

# KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ SỎI ỐNG MẬT CHỦ ĐÃ CÓ BIẾN CHỨNG BẰNG KỸ THUẬT NỘI SOI MẬT TỤY NGƯỢC DÒNG TẠI BỆNH VIỆN QUÂN Y 110

Nguyễn Đắc Hiệu<sup>1\*</sup>, Vũ Đức Duy<sup>1</sup>  
Hồ Sỹ Đức<sup>1</sup>, Nguyễn Văn Tuấn<sup>1</sup>, Chử Văn Thủy<sup>1</sup>

## TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Mô tả một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng bệnh nhân sỏi ống mật chủ đã có biến chứng và kết quả điều trị bằng nội soi mật tụy ngược dòng.

**Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu tiến cứu mô tả cắt ngang trên 68 bệnh nhân sỏi ống mật chủ đã có biến chứng (viêm đường mật cấp và/hoặc viêm tụy cấp), điều trị bằng nội soi mật tụy ngược dòng tại Bệnh viện Quân y 110, từ tháng 01/2022 đến tháng 12/2024.

**Kết quả:** Bệnh nhân có độ tuổi trung bình  $58,3 \pm 10,5$  tuổi, hay gặp nhất là bệnh nhân trên 60 tuổi (51,5%). Tỷ lệ giới tính bệnh nhân nam/nữ  $\approx 1/1,13$ . Đa số bệnh nhân sỏi ống mật chủ 1 viên (57,4%), kích thước sỏi dưới 1 cm (55,9%). Biến chứng viêm đường mật cấp: 47,1%; viêm tụy cấp: 25,0%; kết hợp viêm đường mật cấp và viêm tụy cấp: 27,9%. Mức độ biến chứng nhẹ: 41,2%; vừa: 33,8%; nặng: 25,0%. Tỷ lệ lấy hết sỏi trong lần đầu can thiệp đạt 83,8%, đặt stent đường mật đạt 16,2%. Sau can thiệp 48 giờ, các triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng giảm nhiều so với trước can thiệp; mức độ biến chứng nặng giảm rõ rệt (từ 25,0% xuống còn 5,9%). Khác biệt trước và sau can thiệp 48 giờ có ý nghĩa thống kê, với  $p < 0,05$ . Tỷ lệ tai biến do kỹ thuật thấp (7,3%).

**Kết luận:** Nội soi mật tụy ngược dòng điều trị sỏi ống mật chủ có biến chứng là phương pháp điều trị hiệu quả, an toàn, ít xâm lấn, ít tai biến do kỹ thuật.

**Từ khóa:** Nội soi mật tụy ngược dòng, viêm đường mật cấp, viêm tụy cấp, sỏi ống mật chủ.

## ABSTRACT

**Objectives:** To describe some clinical and paraclinical characteristics of patients with complicated common bile duct (CBD) stones and to evaluate treatment outcomes using endoscopic retrograde cholangiopancreatography (ERCP).

**Subjects and methods:** A prospective cross-sectional study was conducted on 68 patients with complicated common bile duct stones (acute cholangitis and/or acute pancreatitis) who underwent endoscopic retrograde cholangiopancreatography at Military Hospital 110 from January 2022 to December 2024.

**Results:** The mean age of patients was  $58.3 \pm 10.5$  years, with the majority being over 60 years old (51.5%). The male-to-female ratio was approximately 1/1.13. Most patients had a single common bile duct stone (57.4%), with the size under 1 cm (55.9%). Complications of acute cholangitis in 47.1%, acute pancreatitis in 25.0%, and combined cholangitis with pancreatitis in 27.9%. The severity of complications was mild in 41.2%, moderate in 33.8%, and severe in 25.0%. The complete stone clearance rate at the first intervention was 83.8%, while biliary stent placement was required in 16.2% of cases. At 48 hours post-intervention, clinical and paraclinical symptoms markedly improved compared to pre-intervention, with a significant reduction in severe complications (from 25.0% to 5.9%). The differences before and after 48 hours of intervention were statistically significant ( $p < 0.05$ ). The rate of procedure-related complications was low (7.3%).

**Conclusions:** Endoscopic retrograde cholangiopancreatography (ERCP) is an effective, safe, minimally invasive, and technically feasible method.

**Keywords:** Endoscopic retrograde cholangiopancreatography (ERCP), acute cholangitis, acute pancreatitis, common bile duct stones.

Chịu trách nhiệm nội dung: Nguyễn Đắc Hiệu, Email: nguyendacbacninh@gmail.com

Ngày nhận bài: 02/7/2025; mời phản biện khoa học: 7/2025; chấp nhận đăng: 23/9/2025.

<sup>1</sup>Bệnh viện Quân y 110.

## 1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sỏi ống mật chủ (OMC) là bệnh lý thường gặp nhất trong bệnh lý sỏi đường mật. Bệnh dẫn đến nhiều biến chứng nguy hiểm, như viêm đường mật cấp (VĐMC), viêm tụy cấp (VTC)... và có thể dẫn đến tử vong nếu không được can thiệp, điều trị kịp thời. Hiện nay, có nhiều phương pháp điều trị sỏi OMC như điều trị nội khoa, nội soi mật tụy ngược dòng (MTND), phẫu thuật lấy sỏi... Trong đó, nội soi MTND là kỹ thuật đang được áp dụng rộng rãi trên thế giới và tại Việt Nam [1]. Nội soi MTND có thể chụp chọn lọc cây đường mật, xác định chính xác vị trí, kích thước, hình thái của sỏi OMC và hình thái cây đường mật; có thể can thiệp cắt, nong rộng cơ vòng Oddi, lấy sỏi OMC hoặc đặt stent đường mật, bảo đảm lưu thông mật. Từ đó, điều trị hiệu quả biến chứng VTC, VĐMC do sỏi OMC [2], [3].

Bệnh viện Quân y 110 đã áp dụng kỹ thuật nội soi MTND lấy sỏi OMC từ tháng 10/2015, bước đầu thu được kết quả khả quan, nhất là với những trường hợp đã có biến chứng. Tuy nhiên, kết quả kỹ thuật nội soi MTND điều trị sỏi OMC có biến chứng tại đây chưa được nghiên cứu đầy đủ. Từ thực tiễn trên, chúng tôi thực hiện đề tài này nhằm mô tả một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng trên bệnh nhân (BN) sỏi OMC có biến chứng và đánh giá kết quả kỹ thuật nội soi MTND điều trị các BN này.

## 2. ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 2.1. Đối tượng nghiên cứu

68 BN sỏi OMC có biến chứng VĐMC và/hoặc VTC, điều trị bằng nội soi MTND tại Bệnh viện Quân y 110, từ tháng 01/2022-12/2024.

- Tiêu chuẩn lựa chọn: BN có hình ảnh sỏi OMC trên ít nhất một trong các kỹ thuật siêu âm, chụp cắt lớp vi tính, chụp cộng hưởng từ, nội soi MTND; BN có biến chứng VĐMC và/hoặc VTC thể phù nề; BN đồng ý tham gia nghiên cứu.

- Tiêu chuẩn loại trừ: BN có rối loạn đông máu nặng; phụ nữ đang mang thai; BN hoặc người nhà BN không đồng ý tham gia nghiên cứu.

### 2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: tiến cứu mô tả cắt ngang.  
- Phương tiện nghiên cứu: máy nội soi tá tràng cửa sổ bên (Olympus CV160, Nhật Bản); máy C-arm hãng OEC (Hoa Kỳ); máy cắt đốt (Olympus, Nhật Bản). Dụng cụ can thiệp: dao cắt cơ vòng, catheter, guidewire, rọ-bóng lấy sỏi, bóng nong đường mật, bộ dụng cụ tán sỏi, stent các loại, thuốc cản quang, thuốc và trang thiết bị gây mê.

- Các bước tiến hành:

+ Chuẩn bị BN: khám lâm sàng, cận lâm sàng (siêu âm, chụp cắt lớp vi tính cản quang, cộng hưởng từ, điện tim, huyết học, sinh hóa...); chẩn đoán xác định bệnh và biến chứng; đánh giá mức độ biến chứng. Giải thích rõ cho BN kỹ thuật và yêu cầu BN nhịn ăn trước khi làm thủ thuật ít nhất 6 giờ. Tất cả BN đều được can thiệp nội soi MTND trong thời gian 24 giờ từ khi nhập viện.

+ Vô cảm: gây mê nội khí quản. BN ở tư thế nằm sấp, mặt nghiêng phải. Các BN có shock được hồi sức tích cực, kiểm soát các chỉ số sinh tồn rồi mới nội soi cấp cứu, phối hợp hồi sức tích cực trong và sau can thiệp.

+ Các bước cơ bản của kỹ thuật nội soi MTND: (1) Đặt máy soi từ miệng xuống dạ dày, vào đoạn DII tá tràng, tiếp cận nhú Vater; (2) Luồn catheter vào ống mật chủ, bơm thuốc cản quang chụp đường mật, xác định vị trí và kích thước sỏi; (3) Cắt cơ vòng Oddi, tiến hành lấy sỏi bằng bóng hoặc rọ; (4) Bơm thuốc cản quang chụp lại đường mật; (5) Bơm rửa đường mật bằng dung dịch Natriclorid 0,9%, kiểm tra và rút máy; (6) Theo dõi BN sau can thiệp.

- Chỉ tiêu nghiên cứu:

+ Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng: tuổi, giới tính; triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng; đặc điểm sỏi OMC; tỉ lệ biến chứng sỏi OMC.

+ Kết quả nội soi MTND: tỉ lệ lấy sỏi, đặt stent đường mật; biến đổi triệu chứng lâm sàng và xét nghiệm sau can thiệp 48 giờ; mức độ biến chứng sau can thiệp 48 giờ; tỉ lệ tai biến kỹ thuật.

- Tiêu chí đánh giá:

+ Đánh giá mức độ VTC theo tiêu chuẩn Atlanta sửa đổi 2012 [5].

+ Đánh giá mức độ VĐMC theo tiêu chuẩn Tokyo Guidelines 2018 [4].

Nếu BN có đồng thời 2 biến chứng VĐMC và VTC, phân mức độ theo biến chứng nặng hơn.

- Đạo đức: nghiên cứu được thông qua Hội đồng khoa học Bệnh viện Quân y 110. Mọi thông tin cá nhân BN được bảo mật và chỉ sử dụng cho mục đích nghiên cứu.

- Xử lý số liệu: bằng phương pháp thống kê y học, trên phần mềm SPSS 22.0.

## 3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

### 3.1. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng

Bảng 1 cho thấy, BN phân bố từ 28-92 tuổi, trung bình là  $58,3 \pm 10,5$  tuổi. Trong đó, đa số BN trên 60 tuổi (51,5%). BN nam (47,1%), BN nữ (52,9%), tỉ lệ nam/nữ: 1/1,13.

**Bảng 1. Phân bố BN theo tuổi, giới tính**

| Tuổi                                 | Giới tính (SL, %)       |           | Tổng (SL, %) |
|--------------------------------------|-------------------------|-----------|--------------|
|                                      | Nam                     | Nữ        |              |
| Từ 21-40 tuổi                        | 3 (4,4)                 | 3 (4,4)   | 6 (8,8)      |
| Từ 41-60 tuổi                        | 12 (17,7)               | 15 (22,0) | 27 (39,7)    |
| Trên 60 tuổi                         | 17 (25,0)               | 18 (26,5) | 35 (51,5)    |
| Tổng                                 | 32 (47,1)               | 36 (52,9) | 68 (100)     |
| $\bar{X} \pm SD$ (nhỏ nhất-lớn nhất) | 58,3 $\pm$ 10,5 (28-92) |           |              |
| SL: số lượng.                        |                         |           |              |

**Bảng 2. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng**

| Đặc điểm                                   |                                      | Số BN (n = 68)      | Tỉ lệ (%) |
|--------------------------------------------|--------------------------------------|---------------------|-----------|
| Triệu chứng lâm sàng                       | Đau bụng                             | 62                  | 91,2      |
|                                            | Sốt                                  | 45                  | 66,1      |
|                                            | Vàng da                              | 37                  | 54,4      |
| Chỉ số xét nghiệm máu ( $\bar{X} \pm SD$ ) | Bạch cầu (G/l)                       | 14,82 $\pm$ 9,05    |           |
|                                            | Bil. toàn phần ( $\mu\text{mol/l}$ ) | 59,85 $\pm$ 35,51   |           |
|                                            | AST (U/l)                            | 197,26 $\pm$ 112,82 |           |
|                                            | ALT (U/l)                            | 233,63 $\pm$ 125,71 |           |
|                                            | Ure (mmol/l)                         | 10,78 $\pm$ 2,45    |           |
|                                            | Creatinin ( $\mu\text{mol/l}$ )      | 85,04 $\pm$ 39,34   |           |
|                                            | Amylase máu (U/l)                    | 346,45 $\pm$ 457,14 |           |

**Bảng 3. Đặc điểm sỏi và biến chứng**

| Đặc điểm sỏi và biến chứng |                   | Số BN (n = 68) | Tỉ lệ (%) |
|----------------------------|-------------------|----------------|-----------|
| Số lượng sỏi               | 1 viên            | 39             | 57,4      |
|                            | $\geq 2$ viên     | 29             | 42,6      |
| Kích thước (cm)            | < 1 cm (nhỏ)      | 38             | 55,9      |
|                            | 1 - < 2 cm (vừa)  | 26             | 38,2      |
|                            | $\geq 2$ cm (lớn) | 4              | 5,9       |
| Biến chứng                 | VĐMC              | 32             | 47,1      |
|                            | VTC               | 17             | 25,0      |
|                            | VĐMC + VTC        | 19             | 27,9      |

**Bảng 5. Thay đổi triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng sau can thiệp 48 giờ**

| Đặc điểm                                   |                                  | Trước can thiệp (n = 68) | Sau can thiệp 48 giờ (n = 68) | p      |
|--------------------------------------------|----------------------------------|--------------------------|-------------------------------|--------|
| Chỉ số xét nghiệm máu ( $\bar{X} \pm SD$ ) | Bạch cầu (G/l)                   | 14,82 $\pm$ 9,05         | 10,24 $\pm$ 5,31              | < 0,05 |
|                                            | BilirubinTP( $\mu\text{mol/l}$ ) | 59,85 $\pm$ 35,51        | 26,17 $\pm$ 12,87             | < 0,05 |
|                                            | AST (U/l)                        | 197,26 $\pm$ 112,82      | 103,34 $\pm$ 31,45            | < 0,05 |
|                                            | ALT (U/l)                        | 233,63 $\pm$ 125,71      | 112,92 $\pm$ 33,29            | < 0,05 |
|                                            | Ure (mmol/l)                     | 10,78 $\pm$ 2,45         | 6,57 $\pm$ 1,67               | > 0,05 |
|                                            | Creatinin ( $\mu\text{mol/l}$ )  | 85,04 $\pm$ 39,34        | 73,54 $\pm$ 20,55             | > 0,05 |
|                                            | Amylase máu (U/l)                | 346,45 $\pm$ 457,14      | 136 $\pm$ 70,56               | < 0,05 |

Lâm sàng hay gặp đau bụng (91,2%), sốt (66,1%), vàng da (54,4%). Các chỉ số xét nghiệm huyết học, sinh hóa gan, mật, men tụy đều tăng.

Đa số BN sỏi OMC 1 viên (57,4%), kích thước sỏi dưới 1 cm (55,9%); biến chứng sỏi OMC: VĐMC (47,1%); VTC (25,0%); có 19 BN (27,9%) kết hợp cả VĐMC và VTC.

**Bảng 4. Mức độ biến chứng trước can thiệp**

| Chẩn đoán  | Mức độ (SL, %) |           |           | Tổng (SL, %) |
|------------|----------------|-----------|-----------|--------------|
|            | Nhẹ            | Vừa       | Nặng      |              |
| VĐMC       | 10 (14,7)      | 17 (25,0) | 5 (7,4)   | 32 (47,1)    |
| VĐMC + VTC | 6 (8,8)        | 6 (8,8)   | 7 (10,3)  | 19 (27,9)    |
| VTC        | 12 (17,7)      | -         | 5 (7,3)   | 17 (25,0)    |
| Tổng       | 28 (41,2)      | 23 (33,8) | 17 (25,0) | 68 (100)     |

25,0% BN có biến chứng mức độ nặng.

**3.2. Kết quả sau can thiệp nội soi MTND**

- 100% BN sỏi OMC có biến chứng VĐMC và/hoặc VTC trong nghiên cứu đều được thực hiện can thiệp nội soi MTND sớm (trong vòng 24 giờ đầu nhập viện) và đều được thông nhú, cắt cơ vòng thành công.

- Tỉ lệ lấy sỏi, đặt stent đường mật (n = 68):

+ Lấy hết sỏi: 57 BN (83,8%).

+ Đặt stent đường mật: 11 BN (16,2%).

Có 83,8% BN lấy hết sỏi, trong đó có 3 ca tán sỏi (4,4%). 16,2% BN đặt stent đường mật.

- Các tai biến do kĩ thuật nội soi MTND:

+ Chảy máu: 3 BN (4,4%).

+ VTC: 2 BN (2,9%).

Chúng tôi gặp tai biến do kĩ thuật nội soi MTND ở 5 BN (7,3%), gồm chảy máu và VTC, không gặp tai biến thủng đường mật.

| Đặc điểm             |              | Trước can thiệp<br>(n = 68) | Sau can thiệp 48 giờ<br>(n = 68) | p      |
|----------------------|--------------|-----------------------------|----------------------------------|--------|
| Triệu chứng lâm sàng | Đau bụng (%) | 62 (91,2)                   | 20 (29,41)                       | < 0,05 |
|                      | Sốt (%)      | 45 (66,1)                   | 12 (17,65)                       | < 0,05 |
|                      | Vàng da (%)  | 37 (54,4)                   | 18 (26,47)                       | < 0,05 |

Sau can thiệp nội soi MTND 48 giờ, các triệu chứng lâm sàng, các chỉ số xét nghiệm đều giảm nhiều so với trước can thiệp, khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ .

**Bảng 6. So sánh mức độ biến chứng của bệnh trước và sau can thiệp 48 giờ**

| Biến chứng    | Mức độ biến chứng |            |           |                      |           |          | p      |
|---------------|-------------------|------------|-----------|----------------------|-----------|----------|--------|
|               | Trước can thiệp   |            |           | Sau can thiệp 48 giờ |           |          |        |
|               | Nhẹ (%)           | Vừa (%)    | Nặng (%)  | Nhẹ (%)              | Vừa (%)   | Nặng (%) |        |
| VĐMC          | 10 (14,7)         | 17 (25,0%) | 5 (7,4)   | 26 (38,2)            | 5 (7,4)   | 1 (1,5)  | < 0,05 |
| VĐMC + VTC    | 6 (8,8)           | 6 (8,8%)   | 7 (10,4)  | 12 (17,6)            | 5 (7,4)   | 2 (2,9)  | < 0,05 |
| VTC           | 12 (17,7)         | -          | 5 (7,3)   | 12 (17,6)            | 4 (5,8)   | 1 (1,5)  | < 0,05 |
| Tổng (n = 68) | 28 (41,2)         | 23 (33,8)  | 17 (25,0) | 50 (73,4)            | 14 (20,6) | 4 (5,9)  |        |

Sau can thiệp 48 giờ, các biến chứng nặng của BN cũng giảm rõ rệt (từ 25,0% trước can thiệp xuống còn 5,9% sau can thiệp), khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ .

#### 4. BÀN LUẬN

- Tuổi và giới tính: BN sỏi OMC có biến chứng trong nghiên cứu phân bố từ 28-92 tuổi, trung bình  $58,3 \pm 10,5$  tuổi, hay gặp nhất là BN trên 60 tuổi (51,5%). Kết quả này tương đương nghiên cứu của Đào Xuân Cường năm 2015 (BN sỏi OMC phân bố từ 29-99 tuổi, trung bình 64 tuổi) [6]. Chúng tôi gặp tỉ lệ BN nam (47,1%) và nữ (52,9%) xấp xỉ nhau, tương tự nghiên cứu của Yang Hu (BN nam: 58,3%; BN nữ: 41,7%) [7].

- Về lâm sàng: 91,2% BN đau hạ sườn phải (đây là triệu chứng chính khiến người bệnh đi khám và nhập viện điều trị). Có 66,1% BN sốt và 54,4% BN vàng da. Theo nghiên cứu của Phan Bá Danh (2024) tỉ lệ BN sỏi OMC có đau bụng sốt, vàng da lần lượt là 98,8%; 87,5%; 67,5% [8].

- Cận lâm sàng: hầu hết BN nghiên cứu có biểu hiện đáp ứng phản ứng viêm kèm tắc mật, nên xét nghiệm bạch cầu tăng, men gan tăng. VTC gây tổn thương nhu mô tụy, làm tăng amylase máu. Nghiên cứu của Dương Minh Thắng thấy các chỉ số trung bình: bạch cầu  $11,52 \pm 10,05$  (G/l), Bilirubin toàn phần:  $26,8 \pm 40,67$  ( $\mu\text{mol/l}$ ) và Amylase máu:  $291,4 \pm 557,4$  (u/l) [9].

- Đặc điểm sỏi OMC: 57,4% BN có sỏi 1 viên và 42,6% BN có sỏi nhiều viên; khác với nghiên cứu của Đào Xuân Cường năm 2015 (sỏi 1 viên: 20%; sỏi nhiều viên: 80%) [6]. Sự khác biệt này có thể do cách lựa chọn đối tượng nghiên cứu, cũng có thể do sự khác biệt về khu vực địa lí của các nghiên cứu.

Có 55,9% BN kích thước sỏi dưới 1 cm; 38,2% sỏi từ 1 đến dưới 2 cm và 5,9% sỏi  $\geq 2$  cm. Kết quả này khác so với nghiên cứu của Đào Xuân Cường (tỉ lệ sỏi nhỏ, vừa, lớn lần lượt là 20%, 64% và 16%) [6]. Đa số các tác giả gặp sỏi kích thước nhỏ và vừa, ít gặp sỏi kích thước lớn. Ngày nay, y học phát triển cùng thiết bị máy móc hiện đại có khả năng phát hiện sỏi kích thước nhỏ.

Bảng 3 cho thấy trong nghiên cứu có tỉ lệ các biến chứng: 47,1% BN VĐMC, 25,0% BN VTC và 27,9% BN có biến chứng kết hợp cả VĐMC và VTC; tương đương nghiên cứu của Dương Minh Thắng năm 2019 (viêm mủ đường mật: 55,6%; VTC thể phù nề: 27,8%) [9]. Biến chứng VTC chiếm tỉ lệ thấp hơn VĐMC là do ở bất kì vị trí nào của OMC, sỏi cũng có thể gây VĐMC. Tuy nhiên, chỉ khi nằm ở đoạn thấp OMC hoặc kẹt trong cơ vòng Oddi, sỏi chèn ép ống tụy, trào ngược dịch mật vào ống tụy mới gây VTC.

- Mức độ biến chứng trước can thiệp: biến chứng mức độ nhẹ: 41,2%; vừa: 33,8%; nặng: 25,0%. Trong đó, biến chứng mức độ nhẹ, vừa và nặng ở BN VĐMC lần lượt là 14,7%, 25,0% và 7,4%; ở BN VĐMC kết hợp VTC lần lượt là 8,8%; 8,8% và 10,3%; ở BN VTC biến chứng nhẹ và nặng là 17,7% và 7,3%. VTC ở thời điểm nhập viện được chia thành mức độ nhẹ (không có dấu hiệu suy tạng) và nặng (có suy tạng).

- Kết quả sau can thiệp: 100% BN được thực hiện thông nhú và cắt cơ vòng thành công. Tỉ lệ lấy hết sỏi trong lần đầu can thiệp đạt 83,8%; đặt stent đường mật đạt 16,2%. Ở những BN nặng, BN cao tuổi, chúng tôi chủ động đặt stent giải áp đường mật để giải quyết biến chứng, vì cố gắng lấy sỏi sẽ kéo dài thời gian can thiệp, kéo dài thời gian gây mê, tăng nguy cơ rủi ro của can thiệp.

Đối với những ca đặt stent đường mật, chúng tôi hẹn BN khám lại và can thiệp lần 2 rút stent, chụp kiểm tra đường mật và lấy sỏi OMC. Kết quả này tương đương với nghiên cứu của Phan Bá Danh năm 2024 (tỉ lệ lấy hết sỏi trong lần đầu can thiệp là 87,5%) [8]. Theo Gogel (1987), tỉ lệ thành công của thông nhú, cắt cơ vòng trong điều trị BN sỏi OMC biến chứng VĐMC đạt trên 95%, với tỉ lệ sạch sỏi là 90%) [10]. Smith S.E (2024) thấy tỉ lệ lấy sỏi thành công 90% [2]. Trong nghiên cứu này, có 3 BN (4,4%) tán sỏi cơ học, 95,6% BN không tán sỏi; tương đương nghiên cứu của Dương Xuân Như (tỉ lệ tán sỏi là 4,7%) [11]. Tán sỏi cơ học thường thực hiện ở BN sỏi OMC kích thước lớn, có hẹp đoạn thấp OMC. Do sỏi kích thước lớn ít gặp, nên tỉ lệ tán sỏi cũng thấp. Với những sỏi OMC kích thước lớn, chúng tôi thường cố gắng cắt rộng cơ vòng, kết hợp nong bóng lớn, sau đó lấy sỏi bằng rọ hoặc bằng bóng; khi lấy sỏi thất bại mới tiến hành tán sỏi cơ học nhằm giảm nguy cơ thủng đường mật khi tán sỏi.

- 100% BN can thiệp nội soi MTND sớm trong 24 giờ từ khi nhập viện. Với những ca nặng, chúng tôi tiến hành hồi sức tích cực kết hợp can thiệp nội soi MTND cấp cứu. Sau 48 giờ can thiệp, đánh giá các triệu chứng lâm sàng, các xét nghiệm máu (bảng 5), thấy các triệu chứng lâm sàng và xét nghiệm cải thiện rõ rệt so với trước can thiệp, khác biệt có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,05$ ); tương đương nghiên cứu của Phan Bá Danh năm 2024 (các chỉ số xét nghiệm huyết học và sinh hóa của BN sau can thiệp dần trở về mức bình thường sau 3 ngày) [8]. Sau can thiệp 48 giờ, bảng 6 cho thấy mức độ các biến chứng nặng ở BN giảm rõ rệt (từ 25,0% xuống còn 5,9%; khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ ). Chúng tôi không gặp trường hợp nào nặng lên sau can thiệp. Các BN nặng sau can thiệp tiếp tục được hồi sức tích cực và tình trạng cải thiện tốt dần; BN hồi phục và ra viện. Không trường hợp nào tử vong hoặc phải chuyển tuyến sau. Can thiệp nội soi MTND giúp bảo đảm lưu thông dịch mật, tụy (lấy sỏi hoặc đặt stent đường mật) có ý nghĩa rất quan trọng giúp BN hồi phục biến chứng cũng như giảm mức độ biến chứng.

- Nghiên cứu của chúng tôi không gặp BN nào thủng đường mật trong quá trình phẫu thuật. Tuy vậy, có 3 BN (4,4%) chảy máu mức độ nhẹ (xử trí tiêm cầm máu trong can thiệp kết hợp điều trị nội khoa, BN đều ổn định); 2 BN (2,9%) VTC thể nhẹ cũng được điều trị nội khoa ổn định. Kết quả này không khác biệt so với các nghiên cứu trong và ngoài nước, như Dương Minh Thắng (tỉ lệ chảy máu 5,6%) [9], Smith S.E (tỉ lệ chảy máu 1,3%) [2]. Các tác giả này cũng đều gặp chảy máu mức độ nhẹ, can thiệp cầm máu trong nội soi kết hợp điều trị nội khoa, không cần truyền máu cũng như can thiệp phẫu thuật xử trí biến chứng.

## 5. KẾT LUẬN

Nội soi mật tụy ngược dòng điều trị sỏi ống mật chủ đã có biến chứng là phương pháp điều trị hiệu quả, an toàn và ít xâm lấn. Kết quả nghiên cứu cho thấy tỉ lệ lấy hết sỏi trong lần đầu can thiệp đạt 83,8%, đặt stent đường mật đạt 16,2%. Sau can thiệp 48 giờ, các triệu chứng lâm sàng và chỉ số xét nghiệm đều giảm nhiều so với trước can thiệp, mức độ biến chứng nặng giảm rõ rệt (từ 25,0% xuống còn 5,9%). Khác biệt trước và sau can thiệp 48 giờ có ý nghĩa thống kê, với  $p < 0,05$ . Tỉ lệ tai biến do kĩ thuật thấp (7,3%).

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Lê Quang Quốc Ảnh (2003), *Nội soi mật tụy*, Nhà xuất bản Y học.
2. Smith S.E (2024), "Management of Acute Cholangitis and Choledocholithiasis", *Surg Clin North Am.*, 104 (6): 1175-1189.
3. Van Den Berg F.F, Boermeester M.A (2023), "Update on the management of acute pancreatitis", *Curr Opin Crit Care*, 29 (2): 145-151.
4. Miura F, Okamoto K, et al. (2018), "Tokyo Guidelines 2018: initial management of acute biliary infection and flowchart for acute cholangitis", *J. Hepatobiliary Pancreat Sci.*, 25 (1): 31-40.
5. Banks P.A, Bollen T.L, et al. (2013), "Classification of acute pancreatitis-2012: revision of the Atlanta classification and definitions by international consensus", *Gut*, 62 (1): 102-11.
6. Đào Xuân Cường và CS (2015), "Đánh giá hiệu quả của kĩ thuật nội soi mật tụy ngược dòng trong điều trị cấp cứu sỏi đường mật có biến chứng", *Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh*, 19 (5): 22-27.
7. Hu Y, Kou D.Q, Guo S.B (2020), "The influence of perampullary diverticula on ERCP for treatment of common bile duct stones", *Sci Rep*, 10 (1): 11477.
8. Phan Bá Danh và CS (2024), "Kết quả điều trị sỏi ống mật chủ có biến chứng bằng kĩ thuật nội soi mật tụy ngược dòng tại Bệnh viện Quân y 354", *Tạp chí Y học Quân sự*, số 369 (3-4/2024): 8-12.
9. Dương Minh Thắng và CS (2019), "Kết quả nội soi mật tụy ngược dòng cấp cứu điều trị viêm đường mật và viêm tụy cấp thể phù nề do sỏi ống mật chủ", *Tạp chí Y dược lâm sàng* 108, số 14, 7-12.
10. Gogel H.K, Runyon B.A, et al. (1987), "Acute suppurative obstructive cholangitis due to stones: treatment by urgent endoscopic sphincterotomy", *Gastrointest Endosc*, 33 (3): 210-3.
11. Dương Xuân Như (2019), *Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị sỏi ống mật chủ ở người cao tuổi bằng nội soi mật tụy ngược dòng*, Luận án tiến sĩ y học, Học viện Quân y. □