

ĐÁNH GIÁ TRÀO NGƯỢC DỊCH MẬT BẰNG XẠ HÌNH TRÊN BỆNH NHÂN SAU PHẪU THUẬT TRIỆT CĂN UNG THƯ DẠ DÀY CỰC DƯỚI

ĐẶNG VĂN DŨNG – Khoa Ngoại Tổng Quát, BVTWQĐ108

TÓM TẮT

Đánh giá tình trạng trào ngược dịch mật trên bệnh nhân ung thư dạ dày cực dưới đã được phẫu thuật triệt căn là công việc quan trọng trong theo dõi bệnh nhân. Nhằm khắc phục hạn chế của các xét nghiệm hiện nay, tại bệnh viện TWQĐ 108, chúng tôi tiến hành nghiên cứu vai trò của chụp xạ hình trong chẩn đoán tình trạng trào ngược dịch mật trên bệnh nhân đã được phẫu thuật triệt căn ung thư dạ dày cực dưới. **Kết quả:** từ tháng 1 năm 2006 đến tháng 1 năm 2009, đã có 109 bệnh nhân tham gia nghiên cứu này. Trong đó, tỷ lệ nam/nữ:70/39, tuổi mắc bệnh trung bình của nam, nữ lần lượt là:52,01 (thấp nhất: 19 tuổi, cao nhất: 86 tuổi). Căn cứ vào cách thức phục hồi lưu thông môn vị dạ dày- hồng tràng, bệnh nhân được chia thành hai nhóm (51 bệnh nhân nhóm I: khâu nối kiểu Billroth II, trước đại tràng ngang; 58 bệnh nhân nhóm II: khâu nối kiểu Roux en Y trước đại tràng ngang). Kết quả đánh giá bằng xạ hình cho thấy:trong thời gian theo dõi 60 phút, tỷ lệ bệnh nhân có hiện tượng trào ngược 44,03% (nhóm I:94,1%, nhóm II:0 %). Tỷ lệ bệnh nhân có biểu hiện lâm sàng trên bệnh nhân có trào ngược trên xạ hình:68,8%. Tỷ lệ bệnh nhân có biểu hiện lâm sàng trên bệnh nhân chụp xạ không trào ngược, trào ngược nhẹ, trào ngược trung bình và trào ngược nặng lần lượt là: 4,9%; 25%, 50% và 91,6%.**Kết luận:** xạ hình là phương pháp chẩn đoán hình ảnh có độ chính xác cao và mang tính định lượng. Trào ngược trên xạ hình càng nặng thì biểu hiện lâm sàng càng rõ và ngược lại.

Từ khóa: trào ngược dịch mật, ung thư dạ dày,

SUMMARY

EVALUATE THE BILE REFLUX BY CHOLESCINTIGRAPHY ON THE PATIENTS WHO HAD BEEN UNDERGONE DISTAL GASTRECTOMY

Abstract: in order to confirm the diagnosis of bile reflux for patients being undergone distal gastrectomy we initially perform cholescintigraphic examination in the 108 Central Military Hospital **Results:** from Jan, 2006 to Jan, 2009, 109 patients have been undergone distal gastrectomy for gastric cancer. Among them, 51 patients have been undergone reconstruction of alimentary tract with Billroth I procedure (group I); the rest with Roux en Y procedure (group II). Owing to cholescintigraphy we had identified 48 patients with bile reflux (all of them belong to group I) and 61 patients without bile reflux. Ratio of symptomatic bile reflux patients and asymptomatic one with bile reflux was 68,8%and 31,2%, respectively. The more serious bile reflux the many patients suffer clinical symptoms as bile vomiting, nausea and upper abdominal discomfortable feeling. **Conclusion:** cholescintigraphy technique was safe, easy to perform the diagnosis accurately for bile reflux. The more serious bile reflux the much patients suffered clinical symptoms of bile reflux.

Keywords: postoperative bile reflux evaluation.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Sau phẫu thuật điều trị triệt căn ung thư dạ dày cực dưới, phần lớn bệnh nhân chịu đựng các hiện tượng bệnh lý liên quan đến rối loạn chức năng dạ dày-ruột gây ra. Trong đó, trào ngược dịch mật là hiện tượng khó tránh khỏi vì mất sự toàn vẹn chức năng của cơ thắt môn vị.

Với sự hiện diện của dịch mật trong môn vị dạ dày, thực quản thì niêm mạc các khu vực này ít nhiều sẽ bị tổn thương và về lâu dài có thể gây nên ung thư hoặc bệnh lý Paget[2][5][6][7][8]. Nhiều thập kỷ qua, liên tục các phương pháp điều trị được đề xuất nhằm phòng hoặc chống tình trạng trào ngược dịch mật nhưng vấn đề chẩn đoán còn bất cập trong xác định mức độ bệnh lý nên các thầy thuốc còn thiếu tự tin trong điều trị.

Nhằm giúp cho thầy thuốc lâm sàng khẳng định chính xác có hay không và mức độ trào ngược dịch mật trên bệnh nhân sau phẫu thuật triệt căn ung thư dạ dày cực dưới, hiện nay có nhiều phương pháp được ứng dụng như đánh giá qua dấu hiệu lâm sàng, do pH trong lòng ống tiêu hóa trên, định lượng dịch mật trong nước bọt...[2]. Với các phương pháp này hoặc phức tạp hoặc độ thuyết phục chưa cao nên chúng tôi tiến hành ứng dụng chất phóng xạ để chẩn đoán mang tính định lượng tình trạng trào ngược dịch mật trên đối tượng bệnh nhân sau phẫu thuật triệt căn ung thư dạ dày cực dưới. Đây là phương pháp chẩn đoán đã được ứng dụng thực tế tại một số nước trên thế giới [4][7][9] nhưng chưa phổ biến tại Việt Nam.

Xuất phát từ cơ sở lý luận và thực tiễn trên, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm mục đích đánh giá tính khả thi và ý nghĩa thực tiễn của việc ứng dụng xạ hình trong chẩn đoán định lượng trào ngược dịch mật trên bệnh nhân sau phẫu thuật cắt dạ dày, giúp cho công tác chẩn đoán và định hướng điều trị bệnh lý tương đối phổ biến này tại Việt Nam, góp phần nâng cao chất lượng sống cho bệnh nhân.

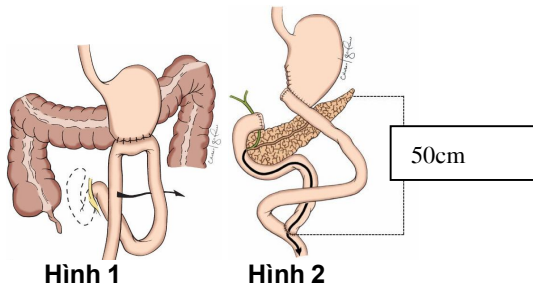
ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng được lựa chọn trong nghiên cứu này là tất cả bệnh nhân, không phân biệt tuổi, giới, nghề nghiệp, quê quán. Những bệnh nhân trong nghiên cứu này được phẫu thuật triệt căn ung thư dạ dày cực dưới, tại khoa Ngoại Tổng Quát, bệnh viện TWQĐ 108 từ tháng 1 năm 2006 đến tháng 1 năm 2009, do một nhóm phẫu thuật viên và một nhóm kỹ thuật viên về xạ hình trực tiếp thực hiện và theo dõi.

Phương pháp nghiên cứu: nghiên cứu tiến cứu, mô tả.

Bệnh nhân được chia thành hai nhóm được can thiệp phẫu thuật khác nhau duy nhất về cách thức phục hồi lưu thông môn vị dạ dày-hồng tràng:

Nhóm I: bệnh nhân, sau khi cắt dạ dày và vét hạch mức D2 thì được phục hồi lưu thông môn vị dạ dày-hồng tràng theo kiểu Billroth II, trước đại tràng ngang (hình 1):



Hình 1

Hình 2

Nhóm II: bệnh nhân sau khi được cắt dạ dày và vét hạch D2 thì được phục hồi lưu thông mồm cụt dạ dày- hồng tràng theo phương pháp Roux en Y trước đại tràng ngang (hình 2).

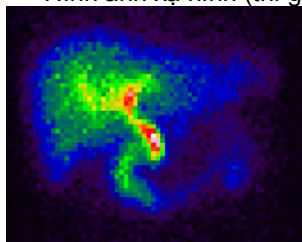
Cách thức đánh giá trào ngược bằng xạ hình:

Bệnh nhân đủ 6 tháng, kể từ ngày phẫu thuật, sẽ được tiến hành kỹ thuật đo xạ tại khoa Y Học Hạt Nhân, bệnh viện TƯQĐ108.

Quy trình thực hiện kỹ thuật như sau: bệnh nhân được nhịn ăn từ tối hôm trước đến 8 giờ sáng hôm sau, bắt đầu kiểm tra bằng tiêm Tc99m DICIDA vào tĩnh mạch (tiêm bolus), 60 phút sau, tiêm sincalide (dạng hoạt động của cholecystokinin) qua đường tĩnh mạch. Tiêm sincalide nhằm mục đích kích thích co bóp túi mật, tổng mật vào ống mật chính, xuống ruột. Sau tiêm sincalide 30 phút, bệnh nhân bắt đầu được máy camera quét ổ bụng, vùng gan mật và trên rốn, liên tục ghi lại toàn bộ quá trình di chuyển của chất phóng xạ Tc99m, trong thời gian 60 phút (hình 1 và hình 4).

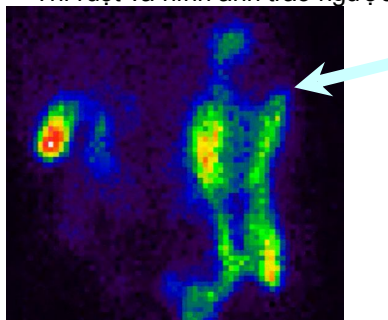
Hiện tượng trào ngược được lượng hóa bằng số đếm hoạt chất phóng xạ trong vùng quan tâm (ROI: Region Of Interesting). Phần mềm chuyên dụng được ứng dụng để thực hiện quá trình tính toán này.

Hình ảnh xạ hình (thì gan, mật)



Hình 3

Thì ruột và hình ảnh trào ngược



Hình 4

Đánh giá kết quả xạ hình:

ROI=0: Không trào ngược

ROI: từ 1 đến 99 là trào ngược mức độ nhẹ

ROI: từ 100 đến 199 là trào ngược mức độ vừa

ROI: từ trên 200 mức độ nặng

Cách thức ghi nhận dấu hiện lâm sàng của trào ngược dịch mật

Khi bệnh nhân có ít nhất một trong các dấu hiệu sau đây thì được xem là trào ngược trên lâm sàng dương tính: 1) nôn ra dịch mật; 2)Ợ; 3) cảm giác buồn nôn và đầy tức vùng thượng vị hoặc sau xương ức.

KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

Bảng 1: đặc điểm bệnh nhân

Đặc điểm	Nhóm I 51	Nhóm II 58
Tuổi trung bình	49,96 (trẻ nhất:19, già nhất:86)	53,82 (29-81) (trẻ nhất:29, già nhất:81)
Giới (Nam/nữ)	36/15	34/24
Cách thức phục hồi	Billroth II	Roux en Y

Sự khác biệt về giới, tuổi của hai nhóm: I và II không có ý nghĩa về mặt thống kê. Nhóm I, dịch mật bất buộc phải đi qua mồm cụt dạ dày rồi xuống “**quai đi**” nhưng nhóm II, dịch mật theo quai tới xuống trực tiếp “**quai đi**”, cách dạ dày 50cm. Đây là điểm khác biệt chính của hai nhóm bệnh nhân trong nghiên cứu và cũng là nguyên nhân chính của hầu hết biểu hiện lâm sàng và cận lâm sàng trên bệnh nhân sau phẫu thuật điều trị triệt căn ung thư dạ dày cực dưới trong nghiên cứu của chúng tôi.

Bảng 2: Kết quả trào ngược trên xạ hình

	Nhóm I N=51	Nhóm II N= 58
Có trào ngược N= 48	48	0
Không trào ngược N=61	3	58

Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0.001$ giữa hai nhóm. Nhóm I: 94,1% có trào ngược, trong khi đó bệnh nhân nhóm II không thấy xuất hiện trào ngược trong thời gian theo dõi liên tục 60 phút.

Theo kết quả của tác giả Souya Nunobe, 2007, [3] tỷ lệ trào ngược dịch mật ở bệnh nhân sau cắt dạ dày, nối kiểu Roux en Y là: 0,5% (9/182 trường hợp). Theo kết quả của tác giả Kenichiro Fukuhara, 2002, [10], tỷ lệ trào ngược được phát hiện được bằng đầu dò Billitec 2000 là: 26,6%. Như vậy các kết quả này đều cao hơn so với kết quả trong nghiên cứu của chúng tôi (0,0%). Sự khác biệt này có thể do số lượng của chúng tôi còn hạn chế và và thời gian theo dõi của tác giả Kenichiro Fukuhara là 24 giờ, gấp 24 lần so với thời gian theo dõi xạ trên một bệnh nhân của chúng tôi Nhưng cũng chưa loại trừ sự khác biệt là do vị trí đặt 2 miệng nối của tác giả này quá ngắn (30cm) trong khi của chúng tôi là 50cm. Tuy nhiên đây không phải là mục tiêu bàn luận của mục đích bài báo này nhưng qua việc đánh giá về hiện tượng trào ngược này, chúng tôi thấy vai trò của xạ hình là rõ ràng. Cũng theo tác giả này [10], tỷ lệ trào ngược dịch mật ở nhóm bệnh nhân sau cắt dạ dày và nối kiểu Billroth II là: 79,2% kết quả này thấp hơn so với kết quả của chúng tôi. Sự khác biệt này có thể do vị trí đặt đầu dò Billitec 2000 của tác giả này cao so với vị trí miệng nối (cách

tâm vị 5cm) trong khi nghiên cứu của chúng tôi quan sát cả tại vị trí miệng nối dạ dày-hồng tràng.

Theo kết quả nghiên cứu của tác giả Stephen B [4] tỷ lệ phát hiện trào ngược trên xạ hình của nhóm bệnh nhân sau cắt dạ dày được nối kiểu Billroth II là 82%.

Tóm lại, mặc dù có sự chênh lệch về tỷ lệ trào ngược trong cùng một cách khâu nối phục hồi nhưng điểm chung giữa kết quả nghiên cứu của chúng tôi với hầu hết các tác giả là với vai trò của xạ hình chẩn đoán cho thấy trào ngược dịch mật ít gặp ở nhóm II so với nhóm I[1].

Bảng 2: mối quan hệ giữa lâm sàng với kết quả xạ hình

	Xạ hình âm tính	Xạ hình dương tính	Tổng
Lâm sàng (không)	58 (95,1%)	15 (31,2%)	73 (67,0%)
Lâm sàng (có)	3 (4,9%)	33 (68,8%)	36 (33,0%)
Tổng	61 (100%)	48 (100%)	100%

Kết quả thể hiện trên bảng 2 cho thấy sự khác biệt giữa hai nhóm có và không trào ngược dịch mật thể hiện lâm sàng có ý nghĩa thống kê với $P < 0,001$. Như vậy, bệnh nhân được xác định trào ngược trên xạ hình thì khả năng có triệu chứng lâm sàng trào ngược rất cao.

Hiện tượng này cũng hoàn toàn lý giải được vì kết quả của xạ hình là sự quan sát trực tiếp, khách quan tình trạng trào ngược dịch mật lên mồm cụt và tình trạng lâm sàng chỉ là sự biểu hiện ra ngoài, bệnh nhân cảm nhận được.

Bảng 3: tỷ lệ gặp bệnh nhân trào ngược trên lâm sàng liên quan đến mức độ trào ngược trên xạ

Mức độ	Số bệnh nhân lâm sàng dương tính	TỶ LỆ (100%)
Nhẹ <100 (n=4)	1	25%
Vừa <200 (n=20)	10	50%
Nặng <300 (n=24)	22	91,6%

Như vậy, trào ngược mức độ càng nhẹ thì tỷ lệ biểu hiện lâm sàng càng thấp. Qua kết quả này cho thấy mối liên quan tỷ lệ thuận giữa mức độ trào ngược trên xạ hình với tỷ lệ phát hiện bệnh nhân có dấu hiệu lâm sàng trào ngược dịch mật. Đây cũng là cơ sở lý giải cho hiện tượng bệnh nhân có trào ngược dịch mật thực sự nhưng không biểu hiện triệu chứng lâm sàng.

Vậy, với vai trò của xạ hình, tỷ lệ phát hiện bệnh nhân có trào ngược nhưng không triệu chứng lâm sàng sẽ cao hơn và góp phần vào việc chủ động điều trị trào ngược cho nhóm bệnh nhân này.

Bảng 4: lâm sàng có trào ngược nhưng xạ hình âm tính

	Số bệnh nhân	%
Có biểu hiện lâm sàng	3	4,9
Không biểu hiện lâm sàng	58	95,1
Tổng	61	100%

Kết quả thể hiện trên bảng 4 cho thấy: mặc dù xạ hình âm tính với dấu hiệu trào ngược dịch mật nhưng trên lâm sàng vẫn gặp 4,9% trường hợp có triệu chứng trào ngược. Tỷ lệ này tuy không cao nhưng qua thực tế khách quan này cho thấy tỷ lệ âm tính giả trên xạ hình là có thật. Sự bỏ sót trong chẩn đoán của xạ hình có thể do tư thế bệnh nhân, do hạn chế thời gian theo dõi trong 60 phút.... Vì vậy nên kết hợp biểu hiện lâm sàng với xạ hình để nâng cao độ chính xác trong chẩn đoán bệnh lý

trào ngược dịch mật đối với bệnh nhân sau phẫu thuật triệt căn điều trị ung thư dạ dày cực dưới.

KẾT LUẬN VÀ KIẾN NGHỊ:

Xét nghiệm xạ hình đánh giá tình trạng trào ngược dịch mật lên mồm cụt dạ dày là một kỹ thuật xét nghiệm an toàn, dễ thực hiện ở cơ sở được trang bị hệ thống chụp xạ và kỹ thuật viên có kinh nghiệm về xạ hình, có hệ thống Camera quan sát liên tục quá trình chất phóng xạ từ lúc tập trung đến gan đến lúc rời khỏi gan theo đường mật xuống ruột.

Xạ hình cho phép chẩn đoán chính xác dấu hiệu trào ngược dịch mật đạt 100%, đây là kết quả tin cậy vì có cơ sở là trực tiếp quan sát trên màn hình nên không có hiện tượng dương tính giả. Với kỹ thuật này, khả năng phát hiện được 42/48 (87,5%-) trường hợp có biểu hiện lâm sàng. Khi mức độ trào ngược trên xạ hình có ROI >200 thì 100% trường hợp có biểu hiện trào ngược trên lâm sàng; khi ROI trong giới hạn từ 100 đến 200 thì tỷ lệ biểu hiện lâm sàng là: 17/20 (85%) và khi ROI trong giới hạn 1 đến 99 thì tỷ lệ bệnh nhân xuất hiện triệu chứng lâm sàng chỉ 1/4 (25%).

Tỷ lệ âm tính giả trên xạ hình của bệnh nhân có trào ngược là: 4,9%. Vì vậy việc kết hợp giữa xạ hình với thăm khám lâm sàng là cần thiết để tránh bỏ sót bệnh nhân có tình trạng trào ngược dịch mật.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Kyoichi Takaori, MD et all(2005). A secure technique of intracorporeal Roux en Y reconstruction after laparoscopic distal gastrectomy. The american Journal of surgery 189 178-183
2. Eugenio De Corso, MD, 2007 and all. Bile Acids and total Bilirubin detection in Saliva of Patients Submitted to gastric surgery and in Particular to Subtotal Billroth II resection. Ann Surg;245: 880-885
3. Souya Nunobe (2007) · Abuchi Okaro. Billroth I versus ROux en Y reconstruction: a quality of life survey at 5 years. Int J Clin Oncol 12:433-439
4. Stephen B. Clinical and radionuclide evaluation of Bile Diversion be Broun Enteroenterostomy: Prevention and Treatment of Alkaline Reflux Gastritis. ANNALS OF SURGERY. Vol. 219, No. 5,458-466
5. Eva Wolfgarten (2007). Duodeno- Gastric- Esophageal Reflux - What is pathologic? Comparison of patients with Brerrett,s Esp[hagus and age-Matched volunteers. J Gastrointest Surg 11:479-486
6. Attwood et al (1992). Duodeno-esophageal reflux and the development of esophageal adenocarcinoma in rats. Surgery;111:503-510
7. Adam Szarszewski (1999) Duodenogastric reflux: clinical and therapeutic aspects Arch Dis Child; 81:16±20..
8. Ken Kondo(2002). Duodeno gastric reflux and gastric stum carcinoma. Gastric Cancer 5: 16-22.
9. Xynos E et al (1991). Enterogastric reflux after various types of antiulcer gastric surgery: quantitation by 99mTc-HIDA scintigraphy. Gastroenterology;101:991-998
10. Kenichiro Fukuhara, M.D (2002). Reconstruction procedure after distal gastrectomy for gastric cancer that that prevents duodenogastroesophageal reflux. World J. Surg. 26, 1452-1457.