

KHẢO SÁT SÓT SỎI SAU MỔ SỎI ĐƯỜNG MẬT CHÍNH

PHẠM VĂN NĂNG, TRẦN THỊ THU THẢO
Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

TÓM TẮT

Mục tiêu nghiên cứu: Xác định tỷ lệ sỏi sỏi sau mổ ống mật chủ lấy sỏi và dẫn lưu Kehr và mối tương quan giữa sỏi sỏi với các yếu tố nguy cơ.

Phương pháp nghiên cứu: tiền cứu, mô tả cắt ngang.

Kết quả: 79 trường hợp mổ sỏi sỏi đường mật chính, tuổi từ 26 – 87 tuổi. Tỷ lệ sỏi sỏi sau mổ khá cao chiếm 35,4 %. Mổ lần đầu tỷ lệ sỏi sỏi là 25%, mổ sỏi sỏi mật lại (do sỏi sỏi hoặc tái phát) là 51,6% ($p < 0,01$). Tỷ lệ hết sỏi sỏi mổ ở nhóm sỏi sỏi đường mật ngoài gan và trong gan lần lượt là 89,2% và 42,9% ($p < 0,001$). Tỷ lệ sỏi sỏi ở bệnh nhân chỉ có sỏi sỏi một nơi (11,5%) với nhóm có sỏi sỏi ở nhiều nơi trong đường mật (47,2%) ($p < 0,05$).

Kết luận: Tỷ lệ sỏi sỏi còn rất cao (35,4%) và yếu tố nguy cơ sỏi sỏi là mổ sỏi sỏi mật nhiều lần, sỏi sỏi trong gan, nhiều nơi trong đường mật và số lượng sỏi sỏi nhiều.

SUMMARY

Aims: To determine residual stones after choledochotomy and T tube insertion and risk factors

of residual stones. Methods: prospective consecutive study.

Results: seventy-nine patients with the age 26-87 years underwent choledochotomy and T tube insertion. Residual stones after the 1st surgery was 25%, 2nd surgery was 51,6% ($p < 0.01$). Stone clearance rate in extrahepatic and intrahepatic stones were 89.2% and 42.9% respectively ($p < 0.001$). Residual stone rate for only site and multiple sites were 11.5% and 47.2% ($p < 0.05$) respectively.

Conclusion: High residual stone rate (35.4%) was seen and risk factors include multiple residual stone choledochotomy, intrahepatic stones, multiple sites and numerous stones.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Sỏi mật là một bệnh lý thường gặp ở nước ta, cũng như các nước khác trên thế giới. Ở Việt Nam và các nước Đông Nam Á thường là sỏi sắc tố mật được hình thành ngay tại đường mật chính có liên quan với ký sinh trùng đường ruột, tập quán sinh sống và mức

sống thấp thường mang lại nhiều biến chứng trầm trọng. Việc điều trị triệt để còn gặp nhiều khó khăn với tỷ lệ sỏi sỏi và sỏi tái phát cao^[3]. Sỏi sỏi và sỏi tái phát là vấn đề đáng lo ngại vì mổ lại có sự thay đổi cấu trúc giải phẫu gây khó khăn cho phẫu thuật viên đồng thời làm tăng tỷ lệ biến chứng.

Tại Bệnh viện Đa khoa Trung Ương Cần Thơ trong 5 năm (1987-1990) có 235 bệnh nhân sỏi ĐMC nhập viện^[9] và chưa có một nghiên cứu nào xác định tỷ lệ sỏi sỏi và nêu ra các yếu tố nguy cơ sỏi sỏi ở bệnh nhân sỏi ĐMC sau khi được điều trị bằng phẫu thuật.

Xuất phát từ thực trạng trên nên chúng tôi tiến hành thực hiện đề tài với mục tiêu: (1) Xác định tỷ lệ sỏi sỏi sau mổ sỏi ĐMC, (2) Xác định mối tương quan giữa sỏi sỏi với các yếu tố nguy cơ.

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu.

Tất cả bệnh nhân vào Bệnh viện Đa khoa Trung Ương Cần Thơ, được chẩn đoán xác định là sỏi đường mật chính đã được điều trị bằng mổ OMC lấy sỏi dẫn lưu Kehr từ ngày 25/6/2006 đến ngày 25/04/2007.

2. Phương pháp nghiên cứu.

Nghiên cứu tiền cứu, mô tả cắt ngang.

3. Phương pháp chọn mẫu.

- Chọn mẫu thuận tiện.
- Tiêu chuẩn chọn mẫu: Bệnh nhân được chẩn đoán xác định là sỏi ĐMC và được điều trị bằng mổ OMC lấy sỏi + dẫn lưu Kehr
- Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân không hợp tác, sau mổ không được kiểm tra bằng cả 2 phương pháp: chụp X-Quang đường mật qua ống dẫn lưu Kehr và siêu âm bụng.

KẾT QUẢ

1. Đặc điểm của nhóm nghiên cứu.

Trong khoảng từ 25/6/2006 đến 25/4/2007 chúng tôi thu thập được 79 trường hợp mổ sỏi đường mật chính được chụp X-Quang và siêu âm kiểm tra sau mổ.

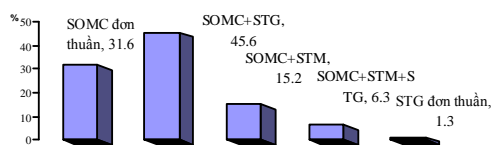
1.1 Đặc điểm tuổi, giới

Sỏi ĐMC thường gặp ở nữ với tỉ lệ nữ/ nam: 1,7/1, độ tuổi thường gặp từ 40 – 59 tuổi (48,1%), cao nhất 87 tuổi và thấp nhất 26 tuổi.

1.2 Phân bố sỏi đường mật chính theo số lần mổ và hoàn cảnh mổ.

Đa số bệnh nhân mổ lần đầu tiên chiếm 60,8%, tỷ lệ mổ lại do sỏi sỏi hoặc sỏi tái phát lần 2 là 31,6%, lần 3 là ít nhất 7,6%. Mổ chương trình chiếm tỷ lệ 49,4% và cấp cứu chiếm 50,6%.

1.3 Phân bố sỏi đường mật chính theo vị trí sỏi:



Biểu đồ 1: Sự phân bố sỏi đường mật chính theo vị trí sỏi

2. Tỷ lệ sỏi sỏi.

Tỷ lệ sỏi sỏi sau mổ khá cao chiếm 35,4 %.

3. Mối liên quan của sỏi sỏi với các yếu tố nguy cơ

3.1. Số lần mổ của bệnh nhân:

Bảng 1: Số lần mổ và sỏi sỏi

	Mổ lần đầu tiên		Mổ nhiều lần	
	n	%	n	%
Sỏi sỏi	12	25	16	51,6
Hết sỏi	36	75	15	48,4
Tổng cộng	48	100	31	100

Tỷ lệ sỏi sỏi đặc biệt tăng cao ở bệnh nhân mổ sỏi mật lại (do sỏi sỏi hoặc tái phát) là 51,6%, trong khi mổ lần đầu tỷ lệ sỏi sỏi là 25%. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$ (test χ^2). Vậy mổ sỏi mật lại có nguy cơ sỏi sỏi nhiều hơn mổ lần đầu ($p < 0,01$).

3.2. Hoàn cảnh mổ của bệnh nhân:

Bảng 2: Hoàn cảnh mổ và sỏi sỏi

	Cấp cứu		Chương trình	
	n	%	n	%
Sỏi sỏi	16	40	12	30,8
Hết sỏi	24	60	27	69,2
Tổng cộng	40	100	39	100

So sánh tỷ lệ sỏi sỏi ở bệnh nhân mổ sỏi mật trong cấp cứu (40%) với tỷ lệ sỏi sỏi trong mổ phiên (30,8%), chúng tôi nhận thấy có sự khác biệt. Sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$ (test χ^2). Như vậy: Mổ sỏi mật trong cấp cứu có tỷ lệ sỏi sỏi không cao hơn nhiều so với mổ phiên ($p > 0,05$).

3.3. Vị trí sỏi:

- Vị trí sỏi đường mật trong/ ngoài gan và sỏi sỏi: Tỷ lệ hết sỏi sỏi ở nhóm sỏi sỏi đường mật ngoài gan chiếm tỷ lệ rất cao 89,2%. Tỷ lệ hết sỏi sỏi ở nhóm sỏi sỏi đường mật trong gan chiếm 42,9%. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$ (test χ^2). Như vậy: Sỏi sỏi trong gan có nhiều nguy cơ sỏi sỏi ($p < 0,001$).

- Vị trí sỏi ở một/ nhiều nơi trong đường mật và sỏi sỏi: Bảng 3:

	Sỏi một nơi		Sỏi nhiều nơi	
	n	%	n	%
Sỏi sỏi	3	11,5	25	47,2
Hết sỏi	23	88,5	28	52,8
Tổng cộng	26	100	53	100

So sánh tỷ lệ sỏi sỏi ở bệnh nhân chỉ có sỏi sỏi một nơi (11,5%) với nhóm có sỏi sỏi ở nhiều nơi trong đường mật (47,2%), chúng tôi nhận thấy có sự khác biệt. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$ (test χ^2).

Như vậy: Mổ sỏi sỏi có nhiều nơi trong đường mật làm tăng nguy cơ sỏi sỏi ($p < 0,05$).

3.4. Số lượng sỏi.

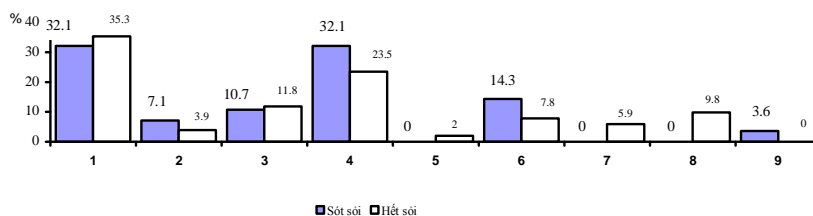
Bảng 4 Số lượng sỏi

	≤ 5 viên sỏi		Có nhiều sỏi	
	n	%	n	%
Sỏi sỏi	5	14,3	23	52,3
Hết sỏi	30	85,7	21	47,7
Tổng cộng	35	44,3	44	55,7

Tỷ lệ sỏi sỏi ở nhóm có nhiều sỏi sỏi là 52,3%, trong khi đó ở nhóm có từ 5 viên sỏi sỏi trở xuống thì chỉ có 14,3%. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với

$p < 0,05$ (test χ^2). Như vậy: *Nhiều sỏi trong đường mật làm tăng tỷ lệ sỏi sỏi ($p < 0,05$).*

3.5. Chỉ định mổ.



Biểu đồ 3: Mối liên quan giữa sỏi sỏi với từng nhóm chỉ định mổ

So sánh tỷ lệ sỏi sỏi ở nhóm bệnh nhân mổ trong điều kiện là biến chứng nặng của sỏi đường mật (sốc, viêm phúc mạc, thủng mật phúc mạc, chảy máu đường mật) với nhóm không có biến chứng nặng, tỷ lệ sỏi sỏi ở 2 nhóm là 41,2% và 31,1%. Sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê $p > 0,05$ (test χ^2). Như vậy: *Nhóm bệnh nhân mổ trong điều kiện là biến chứng nặng của sỏi đường mật có tỷ lệ sỏi sỏi không cao hơn nhóm bệnh nhân không có biến chứng nặng ($p > 0,05$).*

BÀN LUẬN

1. Đặc điểm nhóm nghiên cứu.

Về độ tuổi, kết quả nghiên cứu của chúng tôi sỏi đường mật chính tập trung chủ yếu từ 40-59 tuổi chiếm 48,1%. Tỷ lệ mắc giữa 2 giới, theo đa số các nghiên cứu cho thấy nữ thường mắc nhiều hơn nam tương đương với các nghiên cứu khác Hoàng Tiến, Lại Văn Nông và Nguyễn Hữu Thành.

Tiền sử mổ sỏi đường mật: trong nghiên cứu của chúng tôi cũng cho thấy tỷ lệ mổ sỏi mật lại ở Bệnh viện Đa khoa Trung Ương là rất cao, chiếm 39,2%. Trong đó, mổ lại do sỏi sỏi là 3 ca chiếm 9,7% tổng số ca mổ lại. Tỷ lệ này thấp hơn rất nhiều so với nghiên cứu của Hồ Nam, Văn Tần (1991) 62,5%^[8], cũng thấp hơn so với nghiên cứu của Đỗ Trọng Hải (1995) 45,2%^[4]. Điều này có thể hiểu do mổ lại những trường hợp sỏi sỏi cần có nhiều phương tiện máy móc, kỹ thuật cao nên bệnh nhân vào viện ở tuyến có đủ phương tiện hơn để điều trị bệnh nhằm đạt hiệu quả tốt hơn.

2. Tỷ lệ sỏi sỏi và các yếu tố nguy cơ dẫn đến sỏi sỏi.

Tỷ lệ sỏi sỏi sau mổ: Tỷ lệ sỏi sỏi của chúng tôi với các tác giả trong nước, chúng tôi nhận thấy tỷ lệ sỏi sỏi sau mổ của chúng tôi 35,4% phù hợp với nghiên cứu của Tôn Thất Tùng^[5] 32% và Đỗ Trọng Hải^[4] 26,9% trong tổng số 369 trường hợp Bệnh viện Chợ Rẫy trong 5 năm. Nhưng tỷ lệ của chúng tôi cao hơn của các tác giả Văn Tần và của Hoàng Tiến, điều này có thể giải thích do chúng tôi không có đủ trang thiết bị máy móc thăm dò trong mổ. Một kết quả nghiên cứu ở Australia (1972)^[21] cùng điều kiện với chúng tôi, nghĩa là chỉ có mỗi kỹ thuật chụp X- Quang đường mật qua Kehr sau mổ, tỷ lệ sỏi sỏi ghi nhận được là 28%. Kết quả của chúng tôi cũng phù hợp với kết quả nghiên cứu này.

Mối liên quan của sỏi sỏi với các yếu tố nguy cơ: Tiền căn mổ sỏi mật: theo nghiên cứu của Đỗ

Trọng Hải (1995) tỷ lệ sỏi sỏi ở nhóm mổ lại là 37,4%^[4]. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tỷ lệ sỏi sỏi ở nhóm mổ lại đến 51,6%, trong khi đó tỷ lệ sỏi sỏi ở nhóm mổ lần đầu chỉ 25%, kết quả này phù hợp với kết quả nghiên cứu của Đỗ Trọng Hải.

Vị trí sỏi: Trong tổng số 42 ca có sỏi đường mật trong gan thì có đến 57,1% bị sỏi sỏi. Trong khi đó nếu chỉ có sỏi sỏi ngoài gan thì tỷ lệ sỏi sỏi là thấp hơn nhiều chỉ khoảng 10,8%. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$, test χ^2). Ngoài ra, sỏi sỏi nhiều nơi cũng có nguy cơ sỏi sỏi cao (47,2%). Kết quả này tương tự với kết quả của Đỗ Trọng Hải, Hoàng Tiến.

Sỏi sỏi trong gan dễ bị bỏ sót hoặc không thể lấy hết được vì sỏi sỏi thường nằm rải rác, có khi đầy nghẹt trong các ống mật nằm sâu trong gan. Thực tế trong số liệu của chúng tôi có 2 trường hợp phẫu thuật viên phải xé nhu mô gan để lấy sỏi.

Theo nghiên cứu của Đỗ Trọng Hải (1995): số lượng sỏi sỏi trong đường mật cũng là yếu tố nguy cơ dẫn đến sỏi sỏi sau mổ, tỷ lệ này chiếm 48,5%^[4]. Trong nghiên cứu của chúng tôi thì đây cũng là một yếu tố nguy cơ gây sỏi sỏi, tỷ lệ là 52,3%. Kết quả này cũng tương tự với kết quả của Đỗ Trọng Hải.

KẾT LUẬN

Kết quả nghiên cứu 79 trường hợp mổ sỏi sỏi đường mật chính: Tỷ lệ sỏi sỏi còn rất cao (35,4%) và yếu tố nguy cơ sỏi sỏi là mổ sỏi mật nhiều lần, sỏi sỏi trong gan, nhiều nơi trong đường mật và số lượng sỏi sỏi nhiều.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Hoàng Bắc (2007), "Chỉ định của phẫu thuật nội sỏi trong điều trị sỏi sỏi đường mật chính", Luận án Phó Tiến sĩ Y Học, Đại học Y Dược TP Hồ Chí Minh, TP Hồ Chí Minh.
2. Nguyễn Cao Cương, Văn Tần, Lê Văn Cường (1994), "Điều trị sỏi sỏi ống mật chính tại Bệnh viện Bình Dân 1992-1994", Công trình NCKH Bệnh viện Bình Dân 1995-1996, tr.26-30.
3. Đỗ Trọng Hải (2003), "Sỏi sỏi ống mật chủ", *Bệnh học Ngoại khoa Tiêu Hóa*, Trường Đại học Y Dược Tp. Hồ Chí Minh, tr.121-131.
4. Đỗ Trọng Hải (1995), "Đặc điểm bệnh lý và phương pháp phẫu thuật sỏi sỏi và sỏi sỏi tái phát ở đường mật", Luận án Phó Tiến sĩ Khoa học Y Dược, Đại học Y Dược TP Hồ Chí Minh, TP Hồ Chí Minh.
5. Nguyễn Đình Hồi (1997), "Bệnh sỏi sỏi đường mật ở Việt Nam", Hội nghị KHKH chào mừng nhận huân chương lao động hạng nhất 20 năm thành lập Bệnh viện Đa khoa Đồng Tháp 1977-1997, tr.3-11.

6. Đỗ Xuân Hợp (1977), "Các đường dẫn mật". *Giải phẫu bụng*. NXB Y học 1977, tr.164-171.

7. Lê Thanh Hùng (1998), "*Điều trị cấp cứu sỏi ống mật chủ*", Luận án Thạc sĩ Khoa học Y Dược, Đại học Y Dược TP Hồ Chí Minh, TP Hồ Chí Minh.

8. Hồ Nam, Văn Tần (1991), "Sỏi sỏi và sỏi tái phát ở đường mật", CTNCKH BV Bình Dân, *Hội thảo Ngoại khoa Gan Mật Hậu Giang*, tr.221-224.

9. Lại Văn Nông, Trần Mạnh Dũng (1991), "Chẩn đoán và điều trị ngoại khoa sỏi mật tại BV. Đa khoa Hậu Giang", CTNCKH BV. Hậu Giang 1987-1990, *Hội thảo Ngoại khoa Gan Mật Hậu Giang*, tr.138-144.

10. Nguyễn Quang Quyền (1993), "Bài giảng giải phẫu học", *tập II*, NXB Y học TPHCM, tr.141.