

Kết quả nội soi mật tụy ngược dòng cấp cứu điều trị viêm đường mật và viêm tụy cấp thể phù nề do sỏi ống mật chủ

Results of emergency ERCP in treatment of acute cholangitis and edematous pancreatitis caused by common bile duct stones

Dương Minh Thắng, Phạm Minh Ngọc Quang,
Vũ Thị Phượng

Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

Tóm tắt

Mục tiêu: Đánh giá kết quả của nội soi mật tụy ngược dòng cấp cứu trong điều trị viêm đường mật và viêm tụy cấp thể phù nề do sỏi ống mật chủ. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả, theo dõi dọc. Chúng tôi thu thập và phân tích số liệu từ 72 trường hợp được nội soi mật tụy ngược dòng cấp cứu trong thời gian từ tháng 01/2016 đến tháng 03/2018 tại Khoa Nội Tiêu hoá, Bệnh viện Trung ương Quân đội 108. **Kết quả:** 29 bệnh nhân nam và 43 bệnh nhân nữ. Tuổi trung bình của bệnh nhân là 47,3 tuổi. Trong đó, có 6 trường hợp sốc nhiễm trùng do sỏi ống mật chủ, 6 trường hợp viêm mũ đường mật kèm viêm tụy cấp thể phù nề do sỏi ống mật chủ, 20 trường hợp viêm tụy cấp thể phù nề do sỏi ống mật chủ và 46 trường hợp viêm mũ đường mật do sỏi ống mật chủ và ống gan chung. Tỷ lệ thành công của nội soi mật tụy ngược dòng kỳ đầu là 70,8%. Thời gian nằm viện trung bình là 6,2 ngày, qua theo dõi trong 1 tháng không thấy có tai biến và biến chứng. **Kết luận:** Những kết quả của chúng tôi cho thấy nội soi mật tụy ngược dòng cấp cứu hiệu quả và an toàn trong điều trị viêm đường mật và viêm tụy cấp thể phù nề do sỏi ống mật chủ.

Từ khoá: Nội soi mật tụy ngược dòng, sỏi ống mật chủ, viêm đường mật cấp, viêm tụy cấp phù nề, Bệnh viện Trung ương Quân đội 108.

Summary

Objective: To assess the results of endoscopic retrograde cholangiopancreatography (ERCP) in treatment of acute cholangitis and edematous pancreatitis caused by common bile duct (CBD) stones. **Subject and method:** This is an observation study of 72 patients. These patients were treated by emergency ERCP from Jan. 2016 to Mar. 2018 at the GI Department, 108 Military Central Hospital. **Result:** There were 29 males and 43 females with mean age 47.3 years. Of them, there were 6 cases of septic shock caused by common bile duct stones, 6 cases of acute obstructive suppurative cholangitis combined with acute edematous pancreatitis by CBD stones, 20 cases of acute edematous pancreatitis caused by CBD stones and 46 cases of acute obstructive suppurative cholangitis caused by CBD and common hepatic duct (CHD) stones. The success rate of ERCP was 70.8%. Average length of stay was 6.2 days. The overall results were no complications of ERCP after 1 month follow-up. **Conclusion:** Our study shows that emergency ERCP can be used effective and safe in treatment of acute obstructive suppurative cholangitis and edematous pancreatitis caused by extrahepatic stones.

Ngày nhận bài: 03/12/2019, ngày chấp nhận đăng: 03/12/2019

Người phản hồi: Vũ Thị Phượng, Email: drphuong108@gmail.com - Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

Keywords: Endoscopic retrograde cholangiopancreatography, common bile duct stone, acute edematous pancreatitis, 108 Military Hospital.

1. Đặt vấn đề

Viêm đường mật (VĐM) và viêm tụy cấp (VTC) do sỏi ống mật chủ (OMC) là bệnh lý thường gặp trong cấp cứu. Phẫu thuật cấp cứu mở OMC lấy sỏi và dẫn lưu Kehr đã từ lâu được xem là phương pháp điều trị hữu hiệu. Tuy nhiên, phẫu thuật cấp cứu trong các trường hợp này có tỷ lệ tử vong và biến chứng cao, nhất là đối với sỏi tái phát [1], [4]. Hiện nay, nội soi mật tụy ngược dòng (NSMTND) đã góp phần cải thiện triệu chứng, giảm tỷ lệ tử vong và biến chứng trong điều trị viêm đường mật và viêm tụy cấp thể phù nề do sỏi OMC.

Để đánh giá kết quả NSMTND điều trị viêm đường mật và viêm tụy cấp thể phù nề do sỏi OMC chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm mục tiêu: *Đánh giá kết quả của NSMTND cấp cứu trong điều trị viêm đường mật và viêm tụy cấp thể phù nề do sỏi ống mật chủ. Xác định tỷ lệ tai biến và biến chứng của NSMTND trong điều trị viêm đường mật và viêm tụy cấp thể phù nề do sỏi ống mật chủ.*

2. Đối tượng và phương pháp

2.1. Đối tượng

Tất cả bệnh nhân (BN) trên 18 tuổi được chẩn đoán viêm đường mật và viêm tụy cấp thể phù nề do sỏi OMC có chỉ định NSMTND cấp cứu.

Tiêu chuẩn chọn vào mẫu nghiên cứu

BN trên 18 tuổi.

BN có viêm đường mật và viêm tụy cấp thể phù nề do sỏi OMC.

INR PT và aPTT < 1,3.

Tiêu chuẩn loại trừ

BN dưới 18 tuổi.

Có bệnh lý tim mạch, hô hấp cấp tính kèm theo.

BN có viêm tụy cấp thể hoại tử.

Hoặc BN có giãn tĩnh mạch thực quản độ II, độ III.

BN có tiền sử cắt dạ dày, hẹp thực quản, tâm vị hoặc hẹp môn vị.

BN không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp

Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

2.3. Các bước tiến hành nghiên cứu

Hỏi bệnh, khám lâm sàng theo một bệnh án thống nhất.

BN được chỉ định NSMTND cấp cứu.

Trong khi NSMTND có gây mê nội khí quản hoặc tiền mê, luồn catheter vào đường mật, dịch mật được hút ra để cấy và kháng sinh đồ.

Sau khi xác định số lượng và kích thước sỏi mật qua chụp hình đường mật, cắt cơ vòng Oddi hoặc không cắt nếu tình trạng bệnh nhân nặng, chức năng đông máu không tốt. Tùy kích thước sỏi mà chúng tôi dùng bóng kéo, rọ kéo, rọ tán sỏi cơ học hoặc chỉ đặt stent đường mật. Kiểm tra bằng bóng và chụp hình đường mật. Bơm rửa đường mật và kiểm tra có chảy máu vết cắt cơ Oddi hay không.

Đối với các trường hợp viêm đường mật, từ ngày thứ nhất sau NSMTND, BN ăn uống bình thường kèm dùng thuốc kháng sinh điều trị. Đối với các trường hợp sốc nhiễm trùng đường mật, bệnh nhân ăn uống bình thường trở lại khi sốc đã được điều trị ổn. Đối với các trường hợp viêm tụy cấp thể phù nề do sỏi OMC, BN ăn uống trở lại bình thường khi không còn đau bụng, nôn, siêu âm kiểm tra không có biến chứng viêm tụy cấp thể hoại tử, amylase máu giảm dần.

3. Kết quả

Trong thời gian từ tháng 01/2016 đến tháng 03/2018, tại Khoa Nội Tiêu hoá, Bệnh viện Trung ương Quân đội 108, chúng tôi đã thực hiện

NSMTND cấp cứu cho 72 BN gồm 29 BN nam và 43 BN nữ.

Tuổi trung bình của BN: $47,6 \pm 11,5$ tuổi.

3.1. Đặc điểm lâm sàng

Bảng 1. Đặc điểm lâm sàng

Triệu chứng	Số BN (n = 72)	Tỷ lệ %
Đau hạ sườn phải	45	72,6
Sốt	30	48,3
Vàng da	28	45,1

Nhận xét: Các BN đa số có triệu chứng của tam chứng Chacot, trong đó đau hạ sườn phải gặp tỷ lệ cao nhất (72,6%).

3.2. Các xét nghiệm sinh hoá

Bảng 2. Các xét nghiệm sinh hoá

Các chỉ số (n = 72)	$\bar{X} \pm SD$
Bilirubin toàn phần ($\mu\text{mol/l}$)	$56,5 \pm 75,5$

3.4. Chẩn đoán lâm sàng

Bảng 4. Chẩn đoán lâm sàng

	Số ca (%)	Nam	Nữ
Sốc nhiễm trùng đường mật do sỏi OMC	6 (8,3)	1	5
Viêm mũ đường mật kèm VTC thể phù nề do sỏi OMC	6 (8,3)	2	4
Viêm tụy cấp thể phù nề do sỏi OMC	20 (27,8)	8	12
Viêm mũ đường mật do sỏi OMC	46 (55,6)	18	28
Tổng số	72 (100)	29	43

Nhận xét: Viêm mũ đường mật chiếm tỷ lệ cao nhất (55,6%) tiếp theo là viêm tụy cấp thể phù nề do sỏi OMC (27,8%).

3.5. Kết quả cấy dịch mật

Bảng 5. Kết quả cấy dịch mật

Cấy khuẩn	n	Tỷ lệ %
<i>Escherichia coli</i>	44	61,1
<i>Klebsiella</i>	13	18,1
Không mọc	15	20,8

Nhận xét: Đa số nhiễm *E. coli* (61,1%) trong dịch mật, tuy nhiên số cấy khuẩn không thấy mọc vi khuẩn chiếm tỷ lệ 20,8%.

3.6. Các thủ thuật can thiệp

Bảng 6. Các thủ thuật can thiệp

Bilirubin trực tiếp ($\mu\text{mol/l}$)	$26,8 \pm 40,67$
AST (U/l)	$182,2 \pm 212,8$
ALT (U/l)	$152,6 \pm 152,7$
Ure (mmol/l)	$15,71 \pm 2,32$
Creatinin ($\mu\text{mol/l}$)	$75,4 \pm 36,3$
Amylase (U/l)	$291,4 \pm 557,4$

Nhận xét: Bệnh nhân thường có biểu hiện tắc mật và men gan tăng.

3.3. Các xét nghiệm huyết học

Bảng 3. Các xét nghiệm huyết học

Các chỉ số (n = 72)	$\bar{X} \pm SD$
Bạch cầu (G/L)	$11,52 \pm 10,04$
Bạch cầu đa nhân trung tính (%)	$73,20 \pm 19,97$
Hồng cầu (T/L)	$4,56 \pm 0,58$
Huyết sắc tố (g/L)	$135 \pm 15,2$
Tiểu cầu (G/L)	$271 \pm 84,00$
Prothrombin	$85,2 \pm 17,5$

Nhận xét: Thường có biểu hiện bạch cầu tăng cao, chuyển trái.

Các thủ thuật can thiệp	n	Tỷ lệ %
Cắt cơ oddi	70	97,2
Lấy sỏi OMC hoàn toàn	51	70,8
Lấy sỏi OMC một phần	21	29,2
Rửa đường mật	70	97,2
Đặt stent đường mật	26	36,1
Đặt stent tụy	2	2,8

Nhận xét: Thủ thuật cắt cơ Oddi được thực hiện ở 97,2% số trường hợp, có 70,8% được lấy sỏi OMC hoàn toàn và hầu như bệnh nhân nào cũng được bơm rửa đường mật (97,2%).

3.7. Tai biến, biến chứng

Bảng 7. Tai biến, biến chứng

Tai biến, biến chứng	n	Tỷ lệ %
Chảy máu	4	5,6
Thủng	0	0

Nhận xét: Có 4 trường hợp chiếm tỷ lệ 5,6% bị chảy máu vết cắt cơ Oddi, không có trường hợp nào bị thủng tá tràng và không có bệnh nhân tử vong.

4. Bàn luận

Viêm đường mật và viêm tụy cấp là các biến chứng có thể gặp ở khoảng 30% bệnh nhân có sỏi mật, đây là các biến chứng thường gặp trong cấp cứu với tỷ lệ tử vong cao [11]. Viêm đường mật do sỏi sẽ dẫn đến 100% tử vong nếu không điều trị [4]. Bên cạnh đó nếu chẩn đoán và điều trị không kịp thời sẽ làm tăng tỷ lệ tử vong ở các bệnh nhân bị viêm đường mật do sỏi [4].

Phương pháp điều trị kinh điển trong viêm đường mật do sỏi là mổ cấp cứu dẫn lưu mật với tỷ lệ tử vong có thể lên đến 40% [4]. Từ những thập niên 1970 cho đến những năm gần đây với sự phát triển của NSMTND trong điều trị sỏi đường mật ngoài gan, giải áp mật qua NSMTND cho các bệnh nhân viêm đường mật do sỏi là lựa chọn đầu tiên vừa giúp tránh một cuộc mổ vừa giúp giảm tỉ lệ tử vong. Sullivan nhận thấy NSMTND giải áp mật là phương pháp điều trị thay thế cho phẫu thuật mở ống mật chủ ở những bệnh nhân lớn tuổi có nhiều yếu tố nguy cơ [10]. Trong viêm mủ đường mật do sỏi, lấy sỏi qua NSMTND là lựa chọn đầu tiên, nếu không

thuận lợi, nên xét đến vấn đề đặt stent dẫn lưu trong hoặc đặt stent mũi - mật [3]. Để giải áp mật trong điều trị viêm đường mật, Lee và Hui đề nghị NSMTND cắt cơ vòng Oddi và đặt stent đường mật [5], [6].

Trong nghiên cứu, chúng tôi thực hiện NSMTND cấp cứu có cắt cơ vòng là 97,2%, tỷ lệ lấy sỏi kỳ đầu là 70,8% và không có trường hợp nào tử vong, sỏi dĩ chúng tôi đạt được thành công như vậy là vì các bệnh nhân đã được hồi sức tích cực có huyết động học ổn định trong lúc NSMTND cấp cứu nên chúng tôi cắt cơ vòng kéo sỏi trong một thì và tránh đặt stent nhựa giải áp mật tạm thời để sau này lấy sỏi thì hai. Một số tác giả khuyên nên đặt stent ở những bệnh nhân có nguy cơ tim mạch cao hoặc có rối loạn đông máu, việc cắt cơ vòng kéo sỏi to sẽ kéo dài thời gian gây mê ảnh hưởng đến chức năng gan. Theo Gogel [4], tỷ lệ thành công của cắt cơ vòng trong viêm đường mật do sỏi là hơn 95% với tỷ lệ sạch sỏi là 90%, tỷ lệ tử vong là 1%. Trong nghiên cứu này có 21 trường hợp được lấy sỏi một phần chiếm tỷ lệ 29,2% sau đó được đặt stent nhựa giải áp để lấy sỏi thì hai.

Theo Negm [8], tác giả ghi nhận tỷ lệ thành công trong cấy dịch mật trong viêm đường mật là 72%, trong đó vi trùng thường gặp trong viêm đường mật là *E. coli* và nhóm Enterobacter Gram

dương. Trong nghiên cứu của chúng tôi cấy khuẩn và làm kháng sinh đồ dịch mật được thực hiện thường quy và cho thấy 61,1% là *E. coli*, 18,1% là *Klebsiella* và có tới 20,8% không mọc vi khuẩn khả năng do bệnh nhân đã được sử dụng kháng sinh trước đó. Theo Negm [8], nguyên nhân cấy dịch mật có kết quả âm tính có thể do có tắc nghẽn đường mật nhiều nơi.

Trong viêm tụy cấp do sỏi đường mật ngoài gan, Cotton [2] khuyến cáo thực hiện NSMTND cắt cơ vòng kéo sỏi thì một. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tất cả các trường hợp chẩn đoán viêm tụy cấp thể phù nề do sỏi ống mật chủ đều được dựa trên kết quả xét nghiệm amylase máu và nước tiểu, chụp CT bụng có cản quang. Ngay sau NSMTND 1 ngày, tình trạng viêm tụy cấp cải thiện rõ rệt với triệu chứng đau bụng vùng thượng vị và amylase máu giảm trung bình 2 ngày sau can thiệp NSMTND. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ thành công của NSMTND cắt cơ vòng lấy sỏi ống mật chủ là 70,8%, tỷ lệ này cũng phù hợp với kết quả nghiên cứu của Liu [7]. Tất cả các bệnh nhân đều có cải thiện rõ rệt về đau bụng và sốt sau 24 giờ NSMTND cấp cứu, sau 2 ngày NSMTND thì trị số trung bình của bilirubin liên hợp giảm. Có được kết quả như trên là do chúng tôi theo đúng khuyến cáo của thế giới khi thực hiện NSMTND trước 72 giờ sau khi khởi bệnh và trong vòng 24 giờ nhập viện, chính nhờ can thiệp NSMTND sớm nên tỷ lệ khởi bệnh tăng và không có trường hợp nào tử vong khi điều trị các bệnh nhân viêm tụy cấp do sỏi OMC, kết quả này cũng giống như kết quả nghiên cứu của Tenner [10].

Về tai biến, biến chứng chúng tôi có 4 trường hợp bị chảy máu chiếm tỷ lệ 5,6% xảy ra 1 ngày sau khi NSMTND trong đó 3 trường hợp có nhiều bệnh lý nội khoa toàn thân, đang sử dụng thuốc kháng kết tập tiểu cầu, một trường hợp do kỹ thuật cắt cơ oddi. Tất cả những trường hợp này chúng tôi đã tiến hành cầm máu thành công bằng nội soi kẹp clip. Ngoài ra không gặp những tai biến nào khác.

5. Kết luận

Những kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy NSMTND cấp cứu có hiệu quả trong điều trị viêm đường mật và viêm tụy cấp thể phù nề do sỏi đường mật ngoài gan với tỷ lệ tai biến, biến chứng thấp.

Tài liệu tham khảo

1. Nguyễn Thế Hiệp (1996) *Mở cấp cứu nhiễm trùng đường mật do sỏi*. Ngoại khoa, 9, tr. 325-329.
2. Cotton PB (1984) *Endoscopic management of bile duct stones: (Apples and oranges)*. Gut 2: 587-597.
3. Itoi T, Kawai T, Atsushi S et al (2008) *Efficacy and safety of 1-step transnasal endoscopic nasobiliary drainage for the treatment of acute cholangitis in patients with previous endoscopic sphincterotomy (with video)*. Gastrointest Endosc 68: 84-90.
4. Gogel HG, Bruce AR, Volpicelli NA et al (1987) *Acute suppurative obstructive cholangitis due to stones: Treatment by urgent endoscopic sphincterotomy*. Gastrointest Endosc 33: 210-213.
5. Hui C-K, Lai K-C, Yuen M-F et al (2003) *Does the addition of endoscopic sphincterotomy to stent insertion improve drainage of the bile duct in acute suppurative cholangitis?*. Gastrointest Endosc 58: 500-504.
6. Lee DWH, Chan ACW, Lam YH et al (2002) *Biliary decompression by nasobiliary catheter or biliary stent in acute suppurative cholangitis: A prospective randomized trial*. Gastrointest Endosc 56: 361-365.
7. Liu CL, Lo CM, Fan ST (1997) *Acute biliary pancreatitis: diagnosis and management*. World J Surg 21: 149-154.
8. Negm AA, Schott A, Vonberg R-P, Weismueller TJ, et al (2010) *Routine bile collection for microbiological analysis during cholangiography and its impact on the management of cholangitis*. Gastrointest Endosc 72(2): 284-291.

9. Sullivan DM, Ruffin-Hood T, Griffin WO (1982) *Biliary tract surgery in the elderly*. Am J Surg 143: 218-220.
10. Tenner S, Baillie J, Dewitt J et al (2013) *American college of gastroenterology guideline: Management of acuter pancreatitis*. Am J Gastroenterol: 1-16.
11. Zhang WZ, Chen YS, Wang JW et al (2002) *Early diagnosis and treatment of sever acute cholangitis*. World J Gastroenterol 8(1): 150-152.