

SỎI TÚI MẬT KÈM SỎI ỐNG MẬT CHỦ NÊN CẮT TÚI MẬT NỘI SOI NGAY SAU NỘI SOI MẬT TỤY NGƯỢC DÒNG KHÔNG?

Phạm Trung Vỹ¹, Phạm Như Hiệp², Hồ Hữu Thiện², Phạm Anh Vũ², Phan Hải Thanh²,
Trần Như Nguyễn Phương², Lê Phước Anh², Hồ Ngọc Sang², Phan Thị Phương²,
Nguyễn Thanh Xuân², Văn Tiến Nhân², Trần Nghiêem Trung², Phạm Xuân Đông², Mai Trung Hiếu²
(1) Nghiên cứu sinh Trường Đại học Y Dược, Đại học Huế; (2) Bệnh viện Trung ương Huế

Tóm tắt

Mục tiêu: Đánh giá kết quả điều trị sỏi túi mật (TM) có kèm sỏi ống mật chủ (OMC) bằng phối hợp kỹ thuật nội soi mật tụy ngược dòng (ERCP) và cắt túi mật nội soi. Phân tích một số đặc điểm khi tiến hành một thì và nhiều thì. **Đối tượng:** Trong thời gian 3 năm (2015-2017), có 285 bệnh nhân (BN) sỏi mật được làm ERCP, trong đó 68BN sỏi TM kèm sỏi OMC thỏa mãn tiêu chuẩn chọn bệnh tại Bệnh viện Trung ương Huế. Nghiên cứu hồi cứu mô tả lâm sàng. **Kết quả:** Tuổi trung bình 52,2±12,5 tuổi (24-90), tỷ lệ nam/nữ 0,7/1 (27/41). Đau bụng là triệu chứng thường gặp nhất 91,2%, vàng da 51,5%, tăng Bilirubin trực tiếp 27,3±15,6μmol/lit (2,2-165). Kích thước sỏi OMC 12,4±3,2mm (6-20), kích thước sỏi TM 11,3±6,2mm (5-36). Sỏi OMC lần đầu 95,6%, sỏi OMC tái phát 4,4%. Kỹ thuật can thiệp: ERCP và cắt TM một thì 34BN, số lần ERCP trung bình là 1,4±2,5 lần trước khi cắt TM thì 2. Tỷ lệ sạch sỏi 1 thì 76,5%, 2 thì 94,1% (p=0,041). Thời gian nằm viện trung bình 1 thì 6,5±4,3 ngày, 2 thì 13,6±2,2 ngày (p<0,0001). **Kết luận:** Tỷ lệ sạch sỏi ở nhóm bệnh nhân tiến hành hai thì cao hơn nhóm một thì có ý nghĩa với p=0,041. Việc chỉ định cắt túi mật đồng thời ngay sau kỹ thuật nội soi mật tụy ngược dòng hay phẫu thuật thì hai cần căn cứ vào tình trạng bệnh nhân, mức độ sạch sỏi cũng như tiền lượng về tai biến-biến chứng của nội soi can thiệp ngược dòng.

Từ khóa: Sỏi ống mật chủ, sỏi túi mật, nội soi mật tụy ngược dòng.

Astract

CONCOMITANT GALLSTONES AND COMMON BILE DUCT STONES: SHOULD SINGLE-STEP LAPAROSCOPIC CHOLECYSTECTOMY IMMEDIATELY AFTER THE ENDOSCOPIC RETROGRADE CHOLANGIO-PANCREATOGRAPHY?

Phạm Trung Vy¹, Phạm Như Hiệp², Hồ Hữu Thiện², Phạm Anh Vũ², Phan Hải Thanh²,
Trần Như Nguyễn Phương², Lê Phước Anh², Hồ Ngọc Sang², Phan Thị Phương²,
Nguyễn Thanh Xuân², Văn Tiến Nhân², Trần Nghiêem Trung², Phạm Xuân Đông², Mai Trung Hiếu²
(1) PhD students of Hue University of Medicine and Pharmacy, Hue University; (2) Hue Central Hospital

Purpose: To evaluate results from treatment of concomitant gallstones and common bile duct (CBD) stones by ERCP and laparoscopic cholecystectomy. Analysis of single-step or separated-step characteristics. **Object:** During the 3 years (2015-2017), 285 patients CBD stones concomitant or not gallstones underwent ERCP, 68 patients concomitant gallstones and CBD suitable criteria for inclusion at Hue Central Hospital. Retrospective clinical descriptive study. **Results:** Average age 52.2±12.5 (24-90), male/female ratio of 0.7/1 (27/41). Abdominal pain was the most common symptom 91.2%, jaundice 51.5%, direct bilirubin increased 27.3±15.6μmol/l (2.2-165). The diameter of CBD stone is 12.4±3.2mm (6-20), gallstones size 11.3±6.2mm (5-36). The first time CBD stones 95.6%, recurrence CBD stones 4.4%. ERCP and laparoscopic cholecystectomy (LC) 34patients, ERCP 1.4±2.5times and secondary LC. Single-step ductal clearance 76.5%, separate-step ductal clearance 94.1% (p=0.041). Length of hospital stay 6.5±4.3days and 13.6±2.2days (p<0.0001). **Conclusions:** The percentage of ductal clearance in the separate-step patients group was higher than that single-step patients group with p=0.041. The indication of cholecystectomy immediately endoscopic retrograde cholangio pancreatography should be based on the patient status, the ductal clearance as well as the complications.

Keywords: Common bile duct stones, Endoscopic retrograde cholangio pancreatography.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sỏi mật là bệnh lý thường gặp trong các bệnh ngoại khoa tiêu hóa và thường gây nhiều biến chứng nặng nề. Việc chẩn đoán bệnh thường không gặp khó khăn, tuy nhiên việc điều trị sạch sỏi và tránh tái phát đặc biệt với sỏi trong gan thường gặp nhiều khó khăn [2],[4].

Theo nghiên cứu của nhiều tác giả, tại thời điểm chẩn đoán sỏi túi mật có khoảng 10 – 18% sỏi ống mật chủ kèm theo.

Với sỏi túi mật (TM), việc cắt bỏ túi mật bằng phẫu thuật nội soi (PTNS) đã trở thành tiêu chuẩn vàng và là lựa chọn hàng đầu. Tuy nhiên, khi đồng thời sỏi TM và sỏi ống mật chủ (OMC) thì để giải quyết triệt để tình trạng này có thể sử dụng các phương pháp như PTNS có ống soi mềm lấy sỏi OMC và cắt TM, mổ mở lấy sỏi OMC và cắt TM, đặc biệt là sự phối hợp kỹ thuật ERCP có kèm hay không kèm cắt cơ vòng Oddi sau đó cắt TM bằng PTNS một thì hoặc hai thì [7],[11].

Cùng với sự phát triển của khoa học – kỹ thuật và sự phối hợp giữa phẫu thuật viên tiêu hóa và nội soi can thiệp đã giúp kỹ thuật ERCP ngày càng được ứng dụng rộng rãi. Cùng một mục đích làm sạch sỏi OMC mà qua ERCP, bệnh nhân tránh phải chịu một đường mổ dài từ việc mổ mở, tránh phải dẫn lưu Kehr cùng với các yếu tố kéo theo của nó về biến chứng, về thời gian nằm viện, chi phí điều trị và sớm trở lại công việc.

Xuất phát từ thực tế điều trị sỏi TM kèm sỏi OMC tại bệnh viện Trung ương Huế, chúng tôi thực hiện

bài viết này nhằm đánh giá kết quả ứng dụng kỹ thuật ERCP và hiệu quả từ việc lựa chọn thời điểm PTNS cắt TM cùng một lần gây mê hay PTNS cắt TM thì hai.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

- Đối tượng nghiên cứu gồm 68BN được làm ERCP thành công kèm phẫu thuật nội soi cắt túi mật (34BN cắt TM ngay sau ERCP, 34BN cắt TM thì hai).

- Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu hồi cứu mô tả lâm sàng

- Thời gian nghiên cứu: Trong thời gian 3 năm (Từ 1/2015 đến 12/2017)

- Địa điểm nghiên cứu: Bệnh viện Trung ương Huế

- Tiêu chuẩn chọn bệnh: Bệnh nhân sỏi TM kèm sỏi OMC

+ Bệnh nhân được chẩn đoán xác định sỏi TM kèm OMC dựa vào đặc điểm lâm sàng, xét nghiệm sinh hóa, huyết học và siêu âm bụng. Những trường hợp sỏi TM rõ nhưng không thể loại trừ sỏi OMC bằng siêu âm bụng, có giãn đường mật, có tăng Bilirubin trực tiếp và Phosphatase kiềm, bệnh nhân được chụp cộng hưởng từ đường mật để chẩn đoán xác định và chẩn đoán phân biệt.

+ Sỏi TM < 1cm có triệu chứng hoặc sỏi TM $\geq$ 1cm, những trường hợp sỏi TM < 1cm không triệu chứng có thể theo dõi chưa cần can thiệp.

+ Sỏi OMC lần đầu hoặc tái phát $\leq$ 2cm có chỉ định ERCP [7]



Hình 1. Sỏi túi mật kèm sỏi ống mật chủ

- Tiêu chuẩn loại trừ:

+ Có sỏi trong gan kèm theo hoặc bệnh nhân đã làm ERCP trước đó.

+ Chẩn đoán sau mổ là bệnh lý ác tính của đường mật, u bóng Vater

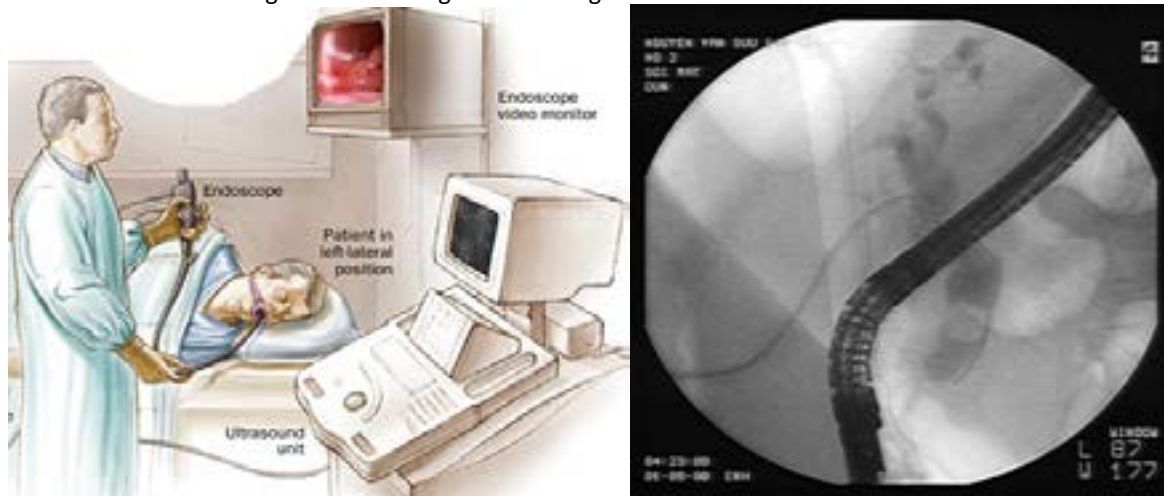
+ Có vết mổ cũ đường giữa trên rốn (mở OMC lấy sỏi, cắt dạ dày...)

- Kỹ thuật tiến hành:

+ Kỹ thuật ERCP [10]:

→ BN được gây mê toàn thân, ống soi được đưa qua miệng xuống thực quản, dạ dày và vào tá tràng, ở đoạn D2 tá tràng có nhú tá lớn.

- Có thể đánh giá các tổn thương phối hợp của thực quản, dạ dày trong quá trình camera nội soi đi qua.
- Đặt ống thông vào đường mật theo hướng 11 giờ, bơm thuốc cản quang để đánh giá vị trí tắc nghẽn OMC và các tổn thương khác như sỏi OMC, hẹp đường mật...
- Kỹ thuật cắt cơ vòng Oddi: Áp dụng phương pháp cắt cơ vòng có guidewire dẫn đường, vừa cắt vừa đốt cầm máu làm chủ đường cắt theo hướng từ 11 đến 1 giờ.



Hình 2. Kỹ thuật nội soi mật tụy ngược dòng lấy sỏi

→ Thủ thuật được cho là thành công khi lấy được sỏi bằng bóng, bằng Dormia hoặc giải phóng được tình trạng tắc mật bằng mở cơ vòng oddi hoặc đặt được stent vào đường mật. Có thể lấy sỏi 2-3 lần nếu sỏi to và nhiều [10].

→ Sau thủ thuật, tất cả BN đều được chụp đường mật để kiểm tra.

+ Kỹ thuật cắt TM nội soi:

→ Trong cùng một lần gây mê: Sau khi làm ERCP, bệnh nhân được thay đổi tư thế đầu cao chân thấp, đặt các troca tiến hành cắt PTNS cắt TM.

→ Với PTNS cắt TM thì sau: Sau khi ERCP lần 1, bệnh nhân được đánh giá lại mức độ sạch sỏi qua

siêu âm bụng, Bilirubin máu. Đánh giá biến chứng nếu có của ERCP qua xét nghiệm công thức máu, amylase và lipase để điều trị ổn định. Nếu còn sỏi sau ERCP lần 1, có thể tiến hành ERCP lần 2, lần 3 đến lúc sạch sỏi thì tiến hành PTNS cắt TM. Nếu sau 3 lần ERCP không sạch sỏi xem như ERCP thất bại. Bệnh nhân được chuyển đổi phương pháp điều trị và không nằm trong tiêu chuẩn chọn bệnh.

- Thời gian nằm viện được tính từ ngày ERCP đầu tiên đến lúc ra viện.

- Kết quả được đánh giá qua tái khám sau khi BN ra viện 2 tuần đến 3 tháng bằng xét nghiệm Bilirubin máu và siêu âm bụng cho tất cả các trường hợp.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Đặc điểm bệnh nhân

Đặc điểm bệnh nhân	n=68 (%)
Tuổi	52,2±12,5 (24-90)
Giới (nam/nữ)	0,7/1 (27/41)
Triệu chứng lâm sàng	
- Đau bụng	62 (91,2)
- Vàng da	35 (51,5)
- Nhiễm trùng đường mật	15 (22,1)
Bilirubin trực tiếp (μmol/lit)	27,3±15,6 (2,2-165)
Đặc điểm sỏi trên siêu âm	
- Số lượng sỏi OMC (viên)	1,7±2,1 (1-5)
- Kích thước sỏi OMC (mm)	12,4±3,2 (6-20)
- Kích thước sỏi TM (mm)	11,3±6,2 (5-36)

Đặc điểm sỏi OMC - Sỏi lần đầu - Sỏi tái phát	65(95,6) 3 (4,4)
Bệnh lý kèm theo - Nhiễm trùng đường mật - Viêm tụy cấp	15(22,1) 7(10,3)

Bảng 2. Kỹ thuật can thiệp

Kỹ thuật can thiệp	ERCP+cắt TM (n=34)	ERCP/cắt TM thì 2 (n=34)
ERCP+cắt TM (1 thì)	34	-
1 ERCP/cắt TM (2 thì)	-	25
2 ERCP/cắt TM	-	7
3 ERCP/cắt TM	-	2
Số lần ERCP trung bình	1	1,4±2,5

Bảng 3. Kết quả điều trị và tái khám

Kết quả điều trị	ERCP+cắt TM n=34 (%)	ERCP/cắt TM n=34 (%)	p
Sạch sỏi	26 (76,5)	32 (94,1)	0,041
Còn sỏi	8 (23,5)	2 (5,9)	0,041
Biến chứng			
-Chảy máu (ERCP)	2 (5,9)	2 (5,9)	-
-Chảy máu (cắt TM)	0 (0)	1 (2,9)	0,321
-Thủng tá tràng	1 (2,9)	0 (0)	0,321
-Viêm tụy cấp	5(14,7)	3 (8,8)	0,453
-Nhiễm trùng đường mật	3 (8,8)	2 (5,9)	0,649
-Tổn thương đường mật	0 (0)	1 (2,9)	0,321
Chuyển mổ mở (mổ lại)	1 (2,9) (*)	1 (2,9) (**)	-
Thời gian nằm viện (ngày)			
Nhóm thành công	6,5±4,3(n=33)	13,6±2,2(n=33)	<0,0001
Nhóm phải mổ lại	45 (n=1)	25 (n=1)	-
Tỷ lệ tử vong	0	0	-

(*) Khâu lỗ thủng tá tràng, dẫn lưu tá tràng theo kỹ thuật Double sonde

(**) Khâu tổn thương OMC, đặt dẫn lưu Volkehr và dẫn lưu ổ phúc mạc.

4. BÀN LUẬN

Qua 68 trường hợp nội soi mật tụy ngược dòng (ERCP) kết hợp cắt TM bằng PTNS trong thời gian 3 năm, điều trị sỏi túi mật kèm sỏi OMC, chúng tôi rút ra một số vấn đề cần bàn luận sau đây:

Không phải tất cả các trường hợp sỏi TM có kèm sỏi OMC đều có thể can thiệp ERCP để lấy sỏi OMC. Nhưng khi đúng chỉ định ERCP, kỹ thuật này có thể xem là một “can thiệp tối thiểu mà hiệu quả tối đa”. Cùng một mục đích điều trị sạch sỏi nhưng với sự tiến bộ cả về phương tiện, trang thiết bị cũng như kinh nghiệm của nhà nội soi tiêu hóa mà BN không

phải chịu một đường mổ dài, không phải đặt dẫn lưu Kehr truyền thống cùng những biến chứng kèm theo của nó [2].

Tuổi trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là 52,2±12,5 thấp nhất 24 tuổi, cao nhất 90 tuổi, nghiên cứu của Ghazal A.H và Sorour M.A [6] tuổi trung bình 45,07± 11,3 (27-65) tuổi, theo Mallick R và Rank K [9] tuổi trung bình trong hai nhóm nghiên cứu là 52,1±20,7 tuổi và 49,0±20,0 tuổi.

Về mặt kỹ thuật, đây là sự phối hợp hai kỹ thuật: nội soi can thiệp và phẫu thuật nội soi điều trị sỏi kết hợp. Trong giai đoạn đầu của nghiên cứu, phần lớn bệnh nhân được tiến hành ERCP và cắt TM nội

soi đồng thời trong cùng một lần gây mê. Việc làm này về mặt lý thuyết thì mang lại nhiều lợi ích, bệnh nhân không phải chịu một lần gây mê cho cuộc mổ thứ hai để cắt TM. Tuy nhiên trên thực tế mang lại không giống như vậy. Cắt TM nội soi đồng thời ngay sau ERCP thì việc đánh giá, theo dõi các biến chứng nếu có của ERCP gặp khó khăn, các biến chứng sau ERCP dễ bị che lấp và khó phân biệt bởi biến chứng của PTNS cắt TM như: chảy máu, tổn thương đường mật và tổn thương tạng trong quá trình thao tác của PTNS. Chúng tôi ghi nhận 1 trường hợp tổn thương thủng tá tràng phát hiện muộn sau ERCP và cắt TM, bệnh nhân xuất hiện sốt, có dịch ổ bụng và đặc biệt điều bất lợi là chụp Xquang bụng đứng không thể phân biệt được hơi tự do ổ phúc mạc là từ thủng tá tràng hay từ việc bơm hơi trong PTNS và điều này ảnh hưởng đến việc chẩn đoán sớm.

Về tính an toàn và khả thi, theo nhiều tác giả, việc đánh giá độ an toàn và khả thi của kỹ thuật cần dựa vào các tiêu chí về tỷ lệ sạch sỏi, tai biến, biến chứng và cuối cùng là tỷ lệ tử vong liên quan đến kỹ thuật [3],[5],[11]. Tỷ lệ sạch sỏi trong nghiên cứu 85,3% (58/68BN) phù hợp với nghiên cứu của Darrien J.H và Connor K tỷ lệ sạch sỏi 84–97%, tỷ lệ biến chứng 4–16% và tỷ lệ tử vong 0–0,8% [5]. Nghiên cứu của Kiều Văn Tuấn và Trần Hữu Vinh [3] có tỷ lệ sạch sỏi 97,8-98,2%, không gặp tai biến thủng tá tràng, biến chứng chảy máu mức độ nhẹ tự cầm hoặc chỉ cần tiêm dung dịch adrenalin chiếm 7,1%. Nghiên cứu của Ghazal A.H và Sorour M.A [6] có tỷ lệ sạch sỏi OMC là 100% và thời gian nằm viện là $2,55 \pm 0,89$ (2-5) ngày. Nghiên cứu của La Văn Phương [2] có tỷ lệ tử vong 14,3% do BN đến quá muộn, biến chứng tụt huyết áp, rối loạn đông máu, suy thận và rối loạn điện giải.

Nghiên cứu của Mallick R và Rank K [9] đánh giá kết quả phối hợp đồng thời hai kỹ thuật ERCP và cắt TMNS (n=80) hoặc ERCP và cắt túi mật thì hai (n=33) ghi nhận thời gian nằm viện là thấp hơn có ý nghĩa ở nhóm tiến hành đồng thời ($p=0,03$), kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng phù hợp với nghiên cứu này với $p<0,0001$, tuy nhiên theo tác giả chi phí điều trị trung bình khác biệt không có ý nghĩa với $p=0,167$ (một thì \$49,276 so với hai thì \$42,261).

ERCP là một thủ thuật xâm lấn dùng để chẩn đoán và điều trị các bệnh về mật và tụy, tỷ lệ biến chứng thường gặp theo Hồ Văn Hân và Trần Duy Bình [1] là 9,8%, trong đó viêm tụy 6%, chảy máu 1,5%, thủng 1,56%, nhiễm trùng 0,78% và 1 trường hợp tử vong do viêm tụy sau ERCP [1]. Vì vậy, việc quyết định cắt bỏ TM ngay sau ERCP trong cùng một lần gây mê toàn thân hay để thì sau phụ thuộc vào tình trạng bệnh nhân, mức độ sạch sỏi được xác định trong mổ cũng như các tai biến và biến chứng kèm theo. Một bệnh nhân nghi ngờ thương tổn dạ dày - tá tràng, chảy máu... trong lúc làm thủ thuật ERCP thì tuyệt đối nên để cắt TM thì hai sau khi các tai biến, biến chứng nhiễm trùng ngược dòng, viêm tụy, chảy máu... được theo dõi và điều trị ổn định [8].

5. KẾT LUẬN

Tỷ lệ sạch sỏi ở nhóm bệnh nhân tiến hành hai thì cao hơn nhóm một thì có ý nghĩa với $p=0,041$.

Việc chỉ định cắt túi mật đồng thời ngay sau kỹ thuật nội soi mật tụy ngược dòng hay phẫu thuật thì hai cần căn cứ vào tình trạng bệnh nhân, mức độ sạch sỏi cũng như tiền lượng về tai biến-biến chứng của nội soi can thiệp ngược dòng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hồ Văn Hân, Trần Duy Bình, Nguyễn Văn Hải (2010), Can thiệp điều trị qua nội soi mật tụy ngược dòng, *Y Học TP. Hồ Chí Minh*, Tập 14 (4), Nghiên cứu Y học, tr.67-73.
2. La Văn Phương (2012), Đánh giá kết quả nội soi mật-tụy ngược dòng (ERCP) sớm trong điều trị sỏi ống mật chủ có biến chứng tại Bệnh viện đa khoa trung ương Cần Thơ, *Y Học TP. Hồ Chí Minh*, Tập 16(3), Nghiên cứu Y học, tr.49-53.
3. Kiều Văn Tuấn, Trần Hữu Vinh (2013), Điều trị nhiễm trùng đường mật do sỏi bằng phương pháp lấy sỏi và dẫn lưu đường mật qua nội soi mật tụy ngược dòng, *Y học thực hành* (893), tr.147-151.
4. Nguyễn Kim Tuệ, Phạm Như Hiệp (1999), Nghiên cứu chỉ định và đánh giá kết quả của phương pháp nội soi

mật tụy ngược dòng cắt cơ Oddi để lấy sỏi ống mật chủ. *Báo cáo khoa học hội nghị Ngoại khoa Việt Nam lần thứ X*, tr.127-132.

5. Darrien J.H, Connor K, Janeczko A et al (2015), The surgical management of concomitant gallbladder and common bile duct stones, Research article, Edinburgh EH16 4SA, UK, p.1-6.

6. Ghazal A.H, Sorour M.A, El-Riwini M (2009), Single-step treatment of gall bladder and bile duct stones: A combined endoscopic-laparoscopic technique, *International Journal of Surgery* (7), p.338–346.

7. Kadam R, Saxena D, Rana A.S et al (2016), Laparoscopic common bile duct exploration versus ERCP/stenting and cholecystectomy: Is a single staged

procedure better?, *International Journal of Hepatobiliary and Pancreatic Diseases*, Vol.6, p.57–63.

8. Lu J, Cheng Y, Xiong X.Z et al (2012), Two-stage vs single-stage management for concomitant gallstones and common bile duct stones, *World J Gastroenterol*, Vol.18(24), p.3156-3166.

9. Mallick R, Rank K, Ronstrom C et al (2016), Single-session laparoscopic cholecystectomy and ERCP: a valid option for the management of choledocholithiasis, *Gastrointestinal endoscopy*, Vol.84(4), p.639-645.

10. Pohl J, Klinik D.H.S (2012), Choledocholithiasis – sphincterotomy and stone removal with an extraction balloon, *Video journal and encyclopedia of GI endoscopy*, Germany, doi.org/10.1016/S2212-0971(13)70199-7, p.445-446.

11. Shojaiefard A, Esmailzadeh M, Ghafouri A et al (2009), Various techniques for the surgical treatment of common bile duct stones: A meta review, Review Article, *Gastroenterology Research and Practice*, ID 840208, 12 pages, doi:10.1155/2009/840208.