

XỬ TRÍ VIÊM ĐƯỜNG MẬT CẤP

ThS.BS.Lê Nguyên Khôi
Khoa Ngoại tổng hợp

1. ĐẠI CƯƠNG

Viêm đường mật cấp (VĐMC) là tình trạng viêm cấp của đường mật hoặc toàn bộ cây mật. Viêm đường mật (VĐM) bao gồm: VĐM ngược dòng, VĐM tái diễn hoặc phùng đông, VĐM liên quan đến AIDS và VĐM xơ chai nguyên phát.

Nguyên nhân thường gặp nhất là sỏi. Những nguyên nhân khác gồm: u (u đường mật, u quanh Vater), hẹp đường mật, nang đường mật, ký sinh trùng.

Sinh bệnh học liên quan đến sự tăng áp lực (>20cm H2O) và vi khuẩn trong đường mật.

Về vi khuẩn học: có thể do một hoặc nhiều loại vi khuẩn, chủ yếu là vi khuẩn đường ruột như: E coli, Klebsiella, Enterobacter, Enterococcus. Pseudomonas và vi khuẩn da hoặc họng có thể gặp sau các can thiệp trên đường mật. Các vi khuẩn kỵ khí (Bacteroides và Clostridia) được phát hiện trong khoảng 15% trường hợp, thường ở bệnh nhân già sau phẫu thuật đường mật.

2. CHẨN ĐOÁN

Lâm sàng:

Tam chứng Charcot ghi nhận ở 50-100% bệnh nhân.

10-20% VĐMC thể nặng: có rối loạn tri giác hoặc hạ huyết áp (ngũ chứng Reynold).

Cận lâm sàng:

Tăng bạch cầu, bilirubin, phosphatase kiềm.

Men gan (AST,ALT) tăng nhẹ đôi khi hơn 1.000 đơn vị.

Hình ảnh học:

Siêu âm: giúp xác định tắc mật nhưng có thể khó khảo sát vị trí và nguyên nhân.

Chụp cắt lớp điện toán (CT scan): CT xoắn ốc có thể xác định tắc mật và nguyên nhân sỏi (với độ nhạy 85-97% và độ đặc hiệu 88-96%) hoặc các bệnh lý đường mật khác.

Chụp cộng hưởng từ mật tụy (MRCP): cho thấy hình ảnh cây mật và các bất thường với độ nhạy hơn 85% và độ đặc hiệu hơn 88%.

X quang đường mật: xuyên gan qua da (PTC) và qua nội soi mật tụy ngược dòng (ERCP) giúp phát hiện rất tốt vị trí và nguyên nhân tắc mật và đồng thời giúp can thiệp giải áp đường mật. Độ chính xác của PTC là 90-100%. Độ nhạy và độ đặc hiệu của ERCP 90%.

Siêu âm qua nội soi (EUS): giúp chẩn đoán những trường hợp tắc mật chưa rõ nguyên nhân, có thể phát hiện và định vị sỏi, nhất là những sỏi nhỏ (<3-4mm). EUS còn đánh giá được các thương tổn u và độ xâm lấn của chúng.

3. XỬ TRÍ

3.1 Nội khoa:

Đầu tiên phải tiến hành điều trị nội khoa đối với những bệnh nhân VĐMC.

Điều trị gồm: dịch truyền, kháng sinh đồng thời kiểm tra đánh giá các chức năng khác của người bệnh như: đông cầm máu, cấy máu (trước khi dùng kháng sinh), chức năng tuần hoàn, hô hấp, thận, gan, ...

Về kháng sinh, nên sử dụng kháng sinh phổ rộng cho các vi khuẩn yếm khí lẫn kỵ khí:

Những loại kháng sinh được khuyến cáo sử dụng trong VĐMC là:

Cephalosporins thế hệ III-IV

Fluoroquinolones

Piperacillin/tazobactam

Carbapenems

Ureidopenicillins

Aminoglycosides

Metronidazole

Chú ý lựa chọn kháng sinh và liều dùng theo chức năng thận. Thường thời gian dùng kháng sinh từ 7 đến 14 ngày. Phác đồ điều trị kháng sinh có thể thay đổi tùy theo phổ vi khuẩn của từng bệnh viện và được xác định dựa trên kết quả cấy máu và cấy dịch mật.

Việc điều trị nội khoa và theo dõi đánh giá đáp ứng với điều trị là vô cùng quan trọng.

Kết quả: 10-15% bệnh nhân không đáp ứng với điều trị nội sau 24 giờ và cần được can thiệp giải áp đường mật sớm.

Nếu bệnh nhân rơi vào VĐMC thể nặng, cần khẩn trương hồi sức tích cực và chuẩn bị can thiệp giải áp đường mật ngay.

3.2 Ngoại khoa

Mục tiêu chung của can thiệp ngoại khoa trong VĐMC là giải áp đường mật. Đây là bước quyết định trong điều trị vì giúp thoát lưu dịch mật nhiễm trùng và tạo điều kiện cho kháng sinh có thể vào đến đường mật.

Bên cạnh đó, trong tình huống cấp cứu, việc xử lý nguyên nhân chỉ được chỉ định nếu điều kiện thật sự thuận lợi vì hoàn toàn có thể thực hiện an toàn sau đó khi bệnh nhân đã qua được giai đoạn nhiễm trùng.

Có 3 phương pháp can thiệp: phẫu thuật, dẫn lưu mật qua da và nội soi.

3.2.1 Phẫu thuật

Mục đích là giải quyết nguyên nhân tắc nghẽn và dẫn lưu đường mật.

Tuy nhiên, phẫu thuật cấp cứu VĐMC có tỷ lệ tử vong và biến chứng sau mổ có thể đến 40% và 66%, nhất là trong những trường hợp VĐMC thể nặng, có bệnh nội khoa đi kèm, tắc mật do nguyên nhân ác tính hoặc bệnh nhân đã phẫu thuật sỏi mật.

3.2.2 Dẫn lưu mật qua da

Là một thủ thuật nhẹ nhàng, nhanh chóng với tê tại chỗ, không đòi hỏi trang thiết bị phức tạp, giúp giải áp đường mật hiệu quả (90%). Phương pháp này là chọn lựa ưu tiên trong những tình huống đặc biệt như: sỏi và tắc mật trong gan, hoặc khi nội soi tá tràng (ERCP) không thực hiện được hoặc thất bại.

Có 2 kỹ thuật: dẫn lưu đường mật xuyên gan qua da (Percutaneous transhepatic biliary drainage = PTBD) và dẫn lưu túi mật xuyên gan qua da (Percutaneous

transhepatic gallbladder drainage = PTGBD). Ngày nay, cả hai đều được thực hiện dưới hướng dẫn chủ yếu bởi siêu âm.

Tỷ lệ tai biến biến chứng và tử vong thấp dưới 10%, chủ yếu là những biến chứng nhẹ có thể điều trị bảo tồn như: sốt, đau tại chỗ.

Qua đường PTBD, có thể tiếp tục thực hiện nội soi can thiệp giải quyết nguyên nhân nếu có chỉ định.

3.3.3 Nội soi mật tụy ngược dòng ERCP

Nội soi tá tràng tiếp cận đường mật qua nhú Vater có thể giải áp đường mật tạm thời và xử lý cả nguyên nhân tắc mật.

Tỷ lệ thành công của ERCP hơn 90%. Trong những trường hợp nặng, có thể làm ERCP tại giường và chỉ nên đặt stent hoặc ống thông mũi mật.

Biến chứng của ERCP khoảng 5-10%, bao gồm: chảy máu, viêm tụy, thủng tá tràng

3.3 Lựa chọn phương pháp

Trong cấp cứu, việc quyết định phương pháp can thiệp cần dựa vào nhiều yếu tố như: tình trạng người bệnh, bệnh lý nguyên nhân, khả năng trang bị và kinh nghiệm can thiệp tại bệnh viện.

Thường thấy thuốc cân nhắc chủ yếu giữa PTBD hoặc ERCP. Sẽ ưu tiên thực hiện ERCP nếu tất cả mọi yếu tố đều thuận lợi. Ngược lại nên chọn PTBD, nhất là sau khi làm ERCP thất bại.

Chỉ khi nào cả 2 phương pháp trên đều không thành công thì mới quyết định phẫu thuật để xử lý VĐMC.

4. KẾT LUẬN

VĐMC là một bệnh lý cấp cứu thường gặp, nếu điều trị nội khoa thất bại và không được can thiệp giải áp đường mật thì tử vong gần 100%.

Nếu điều trị nội khoa đáp ứng và can thiệp giải áp thành công và kịp thời thì tỷ lệ tử vong sẽ giảm đáng kể (< 3%). Hiện nay, lựa chọn đầu tiên vẫn là can thiệp không phẫu thuật để giải áp đường mật.