DI TRÚ CLIP HEM -O- LOK TẠO SỎI ỐNG MẬT CHỦ THỨ PHÁT SAU CẮT TÚI MẬT, MỞ ỐNG MẬT CHỦ NỘI SOI: CA LÂM SÀNG VÀ ĐIỂM LẠI Y VĂN

Lê Quang Hưng✉, Nguyễn Trung Đức, Lê Tuấn Anh
Hà Lương Duy Khánh, Phan Quốc Hưng, Nguyễn Văn Việt
Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

Di trú clip Hem-o-lok vào ống mật chủ (OMC) và hình thành sỏi là một biến chứng muộn, hiếm gặp sau phẫu thuật cắt túi mật, mở ống mật chủ lấy sỏi nội soi. Biểu hiện lâm sàng thường tương tự sỏi OMC, bao gồm cơn đau quặn mật và viêm đường mật. Chúng tôi báo cáo bệnh nhân nữ, 79 tuổi được chẩn đoán sỏi OMC thứ phát hình thành xung quanh clip phẫu thuật di trú chỉ 5 tháng sau phẫu thuật. Bệnh nhân nhập viện với triệu chứng đau hạ sườn phải tăng dần. Chẩn đoán hình ảnh (MRI) xác nhận giãn đường mật và sỏi kẹt ở phần thấp OMC. Bệnh nhân được điều trị bằng Nội soi mật tụy ngược dòng (ERCP) có hỗ trợ Spyglass. ERCP lấy ra một viên sỏi lớn chứa hai clip Hem-o-lok. Tình trạng di chuyển clip tạo sỏi có thể xảy ra bất kỳ lúc nào, thường gặp trong vòng 2 năm sau phẫu thuật. Di trú Hem-o-lok gây sỏi OMC là một biến chứng cần được theo dõi; hầu hết các trường hợp đều yêu cầu can thiệp nội soi hoặc phẫu thuật để xử trí.

Từ khoá: Sỏi mắt mèo, cắt túi mật nội soi, mở ống mật chủ lấy sỏi, clip Hem-o-lok, ERCP, túi mật.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Cắt túi mật, mở ống mật chủ lấy sỏi nội soi là phương pháp điều trị tiêu chuẩn cho người bệnh sỏi túi mật, sỏi ống mật chủ có triệu chứng. Phương pháp này mang lại tỉ lệ thành công cao với ít biến chứng hơn và rút ngắn thời gian nằm viện hơn so với phẫu thuật mở. Trong phẫu thuật cắt túi mật nội soi, phẫu thuật viên sẽ nhận diện động mạch và ống cổ túi mật, sau đó kẹp và cắt chúng để lấy bỏ túi mật. Hiện nay, việc sử dụng clip kim loại hoặc clip nhựa để kẹp ống túi mật rất phổ biến vì thao tác đơn giản hơn nhiều so với buộc chỉ. Trước đây, các cấu trúc này thường được buộc bằng chỉ tự tiêu.[1]

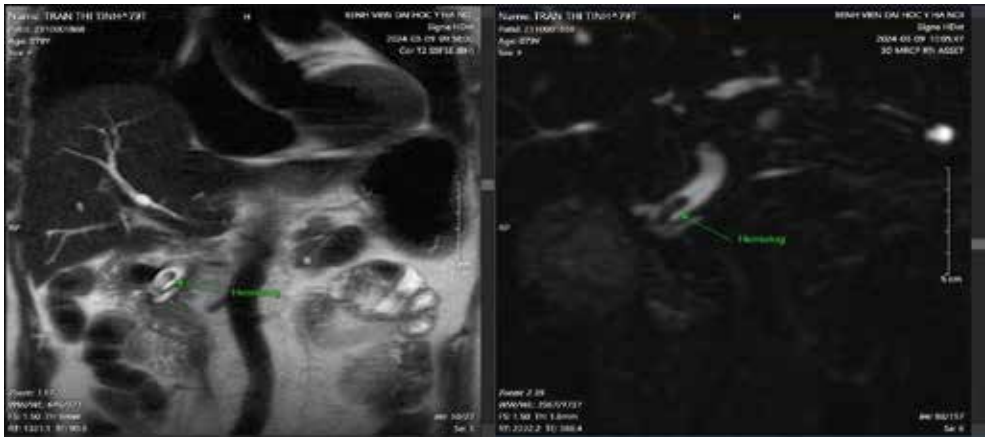
Nhiều tài liệu ghi nhận rằng các clip không tiêu được sử dụng trong phẫu thuật đường mật có thể di chuyển và gây ra nhiều vấn đề khác nhau. Khi clip di trú vào ống mật chủ, có thể gây sỏi ống mật chủ và dẫn đến viêm đường mật.[2] Clip có thể cắm vào thành tá tràng và gây loét.[3] Một số biến chứng hiếm hơn cũng được mô tả, như hội chứng Mirizzi sau cắt túi mật,hoặc rất hiếm gặp là hình thành rò ống mật chủ–tá tràng.[4,5] Theo một nghiên cứu của Chong và cộng sự trên 69 trường hợp cho thấy biến chứng do di trú clip có thể biểu hiện bởi tắc mật (37,7%), viêm đường mật (27,5%), cơn đau quặn mật (18,8%) và viêm tụy cấp (8,7%).[6]

Di chuyển clip hem-o-lok phẫu thuật là một biến chứng hiếm gặp của phẫu thuật cắt túi mật nội soi, có thể xảy ra vài ngày đến vài năm thậm chí hàng chục năm sau phẫu thuật.[6] Nhân một trường hợp được chẩn đoán sỏi ống mật chủ hình thành trên clip do sự di chuyển clip sau phẫu thuật cắt túi mật, mở ống mật chủ nội soi, chúng tôi trình bày và điểm lại y văn về chẩn đoán cũng như điều trị bệnh lý hiếm gặp này.

Tác giả liên hệ: Lê Quang Hưng
Bệnh viện Đại học Y Hà Nội
Email: lable.tit@gmail.com
Ngày nhận: 09/10/2025
Ngày được chấp nhận: 04/12/2025

II. GIỚI THIỆU CA BỆNH

Bệnh nhân nữ, 79 tuổi, được phẫu thuật nội soi cắt túi mật, mở ống mật chủ lấy sỏi, nội soi tán sỏi, khâu kín OMC do sỏi vào tháng 10/2023, trong mổ được kẹp 02 clip Hem – o – lok vào vị trí ống cổ túi mật. Khoảng 5 tháng sau ra viện, bệnh nhân xuất hiện đau bụng hạ sườn phải từng đợt. Bệnh nhân nhập viện tháng 3/2024 vì đau nhiều hạ sườn phải, không sốt, không vàng da. Khám thực thể: bụng mềm, không chướng, ấn đau hạ sườn phải, không có phản ứng thành bụng và cảm ứng phúc mạc. Các xét nghiệm cho thấy có tình trạng viêm với bạch cầu: 10,9 G/l, ngoài ra không có tình trạng tắc mật hay viêm gan. Hình ảnh MRI cho thấy ống mật chủ giãn 14mm, đoạn thấp có 01 sỏi viên kích thước 18x5mm.



Hình 1. Chụp MRI cho thấy hình ảnh "sỏi mắt mèo" trong lòng OMC

Bệnh nhân được chẩn đoán sỏi ống mật chủ và được làm nội soi mật tụy ngược dòng (ERCP), sử dụng Spyglass đi vào lòng ống mật chủ, dùng laser tán vỡ sỏi viên thành nhiều mảnh nhỏ, giữa viên sỏi có vật màu trắng bằng nhựa dẻo được kéo ra ngoài bằng rọ chính là hai chiếc clip nhựa (hem-o-lok) đã được kẹp cho người bệnh ở lần mổ trước.

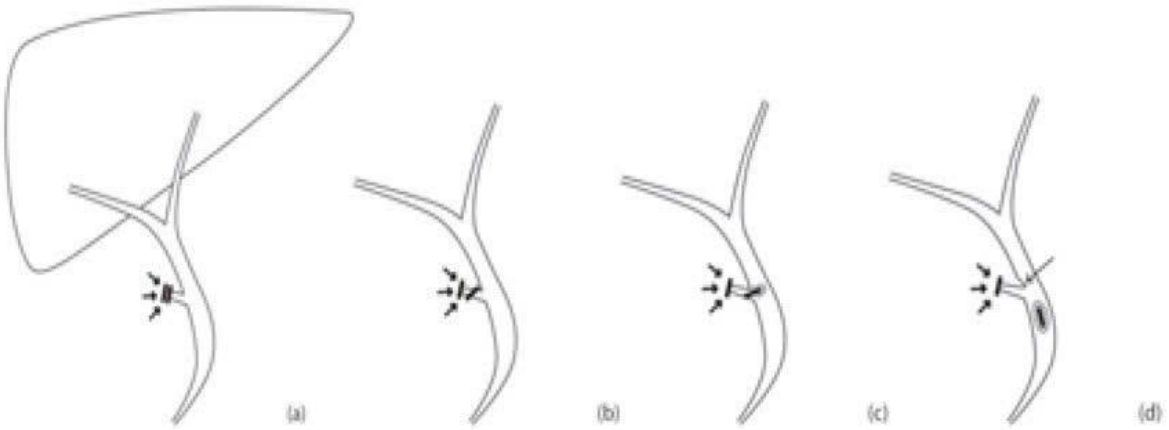
Hình 2. Nội soi mật tụy, chụp đường mật trong mổ cho thấy hình khuyết của ống mật chủ

Hình 3. Hình ảnh 2 hem-o-lok đã được lấy ở nhân trong nhân viên sỏi

Sau thủ thuật bệnh nhân ổn định, được xuất viện sau 2 ngày. Hình ảnh siêu âm sau 2 tháng không còn stent ống mật chủ.

III. BÀN LUẬN

Kẹp Hem-o-lok đã được sử dụng ngày càng phổ biến trong phẫu thuật cắt túi mật nội soi trong những năm gần đây nhờ thao tác đơn giản, đặc biệt hữu ích trong viêm túi mật cấp, giúp rút ngắn thời gian mổ, kẹp chắc chắn và không gây phản ứng mô. Tuy nhiên, loại kẹp này vẫn có một số nhược điểm, bao gồm nguy cơ di trú vào đường mật, tuột kẹp nếu mô quá dày hoặc phù nề, không phù hợp với mô xơ hoá nặng và chi phí cao hơn so với clip kim loại. Sỏi ống mật chính được hình thành do clip di chuyển sau phẫu thuật cắt túi mật nội soi rất hiếm gặp, được báo cáo lần đầu tiên vào năm 1992 bởi Onghena và cộng sự.[7] Tỉ lệ mắc ước tính khoảng từ 1 - 5%.[8,9] Cơ chế của việc di chuyển clip sau phẫu thuật hiện nay vẫn chưa được làm rõ, tuy nhiên một số giả thuyết cho rằng nhiễm trùng sau phẫu thuật hoặc rò rỉ mật có thể là nguyên nhân.[10] Một số giả thuyết khác cho rằng các yếu tố liên quan đến kĩ thuật bao gồm vị trí kẹp clip không chính xác dẫn đến làm tổn thương ống mật và gốc túi mật ngắn cũng là nguyên nhân tăng tỉ lệ bệnh.[11] Một nghiên cứu hồi cứu đã chứng minh xu hướng sỏi ống mật do di chuyển clip tăng lên đáng kể ở những người bệnh sử dụng trên 4 clip nội soi.[12,13] Clip đóng vai trò giống như một dị vật và kích thích hình thành sỏi bằng cách lắng đọng mật. Trên hình ảnh chụp cộng hưởng từ đường mật, chiếc kẹp clip trông giống như con ngươi của con mèo nhìn trong bóng tối nên còn có tên gọi khác là "sỏi mắt mèo".



Hình 4. Cơ chế của việc di chuyển clip sau phẫu thuật[5]

Di chuyển clip sau cắt túi mật có thể xảy ra ở bất kì thời điểm nào, thời gian di chuyển clip và hình thành sỏi đã được báo cáo dao động từ 2 tuần đến 35 năm.[1] Chẩn đoán có thể dựa vào các phương pháp chẩn đoán hình ảnh không xâm lấn như chụp X-quang, siêu âm ổ bụng, chụp CT và MRI.

Bệnh nhân của chúng tôi là nữ, cao tuổi, đã được phẫu thuật cắt túi mật nội soi, mở OMC lấy sỏi, khâu kín OMC trước đó 5 tháng. Trong cuộc phẫu thuật đó, bệnh nhân được kẹp 02 chiếc Hem-o-lok và theo dõi ổn định đến khi ra viện. Sau khi ra viện, người bệnh xuất hiện đau bụng vùng hạ sườn phải tăng dần, có lúc đau dữ dội, ngoài ra không có buồn nôn, nôn hay sốt. Chẩn đoán hình ảnh chụp MRI ở bệnh nhân chỉ nghĩ đến một trường hợp sỏi ống mật chủ. Tuy nhiên, khi thực hiện nội soi mật tuỵ

ngược dòng (ERCP) quan sát trong lòng OMC thấy viên sỏi to, chúng tôi dùng laser bắn phá viên sỏi và nhận thấy giữa viên sỏi là một nhân có dạng dị vật, dùng rọ kéo dị vật ra ngoài được xác định là hai chiếc hem-o-lok. Như vậy, viên sỏi có kích thước lớn và hình thành trong một thời gian ngắn. "Sỏi mắt mèo" nên được coi là một trong những chẩn đoán cần đặt ra ở những người bệnh có triệu chứng đường mật đã có tiền sử cắt túi mật qua nội soi. ERCP là phương pháp có thể chẩn đoán đồng thời cũng là phương pháp điều trị với tỉ lệ thành công cao. ERCP tạo điều kiện phục hồi nhanh chóng, ít gây chấn thương hơn và cho phép điều trị giảm áp đường mật hiệu quả. Có thể tránh được sự di chuyển của clip nội soi bằng cách sử dụng kẹp nội soi có khả năng tự tiêu hoặc đặt kẹp clip đúng vị trí, đảm bảo đóng kín hoàn toàn ống túi mật, và thả lỏng lực kéo túi mật trước khi đặt kẹp để tránh đặt đầu kẹp quá gần ống mật chủ, hoặc sử dụng chỉ tự tiêu để buộc ống cổ túi mật.[14,15]

IV. KẾT LUẬN

Di trú Hem-o-lok gây sỏi ống mật chính là một biến chứng cần được theo dõi; hầu hết các trường hợp đều yêu cầu can thiệp nội soi hoặc phẫu thuật để lấy sỏi.

Lời cảm ơn

Xin chân thành cảm ơn tới gia đình người bệnh, Trung tâm nội soi, Trung tâm Chẩn đoán hình ảnh, Khoa Ngoại tổng hợp, Trung tâm Gây mê hồi sức và quản lý đau của Bệnh viện Đại học Y Hà Nội đã giúp chúng tôi trong quá trình thực hiện nghiên cứu này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Ng DYL, Petrushnko W, Kelly MD. Clip as Nidus for Choledocholithiasis after Cholecystectomy-Literature Review. *JSLS*. 2020;24(1):e2019.00053. doi:10.4293/JSLS.2019.00053

2. Kou K, Liu X, Hu Y, et al. Hem-o-lok clip found in the common bile duct 3 years after laparoscopic cholecystectomy and surgical exploration. *J Int Med Res*. 2019;47(2):1052-1058. doi:10.1177/0300060518817216

3. Chen GH, Zhu TM, Xu XL, et al. Migration of metal clips into the duodenum after laparoscopic cholecystectomy: A report of two cases. *J Int Med Res*. 2018;46(6):2458-2460. doi:10.1177/0300060518760714

4. Nagorni EA, Kouklakis G, Tsaroucha A, et al. Post-laparoscopic cholecystectomy Mirizzi syndrome induced by polymeric surgical clips: a case report and review of the literature. *J Med Case Reports*. 2016;10(1):135. doi:10.1186/s13256-016-0932-5

5. Hong T, Xu XQ, He XD, et al. Choledochoduodenal fistula caused by migration of endoclip after laparoscopic cholecystectomy. *World Journal of Gastroenterology*. 2014;20(16):4827-4829. doi:10.3748/wjg.v20.i16.4827

6. Chong VH, Chong CF. Biliary Complications Secondary to Post-Cholecystectomy Clip Migration: A Review of 69 Cases. *Journal of Gastrointestinal Surgery*. 2010;14(4):688-696. doi:10.1007/s11605-009-1131-0

7. T O, L V, K V den D, et al. Common bile duct foreign body: an unusual case. *Surg Laparosc Endosc*. 1992;2(1):8-10.

9. Onghena T, Vereecken L, den Dwey KV, et al. Common Bile Duct Foreign Body: An Unusual Case. *Surgical Laparoscopy Endoscopy & Percutaneous Techniques*. 1992;2(1):8.

9. Hamid HKS, Fullard A, Sabahi J, et al. Late biliary endoclip migration after laparoscopic cholecystectomy: Case report and literature review. *International Journal of Surgery Case Reports*. 2020;74:205-208. doi:10.1016/j.ijscr.2020.08.027

10. Wu X, Yan H, Zhao S, et al. Clip migration complicated by choledocholithiasis after laparoscopic biliary surgery: a report of four cases. *J Int Med Res*. 2023;51(8):03000605231190766. doi:10.1177/03000605231190766

11. Tanimu S, Coombs RA, Tanimu Y, et al. Cholecystectomy clip-induced biliary stone: Case report and literature review. *Journal of Minimal Access Surgery*. 2025;21(3):306. doi:10.4103/jmas.jmas_323_23

12. Europe PMC. Iatrogenic biliary stone. Accessed June 29, 2024. https://europepmc.org/article/med/16525967

13. Cetta F, Baldi C, Lombardo F, et al. Migration of Metallic Clips Used During Laparoscopic Cholecystectomy and Formation of Gallstones Around Them: Surgical Implications from a Prospective Study. *Journal of Laparoendoscopic & Advanced Surgical Techniques*. 1997;7(1):37-46. doi:10.1089/lap.1997.7.37

14. Wu X, Yan H, Zhao S, et al. Clip migration complicated by choledocholithiasis after laparoscopic biliary surgery: a report of four cases. *J Int Med Res*. 2023;51(8):03000605231190766. doi:10.1177/03000605231190766

15. Trần Bảo Long, Đoàn Thanh Tùng. Nghiên cứu phẫu thuật cắt túi mật nội soi không dùng clip. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2006;(9):25-3.

Summary

HEM-O-LOK CLIP MIGRATION CAUSING SECONDARY COMMON BILE DUCT (CBD) STONE AFTER LAPAROSCOPIC COMMON BILE DUCT EXPLORATION: A CASE REPORT AND LITERATURE REVIEW

Hem-o-lok clip migration into the common bile duct (CBD) and subsequent stone formation is a rare, late complication following laparoscopic common bile duct exploration (LCBDE). The clinical presentation often mimics that of primary CBD stones, including biliary colic and cholangitis. We report the case of a 79-year-old female patient diagnosed with a secondary CBD stone formed around a migrated surgical clip just four months after LCBDE. The patient was admitted with progressively increasing right upper quadrant (RUQ) pain. Imaging (MRI) confirmed biliary duct dilation and an impacted stone in the distal CBD. The patient was successfully treated with Endoscopic Retrograde Cholangiopancreatography (ERCP) with Spyglass assistance. ERCP successfully retrieved a large calculus containing two Hem-o-lok clips. Clip migration leading to stone formation can occur at any time, but is commonly reported within two years post-surgery. Hem-o-lok migration causing CBD lithiasis is a complication that warrants close surveillance; most cases necessitate endoscopic or surgical intervention for management.

Keywords: Cat's eye stone, Laparoscopic common bile duct exploration, Hem-o-lok, ERCP, Gallbladder.