

Kết quả phẫu thuật nội soi cắt túi mật kết hợp nội soi mật tụy ngược dòng điều trị sỏi đường mật đồng thời

Mai Đức Hùng¹, Nguyễn Văn Nghĩa²

1. Phân hiệu Phía Nam Học viện Quân y, 2. Bệnh viện Nhân dân 115

Từ khóa:

Sỏi túi mật, sỏi mật, phẫu thuật nội soi cắt túi mật, nội soi mật tụy ngược dòng.

Địa chỉ liên hệ:

Mai Đức Hùng,
Phân hiệu Phía Nam Học viện Quân y
84 Thành Thái, Quận 10, TP. HCM
Điện thoại: 0985 538655
Email: bsmaiduchung@gmail.com

Ngày nhận bài: 07/5/2019

Ngày duyệt: 28/5/2019

Ngày chấp nhận đăng:

13/6/2019

Tóm tắt

Đặt vấn đề: Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi cắt túi mật kết hợp nội soi mật tụy ngược dòng điều trị sỏi đường mật đồng thời trong cùng một thì gây mê.

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu hồi cứu, mô tả cắt ngang với 88 bệnh nhân có sỏi túi mật và sỏi đường mật được phẫu thuật nội soi (PTNS) cắt túi mật kết hợp nội soi mật tụy ngược dòng (NSMTND) điều trị sỏi đường mật đồng thời từ 1/2015 đến 11/2017 tại Bệnh viện Nhân dân 115.

Kết quả: Tuổi trung bình là $59,8 \pm 15,0$; tỉ lệ nữ 59,1%; tỉ lệ có bệnh mạn tính kèm theo 40,9%. Thời gian PTNS cắt túi mật và NSMTND lấy sỏi $123,1 \pm 33,4$ phút. Tỉ lệ thành công 93,2%, sạch sỏi 87,8%. Tai biến phẫu thuật 0%, biến chứng sớm 12,4%, tử vong 0%. Thời gian nằm viện sau phẫu thuật trung bình $4,2 \pm 2,8$ (2 – 20 ngày). Kết quả ra viện tốt 78,4%, khá 14,8%, trung bình 6,8%.

Kết luận: Kết quả phẫu thuật nội soi cắt túi mật và nội soi mật tụy ngược dòng điều trị sỏi đường mật đồng thời là khả thi và an toàn.

Results of combination of laparoscopic cholecystectomy and Endoscopic Retrograde Cholangiopancreatography (ERCP) simultaneously

Mai Duc Hung¹, Nguyen Van Nghia²

1. Vietnam Military Medical University, 2. 115 people's Hospital

Abstract

Introduction: To evaluate the results of the gallbladder and bile duct gallstone patients were treated with laparoscopic cholecystectomy and endoscopic retrograde cholangiopancreatography ERCP in removing the stones when the patients were undergoing the same general anesthesia.

Material and Methods: Cross-sectional retrospective study was conducted on 88 patients treated with laparoscopic cholecystectomy and ERCP to remove the stones under the same general anesthesia from January 2015 to November 2017 at the 115 Peoples Hospital.

Results: The mean age of patients was 59.8 ± 15.0 years; the female was 59.1%; there were 40.9% of the patients with comorbidities. The mean operating time of laparoscopic and ERCP was 123.1 ± 33.4 minutes. The rate of successful surgeries was 93.2%, clearing stones was 87.8%. The rate of accident during the operation was 0.0%, early post-operative complications was 12.4%, death was 0.0%. The hospital stay after operating was 4.2 ± 2.8 (2 – 20 days). Outcomes classified when discharge were good 78.4%, rather good 14.8% and morderate 6.8%.

Conclusion: The results of the gallbadder and bile duct gallstone patients treated with laparoscopic cholecystectomy and ERCP to removie the obstructive stones in the same general anesthesia were safe and feasible.

Keywords: Gallstone, biliary lithiasis, laparoscopic cholecystectomy, endoscopic retrocholangiopancreatography.

I. Đặt vấn đề

Sỏi mật là bệnh lý ngoại khoa thường gặp đứng hàng thứ hai trong các bệnh đường tiêu hóa sau viêm ruột thừa, sỏi có thể là ở túi mật, ở đường mật trong hoặc ngoài gan và có thể kết hợp cả túi mật và đường mật. Khi có viêm túi mật và có sỏi ống mật chủ theo kinh điển sẽ thực hiện hai phẫu thuật, trước tiên là phẫu thuật mở hoặc nội soi mật tụy ngược dòng lấy sỏi đường mật, sau đó là phẫu thuật nội soi hoặc mở cắt túi mật. Ngày nay trong trường hợp như vậy, chỉ định phẫu thuật nội soi cắt túi mật và nội soi mật tụy ngược dòng lấy sỏi ống mật chủ trong cùng một thì gây mê hiện đang được áp dụng ở những cơ sở y tế hiện đại có đủ trang thiết bị. Kết quả của phương pháp kết hợp hai phẫu thuật đồng thời này cho nhiều ưu điểm do áp dụng đồng thời hai phẫu thuật xâm nhập tối thiểu, tránh được hai cuộc mổ riêng biệt. Tại Bệnh viện Nhân Dân 115 đã áp dụng hai phẫu thuật đồng thời này và bước đầu cho thấy kết quả mang lại nhiều lợi ích cho người bệnh. Do vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này, với mục tiêu: Đánh giá kết quả của phẫu thuật nội soi cắt túi mật kết hợp nội soi mật tụy ngược dòng điều trị sỏi đường mật đồng thời trong cùng một thì gây mê.

II. Đối tượng và phương pháp nghiên cứu

Đối tượng nghiên cứu

Tiêu chuẩn lựa chọn: 88 trường hợp (TH) có sỏi ống mật chính và sỏi túi mật (TM) có viêm túi mật

được thực hiện PTNS cắt túi mật, NSMTND lấy sỏi đường mật đồng thời trong một thì gây mê tại Bệnh viện Nhân dân 115 từ tháng 1 năm 2015 đến 11 năm 2017.

Tiêu chuẩn loại trừ: Hồ sơ không đủ thông tin nghiên cứu.

Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu

Hồi cứu mô tả cắt ngang.

Các chỉ tiêu nghiên cứu

Thời gian phẫu thuật: PTNS cắt túi mật, NSMTND lấy sỏi.

Tai biến phẫu thuật cắt túi mật:

Chảy máu chảy máu từ giường túi mật hoặc lỗ trocar hoặc các tạng trong ổ bụng, chảy máu đường mật

Thủng túi mật khi phẫu tích làm dịch mật rò vào trong ổ bụng.

Tổn thương đường mật: rách, đứt hoặc mất đoạn OMC, ống gan chung.

Tổn thương cơ quan khác như dạ dày, đại tràng, ruột non, thủng tá tràng.

Tai biến NSMTND

Thủng đường tiêu hóa: thực quản, dạ dày, tá tràng.

Thủng đường mật do dây dẫn, dao đốt khi làm NSMTND

Chảy máu từ nhú Vater hoặc từ trong đường mật.

Biến chứng sau mổ:

Nhiễm trùng vết mổ: chảy mủ dịch từ lỗ trocar.

Tụ dịch sau mổ: tụ dịch dưới gan do dịch tiết hoặc rò mật lượng ít

Rò mật khi có tổn thương đường mật hoặc tuột kẹp clip mỏm cắt ống túi mật hoặc còn ống túi mật phụ Luschka.

Bệnh lý toàn thân: Viêm phổi, nhiễm trùng huyết, bệnh lý tim mạch.

Tiêu chuẩn đánh giá và lượng giá kết quả điều trị

Kết quả phẫu thuật:

Kết quả tốt: PTNS cắt túi mật, NSMTND lấy hết sỏi, không tai biến, biến chứng.

Kết quả khá: Khi trong 2 phẫu thuật có 1 phẫu thuật có biến chứng và biến chứng được xử lý không để lại di chứng.

Kết quả trung bình: Cả 2 phẫu thuật có biến chứng hoặc 1 / 2 phẫu thuật có biến chứng nặng, xử trí còn để lại di chứng.

Kết quả xấu: Người bệnh tử vong trong hoặc sau mổ 30 ngày.

Lượng giá kết quả:

Cắt túi mật

Không có biến chứng: 2 điểm

Có biến chứng: 1 điểm

Bệnh nhân tử vong: 0 điểm

NSMTND lấy sỏi mật:

Lấy hết sỏi ống mật chủ: 2 điểm

Lấy chưa hết sỏi, có biến chứng: 1 điểm

Bệnh nhân tử vong: 0 điểm

Đánh giá kết quả điều trị:

Tốt: 4 điểm

Khá: 3 điểm

Trung bình: 2 điểm

Xấu: 0 điểm

Thu thập, xử lý số liệu

Các chỉ tiêu nghiên cứu được thu thập theo mẫu thống nhất.

Xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 23.

III. Kết quả nghiên cứu

Đặc điểm đối tượng

Đặc điểm chung:

Tuổi trung bình: $59,8 \pm 15,0$ (từ 21 đến 83 tuổi); tỉ lệ nữ/ nam là 1,4. Tỉ lệ có bệnh nội khoa kết hợp là 40,9%. Tiền sử phẫu thuật bụng là 8,0%. Tỉ lệ phân loại ASA I, II, III thứ tự là 20,5%, 69,3% và 10,2%.

Sỏi túi mật:

Có sỏi túi mật 100%, viêm túi mật mạn 85,2%, viêm túi mật cấp 14,8%.

Sỏi đường mật:

Bảng 1: Chẩn đoán vị trí sỏi đường mật chính (n=88)

Vị trí sỏi	Số TH	Tỉ lệ (%)
Ống mật chủ	82	93,2
Ống mật chủ + ống gan chung + ống gan phải / trái	2	2,3
Ống mật chủ + ống gan phải / trái	4	4,5
Cộng	88	100

Bảng 2: Đặc điểm về số lượng, kích thước sỏi đường mật chính

Đặc điểm sỏi	n	Giá trị		
		Trung bình $\pm$ ĐLC	Nhỏ nhất	Lớn nhất
Số lượng sỏi (viên)	84	$2,6 \pm 4,6$	1	30
Kích thước sỏi (mmm)	80	$9,9 \pm 6,7$	2	33

Đặc điểm phẫu thuật

Bảng 3: Thời gian phẫu thuật

Thời gian (phút)	n	Giá trị		
		Trung bình $\pm$ ĐLC	Nhỏ nhất	Lớn nhất
PTNS cắt túi mật	82	74,2 $\pm$ 26,8	30	195
NSMTND lấy sỏi	82	48,0 $\pm$ 16,7	20	90
Tổng thời gian	82	123,1 $\pm$ 33,4	60	220

Bảng 4: Thứ tự thực hiện hai phẫu thuật (n=88)

Thứ tự phẫu thuật	Số TH	Tỉ lệ (%)
PTNS cắt túi mật trước	75	85,2
NSMTND lấy sỏi trước	13	14,8
Cộng	88	100

Kết quả phẫu thuật

Bảng 5: Tỉ lệ thực hiện thành công hai phẫu thuật (n=88)

Thực hiện hai phẫu thuật	Số TH	Tỉ lệ (%)
Thành công	82	93,2
Chuyển phẫu thuật mở	6	6,8
Cộng	88	100

Bảng 6: Kết quả NSMTND lấy sỏi

Kết quả lấy sỏi	Nhóm			p (χ^2)
	Thành công (n=82)	Mổ mở (n=6)	Chung (n=88)	
Sạch sỏi	72 (87,8)	5 (83,3)	77 (87,5)	0,56
Còn sỏi	10 (12,2)	1 (16,7)	11 (12,5)	
Cộng	82 (100)	6 (100)	88(100)	

So sánh giữa nhóm thành công và nhóm chuyển phẫu thuật mở tỉ lệ sạch sỏi khác biệt không có ý nghĩa thống kê (χ^2 , $p>0,05$).

Tỉ lệ có đặt stent OMC sau NSMTND lấy sỏi là 13,6%.

Tỉ lệ có chụp X quang đường mật qua NSMTND là 94,3%.

Tỉ lệ PTNS cắt túi mật có đặt dẫn lưu dưới gan là 43,2%.

Tai biến phẫu thuật

Tai biến của PTNS cắt túi mật là 0,0%.

Tai biến của NSMTND lấy sỏi là 0,0%.

Kết quả sớm sau mổ

Thời gian nằm viện sau phẫu thuật trung bình $4,2 \pm 2,8$ (2 – 20 ngày).

Thời gian nằm viện trung bình $10,1 \pm 3,9$ (3 – 23 ngày).

Số trường hợp có biến chứng là 11 TH chiếm tỉ lệ 12,4%.

Bảng 7: Các biến chứng sớm (n=88)

Biến chứng	Số TH	Tỉ lệ (%)
Viêm tụy cấp sau mổ	7	8,0
Chảy máu sau mổ	1	1,1
Tụ dịch ổ bụng sau mổ	1	1,1
Áp xe tồn lưu	1	1,1
Rò mật	1	1,1
Cộng	11	12,4

Bảng 8: Xử lý các biến chứng sớm (n=88)

Xử lý biến chứng	Số TH	Tỉ lệ (%)
Điều trị không mổ	9	10,2
Đặt stent đường mật	1	1,1
Tắc mạch cầm máu	1	1,1

Tử vong 0,0%.

Kết quả ra viện

Bảng 9: Kết quả ra viện (n=88)

Kết quả ra viện	Số TH	Tỉ lệ (%)
Tốt	69	78,4
Khá	13	14,8
Trung bình	6	6,8
Cộng	88	100

Nhận xét: Số trường hợp có kết quả ra viện tốt và khá chiếm đa số với tỉ lệ 93,2%.

IV. Bàn luận

Nguyễn Cao Cường và cộng sự qua nghiên cứu 567 bệnh nhân có sỏi OMC và sỏi túi mật được điều trị tại bệnh viện Bình Dân cho thấy nếu phối hợp vừa cắt túi mật vừa NSMTND lấy sỏi đường mật chính sẽ làm giảm thời gian nằm viện của bệnh nhân [1]. Thời gian nằm hậu phẫu của bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi là $4,2 \pm 2,8$ ngày và thời gian nằm viện chung là $10,1 \pm 3,9$ ngày. Thời gian phẫu thuật cắt túi mật trung bình là $74,2 \pm 26,8$ phút và thời gian NSMTND lấy sỏi OMC là $48,0 \pm 16,7$ phút, như vậy tổng thời gian thực hiện cả 2 phẫu thuật trung bình là $123,1 \pm 33,4$ phút. Nghiên cứu của Thomas Ng và J. Amaral cho thấy thời gian mổ trung bình là 113,5 đến 118,6 phút tùy thuộc vào phẫu thuật cắt túi mật trước hay sau [8]. Thời gian mổ của những tác giả này cũng tương đương với thời gian mổ của chúng tôi.

Sau khi thực hiện NSMTND, có 94,3 % số bệnh nhân chúng tôi thực hiện chụp đường mật qua NSMTND kiểm tra còn sót sỏi hay không. Kết quả chụp số bệnh nhân lấy hết sỏi đường mật chính là 87,8 %, 12,2% bệnh nhân còn lại có nhiều sỏi lấy không hết hoặc vị trí sỏi trong trong ống gan nên dụng cụ lấy sỏi không thể tiếp cận. Để tránh tắc mật do còn sỏi chúng tôi đặt stent nhựa đường mật và hẹn thực hiện lấy sỏi lần tiếp theo. Nghiên cứu của Dennis Chung-Kei Ng và cộng sự khi NSMTND lấy sỏi tỉ lệ sạch sỏi ống mật chủ đạt 90,5% [6]. Trong trường hợp sỏi lớn hơn lỗ cơ vòng dùng rọ lấy sỏi khó khăn, Chang Whan Kim và cộng sự tại Hàn Quốc đã dùng bóng để nong cơ vòng Oddi sau khi đã cắt cơ vòng [4].

Trong quá trình phẫu thuật nội soi cắt túi mật, chúng tôi có 6 trường hợp phải chuyển mổ mở chiếm tỉ lệ 6,8%, những trường hợp đó là viêm túi mật mạn tính dính nhiều hoặc giải phẫu không rõ ràng. Nghiên cứu của Chris Cholin chuyển mổ mở 2,1% do không rõ cấu trúc giải phẫu và rò túi mật hồng tràng [5].

Trong kết quả của chúng tôi có tới 40,9 % bệnh nhân có bệnh lý nội khoa, thường gặp nhất là bệnh

đái tháo đường. Bệnh lý này góp phần kéo dài thời gian nằm viện, tăng chi phí điều trị cho người bệnh. Trước khi mổ chúng tôi phải hội chẩn với bác sĩ chuyên khoa nội tiết để kiểm soát chỉ số đường trong máu ổn định trước khi chuyển mổ. Khảo sát chỉ số ASA I, II, III liên quan đến bệnh lý nội khoa không có ảnh hưởng tới kết quả điều trị khi kết hợp cả 2 phẫu thuật điều trị sỏi mật vào cùng một thì. Tỷ lệ tai biến và biến chứng sớm sau mổ là 11 trường hợp chiếm tỷ lệ 12,5%, trong đó đa số là viêm tụy cấp sau NSMTND với 8 trường hợp chiếm tỷ lệ 9%. Biến chứng viêm tụy cấp sau mổ, tụ dịch và áp xe tồn lưu điều trị không mổ đạt kết quả tốt. Biến chứng rò mật được xác định là rò ống túi mật, phát hiện ở thì NSMTND được đặt stent OMC, sau mổ rò giảm dần và hết. Biến chứng chảy máu trong gan tạo hematoma lớn được làm tắc mạch cầm máu (TACE), người bệnh ổn định ra viện.

Nghiên cứu của Ahmad Assalia và cộng sự cho thấy tỷ lệ biến chứng khi thực hiện NSMTND gây viêm tụy cấp từ 2 - 5%, viêm đường mật 1 - 2%, thủng tá tràng và đường mật từ 0,5% - 1,2% [2]. Eric K và cộng sự khi thực hiện NSMTND có chụp hình đường mật thì phát hiện 2% số trường hợp có rò mật ở ống túi mật, NSMTND rất hiệu quả chẩn đoán tổn thương đường mật khi phẫu thuật nội soi cắt túi mật hoặc tổn thương khác [7]. Aru và cộng sự ghi nhận trong 3 năm có 11 trường hợp rò mật trong đó 1 trường hợp rò mật do ống mật phụ Luschka và 10 trường hợp rò ống túi mật. Những bệnh nhân này được can thiệp bằng NSMTND có cắt cơ Oddi và đặt stent OMC, tất cả số bệnh nhân này điều trị thành công và stent được rút bỏ sau 5 tuần [3].

Trong trường hợp người bệnh có tình trạng nhiễm trùng nặng hoặc tắc mật làm tăng bilirubin trong máu làm ảnh hưởng đến chức năng gan và chức năng đông máu, chúng tôi sẽ thực hiện giải áp đường mật xuyên gan qua da (PTBD) bằng ống thông pigtail để giải áp tắc mật trước khi thực hiện cắt túi mật và làm NSMTND. Sau này qua ống thông pigtail trong đường mật có thể phối hợp kỹ thuật rendez-vous tiến hành vừa phẫu thuật nội soi cắt túi mật vừa lấy sỏi ống mật chủ qua NSMTND, đây là kỹ thuật hiệu

quả, giúp tăng tỷ lệ thành công cho NSMTND và ít gây biến chứng sau mổ cho người bệnh.

Kết quả phẫu thuật kết hợp cả 2 kỹ thuật đồng thời được đánh giá bằng tình trạng bệnh nhân khi xuất viện được làm sạch sỏi ống mật chủ và kết quả PTNS cắt túi mật. Đánh giá kết quả của chúng tôi ra viện tốt và khá là 93,2%, trung bình là 6,8 %. Denis Chung-kei Ng và cộng sự có kết quả sạch sỏi ống mật chủ khi dùng rọ lấy qua NSMTND là 90-95%, tuy nhiên khi thực hiện đưa rọ vào đường mật nhiều lần có thể dẫn tới tình trạng viêm tụy cấp sau mổ. Phẫu thuật cùng một thì khi cắt túi mật và lấy sỏi qua ống túi mật hoặc cắt túi mật nội soi kèm NSMTND lấy sỏi ống mật chủ là lựa chọn tối ưu cho việc điều trị sỏi đường mật [6].

V. Kết luận

Trong số 88 trường hợp phẫu thuật nội soi cắt túi mật và nội soi mật tụy ngược dòng điều trị sỏi đường mật đồng thời, kết quả tốt và khá là 93,2%. Biến chứng sớm sau mổ chúng tôi gặp 12,5 % đa số là viêm tụy cấp sau khi làm NSMTND. Những trường hợp này viêm tụy cấp ở mức độ nhẹ, đáp ứng với điều trị nội khoa, tỷ lệ tử vong trong nghiên cứu này là 0%. Như vậy, kết hợp hai phẫu thuật đồng thời một thì có kết quả tốt, an toàn, rút ngắn thời gian và giảm chi phí điều trị.

Tài liệu tham khảo

1. Nguyễn Cao Cường, Bùi Mạnh Côn, Võ Văn Hùng và cộng sự (2010), “Chẩn đoán và kết quả điều trị sỏi đường mật ngoài gan”, Tạp chí ngoại khoa, số đặc biệt 4-5-6 ELSA lần thứ 10, 45-54.
2. Assalia A., Ilivitzki A., “Surgical Complications of Endoscopy: “If you are too fond of new remedies, first you will not cure your patients; secondly, you will have no patients to cure.””, Astley Paston Cooper, 1768–1841.
3. Aru G. M., Davis C. R. J., Elliott N. L., Morris S. J. (1997), “Endoscopic retrograde cholangiopancreatography in the treatment of bile leaks and bile duct strictures after laparoscopic cholecystectomy”, Southern Medical Journal, 0038-4348.
4. Kim C. W., Chang J. H., Kim T. H., et al (2014), “Rescue balloon dilation of the ampulla for retrieving

- an impacted biliary extraction basket”, *Journal of Digestive Diseases*, 15, 636–639.
5. Collins C., Maguire D., Ireland A., et al (2004), “A Prospective Study of Common Bile Duct Calculi in Patients Undergoing Laparoscopic Cholecystectomy”, *Annals of Surgery*, 239(1).
 6. Dennis Chung-Kei Ng, David Ka-Kin Tsui, George Pei-Cheung Yang et al (2008), “Combined endo-laparoscopic approach in managing patients with gallstones and common bile duct stones: An early experience”, *Surgical Practice*, 12, 64–66.
 7. Ganguly E. K., Najarian K. E., Vecchio J. A., et al (2010), “Endoscopic Occlusion of Cystic Duct Using N-Butylcyanoacrylate for Postoperative Bile Leakage”, *Digestive Endoscopy*, 22, 348–350.
 8. Thomas Ng., Joseph F., Amaral (1999), “Timing of endoscopic retrograde cholangiopancreatography and laparoscopic cholecystectomy in the treatment of choledocholithiasis”, *Journal of Laparoendoscopic & Advanced Surgical Techniques*, 9(1), 31-36.