

Đánh giá kết quả điều trị viêm đường mật cấp do sỏi ống mật chủ ở bệnh nhân cắt dạ dày theo Billroth II bằng nội soi mật tụy ngược dòng

Assessment of result treating acute cholangitis due to choledochlithiasis in patients with Billroth II gastrectomy by endoscopic retrograde cholangio pancreatography

Trần Thị Ánh Tuyết, Nguyễn Tiến Thịnh,
Nguyễn Lâm Tùng, Nguyễn Cảnh Bình,
Thái Doãn Kỳ, Nguyễn Ngọc Minh Quang

Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

Tóm tắt

Mục tiêu: Đánh giá kết quả và an toàn của nội soi mật tụy ngược dòng điều trị viêm đường mật cấp do sỏi ống mật chủ ở bệnh nhân cắt đoạn dạ dày theo Billroth II. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu 42 bệnh nhân được chẩn đoán viêm đường mật cấp do sỏi ống mật chủ có tiền sử cắt dạ dày theo Billroth II, được điều trị nội soi mật tụy ngược dòng tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 từ tháng 6/2018 - 07/2022. **Kết quả:** Có 42 bệnh nhân với tuổi trung bình là $75,3 \pm 11,6$ (nhỏ nhất: 44, lớn nhất: 99); tỷ lệ nam/nữ là 2,5/ 1; 85,7% bệnh nhân cắt dạ dày theo Billroth II trên 5 năm; 88,1% bệnh nhân được can thiệp thông nhú thành công; trong đó, 73% lấy hết sỏi trong lần can thiệp đầu. Tỷ lệ dùng ống nội soi dạ dày và nhìn bên lần lượt là 67,6% và 32,4%. Can thiệp cơ Oddi bằng bóng bóng nhú là 89,2% bệnh nhân. Tỷ lệ tai biến, biến chứng sau can thiệp lần lượt gặp viêm tụy cấp (9,4%); chảy máu tiêu hoá (4,8%); thủng ruột non (2,4%); nhiễm khuẩn huyết (4,8%). Không có tai biến vô cảm và không có trường hợp nào tử vong. **Kết luận:** Nội soi mật tụy ngược dòng điều trị viêm đường mật cấp do sỏi ống mật chủ ở bệnh nhân đã cắt dạ dày theo Billroth II là khả thi và an toàn.

Từ khoá: Nội soi mật tụy ngược dòng, sỏi ống mật chủ, viêm đường mật cấp, cắt dạ dày theo Billroth II.

Summary

Objective: To evaluate of the results and safety of Endoscopic Retrograde Cholangio pancreatography for the treatment of acute cholangitis caused by common bile duct stones in patients with previous Billroth II gastrectomy. **Subject and method:** The study was performed on 42 patients with acute cholangitis due to common bile duct stones with previous Billroth II gastrectomy, treated by Endoscopic Retrograde Cholangiopancreatography at 108 Military Central Hospital over the period of June 2018 to July 2022. **Result:** There were 42 patients in the study with a mean age of 75.3 ± 11.6 years; The male/female ratio was 2.5/1. There were 90.5% patients with a history of Billroth II gastrectomy due to previous benign diseases. 85.7% of Billroth II gastrectomy patients were over 5 years. The successful intubation rates were 88.1%, of which 73% were cases of stone removal in the first intervention. The rate of performed gastric endoscopes and lateral view endoscopes were 67.6% and 32.4%, respectively. The

Ngày nhận bài: 27/9/2022, ngày chấp nhận đăng: 5/10/2022

Người phản hồi: Trần Thị Ánh Tuyết, Email: anhtuyethdhp@gmail.com - Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

proportion of endoscopic papillary large balloon dilatation was 89.2%. The rate of complications after intervention were: Acute pancreatitis (9.4%); gastrointestinal bleeding (4.8%), small bowel perforation (2.4%). There was no case of death. *Conclusion:* Endoscopic Retrograde Cholangiopancreatography for common bile duct stones in patients with Billroth II gastrectomy is feasible and safe.

Keywords: Endoscopic retrograde cholangiopancreatography, common bile duct stones, acute cholangitis, Billroth II gastrectomy.

1. Đặt vấn đề

Viêm đường mật cấp do sỏi ống mật chủ là một cấp cứu hay gặp. Dẫn lưu giảm áp và lấy sỏi đường mật là một trong những nguyên tắc chính để điều trị. Ngày nay, nội soi mật tụy ngược dòng được coi là phương pháp ưu việt nhất vì can thiệp qua đường tự nhiên, thời gian can thiệp và nằm viện ngắn, tỷ lệ thành công cao, ít sang chấn, hồi phục nhanh, chi phí thấp. Tuy nhiên, ở bệnh nhân đã cắt dạ dày theo Billroth II thì giải phẫu đường tiêu hoá thay đổi nên khó khăn khi nội soi mật tụy ngược dòng truyền thống với ống soi tá tràng nhìn bên. Trước đây, những trường hợp này đều phải chuyển can thiệp ngoại khoa. Hiện nay, nhờ những tiến bộ về khoa học công nghệ, đội ngũ bác sĩ nội soi có nhiều kinh nghiệm nên nội soi mật tụy ngược dòng đã được thực hiện ở bệnh nhân cắt đoạn dạ dày theo Billroth II. Nghiên cứu này nhằm: *Đánh giá kết quả và tính an toàn của nội soi mật tụy ngược dòng điều trị viêm đường mật cấp ở bệnh nhân đã cắt dạ dày theo Billroth II.*

2. Đối tượng và phương pháp

2.1. Đối tượng

Các bệnh nhân chẩn đoán viêm đường mật cấp do sỏi ống mật chủ, có tiền sử cắt dạ dày theo Billroth II, được chỉ định điều trị lấy sỏi và hoặc đặt stent đường mật bằng nội soi mật tụy ngược dòng tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108, từ tháng 6/2018 đến tháng 07/2022.

2.2. Phương pháp

Mô tả cắt ngang, hồi cứu kết hợp tiến cứu.

Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân

Được chẩn đoán xác định viêm đường mật cấp do sỏi ống mật chủ theo tiêu chuẩn Hướng dẫn của

Tokyo (2018) và có chỉ định điều trị nội soi mật tụy ngược dòng.

Có tiền sử mổ cắt dạ dày theo Billroth II trên 6 tháng.

Tiêu chuẩn loại trừ

Các trường hợp chống chỉ định nội soi đường tiêu hoá trên, có bệnh lý ác tính mật tụy, sỏi OMC có biến chứng ngoại khoa.

Các bước tiến hành nghiên cứu

Tiếp nhận bệnh nhân, khám lâm sàng, chỉ định các xét nghiệm cận lâm sàng, hoàn thiện hồ sơ bệnh án can thiệp.

Chuẩn bị nhân lực, phương tiện, dụng cụ can thiệp.

Tiến hành kỹ thuật NSMTND bằng ống soi dạ dày: Đưa ống soi qua miệng nối vào quai tới, tìm nhú Vater, tiếp cận nhú, thông nhú như kỹ thuật NSMTND bình thường. Nong rộng cơ Oddi bằng bóng và tiến hành lấy sỏi hoặc đặt stent đường mật. Trường hợp quai tới dài, dùng ống soi đại tràng. Nếu tiếp cận và thông nhú khó, thay bằng ống soi nhìn bên và thực hiện can thiệp.

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

Các chỉ tiêu nghiên cứu chính

Đặc điểm chung đối tượng nghiên cứu.

Kết quả can thiệp NSMTND lấy sỏi.

Đặc điểm về kỹ thuật.

Xét nghiệm trước và sau can thiệp 24 giờ.

Tính an toàn của kỹ thuật.

2.3. Xử lý số liệu

Số liệu được thu thập và xử lý bằng phần mềm SPSS 20.2; giá trị $p < 0,05$ được coi là có ý nghĩa thống kê.

3. Kết quả

3.1. Đặc điểm chung

Bảng 1. Đặc điểm chung

Đặc điểm chung		Số bệnh nhân (n = 42)	Tỷ lệ %
Tuổi ($\bar{X} \pm SD$)		75,3 $\pm$ 11,6	
Tỷ lệ nam/nữ		2,5/1	
Nguyên nhân cắt dạ dày	Bệnh lành tính	38	90,5
	Bệnh ác tính	4	9,5
Thời gian cắt dạ dày theo Billroth II	Trên 5 năm	36	85,7
	Dưới 5 năm	6	14,3
Mức độ viêm đường mật	Nhẹ	24	57,1
	Vừa	15	35,7
	Nặng	3	7,1
Kích thước sỏi	< 10mm	9	24,3
	10-20mm	24	64,9
	> 20mm	4	10,8

Nhận xét: Tuổi trung bình các bệnh nhân 75,3 $\pm$ 11,6; tỷ lệ nam/nữ 2,5/1. Phần lớn bệnh nhân viêm đường mật cấp do sỏi mức độ nhẹ (57,1%). Kích thước sỏi > 10mm chiếm 75,7%.

3.2. Kết quả điều trị

Bảng 2. Kết quả điều trị

Kết quả điều trị	Số bệnh nhân (n = 42)	Tỷ lệ %
Thành công kỹ thuật	37/42	88,1
Tiếp cận nhú	39/42	92,8
Thông nhú	37/39	94,9
Lấy hết sỏi	27	73,0
Đặt stent đường mật	5	13,5
Lấy sỏi + đặt stent đường mật	5	13,5

Nhận xét: Tỷ lệ bệnh nhân tiếp cận thành công nhú 92,8%, thông nhú thành công 94,9%, thành công chung về kỹ thuật 88,1%, lấy hết sỏi là 73%.

Bảng 3. Đặc điểm kỹ thuật

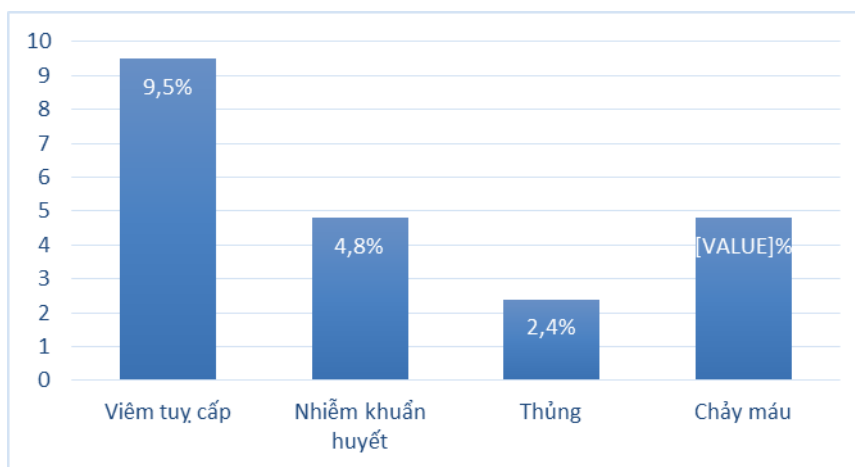
	Đặc điểm	Số bệnh nhân (n = 37)	Tỷ lệ %
Ống nội soi thông nhú	Dạ dày	25	67,6
	Nhìn bên	12	32,4
Can thiệp cơ Oddi	Nong bóng	33	89,2
	Cắt trước bằng dao kim	14	37,8
Dụng cụ lấy sỏi	Bóng	20	64,5
	Rọ	2	6,5
	Bóng + rọ	9	39
	Tán sỏi	14	43,8

Nhận xét: Tỷ lệ bệnh nhân dùng ống soi dạ dày để thông nhú là 67,6%, nông cơ Oddi bằng bóng nông là 89,2%, lấy sỏi bằng bóng là 64,5%, tán sỏi trước khi lấy là 43,8%.

Bảng 4. Xét nghiệm trước và sau can thiệp 24 giờ

Xét nghiệm	Trước can thiệp	Sau can thiệp 24 giờ	p
Bạch cầu (G/l) ($\bar{X} \pm SD$)	12,5 $\pm$ 5,2	8,7 $\pm$ 3,5	<0,001
Bilirubin TP ($\mu\text{mol/l}$) Median (Q1-Q3)	52,3 (35,9-85,8)	27,5 (19,7-51,4)	<0,001
AST (U/l) Median (Q1-Q3)	138,4 (74,1-318,6)	37,6 (32,5-87,0)	<0,001
ALT (U/l) Median (Q1-Q3)	121,2 (69,5-200,0)	48,1 (30,5-90,5)	<0,001

3.3. Tính an toàn của kỹ thuật



Biểu đồ 1. Tỷ lệ tai biến, biến chứng (n = 42)

Nhận xét: Tai biến, biến chứng gặp 7 bệnh nhân (16,7%), trong đó, tỷ lệ viêm tụy cấp sau can thiệp 9,5%, thủng tạng rỗng 2,4%, nhiễm khuẩn huyết 4,8% và chảy máu tiêu hoá 4,8%.

4. Bàn luận

4.1. Đặc điểm chung

Nghiên cứu 42 bệnh nhân viêm đường mật cấp do sỏi ống mật chủ đã có tiền sử cắt đoạn dạ dày theo Billroth II cho thấy độ tuổi trung bình là 75,3 $\pm$ 11,6. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương đương với các nghiên cứu trong và ngoài nước như: Park và cộng sự (2016) thấy tuổi trung bình là 71,1 $\pm$ 10,1 [1]; Dương Xuân Như (2019) thấy tuổi trung bình là 73,3 $\pm$ 8,9 [2]. Tỷ lệ mắc sỏi mật chủ yếu ở nam với tỷ lệ nam/nữ là 2,5/1. Trong các nghiên cứu trước đây, tỷ lệ mắc sỏi mật trong dân số nói chung ở nữ cao hơn nam, nguyên nhân do estrogen ở nữ làm tăng sinh sỏi mật cholesterol. Nhưng thống kê

được thực hiện trên nhóm bệnh nhân đã cắt dạ dày nối Billroth II thấy đa số là nam và đặc điểm của sỏi ở nhóm này là sỏi sắc tố. Nguyên nhân cắt dạ dày do bệnh lành tính là chủ yếu chiếm 90,5%; thời gian cắt dạ dày trên 5 năm là 85,7%. Nhóm bệnh lý lành tính được ghi nhận trong nghiên cứu là: Loét dạ dày biến chứng hẹp môn vị, chảy máu tiêu hoá, thủng, chấn thương bụng do tai nạn hay chiến tranh

Viêm đường mật cấp mức độ nhẹ chiếm tỷ lệ cao nhất là 51,1%; còn lại viêm đường mật cấp mức độ vừa, nặng lần lượt là 35,7% và 13,2%. Trong nghiên cứu của Park và cộng sự (2016), tỷ lệ viêm đường mật các mức độ nhẹ, vừa, nặng tương ứng là 31,4%, 52,9%, 15,7% [1]. Sự khác biệt về tỷ lệ mức độ viêm đường mật cấp là do có sự khác nhau về đối tượng chọn vào nghiên cứu khác nhau.

Về đặc điểm kích thước của sỏi trong nghiên cứu nhận thấy không có sự khác biệt với các thống kê trước đây. Đa số là sỏi > 10mm chiếm 75,7%. Kích

thước sỏi liên quan đến chiến lược can thiệp lấy sỏi, thông thường các viên sỏi nhỏ dưới 10mm có thể được lấy bằng bóng kéo sỏi hoặc rọ nhưng các viên sỏi kích thước lớn hơn cần phải được tán nhỏ trước khi lấy.

3.2. Kết quả điều trị

Kết quả can thiệp: Tỷ lệ thành công kỹ thuật là 88,1%; tỷ lệ tiếp cận nhú và thông nhú thành công lần lượt là 92,8% và 94,9%. So sánh với nghiên cứu của Li JS và cộng sự (2020): Tỷ lệ thành công kỹ thuật 77,5%; tiếp cận nhú và thông nhú thành công lần lượt là 84,1% và 92,1% [3]. Nghiên cứu của Park và cộng sự (2016): Tỷ lệ thành công kỹ thuật 85,5%, tiếp cận nhú và thông nhú thành công lần lượt là 91,5% và 95,4% [1]. Cho thấy, kết quả của nghiên cứu tương đương với các thống kê khác.

Tỷ lệ lấy hết sỏi trong lần can thiệp đầu thành công là 73%, thấp hơn các nghiên cứu trong nước về điều trị sỏi ống mật chủ bằng nội soi mật tụy ngược dòng: Tỷ lệ lấy hết sỏi của Quách Trọng Đức là 82% [4]. Tuy nhiên khi so sánh với các nghiên cứu trên thế giới ở nhóm đã cắt dạ dày theo Billroth II tỷ lệ lấy sỏi thành công trong lần đầu tiên dao động 76,7-90,0% [5], [6], kết quả của nghiên cứu thấy tỷ lệ gần tương đương. Có 13,5% bệnh nhân chỉ đặt stent ống mật chủ mà không lấy sỏi kỳ đầu do tình trạng toàn thân nặng, ưu tiên dẫn lưu đường mật, việc lấy sỏi sẽ được thực hiện ở thì 2.

Đặc điểm kỹ thuật: Lấy sỏi ống mật chủ qua nội soi mật tụy ngược dòng ở bệnh nhân cắt dạ dày theo Billroth II là một kỹ thuật phức tạp và tiềm ẩn nhiều rủi ro do giải phẫu đường tiêu hoá bị thay đổi. Để thực hiện thành công nội soi mật tụy ngược dòng cần có dụng cụ chuyên biệt, chuyên gia giàu kinh nghiệm. Trong nghiên cứu, chúng tôi chọn các dụng cụ có sẵn là ống nội soi nhìn thẳng dạ dày, đại tràng và ống nội soi nhìn bên. Ống nội soi nhìn thẳng đi vào quai tới dễ dàng, an toàn vì khả năng nhìn thấy mặt trong của lòng ruột nhưng tiếp cận nhú và thông nhú khó do thiếu Elevator. Ngược lại, ống nội soi nhìn bên khó khăn khi đi vào quai tới, nguy cơ thủng ruột được ghi nhận cao hơn. Từ đánh giá những ưu nhược

điểm của các loại ống soi sẵn có, tận dụng ưu thế và linh hoạt cả 2 loại ống soi giúp tăng tỷ lệ thành công và hạn chế các biến chứng, đặc biệt là biến chứng nghiêm trọng đe dọa tính mạng như thủng ruột, viêm tụy cấp nặng hay chảy máu tiêu hoá nặng. Tỷ lệ dùng ống soi nhìn trước và nhìn bên trong nghiên cứu là 67,6% và 32,4%.

Tỷ lệ bệnh nhân ngưng cơ Oddi bằng bóng ngưng trong nghiên cứu là 89,2%. Đây là điểm khác biệt cơ bản với nội soi mật tụy ngược dòng "truyền thống", lựa chọn cắt cơ Oddi bằng dao cung là chủ yếu. Nhưng ở bệnh nhân cắt dạ dày theo Billroth II, tiếp cận nhú Vater ở vị trí đảo ngược nên không thể cắt cơ Oddi bằng dao cung như thông thường. Cách can thiệp cơ Oddi của chúng tôi cũng đã được nhiều tác giả nước ngoài lựa chọn và đánh giá hiệu quả độ an toàn kỹ thuật cao [5], [7]. Cắt trước bằng dao kim được thực hiện trên những ca khó thông nhú vào đường mật. Có 38,4% bệnh nhân được cắt trước bằng dao kim.

Dụng cụ dùng lấy sỏi ống mật chủ: Chúng tôi ưu tiên sử dụng bóng kéo sỏi (64,5%), nguyên nhân là biến đổi giải phẫu sau cắt dạ dày làm thông nhú khó khăn nên chúng tôi chủ động giữ Guidewire và dùng bóng kéo sỏi sẽ thuận lợi hơn lấy sỏi bằng rọ. Các viên sỏi được đánh giá kích thước to đều được chủ động tán vụn trước khi được lấy ra bằng bóng.

Nội soi mật tụy ngược dòng vừa dẫn lưu dịch mật viêm, giải quyết lưu thông mật, giảm nhiễm khuẩn, vừa lấy sỏi để loại bỏ nguyên nhân gây bệnh. Hiệu quả của kỹ thuật được đánh giá sau khi can thiệp thành công 24 giờ, các chỉ số viêm, tình trạng bilirubin TP và các enzym gan AST, ALT đều giảm so với trước can thiệp một cách có ý nghĩa.

Tỷ lệ thủng ruột non được báo cáo qua các nghiên cứu trước đây là 1,8% đến 10,2% [8]. Trong nghiên cứu, biến chứng này gặp 1 trường hợp thủng ruột non (2,4%). Đây là bệnh nhân nữ 83 tuổi, tiếp cận nhú bằng ống nội soi nhìn bên, tai biến thủng được quan sát thấy khi đẩy ống soi qua vị trí quai ruột dính, di động kém. Chúng tôi tiến hành xử trí tại chỗ bằng kẹp 8 clip khâu lỗ thủng, tiếp tục can thiệp lấy sỏi thành công. Bệnh nhân ổn định ra viện sau nội soi mật tụy ngược dòng 5 ngày. 2 trường hợp

(4,8%) có biến chứng chảy máu tiêu hoá đều tại vị trí cắt trước cơ Oddi mức độ nhẹ và vừa, được điều trị bảo tồn. Theo các báo cáo trước đây, cắt trước bằng dao kim làm gia tăng nguy cơ chảy máu sau nội soi mật tụy ngược dòng do việc điều chỉnh hướng dao cắt khó khăn. Tuy nhiên, chúng tôi nhận thấy rằng cắt dạ dày theo Billroth II làm quá trình thông nhú gặp nhiều khó khăn, kỹ thuật cắt trước bằng dao kim sẽ tạo điều kiện thuận lợi hơn để thông nhú. Kỹ thuật này nên được thực hiện bởi các bác sĩ nội soi nhiều kinh nghiệm. Viêm tụy cấp là biến chứng hay gặp nhất chiếm 9,5%. Viêm tụy cấp liên quan đến nội soi mật tụy ngược dòng được báo cáo là 0,7-11,1% [1]. Tuy nhiên tất cả các trường hợp viêm tụy cấp đều nhẹ và tự ổn định.

5. Kết luận

Nội soi mật tụy ngược dòng điều trị viêm đường mật cấp do sỏi ống mật chủ ở bệnh nhân đã cắt dạ dày theo Billroth II hoàn toàn có thể thực hiện được bằng ống nội soi nhìn thẳng và nhìn bên thông thường với các dụng cụ can thiệp sẵn có với tỷ lệ thành công kỹ thuật tương đối cao và tỷ lệ tai biến biến chứng chấp nhận được.

Tài liệu tham khảo

1. Park TY, Kang JS, Song TJ et al (2016) *Outcomes of ERCP in Billroth II gastrectomy patients*. *Gastrointest Endosc* 83(6): 1193-1201.
2. Dương Xuân Nhung (2019) *Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng và kết quả điều trị sỏi ống mật chủ ở người cao tuổi bằng NSMTND*. Luận án tiến sĩ y học, Học viện Quân Y.
3. Li JS, Zou DW, Jin ZD et al (2020) *Predictive factors for extraction of common bile duct stones during endoscopic retrograde cholangiopancreatography in Billroth II anatomy patients*. *Surg Endosc* 34(6): 2454-2459.
4. Quách Trọng Đức, Trần văn Huy, Lê Quang Nhân và cộng sự (2014) *Hiệu quả của nội soi mật tụy ngược dòng với gây mê nội khí quản trong điều trị sỏi ống mật chủ ở người cao tuổi*. *Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh* 18, tr. 418-423.
5. Kim KH, Kim TN (2014) *Endoscopic papillary large balloon dilation for the retrieval of bile duct stones after prior Billroth II gastrectomy*. *Saudi J Gastroenterol* 20(2): 128-133.
6. Li JS, Zou DW, Jin ZD et al (2019) *Endoscopic retrograde cholangiopancreatography in Billroth II gastrectomy patients: Outcomes and potential factors affecting technical failure*. *Saudi J Gastroenterol* 25(6): 355-361.
7. Li T, Wen J, Bie LK et al (2018) *Long-term outcomes of endoscopic papillary balloon dilation for removal of bile duct stones in Billroth II gastrectomy patients*. *Hepatobiliary Pancreat Dis Int* 17(3): 257-262.
8. Caglar E, Atasoy D, Tozlu M et al (2020) *Experience of the endoscopists matters in endoscopic retrograde cholangiopancreatography in Billroth II gastrectomy patients*. *Clin Endosc* 53(1): 82-89.