

ỨNG DỤNG KỸ THUẬT MỚI TẠO ĐƯỜNG HẦM NỘI SOI TÁN SỎI ĐƯỜNG MẬT XUYÊN GAN QUA DA

*Bùi Tuấn Anh**

TÓM TẮT

33 bệnh nhân (BN) được đặt dẫn lưu mật qua da và gan vào đường mật chính (ngoài gan) để tạo đường hầm cho nội soi tán sỏi đường mật trong gan bằng điện thủy lực. Trong đó, 18 BN (54,5%) đường hầm vào hội lưu trên; 12 BN (36,4%) vào ống gan chung; 3 BN (0,9%) vào ống mật chủ. Khả năng tiếp cận sỏi bằng nội soi đạt 87,9%; tỷ lệ hết sỏi 84,8%; sót sỏi 15,2%. Không trường hợp nào xảy ra tai biến do rò mật hay chảy máu vào ổ bụng. 1 BN (3%) tụ dịch dưới cơ hoành và 1 BN (3%) tụ dịch trong nhu mô gan sau tán sỏi (3%). Đặt dẫn lưu qua da vào đường mật chính (ngoài gan) là một kỹ thuật có thể được áp dụng để tạo đường hầm nội soi tán sỏi đường mật trong gan.

* Từ khoá: Sỏi mật; Nội soi tán sỏi đường mật trong gan bằng điện thủy lực.

DRAINAGE OF PERCUTANEOUS TRANSHEPATIC INTO COMMON BILE DUCT FOR TREATMENT OF BILE DUCT STONES

SUMMARY

33 cases with intrahepatic stones were drained percutaneous transhepatic into common bile duct (extrahepatic bile duct) to make canal for electrohydraulic cholangioscopic lithotripsy. 18 cases (54.5%) with canal into superior confluence; 12 cases-canal into common hepatic duct (36.4%); 3 cases-canal into choledoque (3%). Cholangioscopic machine could reach almost of locations of intrahepatic stones (87.9%). The rate of clearance of stones: 84.8%; the remained rate of stones: 15.2%. Not complication any of either abdominal haemorrhage or bile leakage into abdominal cavity. One case with subphrenic accumulation of fluid and one case with intrahepatic accumulation of fluid (3%) after cholangioscopic lithotripsy. The technique of percutaneous transhepatic cholangiodrainage into common bile duct could be applied to make canal for intrahepatic cholangioscopic lithotripsy.

* Key words: Bile duct; Electrohydraulic cholangioscopic lithotripsy.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh sỏi trong gan rất hay gặp ở Việt Nam và các nước vùng Đông Á. Giải phẫu

đường mật trong gan đa dạng, sỏi thường kết hợp ở nhiều vị trí, hay có tổn thương chít hẹp đường mật... làm cho việc lấy sỏi trong gan rất khó khăn.

* Bệnh viện 103

Phản biện khoa học: PGS. TS. Hoàng Mạnh An

Nội soi đường mật qua da và gan là một phương pháp lấy sỏi hiệu quả đối với sỏi trong gan, tuy nhiên, cần phải thực hiện tốt kỹ thuật tạo đường hầm qua da và gan.

Trong kỹ thuật tạo đường hầm qua da và gan, vấn đề chọn vị trí vào đường mật quan trọng hơn cả. Đặc biệt, đối với các trường hợp sỏi phức tạp ở nhiều vị trí hoặc đường mật trong gan giãn ít, khó quan sát trên siêu âm.

Chúng tôi nghiên cứu kỹ thuật tạo đường hầm qua da và gan vào đường mật chính (ngoài gan) góp phần làm phong phú thêm cho sự lựa chọn của kỹ thuật này.

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu.

33 BN sỏi trong gan được áp dụng kỹ thuật đặt dẫn lưu qua da và gan vào đường mật chính để tạo đường hầm nội soi tán sỏi.

2. Phương pháp nghiên cứu.

Tiến cứu, mô tả.

* *Kỹ thuật áp dụng*: kỹ thuật tạo đường hầm qua da và gan vào đường mật chính.

- Chỉ định:

+ Sỏi đường mật trong gan có giãn đường mật chính, đường mật trong gan giãn ít, khó thực hiện đặt dẫn lưu dưới hướng dẫn của siêu âm.

+ Sỏi trong gan ở nhiều vị trí, khó chọn được vị trí vào đường mật trong gan hợp lý cho việc tạo đường hầm nội soi qua da và gan.

- Chống chỉ định:

+ Rối loạn đông máu, chảy máu không điều trị được.

+ Bụng có dịch cổ chướng.

+ Suy gan nặng.

- Chuẩn bị:

+ BN: nhịn ăn trước 6 giờ, chuẩn bị thường quy như trước phẫu thuật ổ bụng.

+ Dụng cụ: bộ catheter để đặt dẫn lưu đường mật, bộ dụng cụ nong (dilator); máy tán sỏi điện thủy lực EL-27 (Olympus); ống soi đường mật 2 chiều hoặc 4 chiều (Olympus); bộ máy nội soi đi kèm.

* *Quy trình kỹ thuật*:

+ Bước 1: siêu âm xác định vị trí sỏi trong gan, tình trạng giãn đường mật.

+ Bước 2: chọn vị trí ống mật chính để đặt dẫn lưu (hội lưu trên, ống gan chung, ống mật chủ), chọn vị trí chọc kim trên thành bụng hoặc qua các khe liên sườn.

+ Bước 3: dưới hướng dẫn của siêu âm, chọc kim qua da-qua gan vào đường mật chính, luồn dây dẫn đường (guide), nong đường hầm lần thứ nhất lên 4 - 4,5 mm.

+ Bước 4: nong đường hầm lần thứ hai lên 5 - 5,5 mm, sau lần nong thứ nhất 3 - 5 ngày.

+ Bước 5: chụp đường mật kiểm tra.

+ Bước 6: nội soi tán sỏi đường mật bằng điện thủy lực.

* *Các chỉ tiêu theo dõi, đánh giá kết quả*:

- Tỷ lệ tạo đường hầm thành công, tỷ lệ không thành công.

- Tỷ lệ tai biến, biến chứng.

- Khả năng tiếp cận các vị trí của sỏi trong gan của ống soi (soi thấy và có thể can thiệp để lấy sỏi).

- Tỷ lệ hết sỏi, sót sỏi.

- Các biến chứng sau nội soi tán sỏi.

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN

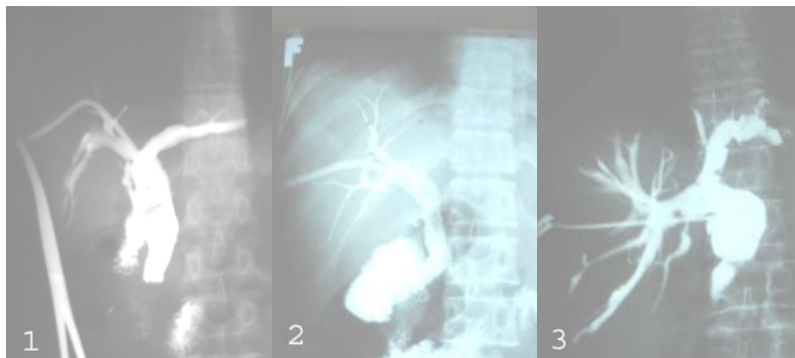
* *Tuổi và giới:* 33 BN, tỷ lệ nữ/nam = 19/14 (1,3); tuổi: 35 - 77, trung bình: $53,5 \pm 15,1$ tuổi.

* *Đặc điểm sỏi trong gan:* sỏi trong gan 2 bên: 7 BN (21,2%); sỏi trong gan 2 bên + sỏi đường mật chính: 11 BN (33,3%); sỏi trong gan phải: 4 BN (12,1%); sỏi trong gan phải + sỏi đường mật chính: 4 BN (12,1%);

sỏi trong gan trái: 4 BN (12,1%); sỏi trong gan trái + sỏi đường mật chính: 3 BN (9,1%).

Chủ yếu gặp sỏi trong gan 2 bên: 18 BN (54,5%). Điều này cho thấy tính phức tạp của sỏi trong gan ở những trường hợp được chỉ định.

* *Vị trí vào đường mật:* 18 BN (54,5%) đường hầm vào hội lưu trên; 12 BN (36,4%) vào ống gan chung; 3 BN (0,9%) vào ống mật chủ.



Hình 1: Đường hầm vào đường mật tại các vị trí: 1-Hội lưu trên, 2-Ống gan chung, 3-Ống mật chủ.

Tỷ lệ tạo đường hầm thành công, tỷ lệ không thành công: thành công 33/33 BN (100%); tỷ lệ thất bại: 0%.

* *Tỷ lệ tai biến, biến chứng của kỹ thuật tạo đường hầm qua da và gan:*

Không trường hợp nào có biến chứng nặng như: chảy máu ổ bụng, chảy mật ổ bụng, áp xe ổ bụng, sốc, nhiễm khuẩn huyết. 3 BN có sốt sau đặt catheter, được điều trị bằng kháng sinh, nhanh chóng ổn định sau đó. 1 BN bị tuột ống, phải đặt lại ống dẫn lưu theo đường cũ.

* *Biến chứng của kỹ thuật tạo đường hầm qua da và gan:*

Sốt: 3 BN (9,1%); tuột ống dẫn lưu, phải đặt lại tại vị trí cũ: 1 BN (3,0%); chảy máu ổ bụng, chảy mật ổ bụng, áp xe ổ bụng, sốc, nhiễm khuẩn huyết: 0 BN (0%).

* *Khả năng tiếp cận các vị trí của sỏi trong gan của ống soi đường mật:*

Ống soi tiếp cận được 87,9% các vị trí của sỏi trong gan và thực hiện can thiệp lấy sỏi (tán sỏi điện thủy lực, bơm rửa đường mật). 4 BN ống soi không thể tiếp cận được hết các vị trí của sỏi trong gan do các nguyên nhân: chít hẹp nặng ống mật (2 BN) hoặc đường soi quá gấp góc (2 BN). Trong số những BN ống soi tiếp cận được, 1 BN còn để lại sỏi do hoàn cảnh gia đình mà BN phải bỏ dở qui trình điều trị. Dù sao, việc tiếp cận tới các vị trí sỏi của máy soi là điều kiện quan trọng nhất để lấy hết sỏi trong gan. Thực tế, khả năng tiếp cận của máy soi tới một vị trí nào đó của đường mật phụ thuộc rất nhiều vào vị trí vào đường mật, hướng của đường hầm qua da và gan.

* *Tỷ lệ hết sỏi, sót sỏi:*

Tỷ lệ hết sỏi đạt 28 BN (84,8%), sót sỏi 5 BN (15,2%). Trong 5 BN sót sỏi, 4 BN do ống soi không thể tiếp cận được hoàn toàn các vị trí của sỏi trong gan, 1 BN tiếp cận được nhưng không thể lấy hết sỏi do BN bỏ dở quá trình điều trị, xin ra viện.

* *Tỷ lệ biến chứng sau nội soi lấy sỏi:*

Không trường hợp nào có biến chứng nặng phải mở bụng hoặc phải kéo dài thời hạn điều trị. 1 BN có tụ dịch dưới cơ hoành và 1 BN tụ dịch trong nhu mô gan sau tán sỏi, được chẩn đoán bằng siêu âm và xử trí bằng chọc hút, BN ổn định nhanh chóng sau đó.

KẾT LUẬN

Kỹ thuật tạo đường hầm qua da và gan vào đường mật chính để nội soi tán sỏi đường mật trong gan là một kỹ thuật có thể được lựa chọn trong thực hành lâm sàng. Kỹ thuật này vừa đáp ứng được cho một số chỉ định đặc biệt (sỏi trong gan ở nhiều vị trí; khó đặt được dẫn lưu vào đường mật trong gan vì đường mật trong gan giãn ít), mà vẫn có thể đảm bảo tính hiệu quả và an toàn cho người bệnh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Đặng Tâm, Lê Nguyên Khôi. Đánh giá phương pháp lấy sỏi mật nội soi xuyên gan qua da. Y Học TP.Hồ Chí Minh. 2008, 12 (4).
2. Atkinson M, Happey MG, Smiddy FG. Percutaneous transhepatic cholangiography. Gut. 1960, 1, pp.357-365.
3. Bassiony H, Abou-Neema T. The percutaneous stretch and push technique for removing retained calculi. Br J Radiol. 1982, 55, pp.456-459.

4. *Carter RF, Saypol GM.* Transabdominal cholangiography. Journal of the American Medical Association. 1952, 148 (4), pp.253-235.

5. *Naveen Arya, Sandra E Nelles, Gregory B Haber, Young-In Kim, Paul K Kortan.* Hydraulic lithotripsy in 111 patients: A safe and effective therapy for difficult bile duct stones. The American Journal of Gastroenterology. 2004, 99, pp.2330-2334.

6. *Nobushige Hayashi, Toyohiko Sakai, Toru Yamamoto, Rikainagaki, Yasushilshii.* Percutaneous transhepatic lithotripsy using a choledochoscope: Long term follow-up in 14 patients.

7. *Prakash K, Ramesh H, Jacob G, Venugopal A, Lekha V, Varma D, et al.* Multidisciplinary approach in the long-term management of intrahepatic stones. Indian experience. Indian J Gastroenterol. 2004, 23, pp.209-213.

8. *Reng-Hong Wu, Matt CHIUNG-YU, CHen SHIH-Chin, CHang Wen-SHeng, Je-Lung Fung.* Percutaneous management of extrahepatic, bile duct stones by papillary balloon dilation and pushing using an occlusion balloon. Chin J Radiol. 2008, 33, pp.115-122.

9. *Rinsho Hoshasen.* Technique and usefulness of percutaneous transhepatic or trans T-tube cholangiolithotripsy (PTCL). 1990, May, 35 (5), pp.585-591.