

NHÂN HAI TRƯỜNG HỢP TẮC RUỘT DO SỎI ĐƯỜNG MẬT ĐƯỢC CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ TẠI BỆNH VIỆN QUÂN Y 175

Nguyễn Văn Mạnh¹, Lê Đức Trung¹, Nguyễn Quang Nhật¹

TÓM TẮT:

Tắc ruột do sỏi mật là tình trạng sỏi đường mật đi vào ống tiêu hóa thông qua một đường rò túi mật – ruột, gây nên tình trạng tắc ruột cơ học. Đây là một bệnh lý lâm sàng hiếm gặp và còn nhiều tranh cãi trong vấn đề điều trị. Trong bài viết này chúng tôi đề cập tới 2 ca lâm sàng tắc ruột do sỏi đường mật đã được điều trị thành công tại Bệnh viện Quân y 175 bằng phẫu thuật.

Kết quả và bàn luận: Việc lựa chọn phương pháp phẫu thuật vẫn chưa được thống nhất và đánh giá thêm. Việc phẫu thuật lấy sỏi đơn thuần giúp bệnh nhân nhanh hồi phục sau mổ và phù hợp với những bệnh nhân có bệnh lý toàn thân nặng.

* Từ khóa: Tắc ruột do sỏi đường mật, đường rò mật – ruột

TWO CASES OF GALLSTONE ILEUS WAS DIAGNOSED AND TREATED AT 175 MILITARY HOSPITAL

ABSTRACT

Introduction: Gallstone Ileus is described by a large gallstone through a biliary enteric fistula to the bowel that make amechanical obstruction. This is in infrequent disease with controversies in surgical treatment. Here, we report 2 cases of gallstone ileus which successfully treated by enterolithotomy in M.H.175

Results and discussion: The choice of surgical method has not been agreed and

Nguyễn Văn Mạnh¹; Lê Đức Trung¹; Nguyễn Quang Nhật¹

¹Bệnh viện Quân Y 175

Người phản hồi: Nguyễn Văn Mạnh (manhnguyen2388@gmail.com)

Ngày nhận bài: 19/02/2024, ngày phản biện: 27/2/2024

Ngày đăng: 30/3/2024

further evaluated. Single broom surgery helps patients recover quickly after surgery and is suitable for patients with severe systemic diseases.

Keywords: Gallstone ileus, Biliary enteric fistula

1. GIỚI THIỆU

Sỏi túi mật là một nguyên nhân rất hiếm gặp gây nên tình trạng tắc ruột. Tắc ruột do sỏi đường mật được hiểu là một tắc ruột cơ học của đường tiêu hóa gây ra bởi 1 viên sỏi lớn rơi xuống từ đường rò mật – ống tiêu hóa và mắc kẹt trong lòng ống tiêu hóa. Đường rò mật – ruột non thường xảy ra hơn so với đường rò mật – đại tràng. [1]

Ở đây chúng tôi trình bày 2 ca lâm sàng tắc ruột do sỏi đường mật, 1 ca tại ruột non, 1 ca tại đại tràng. Phẫu thuật lấy sỏi đường mật được thực hiện thành công và được báo cáo theo những tiêu chuẩn của SCARE [2]

2. GIỚI THIỆU CA BỆNH

2.1. Ca lâm sàng 1

Bệnh nhân nam 54 tuổi, tiền sử nổi mật – ruột, vị - tụy cách 11 năm do

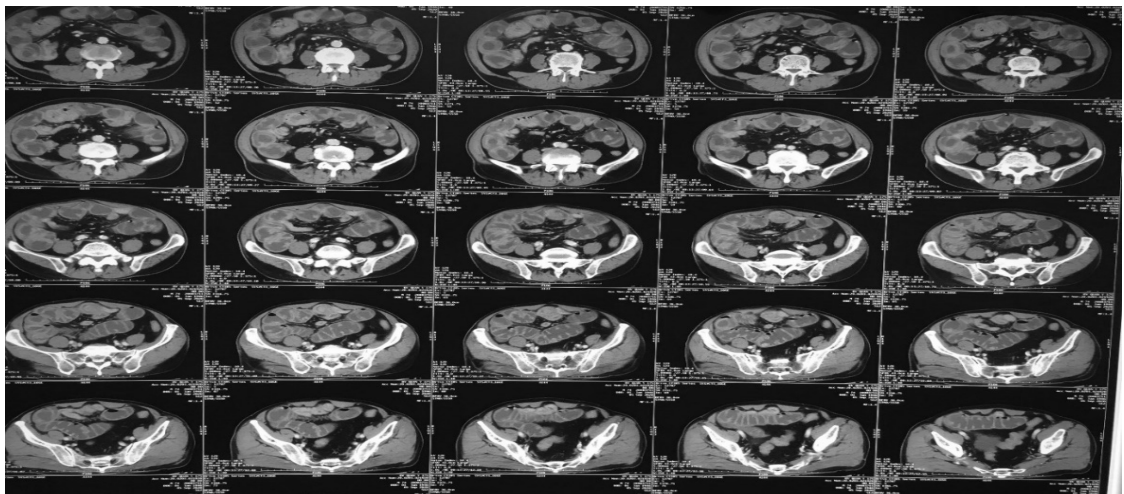
chít hẹp đường mật, tăng huyết áp, đái tháo đường type 2. Bệnh nhân nhập viện với tình trạng bán tắc ruột biểu hiện nôn nhiều, chướng bụng và đau bụng quặn con. Xét nghiệm cho thấy có tình trạng viêm nhẹ với bạch cầu 12.6 G/L, NEU 81.1%, Albumin 26.2g/L với thể trạng gầy và ăn uống kém, các xét nghiệm khác không cho thấy có dấu hiệu bất thường. Bệnh nhân được chụp cắt lớp vi tính ổ bụng có tiêm thuốc tương phản và được chẩn đoán tắc ruột do bã thức ăn (Hình 1) và được điều trị bảo tồn, xét phẫu thuật có trì hoãn do tình trạng dinh dưỡng kém. Sau 4 ngày điều trị bảo tồn không hiệu quả và nâng đỡ thể trạng tốt, bệnh nhân được chỉ định phẫu thuật mở và phát hiện nhiều sỏi trong ruột non, trong đó có 1 viên sỏi kích thước 30x30mm là nguyên nhân chính gây cản trở lưu thông tại ruột non (Hình 2).



Hình 2: Sỏi đúc khuôn trong lòng đường mật

Bệnh nhân được lấy toàn bộ sỏi trong lòng ống tiêu hóa, khâu đóng vị trí mở ruột non và đặt 1 dẫn lưu Douglas, sau đó chuyển về khoa điều trị hậu phẫu và được xuất viện sau mổ 10 ngày với chẩn đoán bệnh lý tắc ruột non do sỏi đường

mật/ sỏi mật ruột, vị tụy cách 11 năm, tăng huyết áp, đái tháo đường type 2 và không xảy ra tai biến, biến chứng cũng như tái phát tới thời điểm làm báo cáo (9/2020-6/2023).



Hình 1: Hình ảnh sỏi trong lòng ống tiêu hóa mà ban đầu nghi ngờ là bã thức ăn

2.2. Ca lâm sàng 2

Bệnh nhân nữ 63 tuổi, tiền sử đái tháo đường type 2, nhiều lần đau ¼ bụng trên phải kèm theo sốt, tự điều trị tại nhà bằng thuốc giảm đau và hạ sốt. Nhập viện với tình trạng bán tắc ruột biểu hiện nôn ói, đau bụng quặn cơn và bí trung đại tiện từ 3 ngày trước đó. Bệnh nhân được chụp cắt lớp vi tính ổ bụng và chẩn đoán bán tắc ruột do sỏi phân vùng hồi manh tràng. Bệnh nhân không có biểu hiện sốt, tuy nhiên xét nghiệm cho thấy tình trạng

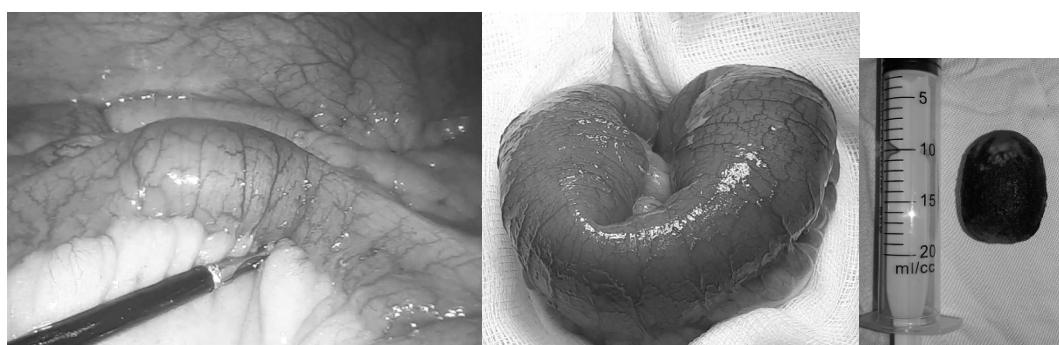
nhiễm khuẩn với BC 30 G/l, NEU 77.8%. Sau khi nhập viện được chỉ định điều trị nội khoa kèm theo điều chỉnh đường huyết, bệnh nhân trung tiện được tuy nhiên chưa đại tiện, đồng thời ăn uống không cải thiện. Sau 3 ngày điều trị bảo tồn không cải thiện, đồng thời tình trạng đường huyết và điện giải được kiểm soát tốt, bệnh nhân được phẫu thuật nội soi cấp cứu. Khi vào ổ bụng thấy túi mật viêm dính vào tá tràng, xung quanh có mạc nối lớn dính bao bọc tạo nên 1 đường rò mật – tá tràng (Hình 5).



Hình 5: Vị trí nghi ngờ là rò mật – ruột trên CLVT ổ bụng

Đoạn hồi tràng kế tiếp hồi tràng phát hiện 1 viên sỏi mật kích thước 3x4cm là nguyên nhân gây tắc ruột (Hình 4), tiến hành mổ nhỏ đường trắng giữa trên rốn, đưa đoạn ruột có sỏi ra ngoài, mổ nhỏ và

lấy sỏi, đồng thời kiểm tra toàn bộ ruột thấy không còn sỏi sỏi. Bệnh nhân xuất viện sau phẫu thuật 4 ngày hậu phẫu và không ghi nhận tái phát sau đó (2/2021-6/2023).



A

B

C

Hình 4: Vị trí đoạn ruột non chứa sỏi khi nội soi (A), khi được đưa ra ngoài qua đường mở nhỏ đường trắng giữa (B), và viên sỏi đường mật sau khi được lấy ra khỏi ruột non (C)

3. BÀN LUẬN

Tắc ruột do sỏi đường mật là một tình trạng hiếm gặp, gặp trên 1-3% trong số các ca tắc ruột cơ học [3]. Nguyên nhân gây ra bởi sự di chuyển của sỏi mật kích thước lớn từ túi mật hoặc ống mật chủ xuống ruột thông qua một đường rò mật – ruột. Xấp xỉ 75% đường rò là túi mật – tá tràng, trong khi chỉ có 10-20% đường rò túi mật – đại tràng. [4] Thông thường đường rò mật – ruột thường liên quan tới tình trạng viêm tái diễn nhiều lần của túi mật hay đường mật, gây nên sự viêm dính và phá hủy tổ chức giữa túi mật – ruột, đồng thời được các tổ chức xung quanh bao bọc lại tạo nên một đường rò mật – ruột, điển hình là trường hợp thứ hai với biểu hiện của một tình trạng viêm ở ¼ bụng trên phải với một đường rò túi mật với tá tràng. Tuy nhiên chúng tôi ghi nhận 1 trường hợp đường rò mật – ruột chủ động được tạo ra

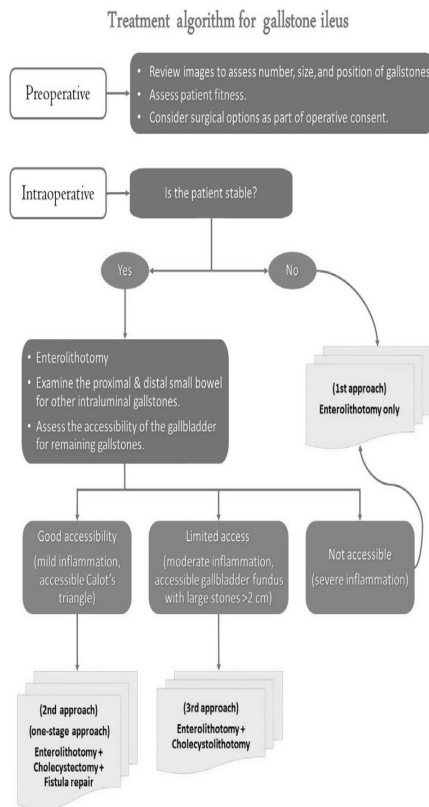
trong quá trình điều trị bệnh lý đường mật từ nhiều năm trước, bệnh nhân được phẫu thuật nối ống mật chủ - hồng tràng do tình trạng viêm chít hẹp đường mật trước đó, quá trình phẫu thuật cho thấy hình ảnh nhiều viên sỏi đúc khuôn theo hình dạng của đường mật (Hình 2).

Cho dù tất cả các phẫu thuật viên thống nhất rằng đây là một tình trạng cần được can thiệp phẫu thuật cấp cứu, tuy nhiên hiện nay chưa có một đồng thuận nào về phương pháp phẫu thuật tối ưu cho bệnh lý này. Phẫu thuật 1 thì bao gồm mở ruột lấy sỏi, cắt túi mật kết hợp cắt đường rò hoặc PT 2 thì bao gồm cắt đoạn ruột, sau đó cắt túi mật thường được cân nhắc để điều trị. Năm 1994 Reisner và CS [3] đã báo cáo tỷ lệ tử vong vì tắc ruột do sỏi túi mật với PT 1 thì là 16.9%. So với PT lấy sỏi trong ruột thông thường là 11.7% do vậy PT 1 kỳ thường bị bỏ qua. Hơn thế

nữ, PT 1 kỳ chỉ được thực hiện trong số 11.% các TH tắc ruột do sỏi được báo cáo [3]. Tuy nhiên năm 2004, Halabi và CS [6] báo cáo tỉ lệ tử vong chỉ 7.32 % với PT 1 kỳ và 4.89% với PT lấy sỏi đơn thuần. Sự khác biệt này cho thấy sự cải thiện trong PT trong những năm gần đây dựa trên cơ sở của sự cải thiện về chẩn đoán và chăm sóc trước mổ. Năm 2019 Mohamed A. Rabie,1,2 and Ashraf Sokker1 đã đưa ra một lưu đồ trong việc lựa chọn phương pháp và chuẩn bị trước mổ cho bệnh nhân tắc ruột do sỏi đường mật [5] (Sơ đồ 1).

thuật lấy sỏi đơn thuần do tình trạng bệnh lý nền khó kiểm soát khi nhập viện cũng như tình trạng nhiễm trùng do bệnh lý gây ra. Kết quả sau mổ tốt được báo cáo ở cả 2 ca, bệnh nhân không có nhiễm trùng sau mổ hay tái phát tới thời điểm bài báo này được công bố. Bệnh nhân nữ đã được hướng dẫn theo dõi và tái khám để xét chỉ định phẫu thuật thì 2, tuy nhiên do tình trạng bệnh lý nền và không chấp thuận phẫu thuật từ bệnh nhân và gia đình nên chúng tôi không thực hiện phẫu thuật đóng đường rò.

Cả 2 ca đều được tiến hành phẫu



Sơ đồ 1: Lựa chọn phương pháp và chuẩn bị trước mổ cho bệnh nhân tắc ruột do sỏi đường mật [5]

4. KẾT LUẬN

Tóm lại, bệnh lý tắc ruột do sỏi đường mật là một bệnh lý rất hiếm gặp và còn nhiều tranh cãi trong chẩn đoán và điều trị, trong nhiều năm kể từ khi khoa Ngoại bụng – Bệnh viện Quân y 175 chúng tôi mới chỉ ghi nhận được 2 trường hợp có bệnh lý này và việc chẩn đoán chính xác gặp nhiều khó khăn do mức độ hiếm gặp của nó. Việc đưa ra chỉ định phẫu thuật cũng gặp nhiều khó khăn do tình trạng bệnh lý nền của 2 bệnh nhân khó kiểm soát cũng như cố gắng tái lưu thông đường ruột bằng điều trị nội khoa và thực tháo do không xác định được rõ ràng tính chất của vật gây tắc. Việc lựa chọn phẫu thuật lấy sỏi đơn thuần thông qua một đường mổ nhỏ ở ruột theo chúng tôi là phù hợp với hầu hết các quan điểm của các tác giả trên thế giới do thể trạng bệnh nhân yếu với nhiều bệnh lý nền khó kiểm soát cũng như chưa có cơ hội được xử trí trường hợp tương tự trước đó, đặc biệt là trên trường hợp bệnh nhân nam đầu tiên. Chúng tôi hi vọng rằng thông qua 2 trường hợp lâm sàng được báo cáo lần này sẽ giúp cho các phẫu thuật viên tiêu hóa có thêm nhiều kinh nghiệm và không bị bối rối khi gặp phải tình trạng bệnh lý này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] F. Zingales, E. Pizzolato, M. Menegazzo, C. Da Re, R. Bardini, Gallstone ileus of the sigmoid colon: a rare complication of cholelithiasis, *Updates Surg.* 63 (2011) 219–221.
- [2] R.A. Agha, A.J. Fowler, A. Saetta, I. Barai, S. Rajmohan, D.P. Orgill, SCARE Group, The SCARE statement: consensus-based surgical case report guidelines, *Int. J. Surg.* 34 (2016) 180–186.
- [3] R.M. Reisner, J.R. Cohen, Gallstone ileus: a review of 1001 reported cases, *Am. Surg.* 77 (1994) 737–742.
- [4] C. Hernandez, D. Heuman, Z.R. Vlahcevid, Pathophysiology of disease associated with deficiency of bile acids, *Principles Pract. Gastroenterol. Hepatol.* (1998) 384–395.
- [5] Rabie, M.A. and Sokker, A. (2019), Cholecystolithotomy, a new approach to reduce recurrent gallstone ileus. *Acute Med Surg*, 6: 95-100.
- [6] W.J. Halabi, C.Y. Kang, N. Ketana, K.J. Lafaro, V.Q. Nguyen, M.J. Stamos, et al., Surgery for gallstone ileus: a nationwide comparison of trends and outcomes, *Ann. Surg.* 259 (2014) 329–335.