

Đánh giá tổng quan điều trị và quản lý bệnh nhân sỏi đường mật tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

Comprehensive evaluation of treatment and management for patients with gallstones at Military Central Hospital 108

THÁI DOÃN KỲ, NGHIÊM XUÂN HOÀN, MAI THANH BÌNH

Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

Abstract

Objective: To evaluate the characteristics of treatment methods and hospital outcomes of patients with gallstones. **Methods:** A retrospective study was conducted on 1.165 patients with gallstones who received 1.385 inpatient treatments at Military Hospital 108 from January 2021 to December 2022. The study aimed to analyze the proportion of treatment methods, the number of hospital admissions, the average hospital stay duration, and treatment outcomes of the patient group. **Results:** 53% of the patients were female, and 58.19% were over 60 years old. The average hospital stay duration for gallstone patients was 6.9 days, 5.94 days for internal medicine treatment, and 8.04 days for surgical treatment. Severe complications of gallstones included severe cholecystitis (15.74%) and septic shock (7.73%). There were 26 cases treated in the intensive care unit, with an average treatment duration of 4.21 days. Among the 1.165 patients, 85% were admitted for treatment only once, and surgery increased the risk of readmission in gallstone patients compared to internal medicine treatment (OR (95% CI) = 1.57 (1.34 - 1.89); $P < 0.0001$). Endoscopic retrograde cholangiopancreatography (ERCP) was the primary treatment method (55.52%) for this group of patients, while 16.1% of the patients only required basic internal medicine treatment. Finally, 99.71% of gallstone patients were treated effectively and discharged from the hospital. **Conclusion:** Gallstones are a common condition, with a very high rate of stably successful treatment and short hospital stays, even in elderly patients at Military Hospital 108.

Tóm tắt

Mục tiêu: Đánh giá đặc điểm các phương pháp điều trị và tình trạng ra viện của bệnh nhân sỏi đường mật. **Đối tượng, phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu hồi cứu trên 1.165 bệnh nhân sỏi đường mật với 1.385 lượt điều trị nội trú, tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 từ 1/2021 tới 12/2022 về tỷ lệ các phương pháp điều trị, số lần nhập viện, thời gian nằm viện trung bình và kết cục điều trị của nhóm bệnh nhân. **Kết quả:** 53% bệnh nhân là nữ và 58,19% bệnh nhân trên 60 tuổi. Ngày nằm viện trung bình của bệnh nhân sỏi đường mật là 6,9 ngày, của bệnh nhân điều trị nội khoa là 5,94 ngày và điều trị ngoại khoa là 8,04 ngày. Biến chứng nặng của sỏi đường mật bao gồm viêm đường mật mức độ nặng (15,74%), sốc nhiễm khuẩn (7,73%). Có 26 lượt điều trị tại khoa hồi sức tích cực, với thời gian

điều trị trung bình tại khoa là 4,21 ngày. Trong 1.165 bệnh nhân, có 85% chỉ nhập viện điều trị 1 lần; và phẫu thuật làm tăng nguy cơ tái nhập viện ở bệnh nhân sỏi đường mật so với điều trị nội khoa (OR (95%CI) = 1,57 (1,34 - 1,89); $P < 0,0001$). Nội soi mật tụy ngược dòng là phương pháp điều trị chủ yếu (55,52%) với nhóm bệnh này; Trong khi đó, có 16,1% số bệnh nhân chỉ cần điều trị nội khoa cơ bản. Cuối cùng, có 99,71% số bệnh nhân sỏi đường mật được điều trị ổn định và ra viện. **Kết luận:** Sỏi đường mật là bệnh hay gặp, có tỷ lệ điều trị bệnh ổn định rất cao, thời gian nằm viện ngắn, kể cả với nhóm bệnh nhân cao tuổi tại bệnh viện TQĐ 108.

Từ khoá: Sỏi đường mật, sỏi ống mật chủ, sỏi trong gan, lâm sàng, cận lâm sàng.

I. Đặt vấn đề

Sỏi đường mật là bệnh lý thường gặp, chiếm khoảng 10 - 20% số bệnh nhân sỏi mật; Trong đó khoảng 70% là sỏi ống mật chủ, chủ yếu là sỏi Cholesterol (khoảng 85%) [7]. Tại Nhật Bản, sỏi OMC chiếm khoảng 14,2 - 20,3%, chủ yếu là sỏi sắc tố nâu [8]. Tại Việt Nam, liên quan tới thói quen ăn uống liên quan tới ẩm thực đường phố, gây ra nhiễm ký sinh trùng đường ruột như giun đũa, sán lá gan lớn, sán lá gan bé... làm cho khoảng 6 - 7% dân số mắc bệnh sỏi mật, trong đó khoảng 20% là sỏi đường mật[1]. Biến chứng viêm đường mật và viêm tụy cấp là các biến chứng phổ biến của sỏi đường mật, gặp ở khoảng 30% số bệnh nhân; đây là những biến chứng diễn biến phức tạp, nguy cơ tử vong cao nếu không được chẩn đoán và điều trị kịp thời [4, 5]. Ngược lại, sỏi đường mật không có viêm đường mật gây ra cảm giác đau bụng vùng gan ở các mức độ khác nhau, tồn tại dai dẳng và tạo ra từng đợt viêm đường mật tái đi tái lại, và có thể gây ra những bệnh lý viêm mạn tính tại gan như viêm xơ đường mật, xơ gan... Nguyên tắc chính điều trị sỏi đường mật là giảm áp lực trong đường mật và lấy sỏi. Điều trị nội khoa cơ bản bao gồm kháng sinh, giãn cơ và giảm đau có thể giúp kiểm soát tình trạng viêm đường mật nhẹ và vừa, tạo cơ hội cho sỏi nhỏ đường mật thoát ra ngoài. Ngoài ra, dẫn lưu qua nội soi mật tụy ngược dòng (NSMTND), dẫn lưu qua da là những biện pháp bổ sung, giúp lưu thông và giảm áp lực đường mật. Cuối cùng, để xử lý triệt để sỏi đường mật, cần can thiệp lấy

sỏi đường mật qua NSMTND hoặc phẫu thuật [4]. Hiện nay tại Việt Nam, chưa có nhiều công bố về thực trạng điều trị chung nhóm bệnh này. Do đó, bài báo này, chúng tôi cung cấp thêm những dẫn chứng khoa học về bức tranh điều trị sỏi đường mật tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

II. Đối tượng và phương pháp nghiên cứu

Đối tượng

Gồm 1.165 bệnh nhân với 1.385 lần điều trị nội trú, chẩn đoán sỏi đường mật, tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108, thời gian từ 01.2021 tới tháng 12.2022.

Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân

- Bệnh nhân được chẩn đoán sỏi đường mật dựa trên đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và chẩn đoán hình ảnh.

Tiêu chuẩn loại trừ

- Bệnh nhân chỉ có sỏi túi mật dựa trên các phương pháp chẩn đoán hình ảnh
- Viêm đường mật do nguyên nhân ác tính
- Tắc mật do nguyên nhân ác tính, hoặc sau hẹp tắc đường mật sau phẫu thuật

Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Mô tả, hồi cứu

Các chỉ tiêu nghiên cứu:

- Tuổi, giới và những biến chứng của sỏi đường mật: Viêm đường mật, mức độ viêm [6]; Viêm tụy cấp: Tăng men tụy 2 lần ngưỡng bình thường; Sốc nhiễm khuẩn: Dựa trên triệu chứng lâm sàng của sốc; và Huyết áp tâm thu < 90 mmHg (hoặc phải sử dụng vận mạch để nâng huyết áp); Nhiễm khuẩn huyết (Cấy máu dương tính); Tắc mật:

Vàng da, củng mạc mắt vàng, Bilirubin toàn phần $\geq 34 \mu\text{mol/L}$.

- Số lần nhập viện điều trị nội trú
- Phương pháp điều trị: Nội khoa, ngoại khoa, hồi sức
- Thời gian điều trị nội trú, và kết quả điều trị của các phương pháp

Xử lý số liệu

Phân tích thống kê sử dụng phần mềm GraphPad Prism version 9.1 (<https://www.graphpad.com/>) và SPSS Statistics 26.0

III. Kết quả

Một số đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân sỏi mật

Bảng 1: Tuổi, giới và biến chứng thường gặp của sỏi đường mật

	Số lượt BN (n = 1.385)	Tỷ lệ %
Tuổi, giới		
Nữ	734	53,00
Tuổi ≥ 60	806	58,19
Biến chứng của sỏi đường mật		
Sốc nhiễm khuẩn	107	7,73
Nhiễm khuẩn huyết	110	7,94
Viêm đường mật	1209	87,29
Viêm đường mật mức độ nặng	218	15,74
Viêm tụy cấp	126	9,10
Tắc mật	781	56,39

Trong tổng số 1385 lượt bệnh nhân, bệnh nhân phần đông là nữ (53%) và tuổi trên 60 tuổi (58,19%). Biến chứng của sỏi đường mật hay gặp nhất là viêm đường mật (87,29%), sau đó đến tắc mật (56,39%) và viêm tụy cấp (9,1%). Đặc biệt cần chú ý, những biến chứng nặng, nguy cơ tử

vong cao của sỏi đường mật không phải là hiếm gặp; bao gồm viêm đường mật mức độ nặng (15,74%), nhiễm khuẩn huyết (7,94%) và sốc nhiễm khuẩn (7,73%).

Một số đặc điểm thời gian nằm viện và số lần nhập viện điều trị nội trú.

Bảng 2: Thời gian điều trị nội trú

	Số ngày (mean, range)
Tổng lượt điều trị (n = 1385)	$6,91 \pm 1,81$ [1 - 89]
Điều trị nội khoa (n = 922)	$5,94 \pm 1,64$ [1 - 29]
Điều trị ngoại khoa (n = 462)	$8,04 \pm 1,95$ [1 - 89]
Hồi sức (n = 26)	$4,21 \pm 2,40$ [1 - 31]

Thời gian điều trị trung bình của 1 bệnh nhân sỏi là 6,91 ngày trong đó dài nhất là 89 ngày ở bệnh nhân xơ gan mật do sỏi đường mật, được điều trị bằng ghép gan. Thời gian nằm viện của bệnh nhân điều trị nội khoa (bao gồm nội khoa cơ bản và

NSMTND) ngắn hơn đáng kể so với điều trị ngoại khoa (5,94 ngày vs 8,04 ngày, $P < 0,0001$). Có 26 lượt bệnh nhân phải điều trị tích cực tại khoa hồi sức (ICU), với thời gian nằm điều trị trung bình là 4,21 ngày.

Bảng 3: Số lần nhập viện

Điều trị nội khoa bao gồm điều trị nội khoa cơ bản (kháng sinh, giãn cơ, giảm đau) và NSMTND (đặt stent đường mật và/hoặc lấy sỏi). Điều trị ngoại khoa bao gồm: Mở ống mật lấy sỏi, cắt 1 phần gan hoặc ghép gan.

Số lần nhập viện	Tổng số bệnh nhân n = 1165 (%)	Điều trị nội khoa n = 762 (%)	Điều trị phẫu thuật n = 403 (%)	Điều trị nội khoa vs Điều trị phẫu thuật. OR (95%CI); giá trị P
1 lần	990 (85)	685 (90)	305 (76)	1
≥ 2 lần	175 (15)	77 (10)	98 (24)	1,57 (1,34 - 1,89); $P < 0,0001$

Bảng 3 mô tả số lần nhập viện của bệnh nhân. Có 990/1.165 bệnh nhân (chiếm 85%) chỉ nhập viện điều trị 1 lần, không có tái phát sỏi đường mật hoặc biến chứng sau điều trị. Số còn lại (khoảng 15%) nhập viện điều trị nội trú từ 2 lần; Cá biệt có 01 bệnh nhân phải nhập viện điều trị nội trú 6 lần/2 năm (số liệu không công bố trong bảng). Đặc biệt, bệnh nhân sau phẫu thuật sỏi đường mật có nguy cơ phải nhập viện lại cao hơn 1,5 lần so với nhóm bệnh nhân điều trị nội khoa (OR (95%CI) = 1,57 (1,34 - 1,89); $P < 0,0001$).

Phân loại bệnh nhân theo phương pháp điều trị và kết quả

Bảng 4: Phân loại bệnh nhân theo phương pháp điều trị

Điều trị nội khoa cơ bản bao gồm truyền dịch, kháng sinh (nếu có viêm đường mật), giảm đau và giãn cơ trơn tiêu hóa. Nội soi mật tụy ngược dòng (NSMTND) bao gồm đặt stent đường mật và/hoặc lấy sỏi đường mật. Phẫu thuật bao gồm mở ống mật chủ lấy sỏi, cắt thùy gan, ghép gan và cắt túi mật (sau NSMTND dự phòng tái phát sỏi đường mật từ túi mật).

Phương pháp điều trị	Số lượt BN (n = 1.385)	Tỷ lệ (%)
Nội khoa cơ bản	223	16,10
NSMTND	769	55,52
Phẫu thuật	462	33,36
NSMTND-Phẫu thuật	69	4,98

Tại bệnh viện 108, trong 2 năm, NSMTND là phương pháp được chỉ định nhiều nhất để điều trị sỏi đường mật (769 lượt bệnh nhân, chiếm 55,52%), tiếp theo là phẫu thuật (462 lượt bệnh nhân, chiếm 33,36%). Ngoài ra, có 16,1% bệnh nhân sỏi đường mật chỉ cần điều trị nội khoa cơ bản để ổn định bệnh. Có 69 bệnh nhân được chỉ định cả 2 phương pháp điều trị là NSMTND và phẫu thuật.

Bảng 5: Tình trạng bệnh nhân ra viện

Tình trạng ra viện	Số lượt BN (n = 1.385)	Tỷ lệ (%)
Hồi sức cấp cứu	26	1,88
Đỡ - Khỏi ra viện	1.381	99,71
Tử vong	4	0,29

Có 26 lượt bệnh nhân (1,88%) cần điều trị tích cực tại khoa hồi sức.
Sau điều trị sỏi OMC, tỷ lệ đỡ - khỏi ra viện là 99,71%. Tỷ lệ xin về-tử vong là 0,29% số bệnh nhân.

IV. Bàn luận

Sỏi đường mật (bao gồm sỏi đường mật trong gan và sỏi ống mật chủ) là bệnh lý thường gặp tại Việt Nam (khoảng 6 - 7% dân số)[1]. Đây là nguyên nhân chính gây ra các tình trạng viêm đường mật cấp tính, và tỷ lệ tử vong cao nếu không được điều trị kịp thời. Điều trị nhóm bệnh này chủ yếu gồm điều trị nội khoa cơ bản (kháng sinh, giãn cơ, giảm đau hạ sốt), nội soi mật tụy ngược dòng (NSMTND) đặt stent và/hoặc lấy sỏi; và phẫu thuật (nội soi hoặc mổ mở: lấy sỏi, cắt gan hoặc ghép gan).

Chúng tôi triển khai nghiên cứu trên 1.165 bệnh nhân sỏi đường mật với 1.385 lượt điều trị ở Bệnh viện Trung ương Quân đội 108, điều trị nội khoa, nội soi mật tụy ngược dòng và phẫu thuật.

Qua nghiên cứu trên 1.165 bệnh nhân, chúng tôi thấy nữ gặp nhiều hơn nam và nhóm tuổi trên 60 tuổi chiếm phần lớn. Kết quả này tương đồng với các nghiên cứu lớn trên thế giới và Việt Nam, tuy nhiên khác với số ít báo cáo về sỏi mật ở Việt Nam [2, 3]; điều này có thể do khác nhau về quần thể nghiên cứu dựa trên phương pháp điều trị vì nghiên cứu của chúng tôi lấy chung tất cả các bệnh nhân sỏi đường mật.

Biến chứng viêm tụy cấp và viêm đường mật là các biến chứng phổ biến của sỏi mật, gặp ở khoảng 30% vs 70% số bệnh nhân theo các công bố của các tác giả [5]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, gần 90% số bệnh nhân có viêm đường mật, trong đó khoảng 15% số bệnh nhân là viêm đường mật mức độ nặng theo tiêu chuẩn của TG18 [6] và 7,73% bệnh nhân có tình trạng sốc nhiễm khuẩn. Đây là nhóm bệnh nhân lâm sàng nặng nề, tổn thương ít nhất 1 tạng quan trọng và diễn biến phức tạp, nguy cơ tử vong cao nếu không được điều trị sớm và hồi sức tích cực. Đây là biến chứng rất nặng nề, nguy cơ tử vong cao, cần phải điều trị chăm sóc đặc biệt tại các khoa cấp cứu hồi sức và cần giải phóng đường mật cấp cứu.

Thời gian nằm viện trung bình của 1 bệnh nhân sỏi đường mật là 6,9 ngày. Trong đó nhóm bệnh nhân điều trị nội khoa (bao gồm nội khoa cơ bản và NSMTND) có thời gian nằm viện ngắn (trung bình 5,9 ngày). Ngược lại, nhóm bệnh nhân phẫu thuật có thời gian nằm viện trung bình dài hơn (8,04 ngày, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê so với điều trị nội khoa, Bảng 2), do thời gian hậu phẫu và chăm sóc sau mổ dài hơn, đặc biệt là những bệnh nhân phẫu thuật cắt gan hoặc ghép gan để

điều trị sỏi trong gan. Ngoài ra, có 107 lượt bệnh nhân có biểu hiện sốc nhiễm khuẩn, nhưng chỉ có 26 lượt điều trị (1,88%) tại các khoa hồi sức tích cực với thời gian nằm tại khoa trung bình là 4,21 ngày (Bảng 2 và 5). Điều đó cho thấy rằng, số bệnh nhân còn lại, hoàn toàn có thể điều trị ổn định tại khoa cấp cứu tiêu hóa, bằng điều trị nội khoa tích cực kết hợp với giải phóng đường mật cấp cứu.

Qua nghiên cứu, chúng tôi thấy rằng 85% số bệnh nhân sỏi đường mật chỉ cần nhập viện điều trị 1 lần trong 2 năm theo dõi. Trong đó, chỉ 10% số bệnh nhân điều trị nội khoa (gồm nội khoa cơ bản và NSMTND) là cần nhập viện điều trị từ 2 lần trở lên. Đây chủ yếu là nhóm bệnh nhân được điều trị nội khoa cơ bản kết hợp với NSMTND đặt stent đường mật, sau đó tái khám để lấy sỏi. Ngược lại, nguy cơ nhập viện lại ở nhóm bệnh nhân phẫu thuật đường mật cao hơn nhóm điều trị nội khoa là 1,5 lần, cá biệt có bệnh nhân nhập viện 6 lần/2 năm. Điều này là do phẫu thuật được chỉ định trên những bệnh nhân thất bại với NSMTND, hoặc sỏi đường mật kích thước lớn hoặc sỏi trong gan số lượng nhiều nên tỷ lệ sót sỏi sau mổ cao. Ngoài ra, có bệnh nhân cần nhập viện lại do tai biến của phẫu thuật như dò mật, tắc mật.

Đối với điều trị sỏi đường mật, NSMTND hiện nay là phương pháp được chỉ định rộng rãi, đầu tiên, đặc biệt là sỏi ống mật chủ do can thiệp xâm nhập tối thiểu, thời gian can thiệp và nằm viện ngắn, tỷ lệ thành công cao, ít sang chấn, hồi phục nhanh, chi phí thấp [4]. NSMTND được triển khai ở bệnh viện TƯQĐ 108 từ năm 2010. Kết quả nghiên cứu trong 2 năm, có 55,52% số bệnh nhân sỏi đường mật được điều trị bằng kỹ thuật này. Ngược lại, phẫu thuật chỉ được đặt ra khi NSMTND thất bại, hoặc sỏi đường mật kích thước lớn, sỏi trong gan nhiều. Và có 42% lượt bệnh nhân đã được phẫu thuật điều trị sỏi đường mật. Có 69 lượt bệnh nhân (~5%) đã được thực hiện chuỗi điều trị: NSMTND-phẫu thuật, đây là những bệnh nhân sỏi to, không thể lấy hết qua nội soi, được đặt stent giảm áp đường mật và chuyển phẫu thuật; Hoặc 1 số bệnh nhân được chỉ định phẫu thuật cắt túi mật sau NSMTND để tránh sỏi đường mật tái phát từ túi mật.

Kết cục điều trị bệnh lý sỏi đường mật tại bệnh viện trong 2 năm (2021 - 2022), sau điều trị, có 99,71% bệnh nhân ổn định ra viện. Có 4 bệnh nhân (0,29%) xin về và tử vong, nguyên nhân do bệnh nhân tuổi cao, nhiều bệnh kết hợp và tình trạng sốc nhiễm khuẩn rất nặng, suy đa tạng.

V. Kết luận

Tại bệnh viện TƯQĐ 108, có 1.385 lượt điều trị sỏi đường mật trong giai đoạn 2021 - 2022, với thời gian nằm viện trung bình là 6,91 ngày và 85% số bệnh nhân chỉ nhập viện điều trị 1 lần. Tỷ lệ điều trị thành công sỏi đường mật là 99,71% bằng các phương pháp. Trong đó, nội soi mật tụy ngược dòng là phương pháp chủ yếu điều trị sỏi đường mật, với thời gian nằm viện ngắn, nguy cơ tái phát sỏi thấp hơn so với phẫu thuật.

Tài liệu tham khảo

1. Lê Văn Nghĩa, Đỗ Văn Dũng, Văn Tân, Điều tra xác định số đo hiện mắc sỏi mật tại thành phố hồ chí minh. Báo cáo khoa học tại Đại hội Ngoại khoa Việt Nam lần thứ X, 1999: p. 155-166.
2. Nguyễn Anh Tân, Dương Hồng Thái, Kết quả điều trị sỏi ống mật chủ bằng kỹ thuật nội soi mật tụy ngược dòng tại bệnh viện đa khoa tỉnh Bắc Ninh. Tạp chí y học Việt Nam, 2022. 511(2): p. 62-5.
3. Nguyễn Công Long, Lục Lê Long, Đánh giá kết quả phương pháp nội soi mật tụy ngược dòng ở bệnh nhân sỏi ống mật chủ tại bệnh viện Bạch Mai. Tạp chí y học Việt Nam, 2022. 513: p. 62-5.
4. Viện nghiên cứu khoa học y dược lâm sàng 108, Giáo trình bệnh học nội tiêu hoá. 2017: Nhà xuất bản y học, Hà Nội.
5. Ahmed, M., Acute cholangitis - an update. World J Gastrointest Pathophysiol, 2018. 9(1): p. 1-7.
6. Kiriya, S., et al., Tokyo Guidelines 2018: diagnostic criteria and severity grading of acute cholangitis (with videos). J Hepatobiliary Pancreat Sci, 2018. 25(1): p. 17-30.
7. Stinton, L.M., E.A. Shaffer, Epidemiology of gallbladder disease: cholelithiasis and cancer. Gut Liver, 2012. 6(2): p. 172-87.
8. Tazuma, S., Gallstone disease: Epidemiology, pathogenesis, and classification of biliary stones (common bile duct and intrahepatic). Best Pract Res Clin Gastroenterol, 2006. 20(6): p. 1075-83.