

PHẪU THUẬT NỘI SOI LẤY SỎI ĐƯỜNG MẬT CHÍNH TẠI KHOA NGOẠI, BỆNH VIỆN BẠCH MAI

Nguyễn Ngọc Bích; Trần Mạnh Hùng**

TÓM TẮT

Mô tả hồi cứu và tiến cứu trên 150 bệnh nhân (BN) sỏi đường mật (trong đó, 90 BN sỏi ngoài gan đơn thuần) từ 2007 - 2010.

Chẩn đoán dựa vào lâm sàng, siêu âm và MRI đường mật trước phẫu thuật. Mở ống mật chủ (OMC) lấy sỏi, khâu kín ngay cho 115 BN (76,6%), 35 BN đặt ống dẫn lưu T (23,4%).

Kết quả: 148 BN (98,66%) được phẫu thuật nội soi (PTNS), 2 BN (1,34%) phải chuyển mổ mở. Thời gian phẫu thuật trung bình: 45,5 phút. Biến chứng sau mổ 10 BN (6,6%), 2 trường hợp rò mật sau mổ, 1 viêm phúc mạc do thủng tá tràng, 5 tụ dịch dưới gan, 2 nhiễm khuẩn vết mổ. Thời gian nằm viện sau mổ 4,5 ngày ở nhóm khâu kín và 8,8 ngày ở nhóm đặt ống T.

* Từ Khoá: Sỏi đường mật; Phẫu thuật nội soi.

LAPAROSCOPIC TREATMENT OF COMMON BILE DUCT STONE AT BACHMAI HOSPITAL

SUMMARY

The study included 150 patients undergone laparoscopic common bile duct (CBD) exploration for CBD stones at Bachmai Hospital from July, 2007 to May, 2010. We had performed primary closure of CBD in 115 cases and 35 cases with T-tube drainage.

Results: the procedure was successful in 148 cases (98.66%) with 2 cases had to be converted. Complication rate was 6.6% (2 patients had biliary fistula, 5 patients had fluid postoperation accumulation, 1 had got general peritonitis due to duodenal perforation per-operative time).

The mean hospital stay was 4.5 days in closed CBD group and 8.8 days in T-tube group.

* *Key words: Common bile duct stone; Laparoscopic surgery.*

ĐẶT VẤN ĐỀ

Sỏi đường mật là bệnh lý thường gặp tại Việt Nam cũng như một số nước Đông Nam Á. Đến nay, phẫu thuật kinh điển điều trị sỏi

mật là mổ OMC và đặt dẫn lưu Kehr dần được thay thế bằng các phẫu thuật hay thủ thuật khác như nội soi tá tràng mở cơ thắt Oddi, tán sỏi bằng điện thủy lực qua nội soi tá tràng hay qua đường hầm xuyên qua da.

* Bệnh viện Bạch Mai

Phản biện khoa học: PGS. TS. Nguyễn Văn Xuyên

Sau PTNS cắt túi mật thành công của Philip Mouret (1987), điều trị ngoại khoa sỏi đường mật đã có bước tiến quan trọng. PTNS mở OMC lấy sỏi bắt đầu được thực hiện trên thế giới vào đầu thập niên 1990 của thế kỷ trước. Tại Việt Nam, PTNS mở OMC lấy sỏi được thực hiện sau những năm 2000. Nhiều nghiên cứu đều cho rằng đây là phẫu thuật ít xâm hại, an toàn và hiệu quả, mang lại nhiều lợi ích cho người bệnh. Đặc biệt, mở OMC lấy sỏi và khâu kín ngay được gọi là mở đường mật lý tưởng (ideal choledotomy), làm tăng giá trị của PTNS trong điều trị sỏi đường mật [1, 2]. Tại Khoa Ngoại, Bệnh viện Bạch Mai, chúng tôi đã tiến hành PTNS mở OMC lấy sỏi đặt dẫn lưu Kerh và khâu kín ngay OMC cho nhiều BN có kết quả tốt.

Trong nghiên cứu này, chúng tôi trình bày việc ứng dụng PTNS lấy sỏi đường mật và đánh giá kết quả của phương pháp này tại Khoa Ngoại, Bệnh viện Bạch Mai trong thời gian 2007 - 2010.

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu.

* *Tiêu chuẩn chọn BN:*

- Các trường hợp sỏi đường mật chính (OMC, ống gan chung có hoặc không sỏi đường mật trong gan).

- Có sỏi túi mật kết hợp.

- BN được chuẩn bị mổ có kế hoạch (không có các biến chứng cấp tính khác: viêm đường mật, viêm tụy cấp, viêm túi mật hoại tử).

* *Tiêu chuẩn loại trừ:* BN có chống chỉ định PTNS, đã phẫu thuật ổ bụng, đang có viêm đường mật và các biến chứng của sỏi đường mật chưa ổn định.

2. Phương pháp nghiên cứu.

Mô tả hồi cứu và tiến cứu (hồi cứu 2007 - 2008 gồm 50 BN, tiến cứu 2008 - 2010, gồm 100 BN).

* *Các bước tiến hành và thống kê chỉ tiêu nghiên cứu:*

- Chọn BN: BN được chẩn đoán sỏi đường mật chính trên lâm sàng, siêu âm và có chụp cộng hưởng từ đường mật.

- Ghi đầy đủ các thông tin về lâm sàng, cận lâm sàng trước mổ, tổn thương về gan, đường mật, sỏi.

- Phương pháp phẫu thuật, nội dung, tình trạng tổn thương đường mật, vị trí, số lượng sỏi, có cắt túi mật không, có khâu kín ngay OMC hay dẫn lưu Kehr?

- Đối chiếu kết quả siêu âm, cộng hưởng từ đường mật và trong mổ về số lượng, vị trí sỏi.

* *Quy trình phẫu thuật:*

- Sử dụng bộ PTNS của hãng Karl-Storz với 2 màn hình.



Tư thế BN và vị trí các trocar

- Tư thế BN: nằm ngửa, 2 chân dạng, đầu cao nghiêng trái.
- Phẫu thuật viên đứng giữa 2 chân người bệnh, 2 phụ đứng hai bên.
- Vào ổ bụng bằng 4 lỗ trocar: lỗ 10 mm ở dưới rốn để bơm khí và đặt ống kính nghiêng 30°, lỗ 5 mm ở dưới sườn phải, lỗ 10 mm dưới sườn trái và lỗ 5 mm ở thượng vị lệch phải cách đường giữa 5 mm.
- Xác định đường mật, sau khi khảo sát gan, túi mật, bộc lộ OMC.
- Mở dọc OMC theo 2 lớp: thanh mạc và thành OMC.
- Lấy sỏi bằng Mirizzi qua lỗ trocar ở thượng vị và dụng cụ nội soi, bơm rửa đường mật, kiểm tra lưu thông Oddi.
- Đối chiếu số lượng và vị trí sỏi với siêu âm và cộng hưởng từ đường mật để lấy hết sỏi, đặc biệt sỏi trong gan.
- Khâu kín OMC ngay cho các trường hợp: đã lấy hết sỏi OMC, không có sỏi trong gan ở trường hợp dịch mật trong và đưa dụng cụ xuống tá tràng qua OMC để dàng hay đặt ống thông qua Oddi, bơm dịch thấy tá tràng phồng.
- Trường hợp dịch mật đục bẩn, đặt ống dẫn lưu Kehr.
- Khâu OMC bằng chỉ dexion 3.0 1 lớp hoặc 2 lớp liên tục.
- Cắt túi mật trong trường hợp có sỏi hay viêm, teo.
- Làm sạch vùng dưới gan và túi cùng Douglas.
- Đặt dẫn lưu dưới gan và kết thúc cuộc mổ.
- Ghi các tai biến trong phẫu thuật, cách xử lý.
- Theo dõi diễn biến sau mổ: biến chứng, cách xử lý, thời gian nằm viện.
- Siêu âm gan mật kiểm tra lại tất cả BN trước khi ra viện.
- * *Phân loại kết quả trước khi ra viện theo các mức:*
- Tốt: không có biến chứng, kiểm tra sạch sỏi, ra viện.
- Trung bình: có biến chứng, nhưng được khắc phục, siêu âm sạch sỏi.

- Kém: không thực hiện được phẫu thuật.

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

* Tuổi và giới:

Nghiên cứu trên 150 BN (58 nam và 92 nữ) từ tháng 7 - 2007 đến 7 - 2010, tuổi trung bình 58,3, thấp nhất 26 tuổi, cao nhất 94 tuổi.

* Triệu chứng lâm sàng:

Đau hạ sườn phải: 150 BN (100%); sốt trước mổ: 60 BN (40%); vàng da, vàng mắt: 120 BN (80%); gan to: 43 BN (28,6%); túi mật to: 47 BN (31,3%); viêm tụy cấp ổn định: 38 BN (25,3%).

Tam chứng Charcot là triệu chứng hay gặp.

* Vị trí sỏi chẩn đoán trước mổ:

Sỏi OMC đơn thuần: 90 BN (60%); sỏi OMC + sỏi túi mật: 25 BN (16,6%); sỏi OMC + sỏi gan: 21 BN (14 BN); sỏi OMC + sỏi túi mật + sỏi gan: 14 BN (9,3%).

Sỏi trong OMC hay gặp (60%).

* Phương pháp mổ:

Mở OMC lấy sỏi, khâu kín OMC: 80 BN (53,3%); mở OMC lấy sỏi, cắt túi mật, khâu kín OMC: 35 BN (23,3%); mở OMC lấy sỏi, dẫn lưu Kehr: 26 BN (17,3%); mở OMC lấy sỏi, cắt túi mật, dẫn lưu Kehr: 9 BN (6%); chuyển mổ mở, lấy sỏi, dẫn lưu Kehr: 2 BN (1,3%).

Khâu kín OMC chiếm 76,6%.

Bảng 1: Số lượng sỏi, kích thước sỏi lấy được trong mổ.

SỐ LƯỢNG SỎI	KÍCH THƯỚC SỎI		
	< 10 mm	10 - 20 mm	> 20 mm
1 viên	4	29	06
2 - 3 viên	2	38	23
4 - 5 viên	1	22	09
> 5 viên	0	09	07

Số lượng sỏi từ 2 - 5 viên hay gặp hơn cả. Thời gian phẫu thuật từ 30 - 85 phút, thời gian phẫu thuật trung bình 45,5 phút. Tai biến: 1 thủng tá tràng không phát hiện được gây viêm phúc mạc sau mổ.

* Thời gian nằm viện sau mổ:

Nhóm khâu kín OMC: ngắn nhất 3 ngày, dài nhất 7 ngày, trung bình 4,5 ngày.

Nhóm dẫn lưu Kehr: ngắn nhất 7 ngày, dài nhất 14 ngày, trung bình 8,8 ngày.

Thời gian nằm viện ngắn nhất 3 ngày, dài nhất 14 ngày.

* Tai biến và biến chứng:

Rò mật sau mổ: 2 BN (1,3%); viêm phúc mạc sau mổ do thủng tá tràng: 1 BN (0,6%); áp xe dưới hoành: 1 BN (0,6%); tụ dịch dưới hoành (không cần can thiệp): 4 BN (2,6%); nhiễm khuẩn vết mổ: 2 BN (1,3%).

- Tụ dịch dưới hoành và rò mật hay gặp hơn cả, BN được siêu âm trước khi ra viện.
- Còn sỏi OMC: 3 BN (2%); sỏi trong gan: 8/35 BN (22,8%).

BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi, vấn đề chẩn đoán sỏi đường mật hiện không còn nhiều khó khăn vì có các phương tiện chẩn đoán hỗ trợ hết sức hiệu quả. Để chẩn đoán sỏi đường mật, ngoài các triệu chứng lâm sàng, chúng tôi sử dụng siêu âm, chụp CT-scanner và đặc biệt chụp MRI dựng hình đường mật là phương tiện chẩn đoán hình ảnh không xâm hại để tạo hình cây đường mật, cho phép xác định được vị trí, số lượng, kích thước của sỏi trong cây đường mật cũng như các dị dạng hẹp, tắc nghẽn đường mật kèm theo.

- Trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi: tất cả đều được làm siêu âm, 35 BN làm CT gan mật, 115 BN được làm MRI đã xác định: 90 BN sỏi đường mật ngoài gan đơn thuần, đây là nhóm dự kiến khâu kín OMC ngay.

Chúng tôi muốn bàn đến vấn đề chỉ định và kỹ thuật: khi nào chỉ định PTNS sỏi đường mật: nên mổ trong giai đoạn ngoại, giống như mổ mở có nhiều thuận lợi: không gây nhiễm bẩn nhiều trong ổ bụng vì đường mật tương đối sạch.

Các biến chứng được điều trị ổn định: sau viêm tử cung, viêm đường mật hay viêm túi mật hay không phải tắc mật cấp tính sẽ nâng cao hiệu quả của phẫu thuật và ít biến chứng sau mổ.

Mở OMC: mở dọc OMC ở đoạn trên tá tràng theo 2 lớp thanh mạc và thành OMC, đường mổ đủ rộng (1,5 - 2 cm), tránh rách OMC khi lấy sỏi. Chúng tôi lấy sỏi bằng Mirizzi qua lỗ trocar 5 mm ở thượng vị lệch phải, phối hợp với dụng cụ nội soi dồn sỏi từ phần thấp của OMC qua chỗ mở để lấy, bơm rửa OMC nhiều lần, cho đến khi sạch sỏi.

Trước đây, để xác định hết sỏi, người ta chụp đường mật trong mổ. Tuy nhiên, phương pháp này mất nhiều thời gian, khả năng phát hiện sỏi thấp, hiện ít được sử dụng. Nội soi đường mật bằng ống soi mềm ngày càng được sử dụng nhiều.

Trong nghiên cứu này, chúng tôi lựa chọn khâu kín OMC cho những trường hợp: kết quả chụp MRI đường mật trước mổ không có sỏi trong gan. Kết hợp trong mổ lấy được số lượng sỏi phù hợp với MRI. Nước mật sạch và kiểm tra xuống tá tràng thông tốt.

Những trường hợp có sỏi trong gan, hoặc dịch mật đục bẩn, bơm rửa đường mật và lấy sỏi tối đa, sau đó đặt dẫn lưu Kehr.

Berthou PTNS mở OMC lấy sỏi cho 304 BN với tỷ lệ thành công 97%, trong đó khâu kín OMC ngay 156 BN (51,2%), tỷ lệ biến chứng 3,2%, dẫn lưu OMC cho 148 trường hợp, tỷ lệ biến chứng 4,7%. Tuy không có sự khác biệt về biến chứng giữa 2 nhóm, nhưng theo tác giả, PTNS mở OMC lấy sỏi và khâu kín ngay là phương pháp an toàn, hiệu quả, rút ngắn thời gian nằm viện [6].

Irfan Ahmed PTNS mở OMC lấy sỏi cho 158 trường hợp có tỷ lệ biến chứng chung 16,5%. Trong đó, khâu kín OMC ngay cho 67 trường hợp và dẫn lưu Kehr cho 91 trường hợp cho

thấy: tỷ lệ biến chứng của nhóm khâu kín OMC là 8,9%, trong khi đó của nhóm dẫn lưu Kehr là 22,0% [7].

Nghiên cứu của Thompson cho thấy: tỷ lệ biến chứng của nhóm PTNS lấy sỏi, khâu kín OMC là 5%, trong khi của nhóm dẫn lưu Kehr là 16% [8].

Đa số BN của chúng tôi có từ 2 - 5 viên sỏi trong đường mật, hầu hết sỏi có kích thước > 1 cm. Kích thước sỏi lớn, số lượng sỏi nhiều là đặc điểm của bệnh sỏi mật ở Việt Nam, do cơ chế hình thành tại chỗ.

41 BN có sỏi túi mật kèm theo, cắt túi mật, nhưng không lấy sỏi OMC qua ống cổ túi mật, vì hầu hết BN đều có kích thước sỏi > 1 cm. Đa số các tác giả đều thống nhất: lấy sỏi OMC qua ống cổ túi mật chỉ thực hiện khi sỏi có kích thước < 7 mm, ống cổ túi mật có kích thước > 3 mm, sỏi ở phần thấp OMC.

Theo Berthou, nên mở OMC lấy sỏi khi kích thước sỏi > 7 mm, số lượng sỏi > 5 viên, kích thước OMC > 8 mm, vì kích thước OMC nhỏ hơn dễ gây hẹp khi khâu [6].

Về kỹ thuật khâu OMC: chúng tôi đồng tình với các tác giả: khâu kín OMC đơn giản hơn khâu có đặt ống chữ T. Có thể khâu mũi rời bằng chỉ vicryl 3.0 hay khâu liên tục. Khâu liên tục nhanh và kín hơn khâu mũi rời. Nên khâu OMC 2 lớp, lớp ngoài khâu phủ thanh mạc bằng mũi liên tục để hạn chế viêm dính vùng cuống gan sau mổ. Trong nhóm nghiên cứu, chúng tôi đã khâu mũi liên tục cho tất cả các BN, khâu 2 lớp ở 60 BN.

Với mục đích dẫn lưu dịch mật còn sót lại khi mở OMC, dịch bơm rửa đường mật chưa hút sạch và để phòng xì dịch mật từ đường khâu, nên đặt dẫn lưu dưới gan. Rút dẫn lưu khi không còn dịch chảy qua ống, lâm sàng ổn định, siêu âm không còn dịch dưới gan.

Về thời gian nằm viện sau mổ: ở nhóm PTNS lấy sỏi và khâu kín OMC là 4,5 ngày, trong khi ở nhóm dẫn lưu Kehr là 8,8 ngày. Kết quả này phù hợp với các tác giả khác [2, 4, 6].

Nghiên cứu của Nguyễn Hoàng Bắc và CS về thời gian nằm viện sau mổ cho thấy: nhóm khâu kín OMC là 4 ngày và nhóm dẫn lưu Kehr là 9 ngày [2], của Irfan Ahmed: thời gian nằm viện của nhóm khâu kín OMC là 4 ngày, nhóm dẫn lưu Kehr là 7 ngày [7].

Biến chứng sau mổ: đa số các nghiên cứu đều cho thấy tỷ lệ biến chứng 3 - 17%. Các biến chứng thường gặp là rò mật, nhiễm trùng vết mổ, tụ dịch dưới hoành, ngoài ra còn có biến chứng liên quan đến ống T như tụt ống, mất nước điện giải, tổn thương thành ống mật khi rút ống dẫn lưu, rò mật kéo dài sau rút ống [2, 6, 10].

Chúng tôi gặp 2 BN rò mật, trong đó 1 BN liên quan đến ống T và 1 BN khâu kín OMC. Cả 2 BN đều tự liền, không cần can thiệp gì. 1 BN áp xe dưới hoành, chích dẫn lưu ổn định. 1 BN bị viêm phúc mạc do thủng tá tràng phải mở lại. Tỷ lệ biến chứng trong nghiên cứu này là 6,6%.

Chụp đường mật qua Kehr cho những BN có đặt ống T và siêu âm ổ bụng cho nhóm khâu kín OMC, phát hiện 1 BN ở nhóm khâu kín còn sót sỏi, được thực hiện bằng nội soi mật tụy ngược dòng cắt cơ vòng lấy sỏi có kết quả.

Tuy không so sánh kết quả giữa 2 nhóm khâu kín OMC và dẫn lưu Kehr, nhưng theo chúng tôi, khâu kín OMC là phẫu thuật an toàn, hiệu quả, không mất dịch mật sau mổ, không viêm dính vùng cuống gan, thời gian nằm viện ngắn, tránh được các biến chứng của ống dẫn lưu Kehr.

KẾT LUẬN

PTNS lấy sỏi OMC an toàn và hiệu quả, rút ngắn thời gian nằm viện, phục hồi nhanh, sớm trở lại lao động bình thường.

Nên chỉ định khâu kín OMC khi đảm bảo lấy hết sỏi đường mật, Oddi không hẹp, thông tốt, không có nhiễm trùng đường mật.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Ngọc Bích. Kết quả PTNS lấy sỏi và khâu ngay OMC tại Bệnh viện Bạch Mai. Y học thực hành. 2009, 6 (664).
2. Nguyễn Hoàng Bắc. Khâu kín OMC thì đầu trong phẫu thuật điều trị sỏi đường mật chính qua ngã nội soi ổ bụng. Y học TP. Hồ Chí Minh. 2006, 10, tr.136-140.
3. Nguyễn Khắc Đức, Đỗ Tuấn Anh, Trần Bình Giang và CS. Nghiên cứu ứng dụng PTNS trong điều trị sỏi đường mật chính tại Bệnh viện Việt Đức. Y học Việt Nam. 2006, 319, tr.157-162.
4. Phan Thanh Hải, Phạm Như Hiệp, Hồ Hữu Thiện và CS. PTNS sỏi đường mật chính tại Bệnh viện TW Huế. Y học TP. Hồ Chí Minh. 2008, 12, tr.257-262.
5. Lê Lộc và CS. Bước đầu điều trị PTNS lấy sỏi OMC đơn thuần tại Bệnh viện TW Huế. Kỷ yếu toàn văn các đề tài khoa học tham gia Hội nghị Ngoại khoa toàn quốc lần thứ XII. 2002, tr.51-55.
6. Berthou J.Ch., Dron B. et al. Evaluation of laparoscopic treatment of common bile duct stone in a prospective serie 505 patients: indications and results. Surg Endosc. 2007, 21, pp.1970-1974.
7. Irfan Ahmed, Charita Pradhan, Ian J., Beckingham. Is a T-tube necessary after common bile duct exploration. World J Surg. 2008, 32, pp.1485-1488.
8. Thompson M.H., Tranter S.E. All comers policy for laparoscopic exploration of the common bile duct. Br J Surg. 2002, 89, pp.1608-1612.
9. H.F. Zhang, S.Y. Hu, G.Y. Zhang, K.X. Wang, B. Chen, B. Li. Laparoscopic primary choledochorrhaphy over endonasobiliary drainage tubes. Surg Endosc. 2007, 21, pp.2115-2117.
10. Qi Wei, Hong-Jie Hu, Xiao-Yan Cai, Li- Bo Li, Guan- Yu Wang. Biliary drainage after laparoscopic choledochotomy. World J Gastroenterol. 2004, 10, pp.3175-3178.