

Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi điều trị bệnh lý sỏi đường mật

Nguyễn Huy Toàn, Lê Anh Xuân, Trần Văn Thông, Phạm Minh Tuấn

Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An

Từ khóa:

Phẫu thuật nội soi, sỏi ống mật chủ, sỏi túi mật.

Địa chỉ liên hệ:

Nguyễn Huy Toàn,
Khoa ngoại Tổng hợp, Bệnh viện
Hữu nghị Đa khoa Nghệ An
Km5 Đại lộ Lê nin, Nghi Phú,
Vinh, Nghệ An
Điện thoại: 0946 254 777
Email: Drhuytoan@yahoo.com

Ngày nhận bài: 14/2/2020

Ngày duyệt: 13/3/2020

Ngày chấp nhận đăng:
27/3/2020

Tóm tắt

Đặt vấn đề: Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi điều trị sỏi đường mật.

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu hồi cứu mô tả trên 203 người bệnh, được chẩn đoán sỏi đường mật chính, được phẫu thuật nội soi lấy sỏi tại Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An từ 01/01/2014 đến 01/06/2019.

Kết quả: Tổng số 203 người bệnh với 74 nam (36,5%), 129 nữ (63,5%); độ tuổi trung bình $63,62 \pm 17,7$ (17 - 94) tuổi. Phẫu thuật mở ống mật chủ lấy sỏi, dẫn lưu Kehr 43,8%; mở ống mật chủ + dẫn lưu Kehr + cắt túi mật 44,8%; mở ống mật chủ + khâu kín ống mật chủ 3,9%; chuyển mổ mở 7,4%. Thời gian phẫu thuật $85,2 \pm 15,7$ phút (64 - 156 phút), thời gian hậu phẫu $5,7 \pm 1,07$ ngày. Biến chứng chung sau phẫu thuật là 5,5%.

Kết luận: Phẫu thuật mở ống mật chủ (OMC) nội soi điều trị sỏi đường mật an toàn, hiệu quả.

Evaluating the results of laparoscopic surgery for common bile duct stones

Nguyen Huy Toan, Le Anh Xuan, Tran Van Thong, Pham Minh Tu

Nghe An Friendship General Hospital

Abstract

Introduction: Evaluation of the results of laparoscopic treatment for common bile duct stones.

Materials and Methods: Retrospective descriptive study of 203 patients diagnosed the common bile duct stones, underwent laparoscopic surgery from January 2014 to June 2019 in Nghe An Friendship General Hospital.

Results: There were total 203 patients including 74 men (36,5%), 129 women (63,5%); mean age was $63,62 \pm 17,7$ (17 - 94). Biliary drainage by T tube after choledochotomy was in 43,8%; Biliary drainage with T tube after choledochotomy associated with cholecystectomy was in 44,8%; Choledochotomy without drainage was in 3,9%. The convert to laparotomy was (7,4%). The operative time was $85,2 \pm 15,7$ minutes (64-156 minutes). Postoperative length stay was $5,7 \pm 1,07$ days. The morbidity rate was 5,5%.

Conclusion: Choledochotomy by laparoscopic surgery for common bile duct stones was feasible and effective.

Keywords: Laparoscopic surgery, common bile duct stones, gallbladder stones.

I. Đặt vấn đề

Năm 1990, thế giới bắt đầu áp dụng phẫu thuật nội soi điều trị sỏi đường mật chính. Với sự phát triển của dụng cụ nội soi, Jacobs, Franklin và nhiều tác giả đã chứng minh sự an toàn và hiệu quả của phẫu thuật nội soi điều trị sỏi đường mật chính, mang lại nhiều ưu việt so với mổ mở truyền thống: hậu phẫu nhẹ nhàng, ít đau sau mổ, rút ngắn thời gian nằm viện, ít viêm dính vùng cuống gan...[6]. Tại Việt Nam, năm 2000, phẫu thuật nội soi đường mật chính được tiến hành.

Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An thực hiện phẫu thuật nội soi điều trị sỏi đường mật chính cho nhiều người bệnh, nhưng chưa có thống kê về vấn đề này. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu nhằm mục tiêu: Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi điều trị sỏi đường mật chính.

II. Đối tượng và phương pháp nghiên cứu

Đối tượng

203 người bệnh được chẩn đoán sỏi đường mật chính, được điều trị bằng phẫu thuật nội soi, tại Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An, từ 01/01/2014 đến 01/06/2019.

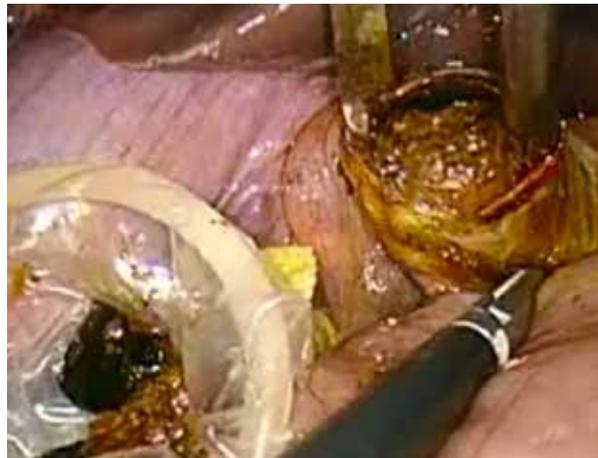
Phương pháp: Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

Quy trình kỹ thuật

Đặt 4 trocar: 10 mm vào rốn, 10 mm vào hạ sườn trái, 5mm dưới bờ sườn phải tương ứng với vị trí OMC, 5mm mạn sườn phải.

Người bệnh có chỉ định cắt túi mật thì thường cắt trước khi mở ống mật chủ.

Phẫu tích giải phóng, mở dọc ống mật chủ đoạn trên tá tràng.



Hình 1: Mở OMC và lấy sỏi bằng Randall

Dùng kẹp Randall đưa vào lỗ trocar 5 mm ở hạ sườn phải gần ống mật chủ để lấy sỏi cho vào túi nylon. Bơm rửa đường mật bằng nước muối sinh lý ấm.

Đặt dẫn lưu Kehr qua chỗ mở ống mật chủ, hoặc khâu kín bằng chỉ Vicryl 4/0. Chụp đường mật qua Kerh trong mổ nếu cần.

Bơm rửa, lau vùng mổ, đặt dẫn lưu dưới gan qua chỗ đặt trocar 5 mm ở mạn sườn phải. Đưa dẫn lưu Kehr ra ngoài qua lỗ đặt trocar hạ sườn phải, lấy túi đựng sỏi qua lỗ trocar ở rốn.

Các chỉ tiêu nghiên cứu

Đặc điểm chung.

Lâm sàng, cận lâm sàng.

Kết quả phẫu thuật.

Thu thập và xử lý số liệu: Theo chương trình SPSS 20.

III. Kết quả

Đặc điểm chung

Từ 01/2014 - 06/2019, có 203 người bệnh sỏi đường mật chính được chỉ định phẫu thuật nội soi

gồm 74 nam (36,5%), 129 nữ (63,5%); độ tuổi trung bình $63,62 \pm 17,7$ (17 - 94) tuổi.

Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng

Bảng 1: Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng

Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng	Số người bệnh (n = 203)	Tỷ lệ %
Lâm sàng		
Cơn đau quặn gan	156	76,8
Sốt trên 38°C	125	61,6
Da, niêm mạc mắt vàng	146	71,9
Gan to	47	23,5
Túi mật to	112	55,2
Tam chứng Charcot	130	64
Tiền sử phẫu thuật bụng	12	5,9
Cận lâm sàng		
Bạch cầu tăng > 10 G/l	125	61,6
Billirubin TP > 40 $\mu\text{mol/l}$	130	64
SGOT > 40 U/l	98	48,3
SGPT > 40 U/l	112	55,2
Tỷ lệ Prothrombin > 70%	167	82,3
Amylase > 200 U/l	14	6,9

Triệu chứng lâm sàng thấy cơn đau quặn gan gặp nhiều nhất 76,8%. Tỷ lệ SGOT, SGPT tăng lần lượt là 48,3% và 55,2%.

Bảng 2: Vị trí sỏi

Vị trí sỏi	Số người bệnh (n = 203)	Tỷ lệ %
Sỏi ống mật chủ đơn thuần	101	49,7
Sỏi ống mật chủ + sỏi túi mật	82	40,4
Sỏi ống mật chủ + sỏi ống gan	11	5,4
Sỏi ống mật chủ + sỏi ống gan + sỏi túi mật	9	4,4

Sỏi ống mật chủ đơn thuần 49,7%; sỏi ống mật chủ + sỏi túi mật 40,4%. Kích thước ống mật chủ trên siêu âm: trung bình: $11,5 \pm 2,3\text{mm}$ (dao động 7 - 20 mm), kích thước ống mật chủ khi mổ: $11,8 \pm 2,4\text{ mm}$, (dao động 9 - 22 mm).

Kết quả phẫu thuật

Bảng 3: Phương pháp phẫu thuật

Phương pháp	Số người bệnh (n = 203)	Tỷ lệ %
Mở ống mật chủ + khâu kín OMC	8	3,9
Mở ống mật chủ + dẫn lưu Kehr	89	43,8
Mở ống mật chủ + dẫn lưu Kehr + cắt túi mật	91	44,8
Chuyển mổ mở	15	7,4

Phẫu thuật mở ống mật chủ lấy sỏi, dẫn lưu Kehr 43,8%. Thời gian phẫu thuật: $85,2 \pm 15,7$ phút (64 - 156 phút). Tai biến trong mổ: 2 (1%) người bệnh thủng mật sau tá tràng ruột, 1 (0,5%) người bệnh tổn thương gan.

Bảng 4: Nguyên nhân chuyển mổ mở

Nguyên nhân	Số người bệnh (n = 203)	Tỷ lệ %
Đính vùng ống mật chủ	9	4,4
Hẹp phần thấp ống mật chủ	3	1,5
Thủng tá tràng	2	1
Chảy máu	1	0,5

Tỷ lệ chuyển mổ mở 7,4%, nguyên nhân do dính vùng ống mật chủ: 9 (4,45) người bệnh.

Bảng 5: Biến chứng

Biến chứng	Số người bệnh (n = 203)	Tỷ lệ %
Chảy máu	2	1
Rò mật	4	2
Áp xe dư	4	2
Rò tá tràng	1	0,5

Biến chứng sau mổ 5,5%, rò mật và áp xe dư gặp 2%.

Thời gian hậu phẫu: $5,7 \pm 1,07$ ngày

IV. Bàn luận

Nghiên cứu của các tác giả cho thấy sỏi mật có thể gặp mọi lứa tuổi nhưng nhiều nhất tập trung độ tuổi từ 40 - 70 và nữ thường gặp hơn nam [3], [7]. Thống kê cho thấy 74 (36,5%) người bệnh 74 nam, 129 (63,5%) nữ; độ tuổi trung bình $63,62 \pm 17,7$ (17 - 94) tuổi. Nghiên cứu của Dương Xuân Lộc, thấy tuổi trung bình của người bệnh sỏi mật là 53,8 (dao động từ 22 - 84) [4].

Thống kê cho thấy: đa số người bệnh đến vì cơn đau quặn gan 76,8%, 61,6% sốt, 71,9% vàng da với niêm mạc mắt vàng, tam chứng Charcot gặp 64%, kết quả này phù hợp với nghiên cứu với các tác giả [1], [3], [4]. Xét nghiệm máu cho thấy bạch cầu tăng $> 10 \text{ G/l}$ 61,6%, bilirubin TP $> 40 \mu\text{mol/l}$ 64% tương tự như thống kê của Nguyễn Ngọc Bích và cộng sự, Vũ Văn Thụ và cộng sự [3], [5]. Để chuẩn bị tốt cho cuộc mổ, tất cả người bệnh có biểu hiện nhiễm khuẩn đường mật, sốt, vàng da đều được chúng tôi điều trị kháng sinh, vitamin K, nâng cao thể trạng.

Lúc đầu, phẫu thuật nội soi được áp dụng điều trị sỏi OMC đơn thuần; khi thành thạo về kỹ thuật chúng tôi triển khai điều trị sỏi ống mật chủ kèm sỏi túi mật; sau đó là sỏi ống mật chủ và sỏi ống gan. Kết quả nghiên cứu cho thấy: Sỏi ống mật chủ đơn thuần 49,7%; sỏi ống mật chủ + Sỏi túi mật 40,4%; sỏi ống mật chủ kèm sỏi trong gan 5,4%; sỏi ống mật chủ, sỏi trong gan kèm sỏi túi mật 4,4%; 5,9% có tiền sử phẫu thuật ổ bụng. Một số tác giả điều trị sỏi ống mật chủ tái phát, sỏi ống mật chủ ở người bệnh có vết mổ cũ trên rốn bằng phẫu thuật nội soi đều cho kết quả khả quan [1], [4].

Về kỹ thuật: chúng tôi dùng 4 trocar 10 mm vào rốn, 10 mm vào hạ sườn trái, 5 mm dưới bờ sườn phải tương ứng với vị trí OMC, 5mm mạn sườn phải. Bơm hơi ổ bụng áp lực 12 mmHg, những người bệnh có bệnh lý tim phổi có thể đưa áp lực về 8 - 10 mmHg. Phẫu tích tìm ống mật chủ, những trường hợp dính nhiều phải ưu tiên từ dễ đến khó, bám vào thành bụng và bờ dưới gan. Xác định ống mật chủ có thể bằng kim chọc dò trước khi mở ống mật chủ.

Đa số các tác giả thống nhất: khi mở ống mật chủ nên mở dọc, cũng có thể mở ngang ống mật chủ nếu ống mật chủ dẫn to [1], [2], [4]. Tất cả các trường hợp trong thống kê đều được mở dọc mặt trước ống mật chủ ở bờ trên tá tràng. Qua thực tế phẫu thuật, chúng tôi thấy đường mở dọc ống mật chủ có những ưu điểm sau:

Dễ dàng cho việc lấy sỏi và thăm dò ống mật chủ, Oddi, ống gan phải, ống gan trái bằng Mirrizi.

Thuận lợi cho mở rộng đường rạch ống mật chủ lên trên hay xuống dưới khi cần thiết.

Bảo tồn được các mạch máu chạy dọc 2 bờ đường mật để nuôi dưỡng đoạn trên tá tràng của ống mật chủ.

Theo Berthou, thủ thuật mở ống mật chủ nên theo chiều dọc đứng ở phần trên tá tràng, mặt trước của ống mật chủ với chiều dài từ 10 - 20 mm để thuận lợi cho thao tác lấy sỏi [10].

Trong nghiên cứu của mình Nguyễn Ngọc Bích, Nguyễn Hoàng Bắc, cũng mở dọc ống mật chủ với chiều dài khoảng 1,5 mm [1], [2]. Dụng cụ dùng để mở ống mật chủ có thể là kéo nhỏ, hay móc đốt điện hay các dụng cụ riêng tùy tác giả. Trong nghiên cứu mở ống mật chủ bằng móc đốt điện cho tất cả các trường hợp, với cách này không cần thiết phải cầm máu thành ống mật chủ ở chỗ mở như vậy vừa nhanh, vừa đảm bảo an toàn.

Các tác giả Âu - Mỹ thường ưu tiên lựa chọn lấy sỏi ống mật chủ qua ống cổ túi mật bằng xông Dormia hay Fogarty. Tuy vậy, tỉ lệ thành công cũng rất khác nhau tùy theo tác giả khoảng 75,2% - 95% [8], [9], [10], [11]. Trong những trường hợp mở ống mật chủ lấy sỏi thì Dormia hay Fogarty vẫn là dụng cụ chủ yếu phối hợp với đôn sỏi từ phần thấp ống mật chủ qua chỗ mở để lấy sỏi vì sỏi ống mật chủ thường là thứ phát do sỏi di chuyển từ túi mật xuống nên kích thước nhỏ, di động dễ dàng qua chỗ mở ống mật chủ khi bơm rửa hoặc đôn sỏi.

Ngược lại, ở Việt Nam, sỏi ống mật chủ có kích thước lớn vì vậy rất khó lấy sỏi bằng Dormia hay Fogarty, nếu có cần phải phối hợp với kỹ thuật tán sỏi nội soi để sỏi vỡ nhỏ. Trong nghiên cứu, chúng tôi thực hiện lấy sỏi ống mật chủ bằng Mirrizi có góc giữa cạnh kẹp với thân kẹp $> 90^\circ$, phối hợp với

dồn sỏi bằng dụng cụ nội soi bằng cách ép lên thành ống mật chủ qua mặt trước tá tràng cho kết quả tốt. Kỹ thuật lấy sỏi được thực hiện với việc rút bỏ trocar hạ sườn phải và đưa Mirrizi qua lỗ trocar này sao cho khớp nối của 2 càng Mirrizi nằm ở thành bụng. Khi đó cần hạ áp lực ở bụng xuống 6 - 7 mmHg. Với việc phối hợp đồng thời các biện pháp như vậy vừa tạo ra khoảng cách ngắn nhất để vào ống mật chủ, vừa dễ dàng tạo ra cảm giác chạm sỏi trong ống mật chủ, cảm giác kẹp được sỏi để lấy ra và vừa đảm bảo CO₂ không bị xì ra ngoài.

Irfan Ahmed cùng một số tác giả ủng hộ kỹ thuật khâu kín ống mật chủ kỳ đầu, tác giả cho rằng ở người bệnh đặt Kehr tỉ lệ biến chứng cao hơn, mất dịch mật dẫn đến mất nước và điện giải, hoại tử rò mật, viêm loét da và viêm đường mật ngược dòng do vi khuẩn qua ống Kehr làm cho thời gian nằm viện và phục hồi của người bệnh lâu hơn [8], [10]. Trong nghiên cứu này có 5,3% người bệnh được khâu kín ống mật chủ kỳ đầu. Các trường hợp được khâu kín ống mật chủ: trước hết không có nhiễm khuẩn đường mật (dịch mật trong), sỏi ống mật chủ đơn thuần, chắc chắn không có sỏi trong gan, cơ Oddi thông tốt.

Trong nghiên cứu có 15 (7,4%) người bệnh phải chuyển mổ mở, trong đó 9 (4,4%) người bệnh do dính quá nhiều vùng rốn gan không thể phẫu tích bóc lộ ống mật chủ và 3 (1,5%) người bệnh hẹp phần thấp ống mật chủ, 2 (1%) người bệnh thủng tá tràng, 1 (0,5%) người bệnh tổn thương động mạch gan chung do bất thường giải phẫu. Theo Qi Wei: tỷ lệ chuyển mổ mở gặp 3,8% trong 52 trường hợp; Dương Xuân Lộc và cộng sự gặp tỷ lệ chuyển mổ mở: 12,33%[4].

Nghiên cứu cho thấy: thời gian phẫu thuật trung bình: 85,2 ± 15,7 phút (64 - 156 phút); Trong thời gian đầu triển khai kỹ thuật, cuộc phẫu thuật kéo dài, có trường hợp đến 156 phút, sau này, kỹ thuật tốt hơn đã rút ngắn thời gian mổ, điều này phù hợp nhận định của các tác giả khác. Thống kê của Dương Xuân Lộc và cộng sự thấy thời gian phẫu thuật trung bình: 130 phút (90 - 230)[4]; Thời gian này tương tự với nghiên cứu của nhiều tác giả [5],[7] [10].

Thống kê cho thấy biến chứng sau mổ gặp 5,5%. Trong đó 2(1%) người bệnh chảy máu sau mổ ở mức độ nhẹ, điều trị nội khoa bằng Transaminase có kết quả, không phải truyền máu, không phải phẫu thuật lại, 4(2%) trường hợp rò mật sau mổ, điều trị bằng phương pháp đặt dẫn lưu hút liên tục, kháng sinh, nuôi dưỡng, người bệnh ổn định, ra viện sau 2 tuần. 1(0,55) người bệnh rò tá tràng, người bệnh này chúng tôi phải tiến hành phẫu thuật lại để khâu lỗ thủng mật sau tá tràng ngày thứ 3. 4 (3%) người bệnh áp xe dư sau mổ được điều trị kháng sinh, nâng cao thể trạng, chọc hút ổ áp xe dưới hướng dẫn của siêu âm đạt kết quả tốt.

Phẫu thuật nội soi mở ống mật chủ lấy sỏi là phẫu thuật ít xâm hại, hậu phẫu nhẹ nhàng. Tổng hợp nghiên cứu của nhiều tác giả nước ngoài cho thấy, tỉ lệ biến chứng của phẫu thuật nội soi mở ống mật chủ lấy sỏi khoảng 10,3% (dao động từ 1,6 - 16%). Tỷ lệ tử vong từ 0 - 1% [10].

Nghiên cứu cho thấy thời gian hậu phẫu của người bệnh trung bình là 5,7 ± 1,07 ngày, (dao động từ 4 - 15 ngày). Thống kê của Nguyễn Hoàng Bắc cho thấy nhóm người bệnh phẫu thuật nội soi mở ống mật chủ lấy sỏi và khâu kín ống mật chủ kỳ đầu là 4 ngày, phẫu thuật nội soi mở ống mật chủ lấy sỏi và dẫn lưu Kehr là 9 ngày [1]. Nghiên cứu của Vũ Đức Thụ và cộng sự thấy thời gian nằm viện trung bình 8,58 ± 3,59 ngày [5].

V. Kết luận

Phẫu thuật mở ống mật chủ nội soi điều trị sỏi đường mật là an toàn, hiệu quả, tai biến trong mổ và sau mổ thấp.

Tài liệu tham khảo

1. Nguyễn Hoàng Bắc (2007), “Chỉ định của phẫu thuật nội soi trong điều trị sỏi đường mật chính”, Luận án Tiến sĩ y học, Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh.
2. Nguyễn Ngọc Bích và CS (2012): “Đánh giá kết quả lấy sỏi đường mật qua phẫu thuật nội soi ổ bụng”, Tạp chí Ngoại Khoa số 61, tr.111-118.
3. Trần Trung Hiếu, Đỗ Minh Hùng, Nguyễn Cao Cường và CS(2010) “Phẫu thuật nội soi điều trị sỏi ống mật chủ”, tạp chí Y học TP HCM tập 14(1), tr374-380.

4. Dương Xuân Lộc, Phạm Như Hiệp, Lê Lộc (2013), “Mở ống mật chủ lấy sỏi nội soi: Chỉ định và kết quả điều trị”, Báo cáo hội nghị phẫu thuật nội soi và Ngoại khoa Việt Nam, Cần Thơ năm 2013.
5. Vũ Đức Thụ, Nguyễn Ngọc Bích, Nguyễn Văn Long (2018), “Ứng dụng phẫu thuật nội soi mở ống mật chủ lấy sỏi kết hợp nội soi tán sỏi đường mật tại Bệnh viện Việt Nam - Thụy Điển Uông Bí”, Tạp chí Phẫu thuật nội soi và Nội soi Việt Nam, tập 8(2), tr 24-29.
6. Waage A, Stromberg. C, “Long-term results from laparoscopic common bile duct exploration”, SurgEndosc (2003) 17: 1181–1185.
7. CN Tang, (2006). “Laparoscopic exploration of the common bile duct: 10-year experience of 174 patients from a single centre”, Hong Kong Med J;12:191-19
8. Irfan Ahmed., Charita Pradhan (2008). “Is a T – tube necessary after common bile duct exploration”. World J Surg, 32, pp1485 – 1488.
9. Jacob M, Vazquez, Frias J.A, and Garcia J.C (2003), “Endoscopic common bile duct exploration”, Laparoscopic surgery, 3, pp. 203 -209.
10. J. Ch. Berthou, (2007), “Evaluation of laparoscopic treatment of common bile duct stones in a prospective series of 505 patients: indications and results” Surg Endosc 21: 1970–1974
11. Thompson M.H and Tranter S.E (2002), “All comers policy for laparoscopic exploration of common bile duct”, British Journal of surgery, 89, pp. 1608 – 1612.