

KẾT QUẢ DẪN LƯU ĐƯỜNG MẬT XUYÊN GAN QUA DA DƯỚI HƯỚNG DẪN SIÊU ÂM TRONG BỆNH LÝ VIÊM ĐƯỜNG MẬT CẤP

Bùi Văn Dương¹, Phạm Văn Duyệt¹, Phạm Văn Thương¹,
Phan Thị Tuyết Lan², Vũ Văn Quang³

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả dẫn lưu đường mật qua da dưới hướng dẫn siêu âm cho những bệnh nhân viêm túi mật cấp và viêm đường mật cấp tại khoa Phẫu thuật Tiêu hóa, bệnh viện Hữu Nghị Việt Tiệp. **Phương pháp nghiên cứu:** Mô tả, tiền cứu. 124 bệnh nhân được chẩn đoán viêm túi mật cấp và viêm đường mật cấp độ II, III theo Hướng dẫn Tokyo 2013 và Hướng dẫn Tokyo 2018 được chỉ định dẫn lưu đường mật xuyên gan qua da dưới hướng dẫn siêu âm từ tháng 01/2020 – 12/2022, đánh giá về các yếu tố lâm sàng trước và sau dẫn lưu. **Kết quả nghiên cứu:** Tỷ lệ bệnh nhân có sốt là 78,22%; trong đó 18,55% có sốt nhiễm trùng đường mật; số lượng bạch cầu trung bình $15,82 \pm 3,87$ G/L, chỉ số CRP là $78,23 \pm 23,95$ mg/dL. 78,22% bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu được chẩn đoán viêm túi mật cấp, 21,78% được chẩn đoán viêm đường mật cấp. Tỷ lệ dẫn lưu thành công là 97,58%, trong đó dẫn lưu túi mật là 86,29%, đường mật gan phải 4,84%, gan trái 6,45%; thời gian chọc trung bình là $14,27 \pm 3,21$ phút. Có 1 trường hợp tụt huyết áp khi chọc dẫn lưu. Tỷ lệ sốt, tình trạng đau bụng, số lượng bạch cầu, chỉ số GOT,

GPT, Bilirubin TP và CRP giảm có ý nghĩa thống kê đánh giá sau 72 giờ dẫn lưu, 22/23 bệnh nhân thoát sốt trong vòng 72 giờ. Tỷ lệ biến chứng sau thủ thuật: 4,13% có nhiễm trùng chân dẫn lưu, 4,13% có tắc ống dẫn lưu, 3,30% có tụt ống dẫn lưu; 1 trường hợp rò mật gây viêm phúc mạc và 1 trường hợp tử vong sau dẫn lưu. **Kết luận:** Dẫn lưu đường mật xuyên gan qua da dưới hướng dẫn siêu âm là thủ thuật hiệu quả và an toàn ở bệnh lý viêm túi mật cấp và viêm đường mật cấp.

Từ khóa: Dẫn lưu đường mật xuyên gan qua da dưới hướng dẫn của siêu âm, viêm túi mật cấp, viêm đường mật cấp

SUMMARY

RESULTS OF ULTRASOUND GUIDED PERCUTANEOUS TRANSHEPATIC BILIARY DRAINAGE IN PATIENTS WITH ACUTE CHOLANGITIS

Objectives: Ultrasound guided percutaneous transhepatic biliary drainage (PTBD) was a technique that a drain was inserted into block biliary tree for decompressing and draining in case of acute cholecystitis and acute cholangitis. The aim of study was evaluating the results of this technique in the Gastro-Intestinal Surgery Department, Viet Tiệp Hospital. **Materials and methods:** A total of 124 patients with acute cholecystitis and acute cholangitis grade II, III (based on TG13 and TG18) admitted the Gastro-Intestinal Surgery Department who underwent percutaneous transhepatic biliary drainage under USG guidance were retrospectively evaluated.

¹Trường Đại học Y Dược Hải Phòng

²Bệnh viện Hữu Nghị Việt Tiệp

³Bệnh viện TWQĐ 108

Chịu trách nhiệm chính: Bùi Văn Dương

Email: bvduong@hpmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 4.4.2023

Ngày phản biện khoa học: 21.4.2023

Ngày duyệt bài: 19.5.2023

Clinical outcomes, details about the PTBD procedure, and complications were recorded and analyzed. **Results:** 78.22% of patients had fever, 18.55% had septic shock; the mean white blood cells was 15.82 ± 3.87 G/L, the mean CRP was 78.23 ± 23.95 mg/dL; 78.22% of patients were diagnosed with acute cholecystitis and 21.78% with acute cholangitis. The technique success rates was 97.58%, percutaneous transhepatic gallbladder drainage was 86.29%, right-side and left-sided PTBD was performed in 4.84% and 6.45%. The mean time of procedure was 14.27 ± 3.21 mins, a case of hypotension during the procedure. Abdominal pain in patients was relieved, percentages of fever, white blood cell count, total bilirubin and CRP decreased significantly within 72h after treatment. Complications: 4.13% of patients had infected the drainage site, 4.13% of patients has drainage blockage; 3.30% had drainage displacement, 1 case of bile leakage and 1 case was dead. **Conclusions:** Ultrasound guided percutaneous transhepatic biliary drainage was a safe and effective technique with an acceptable low grade complications rate in patients with severe acute cholecystitis and cholangitis.

Keywords: Ultrasound guided percutaneous transhepatic biliary drainage, acute cholecystitis and acute cholangitis.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Dẫn lưu đường mật xuyên gan qua da dưới hướng dẫn siêu âm là phương pháp xâm lấn tối thiểu nhằm giảm áp đường mật bị viêm và tắc nghẽn bằng việc dẫn lưu dịch mật nhiễm khuẩn khỏi hệ thống đường mật bằng catheter xuyên gan qua da. Dẫn lưu đường mật qua da được coi là một trong những lựa chọn điều trị hàng đầu trên bệnh nhân có viêm túi mật cấp hoặc viêm đường mật cấp với nhiều yếu tố nguy cơ như cao

tuổi, có bệnh lý phổi hợp vì đây là thủ thuật đơn giản và hiệu quả cao.

Tại khoa Phẫu thuật Tiêu hóa bệnh viện Hữu nghị Việt Tiệp, chúng tôi đã triển khai kỹ thuật trên cho những nhóm bệnh nhân viêm đường mật cấp do các nguyên nhân và viêm túi mật cấp thu được nhiều kết quả khả quan. Nghiên cứu này nhằm mục tiêu đánh giá kết quả của kỹ thuật dẫn lưu đường mật qua da dưới hướng dẫn của siêu âm chúng tôi thực hiện từ 2020 đến 2022.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng, địa điểm và thời gian nghiên cứu

Đối tượng nghiên cứu là 124 trường hợp bệnh nhân viêm túi mật cấp và viêm đường mật cấp được chỉ định dẫn lưu túi mật hoặc dẫn lưu đường mật xuyên gan qua da dưới hướng dẫn siêu âm tại khoa Phẫu thuật Tiêu hóa bệnh viện Hữu Nghị Việt Tiệp, thời gian từ 01/2020 đến 12/2022.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Tiến cứu mô tả, lấy mẫu thuận tiện tất cả bệnh nhân phù hợp với tiêu chuẩn.

2.2.1. Cỡ mẫu nghiên cứu

Chọn mẫu theo phương pháp thuận tiện gồm 124 bệnh nhân.

2.2.2. Quy trình nghiên cứu

Bệnh nhân viêm túi mật cấp và viêm đường mật được thăm khám lâm sàng, làm xét nghiệm, chẩn đoán, theo dõi điều trị và hội chẩn khoa/liên khoa, chỉ định dẫn lưu và theo dõi sau dẫn lưu. Sau đó, phân tích các kết quả lâm sàng, cận lâm sàng trước và sau dẫn lưu để rút ra kết luận.

Tiêu chuẩn chẩn đoán

Tiêu chuẩn chẩn đoán và đánh giá mức độ nặng của viêm túi mật cấp và viêm đường mật cấp dựa theo Hướng dẫn Tokyo 2013 (TG13) và Hướng dẫn Tokyo 2018 (TG18).

Chỉ định dẫn lưu

Viêm túi mật cấp độ II không đáp ứng với điều trị nội khoa, viêm túi mật cấp độ III (phân độ theo TG13).

Viêm đường mật cấp kèm theo tắc nghẽn đường mật do sỏi, u đường mật, u đầu tụy, stent đường mật độ II không đáp ứng với điều trị nội khoa hoặc độ III (phân độ theo TG18).

Chống chỉ định

Có chỉ định phẫu thuật vì những lý do khác như: viêm phúc mạc mật, viêm tụy hoại tử xuất huyết nặng, chảy máu đường mật nhiều.

Bệnh nhân cổ chướng nặng, suy gan nặng.

Tắc mật ở nhiều vị trí hoặc khu trú ở một hạ phân thùy (thường do di căn gan).

Quy trình dẫn lưu

Dụng cụ cần có để thực hiện kỹ thuật gồm (1) máy siêu âm với đầu dò bụng sector 3,5 MHz (2) bộ dụng cụ dẫn lưu xuyên gan qua da gồm: bộ dẫn lưu qua da có khóa kích cỡ 8,5 – 10 Fr, hãng ReSolve® và (3) bộ tiêu phẫu để thực hiện thủ thuật.

Các bước tiến hành

Tư thế bệnh nhân: bệnh nhân nằm ngửa hoặc tư thế Fowler, có thể kê đệm hạ sườn phải để bệnh nhân hơi nghiêng sang trái. Siêu âm đánh giá khảo sát ổ bụng, tình trạng túi mật, tình trạng đường mật, nhu mô gan, mạch máu gan. Sau đó chọn vị trí chọc dẫn lưu.

Vị trí chọc kim trên thành bụng cần đạt được yêu cầu xuyên qua gan vào đường mật (trong dẫn lưu đường mật) hoặc giường túi mật (trong dẫn lưu túi mật). Điểm chọc ngoài da thường hướng vào trong và xuống dưới. Cần thận trọng tránh khoang màng phổi và tránh các bó thần kinh liên sườn bằng đi bờ dưới xương sườn.

Sau khi sát khuẩn da quanh vị trí chọc. Điểm chọc vào đường mật tốt nhất là vuông góc với thành đường mật (ở lát cắt ngang đường mật) và song song với đường mật (ở lát cắt dọc đường mật).

Với dẫn lưu đường mật chúng ta có hai hướng tiếp cận. Hướng tiếp cận bên phải khi dẫn lưu đường mật gan phải: vị trí chọc là khe gian sườn VII – VIII đường nách trước, khi chọc kim hướng sang bên vai đối diện cho đến khi tiếp cận được rốn gan. Hướng tiếp cận bên trái khi dẫn lưu đường mật gan trái: chọn điểm ngoài da là vùng thượng vị, dưới xương ức do đường mật gan trái nằm phía trước và gần thành bụng.

Với dẫn lưu túi mật: điểm chọc ngoài da thường ở gian sườn VII - VIII đường nách trước hướng vào trong và xuống dưới. Điểm chọc giường túi mật tốt nhất là ở 1/3 trên của giường túi mật để catheter được thẳng và nằm trọn trong lòng túi mật. Gây tê từng lớp da, tổ chức dưới da bằng Lidocain 2%.

Kim chọc là kim trocar 8,5 – 10 Fr. Sau khi rút nòng kim trong phần ống dẫn lưu chữ j giữ hoàn toàn trong lòng đường mật hoặc túi mật. Nên cố gắng luôn sonde dẫn lưu vào nhánh đường mật lớn, càng gần chỗ tắc nghẽn càng tốt. Hút một lượng nhỏ dịch mật để cấy làm kháng sinh đồ.

Dùng siêu âm khảo sát lại để chắc chắn dẫn lưu đã nằm trong đường mật hoặc túi mật. Cố định dẫn lưu ngoài da kỹ để tránh bị tuột bằng chỉ Etylon 3/0. Đầu ngoại vi cho dịch mật vào túi đựng vô khuẩn để theo dõi số lượng, màu sắc, tính chất.

Sau khi bệnh nhân đã được thực hiện thủ thuật, cần theo dõi lâm sàng bệnh nhân để đánh giá hai vấn đề chính: đánh giá tính hiệu quả của dẫn lưu và phát hiện các biến chứng có thể xảy ra.

2.2.3. Các biến số nghiên cứu: Các bệnh nhân được đánh giá về các chỉ tiêu lâm sàng (tuổi, giới, bệnh lý phối hợp, chỉ số ASA, thang điểm đau VAS, tình trạng sốt và sốc nhiễm khuẩn), các chỉ tiêu cận lâm sàng (bạch cầu, sinh hóa và chẩn đoán hình ảnh); chẩn đoán xác định khi dẫn lưu, kết quả dẫn lưu, tai biến và biến chứng của thủ thuật

2.4. Xử lý số liệu: Xử lý số liệu theo thuật toán thống kê bằng phần mềm SPSS 20.0

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong vòng 3 năm, tại khoa Phẫu thuật Tiêu hóa, chúng tôi đã chỉ định dẫn lưu đường mật/túi mật cho 124 trường hợp viêm túi mật cấp và viêm đường mật cấp. Dưới đây là một số kết quả nghiên cứu chúng tôi thu được.

3.1. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng

Bảng 3.1 thể hiện một số đặc điểm lâm sàng của nhóm bệnh nhân được chỉ định phẫu thuật dẫn lưu đường mật/túi mật qua da dưới hướng dẫn siêu âm.

Bảng 3.1. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng

Lâm sàng	Kết quả	Cận lâm sàng	Kết quả
Tuổi	64,3 ± 11,8 tuổi	Bạch cầu ($\times 10^9/L$)	15,82 ± 3,87
Giới (Nam/nữ)	45,16/54,84 (56/68)	Tiểu cầu ($\times 10^9/L$)	218,73 ± 38,59
Bệnh lý phối hợp	43,55%	INR	1,42 ± 0,12
Chỉ số ASA	2,35 ± 0,71	AST(UI/L)	78,23 ± 34,15
Đau bụng (VAS)	5,24 ± 1,62 điểm	ALT (UL/L)	83,53 ± 39,58
Sốt	78,22%	Bilirubin TP ($\mu\text{mol/L}$)	28,21 ± 12,41
Sốc nhiễm khuẩn	18,55% (23/124)	CRP (mg/dL)	78,23 ± 23,95
		Giãn túi mật	87,90%

Tuổi trung bình trong nhóm nghiên cứu là 64,3 ± 11,8 tuổi, nhỏ nhất là 18 tuổi và lớn nhất là 98 tuổi. 43,55% số bệnh nhân có bệnh lý phối hợp trong đó nhóm bệnh lý phối hợp chủ yếu nhất là đái tháo đường type 2, tăng huyết áp, bệnh lý mạch vành, suy tim, bệnh phổi tắc nghẽn mãn tính. Tỷ lệ bệnh nhân có sốt trước dẫn lưu là 78,22%, sốc nhiễm khuẩn là 18,55%.

Về kết quả xét nghiệm, chỉ số phản ánh tình trạng viêm trước dẫn lưu như: số lượng

bạch cầu trung bình là 15,8 ± 3,8 ($\times 10^9 G/L$), chỉ số CRP là 78,2 ± 23,9 (mg/dL).

3.2. Chẩn đoán trước mổ

Về chỉ định dẫn lưu, nhóm bệnh lý chiếm tỷ lệ chủ yếu là viêm túi mật cấp với 78,22% với nguyên nhân chủ yếu là do sỏi, viêm đường mật cấp là 21,77% nguyên nhân chủ yếu là sỏi OMC, các nguyên nhân khác gây nhiễm trùng đường mật đã được thống kê ở bảng 3.2

Bảng 3.2. Các nguyên nhân gây viêm đường mật cấp

Chẩn đoán	n	Chẩn đoán	n
Viêm túi mật cấp	97 (78,22%)	Viêm đường mật cấp	27 (21,78%)
Phân độ		Phân độ	
Độ II	71 (57,26%)	Độ II	9 (7,25%)
Độ III	26 (20,97%)	Độ III	18 (15,42%)

Nguyên nhân		Nguyên nhân	
Do sỏi	89 (71,77%)	Sỏi ống mật chủ	18 (14,52%)
Không do sỏi	8 (6,45%)	Sỏi OMC + viêm tụy cấp	2 (0,16%)
		Hẹp đoạn thấp OMC	1 (0,08%)
		Nội mật ruột	2 (0,16%)
		U bóng Vater	1 (0,08%)
		U đoạn thấp OMC	1 (0,08%)
		U đầu tụy	2 (0,16%)
		Ung thư túi mật	1 (0,08%)
		Sau mổ chấn thương tá tràng	1 (0,08%)

3.3. Các yếu tố trong quá trình dẫn lưu túi mật

Bảng 3.3. Đặc điểm dẫn lưu

Đặc điểm	Kết quả
Tỷ lệ thành công	121/124 (97,58%)
Vị trí dẫn lưu	
Túi mật	107/121 (86,29%)
Đường mật gan phải	6/121 (4,84%)
Đường mật gan trái	8/121 (6,45%)
Thời gian chọc dẫn lưu trung bình	14,27 ± 3,21 phút
Tai biến khi chọc dẫn lưu	1/124 (0,08%)

Trong 124 được chỉ định dẫn lưu đường mật hoặc túi mật qua da tỷ lệ dẫn lưu thành công là 97,58%, có 1 trường hợp có tai biến tụt huyết áp trong quá trình dẫn lưu (0,08%).

3.4. Kết quả sớm sau dẫn lưu

Bảng 3.4. So sánh về đặc điểm lâm sàng sau dẫn lưu

Đặc điểm	Trước dẫn lưu	Sau dẫn lưu (72 giờ)	p
Đau bụng (VAS)	5,24 ± 1,62	2,13 ± 0,81	< 0,05
Sốt	78,22%	8,06%	< 0,05
Số lượng bạch cầu ($\times 10^9/L$)	15,82 ± 3,87	10,97 ± 3,44	< 0,05
GOT (UI/L)	78,23 ± 34,15	48,15 ± 24,02	< 0,05
GPT (UI/L)	83,53 ± 39,58	39,76 ± 15,72	< 0,05
Bilirubin TP ($\mu\text{mol/L}$)	28,21 ± 12,41	17,35 ± 8,76	< 0,05
CRP (mg/dL)	78,23 ± 23,95	22,37 ± 9,86	< 0,05

3.5. Biến chứng sau dẫn lưu

Bảng 3.5. Biến chứng sau dẫn lưu

Biến chứng	Tỷ lệ
Nhiễm trùng chân dẫn lưu	5/121 (4,13%)
Tắc ống dẫn lưu	5/121 (4,13%)
Tụt ống dẫn lưu	4/121 (3,30%)
Rò mật gây viêm phúc mạc	1/121 (0,8%)
Chảy máu	0/121 (0,0%)
Tràn khí/máu khoang màng phổi	0/121 (0,0%)
Tử vong	1/121 (1,65%)

Bảng 3.5 là tỷ lệ biến chứng ghi nhận sau thủ thuật. Hầu hết là các biến chứng nhẹ: nhiễm trùng chân dẫn lưu (4,14%), tắc ống dẫn lưu là (4,13%) những biến chứng này đáp ứng với điều trị nội khoa; 3,30% trường hợp có tụt ống dẫn lưu. Đáng ghi nhận 1 trường hợp phát hiện rò mật gây viêm phúc mạc phải tiến hành phẫu thuật làm sạch ổ bụng và đây cũng là trường hợp tử vong sau mổ trong nghiên cứu.

IV. BÀN LUẬN

Dẫn lưu đường mật xuyên gan qua da là một thủ thuật thực hiện với tính an toàn và cho hiệu quả tốt 94% giúp bệnh nhân vượt qua được tình trạng nặng hiện tại và chuẩn bị tốt cho cuộc phẫu thuật nhằm giải quyết nguyên nhân, vai trò của dẫn lưu đường mật xuyên gan qua da cũng được khẳng định qua nhiều nghiên cứu.

4.1. Chỉ định dẫn lưu

Trong nghiên cứu của chúng tôi, 97 (78,22%) bệnh nhân được chẩn đoán viêm túi mật cấp độ II và độ III (theo TG13) và 27 (21,77%) bệnh nhân được chẩn đoán viêm đường mật cấp độ II và độ III (theo TG 18). Trong nhóm 27 bệnh nhân viêm đường mật cấp 18 (15,42%) bệnh nhân viêm đường mật cấp độ III; 9 bệnh nhân viêm đường mật độ II không đáp ứng với điều trị nội khoa và không có chỉ định ERCP. Bệnh nhân còn túi mật là yếu tố thuận lợi cho dẫn lưu đường mật. Trong trường hợp viêm đường mật, đặt dẫn lưu vào túi mật thường dễ dàng hơn nhiều so với dẫn lưu vào đường mật trên gan do kích thước túi mật to hơn, vị trí tiếp cận dễ dàng hơn. Từ kinh nghiệm, chúng tôi thấy rằng việc chọc dẫn lưu túi mật thường thuận

lợi hơn nhiều so với dẫn lưu đường mật trong gan. Do đó, những trường hợp bệnh nhân viêm và tắc nghẽn đường mật đoạn thấp mà bệnh nhân còn túi mật chúng tôi sẽ ưu tiên dẫn lưu túi mật. Việc dẫn lưu túi mật hoàn toàn đảm bảo được nguyên tắc giảm áp và dẫn lưu dịch mật nhiễm trùng.

4.2. Kết quả dẫn lưu đường mật

Tỷ lệ dẫn lưu thành công trong nghiên cứu của chúng tôi là 121/124 (97,58%) trường hợp. Trong đó, dẫn lưu túi mật chiếm tỷ lệ chủ yếu 107/121. Thời gian dẫn lưu trung bình là $14,27 \pm 3,21$ phút. Trong đó, tỷ lệ dẫn lưu thành công trong lần chọc đầu tiên là 78,22%. Có 1 trường hợp có tai biến tụt huyết áp khi đang dẫn lưu; chúng tôi phải tạm ngừng dẫn lưu, truyền dịch, giảm đau sau đó mới tiếp tục thủ thuật. Nghiên cứu của Maiyazaki và CS cho thấy tỷ lệ dẫn lưu thành công của tác giả là 95% [4]; nghiên cứu đa trung tâm của Francesco Giurazza và CS còn cho thấy tỷ lệ thành công là 100% [2]. Nhiều tác khác cũng khẳng định dẫn lưu đường mật qua da dưới siêu âm có tỷ lệ thành công rất cao [1].

Đánh giá về lâm sàng và cận lâm sàng sau 72 giờ dẫn lưu cho thấy, bệnh nhân cải thiện rõ rệt về tình trạng đau bụng và sốt. Theo kết quả nghiên cứu, điểm VAS giảm rõ rệt từ $5,24 \pm 1,62$ điểm trước thủ thuật xuống $2,13 \pm 0,81$ điểm sau thủ thuật. Tỷ lệ sốt trước mổ là 78,22% giảm xuống còn 8,06% sau mổ. Đặc biệt, 22/23 bệnh nhân thoát sốc trong vòng 72 giờ sau dẫn lưu. Các nghiên cứu khác ([4], [7]) cũng chỉ ra vai trò của dẫn lưu đường mật hoặc túi mật với bệnh nhân sốc nhiễm trùng nhiễm độc. Dẫn lưu đường mật qua da là chỉ định ưu tiên khi bệnh nhân

có sốc do tính linh hoạt, cơ động và đơn giản của thủ thuật khi tiến hành trên bệnh nhân có huyết động không ổn định.

Các chỉ số xét nghiệm của nhóm bệnh nhân trong nghiên cứu giảm rõ rệt khi đánh giá sau 72 giờ: các chỉ số phản ánh tình trạng viêm như bạch cầu, CRP hay các chỉ số phản ánh tình trạng tắc mật như Bilirubin TP (bảng 3.4).

Theo tác giả Hu và cộng sự, những lợi ích của dẫn lưu đường mật qua da dưới siêu âm bao gồm: Thứ nhất, đây là một thủ thuật đơn giản, thực hiện được tại chỗ và xâm lấn tối thiểu nên dùng cho những bệnh nhân với bệnh lý hệ thống nặng mà không thể tiến hành phẫu thuật được. Thứ hai, dẫn lưu đường mật là phương pháp tuyệt vời để giảm áp cho đường mật hoặc túi mật: giảm viêm hoặc phù nề túi mật, cải thiện tuần hoàn tại chỗ và dự phòng nguy cơ hoại tử và thủng túi mật. Dịch mật nhiễm trùng nhanh chóng được dẫn lưu ra khỏi cơ thể nên triệu chứng lâm sàng của bệnh nhân sẽ cải thiện nhanh chóng sau thủ thuật. Thứ ba, bệnh nhân có thể nhận được sự điều trị kháng sinh phù hợp với vi khuẩn gây bệnh. Nghiên cứu ghi nhận 72,9% bệnh nhân có kết quả cấy dịch mật vi khuẩn, chủ yếu là *E.coli* ngoài ra còn có vi khuẩn khác như *Klebsiella pneumoniae*, *Pseudomonas aeruginosa* hay *Enterococcus faecium*... Thứ tư, dẫn lưu đường mật qua da có thể hỗ trợ trong việc chụp đường mật để định hướng điều trị. Chụp đường mật trước mổ có thể cung cấp thông tin chính xác về hệ thống cây đường mật, sỏi đường mật. Cuối cùng, dẫn lưu đường mật hoặc túi mật hỗ trợ cho việc phẫu thuật nội soi nhất là những trường hợp viêm túi mật cấp [7]. Tỷ lệ phẫu

thuật nội soi cắt túi mật sau dẫn lưu của chúng tôi lên tới 89,32%, điều này giúp giảm tỷ lệ mổ mở, giảm tỷ lệ biến chứng sau mổ.

Nghiên cứu của Yi-Ren Hu và cộng sự cho thấy lợi ích của dẫn lưu túi mật dưới hướng dẫn của siêu âm trong bệnh lý viêm túi mật cấp khi so sánh hai nhóm bệnh nhân được dẫn lưu túi mật và không được dẫn lưu túi mật trước khi phẫu thuật nội soi cắt túi mật. Kết quả cho thấy thời gian phẫu thuật, thời gian nằm viện, lượng máu mất, thất bại chuyển mổ mở và tỷ lệ biến chứng của nhóm được dẫn lưu thấp hơn nhóm không dẫn lưu túi mật [7].

4.3. Biến chứng sau dẫn lưu

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ biến chứng trong và sau thủ thuật nhỏ và phần lớn là biến chứng nhẹ. Trường hợp nhiễm trùng chân dẫn lưu, chúng tôi đổi kháng sinh theo kháng đồ. Trường hợp tắc dẫn lưu, chúng tôi tiến hành bơm rửa dẫn lưu, hàng ngày. Trường hợp tụt ống dẫn lưu, chúng tôi lên lịch mổ sớm cho bệnh nhân. Nghiên cứu không có biến chứng chảy máu ổ bụng và tràn khí khoang màng phổi.

Nghiên cứu ghi nhận một trường hợp có biến chứng nặng rò mật gây viêm phúc mạc; bệnh nhân được chỉ định phẫu thuật làm sạch khoang phúc mạc. Trong mổ chúng tôi thấy dẫn lưu xuyên gan vẫn nằm trong túi mật nhưng túi mật vẫn căng và dịch mật rò qua chân dẫn lưu vị trí xuyên gan vào ổ bụng. Rút dẫn lưu kiểm tra thấy dẫn lưu tắc hoàn toàn do bùn mật. Sau mổ bệnh nhân tiến triển sốc nhiễm trùng nhiễm độc và tử vong. Từ ca lâm sàng trên, kinh nghiệm rút ra là khi tiến hành thủ thuật siêu âm đánh giá có nhiều bùn mật trong túi mật và đường mật cần dùng

bơm hút hết bùn mật ngay sau khi dẫn lưu và sau đó bơm rửa đường mật hàng ngày.

Trong nghiên cứu của các tác giả khác ngoài các biến chứng trên, các tác giả còn gặp biến chứng khác như xoắn ống dẫn lưu, áp xe phúc mạc thành, tụ dịch dưới bao gan [2].

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 124 bệnh nhân được dẫn lưu đường mật xuyên gan qua da dưới hướng dẫn siêu âm, chúng tôi thấy đây là thủ thuật an toàn, mang lại hiệu quả cao trong cải thiện triệu chứng và toàn thân bệnh nhân, là cứu cánh cho những trường hợp tắc mật, nhiễm trùng đường mật nặng bệnh nhân không có khả năng chịu được phẫu thuật, tắc mật giai đoạn muộn và viêm túi mật cấp độ II, III.

LỜI CẢM ƠN

Một phần kinh phí thực hiện nghiên cứu này được tài trợ bởi Trường Đại học Y Dược Hải Phòng, mã số đề tài HPMU.ĐT.22.43.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Đỗ Trọng Toàn**, “Nghiên cứu vai trò dẫn lưu túi mật xuyên gan qua da dưới hướng dẫn siêu âm trong điều trị viêm túi mật cấp do sỏi”, Luận văn Tốt nghiệp Thạc sĩ chuyên ngành Ngoại, Học viên Quân Y, 2018.
2. **Francesco Giurazza et al.**, “Safety and effectiveness of ultrasound guided percutaneous transhepatic biliary drainage: a multicenter experience”, *Journal of Ultrasound*, 2019, 22:437–445.
3. **Liya Su, Bowen Zhuang, Li Li et al.**, “Bleeding after Ultrasound-Guided Percutaneous Transhepatic Biliary Drainage in Patients with Coagulopathy: A Single Center Experience”, 02 January 2023.
4. **Miyazaki et al.**, “Percutaneous transhepatic biliary drainage assisted by real-time virtual sonography: a retrospective study”, *BMC Gastroenterology*, 2013, 13:127.
5. **Park SE, Nam IC, Baek HJ, Ryu KH, Lim SG, Won JH, et al.**, “Effectiveness of ultrasound-guided percutaneous transhepatic biliary drainage to reduce radiation exposure: A single-center experience”. *PLoS ONE*, 2022, 17(11): e0277272.
6. **Shinichi Morita et al.**, “Conversion of percutaneous transhepatic biliary drainage to endoscopic ultrasound-guided biliary drainage”, *DEN Open*, 2021;1:e6.
7. **Yi-Ren Hu et al**, “Efficacy and safety of B-mode ultrasoundguided percutaneous transhepatic gallbladder drainage combined with laparoscopic cholecystectomy for acute cholecystitis in elderly and high-risk patients”, *BMC Gastroenterology*, (2015) 15:81