

KẾT QUẢ NỘI SOI TÁN SỎI ĐƯỜNG MẬT TRONG GAN BẰNG ĐIỆN THỦY LỰC QUA ĐƯỜNG HẪM KEHR TẠI BỆNH VIỆN QUÂN Y 103

Đỗ Sơn Hải¹, Nguyễn Quang Nam¹, Bùi Tuấn Anh¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả nội soi tán sỏi đường mật trong gan bằng điện thủy lực qua đường hầm.

Đối tượng và phương pháp: Mô tả cắt ngang, hồi cứu, tiến cứu, không đối chứng trên 268 bệnh nhân (BN) sỏi đường mật được NSTS bằng điện thủy lực qua đường hầm KEHR.

Kết quả: 100% BN đều có sỏi trong gan. Tỷ lệ sỏi trong gan 2 bên: 40,3%; khả năng tiếp cận sỏi bằng nội soi ống mềm đạt 100%; tỷ lệ sạch sỏi 86,2%; sót sỏi 13,8%. Số lần tán sỏi trung bình $1,62 \pm 0,90$; biến chứng 5,66% (chảy máu đường mật nhẹ).

Kết luận: NSTS bằng điện thủy lực qua đường hầm KEHR là một kỹ thuật hiệu quả và an toàn cho tất cả các vị trí của sỏi đường mật trong và ngoài gan.

Từ khóa: Sỏi mật; Nội soi tán sỏi; Đường hầm KEHR.

ABSTRACT

RESULTS OF ENDOSCOPIC LITHOTRIPSY THROUGH T-TUBE TRACT AT 103 HOSPITAL

Do Son Hai¹, Nguyen Quang Nam¹, Bui Tuan Anh¹

Objectives: To evaluate results of endoscopic lithotripsy through T-tube tract in treatment of remaining bile duct stones.

Subjects and methods: A retrospective, prospective, descriptive-cross sectionals study on 268 patients with remaining bile duct stones after operation were performed endoscopic lithotripsy through T-tube tract.

Results: Intrahepatic stones were found in 100%. 40.3% of the patients had stones in both sides of liver. The ability of approaching of endoscopic machine was 100%. Clearance of stones was 86.2%, remaining stones accounted for 13.8%. The average number of times of lithotripsy was 1.62 ± 0.90 , complication rate was 5.66% (biliary tract bleeding).

Conclusion: Endoscopic lithotripsy through T-tube tract in treatment of remaining bile duct stones after operation was an effective and safe method.

Key words: Bile duct stones; Endoscopic lithotripsy; T-tube tract.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sỏi đường mật trong gan hay gặp ở người Việt Nam và một số nước khác vùng Đông Á, tuy nhiên,

việc điều trị còn gặp nhiều khó khăn, tỷ lệ sót sỏi và sỏi tái phát cao, đặc biệt khi có viêm chít hẹp đường mật. NSTS qua đường hầm KEHR là một phương

1. BV Quân y 103

- Ngày nhận bài (Received): 25/4/2019; Ngày phản biện (Revised): 3/6/2019;

- Ngày đăng bài (Accepted): 17/6/2019

- Người phản hồi (Corresponding author): Lê Hiếu

- Email: lehieuliversurg108@gmail.com; SĐT: 0917 226 187

pháp hỗ trợ tốt cho phẫu thuật, giúp làm tăng tỷ lệ sạch sỏi. Bệnh viện Quân y 103 áp dụng kỹ thuật này từ năm 2003, nhưng việc nghiên cứu đánh giá kết quả chưa được đầy đủ. Vì vậy, chúng tôi tiến hành đề tài này nhằm: *Đánh giá kết quả nội soi tán sỏi đường mật trong gan bằng điện thủy lực qua đường hầm KEHR tại Bệnh viện Quân Y 103.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

268 bệnh nhân sỏi sỏi sau mổ, có dẫn lưu KEHR được NSTS qua đường hầm KEHR tại Khoa Ngoại bụng, Bệnh viện Quân y 103 từ tháng 01 năm 2014 đến tháng 10 năm 2018.

** Tiêu chuẩn chọn:* Sỏi trong gan đơn thuần hoặc kết hợp với sỏi ngoài gan, được áp dụng quy trình NSTS qua đường hầm KEHR bằng điện thủy lực theo một quy trình thống nhất, có đầy đủ dữ liệu nghiên cứu.

** Tiêu chuẩn loại trừ:* sỏi ngoài gan đơn thuần, quy trình kỹ thuật khác trong nghiên cứu này, hồ sơ bệnh án thiếu dữ liệu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

** Thiết kế nghiên cứu:* mô tả cắt ngang, hồi cứu và tiến cứu, không đối chứng.

** Nội dung nghiên cứu:*

- Vị trí sỏi đường mật.

- Đánh giá kết quả NSTS bằng điện thủy lực qua đường hầm KEHR:

+ Chỉ định kỹ thuật: sỏi sỏi đường mật trong và ngoài gan sau mổ còn dẫn lưu KEHR.

+ Chống chỉ định: rối loạn đông máu nặng, bệnh lý tim mạch hoặc ung thư giai đoạn cuối.

+ Quy trình kỹ thuật:

** Chuẩn bị:* BN được chuẩn bị như trường hợp tiểu phẫu, tư thế nằm ngửa trên bàn mổ, gây mê nội khí quản. Phẫu thuật viên đứng bên trái người bệnh. Thiết bị gồm: ống soi mềm đường mật PHF-20 (Hãng Olympus), các thiết bị quang học đi kèm, máy tán sỏi điện thủy lực Lithotron EL27-Compact.

** Các bước kỹ thuật:* Soi kiểm tra đường mật: rút KEHR, đưa ống soi vào đường mật, kiểm tra toàn bộ các nhánh, phát hiện sỏi, tìm ống mật chủ, đánh giá tình trạng cơ Oddi, nông đường mật và nông cơ Oddi nếu bị chít hẹp.

Tán sỏi: dùng xung điện thủy lực phá vỡ sỏi. Bơm nước để tống các mảnh sỏi vỡ xuống tá tràng. Có thể kết hợp với lấy vụn sỏi qua đường hầm. Đặt ống sonde dạ dày để dẫn lưu dịch bơm rửa ra ngoài, hạn chế nước xuống ruột.

Kết thúc kỹ thuật: soi kiểm tra từng nhánh, có thể dùng siêu âm hỗ trợ tìm sỏi. Dùng kỹ thuật nếu hết sỏi hoặc còn sỏi nhưng bụng BN căng chướng nhiều (do đã sử dụng một lượng lớn nước bơm rửa đường mật trong quá trình soi). Đặt lại vào đường mật bằng một ống Foley 16F.

+ Các chỉ tiêu đánh giá kết quả: số lần tán sỏi, thời gian mỗi lần tán sỏi, thời gian nằm viện, tỷ lệ sạch sỏi, tỷ lệ sỏi sót, tỷ lệ tai biến và biến chứng.

** Phương pháp xử lý số liệu:* bằng phần mềm SPSS 22.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN

3.1. Đặc điểm bệnh nhân

268 BN, tuổi 16- 80, trung bình $48,3 \pm 11,5$ tuổi. Tỷ lệ nữ/nam = 1,18/1 (145/123).

3.2. Đặc điểm sỏi trong gan (n = 268)

Sỏi gan phải: 82 BN (30,6%); sỏi gan trái: 51 BN (19,0%); sỏi trong gan 2 bên: 94 BN (35,1%); sỏi trong gan phải + sỏi ống mật chủ: 16 BN (6,0%); sỏi trong gan trái + sỏi ống mật chủ: 11 BN (4,1%); sỏi trong gan 2 bên + sỏi ống mật chủ: 14 BN (5,2%).

BN trong nghiên cứu đều có sỏi ở các nhánh sâu của đường mật trong gan, không thể lấy được trong lần phẫu thuật trước đó. BN được chứng minh sạch sỏi ngoài gan sau phẫu thuật, tuy nhiên, 31 BN sỏi trong gan đã di chuyển xuống ống mật chủ sau mổ. Trong nghiên cứu, chủ yếu gặp sỏi trong gan 2 bên: 94 BN (35,1%).

Điều này cho thấy tính phức tạp của sỏi trong

Bệnh viện Trung ương Huế

gan ở những trường hợp được chỉ định, đây cũng là một thách thức đối với việc lấy hết sỏi trong hai gan trong một lần điều trị, đặc biệt nếu kèm theo các

tổn thương khác như hẹp đường mật, chức năng gan kém, thể trạng yếu, BN mổ nhiều lần, ổ bụng dính [1], [7], [8], [9].

* *Khả năng tiếp cận các vị trí sỏi trong gan của ống soi đường mật:*

Bảng 1: Kết quả tiếp cận sỏi theo vị trí đường mật

Tiếp cận sỏi	Hoàn toàn		Không hoàn toàn	
Vị trí sỏi	n	%	n	%
Trong gan đơn thuần	157	58,6	49	18,3
Trong và ngoài gan	45	16,8	17	6,3
Tổng	202	75,4	66	24,6

Theo Đặng Tâm [5], kết quả lấy sỏi phụ thuộc chủ yếu vào khả năng tiếp cận sỏi khi nội soi. Thực tế, do hình thái giải phẫu của đường mật phức tạp, lại hay có chít hẹp đường mật [10], [11] nên việc tiếp cận sỏi không phải lúc nào cũng dễ dàng. Một số trường hợp, ống soi không thể tới gần sỏi được, kỹ thuật lấy sỏi phải được thực hiện từ một khoảng cách xa hơn: bơm rửa để đẩy sỏi xuống thấp; luồn dây vào tán sỏi trong một ống mật có đường kính nhỏ hơn đường kính của ống soi... Trong nghiên cứu của chúng tôi, 24,6% trường hợp tiếp cận sỏi không hoàn toàn.

* *Tỷ lệ sạch sỏi:*

Bảng 2: Tỷ lệ sạch sỏi, sót sỏi

Khả năng tán sỏi		Sạch sỏi, còn sỏi				Tổng
Đặc điểm sỏi		Sạch sỏi	%	Còn	%	
Vị trí sỏi	Gan (phải)	86	87,8	12	12,2	98
	Gan (trái)	62	100	0	0	62
	2 bên	83	76,9	25	23,1	108
	Tổng	231	86,2	37	13,8	268
Lượng sỏi	< 5 viên	176	89,8	20	10,2	196
	≥ 5 viên	55	76,4	17	23,6	72
	Tổng	231	86,2	37	13,8	268
Chít hẹp	Hẹp	127	79,9	32	20,1	159
	Không hẹp	104	95,4	5	4,6	109
	Tổng	231	86,2	37	13,8	268

- Hiệu quả tán sỏi theo vị trí: sỏi trong gan 2 bên có tỷ lệ sót sỏi cao nhất (23,1%).

- Hiệu quả tán sỏi theo số lượng: sỏi nhiều có tỷ lệ sót sỏi cao hơn (23,6%).

- Hiệu quả tán sỏi theo tình trạng chít hẹp đường mật: tỷ lệ sót sỏi khi có chít hẹp đường mật cao hơn nếu không có chít hẹp (20,1% và 4,6%), $p < 0,01$.

Tỷ lệ hết sỏi chung đạt được trong mẫu nghiên cứu 86,2%; còn sỏi 13,8%. Kết quả của chúng tôi tương đương Dương Xuân Lộc (2012) [4]: tỷ lệ hết sỏi bằng NSTS 77,78%; còn sỏi 23,22%; Trần Vũ Đức (2008) [3] gặp tỷ lệ hết sỏi 80,4%; còn sỏi: 19,6%; của Bùi Mạnh Côn (2010) [2] là 81,8%; còn sỏi: 18,2%.

* Số lần tán sỏi:

Bảng 3: Số lần tán theo số lượng sỏi.

Số lượng sỏi	< 5 viên	≥ 5 viên	Tổng
Số lần tán			
1	135	15	150
2	54	29	83
3 - 5	8	27	35
Tổng	197	71	268

- 35 BN cần phải tán từ 3 lần mới sạch sỏi (13,1%).

- Số lần tán sỏi trung bình: $1,62 \pm 0,90$; ít nhất 1 lần tán sỏi, nhiều nhất 5 lần.

- Các trường hợp sỏi ≥ 5 viên chủ yếu phải tán ≥ 2 lần mới sạch sỏi.

Theo Đặng Tâm, số lần NSTS cho 1 BN thay đổi tỷ lệ thuận với số lượng sỏi và tình trạng của đường mật (viêm hẹp, khẩu kính nhỏ, gấp khúc) gây khó khăn trong việc tiếp cận sỏi [5]. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy đối với những BN sỏi trong gan trái hoặc ở cả 2 bên, số lượng sỏi ≥ 5 viên, số lần tán sỏi càng nhiều. Số lần tán sỏi trung bình/BN là $1,62 \pm 0,90$ mới làm sạch sỏi đường mật. Theo Bùi Mạnh Côn [2], số lần tán sỏi nội soi: từ 1 - 4 lần/BN, trung bình 1,5 lần; Đặng Tâm [5] cho thấy số lần nội soi lấy sỏi 1 - 12 lần/BN, trung bình: 3,6 lần. Các tác giả: từ 3,3 - 5,12 lần.

* *Biến chứng trong và sau phẫu thuật:*

Các biến chứng chủ yếu là chảy máu và thủng đường mật [5]. Chúng tôi gặp 5,6% BN có tai biến chảy máu đường mật trong tán sỏi, tuy nhiên không

có trường hợp nào cần phải can thiệp ngoại khoa cấp cứu hoặc truyền máu. Kết quả này tương đồng với Bùi Mạnh Côn và CS [2]: tỷ lệ biến chứng 11%, Bùi Tuấn Anh [1] gặp tỷ lệ biến chứng 8,3%. Đặng Tâm qua hai công trình nghiên cứu cho thấy tỷ lệ biến chứng 9,2% (2004) và 7,1% (2008) [5], [6].

* *Thời gian nằm viện sau NSTS:* trung bình $17,47 \pm 10,31$ ngày; ngắn nhất 08 ngày, dài nhất 62 ngày. Thời gian nằm viện trong nghiên cứu của chúng tôi dài hơn so với các tác giả khác, điều này có thể chấp nhận được vì mục đích điều trị cuối cùng là hiệu quả sạch sỏi tối đa.

* *Thời gian 1 lần NSTS qua đường hầm KEHR:* $62,90 \pm 26,93$ phút, ngắn nhất 20 phút, dài nhất 150 phút. Việc đặt sonde dạ dày để dẫn lưu dịch rửa ra ngoài đã làm hạn chế một phần lớn dịch xuống ruột khiến BN no nước, điều này cho phép kéo dài thời gian mỗi lần tán sỏi, từ đó làm giảm số lần tán sỏi. Nghiên cứu của các tác giả khác cho thấy thời gian một lần lấy sỏi không kéo dài quá 60 phút [5].

IV. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 268 trường hợp tán sỏi điện thủy lực qua đường hầm KEHR, chúng tôi nhận thấy: tỷ lệ sỏi đường mật trong gan cao, thường gặp là sỏi trong gan 2 bên. Số lượng sỏi < 5 viên chiếm đa số. NSTS qua đường hầm KEHR bằng điện thủy lực là phương pháp hiệu quả cao và an toàn, khả năng tiếp cận sỏi của ống soi tốt, tỷ lệ sạch sỏi cao (86,2%); tỷ lệ còn sỏi 13,8%. Tỷ lệ biến chứng thấp (5,6% biến chứng nhẹ).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bùi Tuấn Anh. Nghiên cứu kỹ thuật dẫn lưu mật xuyên gan qua da trong điều trị sỏi đường mật. Luận án Tiến sỹ Y học. Học viện Quân y. Hà Nội. 2008.
2. Bùi Mạnh Côn, Nguyễn Văn Xuyên, Nguyễn Đức Trung. Đánh giá hiệu quả của phương pháp tán sỏi qua đường hầm KEHR trong điều trị triệt để sỏi mật ở người lớn tuổi. Tạp chí Y học thực hành. 2010, 11, tr.104-107.
3. Trần Vũ Đức, Lê Quan Anh Tuấn. Kết quả sớm của nong đường mật qua nội soi đường hầm ống KEHR trong điều trị sỏi sỏi. Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh. 2008, 12 (1), tr.216-223.
4. Dương Xuân Lộc, Hoàng Trọng Nhật Phương, Hồ Văn Linh và CS. Hiệu quả tán sỏi điện thủy lực trong sỏi mật mổ lại. Tạp chí Gan mật Việt Nam. 2012, 19, tr.44-51.

5. Đặng Tâm. Xác định vai trò của phương pháp tán sỏi mật qua da bằng điện thủy lực. Luận án Tiến sỹ Y học. Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh. 2004.
6. Đặng Tâm, Lê Nguyên Khôi. Đánh giá phương pháp lấy sỏi mật nội soi xuyên gan qua da. Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh. 2008, 20 (4), tr.274-283.
7. Trần Đình Thơ. Nghiên cứu ứng dụng siêu âm kết hợp nội soi đường mật trong mổ để điều trị sỏi trong gan. Luận án Tiến sỹ Y học. Đại học Y Hà Nội. 2006.
8. Chen Y, Jiang ZJ, Wang WL et al. Management of hepatolithiasis with operative choledochoscopic freddy laser lithotripsy combined with or without hepatectomy. Hepatobiliary Pancreat Dis Int. 2013, 12 (2), pp.160-164.
9. Hamba H, Uenishi T, Takemura S et al. Outcomes of hepatic resection for hepatolithiasis. The American Journal of Surgery. 2009, 198(2), pp.199-202.
10. Naveen Arya, Sandra E Nelles. Electrohydraulic lithotripsy in 111 patients: A safe and effective therapy for difficult bile duct stones. American Journal of Gastroenterology. 2004, pp.2330-2334.
11. KS Jeng. Bile duct stents in the management of hepatolithiasis with long-segment intrahepatic biliary strictures. Br J Surg. 1992, Vol 79, pp.636-666.