

# CẮT TÚI MẬT NỘI SOI ĐIỀU TRỊ VIÊM TÚI MẬT CẤP

NGUYỄN VĂN QUI, PHẠM VĂN NĂNG  
Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

## TÓM TẮT

**Đặt vấn đề:** Trong thời kỳ đầu của kỷ nguyên cắt túi mật qua nội soi ổ bụng, viêm túi mật cấp (VTMC) được xem là chống chỉ định cho phẫu thuật cắt túi mật nội soi (CTMNS). Tuy nhiên, với kinh nghiệm ngày càng nhiều, một số báo cáo cho thấy VTMC không còn là chống chỉ định nữa. Tại Việt Nam, còn ít công trình nghiên cứu về CTMNS để điều trị viêm túi mật cấp (VTMC). Trong bài báo này chúng tôi trình bày kết quả CTMNS trong điều trị VTMC tại BVĐK Cần Thơ. **Phương pháp nghiên cứu:** hồi cứu, mô tả cắt ngang. **Kết quả:** Từ tháng 6- 2002 đến tháng 7- 2004, có 42 bệnh nhân VTMC được phẫu thuật nội soi. Có 7 bệnh nhân (16,7%) phải chuyển mổ hở. Thời gian mổ trung bình là 94 phút. Không có tai biến trong mổ. Biến chứng sau mổ: 1 ca tụ dịch nhẹ dưới gan và 2 ca nhiễm trùng vết trocar rón và cả 3 ca đều được điều trị nội khoa. Không có trường hợp tử vong. Thời gian nằm viện trung bình là 3,2 ngày. **Kết luận:** Phẫu thuật CTMNS để điều trị VTMC là phẫu thuật an toàn với thời gian nằm viện ngắn.

**Từ khóa:** nội soi ổ bụng, viêm túi mật cấp

## SUMMARY

**Background:** In the early days of the “laparoscopic cholecystectomy era”, acute cholecystitis was considered a contraindication to the laparoscopic approach. However, with increasing experience, a number of reports show that this is no longer the case. Till now, in Vietnam, very few studies on laparoscopic cholecystectomy for acute cholecystitis were published. This study reviews the experience of laparoscopic cholecystectomy for acute cholecystitis in Can Tho General Hospital.

**Methods:** Retrospective and descriptive study

**Results:** A total of 42 patients who had acute calculous cholecystitis underwent laparoscopic surgery between June 2002 and July 2004. Conversion to open cholecystectomy was required in 7 patients (16.7%). The mean operation time was 94 minutes. There was no intraoperative complication. Postoperative complications consisted of 2 mild infections of umbilical port and 1 mild subhepatic fluid collection. Three these cases were treated medically. There was no mortality. The mean hospital stay were 3.2 days.

**Conclusions:** Laparoscopic cholecystectomy to treat acute calculous cholecystitis was safe procedure with short hospital stay.

**Keywords:** laparoscopic cholecystectomy era

## ĐẶT VẤN ĐỀ

Sỏi túi mật là một trong những bệnh thường gặp nhất của đường tiêu hóa tại các nước phương Tây. Khoảng 10% dân số bị bệnh sỏi túi mật. Tuy nhiên,

trong số này có tới 80% sỏi túi mật không có triệu chứng. Viêm túi mật cấp có xuất độ từ 1-3% trong số những bệnh nhân bị sỏi túi mật có triệu chứng [9].

Tại Việt Nam, tuy chưa có thống kê đầy đủ về sỏi túi mật, nhưng số bệnh nhân đến điều trị ngày càng nhiều. Hầu hết các bệnh viện lớn trong cả nước đều thực hiện được phẫu thuật cắt túi mật nội soi để điều trị bệnh sỏi túi mật. Có khá nhiều công trình báo cáo về phẫu thuật cắt túi mật nội soi để điều trị sỏi túi mật [2,3,4,5,6]. Tuy nhiên, số báo cáo về phẫu thuật cắt túi mật nội soi điều trị viêm túi mật cấp do sỏi còn khá ít [7,8]. Chúng tôi thực hiện nghiên cứu này để đánh giá kết quả bước đầu của phẫu thuật cắt túi mật nội soi trong điều trị viêm túi mật cấp với các mục tiêu chuyên biệt gồm độ an toàn, tỷ lệ chuyển mổ hở và biến chứng sau mổ

## ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 1- Đối tượng nghiên cứu:

Tất cả bệnh nhân có chỉ định mổ cắt túi mật nội soi trong khi mổ ghi nhận đại thể là viêm túi mật cấp và giải phẫu bệnh có kết quả là viêm túi mật cấp hoặc đợt cấp trên nền viêm mạn tính được đưa vào lô nghiên cứu.

### 2- Phương pháp nghiên cứu:

Hồi cứu mô tả cắt ngang.

### 3- Phương pháp thống kê:

Phân tích số liệu dựa theo phần mềm SPSS 11.5

## KẾT QUẢ

Từ 15 tháng 6 năm 2002 đến 30 tháng 7 năm 2004, có 42 bệnh nhân viêm túi mật cấp có chỉ định mổ cắt túi mật nội soi.

1- Tuổi: Từ 35 đến 78 tuổi, trung bình là 56,4.

2- Giới: có 34 ca là nữ (chiếm 81%) và nam là 8 ca (19%).

3- Lý do vào viện: Đau hạ sườn phải là lý do chính của 41 bệnh nhân (97,6%) và chỉ có 1 bệnh nhân có lý do vào viện là đau thượng vị.

4- Sốt: 11 bệnh nhân có sốt (26,2%) và 31 bệnh nhân không sốt (73,8%).

5- Bạch cầu tăng trên 18 bệnh nhân, chiếm 42,9% và không tăng trên 24 bệnh nhân (57,1%).

6- Thành túi mật dày từ 3mm trở lên gặp trong 35 bệnh nhân (83,3%), chỉ có 7 bệnh nhân thành túi mật không dày (16,7%).

7- Chỉ định mổ: trong 42 bệnh nhân có 20 bệnh nhân được chỉ định mổ cấp cứu và 22 ca mổ planned (52,4%).

8- Thời gian mổ: thời gian mổ ngắn nhất là 50 phút và dài nhất là 130 phút, trung bình là 94 phút.

9- Có 13 ca (31,2%) phải chọc hút dịch, mổ túi mật trước khi phẫu tích tam giác Calot .

10- Tình trạng dính của túi mật với các tạng như mạc nối, tá tràng, đại tràng ngang... gặp trong 25

trường hợp (59,5%).

11- Có 31 ca (73,8%) có sỏi kẹt cổ túi mật.

12- Có 2 phương pháp cắt túi mật nội soi: cắt từ đáy túi mật (7 ca, chiếm 20%) và cắt từ cổ túi mật (28 ca, chiếm 80%).

13- Có 22 ca ống túi mật viêm nhẹ nên sử dụng clip để kẹp ống túi mật, còn lại 13 ca phải dùng chỉ vicryl, cột nơ Roeder để xử lý ống túi mật.

14- Sau cắt túi mật và rửa vùng dưới gan, có 5 ca phải dẫn lưu dưới gan.

15- Trung tiện sớm nhất xuất hiện sau mổ 14 giờ và chậm nhất là 72 giờ, trung bình là 40,7 giờ.

16- Tai biến trong mổ và biến chứng sau mổ: có 1 ca tụ dịch dưới gan (2,8%) và 2 ca nhiễm trùng nhẹ vết trocar rốn. Tất cả đều khỏi sau điều trị nội khoa.

17- Giải phẫu bệnh: 6 ca viêm túi mật hoại tử, 18 ca viêm túi mật cấp (57,1%) và 18 ca là đợt viêm cấp trên nền viêm xơ mạn tính.

18- Thời gian ra viện trung bình là 3,2 ngày. Sớm nhất là 2 ngày và muộn nhất là 5 ngày.

19- Tỷ lệ chuyển mổ hở là 16,7% (7 ca). Lý do chuyển mổ hở cho tất cả 7 trường hợp là do tình trạng viêm dính rất nhiều, không nhận định được rõ các cấu trúc giải phẫu liên quan.

## BÀN LUẬN

Trong hơn 2 năm, có 42 ca viêm túi mật cấp được chỉ định mổ nội soi tại BVĐK Cần Thơ. Đây là con số chưa đầy đủ về số ca viêm túi mật cấp được điều trị phẫu thuật vì ngoài số ca được mổ nội soi, còn những trường hợp khác được mổ hở do chưa có đủ phẫu thuật viên nội soi trong các tua trực cấp cứu.

Viêm túi mật cấp do sỏi cũng như sỏi túi mật nói chung, giới nữ chiếm đa số.

Tất cả các bệnh nhân viêm túi mật cấp do sỏi đều vào viện vì đau bụng, trong đó chủ yếu là đau hạ sườn phải.

Số bệnh nhân có sỏi chỉ chiếm 26,2%, trong nghiên cứu của Võ Quốc Toàn, tác giả cũng ghi nhận sỏi chỉ gặp 10,1% [8].

Trên siêu âm: thành túi mật dày từ 3mm trở lên gặp trong 35 bệnh nhân (83,3%), chỉ có 7 bệnh nhân thành túi mật không dày (16,7%).

Thời gian mổ: thời gian mổ ngắn nhất là 50 phút và dài nhất là 130 phút, trung bình là 94 phút. Thời gian mổ trung bình trong nghiên cứu của Đỗ Trọng Hải và Võ Quốc Toàn theo thứ tự là 107 phút và 83,7 phút [5,8].

Trong viêm túi mật cấp việc kẹp giữ túi mật để phẫu tích thường rất khó. Trong lô nghiên cứu của chúng tôi, 37,1% các trường hợp phải chọc hút dịch, mũ túi mật trước khi phẫu tích tam giác Calot. Con số này của Võ Quốc Toàn là 26,4%.

Tình trạng dính của túi mật với các tạng như mạc nối, tá tràng, đại tràng ngang... gặp trong 59,5% các trường hợp. Võ Quốc Toàn ghi nhận dính khá nhiều và rất dính trong 56,8% các trường hợp.

Sỏi kẹt ống túi mật và cổ túi mật là nguyên nhân chính của viêm túi mật cấp, chúng tôi gặp 73,8%. Theo tổng kết của Indar và Beckingham là trên 90%

các trường hợp VTMC [9]. Sỏi to kẹt cổ túi mật cũng là nguyên nhân làm cho cuộc mổ khó khăn hơn loại sỏi trong lòng túi mật vì phẫu tích tam giác Calot khó khăn hơn nhất là khi viên sỏi gây viêm dính chặt vào ống gan chung.

Các trường hợp phẫu tích và xử lý được ống túi mật và động mạch túi mật lẽ đương nhiên cuộc mổ trở nên thuận lợi. 80% các trường hợp chúng tôi cắt từ cổ túi mật. Tuy nhiên, trong 20% các trường hợp còn lại do sỏi to kẹt cổ túi mật và do viêm dính phủ nề nhiều chúng tôi không thể phẫu tích được tam giác Calot. Chúng tôi phải cắt từ đáy túi mật, sau đó dùng chỉ vicryl số 1 để cột ống túi mật. Trong nghiên cứu của Võ Quốc Toàn, chỉ có 3,2% phải cắt từ đáy [8].

Có 22 ca ống túi mật viêm nhẹ nên sử dụng clip để kẹp ống túi mật, còn lại 13 ca phải dùng chỉ vicryl, cột nơ Roeder ống túi mật do viêm dính thì không có nhiều cỡ clip khác nhau để xử lý ống túi mật.

Sau cắt túi mật và rửa vùng dưới gan, có 5 ca phải dẫn lưu dưới gan. Chủ yếu, đặt dẫn lưu để theo dõi và làm phẫu thuật viên yên tâm. Không có ca nào rò mật sau mổ.

Tai biến trong lúc mổ: tổn thương đường mật chính là tai biến đáng sợ nhất trong PTCTMNS. Trong VTMC tai biến này thường có xuất độ cao hơn do tình trạng viêm dính và phủ nề vùng tam giác Calot. Nguyễn Hoàng Bắc và Bùi An Thọ khảo sát trên 1082 ca cắt túi mật nội soi, ghi nhận 1% có tổn thương đường mật chính [1]. Các tác giả chia tổn thương đường mật chính làm 5 loại và khuyến cáo cách phòng ngừa. Rất may mắn, trong lô nghiên cứu này, chúng tôi không gặp tai biến này. Lý do có thể do sự thận trọng trong quyết định chuyển mổ hở đối với những trường hợp quá khó. Túi mật trong lúc mổ không phải là tai biến nghiêm trọng. Khi gặp tai biến này chúng tôi hút và rửa sạch và sau đó bỏ túi mật và sỏi vào một túi nhựa trước khi lấy ra khỏi xoang bụng.

Biến chứng sau mổ: có 1 ca tụ dịch dưới gan (2,8%) và 2 ca nhiễm trùng nhẹ vết trocar rốn. Tất cả đều khỏi sau điều trị nội khoa. Trong nghiên cứu của Võ Quốc Toàn, tụ dịch dưới gan có xuất độ 4% [8].

Lý do chuyển mổ hở cho tất cả 7 trường hợp của chúng tôi cũng giống như các nghiên cứu khác là do tình trạng viêm dính rất nhiều, không nhận định được rõ các cấu trúc giải phẫu liên quan [5,7,8]. Ngoài ra, tỷ lệ chuyển mổ hở sẽ giảm khi PTV có nhiều kinh nghiệm.

Tác giả	Tổng số ca VTMC	Tỷ lệ chuyển mổ hở (%)
Nguyễn Tấn Cường	6	33,3
Phạm Duy Hiến	20	55,0
Đỗ Trọng Hải, Nguyễn Tuấn	50	8,0
Nguyễn H. Bắc, Võ Q. Toàn	128	3,0
Graham, Flowers, Scott, Zucker	992	22,0
Chúng tôi	42	16,7

## KẾT LUẬN

- 1- Có thể thực hiện an toàn phẫu thuật cắt túi mật nội soi để điều trị viêm túi mật cấp do sỏi.
- 2- Tỷ lệ chuyển mổ hở còn cao.
- 3- Không có biến chứng nghiêm trọng trong và sau mổ.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

- 1- Nguyễn Hoàng Bắc và cs: Tổn thương đường mật chính trong phẫu thuật cắt túi mật qua nội soi. Ngoại khoa 1998,2 : Tập XXXIII [38-45].
- 2- Nguyễn Tấn Cường: Điều trị sỏi túi mật bằng phẫu thuật cắt túi mật qua soi ổ bụng. Luận án Phó tiến sĩ khoa học y dược. ĐHYD TP HCM, 1997.
- 3- Lê Văn Nghĩa, Lê Quang Nghĩa, Văn Tần: Cắt túi mật qua nội soi ổ bụng nhân 474 trường hợp. Báo cáo khoa học, HNNK Việt Nam lần X, 1999.109-112.
- 4- Trần Bình Giang: Phẫu thuật nội soi tại bệnh viện Việt Đức. HNNK Việt Nam lần X, 1999. 93-95.

5- Đỗ Trọng Hải, Nguyễn Tuấn: Yếu tố dự đoán khó khăn của cắt túi mật nội soi trong viêm túi mật cấp do sỏi. Tạp san HNKHKT ĐHYD TP HCM lần 21:14-17

6- Nguyễn Minh Hoàng: Đánh giá phẫu thuật cắt túi mật qua nội soi ổ bụng. Luận văn tốt nghiệp bác sĩ chuyên khoa cấp II. 2000.

7- Phạm Duy Hiền: Kết quả bước đầu của điều trị viêm túi mật cấp do sỏi bằng phẫu thuật nội soi. HNNK Việt Nam lần X, 1999. 96-102.

8- Võ Quốc Toàn: Phẫu thuật nội soi điều trị viêm túi mật cấp do sỏi. Luận văn tốt nghiệp bác sĩ chuyên khoa II. 2002.

9- Adrian A Indar, Ian J Beckingham: Acute cholecystitis. BMJ 2002;325:639-643.

10- Steven A. Ahrendt, Henry A. Pitt: Acute calculous cholecystitis. Sabiston Textbook of surgery, 16<sup>th</sup> Ed.2001: 1086-89.