

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, SIÊU ÂM BỤNG VÀ CHỤP CẮT LỚP VI TÍNH CỦA SỎI ĐƯỜNG MẬT CHÍNH Ở BỆNH NHÂN CAO TUỔI

La Văn Phú^{1*}, Phạm Văn Linh², Võ Huỳnh Trang³

1. Bệnh viện Đa khoa Thành Phố Cần Thơ

2. Trường Đại học Quốc tế Hồng Bàng

3. Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

*Email: lvphu67@gmail.com

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Sỏi đường mật chính là bệnh lý ngoại khoa khá phổ biến. Tần suất bệnh tăng dần theo tuổi. Sỏi đường mật chính ở bệnh nhân cao tuổi được chẩn đoán và điều trị sớm thường cho kết quả tốt. **Mục tiêu nghiên cứu:** Xác định một số đặc điểm của lâm sàng, siêu âm bụng và chụp cắt lớp vi tính của sỏi đường mật chính ở bệnh nhân cao tuổi. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu tiến cứu, mô tả cắt ngang trên 72 bệnh nhân sỏi đường mật chính được điều trị nội trú tại Bệnh viện Đa khoa thành phố Cần Thơ. **Kết quả:** Tuổi trung bình là $73,13 \pm 9,34$ tuổi. Triệu chứng lâm sàng: Đau hạ sườn phải 98,61%, sốt 66,67%, vàng da 34,72% và tam chứng Charcot 23,61%, đề kháng hạ sườn phải 40,28%. Siêu âm bụng chẩn đoán chính xác sỏi ống mật chủ 66,67%. Chụp cắt lớp vi tính chẩn đoán chính xác sỏi ống mật chủ 93,04%. **Kết luận:** Sỏi đường mật chính ở bệnh nhân cao tuổi, lâm sàng triệu chứng đau hạ sườn phải 98,61%, tam chứng Charcot 23,61%, siêu âm bụng chẩn đoán chính xác sỏi ống mật chủ 66,67% và chụp cắt lớp vi tính là phương tiện đáng tin cậy dùng để chẩn đoán sỏi ống mật chủ với độ chính xác 93,06%.

Từ khóa: Sỏi đường mật chính, cao tuổi, siêu âm bụng, chụp cắt lớp vi tính.

ABSTRACT

FEATURES OF CLINICAL SYMPTOMS, TRANSABDOMINAL ULTRASONOGRAPHY AND COMPUTED TOMOGRAPHY OF CHOLEDOCHOLITHIASIS IN ELDERLY PATIENTS

La Van Phu^{1*}, Pham Van Linh², Vo Huynh Trang³

1. Can Tho General Hospital

2. Hong Bang International University

3. Can Tho University of Medicine and Pharmacy

Background: Gallstones are a common surgical disease. The frequency of the disease increases with age. Primary bile duct stones in elderly patients are diagnosed and treated early, often with good results. **Objectives:** To determine the features of clinical symptoms, transabdominal ultrasonography and computed tomography of choledocholithiasis in elderly patients. **Materials and Methods:** A prospective, cross-sectional study on 72 patients with choledocholithiasis treated at Can Tho General Hospital. **Results:** The mean age was 73.13 ± 9.34 years. Clinical findings consisted of right subcostal pain (98.61%), fever (66.67%), Charcot's triad 23.61% and right upper quadrant defense (40.28%). Transabdominal ultrasonography accurately diagnosed common bile duct stones 66.67%. Computed tomography accurately diagnosed common bile duct stones 93.04%. **Conclusion:** The most common feature of choledocholithiasis in elderly patients is right subcostal pain (98.61%). Computed tomography is the reliable tool for diagnosing choledocholithiasis in elderly patients with the diagnostic accuracy 93.06%.

Keywords: Choledocholithiasis, elderly, transabdominal ultrasonography.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sỏi đường mật chính là bệnh lý ngoại khoa khá phổ biến. Tần suất bệnh tăng dần theo tuổi [4], [9]. Sỏi đường mật chính được chẩn đoán và điều trị sớm thường cho kết quả

tốt. Sự lão hóa ở người cao tuổi làm giảm chức năng của các cơ quan trong cơ thể [8]. Từ đó cũng làm giảm sự đáp ứng viêm khi có nhiễm trùng xảy ra. Vì vậy, sỏi đường mật chính ở bệnh nhân cao tuổi đôi khi triệu chứng lâm sàng không điển hình, chẩn đoán phải nhờ vào sự hỗ trợ của một số phương tiện chẩn đoán hình ảnh như siêu âm bụng, chụp cắt lớp vi tính (CLVT) [9].

Chẩn đoán bệnh sỏi đường mật chính, nhất là ở bệnh nhân cao tuổi, dấu hiệu lâm sàng và xét nghiệm sinh hóa thường không đủ chính xác để đưa ra một chẩn đoán chắc chắn [4], [9]. Do đó, giá trị chẩn đoán sỏi đường mật chính của cận lâm sàng rất cao, nhất là những trường hợp dấu hiệu lâm sàng không điển hình [11]. Các cận lâm sàng thường áp dụng trong các bệnh viện ở Việt Nam, nhất là bệnh viện tuyến tỉnh và tuyến quận, huyện bao gồm xét nghiệm máu, siêu âm bụng và chụp CLVT.

Mục tiêu của nghiên cứu:

- Xác định một số đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân cao tuổi bị sỏi đường mật chính.
- Xác định một số đặc điểm trên siêu âm bụng và chụp cắt lớp vi tính của bệnh nhân cao tuổi bị sỏi đường mật chính.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu: Gồm 72 bệnh nhân (BN) bị sỏi đường mật chính được điều trị nội trú tại Bệnh viện đa khoa thành phố Cần Thơ từ 05/2016 đến 11/2020.

Tiêu chuẩn chọn bệnh: Bệnh nhân từ 60 tuổi có tiêu chuẩn sau

- Bị sỏi đường mật chính: Sỏi ống mật chủ (OMC), ống gan chung, sỏi nhánh gan trái, phải được chẩn đoán bằng các triệu chứng lâm sàng, siêu âm bụng và chụp CLVT ổ bụng; lần đầu hoặc tái phát, ASA I – III (ASA: American Society of Anesthesiologist – Hiệp hội gây mê Hoa Kỳ).

- Sỏi ống mật chủ kèm sỏi túi mật, sỏi trong gan.
- Sỏi ống mật chủ chống chỉ định nội soi mật tụy ngược dòng hoặc làm nội soi mật tụy ngược dòng thất bại.

- Được chứng minh bằng nội soi đường mật trong mổ có sỏi đường mật chính.

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Sỏi đường mật chính kèm theo vàng da do nguyên nhân khác như viêm gan, hẹp đường mật ngoài gan, u bên ngoài chèn ép.
- Sỏi đường mật kèm u đường mật, rối loạn đông máu nặng nhưng chưa được điều chỉnh, có ASA từ IV trở lên.
- Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu hoặc không thực hiện đầy đủ đúng quy trình nghiên cứu.

Thiết kế nghiên cứu: Tiến cứu, mô tả cắt ngang.

Nội dung nghiên cứu:

Đặc điểm lâm sàng: lý do vào viện, các triệu chứng cơ năng và thực thể của bệnh nhân sỏi đường mật chính.

Siêu âm bụng, chụp CLVT ổ bụng ghi nhận: vị trí, đặc điểm sỏi, đường kính ống mật chủ.

Tất cả bệnh nhân sỏi đường mật chính này đều được chứng minh bằng nội soi đường mật trong mổ có sỏi.

Xử lý số liệu: Bằng phần mềm SPSS 23.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Từ tháng 05/2016 đến 11/2020, có 72 bệnh nhân (BN) được chẩn đoán sỏi đường mật chính điều trị nội trú tại Bệnh viện Đa khoa thành phố Cần Thơ hội đủ các điều kiện nghiên cứu, kết quả:

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

- **Tuổi:** Tuổi trung bình là $73,13 \pm 9,34$; nhỏ nhất 60 và lớn nhất 97 tuổi. Bệnh nhân ≥ 70 tuổi chiếm tỷ lệ 56,94%.

- **Giới:** 21 nam (29,17%) và 51 nữ (70,83%). Tỷ lệ nữ/nam là 2,43/1.

3.2. Đặc điểm lâm sàng sỏi đường mật chính ở bệnh nhân cao tuổi

- **Lý do vào viện:** Hầu hết bệnh nhân vào viện đều có đau hạ sườn phải, chiếm tỷ lệ 97,22% (70 BN); trong đó đau hạ sườn phải đơn thuần hoặc đau hạ sườn phải kèm dấu hiệu khác.

- **Bệnh lý nội khoa mạn tính phổ hợp:** Có 63 BN (87,5%) có 1 – 3 bệnh lý nội khoa mạn tính kèm theo; trong đó 3 bệnh chiếm tỷ lệ cao nhất là tăng huyết áp 19 BN (54,71%), thiếu máu cơ tim mạn tính 23 BN (31,94%) và đái tháo đường 14 BN (19,44%).

- **Tiền căn phẫu thuật bụng:** Có 26 BN (36,11%) có tiền căn phẫu thuật bụng, trong đó phẫu thuật sỏi OMC là 21 BN (29,17%).

- **Triệu chứng lâm sàng:**

Bảng 1. Triệu chứng lâm sàng

Bệnh lý nội khoa kèm theo	Số BN	Tỷ lệ (%)
Đau hạ sườn phải	71	98,61
Sốt	48	66,67
Vàng da	25	34,72
Tam chứng Charcot	17	23,61
Đề kháng hạ sườn phải	29	40,28
Cảm ứng phúc mạc	1	1,39

Nhận xét: 71 BN (98,61%) có triệu chứng đau hạ sườn phải, tam chứng Charcot chỉ gặp ở 17 BN (23,61%).

3.3. Đặc điểm siêu âm và chụp CLVT sỏi đường mật chính ở bệnh nhân cao tuổi

3.3.1. Đặc điểm siêu âm

Bảng 2. Đường kính OMC trên siêu âm bụng

Đường kính OMC	Số BN	Tỷ lệ (%)
< 10mm	2	2,78
10 – 19mm	46	63,98
≥ 20 mm	19	26,39
Không khảo sát được	5	6,94
Tổng	72	100
Trung bình	$16,90 \pm 4,99$ mm	

Nhận xét: Siêu âm khảo sát được đường kính OMC 67 BN (93,06%), đường kính từ 10 – 19mm chiếm tỷ lệ đa số (63,98%).

Bảng 3. Vị trí sỏi đường mật chính trên siêu âm

Vị trí sỏi	Số BN	Tỷ lệ (%)
Ổng mật chủ đơn thuần	34	47,22
Ổng mật chủ + sỏi trong gan	14	19,44
Sỏi trong gan	3	4,17
Không phát hiện sỏi	21	29,17
Tổng	72	100

Nhận xét: Siêu âm bụng chẩn đoán chính xác sỏi OMC 48 BN (66,67%). Sỏi OMC đơn thuần 47,22% và sỏi OMC kèm sỏi trong gan 19,44%.

Bảng 4. Kích thước sỏi OMC trên siêu âm

Kích thước (mm)	Số BN	Tỷ lệ (%)
<10	2	2,78
10 - <20	20	27,78
≥20	26	36,11
Không phát hiện sỏi ĐMC	24	33,33
Tổng	72	100
Trung bình	19,66 ± 8,19mm	

Nhận xét: Có 36,11% sỏi kích thước ≥ 20mm và sỏi 10 - <20mm là 27,78%.

3.3.2. Đặc điểm chụp cắt lớp vi tính

Bảng 5. Đường kính OMC trên chụp cắt lớp vi tính

Đường kính OMC	Số BN	Tỷ lệ (%)
< 10mm	2	2,78
10 – 19mm	37	51,39
≥ 20mm	33	45,83
Tổng	72	100
Trung bình	19,06 ± 5,59 mm	

Nhận xét: Chụp cắt lớp vi tính khảo sát được đường kính OMC 72 BN (100%) và đường kính OMC trung bình là 19,06 ± 5,59mm.

Bảng 6. Kích thước sỏi OMC trên chụp cắt lớp vi tính

Kích thước s	Số BN	Tỷ lệ (%)
< 10mm	5	6,94
10 – 19mm	38	52,78
≥ 20mm	24	33,33
Không phát hiện sỏi	5	6,94
Tổng	72	100
Trung bình	16,76 ± 6,74 mm	

Nhận xét: Sỏi có kích thước 10 – 19mm chiếm đa số (52,78%), sỏi ≥ 20mm là 33,33%.

Bảng 7. Vị trí sỏi đường mật chính trên chụp cắt lớp vi tính

Vị trí sỏi	Số BN	Tỷ lệ (%)
Ổng mật chủ đơn thuần	53	73,61
Ổng mật chủ + sỏi trong gan	14	19,44
Sỏi trong gan	1	1,39
Không phát hiện sỏi	4	5,56
Tổng	72	100

Nhận xét: Chụp cắt lớp vi tính ổ bụng chẩn đoán chính xác sỏi OMC 67 BN (93,06%).

Bảng 8. So sánh kết quả chẩn đoán sỏi OMC của siêu âm, chụp cắt lớp vi tính, nội soi đường mật trong mổ.

Phương tiện chẩn đoán	Chẩn đoán có sỏi	Tỷ lệ (%)
Siêu âm bụng	48	66,67
Chụp cắt lớp vi tính	67	93,06
Phối hợp siêu âm và chụp cắt lớp vi tính	72	100
Nội soi đường mật trong mổ	72	100

Nhận xét: Chụp cắt lớp vi tính có tỷ lệ chẩn đoán chính xác sỏi OMC (93,04%) cao hơn siêu âm bụng (66,67%). Phối hợp siêu âm và chụp cắt lớp vi tính tăng tỷ lệ chẩn đoán chính xác (100%).

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Sỏi đường mật chính là bệnh lý khá phổ biến, gặp ở mọi lứa tuổi và cả hai giới. Tuy nhiên, bệnh có xu hướng tăng dần theo tuổi và giới nữ gặp nhiều hơn nam [4], [9]. Kết quả 72 bệnh nhân của chúng tôi có độ tuổi trung bình là $73,13 \pm 9,34$ tuổi (60 – 97 tuổi). Trong đó bệnh nhân ≥ 70 tuổi là 56,94%. Về giới tính, nữ chiếm đa số 70,83%, tỷ lệ nữ/nam là 2,43/1. Nghiên cứu của Nguyễn Cường Thịnh, trên 214 bệnh nhân sỏi ống mật chủ từ 65 tuổi, trong đó tuổi 65 – 70 chiếm tỷ lệ 63,6% và tỷ lệ nữ chiếm 56,5%. Như vậy tỷ lệ nữ ở nghiên cứu này thấp hơn của chúng tôi [6]. Nghiên cứu của Nguyễn Quang Trung tương đồng với nghiên cứu của chúng tôi, tuổi trung bình là $72,52 \pm 7,74$ (60 - 93 tuổi); nữ chiếm 63,3% [7]. Nghiên cứu của Dương Xuân Nhung trên 109 BN sỏi OMC cao tuổi, tuổi trung bình $73,3 \pm 8,9$ (60 - 92 tuổi); tỷ lệ nữ/nam là 1,6/1 [5]. Qua đó cho thấy, kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với hầu hết các tác giả và phù hợp với y văn.

Ở bệnh nhân cao tuổi sự lão hóa sẽ làm giảm chức năng của các cơ quan trong cơ thể. Mặt khác, người cao tuổi cũng thường có bệnh lý nội khoa mạn tính kèm theo, trong nghiên cứu của chúng tôi có 87,5% (63/72 BN) có bệnh lý nội khoa mạn tính kèm theo. Trong đó, 3 bệnh thường gặp nhất là tăng huyết áp (54,71%), thiếu máu cơ tim mạn tính (31,94%) và đái tháo đường (19,44%). Các bệnh lý này có thể làm tăng nguy cơ trong can thiệp của người cao tuổi. Tỷ lệ bệnh mạn tính kèm theo trong nghiên cứu của Bùi Mạnh Côn, bệnh tim mạch 64,4%, tim mạch và đái tháo đường 8,9%, bệnh tim mạch và hô hấp 2,2% [1]. Nghiên cứu của Nguyễn Quang Trung số bệnh lý nội khoa kèm theo: 1 bệnh 35,4%, 2 bệnh 23,1%, 3 bệnh 8,7% và trên 3 bệnh 4,4% [7]. Nghiên cứu của Anbok Lee và cộng sự, các bệnh nội khoa kèm theo gồm bệnh tim mạch 54,68%, đái tháo đường 23,4%,

bệnh gan 4,7%, suy thận 7,8% và viêm khớp 1,5% [12]. Kết quả của chúng tôi phù hợp với y văn và một số nghiên cứu.

Tiền sử phẫu thuật bụng thường gây dính, làm thay đổi cấu trúc giải phẫu bình thường, đó là yếu tố gây khó khăn trong chẩn đoán hình ảnh, nhất là siêu âm bụng. Nghiên cứu của chúng tôi có 36,11% BN có tiền căn phẫu thuật bụng. Chính vì điều này đã ít nhiều ảnh hưởng đến tỷ lệ chẩn đoán sỏi ống mật chủ của siêu âm.

4.2. Đặc điểm lâm sàng sỏi đường mật chính ở bệnh nhân cao tuổi

Theo y văn, triệu chứng lâm sàng chủ yếu của sỏi đường mật chính là đau hạ sườn phải, sốt và vàng da. Nếu bệnh nhân bị sỏi đường mật chính hội đủ 3 dấu hiệu này theo trình tự như trên được gọi là tam chứng Charcot, dấu hiệu lâm sàng điển hình của bệnh [4], [9]. Trong nghiên cứu 72 bệnh nhân bị sỏi đường mật chính của chúng tôi, lý do nhập viện chủ yếu là đau hạ sườn phải (97,22%), triệu chứng cơ năng đau hạ sườn phải 98,61% (71 BN), sốt 66,67% (48 BN), vàng da 34,72% (25 BN), chỉ 23,61% (17 BN) có đầy đủ tam chứng Charcot; triệu chứng thực thể đề kháng hạ sườn phải 40,28% và cảm ứng phúc mạc chỉ 1,39% (Bảng 1).

Nghiên cứu 229 BN sỏi đường mật chính ở người cao tuổi của Nguyễn Quang Trung, tỷ lệ BN đau hạ sườn phải 96,07%, sốt 24,45%, vàng da 67,69% và cảm ứng phúc mạc là 3,1% [7]. Chufa Zheng và cộng sự nghiên cứu 123 bệnh nhân sỏi ống mật chủ từ 70 tuổi trở lên có dấu hiệu đau hạ sườn phải 95,9%, vàng da 56,1%, sốt 19,5% , viêm tụy cấp 8,9% và nhiễm trùng đường mật 56,9% [15]. Như vậy, về lâm sàng sỏi đường mật chính ở bệnh nhân cao tuổi, đau hạ sườn phải là triệu chứng gặp nhiều nhất và là dấu hiệu có giá trị giúp gợi ý chẩn đoán bệnh.

4.3. Đặc điểm siêu âm và chụp CLVT sỏi đường mật chính ở bệnh nhân cao tuổi

4.3.1. Đặc điểm siêu âm

Chẩn đoán hình ảnh trong bệnh sỏi đường mật chính, siêu âm ngả bụng và chụp cắt lớp vi tính là hai phương tiện chẩn đoán rất hữu ích [9], [11]. Trong đó, siêu âm là phương tiện phổ biến, dễ thực hiện và giá thành thấp. Tuy nhiên, chụp cắt lớp vi tính cho tỷ lệ chẩn đoán sỏi đường mật chính xác cao hơn siêu âm bụng (Bảng 8). Hầu hết các nghiên cứu cho thấy lâm sàng có tính chất gợi ý để chẩn đoán sỏi đường mật chính. Chẩn đoán xác định phải nhờ vào các phương tiện hình ảnh học.

Trong chẩn đoán sỏi đường mật chính siêu âm có độ nhạy khoảng 50 – 85% và độ đặc hiệu 80 – 90%. Độ nhạy của siêu âm bụng trong chẩn đoán sỏi đường mật chính tùy thuộc vào kinh nghiệm người làm, tình trạng giãn ống mật chủ và kích thước sỏi. Kết quả nghiên cứu 72 BN của chúng tôi, độ nhạy của siêu âm bụng là 66,67% và độ đặc hiệu là 100% (bảng 3 và bảng 8). Nghiên cứu của Nguyễn Quang Trung siêu âm chẩn đoán chính xác sỏi đường mật chính là 100% [7]. Kết quả của Dương Xuân Như, siêu âm bụng chẩn đoán chính xác sỏi OMC là 76,2% [5]. Như vậy kết quả của hai tác giả này cao hơn nghiên cứu của chúng tôi.

4.3.2. Đặc điểm chụp cắt lớp vi tính

Nếu siêu âm là phương tiện chẩn đoán hình ảnh được lựa chọn đầu tiên, thì chụp cắt lớp vi tính có thể là sự lựa chọn thứ hai [9], [13]. Theo Robert D. Fanelli, tỷ lệ chẩn đoán chính xác sỏi đường mật chính của chụp cắt lớp vi tính tùy vào thành phần và kích thước của sỏi [10]. Sỏi có đường kính dưới 5mm độ chính xác chỉ khoảng 57%, trong khi sỏi có đường kính trên 5mm độ chính xác khoảng 81%. Ngoài ra chụp cắt lớp vi tính còn giúp phát hiện một số bệnh lý khác của ổ bụng. Nếu chẩn đoán sỏi đường mật chính bằng chụp cắt

lớp vi tính xoắn ốc sẽ cho độ chính xác cao hơn (95,5%), nhờ độ phân giải cao và kỹ thuật dựng hình không gian 3 chiều [4], [9].

Trong nghiên cứu của chúng tôi 72 bệnh nhân (100%) được chụp cắt lớp vi tính 16 lát cắt có tái tạo hình ảnh trước mổ. Kết quả chẩn đoán chính xác sỏi OMC 67/72 BN (93,06%), trong đó sỏi ống mật chủ đơn thuần chiếm tỷ lệ 73,61% (53 BN), sỏi OMC kèm sỏi trong gan 19,44% (14 BN) (Bảng 7). Chụp cắt lớp vi tính ngoài xác định vị trí sỏi còn xác định đường kính OMC (Bảng 5), kích thước sỏi đường mật (Bảng 6). Đỗ Đình Công và cộng sự, nghiên cứu kết quả chụp cắt lớp vi tính xoắn ốc trên 41 bệnh nhân nghi ngờ sỏi đường mật chính, độ nhạy khoảng 70%, tuy nhiên giá trị chẩn đoán của chụp cắt lớp vi tính đối với sỏi đường mật trong gan không cao [2]. Trần Cảnh Đức và cộng sự, nghiên cứu giá trị chẩn đoán của chụp cắt lớp vi tính trên 67 bệnh nhân nghi ngờ sỏi đường mật chính, kết quả độ nhạy 90,63%, độ đặc hiệu 80%, độ chính xác 85%, giá trị tiên đoán tương đương 82,7%. Theo tác giả, độ nhạy và độ đặc hiệu trong chẩn đoán sỏi đường mật chính của chụp cắt lớp vi tính $\geq 80\%$. Độ nhạy và độ đặc hiệu chẩn đoán sỏi OMC $\geq 10\text{mm}$ gần 82%, sỏi $< 10\text{mm}$ độ nhạy và độ đặc hiệu từ 60% trở lên [3].

Qua đó có thể thấy, trong điều kiện thực tế của Việt Nam, chụp cắt lớp vi tính xoắn ốc, chụp cộng hưởng từ và siêu âm qua nội soi chưa phổ biến, do nhiều bệnh viện chưa được trang bị cũng như điều kiện kinh tế của bệnh nhân, siêu âm bụng và chụp cắt lớp vi tính đa lát cắt vẫn là hai phương tiện rất có giá trị để chẩn đoán bệnh sỏi đường mật chính. Đây là hai phương pháp chẩn đoán không xâm lấn, ít tai biến và biến chứng, khi kết hợp hai phương tiện này sẽ giúp làm tăng tỷ lệ chẩn đoán chính xác sỏi đường mật chính chính xác cao.

V. KẾT LUẬN

Dấu hiệu lâm sàng của sỏi đường mật chính ở bệnh nhân cao tuổi, đau hạ sườn phải là triệu chứng thường gặp nhất (98,61%), tam chứng Charcot chiếm tỷ lệ khá thấp (23,61%). Chụp cắt lớp vi tính là phương tiện chẩn đoán hình ảnh đáng tin cậy trong chẩn đoán sỏi ống mật chủ, với độ chính xác cao hơn (93,06%) so với siêu âm bụng (66,67%). Khi kết hợp hai phương tiện này làm tăng tỷ lệ chẩn đoán chính xác sỏi đường mật chính ở bệnh nhân cao tuổi.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bùi Mạnh Côn (2010), *Nghiên cứu ứng dụng kỹ thuật và đánh giá kết quả sớm của phương pháp lấy sỏi mật sỏi qua đường hầm Kehr ở người cao tuổi*. Luận án tiến sĩ y học. Học viện quân y.
2. Đỗ Đình Công, Nguyễn Việt Thành (2005), Nhận xét của chụp cắt lớp vi tính xoắn ốc trong chẩn đoán sỏi đường mật chính, *Y Học TP. Hồ Chí Minh*; 9(1), tr. 49-53.
3. Trần Cảnh Đức, Lê Nguyên Khôi, Hồ Hoàng Phương và cộng sự (2013), Xác định giá trị của chụp cắt lớp điện toán trong chẩn đoán sỏi đường mật chính, *Y Học TP. Hồ Chí Minh*, 17(4), tr. 66-71.
4. Nguyễn Đình Hối, Nguyễn Mậu Anh (2012), *Sỏi đường mật*, Nhà xuất bản Y học, Thành phố Hồ Chí Minh.
5. Dương Xuân Nhung (2018), *Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị sỏi ống mật chủ ở người cao tuổi*, Luận án tiến sĩ y học, Học viện Quân Y.
6. Nguyễn Cường Thịnh (2000), Phẫu thuật sỏi mật ở người lớn tuổi, *Tạp chí Y Học Thực Hành*; 10, tr. 27 – 29.
7. Nguyễn Quang Trung (2012), *Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và thái độ xử trí sỏi đường mật chính ở người cao tuổi*. Luận án tiến sĩ y học. Học Viện Quân Y.

8. Trương Hồ Tường Vy (1013), *Mô hình bệnh tật của người cao tuổi điều trị nội trú tại khoa Ngoại Tiêu Hóa – Gan Mật và Ngoại Tổng Hợp Bệnh viện Đại Học Y Dược từ 08/2012 – 07/2013*, Luận văn thạc sỹ y khoa, Trường Đại Học Y Dược TP. Hồ Chí Minh.
9. Costi R., Gnocchi A., Di Mario F., Sarli L. (2014), Diagnosis and management of choledocholithiasis in the golden age of imaging, endoscopy and laparoscopy, *World J Gastroenterol.* 2014 Oct 7; 20(37): 13382 – 13401.
10. Fanelli RD và Andrew BD (2016), Making the diagnosis: Surgery, a rational approach to the patient with suspected CBD stones, *Multidisciplinary management of common bile duct stones*, Springer, Cham, Switzerland, chapter 5, pp. 37-46.
11. Inamullah, Ali SM, Khan B. et al. (2020), Management of Common Bile Duct Stones: A Comprehensive Review, *Biomedical Sciences*; 6(4), pp. 102-110.
12. Lee A et al.(2011), Laparoscopic common bile duct exploration for elderly patients: as a first treatment strategy for common bile duct stones. *J Korean Surg Soc* 2011 Aug, 81(2):128-33.
13. Liang Y., McFadden D. W, Shames B. D. (2019), *Choledocholithiasis and Cholangitis*, Maingot's Abdominal Operations, Chapter 8, McGraw Hill; pp. 2808- 2848.
14. Orman S., Senates E., Ulasoglu C., Tuncer I. et al. (2018), Accuracy of Imaging Modalities in Choledocholithiasis: A Real – Life Data, *Int Surg*; 103(3 – 4), PP. 177-183.
15. Zheng C., Huang Y., Xie E., Xie D., Peng Y., Wang X. (2017), Laparoscopic common bile duct exploration: a safe and definitive treatment for elderly patients, *Surgical endoscopy*, 31 (6), pp. 2541-2547.

(Ngày nhận bài: 20/12/2022 – Ngày duyệt đăng: 20/1/2022)
