

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ SỎI ỐNG MẬT CHỦ BẰNG NỘI SOI MẬT TỤY NGƯỢC DÒNG TẠI BỆNH VIỆN QUÂN Y 110, TỪ NĂM 2016 - 2022

Nguyễn Đắc Hiệu^{1*}, Đỗ Thiện Quảng¹
Nguyễn Đức Công¹, Hà Thị Tuyết¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả nội soi mật tụy ngược dòng điều trị lấy sỏi ống mật chủ.

Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu tiến cứu, mô tả cắt ngang 181 bệnh nhân sỏi ống mật chủ, điều trị bằng kỹ thuật nội soi mật tụy ngược dòng, tại Bệnh viện Quân y 110, từ tháng 01/2016 đến tháng 12/2022.

Kết quả: Bệnh nhân trung bình $59,4 \pm 10,4$ tuổi, hay gặp bệnh nhân trên 60 tuổi (49,17%). Tỷ lệ giới tính bệnh nhân nam/nữ $\approx 1,35/1$. Chủ yếu bệnh nhân sỏi ống mật chủ nhiều viên (56,18%), kích thước sỏi từ 1-2 cm (46,96%). 98,34% bệnh nhân thông nhú thành công. 174/178 bệnh nhân (97,75%) lấy sỏi thành công. Tỷ lệ tai biến chung trong phẫu thuật là 7,3% (gồm 1,12% thủng tá tràng, 4,49% viêm tụy cấp, 1,69% chảy máu).

Từ khóa: Nội soi mật tụy ngược dòng, sỏi ống mật chủ.

ABSTRACT:

Objective: Evaluate the results of endoscopic retrograde cholangiopancreatography for treatment of common bile duct stones.

Subjects and methods: A prospective study and cross-sectional description of 181 patients with common bile duct stones, treated by technique of endoscopic retrograde cholangiopancreatography at the Military Hospital 110 from January 2016 to December 2022.

Results: The average age of the patients was 59.4 ± 10.4 years, most commonly patients over 60 years old (49.17%). The rate of male patients and female patients was approximately 1.35/1. Most patients had multiple common bile duct stones (56.18%), with stone sizes ranging from 1-2 cm (46.96%). 98.34% of patients had successful papiloma remove. 174/178 patients (97.75%) had successful stone removal. The overall complication rate during surgery was 7.3%, including perforation of the intestine in 1.12% of cases, acute pancreatitis in 4.49% of cases, and bleeding in 1.69% of cases.

Keywords: Retrograde endoscopic cholangiopancreatography, common bile duct stones.

Chịu trách nhiệm nội dung: Nguyễn Đắc Hải, Email: nguyendacbacninh@gmail.com

Ngày nhận bài: 05/7/2023; mời phản biện khoa học: 7/2023; chấp nhận đăng: 24/8/2023.

¹Bệnh viện Quân y 110

1. ĐẶT VẤN ĐỀ.

Sỏi đường mật là bệnh lí thường gặp, trong đó, hay gặp nhất là sỏi ống mật chủ (OMC). Tại Việt Nam và các nước trong khu vực, tỉ lệ sỏi OMC chiếm 80-90% các trường hợp sỏi đường mật. Khác với các nước Âu, Mỹ (sỏi OMC chủ yếu là sỏi cholesterol và di chuyển từ túi mật xuống), ở Việt Nam, sỏi OMC có thành phần chủ yếu là sắc tố mật và nhân là xác hay trứng giun đũa. Yếu tố giun chui đường mật và nhiễm trùng đóng vai trò quan trọng trong cơ chế hình thành sỏi OMC [1]. Có nhiều phương pháp điều trị sỏi OMC, như điều trị nội khoa, phẫu thuật lấy sỏi... Những năm gần đây, nội soi mật - tụy ngược dòng (NSMTND) là kỹ

thuật đang được áp dụng rộng rãi trên thế giới và tại Việt Nam.

Bệnh viện Quân y 110 áp dụng kỹ thuật NSMTND lấy SOMC từ tháng 10/2015, bước đầu thu được kết quả khả quan, nhưng chưa có nghiên cứu đánh giá cụ thể về hiệu quả và tính an toàn của kỹ thuật. Vì vậy, chúng tôi thực hiện đề tài này nhằm nhận xét đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng bệnh nhân (BN) sỏi OMC; đánh giá kết quả điều trị sỏi OMC bằng kỹ thuật NSMTND.

2. ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

181 BN sỏi OMC, điều trị lấy sỏi bằng kỹ thuật NSMTND tại Bệnh viện Quân y 110, từ tháng 01/2016 đến tháng 12/2022.

Loại trừ BN có chống chỉ định NSMTND; BN có kích thước sỏi OMC > 3 cm; BN rối loạn đông máu nặng; BN đang mang thai; BN không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: tiến cứu, mô tả cắt ngang.
- Chẩn đoán sỏi OMC bằng ít nhất một trong các phương pháp siêu âm, chụp cắt lớp vi tính hoặc NSMTND.

- Phương tiện nghiên cứu:

+ Máy soi tá tràng cửa sổ bên (hãng Olympus CV160, Nhật Bản); máy C-arm (hãng OEC, Hoa Kỳ); máy cắt đốt (Olympus, Nhật Bản).

+ Dụng cụ can thiệp: dao cắt cơ vòng, catheter, guidewire, rọ lấy sỏi, bóng lấy sỏi, bóng nong đường mật, bộ dụng cụ tán sỏi, stent các loại, thuốc cản quang.

+ Thuốc, phương tiện trang bị gây mê.

- Các bước tiến hành: chuẩn bị BN; thực hiện kỹ thuật NSMTND; thu thập số liệu.

- Một số chỉ tiêu nghiên cứu:

+ Đặc điểm BN nghiên cứu: tuổi và giới tính.

+ Triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng: đau hạ sườn phải, sốt, vàng da; xét nghiệm công thức máu (bạch cầu) và sinh hóa máu (bilirubin toàn phần, AST, ALT); đặc điểm của sỏi OMC: số lượng; kích thước trung bình (\pm SD).

+ Kết quả điều trị: kết quả thông nhú, phương pháp cắt cơ vòng, tỉ lệ lấy hết sỏi, dụng cụ lấy sỏi, tỉ lệ tán sỏi, thời gian can thiệp, tai biến.

- Đạo đức: nghiên cứu được hội đồng đạo đức bệnh viện thông qua. Thông tin BN được bảo đảm giữ bí mật và chỉ sử dụng cho nghiên cứu.

- Xử lý số liệu: bằng phần mềm SPSS 22.0.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN

3.1. Đặc điểm BN nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm tuổi, giới tính (n = 181)

Tuổi	Nam	Nữ	Tổng
Từ 21-40	8	9	17 (9,4%)
Từ 41-60	39	36	75 (41,43%)
Trên 60	57	32	89 (49,17%)
Tổng	104 (57,46%)	77 (42,54%)	181 (100%)
Trung bình	59,4 \pm 10,4 tuổi		

- Tuổi: BN từ 24-96 tuổi, trung bình 59,4 \pm 10,4 tuổi. Trong đó, hay gặp nhất là BN trên 60 tuổi (9,17%). Kết quả này tương đương kết quả nghiên cứu của Sun

và cộng sự năm 2016 (tuổi BN từ 27-90 tuổi, trung bình là 61 tuổi [2]) và La Văn Phương năm 2005 (tỉ lệ BN trên 60 tuổi chiếm tỉ lệ cao nhất (40,6%) [3]).

- Giới tính: BN nam (57,46%) nhiều hơn BN nữ (42,54%). Tỉ lệ BN nam/nữ \approx 1,35/1. Tỉ lệ này có sự khác biệt so với nghiên cứu của Dương Xuân Nhung (tỉ lệ BN nam/nữ = 39/67 \approx 1/1,71), Mai Hồng Bằng (tỉ lệ BN nam/nữ \approx 1/1,3. Các tác giả trên đều thấy, nữ giới mắc bệnh nhiều hơn so với nam giới [4], [5]; nhưng tương đương kết quả nghiên cứu của Sun và cộng sự năm 2016 (nam: 51,6%, nữ: 48,4%), nghiên cứu của Hu và cộng sự năm 2020 (nam: 58,3%, nữ: 41,7%) [2], [6]. Sự khác biệt lớn về tỉ lệ giới tính nam/nữ trong các nghiên cứu có thể do sự khác biệt về khu vực địa lí, chủng tộc, đặc điểm chọn đối tượng nghiên cứu của các tác giả có sự khác nhau.

3.2. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng

- Triệu chứng lâm sàng (n = 181):

+ Đau hạ sườn phải: 167 BN (92,26%).

+ Sốt: 103 BN (56,91%).

+ Vàng da: 94 BN (51,93%).

+ Tam chứng Charcot: 48 BN (26,52%).

Triệu chứng hay gặp nhất là đau hạ sườn phải (92,26%), tiếp đến là sốt (56,91%), ít gặp nhất là triệu chứng vàng da (51,93%). Đau hạ sườn phải cũng là lí do chính khiến BN đi khám và nhập viện điều trị. Kết quả này tương đương với kết quả nghiên cứu của Mai Hồng Bằng (2012), các triệu chứng đau hạ sườn phải, sốt, vàng da lần lượt chiếm tỉ lệ là 90,4%, 67,8%, 47,9% [4].

- Triệu chứng cận lâm sàng:

Bảng 2. Kết quả một số xét nghiệm (n = 181)

Chỉ số xét nghiệm	Tăng	Bình thường
Bạch cầu	98 (54,14%)	83 (45,86%)
Bilirubin toàn phần	94 (51,93%)	87 (48,07%)
AST	110 (60,77%)	71 (39,23%)
ALT	124 (68,51%)	57 (31,49%)

Kết quả nghiên cứu thấy 54,14% BN có số lượng bạch cầu tăng; tương đương kết quả nghiên cứu của La Văn Phương năm 2005 (tỉ lệ BN có bạch cầu tăng là 50%) [3].

Xét nghiệm đánh giá chức năng gan thấy rằng, tỉ lệ BN có enzyme AST tăng trên 1,5 lần là 60,77% và enzyme ALT tăng là 68,51%. Như vậy, ở các BN sỏi mật, tình trạng ứ mật dài ngày đã dẫn tới tổn thương nhu mô gan, do đó, các enzyme gan đều tăng.

51,93% BN tăng Bilirubin toàn phần; tương đương kết quả nghiên cứu của La Văn Phương (49% BN có tăng Bilirubin toàn phần) [3].

- Số lượng sỏi (n = 178):
- + Một viên: 78 BN (43,82%).
- + Nhiều viên: 100 BN (56,18%).

Trong số 181 BN nghiên cứu có 178 ca thông nhú và chụp đường mật thành công. Kết quả chụp đường mật thấy 43,82% BN sỏi 1 viên và 56,18% BN sỏi nhiều viên. Kết quả này tương đương với một số tác giả trong và ngoài nước. Trong nghiên cứu của La Văn Phương (2005) thấy 29,6% BN sỏi 1 viên và 70,4% BN sỏi nhiều viên [3]; Sun và CS (2016) thấy tỉ lệ trên lần lượt là 34,6% và 64,5% [2]. Tuy nhiên, kết quả nghiên cứu của chúng tôi khác so với nghiên cứu của Dương Xuân Như (2019) (tỉ lệ sỏi 1 viên, nhiều viên và sỏi bùn lần lượt là 52,9%; 35,8% và 11,3%) [2]. Sự khác biệt này có thể do các nghiên cứu thực hiện ở các vùng địa lí khác nhau, và đặc điểm của các nhóm nghiên cứu có sự khác nhau.

- Kích thước sỏi (n = 178):
- + Dưới 1 cm (nhỏ): 78 BN (43,82%).
- + Từ 1-2 cm (vừa): 83 BN (46,63%).
- + Trên 2 cm (lớn): 17 BN (9,55%).

Trong số 178 BN thông nhú và chụp đường mật thành công, thấy 43,82% BN sỏi có kích thước dưới 1 cm, 46,63% BN sỏi có kích thước từ 1-2 cm và 9,55% BN sỏi có kích thước trên 2 cm; tương đương với nghiên cứu của Dương Xuân Như (tỉ lệ gặp sỏi nhỏ, vừa và lớn lần lượt là 44,3%, 42,5% và 13,2%) [5], nhưng khác so với nghiên cứu của Hu và CS năm 2020 (tỉ lệ sỏi nhỏ, vừa, lớn lần lượt là: 64,9%, 30,6% và 4,5% [6]). Sự khác biệt về tỉ lệ kích thước sỏi trong và ngoài nước có thể do điều kiện chăm sóc sức khỏe ở các nước phát triển tốt hơn ở Việt Nam, do đó, sỏi OMC được phát hiện sớm hơn.

3.3. Kết quả NSMTND lấy sỏi

- Kết quả thông nhú (n = 181):
- + Thành công: 178 BN (98,34%).
- + Thất bại: 3 BN (1,66%).

98,34% BN thông nhú thành công, 1,66% BN thông nhú thất bại; tương đương với nghiên cứu của một số tác giả, như Mai Hồng Bằng (96,4% BN thông nhú thành công) [4], Sun và cộng sự năm 2016 (93,4% BN thông nhú thành công) [2] và Peñaloza-Ramírez và cộng sự năm 2009 (97,7% trường hợp thông nhú thành công) [7].

Trong nghiên cứu này, có 3 BN thông nhú thất bại. Các trường hợp này đều tiếp cận nhú không thuận lợi, trong đó, 2 BN có túi thừa quanh nhú, 1 BN có sẹo loét tá tràng co kéo làm biến đổi giải phẫu (co kéo nhú Vater và thay đổi hướng đi của đường mật). Cả 3 BN thông nhú thất bại đều được theo dõi sát các tai biến của thủ thuật, đặc biệt là viêm tụy cấp (biến chứng do tác động của dao cung và catheter vào nhú dễ dẫn đến phù nề gây viêm tụy cấp). Qua theo dõi về lâm sàng và xét nghiệm, thấy cả 3 trường hợp trên không xảy ra tai biến, biến chứng, nên chuyển ngoại khoa điều trị bằng phẫu thuật lấy sỏi. Sở dĩ, chúng tôi không thực hiện lại kĩ thuật NSMTND lấy sỏi do cả 3 trường hợp tiếp cận nhú đều khó, khả năng thất bại cao kèm theo các nguy cơ tai biến trong quá trình làm thủ thuật.

- Phương pháp cắt cơ vòng (n = 178):
- + Bằng dao cung: 158 BN (88,76%).
- + Bằng dao kim: 5 BN (2,81%).
- + Nong bóng: 15 BN (8,43%).
- + Cắt kết hợp nong: 71 BN (39,89%).

88,76% BN cắt cơ vòng bằng dao cung; 2,81% BN cắt trước bằng dao kim và 39,89% cắt cơ vòng kết hợp nong bóng. Kết quả này tương đương nghiên cứu của La Văn Phương (2005), 93,7% BN thực hiện cắt cơ vòng bằng dao cung và 6,3% cắt trước bằng dao kim [3]. Hầu hết các tác giả trong và ngoài nước đều cố gắng thông nhú với Guidewires dẫn đường, sau đó thực hiện kĩ thuật cắt chuẩn bằng dao cung. Kĩ thuật cắt trước bằng dao kim (precut) là 1 kĩ thuật khó, đòi hỏi kĩ thuật cao, đồng thời cũng rất dễ xảy ra tai biến, đặc biệt là thủng tá tràng. Trong nghiên cứu này, chúng tôi chỉ thực hiện cắt trước ở 5 BN có sỏi ở đoạn thấp ống mật chủ và có đường mật đoạn trong tá tràng dài. Về kĩ thuật, chúng tôi chỉ cắt trước tối thiểu để đưa Guidewires lên đường mật sau đó chuyển dao cung để cắt tiếp.

- Kết quả lấy sỏi (n = 178):
- + Lần 1: 136 BN (76,41%).
- + Lần 2: 30 BN (16,85%).
- + Lần 3: 8 BN (4,49%).
- + Không hết sỏi: 4 BN (2,25%).

Trong số 178 ca thông nhú và chụp đường mật thành công thì có 97,75% BN lấy hết sỏi (trong đó, 76,41% BN lấy hết sỏi lần 1, 16,85% BN lấy hết sỏi lần 2 và 4,49% lấy hết sỏi lần 3). Kết quả nghiên cứu của La Văn Phương (2005) thấy tỉ lệ BN lấy sỏi thành công lần 1 là 89%; Mai Hồng Bằng (2012) thấy tỉ lệ BN lấy hết sỏi lần 1 là 89,8% [3], [4]; Peñaloza-Ramírez và cộng sự (2009) thấy tỉ lệ lấy hết sỏi trong 2 lần can thiệp là 87,9%, trong đó,

lấy hết sỏi trong lần đầu can thiệp là 79,6% [7]. 4 BN (2,25%) không lấy hết sỏi, trong đó có 2 ca tai biến thủng tá tràng, 2 ca dị dạng đường mật lấy sỏi thất bại. Các trường hợp này đều đặt stent thành công và chuyển phẫu thuật lấy sỏi.

- Dụng cụ lấy sỏi (n = 178):

+ Rọ: 45 BN (25,28%).

+ Bóng: 92 BN (51,69%).

+ Rọ + bóng: 41 BN (23,03%).

51,69% BN được lấy sỏi bằng bóng, 25,28% lấy sỏi bằng rọ và 23,03% BN lấy sỏi bằng rọ kết hợp bóng. Dụng cụ lấy sỏi chúng tôi sử dụng có sự khác biệt so với nghiên cứu của Dương Xuân Nhưong (83% BN lấy sỏi bằng rọ, 8,5% BN lấy sỏi bằng bóng và 8,5% BN lấy sỏi bằng rọ kết hợp bóng) [5].

- Tỷ lệ tán sỏi (n = 178):

+ Tán sỏi: 11 BN (6,18%).

+ Không tán: 167 BN (93,82%).

Trong số 178 ca thông nhú thành công thì có 6,18% trường hợp thực hiện tán sỏi cơ học bằng rọ, 93,82% trường hợp không tán sỏi. Kết quả này tương đương nghiên cứu của Dương Xuân Nhưong (tỷ lệ tán sỏi cơ học là 4,7%) [5], nhưng thấp hơn nghiên cứu của Sun và CS (tỷ lệ tán sỏi là 13,8%) [2]. Với những trường hợp sỏi kích thước lớn, không thể cắt và nong rộng được cơ vòng, chúng tôi tiến hành tán sỏi chủ động sau đó lấy sỏi và bơm rửa đường mật.

- Thời gian can thiệp (n = 178):

+ Dưới 30 phút: 44 BN (24,72%).

+ Từ 30-60 phút: 98 BN (55,06%).

+ Trên 60 phút: 36 BN (20,22%).

Thời gian lấy sỏi từ 20-115 phút, trung bình 55 phút. Trong đó, đa số BN có thời gian can thiệp từ 30-60 phút (55,06%). Kết quả này tương đương nghiên cứu của La Văn Phương (thời gian lấy sỏi từ 20-120 phút, trung bình 62 phút) [3].

- Tỷ lệ tai biến (n = 178):

+ Thủng tá tràng: 2 BN (1,12%).

+ Viêm tụy cấp: 8 BN (4,49%).

+ Chảy máu: 3 BN (1,69%).

Tai biến gặp trong qua trình thực hiện kỹ thuật: 1,12% BN thủng tá tràng, 4,49% BN viêm tụy cấp và 1,69% BN chảy máu. Tỷ lệ tai biến chung của chúng tôi là 7,3%. Kết quả này tương đương với nghiên cứu của Mai Hồng Bằng (tỷ lệ biến chứng chung là 6,04%; trong đó, viêm tụy cấp 4,02%, xuất huyết tiêu hóa 1,34%, thủng tá tràng 0,34%, chảy máu kết hợp thủng 0,34%) [4]; Peñaloza-Ramírez

và cộng sự năm 2009 (tỷ lệ tai biến chung là 7,6%) [7]. Tất cả những trường hợp gặp tai biến đều là những ca thông nhú thành công và thực hiện các can thiệp lấy sỏi. 3 trường hợp thông nhú thất bại được theo dõi sau can thiệp nhưng không gặp biến chứng nào.

4. KẾT LUẬN

Nghiên cứu 181 BN sỏi OMC, điều trị lấy sỏi bằng kỹ thuật NSMTND tại Bệnh viện Quân y 110, từ tháng 01/2016 đến tháng 12/2022, kết luận:

- BN có tuổi trung bình là $59,4 \pm 10,4$ tuổi, trong đó, hay gặp nhất là BN trên 60 tuổi (49,17%). Tỷ lệ BN nam/nữ $\approx 1,35/1$.

- Chủ yếu BN có sỏi OMC nhiều viên (56,18%), kích thước sỏi từ 1-2 cm (46,96%).

- Kết quả điều trị: 98,34% BN thông nhú thành công. Trong số BN thông nhú thành công có 97,75% BN lấy sỏi thành công.

- Tỷ lệ tai biến chung là 7,3%; trong đó, 1,12% thủng tá tràng, 4,49% viêm tụy cấp và 1,69% chảy máu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Lê Quang Quốc Ánh (2003), *Nội soi mật tụy*, Nhà xuất bản Y học.
2. Sun Z, Bo W, et al (2016), "Different Types of Periapillary Duodenal Diverticula Are Associated with Occurrence and Recurrence of Bile Duct Stones: A Case-Control Study from a Chinese Center", *Gastroenterol Res Pract*, 2016, 9381759.
3. La Văn Phương (2005), *Nghiên cứu giá trị NSMTND trong chẩn đoán và điều trị sỏi ống mật chủ tại Bệnh viện đa khoa Cần thơ*, Luận văn bác sĩ chuyên khoa 2, Học viện Quân y.
4. Mai Hồng Bằng (2012), "Nghiên cứu NSMTND trong chẩn đoán và điều trị sỏi, giun ống mật chủ tại Bệnh viện Trung ương Quân đội", *Tạp chí Y dược học Quân sự*, 37 (4): 65-70.
5. Dương Xuân Nhưong (2019), *Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị sỏi ống mật chủ ở người cao tuổi bằng NSMTND*, Luận án tiến sĩ, Học viện Quân y.
6. Hu Y, Kou D.Q, Guo S.B (2020), "The influence of periapillary diverticula on ERCP for treatment of common bile duct stones", *Sci Rep*, 10 (1): 11477.
7. Peñaloza-Ramírez A, Leal-Buitrago C, Rodríguez-Hernández A (2009), "Adverse events of ERCP at San José Hospital of Bogotá (Colombia)", *Rev Esp Enferm Dig*, 101 (12): 837-49. □