

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ BƯỚC ĐẦU NỘI SOI MẬT TỤY NGƯỢC DÒNG KẾT HỢP CẮT TÚI MẬT NỘI SOI TRONG ĐIỀU TRỊ SỎI ỐNG MẬT CHỦ KÈM SỎI TÚI MẬT

Hồ Văn Linh¹, Dương Xuân Lộc²,
Phan Hải Thanh¹, Mai Đình Diệu¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Khoảng 10-15% bệnh nhân sỏi túi mật kèm sỏi đường mật chính được phát hiện khi nhập viện. Ngày nay, cắt túi mật nội soi đã trở thành phương pháp được lựa chọn để điều trị sỏi túi mật. Nội soi mật tụy ngược dòng giúp tạo thêm nhiều sự lựa chọn trong cách điều trị sỏi túi mật kèm sỏi đường mật chính. Kỹ thuật thực hiện đồng thời đó là kết hợp cả 2 để điều trị sỏi túi mật kèm sỏi đường mật. Đánh giá phương pháp điều trị sỏi túi mật kèm sỏi đường mật chính bằng nội soi mật tụy ngược dòng và cắt túi mật nội soi.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu tiến cứu mô tả dựa trên 51 bệnh nhân bị sỏi túi mật kèm sỏi đường mật chính được chẩn đoán bằng siêu âm tại Bệnh viện Trung ương Huế. Bệnh nhân được lấy sỏi đường mật chính bằng nội soi mật tụy ngược dòng trước khi được cắt túi mật nội soi, trong 1 lần mổ.

Kết quả: Có 33 nữ và 18 nam. Tuổi trung bình $61,64 \pm 10,18$ tuổi (từ 38 đến 81). Tất cả bệnh nhân được chẩn đoán sỏi túi mật kèm sỏi đường mật chính trước mổ bằng 2 lần siêu âm. Tất cả bệnh nhân đều được chuẩn bị lấy sỏi đường mật chính bằng nội soi mật tụy ngược dòng và cắt túi mật nội soi trong cùng 1 lần mổ. Nội soi mật tụy ngược dòng lấy sỏi thành công ở cả 51 bệnh nhân. Không có bệnh nhân cắt TMNS nào chuyển sang mổ mở. Thời gian trung bình của nội soi mật tụy ngược dòng lấy sỏi là $36,15 \pm 12,20$ phút. Thời gian trung bình của cắt túi mật nội soi là $42,10 \pm 22$ phút. Không có biến chứng trong mổ liên quan đến nội soi mật tụy ngược dòng lấy sỏi và cắt túi mật nội soi. Thời gian nằm viện trung bình $5,75 \pm 2,5$ ngày. Theo dõi trung bình sau mổ 12 tháng (2- 18): 2 bệnh nhân hẹp đoạn cuối ống mật chủ, 3 trường hợp viêm tụy cấp.

Kết luận: Nghiên cứu này cho thấy nội soi mật tụy ngược dòng lấy sỏi kết hợp cắt túi mật nội soi trong điều trị sỏi túi mật kèm sỏi đường mật chính bước đầu mang tính an toàn và hiệu quả. Tuy nhiên, cần phải nghiên cứu với số lượng bệnh nhân nhiều hơn nữa để tìm ra được hạn chế của nội soi mật tụy ngược dòng khi kết hợp với cắt túi mật nội soi để điều trị bệnh lý này.

Từ khóa: Nội soi mật tụy ngược dòng, cắt túi mật

ABSTRACT

EVALUATION INITIAL RESULTS ENDOSCOPY RETROGRADE CHOLAGIOGRAPHY COMBINED LAPAROSCOPIC CHOLECYSTECTOMY IN TREATMENT OF GALLSTONES ASSOCIATED COMMON BILE DUCT STONES

Ho Van Linh¹, Duong Xuan Loc²,
Phan Hai Thanh¹, Mai Dinh Dieu¹

Introduction: Common bile duct stones occurs in 10% to 15% of patients with gallstone admitted to hospital. Laparoscopic cholecystectomy (LC) is today the treatment of choice for gallstone. The advent of

1. Bệnh viện TW Huế
2. BV Vimec Đà Nẵng

- 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): Hồ Văn Linh
- Email: drinh2000@yahoo.com; SĐT: 0913465464

endoscopic techniques changed surgery in the regard of management gallstone associated with common bile duct stones. This has created a dilemma in the management of common bile duct stones. Today a number of options exist, including endoscopic sphincterotomy (ES) before LC in patients with common bile duct (CBD) stones, laparoscopic cholecystectomy and choledocotomy.

Objectives: The aim of this work was to assess initial results of the treatment of gallstone associated with common bile duct stones (CBDS) by endoscopy retrograde cholangiography (ERCP+ES) and laparoscopic cholecystectomy (LC).

Materials and methods: This prospective study was carried out on 51 patients with gallstones associated with common bile duct stones diagnosed by ultrasound at Hue central Hospital. They were treated by ERCP+ES prior to LC immediately.

Results: There were 33 females and 18 males. Their mean age was 61.64 ± 10.18 years (ranging from 38 to 81 years). All of patients and confirmed gallstones and CBDS by preoperative ultrasound (US). All patients were prepared for ERCP and LC in one session. Cholecystectomy was completed laparoscopically in 51 patients (100%). The mean time of ERCP was 36.15 ± 12.20 min. The mean time of LC was 42.10 ± 22 minutes. Patients were discharged after a mean post operative hospital stay of 5.75 ± 2.5 days. None of the patients presented on the postoperative follow-up with symptoms, signs, laboratory or radiological evidence of retained CBDS.

Conclusion: The current study suggests that ERCP combined LC for the management of cholecysto-choledocholithiasis is a safe and an effective technique. However, additional studies with larger patient populations are needed keeping in mind that the limiting characteristic is the proximity and availability of the endoscopic settings.

Key words: retrograde cholangiography, laparoscopic cholecystectomy

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Khoảng 10-15% bệnh nhân sỏi tụy mật kèm sỏi đường mật chính được phát hiện khi nhập viện [7], [8]. Ngày nay, cắt túi mật nội soi đã trở thành phương pháp được lựa chọn để điều trị sỏi tụy mật. Do đó, với sự xuất hiện của nội soi mật tụy ngược dòng, sỏi túi mật kèm sỏi đường mật chính có nhiều sự lựa chọn trong cách điều trị. Hiện nay, hai phương pháp cùng tồn tại đó là lấy sỏi đường mật chính bằng nội soi mật tụy ngược dòng (NSMTND) kết hợp cắt túi mật nội soi (cắt TMNS). Mục tiêu: Đánh giá kết quả ban đầu phương pháp điều trị sỏi túi mật kèm sỏi đường mật chính bằng nội soi mật tụy ngược dòng kết hợp cắt túi mật nội soi.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Từ 2012 đến 2019 có 51 bệnh nhân bị sỏi túi mật kèm sỏi đường mật chính được lấy sỏi bằng NS-MTND và cắt TMNS, trong đó 33 nữ và 18 nam. Tuổi trung bình $61,64 \pm 10,18$ tuổi (từ 38 đến 81). Siêu âm ít nhất 2 lần cho kết quả giống nhau.

Các bệnh nhân có sỏi đường mật trong gan, hoặc nhiều sỏi (>3 viên) được loại khỏi nghiên cứu này. Bệnh nhân có nhiễm trùng đường mật được điều trị ổn định trước khi phẫu thuật.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Nghiên cứu tiến cứu, mô tả, không so sánh dựa trên tất cả bệnh nhân được lấy sỏi đường mật chính bằng nội soi mật tụy ngược dòng trước khi được cắt túi mật nội soi. Tất cả bệnh nhân đều được chuẩn bị để cắt TMNS ngay sau khi lấy sỏi đường mật chính bằng NSMTND.

III. KẾT QUẢ

Đặc điểm lâm sàng

Bảng 1: Các yếu tố nguy cơ

Yếu tố nguy cơ	n = 51	%
Cao HA	23	45,1
Đái đường	17	33,3
Chức năng tim giảm	8	15,7
Chức năng hô hấp giảm	6	11,8

Bảng 2: Các triệu chứng lâm sàng

Triệu chứng lâm sàng	n = 51	%
Vàng mắt	12	23,5
Tăng Bilirubin trực tiếp	18	35,3
Men gan tăng	9	17,6
Photphatase kiềm tăng	14	27,6
SA có sỏi OMC + OMC dẫn	51	100

Nội soi mật tụy ngược dòng lấy sỏi thành công ở cả 51 bệnh nhân. Thời gian trung bình của nội soi mật tụy ngược dòng lấy sỏi là $36,15 \pm 12,20$ phút. Không có biến chứng xảy ra trong lấy sỏi bằng NSMTND.

Cắt túi mật nội soi thành công trên 51 bệnh nhân (100%). Thời gian trung bình của cắt túi mật nội soi là $42,10 \pm 22$ phút. Không có biến chứng trong mổ CTMNS.

Thời gian nằm viện trung bình $5,75 \pm 2,5$ ngày. Không có biến chứng sau mổ.

Theo dõi trung bình sau mổ 12 tháng (2- 18): 2 bệnh nhân hẹp đoạn cuối ống mật chủ được nong thành công, 3 trường hợp viêm tụy cấp điều trị nội khoa.

IV. BÀN LUẬN

Hiện nay, cắt TMNS đã thay thế phẫu thuật cắt túi mật hở với tỷ lệ trên 95% và ERCP được sử dụng để lấy sỏi đường mật chính đã trở nên ngày càng phổ biến. Do đó, trong trường hợp sỏi túi mật, lấy sỏi đường mật chính bằng mổ OMC nội soi hay bằng ERCP đang là vấn đề được nhiều phẫu thuật viên quan tâm. Cắt TM và mổ OMC lấy sỏi nội soi có ưu điểm là cuộc mổ được tiến hành trong 1 lần, chỉ cần 1 kíp phẫu thuật. Tuy nhiên, mổ OMC lấy

sỏi NS đòi hỏi nhiều yếu tố như phẫu thuật viên có kinh nghiệm, phòng mổ phải được trang bị nhiều dụng cụ, đặc biệt là hệ thống NS đường mật, máy tán sỏi ... Do đó không phải trung tâm ngoại khoa nào cũng thực hiện được. Ngoài ra, cuộc mổ thường kéo dài, bệnh nhân nằm viện lâu hơn và chi phí phẫu thuật thường cao hơn. Nghiên cứu này cho thấy $5,75 \pm 2,5$ ngày, ngắn hơn thời gian nằm viện so với mổ OMC kết hợp cắt TMNS là 6,5 ngày [3]. Một vấn đề nữa là làm cho phương pháp cắt TM kết hợp với mổ OMC NS không thực hiện được là các yếu tố liên quan đến bệnh nhân. Tuổi TB trong nghiên cứu này là $61,64 \pm 10,18$ tuổi, trong đó 20 bệnh nhân trên 60 tuổi chiếm 80%. Trên 50% bệnh nhân có cao HA và gần 50% bệnh nhân có kèm theo bệnh đái đường (bảng 2). Nghiên cứu của Himel H.S cũng nhận thấy vấn đề ngăn cản mổ OMC kết hợp cắt TMNS chính là đa số bệnh nhân trong nhóm này có tuổi lớn và có nhiều bệnh lý kèm theo [5].

Trước các vấn đề trên, chúng tôi đã chọn lấy sỏi đường mật chính bằng ERCP kết hợp cắt TMNS để triển khai. Tất cả các PTV tiêu hóa tại các bệnh viện của chúng tôi đều có thể kết hợp với các bác sĩ nội soi thực hiện phương pháp này. Đây là thuận lợi đầu tiên mà chúng tôi nhận thấy khi triển khai kỹ thuật này. Các nghiên cứu trước đây của chúng tôi về lấy sỏi đường mật chính bằng ERCP cho thấy phương pháp này có tỷ lệ thành công khá cao trên 85%. Tỷ lệ biến chứng là 3,5% [2]. Nghiên cứu của các tác giả khác cũng cho kết quả tương tự [1]. Tỷ lệ thành công của phương pháp này trong nghiên cứu của chúng tôi là 100%. Với tỷ lệ biến chứng trong mổ là 0%. Kết quả này có lẽ do chúng tôi đã chọn những bệnh nhân có sỏi ít và có kích thước dưới 2cm để tiến hành nghiên cứu. Tỷ lệ cắt TMNS phải chuyển mổ mở là 0%. Tỷ lệ chuyển mổ mở trong nghiên cứu của chúng tôi năm 1999 là 12%, nguyên nhân chủ yếu là do viêm dính ở tam giác Calot. Các nghiên cứu khác có tỷ lệ chuyển mổ mở là 9,8% [9]. So với các tác giả trên tỷ lệ chuyển mổ mở của chúng tôi thấp hơn.

Một vấn đề liên quan đến kỹ thuật mà chúng tôi muốn đề cập đến đó là nên tiến hành cắt TMNS trong một lần mổ với ERCP, hay là cắt túi mật sau ERCP 2-3 ngày. Trong nghiên cứu của chúng tôi có 100% bệnh nhân được cắt túi mật trong một lần mổ sau khi làm ERCP với tỷ lệ chuyển sang mổ mở là 0%. Không có biến chứng trong và sau mổ nào được ghi nhận. Một số tác giả trên thế giới cho rằng: không nên cắt túi mật ngay sau ERCP nếu có tình trạng chướng bụng và nếu trì hoãn thì nên cắt sớm sau 2-3 ngày để tránh tình trạng viêm nhiễm của túi mật. Ronnie T.P.P. trì hoãn cắt TMNS sau 6-12 tuần với tỷ lệ chuyển mổ mở là 9,8%, mà theo Lo C.M. tình trạng viêm túi mật sẽ gia tăng nếu trì hoãn trên 72 giờ. Một số tác giả khác lại chủ trương thực hiện cùng một lúc để tránh cho bệnh nhân 2 lần phẫu thuật mà vẫn mang lại kết quả khả quan (2, 4, 5). Một số nghiên cứu cho thấy trong trường hợp viêm túi mật nếu cắt túi mật sau 72 giờ, tình trạng viêm túi mật sẽ tăng lên nhiều làm cho việc phẫu tích TM ở tam giác Calot khó khăn hơn để gây biến chứng. Chúng tôi cho rằng tình trạng chướng bụng sau khi

làm ERCP không làm cho cắt TMNS trở nên quá khó khăn.

Theo chúng tôi: không nên cứng nhắc chỉ định cắt TMNS ngay sau khi làm ERCP hoặc cắt túi mật trì hoãn sau 2-3 ngày. Mà chúng ta nên bố trí sẵn một kíp phẫu thuật ngoại tiêu hóa cùng tham gia làm ERCP với bác sĩ nội soi. Điều này có 2 lợi ích là: phẫu thuật cấp cứu ngay nếu ERCP có tai biến như chảy máu, thủng hành tá tràng... hoặc có thể cắt TMNS ngay nếu tình trạng bệnh nhân cho phép như: bụng không chướng, hình ảnh X-quang chắc chắn không còn sỏi. Nếu điều kiện bệnh nhân không cho phép có thể lên lịch phẫu thuật cho bệnh nhân sau 2-3 ngày.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu này cho thấy nội soi mật tụy ngược dòng lấy sỏi kết hợp cắt túi mật nội soi trong điều trị sỏi túi mật kèm sỏi đường mật chính bước đầu mang lại hiệu quả và an toàn. Cần phải nghiên cứu với số lượng bệnh nhân nhiều hơn nữa để tìm ra những hạn chế của nội soi mật tụy ngược dòng khi kết hợp với cắt túi mật nội soi để điều trị bệnh lý này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Lê Quang Quốc Ánh (2002), “Vai trò của nội soi ngược dòng trong bệnh lý mật tụy”, *Kỷ yếu toàn văn các đề tài khoa học*, Hội nghị Ngoại khoa Việt Nam lần thứ 12.
2. Trần Như Nguyên Phương, Hồ Ngọc Sang, Lâm Thị Vinh, Phạm Như Hiệp (2008), “Điều trị sỏi đường mật chính bằng nội soi mật tụy ngược dòng tại BVTW Huế”, *Y học TP Hồ Chí Minh*, Hội nghị Ngoại khoa và Phẫu thuật nội soi toàn quốc, tr. 329-332.
3. Phan Hải Thanh, Phạm Như Hiệp, Hồ Hữu Thiện, Phạm Anh Vũ, Nguyễn Thanh Xuân, Dương Mạnh Hùng, Lê Lộc (2008), “Phẫu thuật nội soi sỏi đường mật chính tại Bệnh viện Trung ương Huế”, *Y học thành phố Hồ Chí Minh*, phụ bản tập 12, số 4, tr. 257- 262
4. Chen et al (2005), “Endoscopic retrograde cholangiopancreatography management of common bile duct stones in a surgical unit”, *ANZ J. Surg.*, 75, pp. 1070-1072
5. Himel H.S, (2000), “Common Bile Duct Stones: The Role of Preoperative, Intraoperative and Postoperative ERCP”, *Surg Innov*, 7, pp. 237
6. Lo CM, Liu CL, Fan ST, Lai ECS, Wong J (1998), “Prospective randomized study of early versus delayed laparoscopic cholecystectomy for acute cholecystitis”, *Ann Surg*, 277, pp. 461- 467
7. Moreaux J (1994), “Prospective study of open cholecystectomy for calculous biliary disease”, *Br. J. Surg.*, 81, pp. 11
8. Morgenstern L, Wong L, Berci G (1992), “1200 Open cholecystectomy before the laparoscopic era: a standard for comparison”, *Arch Surg*, 127, pp. 400
9. Ronnie Tung-Ping Poon, Chi Leung Liu, Chung-Mau Lo (2001), “Management of Gallstone Cholangitis in the Era of Laparoscopic Cholecystectomy”, *Archsurg*, 136, pp. 11-16.