

HIỆU QUẢ CỦA PHẪU THUẬT NỘI SOI ĐIỀU TRỊ VIÊM TÚI MẬT CẤP DO SỎI SAU DẪN LƯU TÚI MẬT QUA DA

Nguyễn Thanh Sáng¹, Lê Nguyễn Khôi¹, Nguyễn Tuấn Ngọc¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả sớm của Phẫu thuật nội soi (PTNS) cắt TM sau dẫn lưu TM (DLTM) trong viêm TM cấp (VTMC) do sỏi.

Phương pháp: Nghiên cứu mô tả loạt ca các Bệnh nhân (BN) được PTNS cắt TM sau DLTM do VTMC do sỏi tại Bệnh viện Trưng Vương từ tháng 01/2013 đến tháng 10/2015.

Kết quả: 35 BN được DLTM, 19 nam, 16 nữ, tỉ lệ nam/nữ 1,2. Tuổi trung bình là $58,4 \pm 18$. 25 BN (71,4%) có một hoặc nhiều bệnh kèm theo và 3 BN (8,6%) có tiền sử phẫu thuật bụng. DLTM thành công 100%, biến chứng sau DLTM 11,4 % (4 BN). Tỉ lệ chuyển mổ mở của PTNS cắt TM là 2,9 % (1 BN) và biến chứng sau mổ là 14,4% (5 BN).

Kết luận: DLTM trong VTMC do sỏi là kỹ thuật dễ thực hiện, an toàn, tỉ lệ thành công cao, không có tai biến, và biến chứng nghiêm trọng. PTNS cắt TM sau DLTM thành công cao, tỉ lệ chuyển mổ mở thấp, tai biến, biến chứng không đáng kể. DLTM là phương pháp điều trị tạm thời hiệu quả để chuẩn bị cho PTNS cắt TM sau đó, đặc biệt đối với các tuyến y tế cơ sở.

Từ khóa: Viêm TM, dẫn lưu TM qua da.

ABSTRACT

EFFICACY OF LAPAROSCOPIC SURGERY FOR ACUTE CALCULOUS CHOLECYSTITIS POST - PERCUTANEOUS CHOLECYSTOSTOMY

Nguyen Thanh Sang¹, Le Nguyen Khoi¹, Nguyen Tuan Ngoc¹

Aim: To Evaluate the early outcomes of laparoscopic cholecystectomy (LC) after cholecystostomy in acute calculous cholecystitis (ACC).

Method: Descriptive case-series study on patients underwent LC following PC for ACC at Trung Vuong hospital from January 2013 to October 2015.

Results: 35 patients were performed percutaneous cholecystostomy (PC) for ACC including 19 Males and 16 Females, Male/ Female ratio was 1.2. The mean age was 58.4 ± 18 . 25 patients (71.4%) had one or multiple associated medical diseases and 3 patients (8.6%) had previous abdominal operations. Subsequently, these patients underwent laparoscopic cholecystectomy. The success rate of PC was 100%, post-PC complications were 11.4% (4 patients). Laparotomy conversion rate of LC was 2.9% (1 patient) and post operative morbidity was 17.1% (6 patients).

Conclusion: With high success rate and low morbidity, PC for ACC is a feasible and safe technique. Post-cholecystostomy LC was successfully realized with low conversion rate and minimal complications. Percutaneous cholecystostomy is an effective temporary management for preparation of subsequent laparoscopic cholecystectomy, particularly for primary and secondary medical center.

Key words: Cholecystitis, Percutaneous drainage of gallbladder.

1. Bệnh viện Trưng Vương,
TP Hồ Chí Minh

- Ngày nhận bài (Received): 2/11/2015 ; Ngày phản biện (Revised): 1/12/2015;
- Ngày đăng bài (Accepted): 14/12/2015
- Người phản biện: Phạm Anh Vũ
- Người phản hồi (Corresponding author): Nguyễn Thanh Sáng
- Email: nsang79@gmail.com ; ĐT: 0914349000

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Phẫu thuật nội soi (PTNS) cắt túi mật (TM) cấp cứu tuy được xem là lựa chọn hàng đầu trong điều trị VTMC nhưng cũng tiềm ẩn khó khăn về kỹ thuật cũng như sự gia tăng tỉ lệ tai biến, biến chứng và tỉ lệ chuyển mổ mở, nhất là ở BN già yếu hoặc có nhiều bệnh phối hợp với tỉ lệ biến chứng 41% và tử vong đến 45% [1],[7],[8].

Dẫn lưu TM xuyên gan qua da (DLTM) trong VTMC được mô tả lần đầu vào năm 1980. Đây là một thủ thuật giải áp TM giúp cải thiện tình trạng VTMC và được xem là bước điều trị tạm thời trước khi cắt TM, hoặc có thể là biện pháp triệt để đối với BN có nhiều yếu tố nguy cơ không thể phẫu thuật được. Trên thế giới đã có những nghiên cứu về tính an toàn và hiệu quả của DLTM trong VTMC có yếu tố nguy cơ đi kèm, trong đó có thể kể đến những khuyến cáo gần đây của hội nghị đồng thuận và hướng dẫn thực hành năm 2013 tại Tokyo [11],[13].

Tuy nhiên, vẫn còn những ý kiến khác nhau về chỉ định DLTM, thời điểm can thiệp cũng như kết quả của phẫu thuật cắt TM sau DLTM [1],[3],[4],[6],[7],[8],[9]. Thật vậy, cho đến nay, y văn cũng chưa có nhiều báo cáo về PTNS cắt TM sau DLTM.

Xuất phát từ thực tế trên, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài “Hiệu quả của phẫu thuật nội soi điều trị viêm TM cấp do sỏi sau dẫn lưu TM qua da” nhằm mục tiêu:

- Đánh giá kết quả của DLTM trong VTMC do sỏi
- Đánh giá kết quả sớm của PTNS cắt TM sau DLTM

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Nghiên cứu được tiến hành tại Bệnh viện Trung ương từ tháng 01/ 2013 đến tháng 10/2015.

Tiêu chuẩn chọn bệnh: Những BN VTMC do sỏi, được DLTM và sau đó PTNS cắt TM.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

– **Thiết kế nghiên cứu:** Mô tả loạt ca.

– **Phương pháp tiến hành:**

Chúng tôi sử dụng phân độ viêm TM cấp theo Tokyo Guidelines 2013.

DLTM được thực hiện với hướng dẫn của siêu âm và X quang và với ống dẫn lưu (ODL) bằng nhựa 10F (French). PTNS cắt TM được chỉ định khi tình trạng toàn thân và lâm sàng ổn định.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Từ tháng 01/ 2013 đến tháng 10/2015, tại khoa Ngoại Tổng hợp Bệnh viện Trung ương, chúng tôi đã DLTM và PTNS cắt TM sau đó ở 35 BN VTMC do sỏi. Tuổi trung bình là $58,4 \pm 18$ (29-87), trong đó có 19 nam (54,3%), 25 nữ (47,7%).

Bảng 1. Bệnh kèm theo và tiền căn phẫu thuật bụng

Bệnh kèm	n
Không bệnh kèm	10
Đái tháo đường	3
Bệnh tim mạch	4
Bệnh hô hấp	1
Bệnh máu	1
Đái tháo đường+ Bệnh tim mạch	10
Bệnh tim mạch+ Viêm tụy cấp+Bệnh thận mạn	1
Viêm gan C+ viêm tụy cấp	1
Đái tháo đường+ viêm tụy cấp	1
K vú đã phẫu thuật + hóa trị	1
Đái tháo đường+ Xơ gan lách to	1
Cường giáp	1
Tiền căn mổ bụng đường tiêu hóa	3

Tiền căn PT: 3 BN: 1 BN mổ mở thủng dạ dày, 1 BN mổ mở 2 lần do thủng dạ dày và viêm ruột thừa, 1 BN mổ mở viêm ruột thừa.

Bảng 2. Phân độ VTMC theo Tokyo 2013

Phân độ VTMC	n	%
I (Nhẹ)	4	11,4
II (Trung bình)	31	88,6
III (Nặng)	0	0

Hiệu quả của phẫu thuật nội soi điều trị viêm túi mật cấp...

Bảng 3. Thời điểm DLTM

Thời điểm DLTM	n	%
Trước 72h	14	40
Sau 72h	21	60
Tổng số	35	100

Kết quả của DLTM

DLTM thành công 35 BN, tỉ lệ 100%.

Bảng 4. Kết quả của DLTM

Kết quả	n	%
Giảm đau trong 72h	35	100
Đau chân ODL	2	5,7
Nhiễm trùng chân ODL	1	2,9
DLTM lần 2	1	2,9

Chúng tôi không ghi nhận các biến chứng: chảy máu, tụ dịch, viêm phúc mạc hoặc rò mật và không có tử vong sau DLTM.

Kết quả sớm của PTNS cắt TM

Thời điểm phẫu thuật sau DLTM: Trung bình $17 \pm 11,8$ ngày (3-58 ngày).

Thời gian phẫu thuật trung bình là $127,5 \pm 50$ phút (60-220 phút).

Bảng 5. Tai biến, biến chứng của phẫu thuật

Tai biến - Biến chứng	n	%
Tai biến	6	17,2
Chảy máu trong mổ	1	2,9
Thủng TM	5	14,3
Tổn thương đường mật chính	0	0
Biến chứng	5	14,4
Rò mật	1	2,9
Chảy máu vết mổ	1	2,9
Nhiễm trùng vết mổ	1	2,9
Sốt	2	5,7
Tụ dịch ổ bụng	0	0

Tỉ lệ chuyển mổ mở: Có 1 BN phải chuyển mổ mở, tỉ lệ 2,9 %. Đây là BN nam 50 tuổi đã được DLTM 2 lần cách nhau 28 ngày do BN không tái khám, tụ ODL và nhập viện vì VTMC tái diễn lần 2. Sau DLTM lần 2, BN được PTNS và chuyển mổ mở do tình trạng viêm dính và chảy máu khi phẫu tích. Thời gian phẫu thuật 210 phút và nằm viện 39 ngày.

Không có tử vong sau phẫu thuật. Giải phẫu bệnh lý: 35 BN (100%) có kết quả là viêm TM.

Bảng 6. XQĐM qua DLTM

XQĐM	n	%
Không chụp	22	62,9
Có chụp	13	37,1

Thời gian nằm viện: Trung bình $20,6 \pm 6,9$ ngày, ngắn nhất là 9 ngày, dài nhất là 39 ngày.

IV. BÀN LUẬN

Trong 35 BN nghiên cứu, phân bố tuổi khá rộng từ 29 tuổi đến 87 tuổi, tuy nhiên có đặc điểm chung là đa số trên 50 tuổi và nam mắc bệnh nhiều hơn nữ. 25 BN (71,4%) có một hoặc nhiều bệnh đi kèm như: đái tháo đường, tim mạch, hô hấp, bệnh máu, xơ gan... Đây cũng là những yếu tố nguy cơ ảnh hưởng đến phẫu thuật đã được một số tác giả đề cập đến, theo Hoàng Mạnh An tỉ lệ có bệnh kèm là 36,9%^[1].

Tiền căn mổ mở vùng bụng, mổ nhiều lần là yếu tố nguy cơ gây khó khăn cho PTNS mà chúng tôi đã cân nhắc khi chỉ định phẫu thuật cấp cứu. Ngoài ra, có 1 BN VTMC được phát hiện sỏi OMC với OMC không giãn (7mm) qua CT Scan bụng. Đây cũng là tình huống làm tăng độ phức tạp trong PTNS nên chúng tôi đã chọn DLTM.

VTMC độ II gồm một số yếu tố chủ yếu phản ánh mức độ viêm tại chỗ của TM (khối ở hạ sườn P, hình ảnh học viêm, tụ dịch hoặc hoại tử TM, thời gian đau > 72 giờ hoặc bạch cầu > 18.000) với ý nghĩa cảnh báo khả năng phẫu thuật cấp cứu sẽ gặp nhiều khó khăn và nguy cơ, đồng thời các tác giả cũng khuyến cáo chỉ nên thực hiện ở trung tâm nhiều kinh nghiệm^{[11], [13]}. Và như vậy, nếu điều trị nội khoa không đáp ứng, chúng ta có thể chọn giải pháp DLTM.

Với cơ sở lý luận tương tự, chúng tôi DLTM ở những TH VTMC có kèm theo các yếu tố làm tăng nguy cơ cho cuộc mổ cấp cứu như: tổng trạng kém, bệnh nội khoa nặng, vết mổ cũ vùng bụng trên hoặc nghi ngờ có sỏi đường mật chính. Chúng tôi nghĩ rằng đây là những tình huống mà phẫu thuật cấp cứu sẽ nặng nề và phức tạp^{[11], [12]}.

Hầu hết các nghiên cứu đều thống nhất sau 72 giờ là yếu tố bất lợi cho PTNS và điều đó cũng được thể hiện qua thời điểm DLTM sau 72h chiếm đa số với 21 BN (60%).

Chúng tôi có 35 BN được DLTM thành công (100%) và không có tai biến kỹ thuật. Kết quả này cũng phù hợp với nhiều nghiên cứu và đã chứng minh được ưu điểm của DLTM là tính chất đơn giản, dễ thực hiện và an toàn [7],[8],[12]. Về hiệu quả của DLTM, 100% BN cải thiện triệu chứng trong vòng 72h, chỉ có 4 BN (11,4 %) xuất hiện triệu chứng nhẹ gồm: 2 BN đau chân ống dẫn lưu, 1 BN bị tụt ống DLTM ngày 2 và được luồn lại. Tỷ lệ biến chứng này thấp hơn so với Saeed A. S. là 25% [9].

Sau DLTM, không có biến chứng nặng như: tụ dịch ổ bụng, viêm phúc mạc hay rò mật. Nhìn chung, các biến chứng sau DLTM đều nhẹ và dễ xử lý.

Thời điểm phẫu thuật sau DLTM đến nay vẫn còn bàn cãi do chưa có đủ chứng cứ y học [13]. Thời gian trung bình của chúng tôi là $17 \pm 11,8$ ngày (3 - 58 ngày). Theo Callery M: “Có thể mổ sớm sau DLTM từ 1 ngày đến 7 ngày hoặc sau 6 đến 8 tuần” [6]. Theo Tokyo Guidelines, thời gian này là trong vòng 2 tuần sau DLTM.

Chúng tôi có thời gian mổ trung bình là $127,5 \pm 50,0$ phút (từ 60 phút đến 220 phút), dài hơn so với một số nghiên cứu trong nước như: Võ Hồng Sờ và Trần Thiện Trung với 93,3 phút, Nguyễn Văn Qui và Phạm Văn Năng với 94 phút [3],[4]. Theo Hoàng Mạnh An, tình trạng viêm TM càng nặng thì thời gian mổ càng kéo dài [1].

Đa số TH có thời gian mổ dài của chúng tôi có liên quan đến chụp XQĐM trong mổ (13 TH), đến chuyển mổ mở (1 TH) hoặc có thêm phẫu thuật mở OMC nội soi đường mật lấy sỏi (1 TH với thời gian mổ 220 phút). Mặt khác, sau DLTM, do tình trạng viêm đã giảm nhiều nên không nhất thiết phải chọn bác sĩ nhiều kinh nghiệm mà hầu hết phẫu thuật viên ngoại tổng quát đều có thể thực hiện được PTNS cắt TM. Như vậy, thời gian phẫu thuật không phản ánh được hoàn toàn mức độ phức tạp của cuộc mổ mà chính tỉ lệ tai biến – biến chứng nghiêm trọng và tỉ lệ chuyển mổ mở mới thể hiện được điều này.

Chúng tôi PTNS cắt TM thành công 97,1% với tỉ lệ chuyển mổ mở là 2,9 % (1 TH), đây là trường hợp được DLTM lần 2 sau 28 ngày với bệnh cảnh VTMC tái diễn và được phẫu thuật vào ngày thứ 7 sau DLTM với TM dính với tá tràng, mạc nối thành 1 khối cứng chắc dễ chảy máu và khó phẫu tích, thời gian mổ là 210 phút. Đối với trường hợp trên, chúng tôi nghĩ rằng thời gian 7 ngày có lẽ là quá sớm để cho phản ứng viêm của TM thoái lui. Tỷ lệ này của Nguyễn Văn Qui và Phạm Văn Năng là 16,7 %, Võ Hồng Sờ và Trần Thiện Trung là 5,6%. Hoàng Mạnh An với 65 BN tại 2 Bệnh viện Chợ Rẫy và Bệnh viện 175 có tỉ lệ chuyển mổ mở là 1,5%. Saeed A. S. ghi nhận VTMC ở BN già yếu và có nhiều nguy cơ phẫu thuật sẽ làm gia tăng tỉ lệ chuyển mổ mở từ 8,7 % - 35% [9].

Trong phẫu thuật, có 1 BN phải chữa lại một phần TM, do dính sát vào cuống gan.

Chúng tôi không có những biến chứng nghiêm trọng như tổn thương đường mật chính hoặc mạch máu lớn hoặc thủng tá tràng - đại tràng. Với 6 BN và tỉ lệ 17,2%, thực sự chỉ là 1 TH chảy máu rỉ rả giường TM phải đắp surgicel, còn lại là 5 BN bị thủng TM khi phẫu tích. Thực tế, khi PTNS, tất cả TM đều có lỗ thủng do DLTM và đây cũng là một trong những nhược điểm được chúng tôi ghi nhận.

Bảng 7. So sánh tai biến trong mổ [1],[4]

Tai biến trong mổ	%
Hoàng Mạnh An	61,5
Võ Hồng Sờ - Trần Thiện Trung	17,1
Chúng tôi	17,2

Về biến chứng, có 6 TH (17,1%) gồm: 1 rò mật lượng ít vài ngày sau PTNS cắt TM có mở OMC lấy sỏi và dẫn lưu Kehr, 1 chảy máu lỗ trocar được khâu lại, 1 nhiễm trùng vết mổ và 2 TH sốt điều trị nội ổn định, không có TH nào tụ dịch ổ bụng.

Bảng 8. So sánh biến chứng sau mổ [1],[3],[4]

Biến chứng sau mổ	%
Hoàng Mạnh An	22,3
Nguyễn Văn Qui - Phạm Văn Năng	7,1
Võ Hồng Sờ - Trần Thiện Trung	12,3
Chúng tôi	17,1

Hiệu quả của phẫu thuật nội soi điều trị viêm túi mật cấp...

Chụp XQĐM qua DLTM được thực hiện thành công 100% ở 13 TH do nghi ngờ sỏi OMC (với các triệu chứng tăng bilirubin, dẫn đường mật, viêm tụy cấp) hoặc để xác định cấu trúc giải phẫu. Đây cũng là ưu điểm của DLTM mà chúng ta có thể tận dụng nhằm tạo thuận lợi và an toàn cho cuộc mổ.

Tổng thời gian nằm viện trong nghiên cứu của chúng tôi trung bình là $20,6 \pm 6,9$ ngày (9 - 39 ngày), dài hơn so với các nghiên cứu PTNS cắt TM cấp cứu: Võ Hồng Sờ và Trần Thiện Trung là 4,2 ngày^[4], Nguyễn Văn Qui và Phạm Văn Năng là 3,2 ngày^[3] và Hoàng Mạnh An là $6,38 \pm 3,61$ ngày^[1]. Lý do rõ ràng chính là quá trình điều trị phải trải qua 2 bước chưa kể đến những TH phải điều trị bệnh nội khoa kéo dài trước phẫu thuật. Đây chính là nhược điểm lớn nhất mà nhiều tác giả cũng như chúng tôi đều thừa nhận.

V. KẾT LUẬN

Trong bệnh lý VTMC do sỏi, đặc biệt ở những BN VTMC mức độ nặng hoặc có nguy cơ cao,

- Với sự đơn giản và an toàn của kỹ thuật DLTM
- Nhằm hạn chế những nguy cơ trong và sau mổ
- Nhằm giảm tỉ lệ tai biến-biến chứng và tỉ lệ chuyển mổ mở.

- Để PTNS cấp cứu VTMC không còn là “đặc quyền” của các bệnh viện tuyến trung ương và của các phẫu thuật viên nhiều kinh nghiệm phải chăng PTNS cắt TM sau DLTM có thể là phương pháp được chọn lựa trong điều trị VTMC?

Để có lời giải đáp thỏa đáng cho câu hỏi trên, chúng tôi nghĩ rằng cần có thêm nhiều nghiên cứu với số lượng BN lớn và thời gian theo dõi dài hơn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hoàng Mạnh An và cộng sự (2009). “Đánh giá kết quả điều trị viêm TM cấp do sỏi bằng phẫu thuật cắt TM nội soi”, *Tạp chí Y Dược Học Quân Sự*, 4, tr. 1-21.
2. Nguyễn Đình Hối, Nguyễn Mậu Anh (2012). “Sỏi Đường Mật”, 1: 309-33, *NXB Y học Thành phố Hồ Chí Minh*.
3. Nguyễn Văn Qui, Phạm Văn Năng (2013). “Cắt TM nội soi điều trị viêm TM cấp”, *Tạp Chí Y học Thực Hành*, 6(872), tr. 32-4.
4. Võ Hồng Sờ, Trần Thiện Trung (2010). “Kết quả phẫu thuật nội soi điều trị viêm TM cấp do sỏi”, *Tạp Chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh*, 14(2), tr. 96.
5. Abdulaal F. A. et al (2014), “Percutaneous cholecystostomy treatment for acute cholecystitis in high risk patients”. *The Egyptian Journal of Radiology and Nuclear Medicine*, 45, pp. 1133-9
6. Callery M. (2013), “One appraisal of the efficacy of percutaneous cholecystostomy”. *HPB (Oxford)*, 15(7), pp. 529
7. Ito K. et al (2004). “Percutaneous Cholecystostomy versus Gallbladder Aspiration for Acute Cholecystitis: A prospective Randomized Controlled Trial”, *AJR*, 183, pp. 193-96
8. Li JCM. et al (2004). “Percutaneous cholecystostomy for the treatment of acute cholecystitis in the critically ill and elderly”, *Hong Kong Med J*, 10(6), pp. 389-93
9. Saeed A. S. et al (2010). “Percutaneous cholecystostomy in the management of Acute Cholecystitis in High Risk Patients”, *Journal of the college of physicians and surgeons Pakistan*, 20(9), pp. 612-15.
10. Steven M. et al (2008). “Acute Calculous Cholecystitis”, *N ENGL J*, 358(26), pp. 2804-11.
11. Masamichi Yokoe et al. (2013). TG13 diagnostic criteria and severity grading of acute Cholecystitis. *J Hepatobiliary Pancreat Sci*, 20, pp. 35-46.
12. Viste A. et al (2015). “Percutaneous Cholecystostomy in Acute Cholecystitis; a retrospective analysis of a large series of 104 patients”, *BMC surgery*, 15(17), pp. 1-6.
13. Yuichi Yamashita et al. (2013). TG13 surgical management of acute cholecystitis. *J Hepatobiliary Pancreat Sci*, 20, pp. 89-96.