Chẩn đoán và điều trị ngoại khoa bệnh sỏi đường mật ở người cao tuổi tại Bệnh viện 198

Trần Minh Đạo; Phan Sỹ Thanh Hà*; Nguyễn Quang Trung***

TÓM TẮT

Từ 1 - 1996 đến 1 - 12 - 2010, 224 bệnh nhân (BN) sỏi đường mật > 60 tuổi, được điều trị ngoại khoa tại Khoa Ngoại, Bệnh viện 198, kết quả như sau:

Đau hạ sườn phải 84,37%; sốt 40,62%, túi mật căng to 54,91%, có đầy đủ tam chứng Charcot 46,42%.

Siêu âm có hình ảnh sỏi ống mật chủ (OMC) 100%; sỏi trong gan và sỏi túi mật: 66,07%.

87,01% BN đ- ợc mổ mở ống chủ lấy sỏi, bơm rửa đường mật và dẫn lưu Kehr.

Kết quả chung: tốt 88,94%; trung bình 10,58%; xấu 0,48%.

Biến chứng chung 8,65%; tử vong: 1 BN do sốc mật không hồi phục.

* Từ khóa: Sỏi đường mật; Người cao tuổi.

Diagnostic and surgical treatment of biliary stone disease in elderly at 198 Hospital

SUMMARY

From 1 - 1996 to 01 - 12 - 2010, 224 patients over 60 years old with biliary stones were surgicalyl treated in 198 Hospital, we draw some conclusions as follows:

Right upper quadrant pain was seen in 84.37%; fever 40.62%. gallbladder tension 54.91%. 46.42% of patients had sufficient evidence three Charcot. Ultrasound images bile duct stones were 100%; 66.07% of patients had stones in the liver and gallstones. The open procedure for commonbile duct stones, wash pump and Kehr drain the bile accounted for 87.01%.

Results: good 88.94%; average 10.58%; bad 0.48%. General complications: 8.65%; mortality: 1 patient due to confidentiality irreversible shock.

** Key words: Stone bile duct; Elderly.*

ĐẶT VẤN ĐỀ

Sỏi đ- ờng mật là bệnh lý hay gặp ở Việt Nam cũng nh- trên thế giới, cơ chế bệnh sinh phức tạp, có nhiều biến chứng nặng nề, điều trị khó khăn, tỷ lệ tử vong cao và tỷ lệ tái phát lớn do có nhiễm khuẩn đ- ờng mật và liên quan tới bệnh lý giun đũa và ký sinh trùng đ- ờng ruột. Tình trạng nhiễm trùng cùng với viêm chít đ- ờng mật, ứ đọng dịch mật và sỏi nhiều vị trí trên đ- ờng mật, nhất là sỏi trong gan đã tạo nên bệnh cảnh lâm sàng đa dạng và phức tạp, gây khó khăn cho chẩn đoán và phẫu thuật.

** Bệnh viện 198*

*** Bệnh viện Nghệ An*

Phản biện khoa học: PGS. TS. Lê Trung Hải

Đó là nguyên nhân dẫn đến sót sỏi và tái phát sỏi, BN phải chịu phẫu thuật nhiều lần. Mặc dù những năm gần đây đã ứng dụng nhiều ph- ơng tiện chẩn đoán hiện đại nh- siêu âm, nội soi, CT-scanner, MRI..., đồng thời cũng đề ra nhiều biện pháp đề phòng chống sót sỏi cũng nh- tái phát sỏi sau mổ nh- : siêu âm trong mổ, chụp đ- ờng mật tr- ớc và trong mổ, nội soi đ- ờng mật trong mổ. Tuy nhiên, đối với bệnh lý sỏi mật ở Việt Nam, việc phát hiện và xử trí còn gặp nhiều khó khăn, đặc biệt ở ng- ời lớn tuổi, bệnh nặng, khó kéo dài cuộc mổ để giải quyết các nguy cơ sót sỏi và tái phát sỏi. Chúng tôi nghiên cứu đề tài này nhằm mục đích:

- Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, các ph- ơng pháp chẩn đoán và điều trị bệnh sỏi đ- ờng mật ở ng- ời cao tuổi (NCT).

- Đánh giá kết quả điều trị ngoại khoa bệnh lý này ở ng- ời NCT đ- ợc điều trị tại Bệnh viện 198.

ĐỐI T□ỢNG VÀ PH□ƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu.

Tất cả BN ≥ 60 tuổi, điều trị phẫu thuật sỏi đường mật tại Khoa Ngoại tổng hợp, Bệnh viện 198 từ tháng 1 - 1996 đến 12 - 2010.

2. Phương pháp nghiên cứu.

Nghiên cứu hồi cứu số liệu, hồ sơ lưu trữ tại Bệnh viện 198.

Các chỉ tiêu nghiên cứu: đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, phương pháp chẩn đoán, phẫu thuật, kết quả sớm.

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. Tuổi và giới.

Tổng số BN: 224, trong đó: nam: 157 BN (70,09%); nữ: 67 BN (29,91%).

60 - 70 tuổi: 163 BN (72,77%); 70 - 80 tuổi: 49 BN (21,87%); > 80 tuổi: 12 BN (5,36%). Như vậy, nam gặp nhiều hơn nữ, độ tuổi hay gặp nhất từ 60 - 70 tuổi, 1 BN 94 tuổi.

2. Tiền sử phẫu thuật.

Số BN đã phẫu thuật lần 1: 37 BN (71,15%); số BN đã phẫu thuật lần 2: 15 BN (28,85%). Tỷ lệ đã phẫu thuật lần 1 khá cao, thậm chí 2 BN phẫu thuật lần 4, một tỷ lệ nhỏ lấy sỏi qua nội soi mật tụy ngược dòng (7,14%).

3. Phân loại phẫu thuật.

Bảng 1:

PHÂN LOẠI	n	TỶ LỆ

Mổ cấp cứu: - Tắc mật cấp tính - Viêm phúc mạc mật. - Sốc nhiễm trùng đường mật	93 86 6 1	44,71% 41,34% 2,88% 0,48%
Mổ phiên	115	58,29%
Cộng	208	100%

Tỷ lệ mổ cấp cứu tương đối cao (44,71%), 16 BN (7,14%) được nội soi mật tụy ngược dòng để lấy sỏi…

4. Đặc điểm lâm sàng.

Bảng 2:

TRIỆU CHỨNG		n	TỶ LỆ
Lâm sàng	Có tiền sử mổ mật	52	23,21%
	Đau, sốt, vàng da từng đợt	104	46,42%
	Đau vùng hạ sườn phải	189	84,37%
	Sốt	91	40,62%
	Gan to	78	34,82%
	Túi mật căng to	123	54,91%
Cận lâm sàng	Bạch cầu tăng	95	42,41%
	Bilirubin trực tiếp tăng	211	94,19%

Trong nghiên cứu này, triệu chứng chính của bệnh sỏi mật thấp (46,42%).

5. Siêu âm trước mổ.

Sỏi OMC: 224 BN (100%); dịch dưới gan: 7 BN (3,12%); túi mật căng to: 206 BN (91,96%); sỏi OMC + sỏi trong gan + sỏi túi mật: 148 BN (66,07%). Chúng tôi sử dụng siêu âm cho tất cả BN bằng máy siêu âm xách tay, tiến hành ngay tại giường, do đó phát hiện sỏi mật cho cả 224 BN và siêu âm thấy túi mật căng to (91,96%).

6. Phương pháp phẫu thuật.

** Vị trí sỏi mật xác định trong mổ (n = 208):* sỏi OMC đơn thuần: 60 BN (28,85%); sỏi OMC + sỏi ống gan trái: 38 BN (18,26%); sỏi OMC + sỏi ống gan phải: 88 BN (42,31%); sỏi OMC + sỏi ống gan 2 bên: 11 BN (5,28%); sỏi OMC + sỏi túi mật: 8 BN (3,85%); sỏi OMC + sỏi ống gan + sỏi túi mật: 3 BN (1,45%).

** Phương pháp phẫu thuật (n = 208):* mổ OMC lấy sỏi dẫn lưu Kehr chiếm tỷ lệ cao nhất: 181 BN (87,01%); mở OMC lấy sỏi + mở túi mật lấy sỏi: 8 BN (3,84%); mở OMC lấy sỏi + nối mật ruột: 12 BN (5,77%); mở OMC lấy sỏi + mở nhu mô gan: 4 BN (1,92%); mở OMC lấy sỏi + cắt túi mật: 3 BN (1,45%). Một tỷ lệ nhỏ nối mật ruột và mở nhu mô gan lấy sỏi.

7. Kết quả phẫu thuật.

15/208 BN (88,94%) mổ sỏi mật khỏi hoàn toàn ngay kỳ đầu và ra viện, một số trường hợp khác có biến chứng được điều trị tiếp, BN khỏi ra viện

** Các biến chứng:*

Biến chứng chủ yếu là nhiễm trùng vết mổ (18 BN = 8,65%); 2 BN (0,96%) bị rò mật sau mổ, điều trị nội khoa khỏi ra viện, các trường hợp chảy máu đường mật đều được điều trị nội khoa, bơm rửa Kehr hàng ngày và đạt kết quả tốt, chảy máu đường mật: 3 BN (1,44%). Tử vong 1 BN do tuổi cao, sốc mật không hồi phục.

BÀN LUẬN

1. Vấn đề chẩn đoán sỏi mật ở NCT.

Việc chẩn đoán sỏi OMC ở những trường hợp điển hình không khó khăn, tam chứng Charcot vẫn được sử dụng để đối chiếu trong từng trường hợp lâm sàng cụ thể [6, 8]. Tuy nhiên, ở NCT, rất nhiều trường hợp không có đủ 3 triệu chứng đau, sốt, vàng da. Ở nghiên cứu này, tam chứng Charcot chỉ đúng với tỷ lệ 46,42%, triệu chứng đau 84,37%, sốt chỉ có 40,62%, giải thích cho sự khác biệt này là ở NCT, thường kèm theo các bệnh mạn tính, do đó chức năng miễn dịch bị suy giảm, triệu chứng lâm sàng không phản ánh đầy đủ như ở người khỏe mạnh. Siêu âm có giá trị cao trong chẩn đoán sỏi OMC ở NCT. 100% BN có hình ảnh sỏi OMC, ngoài ra 3,12% có dịch dưới gan và xung quanh túi mật, 91,96% quan sát được túi mật căng to trên siêu âm, có được kết quả này là nhờ máy siêu âm xách tay, các trường hợp nặng đều siêu âm tại giường.

2. Vấn đề chỉ định mổ sỏi ở NCT.

Tỷ lệ mổ cấp cứu 44,71%, chúng tôi chủ trương mổ cấp cứu ngay cho những trường hợp có triệu chứng tắc mật cấp tính, viêm phúc mạc mật, hoặc có đe doạ thấm mật phúc mạc. Trường hợp có sốc mật, phải điều trị nội khoa hồi sức tích cực, dùng kháng sinh mạnh liều cao ngay từ đầu, vì sốc mật bản chất là nhiễm trùng nhiễm độc do tắc mật cấp tính, cần giải quyết nhanh tình trạng tắc nghẽn giải thoát đường mật, không nên cố lấy sỏi trong gan cho trường hợp sốc mật có nhiều sỏi ở những vị trí khác nhau. Tỷ lệ sốc mật ngày càng ít đi do chẩn đoán sớm tắc mật và chỉ định mổ khi chưa xuất hiện sốc. Nhận xét này phù hợp với các tác giả khác [3, 4, 5, 8].

Việc chỉ định mổ có kế hoạch cho thấy: 55,29% mổ phiên, điều đó chứng tỏ quan điểm cố gắng điều trị cấp cứu trì hoãn để xếp lịch mổ phiên của chúng tôi được ghi nhận, do xếp lịch mổ phiên nên chuẩn bị hết sức chu đáo, đề phòng biến chứng bệnh mạn tính của NCT. Do vậy, chúng tôi chủ trương chỉ định mổ cho những trường hợp sau:

- Sỏi đường mật có triệu chứng rõ.
- Sỏi đường mật ở người già (> 80 tuổi) có tắc mật cấp tính sau khi điều trị nội khoa ổn định.
- Chưa chỉ định mổ nội soi lấy sỏi đường mật ở NCT.

3. Về phương pháp điều trị và kết quả sớm.

76,78% BN được phẫu thuật lần đầu, còn lại là BN có sỏi mật tái phát. Đối với NCT bị sỏi đường mật đơn độc, phương pháp mở OMC lấy sỏi, bơm rửa đường mật và dẫn lưu Kehr là

tối ưu, đặc biệt trong trường hợp sỏi mật tái phát, mổ đi mổ lại nhiều lần. Việc xử trí lấy sỏi mật trong gan được nhiều tác giả nghiên cứu và sử dụng nhiều phương pháp lấy sỏi như: tán sỏi trong mổ, dùng kìm, sonde chuyên dụng để gắp sỏi… chúng tôi chủ trương bơm rửa với áp lực mạnh làm sỏi trôi ra, luồn sonde Dormia vào sâu để lấy sỏi, thậm chí còn dùng phương pháp "vỗ gan" để lấy sỏi. Trong nghiên cứu này, một số trường hợp do sỏi quá nhiều ở trong gan và sát ngay ở mặt trước gan, tiến hành rạch nhu mô gan lấy sỏi, bơm rửa, khi thông xuống OMC và sạch, khâu kín ống gan đã mở. Chỉ định nối mật-ruột đối với sỏi đường mật ở NCT nên cân nhắc kỹ, theo chúng tôi nên chỉ định cho các trường hợp sau:

- Sỏi đường mật tái phát và đã chỉ định mổ > 3 lần.

- Khi lấy sỏi tiên lượng không lấy hết được.

Về kỹ thuật nối, chúng tôi thiên về kiểu Roux-en-Y và làm miệng nối bên-bên để kích thước đủ rộng, trách tắc mật lại do sót sỏi, không nên tiến hành kỹ thuật cắt đôi OMC nối tận-bên, vì BN tuổi cao đòi hỏi thời gian phẫu thuật nhanh và đơn giản hơn.

KẾT LUẬN

Nghiên cứu 224 BN sỏi đường mật > 60 tuổi được điều trị tại Bệnh viện 198, chúng tôi rút ra một số kết luận sau:

* Đặc điểm lâm sàng bệnh sỏi đường mật ở NCT khác biệt với người trưởng hành:

+ 46,42% BN có biểu hiện đầy đủ tam chứng Charcot.

+ Triệu chứng đau dưới hạ sườn phải là phổ biến (84,37%), nhưng cường độ và tính chất đau thấp hơn nhiều.

+ Sốt chỉ gặp 40,62% và dao động từ 37^{o}C - 38,5^{o}C.

+ Sờ thấy túi mật to trên lâm sàng chỉ đạt 54,91%.

+ Siêu âm có hình ảnh túi mật căng to, 100% thấy sỏi OMC và 66,07% sỏi OMC kết hợp với sỏi đường mật trong gan và sỏi túi mật.

+ Số lượng bạch cầu tăng chỉ gặp 42,41%, trong đó bilirubin trực tiếp 94,19%.

* Chỉ định mổ mở OMC lấy sỏi, bơm rửa đường mật và dẫn lưu Kehr cho 87,01% BN, trong đó, mổ cấp cứu 44,71%, chỉ định cho các trường hợp sau:

+ Tắc mật cấp tính, viêm phúc mạc mật và đe dọa thấm mật phúc mạc.

+ Sốc mật điều trị nội khoa ổn định.

Mổ phiên chỉ định cho các trường hợp còn lại.

Kết quả: tốt 88,94%; trung bình 10,58%; xấu 0,48%. Biến chứng chung 8,65%; tử vong 1 BN do sốc mật không hồi phục

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Tôn Thất Bách và CS. Tình hình cắt gan theo ph- ơng pháp Tôn Thất Tùng hiện nay. Ngoại khoa. 1985, số 13, 4, tr.111-114.

2. Nguyễn Tấn C- ờng, Phạm Hữu Thiện Chí, Bùi Thọ An, Lê Ph- ớc Thành, Hoàng Công Thành, Nguyễn Duy Hinh. Rò mật sau phẫu thuật gan mật. Y học TP.Hồ Chí Minh. 2008, tập 12, phụ bản số 4, tr.160-165.

3. Đỗ Trọng Hải, Nguyễn Hoàng Bắc, Nguyễn Thúy Oanh, Trần Thiện Trung, Phạm Văn Tần, Lê Tiến Đạt. Nghiên cứu chỉ định và đánh giá kết quả các ph- ơng pháp điều trị sỏi ống mật chủ kèm sỏi túi mật. Hội nghị Ngoại khoa & Phẫu thuật nội soi Việt Nam. 2008, tr.1.

4. Đỗ Trọng Hải. Đặc điểm bệnh lý và ph- ơng pháp phẫu thuật sỏi sót và sỏi tái phát ở đ- ờng mật. Luận án Phó Tiến sỹ Y D- ợc. Thành phố Hồ Chí Minh. 1995.

5. Lê Trung Hải. Góp phần nghiên cứu một số biện pháp chẩn đoán và điều trị sỏi đ- ờng mật nhằm hạn chế sót sỏi sau mổ. Luận án Phó Tiến sỹ Y học. Hà Nội. 1993.

6. Nguyễn Đình Hối. Bệnh sỏi mật ở Việt Nam. Y học TP. Hồ Chí Minh. 1997, số 3, tr.105-116.

7. Nguyễn Tiến Quyết. Nghiên cứu ph- ơng pháp mở nhu mô gan lấy sỏi, dẫn l- u đ- ờng mật trong gan và nối mật-ruột kiểu tận-bên để điều trị sỏi trong gan. Luận án Tiến sỹ Y học. 2003.

*8. Nguyễn C- ờng Thịnh***.** Phẫu thuật sỏi mật ở ng- ời lớn tuổi. Y học thực hành. 2000, 10, tr.28-32.

9. Nguyễn Văn Tý. Nghiên cứu nguyên nhân, đặc điểm tổn th- ơng bệnh lý, chẩn đoán và thái độ xử trí mổ mật lại do sót sỏi. Luận án Tiến sỹ Y học. Hà Nội. 2004.

10. Catena M, Aldrighetti L, Finazzi R, Arzu G, Arru M. Treatment of non-endemic hepatolithiasis in Western country. The role of hepatic resection. Ann R Coll Surg Engl. 2006, Jun, 88 (4), pp.383-389.