

Kết quả bước đầu nội soi mật tụy ngược dòng cải tiến điều trị hẹp tắc ống mật chủ ở bệnh nhân đã cắt dạ dày

Initial result of modified endoscopic retrograde cholangiopancreatography for treatment of common bile duct stricture in patients with gastroenterostomy

Trần Thị Ánh Tuyết, Trịnh Xuân Hùng,
Trần Văn Thanh, Nguyễn Thị Huyền Trang,
Hà Minh Trang, Nguyễn Xuân Quýnh, Đinh Trường Giang,
Nguyễn Thị Phương Liên, Quyền Đăng Tuyên,
Nguyễn Văn Thái, Nguyễn Tiến Thịnh, Lê Thị Loan

Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

Tóm tắt

Mục tiêu: Nội soi mật tụy ngược dòng (ERCP) ở bệnh nhân đã cắt dạ dày thường khó thực hiện vì giải phẫu ống tiêu hóa bị thay đổi. Vì vậy mục tiêu nghiên cứu của chúng tôi đánh giá hiệu quả ERCP ở bệnh nhân đã cắt dạ dày kiểu Billroth II. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả tiến cứu 10 bệnh nhân có bệnh lý đường mật đã cắt dạ dày kiểu Billroth II được tiến hành ERCP bằng ống nội soi nhìn thẳng. **Kết quả:** Trong 10 bệnh nhân được can thiệp ERCP đã cắt dạ dày kiểu Billroth II có 3 bệnh nhân bị sỏi ống mật chủ, 7 bệnh nhân tắc mật do bệnh lý ung thư. Tỷ lệ can thiệp ERCP thành công là 7/10 bệnh nhân (70%), trong đó can thiệp lấy sỏi thành công là 3/3 bệnh nhân (100%), can thiệp đặt stent đường mật thành công là 4/7 bệnh nhân (57,1%), không có biến chứng. **Kết luận:** Kỹ thuật ERCP bằng máy nội soi nhìn thẳng nên được sử dụng ưu tiên ở bệnh nhân cắt dạ dày kiểu Billroth II có chỉ định lấy sỏi hoặc đặt stent đường mật trước khi chỉ định phẫu thuật.

Từ khóa: Nội soi mật tụy ngược dòng, cắt dạ dày kiểu Billroth II, bệnh lý đường mật.

Summary

Objective: Endoscopic retrograde cholangiopancreatography (ERCP) in patients who have undergone gastroenterostomy (GE) is difficult because of the anatomic changes in the digestive tract. The aim of study was to evaluate the efficacy of ERCP by using a front-viewing endoscope in patients who have undergone Billroth II GE. **Subject and method:** A prospective study was conducted on 10 common bile duct stricture cases with Billroth II GE underwent ERCP using a conventional endoscope. **Result:** Ten patients with Billroth II GE underwent ERCP. Three patients had choledocholithiasis and seven patients had malignant biliary strictures. The

Ngày nhận bài: 15/3/2019, ngày chấp nhận đăng: 02/4/2019

Người phản hồi: Nguyễn Tiến Thịnh, Email: nguyentienthinha3108@yahoo.com.vn - Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

probability of success of endoscopic treatment was 7/10 patients (70%) included bile duct stone removal 3/3 (100%) and biliary stent placement for malignant tumors 4/7 (57.1%), there was no case of complication. *Conclusion:* ERCP using a front-viewing endoscope is feasible and may be the priority utilization in patients with Billroth II GE who have indication of removing bile duct stones or stenting biliary before deciding on surgery.

Keywords: Billroth II gastroenterostomy, modification in ERCP, common bile duct stricture.

1. Đặt vấn đề

Nội soi mật tụy ngược dòng (ERCP - endoscopic retrograde cholangiopancreatography) là kỹ thuật nội soi can thiệp hiện đại, ít xâm nhập, an toàn giúp chẩn đoán và điều trị hiệu quả bệnh lý ống mật chủ. Hiện nay, ERCP đã thay thế cho phẫu thuật ở hầu hết bệnh nhân có sỏi ống mật chủ, cũng như ứng dụng cho điều trị 1 số bệnh lý tuyến tụy. Kỹ thuật ERCP gần như 100% thành công ở bệnh nhân có đường tiêu hóa bình thường và tìm thấy nhú Vater [1]. Tại Việt Nam hiện nay, ERCP là kỹ thuật thường quy được thực hiện tại các bệnh viện tuyến trung ương và nhiều bệnh viện tuyến tỉnh. Tuy nhiên, trên bệnh nhân đã cắt dạ dày có bệnh lý tắc mật ống mật chủ thì không khuyến cáo kỹ thuật ERCP vì giải phẫu đường tiêu hóa trên bị thay đổi như miệng nối quai tới thường gấp góc quá mức, ống nội soi tá tràng nhìn bên không còn dễ dàng tiếp cận nhú Vater. Trên thế giới, một số tác giả đã thực hiện kỹ thuật ERCP cho nhóm bệnh nhân này bằng hệ thống nội soi ruột non bóng kép và bộ dụng cụ can thiệp chuyên biệt phù hợp với máy nội soi như guidewire, bóng nong, bóng kéo riêng. Từ thực tế trên, năm 2018 kíp kỹ thuật Khoa Nội tiêu hóa - Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 đã mạnh dạn thực hiện kỹ thuật ERCP cải tiến bằng sử dụng hệ thống nội soi dạ dày - đại tràng chẩn đoán trên bệnh nhân đã cắt dạ dày, với mục tiêu: *Đánh giá kết quả bước đầu*

và tính an toàn của kỹ thuật ERCP cải tiến trên bệnh nhân đã cắt dạ dày.

2. Đối tượng và phương pháp

2.1. Đối tượng

Tất cả bệnh nhân (BN) đã cắt dạ dày, được nối dạ dày - ruột kiểu Billroth II bị hẹp, tắc ống mật chủ đơn thuần (lành tính và ác tính) có chỉ định can thiệp đến khám và điều trị tại Khoa Nội tiêu hóa - Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 thời gian từ tháng 1/2018 đến tháng 1/2019.

Tiêu chuẩn chọn bệnh

Bệnh nhân biểu hiện trên lâm sàng tam chứng Charcot.

Xét nghiệm chẩn đoán hình ảnh: Siêu âm ổ bụng và CT hoặc MRI bụng có hình ảnh hẹp tắc ống mật chủ (OMC) do mọi nguyên nhân.

Chức năng đông chảy máu bình thường.

Tiêu chuẩn loại trừ

Bệnh nhân đang có bệnh lý kết hợp nặng như: Suy tim, suy hô hấp.

Hẹp đường tiêu hóa trên mà không thể đưa ống soi dạ dày qua được.

Phẫu thuật lấy sỏi mật bằng phương pháp nối ống mật chủ - hồng tràng.

Bệnh nhân có rối loạn đông máu nặng.

Từ chối tham gia kỹ thuật.

2.2. Phương pháp

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả tiến cứu, 10 bệnh nhân cắt dạ dày kiểu Billroth II được tiến hành kỹ thuật nội soi mật tụy ngược dòng bằng máy nội soi dạ dày hoặc đại tràng. Trong đó, có 3 bệnh nhân được chẩn đoán sỏi ống mật chủ, 7 bệnh nhân có biểu hiện tắc mật do ung thư đường mật ngoài gan.

Phương tiện nghiên cứu

Phòng nội soi can thiệp ERCP có máy C-ARM, phương tiện gây mê hồi sức và theo dõi huyết động trong quá trình làm thủ thuật.

Hệ thống máy nội soi tiêu chuẩn với ống soi dạ dày, đại tràng CV 190, CV 170 - Olympus - Nhật Bản; cap nắp đầu ống soi, các loại stent nhựa và kim loại nhiều kích cỡ, guidewire, bóng nong, bóng kéo, rọ tán sỏi.

Tiến hành nghiên cứu

Khám lâm sàng, chỉ định các xét nghiệm cận lâm sàng để chọn lựa các đối tượng bệnh nhân bị bệnh lý ống mật chủ đã cắt dạ dày kiểu Billroth II vào nghiên cứu.

Hoàn thiện bộ hồ sơ bệnh án cho can thiệp, giải thích cho bệnh nhân về lợi ích, nguy cơ tai biến, biến chứng.

Vô cảm: Các bệnh nhân đều được tiền mê bằng diazepam và pethidin, giảm nhu động ruột bằng buscopan.

Thực hiện kỹ thuật ERCP bằng máy nội soi dạ dày: Đưa ống soi qua miệng nối vào quai tới, nhìn thấy nhú Vater, sau đó tiếp cận nhú, tiến hành thông nhú như kỹ thuật ERCP bình thường, nong rộng cơ oddi và tiến hành lấy sỏi hoặc đặt stent đường mật. Trường hợp quai tới dài, ống soi dạ dày không tiếp cận được, tiến hành soi bằng ống soi đại tràng. Nếu kỹ thuật thất bại do không tìm thấy nhú Vater hoặc quai tới quá dài ống soi không tiếp cận được, bệnh nhân sẽ được chuyển phẫu thuật hoặc can thiệp qua da nếu có chỉ định.

Đánh giá kết quả kỹ thuật, các tai biến, biến chứng có thể xảy ra như kỹ thuật ERCP thông thường.

2.3. Xử lý số liệu

Xử lý số liệu bằng phần mềm Excel 2013, tính tỷ lệ phần trăm, giá trị trung bình.

3. Kết quả

Qua nghiên cứu 10 bệnh nhân bị bệnh lý ống mật chủ ở bệnh nhân cắt dạ dày kiểu Billroth II, chúng tôi thu được 1 số kết quả sau:

Bảng 1. Đặc điểm chung bệnh nhân tham gia nghiên cứu

BN	Giới	Tuổi (năm)	Sốt ($\geq 38,5^{\circ}\text{C}$)	Vàng da	Bilirubin TP ($\mu\text{mol/l}$)	AST (U/l)	ALT (U/l)	BC (G/l)	Siêu âm/CT/MRI
1	Nữ	61	(-)	(+)	55,8	475	415	13,3	Sỏi OMC
2	Nữ	62	(-)	(+)	124	55	25	7,8	Giãn OMC
3	Nữ	76	(-)	(+)	74	325	226	12,5	Sỏi OMC
4	Nữ	66	(-)	(+)	235	121	162	5,4	Giãn OMC
5	Nữ	62	(-)	(+)	76	65	39	6,6	Giãn OMC
6	Nữ	46	(-)	(+)	575	135	217	6,3	Giãn OMC
7	Nam	55	(-)	(-)	14,6	43	51	17,2	Sỏi OMC

8	Nam	44	(+)	(+)	46	129	270	11	Giãn OMC
9	Nam	55	(-)	(+)	168,7	95	234	5,8	Giãn OMC
10	Nam	77	(-)	(+)	203	64	140	4,7	Giãn OMC

Nhận xét: Trong số 10 bệnh nhân, có 6 bệnh nhân nữ, 4 bệnh nhân nam, tuổi cao nhất 77 tuổi, thấp nhất là 44 tuổi, có 9 bệnh nhân có biểu hiện lâm sàng tam chứng Charcot, trong đó biểu hiện vàng da là chủ yếu, chỉ có 1 bệnh nhân sốt cao rét run trên 38,5°C, có 1 bệnh nhân không có tam chứng Charcot trên lâm sàng tại thời điểm nhập viện vì đã được điều trị ổn định tại bệnh viện tuyến trước 1 tuần trước khi vào viện, 3 ca sỏi ống mật chủ phát hiện trên chẩn đoán hình ảnh, hầu hết các bệnh nhân đều có tổn thương tế bào gan do tắc mật (9/10).

Bảng 2. Đặc điểm bệnh lý của các bệnh nhân can thiệp

Đặc điểm bệnh lý	Số lượng	Tỷ lệ %
Sỏi ống mật chủ	3	30,0
U đầu tụy	1	10,0
U đường mật ngoài gan	2	20,0
Hạch chèn ép	4	40,0
Tổng cộng	10	100,0

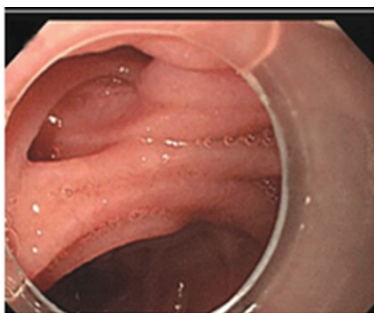
Trong nghiên cứu này, có 3 BN có bệnh lành tính là sỏi ống mật chủ (30%) và 7 BN tắc mật do bệnh ác tính bao gồm: Hạch di căn ung thư chèn ép chiếm tỷ lệ cao nhất (4/7), cả 4 BN này do ung thư dạ dày di căn hạch.

Bảng 3. Kết quả can thiệp qua nội soi

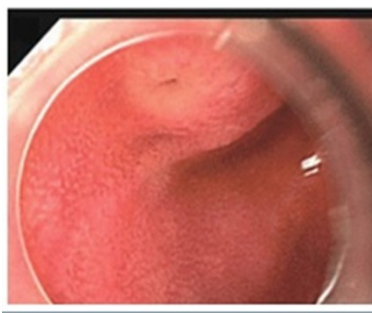
Đặc điểm	Kết quả	Tỷ lệ %
Bệnh sỏi mật	Thành công: 3 Thất bại: 0	100,0
Tắc mật do u	Thành công: 4 Thất bại: 3	57,1 42,9

Số ca được can thiệp ERCP cải tiến thành công ở BN đã cắt dạ dày kiểu Billroth II là 7, chiếm 70,0%. Có 3 BN bệnh lý lành tính sỏi ống mật chủ được can thiệp đều thành công, chiếm 100%. Có 7 BN tắc mật do bệnh lý ác tính, trong đó 57,1% được can thiệp thành công và 42,9% thất bại kỹ thuật.

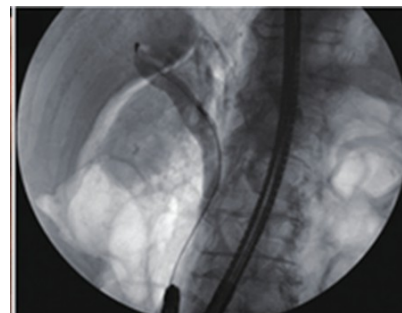
Về nguyên nhân 3 trường hợp thất bại của kỹ thuật: 1 BN không đưa ống soi qua miệng nối vào quai tới do miệng nối hẹp, gấp góc, 1 BN không tìm thấy nhú Vater, 1 BN không tiếp cận được nhú Vater do chiều dài ống soi không đủ. Không có trường hợp nào bị tai biến hay biến chứng kỹ thuật.



Tìm quai tới



Tiếp cận nhú Vater



Chụp đường mật

4. Bàn luận

Trong nghiên cứu này, 10 BN có tiền sử phẫu thuật cắt dạ dày kiểu Billroth II. Trong đó, nguyên nhân phẫu thuật cắt dạ dày do ung thư là chủ yếu. Triệu chứng lâm sàng điển hình tắc mật thấp với 3 BN do sỏi mật và 7 BN do bệnh lý ác tính.

4.1. Kết quả ứng dụng ERCP cải tiến trong điều trị lấy sỏi ống mật chủ ở BN đã cắt dạ dày

Sỏi ống mật chủ là 1 bệnh lý lành tính, có thể điều trị khỏi. Bệnh nhân đã cắt dạ dày có thể làm tăng nguy cơ xuất hiện sỏi mật, bao gồm sỏi túi mật và sỏi ống mật chủ, tỷ lệ sỏi mật ở nhóm này khoảng 10 - 30% [3]. Đặc biệt, đối với BN xuất hiện sỏi trong vòng 2 năm sau phẫu thuật được coi là có liên quan chặt chẽ với phẫu thuật, còn ở BN xuất hiện sỏi trên 10 năm thì không có mối liên quan chặt chẽ với phẫu thuật trước đó [2].

Trước đây, tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 tất cả BN đã cắt dạ dày bị bệnh sỏi mật đều phải chuyển phẫu thuật. Do vậy thời gian nằm viện lâu, chi phí điều trị lớn, thời gian hồi phục sau phẫu thuật dài, nguy cơ tai biến biến chứng sau phẫu thuật nhiều hơn, đặc biệt với nhóm bệnh nhân cao tuổi. Trên những bệnh nhân có cơ địa tạo sỏi thì sau này khi có dấu hiệu tái phát sỏi việc can thiệp phẫu thuật trở nên khó khăn hơn. Bước đầu chúng tôi mới thực hiện được 3 bệnh nhân nhưng kết quả cho thấy tỷ lệ thành công kỹ thuật cao (100%),

không có tai biến và biến chứng, bệnh nhân cải thiện về lâm sàng ngay sau can thiệp và xuất viện sau 1 - 3 ngày. Kết quả của chúng tôi tương đương với kết quả của tác giả Wen-Guang Wu và cộng sự (2014) lấy sỏi ống mật chủ ở 10 bệnh nhân đã cắt dạ dày kiểu Billroth II bằng máy soi ruột non, tỷ lệ thành công 9/10 bệnh nhân [4].

4.2. Kết quả ứng dụng ERCP cải tiến trong điều trị bệnh lý ác tính ở bệnh nhân đã cắt dạ dày

Tỷ lệ thành công ở nhóm bệnh nhân này thấp hơn nhóm bệnh nhân sỏi mật: 4/7 bệnh nhân, chiếm 57,1%. Trong số đó, có 1 bệnh nhân thành công về kỹ thuật nhưng không thành công về lâm sàng do tổn thương ung thư xâm lấn gây chít hẹp hoàn toàn đường mật và không thể đưa guidewire lên đường mật. Còn lại 3 bệnh nhân can thiệp thành công đều đặt được stent và đều cải thiện về triệu chứng lâm sàng, tình trạng vàng da tắc mật cải thiện rõ, từ đó nâng cao được chất lượng cuộc sống cho nhóm đối tượng bệnh nhân này.

Tỷ lệ thất bại của kỹ thuật là 42,9% trường hợp, trong 3 bệnh nhân này đều bị bệnh lý ác tính ở giai đoạn muộn không còn chỉ định phẫu thuật, nên tổn thương ung thư đã di căn xâm lấn nhiều cơ quan, gây co kéo chít hẹp đường tiêu hóa và ống mật. Đồng thời bệnh nhân đã có tiền sử cắt dạ dày nên giải phẫu của đường tiêu hóa và vị trí nhú Vater cũng thay đổi. Đối với nhóm bệnh nhân thất bại này đều phải lựa

chọn phương pháp can thiệp qua da để giải quyết tình trạng tắc mật như đặt dẫn lưu mật qua da, hoặc đặt stent đường mật xuôi dòng.

Tuy số lượng bệnh nhân can thiệp chưa nhiều nhưng chúng tôi đã gặp một số nguyên nhân gây thất bại kỹ thuật như: Quai tới gặp góc, miệng nối hẹp không luồn được ống soi vào quai tới, không tìm thấy nhú Vater, tìm thấy nhú Vater nhưng không tiếp cận được để thông nhú. Trên 10 bệnh nhân thực hiện kỹ thuật ERCP cải tiến, không có bệnh nhân nào gặp tai biến hay biến chứng kỹ thuật vì chúng tôi có phòng can nội soi can thiệp ERCP hiện đại, kíp kỹ thuật chuyên khoa có kinh nghiệm. Để giảm thiểu thất bại và tăng độ an toàn kỹ thuật, chúng tôi sử dụng thêm cap nội soi và nhận thấy kỹ thuật đưa ống soi vào quai tới thuận lợi và an toàn hơn.

Do chưa được trang bị hệ thống máy nội soi ruột non bong kép như Nhật Bản và một số quốc gia khác đang áp dụng, chúng tôi đã vận dụng thành công khi sử dụng máy soi dạ dày - đại tràng để thực hiện kỹ thuật ERCP ở bệnh nhân cắt đoạn dạ dày, từ đó mở rộng chỉ định kỹ thuật ERCP trên đối tượng bệnh nhân này. Kỹ thuật ERCP cải tiến có thể thực hiện được ở các cơ sở khám chữa bệnh có trang thiết bị làm ERCP để giảm chi phí, thời gian nằm viện, hiệu quả - an toàn cao khi so sánh với phương pháp phẫu thuật.

Để giảm tỷ lệ thất bại kỹ thuật thì bệnh nhân cần được chụp CT hoặc MRI bụng trước can thiệp để xác định chiều dài quai tới và cần được thực hiện nội soi kiểm tra trước để khảo sát đặc điểm miệng nối cũng như tìm nhú Vater.

Đây là kết quả bước đầu thực hiện kỹ thuật ERCP cải tiến với sử dụng máy nội soi nhìn thẳng ở bệnh nhân cắt dạ dày kiểu Billroth II. Chúng tôi cần tiếp tục nghiên cứu với số lượng bệnh nhân lớn hơn, có thể

thực hiện ở cả bệnh nhân có miệng nối Braun để tăng tỷ lệ bệnh nhân được can thiệp hữu ích.

5. Kết luận

Qua kết quả điều trị 10 bệnh nhân hẹp tắc ống mật chủ đã cắt dạ dày kiểu Billroth II bằng kỹ thuật ERCP sử dụng máy nội soi nhìn thẳng (máy nội soi dạ dày hoặc đại tràng) có tỷ lệ thành công cao, an toàn, giảm ngày nằm viện và chi phí điều trị.

Tài liệu tham khảo

1. Bahattin Çiçek et al (2006) *Endoscopic retrograde cholangiopancreatography in patients with Billroth II gastroenterostomy*. Journal of Gastroenterology and Hepatology 22: 1210-1213.
2. [Hashimoto M](#) et al (2016) *Treatment of biliary tract stones after gastrectomy in the era of laparoscopic cholecystectomy*. J Hepatobiliary Pancreat Sci 23(11): 703-707.
3. Hausters P et al (1988) *Cholelithiasis: A serious complication after total gastrectomy*. Br J Surg 75: 899-900.
4. Wen-Guang Wu et al (2014) *ERCP for patients who have undergone Billroth II gastroenterostomy and Braun anastomosis*. World J Gastroenterol 20(2): 607-610.

