

NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ KẾT QUẢ CẮT TÚI MẬT NỘI SOI ĐIỀU TRỊ VIÊM TÚI MẬT CẤP TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TRÀ VINH

Trần Kiến Vũ¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả cắt túi mật nội soi điều trị viêm túi mật cấp.

Đối tượng và phương pháp: Mô tả tiến cứu, từ tháng 10 năm 2012 đến tháng 7 năm 2014 có 150 trường hợp viêm túi mật cấp được phẫu thuật nội soi tại khoa ngoại Bệnh viện Đa khoa Trà Vinh.

Kết quả: 150 trường hợp có 127 nữ, 23 nam, tuổi trung bình 58,4.

Lâm sàng và cận lâm sàng thường gặp: đau hạ sườn phải hoặc thượng vị 92%, phản ứng hạ sườn phải 65,3%, bạch cầu tăng 90,7%, sốt 85,5%, siêu âm túi mật to và thành dày 100%, chuyển mổ mở 7,8%, tai biến trong mổ 26,6%, biến chứng sau mổ 24,6%. Thời gian nằm viện trung bình 6,2 ngày không có tử vong trong nghiên cứu này.

Kết luận: Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng thường gặp trong viêm túi mật cấp: đau hạ sườn phải hoặc phản ứng hạ sườn phải, sốt, bạch cầu tăng, siêu âm túi to và thành dày. Phẫu thuật cắt túi mật nội soi trong viêm túi mật cấp là an toàn, khả thi, không có tử vong trong và sau mổ.

Từ khóa: Cắt túi mật nội soi, viêm túi mật cấp.

ABSTRACT

STUDY ON THE CLINICAL, PARACLINICAL CHARACTERISTICS AND RESULTS OF LAPAROSCOPIC CHOLECYSTECTOMY FOR ACUTE CHOLECYSTITIS

Tran Kien Vu¹

Objective: To study the clinical, paraclinical characteristics and results of laparoscopic cholecystectomy for acute cholecystitis

Subjects and methods: A prespective study on 150 acute cholecystitis were operated by laparoscopic cholecystectomy at the Tra Vinh Hospital from October 2012 to November 07 2014.

Results: 150 cases (127 women, 23 men), average age was 58.4. Clinical, paraclinical characteristics: right upper quadrant or epigastric pain accounted for 92%, right upper quadrant reflex accounted for 65.3%, 90.7% leukocytosis, fever 85.5%, big and thick wall of gall-bladder accounted for 100%, conversion accounted for 7.8%, surgical postoperative complications accounted for 26.6%. Hospital stay was 6.2 days.

1. Bệnh viện Trà Vinh

- Ngày nhận bài (received): 9/10/2014; Ngày phản biện (revised): 12/11/2014;
Ngày đăng bài (Accepted): 25/11/2014
- Người phản biện: PGS.TS Phạm Như Hiệp; PGS.TS Phạm Anh Vũ
- Người phản hồi (Corresponding author): Trần Kiến Vũ
- Email: drtrankienvu@gmail.com; ĐT: 0913791014

Conclusion: the common clinical, paraclinical characteristics in acute cholecystitis were right upper quadrant pain or reflex, fever, leukocytosis, big and thick wall of gall-bladder on ultrasound.

Surgery Laparoscopic cholecystectomy in acute cholecystitis is safe, feasible, and no postoperative mortality.

Key words: Cholecystectomy and laparoscopic, acute cholecystitis.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Phẫu thuật cắt túi mật nội soi (Cắt túi mật nội soi) điều trị viêm túi mật cấp (Viêm túi mật cấp) lúc đầu còn là một chống chỉ định tương đối do tình trạng viêm túi mật (TM) phù nề, căng to, viêm dính nhiều các tạng lân cận làm thay đổi cấu trúc giải phẫu gây khó khăn cho việc phẫu tích đưa đến nguy cơ làm tăng tỷ lệ tai biến, biến chứng, làm kéo dài thời gian phẫu thuật cũng như tỷ lệ chuyển mổ mở cao...[1], [2], [3], [4].

Sau năm 2000 đến nay đã có nhiều nghiên cứu cho thấy khi trình độ phẫu thuật viên mổ nội soi (MNS) được nâng cao, phương tiện gây mê hồi sức tốt và trang thiết bị MNS đầy đủ thì PTNS điều trị Viêm túi mật cấp vẫn an toàn và đạt hiệu quả cao [5], [6], [8].

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng (LS), cận lâm sàng (CLS) và đánh giá kết quả của phẫu thuật nội soi trong điều trị viêm túi mật cấp tại BVĐK Trà Vinh.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

2.1. Đối tượng nghiên cứu: 150 trường hợp Viêm túi mật cấp được điều trị bằng PTNS trong thời gian từ tháng 10/2012 đến tháng 7/2014 tại BVĐKTV gồm: 127 nữ (84,6%); 23 nam (15,4%) tuổi trung bình: 58,4 (16 – 90 tuổi).

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu (NC) mô tả tiến cứu, không có nhóm chứng, đánh giá các đặc điểm về LS, CLS và kết quả Cắt túi mật nội soi sau mổ mở, thời gian nằm viện, tai biến, biến chứng trong và sau mổ.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong 150 BN được điều trị cắt túi mật bằng PTNS có 127 nữ (84,6%), 23 nam (15,4%), tuổi trung bình 58,4 (16- 90 t). Chẩn đoán trước mổ dựa

vào bệnh cảnh lâm sàng và cận lâm sàng, chẩn đoán xác định bằng kết quả GPB sau mổ.

Bảng 1: Đặc điểm lâm sàng

Các đặc điểm lâm sàng	N=150	%
Đau HSP hoặc thượng vị	145	96,6
Sờ chạm túi mật	66	44,0
Điểm túi mật đau	138	92,0
Phản ứng thành bụng HSP	98	65,3
Sốt T > 37°C	128	85,3

Bảng 2: Hình ảnh siêu âm

Hình ảnh siêu âm	N=150	%
Túi mật to	150	100
Thành túi mật dày $\geq$ 4mm	150	100
Túi mật có sỏi	135	90,0
Túi mật không có sỏi	10	6,7
Sỏi kẹt cổ túi mật	29	19,3
Bùn túi mật	47	31,3
Túi mật có Polyp	5	3,3

Bảng 3: Các chỉ số xét nghiệm

Chỉ số xét nghiệm	N=150	%
Số lượng bạch cầu (BC) tăng (> /10 G/l)	136	90,7
Bạch cầu trung tính (BCTT) > 80%	128	85,3
Glucose máu > 7 mmol/l	32	21,3
Bilirubin > 17 umol/l	49	32,7
SGOT,SGPT > 40 U/l	62	41,3
Giải phẫu bệnh Viêm túi mật cấp	150	100

IV. BÀN LUẬN

- Đau bụng: Đau hạ sườn phải hoặc thượng vị là triệu chứng luôn được đề cập đến trong Viêm túi mật cấp, đây là lý do đầu tiên và cũng là lý do chính khiến bệnh nhân phải nhập viện. Kết quả nghiên cứu cho thấy 100% bệnh nhân đến vì đau bụng. Nguyễn Tấn Cường [1], Nguyễn Tấn Đạt [2], cũng ghi nhận những kết quả tương tự.

- Sốt: Viêm túi mật cấp là một nhiễm khuẩn cấp tính, vì vậy dấu hiệu sốt có liên quan chặt chẽ đến thời gian mắc bệnh của BN, nghiên cứu cho thấy có 128 bệnh nhân (85,53%) có sốt. Nghiên cứu của một số tác giả như sau: Nguyễn Văn Hải 57,6%, Nguyễn Cường Thịnh 56,8% [5], phù hợp với kết quả nghiên cứu. Tuy nhiên trong nghiên cứu gặp 22 bệnh nhân (14,6%) hoàn toàn không sốt, trong đó 3 bệnh nhân có hoại tử túi mật, vì vậy không nên chủ quan khi thấy bệnh nhân không có sốt mà chẩn đoán loại trừ Viêm túi mật cấp.

- Túi mật to: Trong nghiên cứu có 66 bệnh nhân (44%) túi mật to được phát hiện qua thăm khám lâm sàng, tỷ lệ phát hiện túi mật to trong Viêm túi mật cấp của một số tác giả như sau: Nguyễn Văn Hải 21,2% [3] và Lê Quang Minh 65,2% [4].

- Điểm túi mật đau: Trong trường hợp không sờ thấy túi mật thì điểm túi mật ấn đau rất có giá trị trong chẩn đoán. Nghiên cứu cho thấy có 138 bệnh nhân (92%) điểm túi mật đau. Nghiên cứu của Nguyễn Văn Hải 100% (66 bệnh nhân) [3] và Nguyễn Cường Thịnh 75,9% (104 bệnh nhân) [5] kết quả các nghiên cứu cho thấy dấu hiệu điểm túi mật đau gặp tỷ lệ khá cao trong Viêm túi mật cấp.

- Phản ứng thành bụng HSP: Thường báo hiệu Viêm túi mật cấp nặng, có thể có biến chứng như viêm mũ, hoại tử, thủng túi mật. Chúng tôi gặp 98 bệnh nhân (65,3%) có phản ứng thành bụng. So với Nguyễn Cường Thịnh (39%) [5], Nguyễn Văn Hải (33,3%) [3] thì tỷ lệ của chúng tôi cao hơn.

- Siêu âm: Đối với Viêm túi mật cấp, đây là cận lâm sàng được chỉ định đầu tiên và có thể làm nhiều lần cho một bệnh nhân ở các thời điểm khác nhau.

- Tất cả bệnh nhân trong nghiên cứu đều được

làm siêu âm ổ bụng, kết quả 100% bệnh nhân có túi mật to và thành dày ($\geq 4\text{mm}$). Nghiên cứu cho thấy có 135 bệnh nhân (90%) Viêm túi mật cấp do sỏi, 10 bệnh nhân (6,6%) không do sỏi, 5 trường hợp (3,3%) Viêm túi mật cấp trên bệnh nhân có polyp và 47 trường hợp (31,3%) có bùn trong túi mật, kết quả này tương tự các nghiên cứu trong nhiều y văn trong và ngoài nước đã công bố [7], [9], [10].

- Số lượng bạch cầu (SLBC): SLBC có thể đánh giá mức độ tiến triển và dự đoán tổn thương của túi mật. Toàn bộ bệnh nhân trong nghiên cứu đều có SLBC tăng, trong đó tăng $> 10\text{G/L}$ có 146 bệnh nhân (97,3%). Nguyễn Văn Hải, Nguyễn Cường Thịnh [4], [5] đều ghi nhận tỷ lệ BCTT tăng cao ở các bệnh nhân Viêm túi mật cấp.

- Bilirubin, SGOT, SGPT, đường máu: trong nghiên cứu cho thấy có 58 trường hợp (38,6%) Bilirubin $> 17\text{ umol/l}$, SGOT, SGPT $> 40\text{ U/l}$ có 54 trường hợp (36%). Theo chúng tôi đây là những yếu tố tiên lượng bệnh giúp PTV cân nhắc khi đưa ra chỉ định phẫu thuật.

- Chuyển mủ mòi: Tỷ lệ chuyển mủ mòi (MM) của chúng tôi là 12 trường hợp (7,8%), phù hợp với một số tác giả khác [2], [3]. Trong 12 trường hợp chuyển mủ mòi: 4 trường hợp chảy máu từ động mạch túi mật, 7 trường hợp do viêm dính nhiều vùng tam giác calot (phẫu tích chảy nhiều máu) không nhận diện rõ ống mật chủ và ống túi mật, 1 trường hợp thủng tá tràng do viêm dính nhiều với các tạng lân cận, lúc phẫu tích gây thủng. Nguyễn Đình Hồi và cộng sự trong 122 trường hợp Cắt túi mật nội soi do Viêm túi mật cấp có tỷ lệ chuyển mủ mòi là 10,7% [7]. Nguyên nhân khiến phải mổ mòi khi mổ nội soi Viêm túi mật cấp thường là do viêm dính nhiều, PTV không thể nhận định rõ giữa ống mật chủ với ống túi mật, lý do kế tiếp thường là do chảy máu nhiều khó kiểm soát trong lúc phẫu tích.

- Tai biến trong phẫu thuật: Trong nghiên cứu có 30 trường hợp (20%), trong đó chảy máu khó cầm là 9 trường hợp (6%), thủng túi mật 18 trường hợp (12%), 1 trường hợp (0,6%) thủng tá tràng do phẫu tích, tai biến khác là 12 trường hợp (8%). Mặc dù tỷ

lệ tai biến của chúng tôi có cao hơn các tác giả khác (chủ yếu là thủng túi mật chiếm 12%), nhưng không có trường hợp nào tử vong. Như vậy, cắt túi mật nội soi trong điều trị viêm túi mật cấp có tính khả thi và độ an toàn cao.

- Biến chứng sau mổ: Trong nghiên cứu có 24,6% (37/150), gồm tụ dịch dưới gan 14 trường hợp (9,3%), chảy máu ổ troca 5 trường hợp (3,3%), nhiễm trùng ổ troca 12 trường hợp (8%), rò mật sau mổ 6 trường hợp (4%). Các biến chứng kể trên được điều trị bảo tồn thành công.

- Thời gian nằm viện: Thời gian nằm viện trung bình sau mổ cắt túi mật nội soi của chúng tôi là 6,2 ngày. Theo Daniak thời gian nằm viện trung bình là 5,1 ngày. Nghiên cứu của một số tác giả cho thấy lúc

đầu thời gian nằm viện sau cắt túi mật nội soi điều trị viêm túi mật cấp dài hơn cắt túi mật mở là do các biến chứng sau mổ xuất hiện nhiều hơn [9].

V. KẾT LUẬN

Qua 150 trường hợp viêm túi mật cấp được phẫu thuật cắt túi mật nội soi tại Bệnh viện Đa khoa Trà Vinh, chúng tôi rút ra một số kết luận sau: triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng thường gặp trong viêm túi mật cấp: đau hạ sườn phải hoặc thượng vị, phản ứng vùng hạ sườn phải, bạch cầu tăng, siêu âm túi mật to thành dày. Phẫu thuật cắt túi mật nội soi điều trị viêm túi mật cấp là an toàn, khả thi, biến chứng chấp nhận được, không có tử vong trong và sau mổ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Tấn Cường và cs (2010), "Phẫu thuật Nội soi điều trị viêm túi mật cấp: Đánh giá lại kết quả 686 ca", *chuyên đề Ngoại khoa* 60 (4, 5, 6), tr. 61 – 67.
2. Nguyễn Tấn Đạt (2009), *Đánh giá kết quả điều trị viêm túi mật cấp giữa cắt túi mật nội soi sớm và trì hoãn*, Luận văn Bác sỹ Chuyên khoa II, Học Viện Quân Y TP HCM.
3. Nguyễn Văn Hải, Nguyễn Tuấn (2005) "Kết quả cắt túi mật nội soi trong viêm túi mật cấp", *Y học TP HCM*, 9(2), tr. 109– 113.
4. Lê Quang Minh, Nguyễn Cường Thịnh (2009), Lựa chọn thời gian cắt túi mật nội soi điều trị viêm túi mật cấp, *Chuyên đề Ngoại khoa*, 3, tr. 31- 37.
5. Nguyễn Cường Thịnh (2006), Cắt túi mật nội soi trong điều trị viêm túi mật cấp, *Y học TP HCM, chuyên đề ngoại khoa*, 10, tr. 14- 19.
6. Đỗ Trọng Hải, Phan Anh Tuấn (2003), Mức độ an toàn và hiệu quả của cắt túi mật nội soi trong viêm túi mật cấp do sỏi, *Y học TP HCM, chuyên đề ngoại khoa*, 7(1), tr. 43– 47.
7. Nguyễn Đình Hối, Nguyễn Tấn Cường và cs (2001), Cắt túi mật bằng phẫu thuật nội soi, *Chuyên đề Ngoại khoa*, 19(1), tr. 7- 14.
8. Bickei A et al (1996), Laparoscopic cholecystectomy for accute cholecystitis, *Surg Endosc*, 10, pp.1045- 9.
9. Chris N Daniak et al (2008), Factor associate with time to laparoscopic cholecystectomy for acute cholecystitis, *World Journal of gastroenterology*, 7, pp.1080– 1094.
10. Eldar S et al (1996), Laparoscopic cholecystectomy for accute cholecystitis: Prospective trial, *World J Surg*, 10, pp. 1045– 9.