

Khâu kín ống mật chủ sau phẫu thuật nội soi cắt túi mật và lấy sỏi ống mật chủ kết hợp nội soi đường mật ống mềm

Dương Trọng Hiền, Nguyễn Trung Nghĩa

Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

Từ khóa:

Sỏi mật, sỏi ống mật chủ

Địa chỉ liên hệ:

Dương Trọng Hiền,
Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức
40 Tràng Thi, Hoàn Kiếm, Hà Nội
Điện thoại: 0989 082871
Email: duongtronghien@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: Nghiên cứu nhằm đánh giá kết quả sớm điều trị bệnh nhân sỏi túi mật và ống mật chủ (OMC) được phẫu thuật nội soi (PTNS) kết hợp kiểm soát OMC (KS-OMC) bằng nội soi ống mềm tại Bệnh viện HN Việt Đức.

Phương pháp nghiên cứu: 12 bệnh nhân (Nam/Nữ: 5/7) được khâu kín OMC sau PTNS cắt túi mật và lấy sỏi OMC có dùng nội soi đường mật ống mềm.

Kết quả: Thời gian phẫu thuật trung bình: 145 ± 45 phút, lượng máu mất 70 ± 50 ml (Lượng máu mất từ: 50ml tới 150 ml); các biến chứng trong mổ: không, biến chứng rò mật sau mổ: không, biến chứng nhiễm trùng vết mổ: 1 trường hợp; thời gian nằm viện trung bình $8 \pm 1,5$ ngày (Thời gian từ: 6 tới 10 ngày)

Kết luận: Khâu kín OMC sau phẫu thuật nội soi cắt túi mật và lấy sỏi OMC có kiểm tra bằng nội soi đường mật ống mềm là an toàn và hiệu quả.

Closing common bile duct after laparoscopic cholecystectomy and biliary stone extraction combined flexible fiberoptic choledochoscope

Duong Trong Hien, Nguyen Trung Nghia

Viet Duc University Hospital

Abstract

Introduction: The objectives of study were to evaluate the early result of treatment patients with concomitant gallbladder stones and common bile duct (CBD) stones by laparoscopic surgery in using flexible fiberoptic choledochoscope.

Material and Methods: There were 12 patients enrolled (male/female: 5/7) who are sutured bile duct after laparoscopic cholecystectomy and removing stones in common bile duct with cholangioscopy.

Results: Average surgery time: 145 ± 45 min, blood loss 70 ± 50 ml, no postoperative complications related to the procedure. There is no bile leak. There is one surgical site infection, mean hospital stay of $8 \pm 1,5$ days (6 to 10 days).

Conclusion: The current study suggests that laparoscopic surgery and using cholangioscopy to controlling bile duct for the management of cholecysto-choledocholithiasis is a safe and effective technique.

Keywords: Gallstones, bile duct stones.

I. Đặt vấn đề

Sỏi OMC có nguồn gốc từ sỏi túi mật là nguyên nhân chính gây tắc mật không ác tính [1]. 8 - 20% bệnh nhân có các biểu hiện tắc mật khoảng 5% không có triệu chứng [2]. Mặc dù phần lớn các sỏi OMC dạng này không gây triệu chứng nhưng nó có thể gây các biến chứng như viêm đường mật, viêm tụy cấp, rối loạn chức năng gan [3]. Vì vậy việc can thiệp là cần thiết. Việc xử trí sỏi OMC này có nhiều tranh cãi mặc dù kỹ thuật nội soi ống mềm hay phẫu thuật nội soi đều có thể áp dụng [4]. Việc đặt Kehr sau mổ có vai trò làm giảm áp lực đường mật sau mổ, điều này cơ bản giúp tránh được hậu quả của phù nề hoặc co thắt cơ oddie [5, 6, 7]. Tuy vậy việc đặt Kehr đôi khi không tránh khỏi rò mật sau rút Kehr, nhiễm trùng đường rò Kehr, mất nước điện giải và dinh dưỡng do mất dịch mật dẫn lưu qua Kehr. Viêm đường mật, suy thận cấp do mất nước không được bồi phụ đầy đủ qua đường miệng, đặc biệt với người già [7, 8]. Thêm vào đó người bệnh có thể phải mang Kehr nhiều tuần trước khi rút bỏ nên gây những khó chịu nhất định cho người bệnh cũng như ảnh hưởng tới công việc và sinh hoạt [8] [9, 10]. Những ảnh hưởng này dẫn tới phẫu thuật viên tìm những phương pháp để có thể khâu kín OMC ngay trong thì đầu. Việc ứng dụng phẫu thuật nội soi điều trị sỏi OMC đơn thuần có nhiều lợi điểm của phẫu thuật xâm lấn tối thiểu với kết quả tương đương lấy sỏi ngược dòng (ERCP)[10]. Lấy sỏi OMC qua nội soi và khâu kín OMC ngay thì đầu đã bắt đầu được chấp nhận. Trong nghiên cứu này chúng tôi dùng nội soi đường mật ống mềm để kiểm tra OMC trước khi khâu kín OMC trong thì đầu[11].

II. Đối tượng và phương pháp nghiên cứu

Bệnh nhân và số liệu được thu thập

Bệnh nhân có sỏi OMC và sỏi túi mật được thu thập tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức trong năm

2017 và 2018. Các bệnh nhân được nghiên cứu có chẩn đoán sỏi túi mật và sỏi OMC bằng siêu âm, chụp cắt lớp 64 dãy hoặc chụp MRI 1,5 Tesla. Các bệnh nhân đưa vào nghiên cứu có các tiêu chuẩn sau: 1/Sỏi túi mật, 2/sỏi OMC, 3/không có tiền sử phẫu thuật vùng trên của ổ bụng.

Các bệnh nhân được loại trừ khỏi nghiên cứu khi: 1/ bệnh nhân có sỏi trong gan, 2/ Áp xe gan hoặc viêm mủ đường mật, 3/ Viêm chít cơ thắt oddie, 4/ viêm tụy cấp do sỏi mật. Những bệnh nhân có sỏi đường mật trong gan hay dạng sỏi bùn trong gan cũng được loại ra khỏi nghiên cứu. Với 15 bệnh nhân phù hợp với tiêu chuẩn nghiên cứu, 7 bệnh nhân có khẩu kính OMC > 10 mm. 5 bệnh nhân có khẩu kính OMC < 10 mm, khẩu kính của OMC có giới hạn từ 0,8 cm tới 2 cm. Không có bệnh nhân nào có tình trạng viêm mủ đường mật khi phẫu thuật. Tình trạng sốt và đau hạ sườn phải trước mổ gặp ở 8 bệnh nhân, 10 bệnh nhân có tình trạng vàng da tắc mật được điều trị nội khoa kháng sinh, chống viêm, cải thiện chức năng gan.

Phương pháp nghiên cứu là mô tả cắt ngang. Bệnh nhân được chẩn đoán sỏi OMC, sỏi túi mật bằng cận lâm sàng, chẩn đoán hình ảnh, được thông qua mổ và xếp lịch mổ. Sau đó được tiến hành phẫu thuật. Bệnh nhân được theo dõi sau mổ, siêu âm kiểm tra trước ra viện, khám lại sau 1 tháng. Tất cả thông tin được thu thập xử lý số liệu.

Kỹ thuật phẫu thuật

Bệnh nhân được gây mê nội khí quản và được thực hiện với 4 trocars giống như cắt túi mật nội soi. Ống kính nội soi được sử dụng là loại ống kính 30 của Karlstorz. Động mạch túi mật được clip và cắt. Giường túi mật được giải phóng và để nguyên. OMC được xác định, mổ OMC ngay ngang ống cổ túi mật đổ vào khoảng 0,6 cm tới 1 cm dọc theo OMC ở mặt trước OMC. Qua vị trí đó tiến hành bơm rửa và lấy sỏi. Sau đó dùng ống nội soi mềm đường mật Olympus, HF -10

được đưa qua thành bụng tương ứng với vị trí mở OMC, ống nội soi được đưa vào kiểm tra phía trên và dưới chỗ mở OMC, tiến hành lấy sỏi bằng dụng cụ mirizi, sau đó kiểm tra toàn bộ OMC và oddie bằng ống nội soi đường mật. Sau khi túi mật được giải phóng và cắt bỏ, cổ túi mật được kẹp lại bằng hemolock. OMC được khâu kín lại bằng chỉ vicryl 4/0 khâu vắt. Kiểm tra không có rò mật bằng một gạc nội soi lau và ấn trên chỗ khâu OMC, bệnh phẩm được đưa vào túi, rửa sạch ổ bụng và đặt một dẫn lưu 24 Fr dưới gan.

Theo dõi sau mổ

Bệnh nhân uống nước vào ngày thứ nhất sau mổ và ăn lỏng vào ngày thứ hai sau mổ. Xét nghiệm sinh hoá về men gan SGOT, SGPT, Bilirubin, Amylase được thực hiện vào ngày thứ nhất sau mổ. Bệnh nhân được siêu âm kiểm tra trước khi ra viện.

Phân tích số liệu

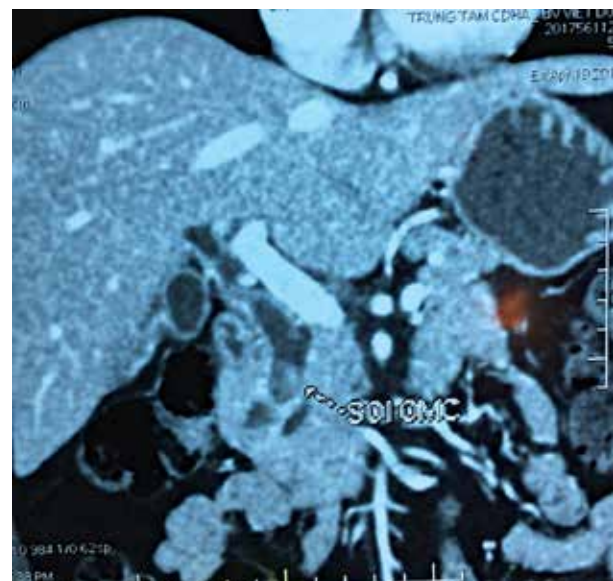
Số liệu được phân tích bằng phần mềm SPSS 20.0 (SPSS, Chicago, Illinois). Các biến liên tục được mô tả bằng giá trị trung bình $\pm$ phương sai; các biến rời rạc được mô tả bằng tỷ lệ %. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê khi $p \leq 0.05$.

III. Kết quả

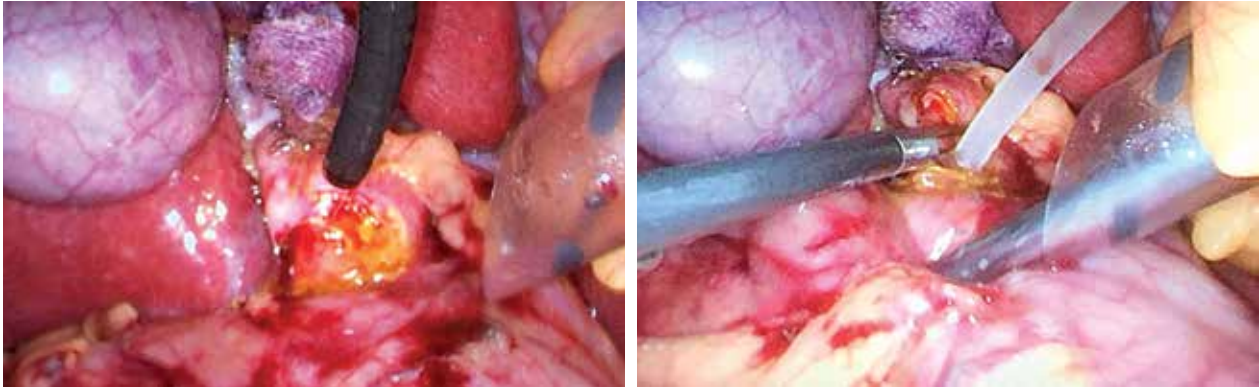
Trong quá trình nghiên cứu 12 bệnh nhân gồm (7 nam, 5 nữ) với tuổi trung bình là $46,5 \pm 5,5$ năm (khoảng tuổi từ 30 tới 70 tuổi). BMI trung bình của bệnh nhân là $24,5 \pm 3,6$ kg/m². Thời gian mổ trung bình 145 ± 45 phút (khoảng thời gian 80 – 160 phút), lượng máu mất 70 ± 50 ml (Lượng máu mất từ 50ml tới 150 ml). Tất cả bệnh nhân được vận động ngay sau mổ trong ngày đầu. Thời gian trung bình có nhu động ruột là $50,8 \pm 14$ h (Khoảng: 30 – 76 giờ). Thời gian nằm viện trung bình $8 \pm 1,5$ ngày (Thời gian từ: 6 tới 10 ngày). Thời gian nằm viện sau mổ: $4,8 \pm 1,5$ ngày. Có một bệnh nhân có rò mật phát hiện ngay trong mổ và được khâu tăng cường. Không có bệnh nhân nào có rò mật sau mổ, không có bệnh nhân nào tăng bilirubin và amylase sau mổ. Kiểm tra siêu âm sau mổ khẳng định không còn sỏi mật trong đường mật 100%. Khám lại sau mổ một tháng kiểm tra không có sỏi tái phát và không có biến chứng khác ở đường mật.

Bảng 1: Số liệu thu thập trong mổ và sau mổ

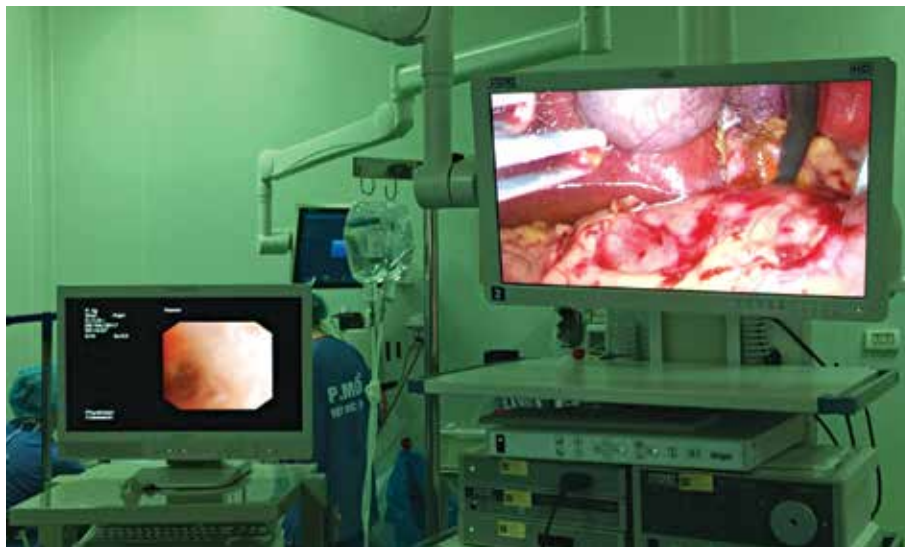
Thời gian phẫu thuật	145 ± 45 phút
Lượng máu mất	70 ± 50 ml
Các biến đổi giải phẫu	Không
Thời gian nằm viện	$8 \pm 1,5$ ngày
Thời gian hậu phẫu ở viện	$4,8 \pm 1,5$ ngày
Biến chứng sau mổ	0
Tái xuất hiện sỏi OMC	0 (sau 1 tháng kiểm tra)



Hình 1: Bệnh nhân Nguyễn Thái P nữ 58 tuổi chẩn đoán sỏi OMC và sỏi túi mật



Hình 2: Kiểm tra OMC bằng nội soi đường mật ống mềm và bơm rửa đường mật qua nội soi



Hình 3: Kết hợp PTNS với thăm dò OMC bằng nội soi đường mật ống mềm

IV. Bàn luận

Bệnh lý sỏi đường mật có chỉ định chủ yếu can thiệp phẫu thuật. Lấy bỏ sỏi đường mật và bảo tồn chức năng cơ thắt Oddie cũng là mục tiêu chính của điều trị [12]. Nhiều nghiên cứu chỉ ra có những tỷ lệ biến chứng của đặt Kehr như nhiễm trùng, rò mật sau rút Kehr, rối loạn nước điện giải và dinh dưỡng khi lượng dịch mật ra Kehr nhiều. Có thể gây suy thận, khi không bù đủ lượng dịch đặc biệt ở bệnh nhân cao tuổi[5, 13]. Nhiều nghiên cứu đã thực hiện khâu kín OMC ngay trong phẫu thuật sau khi thăm dò. Tuy vậy việc khâu đóng OMC nguyên phát có thể

ảnh hưởng bởi áp lực tăng lên trong đường mật và có thể gây nên hẹp đường mật.

Trong nghiên cứu này chúng tôi tiến hành khâu kín OMC ngay sau khi lấy sỏi và kiểm tra không còn sỏi và Oddie thông bằng ống nội soi mềm đường mật. Thông thường bệnh nhân sau khi lấy sỏi OMC sẽ được đặt Kehr là một phẫu thuật chuẩn. Tuy vậy việc đặt Kehr cũng có nhiều biến chứng so với cái lợi của nó. Fielding và cộng sự thấy rằng việc khâu đóng OMC ngay an toàn khi không còn bất tắc phần xa của OMC và việc rửa và kiểm tra cũng thực hiện dễ ở những bệnh nhân này. Tuy vậy, rò mật có thể

sảy ra do có tăng áp lực trong đường mật sau mổ liên quan tới phù nề vùng bóng Vater và liệt ruột sau mổ. Một số tác giả giải quyết vấn đề này thay cho việc đặt Kehr bằng sử dụng một ống dẫn lưu đường mật bằng D-J stent. Kỹ thuật này đòi hỏi phối hợp cả bác sĩ nội soi và cần có kinh nghiệm cũng như kéo dài hơn thời gian phẫu thuật, cũng có thể gây tăng amylase sau mổ.

Nghiên cứu này vẫn còn hạn chế về số lượng nên việc đánh giá các biến chứng trong mổ cũng như sau mổ còn hạn chế. Việc đưa các dụng cụ như mirozi và ống nội soi đường mật trực tiếp qua thành bụng cũng còn hạn chế trong việc gây nhiễm bẩn tổn thương thành bụng. Nghiên cứu này do hạn chế về số lượng nên chủ yếu có tính chất đưa ra một kỹ thuật mới có thể áp dụng cho những bệnh nhân sỏi túi mật có sỏi OMC không có tình trạng nhiễm trùng đường mật nặng.

V. Kết luận

Với số liệu nghiên cứu còn hạn chế nhưng đây là một phương pháp có thể áp dụng cho một số trường hợp bệnh nhân có sỏi túi mật và sỏi OMC đơn thuần không có tình trạng nhiễm trùng đường mật hoặc tắc mật. Kỹ thuật phẫu thuật này là an toàn và hiệu quả.

Tài liệu tham khảo

1. Copelan A; Kapoor B.S. (2015), "Choledocholithiasis: Diagnosis and Management", Tech Vasc Interv Radiol. 18(4), tr. 244-55.
2. Chen W ,Mo JJ,Lin L. (2015), "Diagnostic value of magnetic resonance cholangiopancreatography in choledocholithiasis", World J Gastroenterol. 21(11), tr. 3351-60.
3. Koc B ,Karahan S,Adas G . (2013), "Comparison of laparoscopic common bile duct exploration and endoscopic retrograde cholangiopancreatography plus laparoscopic cholecystectomy for choledocholithiasis: a prospective

- randomized study", Am J Surg. 206(4), tr. 457-63.
4. Bansal V. K.,Misra MC,Rajan K,Kilambi R. (2014), "Single-stage laparoscopic common bile duct exploration and cholecystectomy versus two-stage endoscopic stone extraction followed by laparoscopic cholecystectomy for patients with concomitant gallbladder stones and common bile duct stones: a randomized controlled trial", Surg Endosc. 28(3), tr. 875-85.
5. Wills V. L.,Gibson K,Karihaloot C,Jorgensen JO. (2002), "Complications of biliary T-tubes after choledochotomy", ANZ J Surg. 72(3), tr. 177-80.
6. Tian M. G.,Shi WJ,Zhong CJ,Zhang XW,Chen TM. (2009), "Laparoscopic treatment of choledocholithiasis with novel self-releasing biliary stent", J Laparoendosc Adv Surg Tech A. 19(3), tr. 405-8.
7. Ambreen M.,Shaikh AR,Jamal A,Qureshi JN.(2009), "Primary closure versus T-tube drainage after open choledochotomy", Asian J Surg. 32(1), tr. 21-5.
8. Pradhan C Ahmed II, Beckingham IJ, Brooks AJ, Rowlands BJ, Lobo DN. (2008 Jul), "Is a T-tube necessary after common bile duct exploration?", World J Surg. 32(7):1485-8.
9. Sorensen VJ,Buck JR,Chung SK. (1994), "Primary common bile duct closure following exploration: an effective alternative to routine biliary drainage", Am Surg. 60(6), tr. 451-4.
10. Wu J. S.và Soper N. J. (2002), "Comparison of laparoscopic choledochotomy closure techniques", Surg Endosc. 16(9), tr. 1309-13.
11. Chander J, Vindal A1, Lal P, Mahendra B. (2015 May), "Comparison between intraoperative cholangiography and choledochoscopy for ductal clearance in laparoscopic CBD exploration: a prospective randomized study.", Surg Endosc. 29(5).
12. La Greca G1,Barbagallo F,Sofia M,Latteri S,Russello D. (2009), "Simultaneous laparoendoscopic rendezvous for the treatment of cholecystocholedocholithiasis", Surg Endosc. 24(4), tr. 769-80.
13. Hotta T1,Taniguchi K,Kobayashi Y. (2003), "Biliary drainage tube evaluation after common bile duct exploration for choledocholithiasis", Hepatogastroenterology. 50(50), tr. 315-21.