

NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ CẬN LÂM SÀNG TRÊN BỆNH NHÂN NANG ỐNG MẬT CHỦ

Nguyễn Hải Đăng*, Bùi Tuấn Anh**, Nguyễn Quang Nghĩa***

TÓM TẮT

Mục tiêu: Khảo sát các đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng trên bệnh nhân (BN) người trưởng thành bị nang ống mật chủ (OMC) được phẫu thuật nội soi cắt nang. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu tiền cứu 68 BN người trưởng thành được chẩn đoán và điều trị nang OMC bằng phẫu thuật nội soi cắt nang OMC tại bệnh viện Bình Dân Tp Hồ Chí Minh, từ tháng 01/2015 đến tháng 12/2019. **Kết quả:** Tuổi trung bình là $38,0 \pm 11,9$ tuổi (18 tuổi – 60 tuổi). Nữ chiếm đa số so với nam 91,2%. Lý do nhập viện chủ yếu là đau bụng 94,1%. Triệu chứng lâm sàng thường gặp nhất là đau bụng 97,1%. Các triệu chứng lâm sàng và các xét nghiệm cận lâm sàng chỉ phản ánh mức độ tắc mật và tình trạng nhiễm trùng đường mật hoặc chức năng của gan. Chẩn đoán xác định và phân loại nang chủ yếu dựa vào các phương tiện chẩn đoán hình ảnh (Siêu âm, CTscan, MRCP). **Kết luận:** Nang ống mật chủ là bệnh lý thường gặp ở người trẻ tuổi, nữ. Bệnh cảnh lâm sàng chủ yếu là đau bụng. Chẩn đoán xác định và phân loại nang OMC trước mổ chủ yếu dựa vào các phương pháp chẩn đoán hình ảnh (Siêu âm, CTscan, MRCP).

Từ khóa: Nang ống mật chủ, người trưởng thành, lâm sàng, cận lâm sàng, chẩn đoán hình ảnh.

SUMMARY

STUDY ON CLINICAL AND PARACLINICAL SYMPTOMS OF ADULT PATIENTS WITH CHOLEDOCHAL CYST

Target: Survey on clinical and paraclinical of adult patients with choledochal cyst undergoing laparoscopic cystectomy. **Object and method:** Prospective research on 68 adult patients diagnosed with choledochal cyst and undergoing laparoscopic cystectomy at Binh Dan Hospital, Ho Chi Minh City, from January 2015 to December 2019. **Results:** The mean age was 38.0 ± 11.9 years old (18 years old – 60 years old). Females accounted for the majority compared to males 91.2%. The main reason for admission was abdominal pain 94.1%. The most common clinical symptom is abdominal pain 97.1%. Clinical symptoms and laboratory tests only reflect the degree of biliary obstruction and the state of biliary tract infection or liver function. Diagnosis and classification of choledochal cyst are mainly based on

diagnostic imaging equipment (Ultrasound, CTscan, MRCP). **Conclusions:** The choledochal cyst is a common disease in young people and women. The main clinical symptom is abdominal pain. Preoperative diagnosis and classification of choledochal cysts are mainly based on diagnostic imaging equipment (Ultrasound, CTscan, MRCP).

Keywords: Choledochal cyst, adult patients, clinical evidence, paraclinical, diagnostic imaging equipment.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ở nước ta, trước đây chẩn đoán nang OMC chủ yếu dựa vào lâm sàng, tuy nhiên triệu chứng lâm sàng của nang OMC ở người lớn thường không điển hình. Từ sau năm 1986 với sự phát triển của siêu âm, rồi đến chụp mật-tụy ngược dòng, chụp mật xuyên gan qua da và với sự phát triển của chụp điện toán cắt lớp, và gần đây là chụp cộng hưởng từ mật-tụy, việc phát hiện và chẩn đoán nang OMC trở nên thuận lợi và chính xác hơn, nhờ đó chẩn đoán được sớm và tỷ lệ phẫu thuật ở người lớn cũng tăng lên [2].

Chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm mục tiêu khảo sát các đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng trên bệnh nhân (BN) người trưởng thành bị nang ống mật chủ được phẫu thuật nội soi cắt nang tại bệnh viện Bình Dân.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

❖ Tiêu chuẩn chọn bệnh

- ✓ BN là người trưởng thành 16 đến 60 tuổi.
- ✓ Được chẩn đoán nang OMC loại I, II, IV dựa vào siêu âm, chụp cắt lớp điện toán (CTscan), cộng hưởng từ mật tụy (MRCP).
- ✓ Được điều trị bằng phẫu thuật nội soi cắt nang OMC.

❖ Tiêu chuẩn loại trừ

- ✓ BN có nguy cơ phẫu thuật cao ASA > 3.
- ✓ Có vết mổ cũ trên rốn.
- ✓ Đang mang thai.
- ✓ Bệnh nhân bị bệnh nội khoa nặng, chống chỉ định phẫu thuật nội soi ổ bụng.

2.2. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả tiến cứu, hàng loạt trường hợp.

2.3. Thời gian và địa điểm nghiên cứu: Từ tháng 01/2015 đến tháng 12/2019 tại bệnh viện Bình Dân Tp Hồ Chí Minh.

2.4. Thu thập, phân tích và xử lý số liệu: Tất cả số liệu được mã hóa, nhập và tính toán

*Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch

**Hoc viện Quân y

***Bệnh viện Việt Đức

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Hải Đăng

Email: drhaidang@gmail.com

Ngày nhận bài: 5/3/2022

Ngày phản biện khoa học: 28/3/2022

Ngày duyệt bài: 20/4/2022

dựa vào phần mềm SPSS 26 for Windows. Dùng phép kiểm T-test hay ANOVA để so sánh giá trị trung bình của 2 hay nhiều biến định lượng. Dùng phép kiểm χ^2 để so sánh tần số của các biến số định tính. Tính độ nhạy, độ đặc hiệu của các phương pháp chẩn đoán hình ảnh và đối chiếu với kết quả phẫu thuật. Tính chỉ số Kappa dựa trên so sánh với kết quả phẫu thuật.

2.5. Định nghĩa các biến số nghiên cứu:

- Phân loại nang: theo phân loại của Todani T 1997.
- Kích thước nang ngang, dọc: đo khoảng cách ngang, dọc lớn nhất của nang trên siêu âm, Ctscan, MRCP, trong mổ.
- Các chỉ số xét nghiệm thường quy:
 - Bạch cầu: 4.500 - 10.500/mm³
 - Bilirubin toàn phần: 0,2-1,0mg/dL hay 3,4 - 17,1 μ mol/L
 - Bilirubin trực tiếp: 0,0-0,4mg/dL hay 0-7 μ mol/L
 - Bilirubin gián tiếp: 0,1-1mg/dL hay 1-17 μ mol/L
 - SGOT: Nam < 25UI/L, Nữ < 21UI/L
 - SGPT: Nam: < 22 UI/L, Nữ: < 17 UI/L
 - Amylase máu: Người trưởng thành: 53 - 123 U/L hay 0,88 - 2,05 nkat/L.
 - Amylase niệu: 0 - 375U/L

III. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

Từ 01/2015 đến 12/2019 chúng tôi đã phẫu thuật cắt nang OMC cho 68 BN người trưởng thành tại bệnh viện Bình Dân. Chúng tôi ghi nhận được những kết quả sau.

Bảng 1. Đặc điểm chung

Tuổi		38,0 ± 11,9 tuổi (18 tuổi – 60 tuổi)
Giới	Nam	6(8,8%)
	Nữ	62 (91,2%)
Địa dư	Thành thị	23 (33,8%)
	Nông thôn	45 (66,2%)

- Lứa tuổi hay gặp là ở nhóm tuổi dưới 45 tuổi tương tự như những nghiên cứu khác [6], [2] độ tuổi càng cao thì tỉ lệ bệnh ít gặp hơn.

- Nữ chiếm đa số so với nam 91,2%. Tỷ lệ này cũng tương đồng với các tài liệu trong y văn cũng như nhiều báo cáo trên thế giới [1]. Tất cả các nghiên cứu đều ghi nhận nang OMC chiếm tỉ lệ cao ở nữ nhưng chưa giải thích được nguyên nhân, đặc biệt ở nhóm BN lớn tuổi thì tỉ lệ này càng chênh lệch rõ như trong nghiên cứu của Huang C.S. tỉ lệ này là 4,9/1 so với nhóm bệnh nhi thì tỉ lệ này là 1,5/1 [4].

Bảng 2. Lý do nhập viện

LD nhập viện	N (Số BN)	Tỉ lệ (%)
Đau bụng HSP	64	94,1
Vàng da	2	2,9

Phát hiện tình cờ	2	2,9
TỔNG	68	100,0

- BN nhập viện chủ yếu với triệu chứng đau bụng hạ sườn phải chiếm 94,1%. Điều này cũng có thể giải thích được dựa trên những biến chứng thường gặp của bệnh lý nang ống mật chủ là nhiễm trùng đường mật, sỏi đường mật hay trong bệnh cảnh của một đợt viêm tụy cấp.

Bảng 3. Kết quả chẩn đoán của siêu âm trước phẫu thuật

Siêu âm		N (Số BN)	Tỉ lệ (%)
Nang OMC đơn thuần		51	75,0
Bất thường	Kèm sỏi mật	14	20,6
	Viêm tụy	0	0,0
	Bất thường giải phẫu	0	0,0
	Ứ mật	4	5,9
	Nang viêm dính	1	1,5

- Siêu âm chẩn đoán sỏi mật có độ nhạy là 47,8% và độ đặc hiệu là 93,3%. Sự đồng thuận giữa siêu âm và phẫu thuật trong chẩn đoán sỏi mật là trung bình với Kappa = 0,455 (p = 0,000).

- Siêu âm chẩn đoán bất thường giải phẫu trong đường mật có độ nhạy là 0,0% và độ đặc hiệu là 100,0%. Sự đồng thuận giữa siêu âm và phẫu thuật trong chẩn đoán bất thường giải phẫu là thấp với Kappa = 0,000.

- Siêu âm chẩn đoán ứ mật có độ nhạy là 33,3% và độ đặc hiệu là 95,2%. Sự đồng thuận giữa siêu âm và phẫu thuật trong chẩn đoán gan ứ mật là dưới trung bình với Kappa = 0,308 (p = 0,011).

- Siêu âm chẩn đoán nang viêm dính có độ nhạy là 0,0% và độ đặc hiệu là 97,1%. Không có sự đồng thuận giữa siêu âm và phẫu thuật trong chẩn đoán nang viêm dính là thấp với Kappa = 0,29 (p = 0,328).

Bảng 4. Kết quả chẩn đoán thể nang bằng siêu âm trước phẫu thuật

Loại nang/SA	N (Số BN)	Tỉ lệ (%)
IA	43	63,2
IB	2	2,9
IC	14	20,6
IVA	9	13,2
Tổng	68	100,0

- Nang OMC loại I chiếm đa số TH (63,2%) dưới ghi nhận của siêu âm.

Kích thước nang qua siêu âm. Kích thước ngang: trung bình là 28,5 ± 10,8 mm, trong đó đường kính nang lớn nhất là 91,0 mm và nhỏ nhất là 14,0 mm.

Kích thước dọc: trung bình là $58,8 \pm 16,8$ mm, trong đó đường kính nang lớn nhất là 148,0 mm và nhỏ nhất là 21,0 mm.

Siêu âm là một phương tiện được sử dụng phổ biến và rất có giá trị trong chẩn đoán bệnh nang ống mật chủ bởi nhiều ưu điểm như độ nhạy và độ đặc hiệu cao, rẻ tiền, không xâm nhập và có thể sử dụng nhiều lần. Việc sử dụng rộng rãi của siêu âm đã giúp cho việc chẩn đoán bệnh nang ống mật chủ dễ dàng hơn và điều trị bệnh sớm hơn trước khi có các biến chứng nặng nề.

Bảng 5. Kết quả chẩn đoán của chụp cắt lớp vi tính trước phẫu thuật

CTscan		N (Số BN)	Tỉ lệ (%)
Nang OMC đơn thuần		11	42,3
Bất thường	Kèm sỏi mật	12	46,2
	Viêm tụy	0	0,0
	Bất thường giải phẫu	1	3,8
	Ứ mật	6	23,1
	Nang viêm dính	1	3,8

- Có 26 BN (38,2%) trong nghiên cứu của chúng tôi được chụp cắt lớp vi tính bụng.

- Chẩn đoán sỏi mật của CTscan bụng có độ nhạy là 100,0% và độ đặc hiệu là 93,3%. Sự đồng thuận giữa CTscan bụng và phẫu thuật trong chẩn đoán sỏi mật là rất tốt với Kappa = 0,922 ($p = 0,000$).

- Chẩn đoán bất thường giải phẫu trong đường mật của CTscan bụng có độ nhạy là 100,0% và độ đặc hiệu là 50,0%. Sự đồng thuận giữa CTscan bụng và phẫu thuật trong chẩn đoán bất thường giải phẫu là tốt với Kappa = 0,649 ($p = 0,000$).

- Chẩn đoán gan ứ mật của CTscan bụng có độ nhạy là 100,0% và độ đặc hiệu là 87,0%. Sự đồng thuận giữa CTscan bụng và phẫu thuật trong chẩn đoán gan ứ mật là tốt với Kappa = 0,606 ($p = 0,001$).

- Chẩn đoán nang viêm dính của CTscan bụng có độ nhạy là 0,0%, độ đặc hiệu là 91,7%.

Sự đồng thuận giữa CTscan bụng và phẫu thuật trong chẩn đoán nang viêm dính là thấp với Kappa = - 0,077 ($p = 0,271$).

Bảng 6. Kết quả chẩn đoán loại nang bằng chụp cắt lớp vi tính

Loại nang / CTscan	N (Số BN)	Tỉ lệ (%)
IA	12	46,2
IB	1	3,8
IC	8	30,8
IVA	5	19,2
Tổng	26	100,0

- Có 21 TH được chụp cắt lớp vi tính cho kết quả nang ống mật chủ loại IA, IB, IC theo phân loại Todani (80,8%), 5 TH là loại IVA (19,2%).

Kích thước nang qua CTscan bụng:

- Kích thước ngang: trung bình là $34,0 \pm 12,0$ mm, trong đó đường kính nang lớn nhất là 78,0 mm và nhỏ nhất là 18,0 mm.

- Kích thước dọc: trung bình là $66,3 \pm 22,5$ mm, trong đó đường kính nang lớn nhất là 145,0 mm và nhỏ nhất là 38,0 mm.

Bảng 7. Kết quả chẩn đoán của chụp cộng hưởng từ mật – tụy

MRCP		N (Số BN)	Tỉ lệ (%)
Nang OMC đơn thuần		24	51,1
Bất thường	Kèm sỏi mật	18	38,3
	Viêm tụy	1	2,1
	Bất thường giải phẫu	1	2,1
	Ứ mật	8	17,0
	Nang viêm dính	10	21,3

- Có 47 BN (69,1%) trong nghiên cứu của chúng tôi được chụp MRCP.

- Chẩn đoán sỏi mật của MRCP có độ nhạy là 92,9% và độ đặc hiệu là 84,8%. Sự đồng thuận giữa MRCP và phẫu thuật trong chẩn đoán sỏi mật là tốt với Kappa = 0,718 ($p = 0,000$).

- Chẩn đoán bất thường giải phẫu trong đường mật của MRCP có độ nhạy là 16,7% và độ đặc hiệu là 100,0%. Sự đồng thuận giữa MRCP và phẫu thuật trong chẩn đoán bất thường giải phẫu là dưới trung bình với Kappa = 0,259 ($p = 0,008$).

- Chẩn đoán gan ứ mật của MRCP có độ nhạy là 100% và độ đặc hiệu là 88,6%. Sự đồng thuận giữa MRCP và phẫu thuật trong chẩn đoán gan ứ mật là trung bình với Kappa = 0,499 ($p = 0,000$).

- Chẩn đoán nang viêm dính của MRCP có độ nhạy là 21,7% và độ đặc hiệu là 79,2%. Sự đồng thuận giữa MRCP và phẫu thuật trong chẩn đoán nang viêm dính là thấp với Kappa = 0,009 ($p = 0,940$).

Bảng 8. Kết quả chẩn đoán loại nang bằng cộng hưởng từ mật – tụy

Loại nang/CTscan	N (Số BN)	Tỉ lệ (%)
IA	29	61,7
IB	2	4,3
IC	8	17,0
IVA	8	17,0
Tổng	47	100,0

- Có 39 TH được chụp MRCP cho kết quả nang ống mật chủ loại IA, IB, IC theo phân loại Todani (83,0%), 11 TH là loại IVA (17,0%).

Kích thước nang qua MRCP:

- Kích thước ngang: trung bình là $31,1 \pm 10,9$ mm, trong đó đường kính nang lớn nhất là 58,0 mm và nhỏ nhất là 13,0 mm.

- Kích thước dọc: trung bình là $58,3 \pm 14,6$ mm, trong đó đường kính nang lớn nhất là 94,0 mm và nhỏ nhất là 33,0 mm.

Chẩn đoán xác định nang OMC. Nhiều nghiên cứu cho thấy hầu hết các trường hợp NOMC có thể được chẩn đoán xác định bằng siêu âm bụng. Tuy nhiên, một số trường hợp ống mật chủ chỉ giãn nhẹ thì siêu âm khó xác định. Nghiên cứu của Lee H. C. trên 162 bệnh nhi giãn đường mật cho thấy những trường hợp giãn đường mật ngoài gan ở trẻ lớn hơn một tuổi, độ chính xác của siêu âm chẩn đoán NOMC là 71% nếu lấy mốc đường kính ống mật chủ ≥ 7 mm để khẳng định chẩn đoán. Nếu lấy mốc đường kính ống mật chủ ≥ 10 mm thì độ đặc hiệu là 90%, độ nhạy là 100% và độ chính xác là 97%. Theo tác giả, giãn đường mật ngoài gan, đặc biệt giãn dạng thoi với đường kính ống mật chủ dưới 10 mm không nhất thiết là NOMC bởi vì tất cả giãn ống mật chủ thứ phát do sỏi ống mật chủ, viêm đường mật, viêm tụy hoặc những biến thể bình thường đều giãn dạng thoi. Do đó, các nhà siêu âm thường lấy mốc đường kính ống mật chủ ≥ 10 mm để khẳng định chẩn đoán [5].

Để chẩn đoán những trường hợp nang có đường kính dưới 10 mm các tác giả khuyến nên dùng các kỹ thuật chẩn đoán hình ảnh khác như chụp mật – tụy ngược dòng qua nội soi, chụp đường mật cắt lớp vi tính hay chụp CHTMT. Chụp mật – tụy ngược dòng qua nội soi phải gây mê bệnh nhân, là kỹ thuật xâm hại, khó thực hiện và có nhiều biến chứng. Chụp đường mật cắt lớp vi tính, bệnh nhi bị nhiễm xạ và có thể bị tác dụng phụ của thuốc cản quang. Chụp cộng hưởng từ khắc phục được những nhược điểm trên [5].

Phân loại nang. Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy nang loại I chiếm tỉ lệ cao tương tự với các nghiên cứu khác [1]. Tỉ lệ nang loại IA chiếm 59%, IC chiếm 28%, và IB chỉ có 3%.

Theo Huang C.S. [4] không có sự khác biệt trong phân bố loại nang giữa nhóm bệnh nhi và BN lớn tuổi, trong khi một số nghiên cứu khác cho thấy nang loại IV thường gặp ở BN người trưởng thành [8]. Trong nghiên cứu của Tsai M.S [7], 107 bệnh gồm cả bệnh nhi và người lớn thì chủ yếu là nang loại I, chỉ có 4,7% nang loại IV và không có bất kỳ nang loại nào khác.

Kích thước nang. Năm 2021, Nawabi và cs báo cáo 1 BN nữ 18 tuổi bị nang OMC type I kích thước lớn đến 20cm [6].

Harikrishnan (2020) báo cáo 1 TH nang OMC type IV-A khổng lồ với kích thước 23 x 15 cm được phẫu thuật thành công. Và cho đến nay, đây là báo cáo về nang OMC type IVA lớn nhất [3].

IV. KẾT LUẬN

Nang ống mật chủ là bệnh lý thường gặp ở người trẻ tuổi, nữ. Bệnh cảnh lâm sàng chủ yếu là đau bụng.

Các triệu chứng lâm sàng và các xét nghiệm cận lâm sàng chỉ phản ánh mức độ tắc mật và tình trạng nhiễm trùng đường mật hoặc chức năng của gan. Chẩn đoán xác định và phân loại nang OMC trước mổ chủ yếu dựa vào các phương pháp chẩn đoán hình ảnh (Siêu âm, CTscan, MRCP).

Ngoài ra, các phương pháp chẩn đoán hình ảnh (Siêu âm, CTscan, MRCP) còn có vai trò trong chẩn đoán sỏi mật, bất thường giải phẫu, tình trạng ứ mật và nang viêm dính trước mổ, giúp cho các bác sĩ có kế hoạch phẫu thuật chính xác hơn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bhavsar Mahendra S., Vora Hasmukh B., Giryappa Venugopal H. (2012)**, "Choledochal cysts: a review of literature", Saudi journal of gastroenterology: official journal of the Saudi Gastroenterology Association, 18 (4), pp. 230-266.
2. **Cho M. J., Hwang S., Lee Y. J., et al. (2011)**, "Surgical experience of 204 cases of adult choledochal cyst disease over 14 years", World J Surg, 35 (5), pp. 1094-102.
3. **Harikrishnan Sakthivel, Chandramohan Servarayan Murugesan**, Chandramohan Apsara (2020), "Giant choledochal cyst type 4A: a surgical challenge", The Pan African medical journal, 37, pp. 95-95.
4. **Huang C. S., Huang C. C., Chen D. F. (2010)**, "Choledochal cysts: differences between pediatric and adult patients", J Gastrointest Surg, 14 (7), pp. 1105-10.
5. **Liem N. T., Pham H. D., Dung le A., et al. (2012)**, "Early and intermediate outcomes of laparoscopic surgery for choledochal cysts with 400 patients", J Laparoendosc Adv Surg Tech A, 22 (6), pp. 599-603.
6. **Nawabi Atta, Jabbari Javaneh, Nawabi Perwaiz (2021)**, "Surgical management of a massive choledochal cyst", Journal of Surgical Case Reports, 2021 (2), pp. 1-3.
7. **Tsai M. S., Lin W. H., Hsu W. M., et al. (2008)**, "Clinicopathological feature and surgical outcome of choledochal cyst in different age groups: the implication of surgical timing", J Gastrointest Surg, 12 (12), pp. 2191-5.
8. **Zhang Bing, Wu Dianming, Fang Yifan, et al. (2019)**, "Early complications after laparoscopic resection of choledochal cyst", Pediatric surgery international, 35 (8), pp. 845-852.