

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ VÀ ĐỘ AN TOÀN CỦA KỸ THUẬT LẤY SỎI MẬT QUA DA Ở BỆNH NHÂN TẮC MẬT DO SỎI

Trần Anh Tuấn¹, Ngô Quang Định¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu tính hiệu quả và độ an toàn của kỹ thuật lấy sỏi mật qua da dưới DSA. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu trên 43 bệnh nhân tắc mật do sỏi, lấy sỏi qua da bằng kẹp bóp vỡ sỏi rồi lấy ra qua ống thông mở đường mật hoặc dùng bóng nong đẩy xuống tá tràng. **Kết quả:** Tỷ lệ thành công về mặt kỹ thuật với tiêu chí tái lưu thông mật ruột 97%, về mặt lấy được hết sỏi là 81,4%, các biến chứng lớn không có, chỉ gặp 4,6% có chảy máu, 6,9% nhiễm khuẩn nhẹ đường mật và 4,6% đau trong can thiệp. 93% số bệnh nhân chỉ cần làm một lần là đạt được hiệu quả. **Kết luận:** Kỹ thuật lấy sỏi mật qua da dưới DSA là kỹ thuật an toàn, với tỷ lệ thành công tái thông được đường mật cao.

SUMMARY

ASSESSMENT OF RESULTS AND SAFETY OF BILIARY STONE REMOVE TECHNIQUES IN PATIENTS WITH BILIARY OBSTRUCTION BY STONES

Objective: To study the effectiveness and safety of the biliary stone removal (BSR) through the percutaneous transhepatic biliary drainage (PTBD) technique under fluoroscopic guidance (DSA). **Materials and Methods:** The study on 43 patients with biliary obstruction by biliary stones, remove stones through the skin by percutaneous transhepatic catch and broken the stone and then removing it through a catheter or using a balloon sphincteroplasty flushing technique, a pushing technique after sphincteroplasty. **Results:** The technical success rate of gastrointestinal biliary recirculation was 97%, in terms of removing all stones was 81.4%, in no case of major complications, only 4.6% have bleeding, 6.9% had mild biliary tract infections and 4.6% pain in the intervention. 93% of patients only need to do it once to get the effect. **Conclusion:** The BSR through the percutaneous transhepatic under fluoroscopic guidance technique is a safe technique, with a high success rate of recirculating bile ducts - gastrointestinal.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sỏi mật có tỷ lệ mắc ở Việt Nam thuộc nhóm bệnh rất phổ biến, khoảng 6-7% dân số > 50 tuổi⁽¹⁾. Điều trị tắc mật do sỏi được áp dụng bao gồm phẫu thuật mở có hay không kết hợp tán sỏi trong mổ, phẫu thuật nội soi lấy sỏi mật,

nong và tán sỏi qua đường hầm bằng điện thủy lực, can thiệp lấy sỏi mật ngược dòng qua nội soi tiêu hóa mật tụy ngược dòng (ERCP) và gần đây hơn là kỹ thuật lấy sỏi mật qua da. Kỹ thuật lấy sỏi mật qua da được nghiên cứu và áp dụng ở nhiều trung tâm can thiệp trên thế giới ở các nước phát triển với nhiều ưu điểm^(2,3)

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Địa điểm nghiên cứu: Trung tâm điện quang – BV Bạch Mai từ 8/2014 – 8/2019.

2.2 Đối tượng nghiên cứu:

- Sỏi mật trong và ngoài gan gây biến chứng tắc mật, gây đau, sốt, vàng da
- Sỏi mật tồn dư hoặc tái phát sau mổ, sau can thiệp lấy sỏi qua nội soi (ERCP)
- Bệnh nhân được giải thích và đồng ý tiến hành can thiệp lấy sỏi qua da.

2.3. Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu thử nghiệm lâm sàng hồi và tiến cứu,

2.4 Phương tiện nghiên cứu

- Máy chụp mạch số hóa xóa nền (DSA Philips Allura), Máy siêu âm 2D
- Bộ dụng cụ dẫn lưu mật qua da dưới DSA Neft access (Cook), kim chọc đường mật qua da Micro puncture (Cook). Sonde dẫn lưu mật qua da Pigten 8.5 F (Cook); Kim chọc đường mật 16G và 22G, dây dẫn (Guidewire) 0.35" Terumo, Amplatz với chiều dài 1,95; 2,6m; dây dẫn (catheter) 5F đầu thẳng. Bộ nong để nong đường vào đường mật từ 5F tới 9F.
- Vật liệu lấy sỏi: Giỏ lấy sỏi qua da - Basket 8F; 12F (Cook); bóng nong để đẩy và thực sỏi xuống ruột là bóng PTA 30x8; 30x10; 30x12 mm (Cook)

Quy trình kỹ thuật

Thì 1: Đặt dẫn lưu mật qua da, giải phòng tắc mật, tạo đường hầm đường mật qua da thành bụng.

Thì 2: Tiến hành sau 3-5 ngày, bệnh nhân được chụp lại đường mật, được nong và đặt một ống thông cỡ lớn hơn 8F và 12F vào đường mật và dùng kẹp cỡ 8F, 12F để bóp vỡ sỏi, lấy sỏi mật qua da, một số trường hợp nhiều sỏi đường mật dùng kẹp 8F bóp vỡ sỏi lớn thành các sỏi nhỏ kích thước 5-10 mm, sau đó dùng bóng nong mạch ngoại vi cỡ 10-12 mm đường kính, chiều dài 30-40 mm đi qua ống thông 8F vào ống mật chủ xuống DII tá tràng, nong rộng cơ thắt Oddi sau đó thực và đẩy sỏi đã được bóp vỡ xuống tá

¹Trung tâm điện quang, Bệnh viện Bạch Mai

Chịu trách nhiệm chính: Trần Anh Tuấn

Email: bs.trananhtuan@yahoo.com.vn

Ngày nhận bài: 16.11.2020

Ngày phản biện khoa học: 28.12.2020

Ngày duyệt bài: 4.1.2021

tràng, chụp kiểm tra.

+ Lưu ống thông 8.5F qua da theo dõi các biến chứng sau can thiệp.

+ Siêu âm kiểm tra sau 2-3 ngày can thiệp, kẹp ống thông trong trước khi siêu âm

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1 Đặc điểm chung

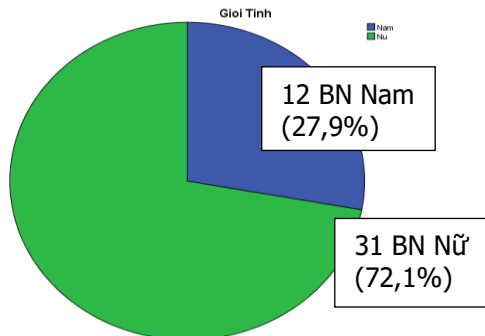
3.1.1 Tuổi

Bảng 3.1. Phân bố bệnh nhân theo tuổi

Tuổi	Số bệnh nhân (n = 43)	Tỷ lệ (%)
< 20	2	4,7
Từ 20 đến < 30	3	7
Từ 30 đến < 40	5	11,6
Từ 40 đến < 50	8	18,6
Từ 50 đến < 60	10	23,3
Từ 60 đến < 70	8	18,6
Từ 70 đến < 80	4	9,3
≥ 80	3	7
Tổng	43	100

Nhận xét: Tuổi trung bình là 51,9 ± 16,9. tuổi cao nhất là 90, tuổi thấp nhất là 17. Tỷ lệ bệnh nhân mắc bệnh trong độ tuổi dưới 60 và trên 60 không có sự khác biệt (p > 0,05).

3.1.2. Giới



Biểu đồ 3.1: Phân bố theo giới

Nhận xét: Bệnh nhân nữ là 31/43 (72,1 %). Tỷ lệ nữ/nam là 2,5/1. (p < 0,05).

3.1.3. Tiền sử điều trị sỏi mật:

Bảng 3.2. Tiền sử điều trị sỏi mật

Số lần mổ sỏi mật	Số bệnh nhân (n = 43)	Tỷ lệ (%)
Chưa mổ lần nào	19	44,2
1 lần	16	37,2
Nhiều lần	8	18,6
Tổng số	43	100

Nhận xét: Bệnh nhân chưa mổ sỏi mật lần nào chiếm tỷ lệ (44,2 %), Tiếp theo là bệnh nhân đã mổ sỏi mật một lần (37,2 %).

3.2. Đặc điểm lâm sàng

Bảng 3.3. Một số triệu chứng cơ năng

Triệu chứng		Số bệnh nhân (n = 43)	Tỷ lệ (%)
		43	100
1. Đau bụng - Vị trí đau	Hạ sườn phải	25	58,1
	Thượng vị	10	23,2
	Hạ sườn phải và thượng vị	8	18,87
2. Sốt	Không sốt	10	23,2
	Nhiệt độ > 37 ^o - 38 ^o	18	41,8
	Nhiệt độ > 38 ^o - 39 ^o	11	25,5
	Nhiệt độ > 39 ^o	4	9,3
3. Vàng da, vàng mắt	Có	24	55,8
	Không	19	44,2

Nhận xét: Bệnh nhân bị đau bụng chiếm tỷ lệ 100%, trong đó đau hạ sườn phải chiếm tỷ lệ cao (58%). Đa số bệnh nhân có sốt (76,8 %).

3.3. Kết quả về thăm khám hình ảnh

3.3.1 Vị trí – số lượng – kích thước sỏi (Siêu âm, CHT, DSA)

Bảng 3.4. Siêu âm vị trí sỏi trước can thiệp

Vị trí sỏi	Số lượng	Phần trăm
Sỏi trong gan	17	39,5
Sỏi mật ngoài gan	8	18,6
Sỏi trong và ngoài gan	18	41,9
Tổng	43	100

Nhận xét: Có thể thấy trong nghiên cứu gặp tỷ lệ bệnh nhân can thiệp với sỏi mật trong gan chiếm tỷ lệ cao >80% (39,5+41,9).

Bảng 3.5. Siêu âm số lượng sỏi trước can thiệp (ít sỏi khi có 1-2 sỏi, nhiều sỏi khi có từ 3 viên trở lên, hoặc sỏi đúc khuôn)

Số lượng sỏi	Số bệnh nhân (n = 43)	Tỷ lệ (%)
Ít sỏi	10	23,3
Nhiều sỏi	33	76,7
Tổng số	43	100

Nhận xét: Số lượng bệnh nhân có nhiều sỏi có tỷ lệ cao (76,7%).

Bảng 3.6. Siêu âm kích thước sỏi trước can thiệp

Kích thước sỏi	Số bệnh nhân (n = 43)	Tỷ lệ (%)
Sỏi nhỏ (< 10 mm)	9	20,9
Sỏi vừa (10 – 30 mm)	24	55,8
Sỏi to (≥ 30 mm)	10	23,3
Tổng số	43	100

Nhận xét: Sỏi nhỏ, vừa có 33 BN tương đương 76,7%.

3.4. Đánh giá kết quả điều trị sỏi mật qua da dưới DSA

3.4.1 Thành công về mặt lâm sàng đạt

được tiêu chí là tái lưu thông tắc mật – ruột, hết tắc mật, đường mật xẹp sau can thiệp:

Bảng 3.7. Tỷ lệ thành công tái lưu thông mật ruột ngay sau can thiệp

	Số lượng (N)	Phần trăm (%)
Thành công	42	97%
Không thành công	1	3%
Tổng	43	100%

Nhận xét: Có một trường hợp thất bại, đây là trường hợp không thể tái lưu thông mật ruột được do kích thước sỏi quá lớn, mật độ sỏi cứng nên không thể di chuyển và phá vỡ sỏi

3.4.2 Tỷ lệ thành công về mặt kỹ thuật can thiệp, đạt tiêu chí là sạch sỏi và tái lưu thông mật ruột sau can thiệp.

Bảng 3.8. Tỷ lệ thành công về kỹ thuật tái lưu thông mật ruột và lấy hết sỏi sau can thiệp.

Vị trí	Kết quả	Số lượng (n)	Phần trăm (%)
Sỏi trong gan	Thành công	16	69,5
	Không thành công	7	30,4
Sỏi ngoài gan (OMC)	Thành công	8	100
	Không thành công	0	0
Trong và ngoài gan	Thành công	11	91,6
	Không thành công	1	8,3
Số lượng (n) : 43			
Chung	Thành công	35	81,4
	Không thành công	8	18,6
Tổng		43	100%

Nhận xét: Sỏi OMC có thể tái lưu thông và sạch sỏi được 100% các trường hợp. Trong khi sỏi mật trong gan đơn thuần thì chỉ 69,5% có thể sạch sỏi sau can thiệp, tỷ lệ này trong nhóm kết hợp cả sỏi mật trong gan và ngoài gan đạt 91,6%.

3.4.3 Tai biến kỹ thuật

Bảng 3.9 Tai biến thủ thuật trong và sau khi làm can thiệp

Tai biến	Số bệnh nhân (n = 43)	Tỷ lệ (%)
Không có tai biến gì	36	83,7
Chảy máu	2	4,6
Nhiễm khuẩn nhẹ viêm đường mật sau điều trị	3	6,9
Rách thủng đường mật, ống mật chủ	0	0

Đau trong khi can thiệp	2	4,6
Tổng số	43	100

Nhận xét: Không ghi nhận những tai biến nặng như sốc nhiễm khuẩn, giả phình mạch viêm phúc mạc, tụ dịch mật dưới bao gan (Billoma), tụ máu dưới bao gan, giả phình mạch, viêm phúc mạc, viêm tụy cấp hay tử vong.

3.4.4 Số lần thực hiện can thiệp

Thời gian nằm viện trung bình $8,63 \pm 2,54$ ngày với số lần can thiệp:

Bảng 3.10. Số lần thực hiện can thiệp

Số lần	Tần số (N)	
1	40	93
2	3	Phần trăm (%)
>2	0	0
Tổng	43	100

Nhận xét: Phần lớn chỉ cần can thiệp một lần điều trị lấy sỏi, có 3 trường hợp phải tiến hành lần can thiệp thứ 2 do còn sót sỏi gây tắc mật sau thời gian theo dõi ngắn hạn.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Phân bố bệnh theo tuổi, giới. Kết quả cho thấy bệnh nhân có tuổi trung bình là $51,9 \pm 16,9$, nhỏ nhất là 18, tuổi lớn nhất là 90. Lứa tuổi gặp nhiều là trong độ tuổi lao động (≤ 60), chiếm tỷ lệ 54,72%.

Nữ 72,1%, nam 27,9%, Tỷ lệ nữ/nam là 2,5/1. Kết quả tỷ lệ nữ cao này tương tự như kết quả của một số tác giả trong nước^(1,4)

4.2. Tiền sử mổ sỏi mật. Theo bảng 3.2, số bệnh nhân chưa mổ mật lần nào chiếm tỷ lệ cao (44,2%), bệnh nhân đã mổ mật một lần (37,2%). Bệnh nhân đã mổ mật từ hai lần trở lên là (18,6%).

4.3. Đặc điểm lâm sàng

4.3.1 Triệu chứng cơ năng

- Bệnh nhân có biểu hiện đau bụng là 100 %, vị trí đau gặp nhiều nhất ở hạ sườn phải (58,1%), đau hạ sườn phải kết hợp với đau thượng vị (18,87 %), cuối cùng là đau vùng thượng vị (23,2 %).

- Bệnh nhân có sốt khi vào viện là 76,7 %. Trong đó sốt cao có 4 trường hợp 7,54 %.

- Triệu chứng vàng da: da và niêm mạc vàng thường xuất hiện muộn hơn đau và sốt, vàng da có thể rõ ràng hay kín đáo. Số bệnh nhân có triệu chứng vàng da trong nghiên cứu là 55,8%,

4.3.2 Triệu chứng thực thể

- Nghiên cứu chúng tôi cho thấy phản ứng hạ sườn phải thường gặp (54,72%). Nhiều tác giả trong nước cũng cho rằng đau và phản ứng hạ sườn phải là triệu chứng hay gặp (Nguyễn Đình Hồi - 2005)⁽¹⁾

- Túi mật to có 17 bệnh nhân. Những trường hợp này đều do sỏi làm tắc OMC gây vàng da, vàng mắt. Xét nghiệm có bilirubin trực tiếp tăng cao hơn 20 $\mu\text{mol/l}$.

- Số bệnh nhân có Bilirubin trực tiếp tăng chiếm tỷ lệ cao 79,25% (bảng 3.9). Phù hợp với tình trạng bệnh nhân có biểu hiện vàng da, vàng mắt (58,49%).

- Hai thành phần men gan SGOT và SGPT có tăng nhưng men SGOT tăng thường gặp hơn 71,70%. Tình trạng men gan tăng biểu hiện có tổn thương tế bào gan, làm suy chức năng gan mà nguyên nhân là tắc mật do sỏi chưa được điều trị kịp thời.

4.4. Thăm khám hình ảnh trước can thiệp

4.4.1. Vị trí sỏi trước mổ. Tất cả 43 bệnh nhân siêu âm trước mổ đều có hình ảnh sỏi đường mật. Đa số trường hợp có sỏi ngoài gan kết hợp với sỏi trong gan (46,5%), chỉ có 8 trường hợp (18,6%) siêu âm trước mổ thấy có sỏi ngoài gan đơn thuần.

Nhiều tác giả trong và ngoài nước đều khẳng định siêu âm có giá trị trong chẩn đoán sỏi đường mật với độ nhạy từ 95,7% đến 97,3% và độ đặc hiệu từ 97,1% đến 98,5%, tùy theo vị trí của sỏi^(1,4)

4.4.2. Số lượng và kích thước sỏi trước can thiệp. Siêu âm trước can thiệp ghi nhận tỷ lệ bệnh nhân có nhiều sỏi chiếm tỷ lệ cao 76,7%, số lượng bệnh nhân có ít sỏi (có 1-2 viên sỏi) chiếm tỷ lệ 23,3%.

Sỏi nhỏ (< 10mm) có tỷ lệ 20,9%, sỏi 10 - 30 mm là 55,8%, sỏi kích thước \geq 30mm là 23,3%.

4.4.3. Đặc điểm về số lượng sỏi trên phim chụp DSA cây đường mật. Kết quả chụp cản quang cây đường mật dưới màn hình DSA cho thấy tỷ lệ ít sỏi mật chiếm 25,6%, nhiều sỏi mật 74,4%, chỉ số kiểm định đánh giá mức độ đồng thuận giữa hai kỹ thuật chẩn đoán về mức độ nhiều hay ít sỏi giữa CLVT/CHT và chụp cản quang cây đường mật là chỉ số K=7,34 (mức độ đồng thuận cao), chỉ số này cao hơn khi mang so sánh giữa siêu âm và CLVT/CHT khi chỉ số K chỉ bằng 0,54.

4.5 Bàn luận về đánh giá kết quả điều trị sỏi mật qua da dưới DSA. Thành công về mặt kỹ thuật là bệnh nhân được điều trị bằng can thiệp qua da lấy hết sỏi ra ngoài hoặc sỏi được đẩy toàn bộ xuống ruột qua nóng cơ Oddi tá tràng bằng bóng nóng, thường sử dụng bóng PTA. Còn thành công về mặt lâm sàng được đánh giá là sau can thiệp chụp kiểm tra cây đường mật đã thấy dịch mật được lưu thông toàn bộ xuống ruột, không còn ứ đọng và giãn

đường mật trong khi can thiệp, cho dù còn sót một vài viên sỏi, hoặc còn phần chít hẹp nhẹ nhưng sẽ được cải thiện điều trị bằng thuốc và điều trị nội khoa kèm theo^(6,7).

4.5.1. Tỷ lệ thành công của kỹ thuật can thiệp về lâm sàng. Trong nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận số bệnh nhân có thể tái lưu thông mật ruột – thành công về lâm sàng có tỷ lệ cao 97%. Có một trường hợp thất bại trong việc tái lưu thông mật ruột, do kích thước sỏi quá lớn, mật độ cứng kỹ thuật thông lộng không thành công.

Trong một số nghiên cứu của các tác giả nước ngoài, tỷ lệ thành công về lâm sàng, có lưu thông mật ruột và cải thiện triệu chứng, bệnh nhân ra viện không còn đau sốt, theo Shin J et al, nghiên cứu về kỹ thuật can thiệp lấy sỏi mật qua da dưới DSA trên 695 bệnh nhân sỏi mật thì tỷ lệ thành công về lâm sàng là 99,2%, như vậy kết quả của chúng tôi cũng cho thấy sự phù hợp về tỷ lệ thành công về tái thông mật ruột⁽⁸⁾

Tác giả châu Âu Ozcan và cộng sự khi nghiên cứu kỹ thuật can thiệp điều trị sỏi mật qua da tổng kết trên 216 bệnh nhân đã báo cáo kết quả thành công về mặt lâm sàng, tái lưu thông mật ruột với tỷ lệ 95,7%⁽²⁾

4.5.2 Tỷ lệ thành công về kỹ thuật. Theo bảng 3.8 chúng tôi thực hiện kỹ thuật can thiệp với tỷ lệ thành công chung là 81,4%, thất bại không lấy hết sỏi hay là tỷ lệ còn sót sỏi là 8 trường hợp tương đương 18,6%, trong khi tỷ lệ thành công về mặt kỹ thuật – lấy được hết sỏi trong nhóm bệnh nhân chỉ có sỏi ống mật chủ là cao với 91,6%, chỉ thất bại và có sót sỏi 1 trường hợp, tỷ lệ thành công về kỹ thuật đối với trường hợp sỏi trong gan đơn thuần là thấp với 69,5%, chúng tôi còn sót và không lấy được hết sỏi ở 8 trường hợp thì 7 trường hợp là sỏi mật trong gan, do tính chất viêm xơ và chít hẹp đường mật, cùng với sỏi đúc khuôn găm chặt vào thành đường mật nên gây nhiều khó khăn cho việc di dời sỏi.

Các tác giả nước ngoài với cùng kỹ thuật thực hiện điều trị sỏi mật qua da như theo Shin J et al (2014) nghiên cứu về kỹ thuật can thiệp lấy sỏi mật qua da dưới DSA trên 695 bệnh nhân sỏi mật thì tỷ lệ thành công về kỹ thuật là 91,1 % sót sỏi chung chỉ 8,9%⁽³⁾

4.5.3. Kết quả sớm sau can thiệp thủ thuật. Thành công khi bệnh nhân cải thiện các triệu chứng cơ năng, thực thể và sớm xác định hết tắc mật, toàn trạng bệnh nhân được cải thiện và có thể xuất viện. Trong bảng 3.17 thì tỷ lệ kết quả sớm của kỹ thuật trong nghiên cứu

của chúng tôi là tốt: 88,4%, trung bình: 11,6%, xấu : 0%. Có 5 trường hợp có kết quả trung bình là những trường hợp còn sỏi sỏi và hoặc bệnh nhân còn biểu hiện giãn nhẹ đường mật nhưng không đau tức, được ra viện và theo dõi tiếp.

Theo các tác giả nước ngoài tỷ lệ thành công của phẫu thuật và phẫu thuật nội soi điều trị sỏi mật từ 86-95%, kỹ thuật phẫu thuật được coi là lạc hậu và hiện nay ít được sử dụng do phẫu thuật đơn thuần không hoặc rất khó để điều trị sỏi mật trong gan, thời gian nằm viện kéo dài, tỷ lệ tai biến kỹ thuật cao⁽⁴⁾. Gần đây hơn kỹ thuật nội soi ngược dòng để rạch và nong cơ thắt Oddi để điều trị sỏi ống mật chủ được ưu tiên lựa chọn và áp dụng, tuy nhiên tỷ lệ này cũng được báo cáo mức độ thành công đạt 76-95%, cũng không thể điều trị sỏi mật sâu trong gan, không thể thực hiện ở bệnh nhân đã nổi mật ruột, bệnh nhân có chống chỉ định nội soi⁽⁴⁾

Như vậy so với các tác giả trong nước và ngoài nước khi thực hiện các kỹ thuật can thiệp khác như phẫu thuật và nội soi ngược dòng điều trị sỏi mật chúng tôi có kết quả điều trị thành công sớm cao bằng hoặc hơn,

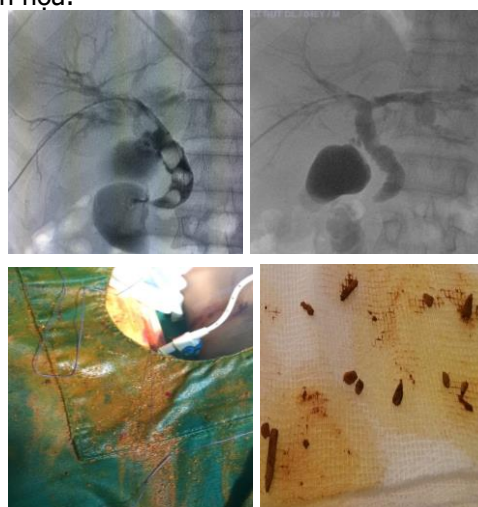
4.5.4 Tai biến kỹ thuật. Không có tai biến thủ thuật nào trong và sau can thiệp là 83,7%, tổng tỷ lệ có các tai biến nhẹ chiếm 16,3 %. Không có một bệnh nhân nào gặp phải các tai biến nặng như thủng đường mật, tụ máu dưới bao, viêm phúc mạc mật, chảy máu nặng, giả phình mạch, và sốc nhiễm khuẩn. Những tai biến nhỏ của kỹ thuật bao gồm 02 trường hợp chảy máu nhẹ trong khi can thiệp lấy sỏi và nong bóng, trường hợp này ổn định sớm và dừng chảy máu ngay trong lúc can thiệp khi bơm rửa đường mật, các trường hợp có biến chứng nhẹ sốt và nhiễm khuẩn đường mật sau can thiệp được bổ sung thuốc kháng sinh truyền tĩnh mạch toàn thân và theo dõi sau can thiệp 48-72h thì cắt sốt và hết hội chứng nhiễm trùng, có một tỷ lệ nhỏ bệnh nhân có biểu hiện đau trong khi can thiệp cần được dùng thêm thuốc giảm đau và tiền mê bằng tiêm và tuyền tĩnh mạch, sử dụng khoảng 10 ml hỗn dịch Lidocain 2% bơm qua ống thông vào lòng đường mật. Theo Phạm Văn Anh biến chứng sau mổ 14/83 (16,9%), phổ biến nhất là nhiễm trùng vết mổ 9/14 (62,29%)⁽⁴⁾.

Tác giả châu Âu Ozcan và cộng sự khi nghiên cứu kỹ thuật can thiệp điều trị sỏi mật qua da tổng kết trên 216 bệnh nhân tỷ lệ tai biến kỹ thuật khoảng 6,8% nhưng bao gồm cả những trường hợp có tai biến nặng như 1 ca thủng ống mật chủ, 1 ca thủng tá tràng, ngoài ra là những tai biến viêm đường mật, áp xe gan⁽²⁾

4.5.5 Thời gian nằm viện và thời gian điều trị. Thời gian nằm viện trung bình là 8,63 ± 2,54 ngày. So với các nhà phẫu thuật chúng tôi chỉ mất một lần đặt dẫn lưu sau thời gian từ 3-5 ngày để ổn định đường hầm đặt dẫn lưu và tiến hành nong điều trị lấy sỏi thì 2.

V. KẾT LUẬN

Kỹ thuật lấy sỏi mật qua da dưới DSA là kỹ thuật mới nhưng đầy hứa hẹn với tỷ lệ tai biến thấp (16,3%, chủ yếu tai biến nhẹ như chảy máu, nhiễm trùng, đau...), thành công về mặt kỹ thuật tái thông đường mật loại bỏ sỏi đạt tỷ lệ cao (97%), thời gian nằm viện thấp (8.6 ngày).
Minh họa:



BN Hà Văn Ng 56T Nam Nhiều sỏi OMC

A: Hình ảnh chụp cộng hưởng từ MRCP cây đường mật, sỏi ống mật chủ giảm tín hiệu

B: Chụp đường mật qua da xác định nhiều sỏi ống mật chủ C: Sau khi lấy hết sỏi và đẩy sỏi xuống ruột; D;E: Hình ảnh sỏi được phá vụn lấy ra ngoài

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- 1. Nguyễn Đình Hải và cộng sự (2005).** Nghiên cứu ứng dụng tiến bộ khoa học công nghệ trong chẩn đoán và điều trị sớm bệnh sỏi mật. Đại học Y dược thành phố Hồ Chí Minh, Bộ khoa học công nghệ. Ozcan N., Kahrman G., và Mavili E. (2012). Percutaneous transhepatic removal of bile duct stones: results of 261 patients. Cardiovascular Intervent Radiol, **35(3)**, 621-627.
- 2. Ozcan N., Kahrman G., và Mavili E. (2012).** Percutaneous Transhepatic Removal of Bile Duct Stones: Results of 261 Patients. Cardiovascular and Interventional Radiology, **35(3)**, 621-627. Ilgit E.T., Gürel K., và Onal B. (2002). Percutaneous management of bile duct stones. Eur J Radiol, **43(3)**, 237-245.
- 3. J. Shin, H. Shim et al.** A single center study of biliary stone removal through the percutaneous

- transhepatic biliary drainage route: results of 695 patients - Journal of Vascular and Interventional Radiology. <[https://www.jvir.org/article/S10510443\(13\)01903-9/abstract](https://www.jvir.org/article/S10510443(13)01903-9/abstract)>, accessed: 02/07/ 2018.
4. **Phạm Văn Anh (2014)**, Nghiên cứu Đánh giá kết quả phẫu thuật cắt sỏi điện thủy lực điều trị sỏi đường mật trong gan có chít hẹp đường mật. Tại BV Việt Đức - LV tốt nghiệp Thạc Sĩ. .
 5. **Riciardi R, Islam S, Canete JJ et al (2003)** Effectiveness and long-term results of laparoscopic common bile duct exploration. Surg Endosc 17:19–22.
 6. **Schirmer BD, Winters KL, Edlich RF (2005)** Cholelithiasis and cholecystitis. J Long Term Eff Med Implants 15:329–338. .
 7. **Kim H.C., Park S.H., Shin H.C., Park S.J., Kim H.H., et al (2004)**, “Three- dimensional reconstructed images using multidetector computed tomography in evaluation of the biliary tract: an illusive review”, Abdom Imaging, 29, pp. 472- 478.
 8. **Shin J., Shim H., và Yoon H. (2014)**. A single center study of biliary stone removal through the percutaneous transhepatic biliary drainage route: results of 695 patients. Journal of Vascular and Interventional Radiology, **25(3)**, S50.
 9. **Park Y.S., Kim J.H., Choi Y.W. và cộng sự. (2005)**. Percutaneous treatment of extrahepatic bile duct stones assisted by balloon sphincteroplasty and occlusion balloon. Korean J Radiol, **6(4)**, 235–240.