ERCP) trong mổ, *Tạp chí Y Học TP. Hồ Chí Minh*, 2013,17(6), 316-320.
  7. Muhammedoglu B. and Kale I. T. Comparison of the safety and efficacy of single-stage endoscopic retrograde cholangiopancreatography plus laparoscopic cholecystectomy versus two-stage ERCP followed by laparoscopic cholecystectomy six-to-eight weeks later: A randomized controlled trial. *Int J Surg*. 2020, 76, 37-44, doi: 10.1016/j.ijssu.2020.02.021.
  8. Haraldsson E., Kylänpää L., Grönroos J., Saarela A., Toth E. Macroscopic appearance of the major duodenal papilla influences bile duct cannulation: a prospective multicenter study by the Scandinavian Association for Digestive Endoscopy Study Group for ERCP. *Gastrointest Endosc*. 2019, 90(6), 957-963, doi: 10.1016/j.gie.2019.07.014.
  9. Nguyễn Hoàng Linh, Nguyễn Khắc Vui và Nguyễn Đức Vũ (2019). Kết quả bước đầu nội soi cắt túi mật kết hợp nội soi mật tụy ngược dòng (ERCP). *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2019, 478(2), 17-21.
  10. Kedia P. and Tarnasky P. R. Endoscopic Management of Complex Biliary Stone Disease. *Gastrointest Endosc Clin N Am*. 2019, 29(2), 257-275, doi: 10.1016/j.giec.2018.11.004.
  11. Cheng Y., Xiong X. Z., Wu S.J., Lu J., Lin Y. X., et al. Carbon dioxide insufflation for endoscopic retrograde cholangiopancreatography: A meta-analysis and systematic review. *World J Gastroenterol*. 2012, 18(39), 5622-5631, doi: 10.3748/wjg.v18.i39.5622.
  12. Inoue K., Ueno T., Douchi D., Shima K., Got S., et al. Risk factors for difficulty of laparoscopic cholecystectomy in grade II acute cholecystitis according to the Tokyo guidelines 2013. *BMC Surgery*. 2017, 17(1), 11, doi: 10.1186/s12893-017-0319-6.
  13. Thomas P. R. and Sengupta S. Prediction of pancreatitis following endoscopic retrograde cholangiopancreatography by the 4-h post procedure amylase level. *J Gastroenterol Hepatol*. 2001, 16(8), 923-6, doi: DOI: 10.1046/j.1440-1746.2001.02547.x
  14. La Vĩnh Phúc. Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá kết quả lấy sỏi ống mật chủ bằng nội soi mật tụy ở bệnh nhân trên 15 tuổi tại bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ. *Luận văn Thạc sĩ Y học*, Trường Đại học Y Dược Cần Thơ. 2013, 64-68.
  15. Reid J., Dolan R., Patel M., Fleming R., Young D., et al. Size of common bile duct stones on MRCP predicts likelihood of positive findings at ERCP. *Surgeon*. 2017,15(3), 119-122, doi: 10.1016/j.surge.2015.11.001.
-