

## ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ VIÊM TÚI MẬT CẤP DO SỎI BẰNG PHẪU THUẬT CẮT TÚI MẬT NỘI SOI

*Hoàng Mạnh An\* và CS*

### TÓM TẮT

Nghiên cứu đánh giá kết quả điều trị viêm túi mật cấp (VTMC) do sỏi bằng phẫu thuật cắt túi mật nội soi trên 65 bệnh nhân (BN). Kết quả cho thấy đây là phẫu thuật hiệu quả, tỷ lệ thành công cao 64/65 trường hợp (98,5%), chỉ có 1,5% phải chuyển sang mổ mở. Tai biến trong phẫu thuật gặp 61,5% với chảy máu: 43,1%, rơi sỏi: 9,2%, chảy máu + rơi sỏi: 7,7%, 67,7% không có biến chứng sau phẫu thuật, các biến chứng như chảy máu, rò mật, áp xe tồn dư, nhiễm trùng vết mổ gặp với tỷ lệ thấp (4,6 - 16,9%). Thời gian nằm viện trung bình  $6,98 \pm 3,61$  ngày, ngắn nhất 3 ngày, dài nhất 26 ngày.

\* Từ khoá: Viêm túi mật cấp; Phẫu thuật cắt túi mật nội soi.

## EVALUATION OF THE EFFECTIVENESS OF LAPAROSCOPIC CHOLECYSTECTOMY IN TREATING ACUTE CHOLECYSTITIS

*Hoang Mạnh An et al*

### SUMMARY

*Evaluation of the effectiveness of laparoscopic cholecystectomy in treating acute cholecystitis was carried out on 65 patients. The results showed that successful rate was high: 98.5%. only 1.5% had to change to open operation. Complicated rate during operating: 61.5%, in which, bleeding: 43.1%, dropped gallstone: 9.2%, both bleeding and dropped gallstone: 7.7%. 67.7% having no complication after operation. Hospital staying time:  $6.98 \pm 3.61$  days.*

\* *Key words: Acute cholecystitis; Laparoscopic cholecystectomy.*

### ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm túi mật cấp do sỏi là một bệnh khá phổ biến ở nước ta và các nước trên thế giới. VTMC do sỏi ở các nước châu Á thường là sỏi nguyên phát. VTMC do sỏi nếu không được xử trí hay can thiệp kịp thời, đúng mức có thể dẫn đến kết quả không tốt cho BN như hoại tử, thủng túi mật gây viêm

phúc mạc, biến chứng sốc nhiễm trùng đường mật, nhiễm trùng huyết...

Cắt túi mật qua nội soi được thực hiện năm 1990 tại Singapore, Nhật Bản, Hồng Kông... Tại Việt Nam, phẫu thuật này được thực hiện năm 1992 tại Bệnh viện Chợ Rẫy. Mục tiêu của nghiên cứu nhằm: Đánh giá kết quả điều trị VTMC do sỏi bằng phẫu thuật cắt túi mật nội soi.

\* *Bệnh viện 103*

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

## ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 1. Đối tượng nghiên cứu.

- 65 VTMC do sỏi được phẫu thuật cắt túi mật qua nội soi ổ bụng từ tháng 3 - 2007 đến 6 - 2008 tại Bệnh viện Chợ Rẫy thành phố Hồ Chí Minh và Bệnh viện 175.

### 2. Phương pháp nghiên cứu.

- Tiêu chuẩn loại trừ: VTMC không do sỏi, có sỏi đường mật chính kèm theo, mổ mở, BN bị suy tim, suy hô hấp nặng, shock nhiễm trùng, BN có thai.

- Mô tả tiến cứu, theo dõi cắt ngang.

- Dụng cụ: hệ thống máy phẫu thuật nội soi Karl Storz và các dụng cụ phẫu thuật.

- Kỹ thuật mổ: cắt túi mật nội soi được tiến hành với 3 - 4 trocar. Chụp đường mật trong mổ chỉ thực hiện khi nghi ngờ có sỏi ống mật chủ (OMC) hay để xác định rõ OMC. Cắt đốt điện túi mật khỏi giường túi mật. Đặt túi mật trong bao cao su khi có tai biến thủng túi mật để lấy ra ngoài qua ngã rốn. Một ống dẫn lưu được đặt dưới gan và khâu các lỗ đặt trocar.

- Xử lý số theo thuật toán thống kê bằng phần mềm SPSS 16.0.

### KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN

- Tuổi trung bình  $52,46 \pm 13,66$ , nhỏ nhất 21 tuổi, lớn nhất 78 tuổi. Tuổi thường gặp trong nhóm nghiên cứu từ 40 - 49 tuổi (27,7%). Tỷ lệ nữ/nam: 1,16. Kết quả này tương tự với Nguyễn Tấn Cường: trung bình 52,4 tuổi (nhỏ nhất 18 tuổi, lớn nhất 79 tuổi), Kong Kim Each trung bình 55,7 tuổi (nhỏ nhất 25 tuổi và lớn nhất 88 tuổi).

- Thời gian từ lúc có triệu chứng đến lúc nhập viện chủ yếu trước 24 giờ (44 BN = 68,8%).

- Thời gian từ lúc nhập viện đến lúc phẫu thuật 12 - 24 giờ (49,2%).

- 24 BN có tiền sử bệnh lý kết hợp (đái tháo đường, tăng huyết áp, đã phẫu thuật bụng) (36,9%), trong đó chủ yếu là bệnh tăng huyết áp (8 BN 12,3%).

- BN nhập viện vì đau bụng, trong đó đau hạ sườn phải và kết hợp cả đau hạ sườn phải và thượng vị chiếm tỉ lệ cao, lần lượt là 29,2% và 49,2%, điểm túi mật đau (100%), phản ứng thành bụng khu trú (61,5%). Tất cả BN nhập viện đều bị sốt trung bình  $38,08 \pm 0,58^{\circ}\text{C}$ , bạch cầu trung bình  $13.593 \pm 3.990 \text{ BC/mm}^3$ , bạch cầu đa nhân trung tính  $81,2 \pm 6,9\%$ . Kết quả này tương tự với Kong Kim Each (100% BN vào viện vì đau bụng). Theo Nguyễn Tấn Cường, đau bụng chiếm 86%: đau hạ sườn phải 48%, đau thượng vị 20%, đau hạ sườn phải và thượng vị 16%, Theo Võ Quốc Toàn: đau bụng chiếm từ 79,7% đến 100%. Chúng tôi nhận thấy đau hạ sườn phải và kết hợp cả đau hạ sườn phải với thượng vị có thể liên quan tới tình trạng hoại tử túi mật. Tuy nhiên, sự khác biệt chưa có giá trị thống kê.

*Bảng 1: Đặc điểm siêu âm túi mật của mẫu nghiên cứu.*

		SỐ BN	TỈ LỆ (%)
Túi mật to (80 x 40 x 40 mm)		55	84,6
Thành túi mật dày (= 4 mm)		64	98,5
Dịch quanh túi mật		20	30,8
Vị trí sỏi	Đáy	14	21,5
	Thân	23	35,4
	Cổ	14	21,5
	Nhiều vị trí	14	21,5
Sỏi kẹt cổ túi mật		26	40,0

55 BN (84,6%) có hình ảnh siêu âm túi mật to và 64 trường hợp (98,5%) thành

dày. Vị trí sỏi túi mật chủ yếu ở vùng thân 24 BN (35.4%), hình ảnh sỏi kẹt cổ túi mật gặp 26 trường hợp (40%).

**Bảng 2:** Mối liên hệ giữa thời gian phẫu thuật với tình trạng túi mật.

		THỜI GIAN PHẪU THUẬT...	
		≤ 120 phút	> 120 phút
Kích thước thành túi mật	≤ 5 mm	21	3
	> 5 mm	29	12
Sỏi nghẹt	Không	31	8
	Có	19	7
Viêm túi mật hoại tử	Không	18	1
	Có	32	14

\* *Tình trạng túi mật và ổ bụng trong phẫu thuật:* thấm mật phúc mạc: 24 BN (36,9%); viêm phúc mạc: 5 BN (7,7%); áp xe quanh túi mật 6 BN (9,2%); viêm dính: 65 BN (100%).

100% túi mật bị viêm dính với các tạng xung quanh, phần nhiều là mạc nối lớn qui tụ và che phủ hoàn toàn túi mật, đặc biệt vùng tam giác Calot. Phù nề viêm dính nhiều kết hợp với thành túi mật dày kèm theo vị trí sỏi nằm tại cổ túi mật bị kẹt càng gây khó khăn cho phẫu thuật. Đây chính là nguyên nhân gây diễn biến xấu cho túi mật (hoại tử túi mật 61,5%, thấm mật phúc mạc 36,9%, áp xe quanh túi mật 9,2%).

**Bảng 3:** Xử lý túi mật trong phẫu thuật.

		SỐ BN	TỈ LỆ %
Chọc hút túi mật		28	43,1
Xử lý cổ túi mật	Kẹp	44	67,7
	Buộc chỉ	7	10,8
	Kết hợp	14	21,5
Vị trí động mạch túi mật (so với ống túi mật)	Trước	2	3,1
	Trên	6	9,2
	Sau	30	4,2
	Trước trên	5	7,7
	Sau trên	20	30,8
	Khác	2	3,1
Xử lý động mạch túi mật	Kẹp	48	73,8
	Kẹp + buộc	4	6,2
	Kẹp + đốt	13	20,0

Trong phẫu thuật cho 65 trường hợp này, chúng tôi tiến hành phẫu tích túi mật hoàn toàn bằng dao điện đơn cực (30 - 35 W), lấy bỏ túi mật bằng túi tự tạo. Để thuận lợi hơn trong quá trình phẫu thuật, chúng tôi chọc hút túi mật 28 trường hợp (43,1%), tương tự với Võ Quốc Toàn, Nguyễn Tấn Cường. Việc chọc hút giúp giảm thể tích túi mật để mở rộng phẫu trường giúp cho phẫu tích vùng tam giác Calot an toàn và cầm nắm chắc được túi mật khi thành viêm dày. Tuy nhiên, không được làm xẹp hoàn toàn túi mật sẽ gây khó khăn cho bóc tách khỏi giường túi mật.

Việc xử lý cổ túi mật, động mạch túi mật chủ yếu sử dụng kẹp clip: 44 ca kẹp ống túi mật (67,7%), 48 ca kẹp động mạch túi mật (73,8%), phù hợp với nghiên cứu của Nguyễn Tấn Cường từ năm 1991 - 1995 tại Bệnh viện Chợ Rẫy.

Đối với những trường hợp hoại tử túi mật do sỏi kẹt vùng cổ, chúng tôi chọn phương pháp buộc chỉ nơ Roeder bằng chỉ vicryl 1/0 - 2/0 hoặc phối hợp với kẹp clip do ống túi mật viêm phù nề lớn, hoại tử, dễ tuột clip hoặc nơ buộc. Điều này cũng phù hợp với lựa chọn của Nguyễn Tấn Cường, Nguyễn Thành Tuấn, Văn Tần (tỉ lệ bực mồm do tuột clip hoặc nơ buộc khá cao 21,5%).

**Bảng 4:** Giải phẫu bệnh lý túi mật.

		SỐ BN	TỈ LỆ %
Đại thể hoại tử túi mật		22	33,8
Vi thể viêm hoại tử túi mật		40	61,5
Tính chất dịch mật	Đục	28	43,1
	Mù	37	56,9

Kết quả giải phẫu bệnh lý túi mật của 65 trường hợp đều là VTMC trong đó 40 ca viêm hoại tử túi mật (61,5%). Tỉ lệ hoại tử túi mật cao trong VTMC do sỏi cho thấy việc chỉ định phẫu thuật cấp cứu là tối ưu.

- Hầu hết BN được đặt dẫn lưu sau phẫu thuật, trong đó dẫn lưu dưới gan là 75,4%, 23,1% kết hợp với dẫn lưu Douglas, chỉ có 1 BN không đặt dẫn lưu. Tỉ lệ đặt dẫn lưu cao hơn so với mổ mở. Theo Nguyễn Tấn Cường, tỉ lệ này là 68%. Sờ dĩ cao như vậy vì trong VTMC do sỏi 100% BN đều có viêm dính, quá trình phẫu thuật phải bóc tách nhiều, có chảy máu, xuất tiết phù nề sau mổ, nên việc đặt dẫn lưu dưới gan là hết sức cần thiết. Việc đặt dẫn lưu này vừa theo dõi biến chứng chảy máu, rò mật, vừa bảo đảm tránh áp xe tồn dư. Thời gian dẫn lưu dưới gan trung bình  $2,48 \pm 0,61$  ngày, ngắn nhất 1 ngày, dài nhất 4 ngày. Dẫn lưu

dưới gan phối hợp với dẫn lưu Douglas đối với những trường hợp thủng mật phúc mạc, viêm phúc mạc, có biến chứng trung bình  $6,13 \pm 2,85$  ngày, ngắn nhất 4 ngày, dài nhất 14 ngày.

*\* Tỉ lệ tai biến trong phẫu thuật:*

Không tai biến: 25 BN (38,5%); có tai biến 40 BN (61,5%); chảy máu: 28 BN (43,1%); rơi sỏi: 6 BN (9,2%); chảy máu + rơi sỏi: 5 BN (7,7%); chuyển mổ mở: 1 BN (1,5%).

Chảy máu là tai biến thường gặp nhất, nơi dễ bị chảy máu là động mạch túi mật và vùng cuống túi mật, mặt khác trong VTMC do sỏi tỉ lệ viêm dính rất cao, mạch máu tăng sinh dễ bị chảy máu khi phẫu tích. Trong nghiên cứu này có 28 BN (43,1%) bị chảy máu, tương tự với Kong Kim Each (44,9%), cao hơn so với Nguyễn Tấn Cường (33,3%).

Đối với tai biến rơi sỏi trong trường hợp hoại tử túi mật, túi mật căng to. Thành túi mật viêm mủn, khi bóc tách rất dễ thủng, gây chảy dịch mật và rơi sỏi, chúng tôi đã chủ động chọc hút túi mật, nhưng vẫn không tránh khỏi tai biến rơi sỏi: (11 ca = 16,9%), thấp hơn so với Đỗ Trọng Hải (29,4%).

*\* Biến chứng sớm sau phẫu thuật:*

Không biến chứng: 44 BN (67,7%); chảy máu: 3 BN (4,6%); rò mật: 3 BN (4,6%); áp xe tồn lưu: 4 BN (6,2%); nhiễm trùng vết mổ: 11 BN (16,9%).

Biến chứng sớm sau phẫu thuật gặp chủ yếu là nhiễm trùng vết mổ (16,9%). Biến chứng rò mật gặp ba trường hợp (4,6%), trong đó 2 BN điều trị nội khoa, còn 1 BN phải đặt stent ống mật chủ bằng kỹ thuật chụp đường mật ngược dòng.

4 BN (6,2%) áp xe tồn lưu (tụ dịch trong ổ bụng sau phẫu thuật). Tỷ lệ biến chứng này cao hơn của Đỗ Trọng Hải, Phạm Anh Tuấn (1,5 - 2,9%). Đây là biến chứng hay gặp trong VTMC do sỏi khi đã có dấu hiệu thâm mật phúc mạc, viêm phúc mạc, nhưng nhờ can thiệp kịp thời, an toàn, không có trường hợp nào phải mổ lại, khác với Nguyễn Thành Tuấn biến chứng này gặp 68,7% và phải mổ lại 3,1%.

- Đau sau mổ: hạ sườn phải: 40%, vai phải: 33,8%, hạ sườn + vai phải: 13,8%, toàn bụng: 12,4%.

- Sốt sau mổ: không sốt: 20%. Thời gian sốt tối đa 5 ngày (3,1%).

- Số ngày nằm viện trung bình 6,98 ± 3,61 ngày, ngắn nhất 3 ngày, dài nhất 26 ngày (do thời gian can thiệp biến chứng). Tương tự với Kong Kim Each, thời gian nằm viện là 5,7 ngày, nhưng theo Nguyễn Thành Tuấn thời gian nằm viện 11,5 ngày. Một số tác giả khác: Glavic.Z và CS thời gian trung bình 4,38 ngày. So với các nghiên cứu về phẫu thuật kinh điển thì phẫu thuật nội soi có lợi thế rõ rệt về thời gian.

sườn + vai phải: 13,8%, toàn bụng: 12,4%. Sốt sau mổ: không sốt: 20%. Thời gian sốt tối đa 5 ngày (3,1%). Số ngày nằm viện trung bình 6,98 ± 3,61 ngày, ngắn nhất 3 ngày, dài nhất 26 ngày

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Đỗ Kim Sơn, Nguyễn Thuyên, Trần Gia Khánh, Đoàn Thanh Tùng. Nghiên cứu và điều trị phẫu thuật bệnh lý sỏi mật tại Bệnh viện Việt Đức. Tạp chí Ngoại khoa. 2000, số 2: tr.18-23.

2. Nguyễn Tấn Cường. Điều trị sỏi túi mật bằng phẫu thuật cắt túi mật qua soi ổ bụng. Luận án Phó Tiến sỹ khoa học Y - dược, TPHCM. 1997.

3. Legorreta AP, Silber JH, Costantino GN, Kobylinski RW, Zatz SL. Increased cholecystectomy rate after introduction of laparoscopic cholecystectomy. JAMA 1993, pp.1429-32.

4. Vander Velpen GC, Shimi SM, Cuschieri A. Outcome after cholecystectomy for symptomatic gallstone disease and effect of surgical access: laparoscopic vs open approach. Gut. 1993, 34, pp. 1448-51.

## KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu chúng tôi rút ra những nhận xét sau: cắt túi mật nội soi điều trị VTMC do sỏi là phẫu thuật hiệu quả, tỷ lệ thành công cao 64/65 trường hợp (98,5%), chỉ có 1,5% phải chuyển sang mổ mở. Tai biến trong phẫu thuật 61,5% (nhất là chảy máu: 43,1%, rơi sỏi: 9,2%, chảy máu + rơi sỏi: 7,7%.) 67,7% không có biến chứng sau phẫu thuật, các biến chứng như chảy máu, rò mật, áp xe tồn dư, nhiễm trùng vết mổ gặp với tỷ lệ thấp (4,6 - 16,9%). Đau sau mổ: hạ sườn phải: 40%, vai phải: 33,8%, hạ

