

NGHIÊN CỨU KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ SỎI ỐNG MẬT CHỦ QUA NỘI SOI MẬT TỤY NGƯỢC DÒNG KẾT HỢP CẮT HOẶC NÔNG CƠ VÒNG ODDI

Trần Văn Huy¹, Phan Trung Nam¹,
Vĩnh Khánh¹, Lê Minh Tân¹, Kenta Yamamoto², Trịnh Đình Hy¹

(1) Trường Đại học Y Dược Huế

(2) Đại học Nagoya, Nhật Bản

Tóm tắt

Đặt vấn đề/mục tiêu: Sỏi ống mật chủ (OMC) là bệnh lý thường gặp và gây nhiều biến chứng nhất trong các bệnh lý sỏi đường mật. Trong ba thập kỷ gần đây, điều trị sỏi OMC có nhiều bước phát triển, và hiện nay nội soi mật tụy ngược dòng (ERCP) kết hợp với cắt hoặc nông cơ vòng oddi là kỹ thuật đang được áp dụng rộng rãi trên thế giới. Hiệu quả điều trị phụ thuộc khá nhiều yếu tố như số lượng, kích thước, vị trí sỏi, cơ địa bệnh nhân... Chúng tôi tiến hành nghiên cứu nhằm đánh giá kết quả và một số biến chứng của phương pháp này trong điều trị sỏi OMC. **Đối tượng/phương pháp nghiên cứu:** 42 bệnh nhân sỏi OMC điều trị tại khoa Nội Tổng hợp – Nội tiết Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Huế từ 9/2010-12/2013. Thiết kế nghiên cứu tiến cứu, theo dõi bệnh nhân từ khi vào viện đến khi xuất viện, ghi nhận thành công, thất bại cũng như tai biến, biến chứng của can thiệp lấy sỏi qua nội soi mật tụy ngược dòng theo mẫu nghiên cứu có sẵn. **Kết quả:** Tỷ lệ lấy sỏi OMC thành công đạt 95,2%, biến chứng thấp (9,5%), trong đó viêm tụy là biến chứng hay gặp (7,1%). **Kết luận:** Nội soi mật tụy ngược dòng kết hợp với cắt hoặc nông cơ vòng là phương pháp điều trị sỏi OMC hiệu quả và an toàn.

Từ khóa: Sỏi ống mật chủ, nội soi mật tụy ngược dòng, cắt cơ vòng oddi.

Abstract

EFFICACY OF ERCP WITH SPHINCTEROTOMY OR PAPILLARY BALLOON DILATION IN THE CBD STONE THERAPY

Tran Van Huy¹, Phan Trung Nam¹,
Vinh Khanh¹, Le Minh Tan¹, Kenta Yamamoto², Trinh Dinh Hy¹

(1) Hue University of Medicine and Pharmacy

(2) Nagoya University, Japan

Background: Common bile duct (CBD) stone is the disease which leads to more severe complications than other cholelithiasis. The last 30 years have seen major developments in the management of CBD stone disease. Endoscopic retrograde cholangiopancreatography (ERCP) has become a widely available and routine procedure. The effect of this therapy is affected by patient's condition, number, size and site of CBD stone... **Aim:** To evaluate the results and complications of ERCP in common bile duct (CBD) stones. **Patients/Methods:** Between 9/2010 and 12/2013, 42 CBD stone patients were included. According to the protocol, we treated, followed up and assessed the success rate, complication rate of ERCP combine with oddi sphincterotomy or papillary ballon dilation. **Results:** The successful rate of biliary stone removal was 95.2%. The rate of complication was 9.5%. Pancreatitis is common complications (7.1%). **Conclusion:** ERCP combine with oddi sphincterotomy or papillary ballon dilation is an effective and relatively safe therapy for CBD stones.

Keywords: Common bile duct stone, ERCP, Biliary sphincterotomy.

- Địa chỉ liên hệ: Trần Văn Huy, email: bstranvanhuy@gmail.com

DOI: 10.34071/jmp.2014.2.3

- Ngày nhận bài: 12/3/2014 * Ngày đồng ý đăng: 5/4/2014 * Ngày xuất bản: 6/5/2014

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sỏi đường mật là bệnh lý thường gặp ở nước ta, trong đó sỏi ống mật chủ (OMC) chiếm tỷ lệ 80-85% trường hợp sỏi đường mật [1]. Sỏi ống mật chủ là nguyên nhân hàng đầu gây tắc nghẽn đường mật, nếu không điều trị kịp thời có thể gây các biến chứng nặng nề như viêm phúc mạc mật, viêm tụy cấp, nhiễm trùng đường mật, nhiễm trùng huyết, sốc nhiễm trùng.

Điều trị sỏi OMC cho đến hiện nay có nhiều phương pháp như: mổ hở, mổ nội soi, nội soi mật tụy ngược dòng (ERCP) lấy sỏi... Ở Mỹ cũng như các quốc gia Châu Âu, đối với những trường hợp sỏi OMC đơn độc, ERCP là phương pháp được lựa chọn tối ưu [5], [8], [10].

Nội soi mật tụy ngược dòng là sự phối hợp giữa nội soi và chiếu X-quang có sử dụng cản quang để khảo sát đường mật cũng như đường tụy. Lần đầu tiên giới thiệu vào năm 1968, ERCP nhanh chóng được chấp thuận như là một phương pháp trực tiếp và an toàn cho chẩn đoán bệnh lý đường mật tụy. Đến năm 1974, kỹ thuật cắt và nong cơ vòng phát triển, kể từ đó ERCP được phổ biến rộng rãi trong cả lĩnh vực điều trị, tỉ lệ thành công trong điều trị lấy sỏi OMC lên 90% trong khi tỉ lệ xuất hiện biến chứng khoảng 5% và tỉ lệ tử vong < 1% thấp hơn so với các phương pháp điều trị khác [10]. Tuy nhiên, tỉ lệ thành công của phương pháp này phụ thuộc vào nhiều yếu tố như số lượng, kích thước, vị trí sỏi, tình trạng bệnh nhân và đặc biệt kỹ thuật, kinh nghiệm của người nội soi. Do đó, chúng tôi tiến hành đề tài này với mục tiêu:

1. *Đánh giá kết quả điều trị sỏi ống mật chủ bằng ERCP kết hợp cắt hoặc nong cơ vòng.*

2. *Khảo sát một số biến chứng của kỹ thuật này.*

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Nghiên cứu trên 42 bệnh nhân sỏi OMC nằm điều trị tại khoa Nội Tổng hợp – Nội tiết Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Huế từ 9/2010-12/2013.

2.1.1. Tiêu chuẩn chọn bệnh

Bệnh nhân sỏi OMC với các triệu chứng lâm sàng gợi ý và được chẩn đoán xác định bằng siêu âm bụng, CT scanner ổ bụng hoặc siêu âm nội soi.

Bệnh nhân đồng ý tham gia.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

- Có bệnh lý vùng hầu – họng gây tắc nghẽn

không đưa ống vào được, vẹo cột sống ngực, túi thừa thực quản lớn Zenker, hẹp thực quản, hẹp tâm vị, hẹp môn vị, tiền sử mổ cắt dạ dày.

- Có bệnh lý nội khoa nặng không thực hiện được kỹ thuật gây mê, tiền mê.

- Rối loạn đông máu nặng nhưng chưa được điều chỉnh.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Nghiên cứu tiến cứu

2.2.1. Các bước tiến hành nghiên cứu

Bệnh nhân thỏa mãn tiêu chuẩn chọn, tiến hành giải thích phương pháp điều trị, sau khi bệnh nhân đồng ý điều trị, viết vào giấy cam đoan. Tiến hành thu thập thông tin bệnh nhân theo mẫu sẵn có: tuổi, giới tính, tiền sử liên quan đến điều trị sỏi OMC, số lượng và kích thước sỏi ghi nhận trên siêu âm, CT scanner ổ bụng hoặc siêu âm nội soi.

Trong quá trình làm ERCP ghi nhận số lượng sỏi, kích thước sỏi.

Ghi nhận tai biến và biến chứng:

- Trong quá trình can thiệp như: chảy máu, thủng do thủ thuật, biến chứng liên quan đến thuốc sử dụng (gây mê, cản quang), tim mạch (sắc, suy hô hấp, rối loạn nhịp tim).

- Sau can thiệp như: viêm tụy, nhiễm trùng, chảy máu, thủng.

2.2.2. Phương tiện và kỹ thuật

Phương tiện: Máy X-quang có màn tăng sáng truyền hình, hệ thống nội soi truyền hình với ống soi tá tràng có mặt kính nghiêng, dây catheter, dây guidewire, dao cung hoặc dao kim dùng cắt đốt cơ vòng, catheter có bóng khí nong cơ vòng, rọ lấy sỏi, dụng cụ tán sỏi, thuốc cản quang, thuốc giảm nhu động ruột và thuốc gây mê.

Kỹ thuật:

- Bệnh nhân được gây mê toàn thân

- Tư thế bệnh nhân: nằm sấp

- Dùng ống soi tá tràng tiếp cận nhú tá lớn

- Dùng Catheter thông ống mật chủ, bơm thuốc cản quang để quan sát

- Dùng dao cung cắt hoặc dùng bóng nong rộng cơ vòng oddi làm rộng lỗ nhú mở đường cho sỏi xuống

- Dùng rọ tiếp cận và kéo sỏi ra khỏi ống mật chủ nếu sỏi lớn thì dùng dụng cụ tán sỏi cơ học trước khi kéo. Những trường hợp thất bại do sỏi quá lớn đặt stent dẫn lưu.

2.3. Xử lý số liệu

Số liệu được xử lý bằng phần mềm SPSS 18.0

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm nhóm nghiên cứu

Đặc điểm nhóm nghiên cứu		n	%
Giới tính	Nam	21	50,0
	Nữ	21	50,0
Tổng cộng		42	100,0
Tuổi trung vị		64 (nhỏ nhất 20, lớn nhất 88)	
Tiền sử mổ sỏi OMC	Có	18	42,9
	Không	24	57,1
Tổng cộng		42	100,0

Tỉ lệ nam, nữ tương đương nhau. Tuổi nhỏ nhất thực hiện ERCP là 20 tuổi và lớn nhất là 88 tuổi. 42,9% bệnh nhân có tiền sử phẫu thuật lấy sỏi OMC.

3.2. Đặc điểm sỏi ống mật chủ

3.2.1. Số lượng sỏi

Số lượng sỏi	Trước khi làm ERCP		Chẩn đoán bằng ERCP	
	n	%	n	%
Sỏi bùn	3	7,1	3	7,1
1 viên	37	88,1	30	71,4
2 viên	2	4,8	8	19,1
> 2 viên	0	0	1	2,4
Tổng cộng	42	100,0	42	100,0

Có 3 trường hợp (7,1%) OMC giãn nhưng chỉ có sỏi bùn. 7 trường hợp số lượng sỏi phát hiện bằng ERCP nhiều hơn so với chẩn đoán lúc đầu (bằng siêu âm bụng, CT scanner ổ bụng và siêu âm nội soi).

3.2.2. Đường kính sỏi

Đường kính sỏi	n	%
≤ 20 mm	39	92,9
> 20 mm	3	7,1
Tổng cộng	42	100
Đường kính sỏi trung bình (mm)	11,72 ±6,55	

Chủ yếu là sỏi có đường kính ≤ 20 mm (92,9%)

3.3. Kết quả lấy sỏi

Kết quả	n	%
Thành công	40	95,2
Thất bại	2	4,8
Tổng cộng	42	100,0

Tỉ lệ lấy sỏi thành công đạt 95,2%. Có 2 trường hợp thất bại (4,8%) do sỏi lớn (> 20 mm) không thể tiếp cận bằng rọ để tán sỏi được, đặt stent giảm áp.

3.4. Tai biến và biến chứng

Biến chứng		n	%
Không biến chứng		38	90,5
Có	Một biến chứng	3	7,1
	Hai biến chứng	1	2,4
Tổng cộng		42	100
Viêm tụy cấp		3	7,1
Nhiễm trùng		2	4,8

Không có bệnh nhân nào xuất hiện tai biến trong quá trình thực hiện thủ thuật. Tỷ lệ bệnh nhân không biến chứng cao 90,5%. Viêm tụy cấp và nhiễm trùng chiếm tỉ lệ lần lượt là 7,1% và 4,8%, chưa ghi nhận trường hợp nào có biến chứng chảy máu hoặc thủng. 01 trường hợp tử vong do biến chứng nhiễm trùng (ở bệnh nhân 84 tuổi, nhiều bệnh cảnh tim mạch, chuyển hóa phổi hợp).

3.5. Thời gian hậu phẫu trung bình: $4,37 \pm 1,757$ ngày

4. BÀN LUẬN

Nội soi mật tụy ngược dòng là phương pháp kết hợp giữa nội soi và chụp đường mật có sử dụng thuốc cản quang. Đây là kỹ thuật can thiệp tối thiểu, có hiệu quả cao, tuy nhiên kỹ thuật phức tạp cần thời gian huấn luyện kéo dài [5]. Tỷ lệ thành công trong nghiên cứu của chúng tôi khi thực hiện lấy sỏi OMC đạt 95,2%, tỉ lệ này tương đương với các nghiên cứu trên thế giới cũng như ở Việt Nam (90%-95%) [1], [2], [4]. Tỷ lệ thất bại 4,8% (2 trường hợp) là do sỏi lớn không thể dùng rọ để lấy và nghiền sỏi được. 2 trường hợp này hình ảnh trên siêu âm và siêu âm nội soi cho thấy nhiều sỏi < 2,5 cm. Tuy nhiên khi thực hiện ERCP chúng tôi mới nhận thấy viên sỏi lớn gần 3,5 cm, không thể tiếp cận được và chuyển bệnh nhân sang mổ hở lấy sỏi.

Về tai biến và biến chứng:

Trong quá trình làm thủ thuật có thể xảy ra tai biến: chảy máu, thủng và các tai biến liên quan đến thuốc (thuốc mê, thuốc cản quang) [5], [9]. Với tai biến chảy máu thường là do quá trình cắt đốt cơ vòng, tỉ lệ xuất hiện khoảng 2 - 5% và tỉ lệ tử vong do tai biến này khoảng 0,3% [9]. Thủng có thể gặp ở thực quản, dạ dày nhưng hiếm thường là do ống nội soi gây ra ở những trường hợp bất thường giải phẫu hoặc có tiền sử phẫu thuật dạ dày; thủng tá tràng sau phúc mạc do quá trình cắt cơ thắt vượt quá thành ống mật chủ, thủng đường mật thường do thông nứm quá mạnh, chèn wire khó hoặc di chuyển stent gấp với tỉ lệ 0,5 - 2,1% và tỉ lệ này xu hướng giảm xuống 0,5% phụ thuộc vào kinh nghiệm và kỹ thuật của bác sĩ nội soi [4]. Kết quả của chúng tôi không có trường hợp nào xuất hiện tai biến, có thể do số trường hợp thực hiện ERCP của chúng tôi còn ít.

Xét về khía cạnh biến chứng sau ERCP, theo các nghiên cứu trên thế giới cũng như ở Việt Nam, viêm tụy cấp sau ERCP là thường gặp chiếm tỉ lệ khoảng 1,6% - 15,1% [2], [6]. Nguyên nhân của viêm tụy cấp sau ERCP có

cắt hoặc nong cơ vòng còn nhiều tranh cãi, đó là sự phối hợp của nhiều yếu tố: tổn thương cơ học xung quanh lỗ nhú trong quá trình thông nứm, tổn thương tụy do thuốc cản quang (một số nghiên cứu quan sát thấy sự tổn thương nhu mô tụy tương đương nhau giữa thuốc cản quang ion lẫn thuốc cản quang độ thẩm thấu thấp không ion), tổn thương tụy do sự kích hoạt enzyme phân giải protein trong lòng ruột, tổn thương tụy do vi khuẩn theo ống nội soi và các phụ kiện vào đường tụy, hoặc tổn thương tụy sau đốt điện gây phù nề, chít hẹp lỗ ống tụy làm các men tụy ứ lại tự hoạt hóa [7]. Kết quả của chúng tôi, tỉ lệ viêm tụy cấp 7,1% tương đương với tỉ lệ được trình bày ở trên.

Biến chứng nhiễm trùng, nhiễm trùng sau ERCP có thể từ đường mật, abscess gan, nhiễm trùng tụy xuất hiện 24-72h sau ERCP nguyên nhân là do vi khuẩn đường ruột ngược dòng theo các phụ kiện vào đường mật, tụy. Kết quả của chúng tôi, tỉ lệ nhiễm trùng là 4,8% phù hợp với tỉ lệ xuất hiện biến chứng nhiễm trùng sau ERCP được công bố trong các nghiên cứu trên thế giới cũng như ở Việt Nam 0,4% - 10% [3]. Chúng tôi có 1 trường hợp tử vong sau ERCP vì nhiễm trùng đường mật ở bệnh nhân lớn tuổi, tăng huyết áp, rung nhĩ, bệnh mạch vành, chính bệnh lý kèm theo phức tạp khiến diễn tiến của quá trình nhiễm trùng không kiểm soát được.

Trong nhóm điều trị của chúng tôi có bệnh nhân nào phát hiện biến chứng thủng và chảy máu sau ERCP. Tỷ lệ 2 biến chứng này ghi nhận trong các nghiên cứu ở Việt Nam và trên thế giới vào khoảng 2% - 5% đối với chảy máu và < 2% đối với thủng, sự khác biệt này có thể do số lượng bệnh nhân thực hiện ERCP còn ít [1], [2], [4], [9].

Một khía cạnh khác để đánh giá hiệu quả của một phương pháp can thiệp là thời gian hậu phẫu. Trong bài viết phân tích, tổng hợp số liệu từ các nghiên cứu so sánh hiệu quả điều trị sỏi đường mật giữa 2 phương pháp mổ hở và ERCP kết quả cho thấy thời gian trung vị nằm viện sau mổ hở là 5 ngày (2 - 19 ngày) nội soi là 6 ngày (4 đến 22 ngày) sự khác biệt là không có ý nghĩa thống kê [8]. Khi so sánh thời gian hậu phẫu của mổ nội soi và ERCP thời gian trung vị nằm viện lần lượt là 6 ngày (4 đến 12 ngày) và 9 ngày (6 đến 14 ngày) sự khác biệt là không có ý nghĩa thống kê [8]. Nghiên cứu của chúng tôi, thời gian nằm viện sau ERCP trung bình ($4,37 \pm 1,757$ ngày) 3 đến 10 ngày phù hợp với các kết quả nghiên cứu trên.

5. KẾT LUẬN

Từ kết quả điều trị 42 bệnh nhân sỏi OMC bằng ERCP kết hợp với cắt hoặc nông cơ vòng chúng tôi rút ra kết luận sau:

- ERCP là phương pháp hiệu quả cho điều trị sỏi OMC với tỉ lệ thành công đạt 95,2%, thời gian hậu phẫu $4,37 \pm 1,757$ ngày.

- Tỉ lệ xuất hiện tai biến và biến chứng chứng sau ERCP thấp 9,5%. Biến chứng hay gặp là viêm tụy cấp 7,1%, tiếp theo là nhiễm trùng (4,8%), chưa có trường hợp nào xuất hiện biến chứng chảy máu và thủng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Lê Quang Quốc Ánh (1998), “Nghiên cứu ứng dụng kỹ thuật nội soi ngược dòng trong chẩn đoán và điều trị bệnh lý mật tụy”, Luận án tiến sĩ y khoa.
2. Trần Như Nguyên Phương, Lâm Thị Vinh, Hồ Ngọc Sang và Phạm Như Hiệp (2008), “Điều trị sỏi ống mật chủ bằng nội soi mật tụy ngược dòng tại Bệnh viện Trung ương Huế”, Tạp chí khoa học tiêu hóa Việt Nam, tập III, số 11- 691.
3. Anderson DJ, Shimpi RA, McDonald JR, et al (2008), “Infectious complications following endoscopic retrograde cholangiopancreatography: an automated surveillance system for detecting postprocedure bacteremia”, Am J Infect Control, 36:592.
4. Cotton PB, Lehman G, Vennes J, et al (1991), “Endoscopic sphincterotomy complications and their management: an attempt at consensus”, Gastrointest Endosc, 37:383.
5. Cotton PB., Williams CB, Hawes, Saunders BP (2008), “Practical Gastrointestinal Endoscopy: Basic ERCP technique”, Wiley-Blackwell, chap 10: 13-28.
6. Cheng CL, Sherman S, Watkins JL, et al (2006), “Risk factors for post-ERCP pancreatitis: a prospective multicenter study”, Am J Gastroenterol, 101:139.
7. Christensen M, Matzen P, Schulze S, Rosenberg J (2004), “Complications of ERCP: a prospective study”, Gastrointest Endosc, 60(5), 721-31.
8. Martin DJ, Vernon DR, Toouli J (2007), “Surgical versus endoscopic treatment of bile duct stones (Review)”, The Cochrane Library, 2, p.1-59.
9. Wang P, Li ZS, Liu F, et al (2009), “Risk factors for ERCP-related complications: a prospective multicenter study”, Am J Gastroenterol, 104:31.
10. Zuckerman MJ. et al (2005), “ASGE guideline: the role of ERCP in diseases of the biliary tract and the pancreas”, Gastrointestinal endoscopy, Volume 62, No. 1, p. 1-8.