

Tắc ruột cơ học do sỏi mật phát hiện trong mổ: Nhân một trường hợp

An intraoperatively detected gallstone ileus: A case report

Vũ Ngọc Tuấn, Lê Văn Thành, Vũ Văn Quang

Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

Tóm tắt

Tắc ruột do sỏi mật là tình trạng tắc ruột cơ học do sỏi mật di chuyển vào trong lòng ống tiêu hóa gây tắc. Đây là một bệnh hiếm gặp, hay xảy ra ở bệnh nhân nữ, cao tuổi. Bệnh thường khó chẩn đoán sớm và có tỷ lệ tử vong cao do bệnh nhân có nhiều bệnh kết hợp. Chụp cắt lớp vi tính là biện pháp có giá trị chẩn đoán cao. Phương pháp điều trị chủ yếu là phẫu thuật. Trường hợp lâm sàng là bệnh nhân nữ 35 tuổi, tiền sử sỏi mật nhiều năm, vào viện vì tình trạng cấp cứu do tắc ruột non cơ học. Nguyên nhân gây tắc ruột là do sỏi mật di chuyển được phát hiện trong mổ.

Từ khóa: Tắc ruột do sỏi mật, tắc ruột.

Summary

Gallstone ileus is a mechanical bowel obstruction due to translocation of gallstones into gastrointestinal lumen. It is a rare disease which usually occurs in elderly female patients. Early diagnosis is difficult and mortality rate is high because of multiple comorbidities. CT scanner is a diagnostic method with high value. The main treatment is surgery. The clinical case was a 35-year old female with medical history of cholelithiasis for several years who came to the hospital because of bowel obstruction. The reason of obstruction was displaced biliary stones that detected intraoperatively.

Keywords: Gallstones ileus, bowel obstruction.

1. Đặt vấn đề

Sỏi mật là bệnh lý gặp ở 10% dân số, trong đó nữ chiếm ưu thế với tỷ lệ nữ/nam là 2/1. Sự thường gặp của sỏi mật tăng theo tuổi ở cả hai giới. Một số yếu tố nguy cơ hình thành sỏi cholesterol bao gồm: Giới nữ, tuổi trung niên, béo phì, có yếu tố gia đình và vừa mới giảm cân nhanh. Sỏi mật có triệu chứng gặp ở 25% trường hợp. Triệu chứng hay gặp nhất là cơn đau quặn gan vùng hạ sườn phải. Những triệu chứng khác gồm ợ, chướng bụng, đầy hơi, nóng rát

và buồn nôn. Sỏi mật được phân thành 3 loại chính gồm sỏi cholesterol (gặp ở 10% trường hợp, trong đó thành phần cholesterol chiếm > 50%), sỏi sắc tố (gặp ở 10% trường hợp, trong đó thành phần cholesterol chiếm < 20%) và sỏi hỗn hợp (chiếm 80%, thành phần cholesterol chiếm 20 - 50%). Các yếu tố nguy cơ của sỏi cholesterol và sỏi hỗn hợp bao gồm ăn kiêng, lối sống lười vận động, giảm cân nhanh, béo phì, uống thuốc tránh thai, nuôi dưỡng hoàn toàn bằng đường tĩnh mạch; yếu tố chủng tộc, kiểu gen, người già và giới nữ. Sỏi sắc tố được chia thành 2 nhóm sắc tố đen và sắc tố nâu. Sỏi sắc tố đen thường gặp ở bệnh nhân tan máu mạn tính, xơ gan, rối loạn hấp thu ruột non như trong bệnh Crohn. Trong khi đó sỏi sắc tố nâu hay gặp khi

Ngày nhận bài: 7/3/2022, *ngày chấp nhận đăng:* 21/3/2022

Người phản hồi: Vũ Ngọc Tuấn

Email: drvutuan@gmail.com - Bệnh viện TWQĐ 108

nhiễm vi khuẩn, nhiễm kí sinh trùng như sán lá gan nhỏ và ứ mật.

Tắc ruột do sỏi mật là một biến chứng hiếm gặp của sỏi đường mật, chiếm khoảng 1 - 4% những trường hợp tắc ruột cơ học. Cơ chế chủ yếu là do sỏi gây viêm và ăn mòn thành túi mật, từ đó tạo thành đường rò sang ống tiêu hóa nơi gần nhất, hay gặp là tá tràng. Tỷ lệ do sỏi đi từ ống mật chủ qua cơ Oddi vào tá tràng ít gặp hơn. Vị trí tắc ruột hay gặp là ở chỗ nối hồi tràng-manh tràng vì ở đó là nơi hẹp nhất của ống tiêu hóa. Phương pháp điều trị chủ yếu là phẫu thuật bao gồm mở ruột lấy sỏi, cắt túi mật và đóng đường rò mật ruột nếu có.

2. Trường hợp lâm sàng

Bệnh nhân nữ 35 tuổi có tiền sử sỏi đường mật trong và ngoài gan khoảng 10 năm trước khi vào viện. Bệnh tái phát theo chu kỳ 3 - 4 năm một lần, chỉ điều trị nội khoa. Bệnh nhân vào viện ngày 21/01/2015 với biểu hiện đau bụng 10 ngày nay, đau chủ yếu vùng quanh rốn, đau bụng quặn thành từng cơn, kèm theo nôn ra dịch màu xanh đen lẫn thức ăn, vị đắng, số lượng khoảng 1000ml/ngày. Đồng thời những ngày đầu bệnh nhân đại tiện ít, phân táo, sau đó bí trung đại tiện. Toàn trạng không sốt, da không vàng, gầy, sút 4kg. Bệnh nhân đã được Bệnh viện tuyến dưới chẩn đoán bán tắc ruột chưa rõ nguyên nhân, điều trị nhưng không đỡ, chuyển đến Bệnh viện TWQĐ 108 điều trị với tình trạng thể trạng gầy (38kg), không sốt (nhiệt độ 36,8°C), da niêm mạc nhợt, không vàng, huyết động ổn định (Mạch 78 chu kỳ/p, huyết áp 110/60mmHg).

Khám tại chỗ thấy: Bụng chướng mềm, ấn đau vùng quanh rốn; dấu hiệu Blumberg (-), quai ruột nổi (-), rốn bờ (+/-), gan lách không to, nghe thấy nhu động ruột tăng. Các cơ quan khác sơ bộ bình thường. Kết quả xét nghiệm cận lâm sàng gồm:

Công thức máu: Bạch cầu: 11,7G/l; N: 75%, hồng cầu: 3,93T/l; Hb: 74g/l, HCT: 0,32%, tiểu cầu: 287G/l.

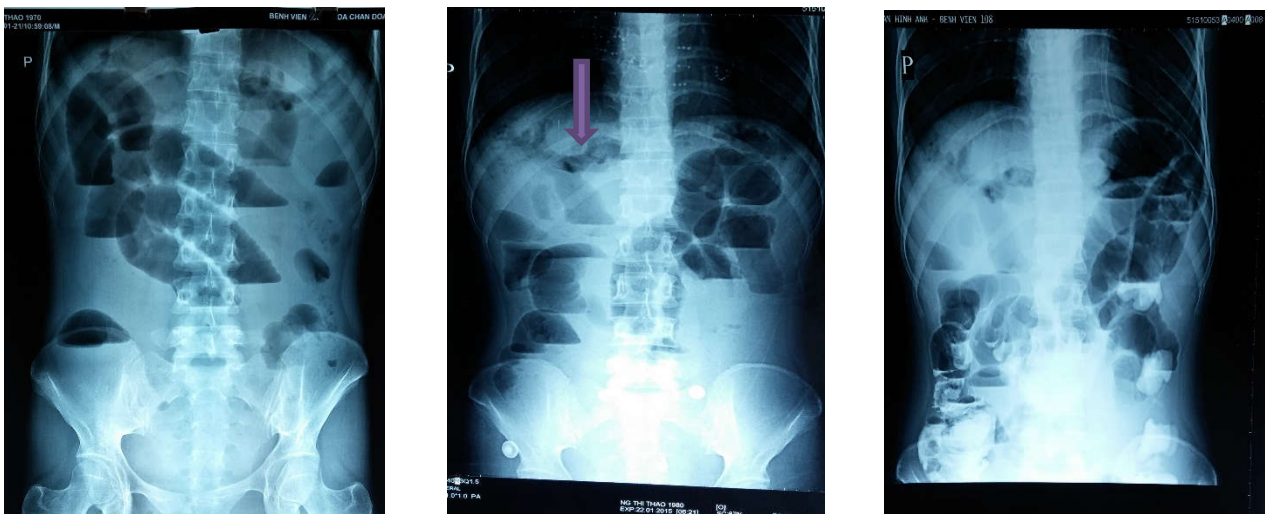
Sinh hóa máu: Bilirubin toàn phần: 13,4mcmol/l, bilirubin trực tiếp: 4,6mcmol/l, albumin: 27g/l.

Siêu âm: Nhiều sỏi đường mật trong và ngoài gan, giãn nhẹ các quai ruột, ổ bụng có ít dịch tự do.

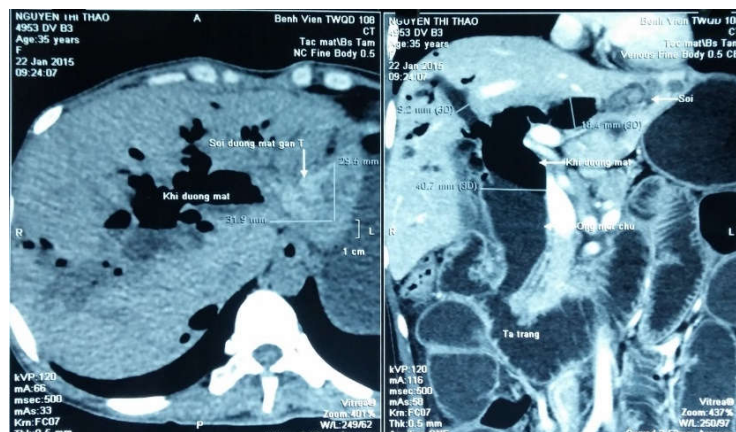
X-quang ổ bụng: Có hình ảnh mức nước mức hơi trong ổ bụng, không có hình ảnh liềm hơi dưới cơ hoành.

CLVT 320 dây (chụp sau 01 ngày): Đoạn cuối hồi tràng cách van Bauhin 20cm có khối tổn thương, tăng tỷ trọng trước tiêm (83HU), sau tiêm ngấm thuốc cản quang kém (90HU), không xâm lấn thành hồi tràng, quai hồi tràng phía dưới xẹp, phía trên giãn to, đại tràng không giãn, sau thắt thuốc cản quang không đi qua được vị trí tổn thương. Gan không to, nhu mô đồng nhất, ống gan phải giãn đường kính 18mm, không có sỏi; ống gan trái giãn đường kính 9,2mm, trong có sỏi đúc khuôn. Ống mật chủ giãn đường kính 40mm, giãn tới chỗ đổ vào tá tràng, trong lòng không có khối bất thường. Ổ bụng có dịch vùng thấp mức độ trung bình.

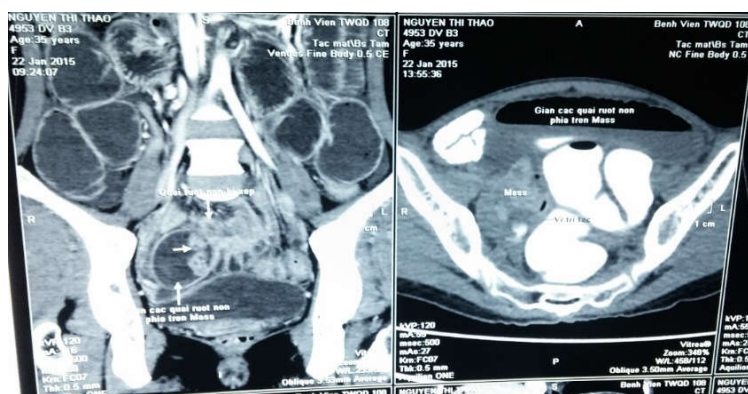
Bệnh nhân vào viện được đặt sonde dạ dày giảm áp, truyền dịch, đạm mỡ, kháng sinh, giãn cơ trơn, bổ sung điện giải và chỉ định chụp CLVT 320 dây để xác định nguyên nhân. Sau 02 ngày điều trị bảo tồn không kết quả, bệnh nhân vẫn bí trung đại tiện. Bệnh nhân được chẩn đoán tắc ruột nghi do u hồi tràng gây lồng ruột trên bệnh nhân sỏi đường mật trong và ngoài gan. Bệnh nhân được mổ cấp cứu, thời gian mổ kéo dài 60 phút. Tổn thương trong mổ thấy: Ổ bụng có dịch tiết mức độ ít, vị trí tắc ruột (ranh giới giữa quai ruột phồng và xẹp) là đoạn cuối hồi tràng sát manh tràng, đoạn trên chỗ tắc hồi tràng giãn to, trong có khí và dịch, trong lòng hồi tràng chỗ thắt có đám sỏi kích thước 4x5cm là nguyên nhân gây tắc ruột. Gan không to, ống mật chủ giãn to đường kính 3,5 - 4cm, trong lòng có sỏi nhỏ, túi mật không giãn, trong có 2 viên sỏi kích thước 5 - 10mm. Tiến hành mở ngang hồi tràng ngay dưới chỗ giãn, lấy ra 10 viên sỏi kích thước 5-15mm lẫn bùn mật, kiểm tra không còn sỏi trong lòng ruột, khâu lại bằng chỉ vicryl 3 - 0, mối rời. Tiếp tục cắt túi mật, mở dọc ống mật chủ một đoạn dài 2cm, kiểm tra ống gan 2 bên giãn đường kính 1-2cm, cơ Oddi mất trương lực, đứt vừa ngón tay trở xuống tá tràng, bơm rửa đường mật ra ít sỏi nhỏ lẫn bùn mật từ ống gan trái. Đặt dẫn lưu Kehr và dẫn lưu dưới gan. Diễn biến sau mổ không có bất thường, trung tiện sau 03 ngày, ra viện sau 12 ngày.



Hình 1. Hình ảnh mức khí-dịch và khí trong đường mật (mũi tên) trên phim X-quang ổ bụng ngày thứ 1, 2, 3 từ khi vào viện theo thứ tự từ trái qua phải.



Hình 2. Hình ảnh khí đường mật, sỏi đường mật gan trái, giãn lớn ống mật chủ và các quai ruột non trên phim CLVT 320 dãy



Hình 3. Hình ảnh khối sỏi ở đoạn cuối hồi tràng trên phim CLVT 320 dãy thì tĩnh mạch

4. Bàn luận

Tắc ruột do sỏi mật là tình trạng sỏi mật di chuyển vào trong lòng ống tiêu hóa gây tắc ruột, lần

đầu tiên được Bartholin mô tả năm 1654 khi mổ tử thi [1]. Đây là một bệnh lý hiếm gặp, chiếm tỷ lệ 1-4% những trường hợp tắc ruột cơ học. Bệnh hay gặp hơn ở người già, chiếm 25% những trường hợp tắc

ruột ở người trên 65 tuổi. Tỷ lệ nữ/nam là 3,5 - 6/1 [1, 2]. Cơ chế chủ yếu do sỏi túi mật tác động lên thành túi mật gây viêm, hoại tử và tạo đường rò với phần của ống tiêu hóa nơi gần nhất, đặc biệt là tá tràng. Đường rò hay gặp nhất là rò túi mật-tá tràng, trong khi rò túi mật-đại tràng và rò túi mật-dạ dày cũng đã được báo cáo. Trường hợp do sỏi mật di chuyển qua cơ Oddi xuống tá tràng ít gặp hơn, chiếm 0,3-0,5% [2], [3]. Vị trí gây tắc ruột hay gặp là đoạn cuối hồi tràng và van hồi manh tràng vì đó là chỗ hẹp nhất của ống tiêu hóa và nhu động kém hơn. Ngoài ra sỏi có thể gây tắc ở các vị trí khác trong ống tiêu hóa như hồng tràng, góc Treitz, dạ dày, ít gặp hơn là tá tràng và đại tràng [2, 4].

Năm 1896, Bouveret mô tả một hội chứng tắc đường xuống của dạ dày gây ra bởi chèn ép của sỏi túi mật lên hành tá tràng sau khi nó di chuyển qua đường rò túi mật-tá tràng hoặc ống mật chủ-tá tràng. Đây là trường hợp chẩn đoán trước mổ đầu tiên và ngày nay được biết đến là Hội chứng Bouveret [4]. Những viên sỏi kích thước dưới 2,5cm thường vượt qua một cách tự nhiên, trong khi sỏi lớn hơn 2,5cm gây tắc chủ yếu ở vị trí van hồi manh tràng, do đó dường như có một vai trò có thể của giảm áp qua sonde dạ dày và hồi sức dịch thể trong điều trị TRDSM [2, 4]. Trường hợp của chúng tôi cũng không phải là ngoại lệ, vị trí tắc ruột cũng là đoạn cuối hồi tràng với khối sỏi 10 viên kích thước từ 5 - 15mm. Tuy nhiên, không có đường rò từ túi mật hoặc ống mật chủ với ống tiêu hóa mà sỏi được tập trung ở ống mật chủ, làm ống mật chủ giãn lớn đồng thời trương lực cơ Oddi đi mất dần dần và sỏi chui được qua để xuống tá tràng. Đây là một trường hợp rất hiếm.

Việc chẩn đoán chính xác trước mổ thường khó bởi vì sự biểu hiện lâm sàng mờ nhạt, thiếu các xét nghiệm chẩn đoán đặc hiệu và sự hiếm gặp của bệnh. Chỉ 50% trường hợp được chẩn đoán trước mổ. Bệnh nhân TRDSM thường có những triệu chứng đường mật trước đó (27-80%). Viêm túi mật cấp có thể xuất hiện ở 10-30% bệnh nhân tại thời điểm tắc ruột. Vàng da chỉ gặp ở 15% trường hợp hoặc ít hơn. Triệu chứng đường mật có thể không xuất hiện ở gần 1/3 số trường hợp [4]. Bệnh nhân của chúng tôi có những biểu hiện của viêm đường mật do sỏi trong khoảng 10 năm và được điều trị nội

khoa, chưa từng bị viêm túi mật cấp. Đồng thời bệnh nhân đến với một tình trạng suy kiệt, thiếu máu mạn tính, cùng với các triệu chứng của tắc ruột.

Chụp X-quang bụng thẳng có tầm quan trọng lớn trong việc chẩn đoán. Năm 1941, Rigler và cộng sự mô tả 4 dấu hiệu X-quang của TRDSM: (1) tắc ruột bán phần hoặc hoàn toàn; (2) khí trong đường mật hoặc chất cản quang trong đường mật; (3) sỏi mật lạc chỗ; (4) thay đổi vị trí của mỗi viên sỏi trên nhiều phim chụp liên tiếp. Sự xuất hiện của 2 trong 3 dấu hiệu đầu tiên (tam chứng Rigler) được cho là đặc trưng của bệnh và gặp trong 20% - 50% trường hợp [4]. Một nghiên cứu khác cho thấy tam chứng Rigler chỉ phát hiện ở 40 - 50% trường hợp [2]. Ở trường hợp của chúng tôi, có 2 triệu chứng của tam chứng Rigler là khí trong đường mật và hình ảnh tắc ruột non, tuy nhiên đã bỏ sót hình ảnh khí trong đường mật. Những phim chụp ổ bụng thẳng thường không đặc hiệu bởi vì sự vôi hóa của sỏi hay quan sát thấy trên phim X-quang. Trường hợp của chúng tôi không thấy hình ảnh sỏi lạc chỗ trên X-quang ổ bụng. Do đó, khi thấy hình ảnh khí đường mật và tắc ruột mà bệnh nhân không có can thiệp hoặc phẫu thuật đường mật trước đây thì cần phải nghĩ đến TRDSM, thậm chí bệnh nhân không có tiền sử về bệnh sỏi mật thì cũng chưa thể loại trừ TRDSM.

Khi còn nghi ngờ chẩn đoán, siêu âm ổ bụng được chỉ định để xác định sỏi túi mật, đường rò và hình ảnh gián tiếp của sỏi mật. Nó cũng có thể xác nhận sự tồn tại của sỏi ống mật chủ và đường mật. Sử dụng kết hợp siêu âm và chụp X-quang để tăng độ nhạy cho việc biện luận chẩn đoán. Siêu âm nhạy hơn khi xác định khí đường mật và sỏi túi mật lạc chỗ. Sự kết hợp X-quang ổ bụng và siêu âm đã tăng độ nhạy của việc chẩn đoán TRDSM lên 74% [4, 5]. Triệu chứng khí trong đường mật chưa được quan tâm mô tả trong kết quả siêu âm của bệnh nhân đã trình bày.

Cắt lớp vi tính có giá trị cao hơn X-quang ổ bụng hoặc siêu âm trong chẩn đoán TRDSM, với độ nhạy lên tới 93%. Tần suất phát hiện tam chứng Rigler cao hơn nhờ chụp CLVT. Trong một nghiên cứu hồi cứu của Lassandro và cộng sự, tam chứng Rigler được quan sát thấy ở 77,8% trường hợp bằng CLVT, so sánh với 14,8% bằng X-quang và 11,1% bằng siêu âm. Giãn quai ruột được thấy ở 92,6%, khí

trong đường mật ở 88,9%, sỏi túi mật lạc chỗ 81,5%, mức khí dịch ở 37%, và rò mật - tiêu hóa ở 14,8% các trường hợp [4, 6]. Trên phim CLVT 320 dãy của bệnh nhân có hình ảnh tắc ruột non do một khối tăng tỷ trọng trong lòng đoạn cuối hồi tràng, kèm theo có hình ảnh khí đường mật, tuy nhiên bác sĩ chẩn đoán hình ảnh không nghĩ tới sỏi mà nghĩ tới khối u hồi tràng gây lồng ruột, đây cũng là một nhầm lẫn dễ xảy ra trước mổ đặc biệt ở các bác sĩ chẩn đoán hình ảnh chưa có kinh nghiệm. Trong trường hợp này có thể so sánh tỷ trọng của sỏi trong đường mật với tỷ trọng của khối trong lòng hồi tràng để đưa ra chẩn đoán chính xác. Ngoài ra có thể sử dụng các phương pháp khác như nội soi thực quản dạ dày tá tràng (EGD) để chẩn đoán khi sỏi gây tắc ruột non, nội soi đại tràng chẩn đoán khi sỏi gây tắc đại tràng và chụp cộng hưởng từ mật tụy (MRCP) để tăng giá trị chẩn đoán trong trường hợp sỏi không tăng tỷ trọng, khó đánh giá trên CLVT.

Mục tiêu của điều trị là giải quyết tình trạng tắc ruột bằng cách lấy sỏi trong ống tiêu hóa, cân bằng dịch và điện giải, điều trị rối loạn chuyển hóa. Bệnh nhân thường được chẩn đoán muộn và nhiều bệnh kết hợp nên đòi hỏi phải được kiểm soát trước khi can thiệp phẫu thuật. Khi đã chẩn đoán TRDSM thì chỉ định điều trị là phẫu thuật, tuy nhiên nội dung phẫu thuật vẫn còn nhiều vấn đề tranh cãi. Những phẫu thuật hiện nay bao gồm mở ruột lấy sỏi đơn thuần là phương pháp được áp dụng nhiều nhất; mở ruột lấy sỏi, cắt túi mật và đóng đường rò (phẫu thuật 1 thì); mở ruột lấy sỏi trước, sau đó cắt túi mật và đóng đường rò sau (phẫu thuật 2 thì) [4]. Hơn nữa, tiên lượng của TRDSM là nghèo nàn và xấu đi theo tuổi. Những nghiên cứu trước đây cho thấy rằng tỷ lệ tử vong là 7,5 - 15%, phần lớn do chẩn đoán muộn và những bệnh kết hợp như bệnh tim phổi, béo phì, tiểu đường [1]. Nghiên cứu gần đây cho thấy tỷ lệ tử vong sau mổ TRDSM chỉ còn 6,67% [4]. Quyết định phẫu thuật phần lớn bị chi phối bởi tình trạng của bệnh nhân. Mở ruột lấy sỏi thường được cân nhắc ở bệnh nhân già với nhiều bệnh kết hợp, trong khi mở ruột lấy sỏi, đóng đường rò và cắt túi mật là cách tiếp cận an toàn hơn ở bệnh nhân trẻ, có huyết động ổn định [2]. Bệnh nhân của chúng tôi khá trẻ, không có bệnh tim phổi kết hợp, trong mổ chỉ có tắc ruột do sỏi đoạn cuối hồi tràng và sỏi túi mật,

sỏi túi mật, không có đường rò mật ruột. Do đó, chỉ định phẫu thuật mở ruột lấy sỏi, cắt túi mật, lấy sỏi đường mật dẫn lưu Kehr là rất hợp lý. Ngoài ra hiện nay có các biện pháp như tán sỏi ngoài cơ thể, nội soi tán sỏi, phẫu thuật nội soi được áp dụng trong những trường hợp cụ thể và cho kết quả bước đầu.

5. Kết luận

Tắc ruột do sỏi mật là một nguyên nhân hiếm gặp của tắc ruột non. Những trường hợp tắc ruột non đặc biệt ở bệnh nhân nữ lớn tuổi với tiền sử có sỏi túi mật cần lưu ý TRDSM. Chụp cắt lớp vi tính ổ bụng là phương pháp ưu tiên bởi vì chẩn đoán nhanh và độ phân giải tốt hơn khi so sánh với X-quang và siêu âm ổ bụng. Tam chứng Rigler gồm hình ảnh tắc ruột, khí hoặc thuốc cản quang trong đường mật, hình ảnh sỏi mật lạc chỗ có giá trị chẩn đoán. Điều trị phẫu thuật cấp cứu được đặt ra một khi đã chẩn đoán tắc ruột do sỏi mật.

Tài liệu tham khảo

1. Abich E, Glotzer D, Murphy E (2017) *Gallstone ileus: An unlikely cause of mechanical small bowel obstruction*. Case Rep Gastroenterol 11(2): 389-395.
2. Fatimah N, Ahmed AS, Warraich MU et al (2018) *Stone in the distal jejunum presenting as small bowel obstruction: A case report*. Int J Surg Case Rep 52: 20-22.
3. De Monti M, Cestaro G, Alkayyali S et al (2018) *Gallstone ileus: A possible cause of bowel obstruction in the elderly population*. Int J Surg Case Rep 43: 18-20.
4. Nuno-Guzman CM, Marin-Contreras ME, Figueroa-Sanchez M et al (2016) *Gallstone ileus, clinical presentation, diagnostic and treatment approach*. World J Gastrointest Surg 8(1): 65-76.
5. Ripolles T, Miguel-Dasit A, Errando J et al (2001) *Gallstone ileus: Increased diagnostic sensitivity by combining plain film and ultrasound*. Abdom Imaging 26(4): 401-405.
6. Lassandro F, Gagliardi N, Scuderi M et al (2004) *Gallstone ileus analysis of radiological findings in 27 patients*. Eur J Radiol 50(1): 23-39.