

**KẾT QUẢ PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT TÚI MẬT  
PHỐI HỢP NỘI SOI MẬT - TUY NGƯỢC DÒNG 1 THÌ  
ĐIỀU TRỊ SỎI TÚI MẬT VÀ SỎI ỐNG MẬT CHỦ  
TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TRUNG TÂM AN GIANG**

*Lê Huy Cường\*, Nguyễn Thành Phúc,  
Trần Nguyễn Quang Trung, Hồ Hiền Sang  
Bệnh viện Đa khoa Trung tâm An Giang  
\*Email: drlehuycuong@gmail.com*

**TÓM TẮT**

**Đặt vấn đề:** Sỏi mật là bệnh lý phổ biến tại Việt Nam cũng như các nước trên thế giới. Sự phối hợp kỹ thuật nội soi mật tụy ngược dòng sau đó cắt túi bằng phẫu thuật nội soi được đề cập nhiều trong y văn do có nhiều ưu điểm mang lại và cũng là sự phối hợp được ưa chuộng hiện nay để điều trị cùng lúc sỏi ống mật chủ và sỏi túi mật. **Mục tiêu nghiên cứu:** Đánh giá kết quả điều trị của phẫu thuật nội soi cắt túi mật kết hợp nội soi mật tụy ngược dòng 1 thì trong điều trị sỏi túi mật và sỏi ống mật chủ tại Bệnh viện Đa khoa Trung tâm An Giang. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Mô tả cắt ngang 20 trường hợp có sỏi túi mật kèm sỏi ống mật chủ được tiến hành đồng thời nội soi mật tụy ngược dòng lấy sỏi ống mật chủ và phẫu thuật nội soi cắt túi mật từ 01/01/2020 đến 30/9/2020. **Kết quả:** Tỷ lệ nam/nữ là 7/13, tuổi trung bình  $50,10 \pm 13,97$ , thời gian thủ thuật ERCP trung bình là  $38,85 \pm 25,33$  phút, thời gian phẫu thuật nội soi cắt túi mật là  $78,95 \pm 30,03$  phút.

Thời gian nằm viện sau mổ trung bình là  $6,95 \pm 4,5$  ngày, tỷ lệ thành công là 95% với tỷ lệ sạch sỏi là 100%, chi phí điều trị trung bình là  $14,87 \pm 6,68$  triệu VNĐ. **Kết luận:** Phẫu thuật nội soi cắt túi mật phối hợp nội soi mật tụy ngược dòng trong cùng một thì là an toàn, hiệu quả, tỷ lệ thành công cao và tỷ lệ biến chứng rất thấp, với chi phí điều trị hợp lý.

**Từ khóa:** Nội soi mật tụy ngược dòng, phẫu thuật nội soi cắt túi mật, sỏi đường mật.

## ABSTRACT

### RESULTS OF TREATMENT FOR CONCOMITANT GALLSTONES AND COMMON BILE DUCT STONES BY ONE - STAGE ERCP AND LAPAROSCOPIC CHOLECYSTECTOMY AT AN GIANG GENERAL CENTRAL HOSPITAL

*Le Huy Cuong\*, Nguyen Thanh Phuc, Tran Nguyen Quang Trung, Ho Hien Sang*  
An Giang General Central Hospital

**Background:** Gallstones are common diseases in Vietnam as well as in other countries in the world. The one-stage endoscopic retrograde cholangiopancreatography (ERCP) and laparoscopic cholecystectomy (LC) has many advantages and also the current preferred combination for the treatment of common bile duct (CBD) stones and gallbladder stones. **Objectives:** To evaluate the results of treatment concomitant gallstones and CBD stones by one-stage ERCP and LC. **Materials and methods:** a serial case report of 20 patients who underwent ERCP and LC during the same session, from January 1, 2020 to September 30, 2020. **Results:** Sex ratio male/female was 7/13, mean age was  $50.10 \pm 13.97$ , the mean duration of the endoscopic procedures was  $38.85 \pm 25.33$  minutes, the mean operative time  $78.95 \pm 30.03$  minutes. The mean postoperative hospital stay was  $6.95 \pm 4.5$  days, the success rate of the endoscopic procedures was 95% with CBD stone clearance rates was 100%. The mean treatment cost was  $14.87 \pm 6.68$  millions VND. **Conclusion:** One-stage ERCP and LC was safe, effective, has a high success rate, and low complication rate with reasonable treatment costs.

**Keywords:** ERCP, laparoscopic cholecystectomy (LC), bile duct stones.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sỏi mật là bệnh lý phổ biến tại Việt Nam cũng như các nước trên thế giới và thường gây nhiều biến chứng nặng nề. Ngày nay, với sự phát triển của khoa học kỹ thuật, bệnh lý sỏi mật đã được chẩn đoán dễ dàng hơn với các phương tiện hiện đại như: Siêu âm, chụp cắt lớp vi tính, chụp cộng hưởng từ, chụp đường mật qua nội soi mật tụy ngược dòng. Nội soi mật tụy ngược dòng (ERCP) là kỹ thuật nội soi tá tràng dưới màn tăng sáng X quang để chẩn đoán và điều trị một số bệnh lý đường mật và tụy tạng [1].

Theo nghiên cứu của nhiều tác giả, tại thời điểm chẩn đoán sỏi túi mật, có khoảng 5-21% sỏi ống mật chủ đi kèm [3], [7]. Điều trị không đầy đủ hoặc không nhịp nhàng để giải quyết sỏi ở 2 vị trí đôi khi làm chậm trễ gây nhiều biến chứng như nhiễm trùng đường mật, viêm tụy cấp...đe dọa tính mạng người bệnh. Có nhiều phương pháp điều trị đồng thời sỏi túi mật và sỏi ống mật chủ như mổ mở lấy sỏi ống mật chủ và cắt túi mật hoặc phẫu thuật nội soi có ống soi mềm lấy sỏi ống mật chủ và cắt túi mật, đặc biệt là sự phối hợp kỹ thuật nội soi mật tụy ngược dòng sau đó cắt túi mật bằng PTNS một thì hoặc hai thì được đề cập nhiều trong y văn [3], [4], [6], [8].

Từ nhiều năm nay, Bệnh viện Đa khoa Trung tâm An Giang đã phối hợp nhịp nhàng và có hiệu quả giữa ê-kíp thực hiện kỹ thuật nội soi mật tụy ngược dòng và ê-kíp phẫu thuật nội soi cắt túi mật ngay tại phòng mổ trong một lần can thiệp giúp giảm thiểu số lần gây mê,

giảm thời gian phẫu-thủ thuật, giảm thời gian nằm viện, giảm chi phí điều trị và gia tăng sự hài lòng người bệnh... Từ những ưu điểm đó, chúng tôi quyết định thực hiện đề tài “Kết quả phẫu thuật nội soi cắt túi mật phối hợp với nội soi mật-tụy ngược dòng 1 thì điều trị sỏi túi mật và sỏi ống mật chủ tại Bệnh viện Đa khoa Trung tâm An Giang” nhằm tổng kết, đánh giá kết quả ứng dụng các kỹ thuật này trong thực hành lâm sàng.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1. Đối tượng nghiên cứu:** Tất cả bệnh nhân có sỏi túi mật kèm sỏi ống mật chủ được tiến hành đồng thời nội soi mật tụy ngược dòng lấy sỏi ống mật chủ và phẫu thuật nội soi cắt túi mật tại khoa Ngoại Tổng hợp - Bệnh viện ĐKTT An Giang từ 01/01/2020 đến 30/9/2020.

**2.2. Tiêu chuẩn chọn bệnh:** Tất cả các bệnh nhân có sỏi túi mật kèm sỏi ống mật chủ, thỏa các tiêu chuẩn sau:

- Bệnh nhân trên 18 tuổi.
- Sỏi túi mật kèm sỏi ống mật chủ.

### 2.3. Tiêu chuẩn loại trừ:

- Có sỏi trong gan kèm theo.
- Có vết mổ cũ đường giữa trên rốn (mở ống mật chủ lấy sỏi, cắt dạ dày...).
- Sỏi ống mật chủ  $\geq 20\text{mm}$  và / hoặc không có chỉ định làm ERCP.
- Viêm tụy cấp nặng do sỏi mật.
- Sỏi túi mật không có chỉ định phẫu thuật nội soi.
- Chẩn đoán sau mổ là bệnh lý ác tính của đường mật.
- Bệnh nhân có sốc nhiễm trùng đường mật.
- ASA  $\geq 3$ .

**2.4. Thiết kế nghiên cứu:** Mô tả cắt ngang.

**2.5. Phương pháp tiến hành:** Các bước cơ bản như sau:

- Kỹ thuật ERCP: BN được gây mê toàn thân, ống soi được đưa qua miệng xuống thực quản, dạ dày và vào tá tràng, ở đoạn D2 tá tràng tìm nhú tá lớn. Thông nhú và bơm thuốc cản quang đường mật để đánh giá vị trí tắc nghẽn ống mật chủ và các tổn thương khác như sỏi ống mật chủ, hẹp đường mật... Cắt hoặc nong cơ vòng Oddi. Lấy sỏi ống mật chủ, có thể kèm tán sỏi nếu sỏi lớn. Có thể lấy sỏi 2-3 lần nếu sỏi to và nhiều. Sau thủ thuật, tất cả bệnh nhân đều được chụp đường mật để kiểm tra [1].

- Kỹ thuật cắt TM nội soi: Trong cùng một lần gây mê, sau khi làm ERCP, bệnh nhân được thay đổi tư thế nằm ngửa đầu cao chân thấp, đặt các trocar tiến hành phẫu thuật nội soi cắt túi mật.

### 2.6. Đo lường và định nghĩa các biến

- Thời gian thủ thuật: được tính bằng phút, kể từ khi tiến hành đặt ống soi đến khi rút ống soi trong thủ thuật ERCP.
- Thời gian phẫu thuật: được tính bằng phút, kể từ khi rạch da đến khi may lại các lỗ trocars.
- Thời gian phẫu-thủ thuật = Thời gian phẫu thuật + thời gian thủ thuật.
- Tỷ lệ chuyển mổ mở.
- Kích thước và số lượng sỏi túi mật và sỏi ống mật trước và sau phẫu-thủ thuật.
- Các tai biến-biến chứng: Chảy máu, thủng tá tràng, viêm tụy cấp, tổn thương đường mật...

- Theo dõi sau mổ: Sau 3-5 ngày bệnh nhân được siêu âm bụng tổng quát, xét nghiệm Bilirubin (TP, TT), Amylase, Lipase và Công thức máu, CRP để đánh giá tình trạng tắc mật, nhiễm trùng sau mổ, tai biến-biến chứng và tình trạng sạch sỏi.

- Tỷ lệ sạch sỏi sau phẫu-thủ thuật.

- Kích thước và số lượng sỏi sót.

- Phẫu-thủ thuật thành công khi không có chuyển sang phương pháp phẫu thuật khác và hoặc là ERCP < 3 lần nếu lần đầu chưa lấy hết sỏi.

- Thời gian nằm viện: được tính theo công thức: số ngày nằm viện = ngày xuất viện - ngày nhập viện.

- Tiêu chuẩn ra viện: Không có dấu hiệu tắc mật, không có nhiễm trùng (lâm sàng và cận lâm sàng), tình trạng viêm tụy ổn (nếu có), vết mổ khô tốt, hết đau hay đau ít, trung tiện được, bệnh nhân tự đi lại và tự vệ sinh.

- Theo dõi và tái khám: Tái khám sau khi bệnh nhân ra viện 5 ngày bằng xét nghiệm Bilirubin máu và siêu âm bụng cho tất cả các trường hợp.

**2.7. Xử lý số liệu:** Các số liệu được ghi nhận vào phiếu thu thập lập sẵn và được xử lý mô tả bằng phần mềm SPSS 20.0.

### III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

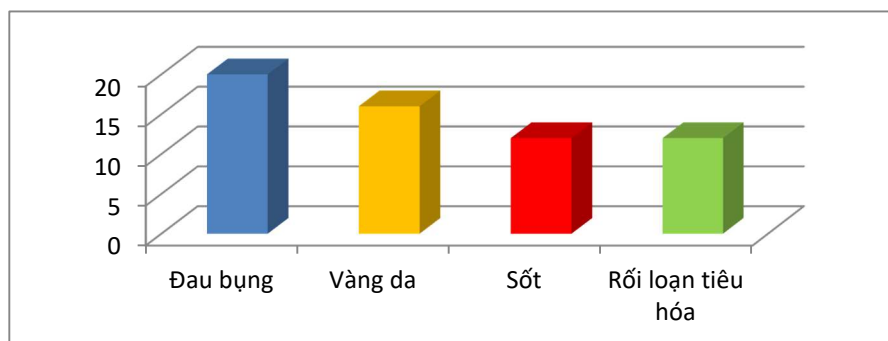
Trong thời gian từ 01/01/2020 đến 30/09/2020, chúng tôi thực hiện được 20 trường hợp phẫu thuật nội soi cắt túi mật phối hợp nội soi mật tụy ngược dòng trong cùng một thì. Kết quả được mô tả qua các bảng sau:

Bảng 1. Đặc điểm bệnh nhân

Đặc điểm bệnh nhân	n=20 (%)	
Tuổi	58,10 ± 13,97 (29-78 tuổi)	
Giới (nam/nữ)	7/13 (35%/65%)	
Nghề nghiệp	+ Làm ruộng: 2 TH (10%) + Buôn bán: 4 TH (20%) + Công nhân viên: 4 TH (20%)	+ Nội Trợ: 1 TH (5%) + Hết tuổi lao động: 9 TH (45%)
Chỉ số BMI	+ Bình thường ( $18,5 \leq \text{BMI} < 23$ ): 2 TH (10%) + Thừa cân ( $\text{BMI} \geq 23$ ): 18 TH (90%)	

Nhận xét: Về lâm sàng, hai triệu chứng chính là đau bụng vùng hạ sườn phải chiếm cả 20 trường hợp (100%) và vàng da 16 trường hợp (80%). Có 12 trường hợp có sốt khi nhập viện (60%) và 12 trường hợp có biểu hiện rối loạn tiêu hóa như chán ăn, buồn nôn và nôn ói.

Biểu đồ 1: Triệu chứng lâm sàng



Nhận xét: Tất cả các bệnh nhân đều được tiến hành làm các cận lâm sàng cần thiết trước mổ

Bảng 2. Kết quả cận lâm sàng trước mổ

Nội dung	Kết quả
Bạch cầu	+ Tăng: 9 TH (45%) + Bình thường: 11 TH (55%)
CRP	+ Tăng: 13 TH (65%) + Bình thường: 7 TH (35%)
Bilirubin Toàn phần và Trực tiếp	+ Tăng trong 100% TH. + Bilirubin TP trung bình: $40,47 \pm 23,60 \mu\text{mol/L}$ . Bilirubin TT trung bình: $22,06 \pm 18,97 \mu\text{mol/L}$
Chỉ số AST (U/L)	$196,93 \pm 197,79 \text{ U/L}$
Chỉ số ALT (U/L)	$215,39 \pm 276,89 \text{ U/L}$
Hình ảnh học sỏi ống mật chủ (Qua CT-Scan và siêu âm)	+ Sỏi bùn: 9 TH (45%). + Sỏi viên: 11 TH (65%). Số lượng sỏi trung bình là $2,85 \pm 1,57$ viên (1-6 viên)
Hình ảnh học túi mật (Qua CT-Scan và siêu âm)	+ Thành túi mật dày (>3mm): 19 TH (95%) + Thành túi mật mỏng: 1 TH (5%)
Thang điểm ASA (American Society of Anesthesiologists)	+ 1 điểm: 6 TH (30%) + 2 điểm: 14 (70%)

Nhận xét: Tất cả các bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi đều được hẹn tái khám lại sau mổ.

Bảng 3. Kết quả điều trị và tái khám

Nội dung	Kết quả
Thời gian thủ thuật ERCP	$38,85 \pm 25,33$ phút (10-90 phút)
Các tổn thương kèm theo	+ Hẹp đường mật: 1 TH (5%). + Viêm hẹp Oddi: 6 TH (30%). + Không có tổn thương đi kèm: 12 TH (60%).
Kết quả ERCP	+ Thành công: 19 TH (95%). + Thất bại: 1 TH (5%) (không tìm được nhú tá lớn để đặt ống thông vào đường mật)
Biến chứng sau ERCP	+ Viêm tụy cấp: 1 TH (5%) + Không biến chứng: 19 TH (95%)
Thời gian phẫu thuật	$78,95 \pm 30,03$ phút
Biến chứng sau mổ	Không biến chứng: 19/19 TH 100%
Thời gian trung tiện sau mổ	$1,68 \pm 0,58$ ngày (1-3 ngày).
Thời gian nằm viện sau mổ	$6,95 \pm 4,5$ ngày (3-22 ngày)
Điểm đau sau mổ (VAS)	+ Ngày 1: $4,89 \pm 0,88$ điểm + Ngày 3: $2,58 \pm 0,9$ điểm
Siêu âm bụng kiểm tra	Sạch sỏi: 100%.

Nhận xét: Khi tái khám, tất cả trường hợp, chỉ số bạch cầu, bilirubin trở về bình thường, 4 trường hợp (21,05%) có chỉ số amylase và lipase tăng nhẹ, nhưng lâm sàng bệnh nhân ổn định, được điều trị ngoại trú. Siêu âm ổ bụng kiểm tra 19/19 trường hợp (100%) không có sỏi sỏi.

#### IV. BÀN LUẬN

Việc điều trị đồng thời sỏi túi mật và sỏi ống mật chủ có nhiều phương pháp và không phải trường hợp sỏi ống mật chủ nào cũng có thể can thiệp qua ERCP nhưng nếu được chỉ định đúng thì sự phối hợp giữa ERCP và phẫu thuật nội soi cắt túi mật có thể mang lại hiệu quả tối ưu với xâm lấn là tối thiểu bởi vì bệnh nhân sau mổ không phải nhận một vết mổ dài, không phải đặt ống dẫn lưu Kehr từ đó tránh được các biến chứng của nó [6]. Tuổi

trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là  $58,10 \pm 13,97$  tuổi nhỏ nhất là 29, lớn nhất là 78 tuổi, tương đương với kết quả của Phạm Trung Vỹ là  $52,2 \pm 12,5$  tuổi [3], Reema Mallick là  $49 \pm 20$  tuổi [10], Mohamed Salimah ghi nhận tuổi trung bình là 52,1 (từ 18-74 tuổi) [9]. Về giới tính, nữ giới chiếm đa số (65%) điều này cũng phù hợp với đa số các nghiên cứu [3], [6], [9], [10] và y văn vì giới tính nữ là một trong những yếu tố nguy cơ mắc phải sỏi túi mật do estrogen làm tăng tiết cholesterol và progesterol làm giảm co bóp túi mật.

Về triệu chứng lâm sàng, tam chứng Charcot kinh điển được mô tả từ rất lâu trong bệnh cảnh tắc mật do sỏi ống mật chủ bao gồm ba triệu chứng chính và xuất hiện theo thứ tự, đó là đau, sốt và vàng da, biểu hiện các triệu chứng này tùy thuộc vào mức độ tắc nghẽn và nhiễm trùng. Trong nghiên cứu của chúng tôi, các triệu chứng này được biểu hiện với tần suất như sau: đau hạ sườn phải (100%), sốt (60%) và vàng da (80%), đây là các triệu chứng thường gặp và là lý do khiến bệnh nhân nhập viện, kết quả này tương đương với Phạm Trung Vỹ [3] với đau hạ sườn phải (91,2%), vàng da (51,5%), sốt (22,1%) và Reema Mallick [10] với đau bụng (98%), vàng da (30%) và nôn ói (75%). Chỉ số trung bình bilirubin toàn phần của chúng tôi là  $40,47 \pm 23,60$   $\mu\text{mol/L}$ , bilirubin trực tiếp trung bình  $22,06 \pm 18,97$   $\mu\text{mol/L}$ , điều này cho thấy các bệnh nhân vào viện trong tình trạng tắc mật, phù hợp với các triệu chứng lâm sàng đã được mô tả ở trên, kết quả này cũng tương đương Jin Feng Zang [6]:  $37,3 \pm 8,6$   $\mu\text{mol/L}$  và thấp hơn Mohamed Selimah [9]:  $71,82 \pm 39,33$   $\mu\text{mol/L}$ . Về hình ảnh sỏi qua các phương tiện chẩn đoán như siêu âm và chụp cắt lớp vi tính, cho thấy 9 trường hợp (45%) thấy được sỏi bùn ống mật chủ, 11 trường hợp còn lại: số lượng sỏi trung bình là  $2,85 \pm 1,57$  viên (1-6 viên), kích thước sỏi trung bình là  $11,00 \pm 4,38$  mm, thành túi mật dày  $> 3$  mm trong 19 trường hợp (95%), số lượng sỏi trung bình trong túi mật là  $3,65 \pm 6,62$  viên (1-30 viên), kích thước sỏi trung bình trong túi mật là  $11,38 \pm 7,59$ mm, điều này cũng cho thấy 95% bệnh nhân vào viện có tình trạng viêm túi mật và tất cả các trường hợp có kích thước sỏi phù hợp với chỉ định phẫu-thủ thuật và kết quả này cũng tương đương với Phạm Trung Vỹ [3] nhưng kích thước sỏi ống mật chủ trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi to hơn tác giả Jin Feng Zang ( $6,4 \pm 1,4$  mm) [6]. Tình trạng bệnh nhân trước mổ được đánh giá theo thang điểm ASA với ASA=1 chiếm 30%, ASA = 2 chiếm 70%, như vậy, tất cả bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi nằm trong nhóm có khoảng điểm an toàn cho phẫu thuật, trong thực tế chúng tôi không có bệnh nhân nào bị tai biến, biến chứng phẫu thuật liên quan đến bệnh lý nội khoa, điều này cũng tương đồng với các nghiên cứu khác [6], [10].

Thời gian thủ thuật ERCP của chúng tôi là  $38,85 \pm 25,33$  phút (nhỏ nhất là 30 phút và chậm nhất là 90 phút), thời gian phẫu thuật là  $78,95 \pm 30,03$  phút. Nếu so với tác giả Reema Mallick [10] thì thời gian thủ thuật ERCP của chúng tôi dài hơn ( $38,85 \pm 25,33$  phút so với  $28 \pm 15$  phút) nhưng thời gian phẫu thuật nội soi cắt túi mật của chúng tôi ngắn hơn ( $78,95 \pm 30,03$  phút so với  $115 \pm 52$  phút). Tỷ lệ ERCP thành công của chúng tôi là 95% vì có 1 trường hợp (5%) làm ERCP thất bại, phải chuyển sang phẫu thuật nội soi mở ống mật chủ lấy sỏi kèm cắt túi mật, tỷ lệ này của chúng tôi thấp hơn tác giả Jin Feng Zang [6] là 97,8% và Mohamed Selimah [9] là 97,5% nhưng cao hơn tác giả Bahtiyar Muhammedoglu [5] là 80%. Tác giả Aldo Bove [4] cho rằng, trước mổ bệnh nhân cần được chụp cắt lớp vi tính để xác định số lượng và vị trí của sỏi, việc này giúp phẫu thuật viên dễ dàng đánh giá lấy hết sỏi trong lúc mổ, chúng tôi cũng đồng tình với quan điểm này, tất cả bệnh nhân của chúng tôi trước phẫu-thủ thuật đều chụp cắt lớp vi tính để xác định chính xác số lượng, vị trí sỏi trong đường mật và điều này làm tăng tỷ lệ sạch sỏi sau phẫu-thủ thuật.

Theo y văn, việc đánh giá độ an toàn và khả thi của kỹ thuật cần dựa vào các tiêu chí như tỷ lệ sạch sỏi, tai biến, biến chứng và cuối cùng là tỷ lệ tử vong liên quan đến kỹ thuật. Tỷ lệ sạch sỏi trong nghiên cứu của chúng tôi là 100%, có thể do cỡ mẫu còn nhỏ nên chưa đánh giá chính xác tỷ lệ sạch sỏi nhưng cũng có thể do tiêu chuẩn chọn bệnh của chúng tôi chặt chẽ nên cũng làm tăng tỷ lệ sạch sỏi, điều này cho thấy hiệu quả của phương pháp điều trị này nếu chúng ta lựa chọn bệnh kỹ càng. Tỷ lệ sạch sỏi trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn tác giả Phạm Trung Vỹ [3] là 85,3%, tương đương với tác giả Kiều Văn Tuấn [2] có tỷ lệ sạch sỏi sau thủ thuật ERCP là 97,8-98,2% và của Reema Mallick [10] 100%.

Chúng tôi dùng thang điểm VAS để đánh giá mức độ đau sau mổ vào ngày hậu phẫu ngày thứ 1 và ngày thứ 3, cụ thể điểm đau trung bình của ngày hậu phẫu thứ 1 là  $4,89 \pm 0,88$  điểm và hậu phẫu ngày 3 là  $2,58 \pm 0,9$  điểm, thời gian trung tiện trung bình là  $1,68 \pm 0,58$  ngày (1-3 ngày), có nghĩa là bệnh nhân đau vừa vào ngày hậu phẫu thứ 1 và đau nhẹ vào ngày hậu phẫu thứ 3, điều này chứng minh rằng phẫu thuật nội soi và nội soi mật tụy ngược dòng nhẹ nhàng, ít đau sau mổ, thời gian hồi phục nhanh. Thời gian nằm viện sau mổ trung bình của chúng tôi là  $6,95 \pm 4,50$  ngày, tương đương với các tác giả Phạm Trung Vỹ [3] là  $6,5 \pm 4,3$  ngày và dài hơn các tác giả khác: John Baillie [7] là  $6,2 \pm 3,3$  ngày và của Wei Liu [11] là  $5,2 \pm 0,8$  ngày. Thời gian nằm viện dài là do thứ 7 và chủ nhật không thể cho bệnh nhân xuất viện và do lần đầu nghiên cứu, chúng tôi muốn lưu bệnh nhân lâu hơn để theo dõi. Chi phí điều trị trung bình là 14,87 triệu đồng, đây là chi phí không quá cao và có thể chấp nhận được do sỏi ở 2 vị trí cần can thiệp phối hợp cùng lúc thủ thuật và phẫu thuật, chi phí can thiệp 1 thì chắc chắn rẻ hơn so với làm 2 thì.

Tất cả các trường hợp diễn tiến hậu phẫu ổn định, khi ra viện và tái khám không thấy sỏi và bilirubin đều trở về bình thường. Từ những kết quả trên cho thấy đây là kết quả đáng khích lệ cho việc sử dụng cả 2 kỹ thuật trong cùng 1 thì để điều trị bệnh lý sỏi túi mật có kèm sỏi ống mật chủ.

## V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu của chúng tôi, có thể kết luận rằng sử dụng phẫu thuật nội soi cắt túi mật phối hợp nội soi mật tụy ngược dòng trong cùng một thì là an toàn, hiệu quả, tỷ lệ thành công cao và tỷ lệ biến chứng rất thấp, thời gian nằm viện ngắn, mang lại lợi ích thiết thực cho người bệnh và ngành y tế.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y Tế (2014), *Quyết định 3805/QĐ-BYT Hướng dẫn quy trình kỹ thuật nội khoa, chuyên ngành tiêu hóa*, Bộ Y Tế ban hành ngày 05 tháng 9 năm 2014.
2. Kiều Văn Tuấn, Trần Hữu Vinh (2013), Nhiễm trùng đường mật do sỏi bằng phương pháp lấy sỏi và dẫn lưu đường mật qua nội soi mật tụy ngược dòng, *Tạp chí Y học thực hành*, số 893, tr. 147-151.
3. Phạm Trung Vỹ (2018), Sỏi túi mật kèm sỏi ống mật chủ, nên cắt túi mật nội soi ngay sau mật tụy ngược dòng không?, *Tạp chí Y dược học trường Đại học Y dược Huế*, số 6, tr. 100-104.
4. Aldo Bove (2017), Single-stage procedure for the treatment of cholecysto-choledocolithiasis: a surgical procedures review, *Therapeutics and Clinical Risk Management*, 14, pp.305-312.
5. Bahtiyar Muhammedoglu (2019), Single-stage treatment with ERCP and laparoscopic cholecystectomy versus two-stage treatment with ERCP followed by laparoscopic cholecystectomy within six to eight weeks: a retrospective study, *Turk J Surg*, 35(3), pp. 178-184.

6. Jin Feng Zang (2013), Endoscopic retrograde cholangiopancreatography and laparoscopic cholecystectomy during the same session: Feasibility and safety, *World J Gastroenterol*, 19(36), pp. 6093-6097.
7. John Baillie (2016), Same-day laparoscopic cholecystectomy and ERCP for choledocholithiasis, *Gastrointestinal endoscopy*, 84(4), pp. 646-648.
8. Maris Jones (2012), ERCP and laparoscopic cholecystectomy in a combined (one-step) procedure: a random comparison to the standard (two-step) procedure, *Surg Endosc*, 27, pp. 1907-1912.
9. Mohamed A.F Salimah (2016), Comparison of one-stage endoscopic retrograde cholangiopancreatography and cholecystectomy versus two-stage endoscopic retrograde cholangiopancreatography and cholecystectomy for treatment of cholelithiasis with Choledocholithiasis, *The Egyptian Journal of Surgery*, 35, tr. 398-402.
10. Reema Mallick (2016), Single-session laparoscopic cholecystectomy and ERCP: a valid option for the management of choledocholithiasis, *Gastrointestinal endoscopy*, 84(4), tr. 639-645
11. Wei Liu (2014), A modified technique reduced operative time of laparoendoscopic rendezvous endoscopic retrograde cholangiopancreatography combined with laparoscopic cholecystectomy for concomitant gallstone and common bile ductal stone, *Gastroenterology Research and Practice*, Vol. 2014, pp. 1-6.

(Ngày nhận bài: 29/3/2021 – Ngày duyệt đăng: 03/6/2021)

---