

hồi tốt hơn so với nhóm phẫu thuật lỗi trước.³ Ravishankar Vedantam nghiên cứu 98 ca sự thay đổi chức năng phổi (FVC, TLC, FEV1) sau mổ VCS vô căn cho thấy nhóm không can thiệp lồng ngực chức năng phổi được cải thiện 3 tháng sau mổ so với nhóm can thiệp lồng ngực giảm 3 tháng sau mổ. Sự cải thiện FVC, FEV1 sau 2 năm và theo dõi cuối ở nhóm không can thiệp lồng ngực tốt hơn so với nhóm can thiệp lồng ngực.⁹

V. KẾT LUẬN

Đánh giá trước mổ VCS rất quan trọng cho việc chọn lựa phương pháp mổ cũng như cấu hình nắn chỉnh vẹo phù hợp. Phẫu thuật nắn chỉnh-cổ định với cấu hình toàn ốc chân cung cho cấu hình vững, ít mất độ nắn chỉnh. Kỹ thuật đặt ốc chân cung hình phễu cải biên không cần màn tăng sáng, giảm tỷ lệ biến chứng đặt ốc. Đơn Vị Cột Sống, Bệnh Viện Trưng Vương thực hiện tất cả các yếu tố trên. Đây là những yếu tố góp nên kết quả tốt đẹp, khiến bệnh viện Trưng Vương thành nơi tin cậy cho ca VCS khắp trong nước.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Cotel, Y., J. Dubousset, M. Guillaumat. New universal instrumentation in spinal surgery. Clin Orthop Relat Res. 1988; 227(10-23).
2. Dubousset, J., Y. Cotel. Application technique of Cotel-Dubousset instrumentation for scoliosis deformities. Clin Orthop Relat Res. 1991; 264:103-10.
3. Faro, F. D., M. C. Marks, P. O. Newton, et al. Perioperative changes in pulmonary function after anterior scoliosis instrumentation: thoracoscopic

- versus open approaches. Spine (Phila Pa 1976). 2005; 30(9):1058-63. 10.1097/01.brs.0000160847.06368.bb.
4. Kim, Yongjung, Lawrence G. Lenke, Samuel K. Cho, et al. Comparative Analysis of Pedicle Screw Versus Hook Instrumentation in Posterior Spinal Fusion of Adolescent Idiopathic Scoliosis. Spine. 2004; 29(2040-2048).
 5. Liljenqvist, U., U. Lepsien, L. Hackenberg, et al. Comparative analysis of pedicle screw and hook instrumentation in posterior correction and fusion of idiopathic thoracic scoliosis. Eur Spine J. 2002; 11(4):336-43. 10.1007/s00586-002-0415-9.
 6. Luque, E. R. The anatomic basis and development of segmental spinal instrumentation. Spine (Phila Pa 1976). 1982; 7(3):256-9. 10.1097/00007632-198205000-00010.
 7. Suk, S. I., C. K. Lee, W. J. Kim, et al. Segmental pedicle screw fixation in the treatment of thoracic idiopathic scoliosis. Spine (Phila Pa 1976). 1995; 20(12):1399-405.
 8. Thành, Võ Văn, Trần Quang Hiến, Âu Dương Huy, et al. Báo cáo sơ khởi về nắn chỉnh vẹo cột sống nặng lối sau bằng ốc chân cung áp dụng kỹ thuật đặt ốc hình phễu. Y Học TP. Hồ Chí Minh. 2004; 8(1):
 9. Vedantam, R., L. G. Lenke, K. H. Bridwell, et al. A prospective evaluation of pulmonary function in patients with adolescent idiopathic scoliosis relative to the surgical approach used for spinal arthrodesis. Spine (Phila Pa 1976). 2000; 25(1): 82-90. 10.1097/00007632-200001010-00015.
 10. Yuan, N., J. A. Fraire, M. M. Margetis, et al. The effect of scoliosis surgery on lung function in the immediate postoperative period. Spine (Phila Pa 1976). 2005; 30(19):2182-5. 10.1097/01.brs.0000181060.49993.4a.

TÁC ĐỘNG CỦA THỜI ĐIỂM THỰC HIỆN NỘI SOI MẬT TỤY NGƯỢC DÒNG ĐẾN KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ VIÊM TỤY CẤP DO SỎI ỐNG MẬT CHỦ

Bồ Kim Phương¹, Nguyễn Thị Quỳnh Mai¹,
Hồ Thanh Nhật Trường¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Sỏi ống mật chủ là một trong những nguyên nhân hàng đầu gây viêm tụy cấp (VTC) với tỷ lệ diễn tiến nặng và tử vong cao. Điều trị nội khoa kết hợp với nội soi mật tụy ngược dòng (ERCP) đã góp phần làm giảm tỷ lệ tử vong. Tuy nhiên, thời điểm thực hiện ERCP vẫn còn nhiều tranh cãi trong việc tối ưu hóa kết quả điều trị. **Mục tiêu nghiên cứu:** Mô tả đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh nhân VTC do sỏi ống mật chủ, tác động của thời điểm nội

soi mật tụy ngược dòng đến kết quả điều trị VTC do sỏi ống mật chủ. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang có theo dõi trên 53 bệnh nhân VTC do sỏi ống mật chủ được điều trị bằng nội soi mật tụy ngược dòng tại Bệnh viện đa khoa Trung ương Cần Thơ từ tháng 01/2024 đến 02/2025. **Kết quả:** Tuổi trung bình $63,8 \pm 19,4$ tuổi. Nhóm tuổi từ 60 trở lên chiếm 63,5%. Nữ giới chiếm 74% gấp khoảng 3 lần nam giới. Đau bụng là triệu chứng gặp ở tất cả bệnh nhân (100%). Tỷ lệ bệnh nhân VTC có viêm đường mật là 45,3%. Tỷ lệ điều trị thành công là 98,1%. Can thiệp ERCP sớm dưới 24 giờ làm cải thiện sớm triệu chứng lâm sàng của bệnh nhân ($p < 0,001$). Can thiệp ERCP sớm dưới 48 giờ làm giảm thời gian nằm viện ($p = 0,008$) và cải thiện sớm triệu chứng lâm sàng ($p = 0,005$). Tỷ lệ biến chứng sau ERCP chiếm 3,8%. **Kết luận:** VTC do sỏi ống mật chủ nên can thiệp sớm trong 48 giờ đầu giúp cải thiện

¹Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ
Chịu trách nhiệm chính: Hồ Thanh Nhật Trường
Email: truongho231196@gmail.com
Ngày nhận bài: 20.3.2025
Ngày phản biện khoa học: 23.4.2025
Ngày duyệt bài: 29.5.2025

triệu chứng lâm sàng sớm và giảm thời gian nằm viện của bệnh nhân. ERCP là phương pháp điều trị hiệu quả với tỷ lệ thành công cao và tỷ lệ biến chứng thấp.

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

SUMMARY

THE IMPACT OF TIMING OF ENDOSCOPIC RETROGRADE CHOLANGIOPANCREATOGRAPHY ON TREATMENT OUTCOMES OF ACUTE PANCREATITIS DUE TO CHOLEDOCHOLITHIASIS

Background: Choledocholithiasis (common bile duct stones) is one of the leading causes of acute pancreatitis, with a high rate of severe progression and mortality. The combination of medical treatment and endoscopic retrograde cholangiopancreatography (ERCP) has contributed to reducing mortality rates. However, the optimal timing for ERCP remains controversial in optimizing treatment outcomes.

Objectives: To describe the clinical and subclinical characteristics of patients with acute pancreatitis caused by choledocholithiasis and evaluate the impact of ERCP timing on the treatment outcomes of acute pancreatitis due to choledocholithiasis. **Materials and methods:** A prospective cross-sectional study was conducted on 53 patients diagnosed with acute pancreatitis due to choledocholithiasis who underwent ERCP at Can Tho Central General Hospital from January 2024 to February 2025. **Results:** The mean age of patients was 63.8 ± 19.4 years, with 63.5% being 60 years or older. Female patients accounted for 74%, approximately three times the number of male patients. Abdominal pain was present in all patients (100%). The rate of acute pancreatitis with concomitant cholangitis was 45.3%. The overall success rate of ERCP was 98.1%. Early ERCP intervention within 24 hours significantly improved clinical symptoms ($p < 0.001$). ERCP performed within 48 hours reduced hospital stay duration ($p = 0.008$) and facilitated earlier symptom resolution ($p = 0.005$). Post-ERCP complication rate was 3.8%. **Conclusion:** Early ERCP intervention within the first 48 hours for acute pancreatitis due to choledocholithiasis helps improve clinical symptoms and reduces hospital stay duration. ERCP is an effective treatment modality with a high success rate and a low complication rate.

Keywords: Endoscopic retrograde cholangiopancreatography, acute pancreatitis, choledocholithiasis.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

VTC là một trong những cấp cứu nội ngoại khoa thường gặp. Trong hầu hết các trường hợp VTC, sỏi mật là nguyên nhân hàng đầu với tỷ lệ diễn tiến nặng 30% và tỷ lệ tử vong từ 8 – 10% [7]. Sỏi ống mật chủ là một trong những nguyên nhân gây VTC thường gặp, nên việc giải áp đường mật thực hiện bằng nội soi mật tụy ngược dòng (Endoscopic retrograde cholangiopancreatography – ERCP) với mục đích giải quyết nguyên nhân để cải thiện tình trạng bệnh [10]. Tuy nhiên, ERCP có tỷ lệ biến chứng nghiêm

trọng cao hơn so với hầu hết các thủ thuật nội soi khác nên việc có một chỉ định thích hợp là vô cùng quan trọng [7]. Các hướng dẫn hiện nay còn nhiều tranh cãi đối với ERCP ở những bệnh nhân bị viêm đường mật và viêm tụy đồng thời. Đối với những bệnh nhân bị viêm tụy và có nguy cơ cao phát triển biến chứng (dự đoán viêm tụy nặng) mà không có viêm đường mật, dữ liệu còn mâu thuẫn. Một số phân tích tổng hợp không tìm thấy tác dụng có lợi nào của ERCP sớm thường quy so với điều trị bảo tồn, một số khác thì cho thấy có lợi khi ERCP sớm [7],[10]. Việc xác định thời điểm nội soi mật tụy ngược dòng vô cùng quan trọng nên chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài: "Tác động của thời điểm thực hiện nội soi mật tụy ngược dòng đến kết quả điều trị bệnh nhân sỏi ống mật chủ".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Tất cả bệnh nhân VTC do sỏi ống mật chủ được chỉ định điều trị bằng nội soi mật tụy ngược dòng nhập viện tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ từ tháng 06/2024 đến 01/2025.

- **Tiêu chuẩn lựa chọn:** Tất cả bệnh nhân ≥ 18 tuổi nhập viện chẩn đoán VTC do sỏi ống mật chủ được điều trị bằng nội soi mật tụy ngược dòng.

- **Tiêu chuẩn loại trừ:**

+ Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu.

+ Bệnh nhân chống chỉ định với ERCP.

+ Bệnh nhân VTC do những nguyên nhân khác: rượu, triglyceride, sau ERCP, rối loạn chuyển hóa,... và cả những trường hợp nguyên nhân phối hợp của sỏi mật với các nguyên nhân khác.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- **Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang, có theo dõi.

- **Cỡ mẫu:** Công thức tính cỡ mẫu ước lượng 1 tỷ lệ

$$n = \frac{Z_{(1-\frac{\alpha}{2})}^2 \times p \times (1 - p)}{d^2}$$

+ n: cỡ mẫu tối thiểu.

+ $Z_{(1-\alpha/2)}$: hệ số tin cậy với $Z_{(1-\alpha/2)}^2 = 1,96^2$ tương ứng $\alpha = 0,05$.

+ p: tỷ lệ viêm tụy cấp do sỏi mật.

+ d: là sai số cho phép $d = 0,1$.

Theo nghiên cứu của Huỳnh Thúy Nga và cộng sự năm 2023, tỷ lệ VTC do sỏi mật chiếm 15%, từ đó tính được cỡ mẫu tối thiểu 49 bệnh nhân. Thực tế chúng tôi thu thập được số liệu trên 53 bệnh nhân [4].

- **Phương pháp chọn mẫu:** Chọn mẫu thuận tiện không xác xuất, chọn tất cả bệnh nhân thỏa mãn điều kiện chọn mẫu trong suốt quá trình nghiên cứu.

- **Nội dung nghiên cứu:** (1) Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của đối tượng nghiên cứu (tuổi, giới, lý do vào viện, triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng). (2) Nghiên cứu tác động của thời điểm ERCP đến kết quả điều trị VTC do sỏi ống mật chủ (so sánh kết quả điều trị 2 nhóm thời điểm can thiệp ERCP trên bệnh nhân VTC do sỏi ống mật chủ: thời gian nằm viện, thời gian men tụy trở về bình thường, thời gian cải thiện triệu chứng lâm sàng, biến chứng VTC).

- **Phương pháp xử lý số liệu:** Xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 22.0.

- **Đạo đức trong nghiên cứu:** Nghiên cứu được tiến hành trên cơ sở tôn trọng những nguyên tắc đạo đức nghiên cứu trong y học. Trước khi thực hiện, bệnh nhân và người nhà bệnh nhân đã được giới thiệu, giải thích rõ ràng mục đích cũng như các vấn đề có trong nghiên cứu và tự nguyện tham gia. Được thông qua bởi hội đồng y đức bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu.

Tuổi trung bình của bệnh nhân là $63,8 \pm 19,4$ tuổi. Bệnh nhân tuổi trẻ nhất là 17 tuổi, lớn nhất là 90 tuổi. Tỷ lệ bệnh nhân ≥ 60 tuổi chiếm 63,5%.

Nữ giới chiếm đa số với tỷ lệ 74%, nam giới chiếm 26%. Nữ giới gấp khoảng 3 lần nam giới. Tỷ lệ bệnh nhân sống nông thôn khoảng 60%.

Tiền sử bệnh nhân có sỏi ống mật chủ trước đó có 14 bệnh nhân, chiếm 26,4%. Số bệnh nhân có VTC trước đó là 6 bệnh nhân (11,3%), bệnh nhân có can thiệp đường mật trước đó là 8 bệnh nhân (15,1%).

3.2. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng. Tất cả bệnh nhân nhập viện đều có triệu chứng đau bụng, 60,4% bệnh nhân có triệu chứng nôn ói, 56,6% bệnh nhân có triệu chứng vàng da, sốt có 26,4% bệnh nhân.

Huyết áp trung bình của bệnh nhân nhập viện là $122,4 \pm 18,5$ mmHg. Có 02 bệnh nhân có huyết áp dưới 90 mmHg. Mạch trung bình 89 ± 14 lần/phút.

Bảng 1. Chỉ số cận lâm sàng

Chỉ số	Trung vị	Giá trị lớn nhất	Giá trị nhỏ nhất
Amylase máu (U/L)	760	3008	118
Bạch cầu (Tế bào/mm ³)	15050 ± 8321		

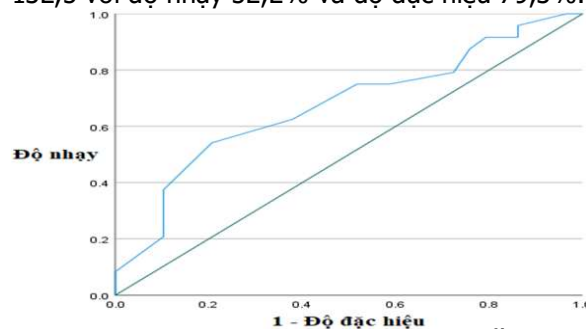
HCT (%)	$35,6 \pm 5,8$		
Glucose (mmol/L)	6,5	3,8	15,3
Canxi (mmol/L)	2,02	1,84	2,48
AST (U/L)	143	17	1168
ALT (U/L)	165	10	635
Creatinin (mcmol/L)	70	729	11
Urea (mmol/L)	4,7	145,4	1,4
Natri (mmol/L)	$134,3 \pm 3,9$		
Kali (mmol/L)	3,6	5,3	2,7
PT (%)	$88,5 \pm 16,1$		
Tiểu cầu (Tế bào/mm ³)	249924 ± 98599		
Bilirubin TP (mcmol/L)	64,6	437	3,4
Bilirubin TT (mcmol/L)	42,3	160,9	1,3
Bilirubin GT (mcmol/L)	18,9	2,1	276,3

Nhận xét: Amylase máu trung vị 760U/L, cao nhất là 3008U/L, thấp nhất là 118U/L. Chúng tôi ghi nhận có sự khác biệt về nồng độ natri máu trung bình giữa 2 nhóm có viêm đường mật và không viêm đường mật có ý nghĩa thống kê ($p=0,043$). Bệnh nhân thường có biểu hiện tắc mật, ưu thế trực tiếp và men gan cao.

Bảng 2. Diện tích dưới đường cong ROC của nồng độ Natri máu và viêm đường mật

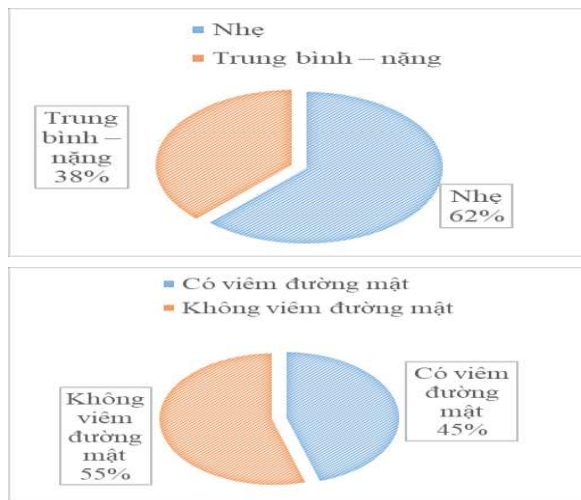
AUC	KTC 95%	Điểm cắt	Độ nhạy	Độ đặc hiệu	p
0,665	0,513-0,817	132,5	52,2%	79,3%	0,043

Nhận xét: Diện tích dưới đường cong ROC (AUC) tiên lượng tình trạng viêm đường mật là 0,665 có giá trị tiên lượng khá tốt, với điểm cắt 132,5 với độ nhạy 52,2% và độ đặc hiệu 79,3%.



Biểu đồ 1. Đường cong ROC biểu diễn nồng độ natri máu và viêm đường mật

Về hình ảnh học: 100% bệnh nhân được siêu âm bụng, trong đó có 23,1% bệnh nhân có hình ảnh VTC và 84,6% bệnh nhân ghi nhận được hình ảnh sỏi ống mật chủ. Có 32 bệnh nhân được chụp CTscan bụng chiếm 61,5% trong đó có 40,4% bệnh nhân có hình ảnh VTC trên phim và 100% bệnh nhân có hình ảnh sỏi ống mật chủ.



Biểu đồ 2. Mức độ nặng VTC theo tiêu chuẩn ATLANTA 2012 (bên trên) và tỷ lệ viêm đường mật (bên dưới)

Nhận xét: Tỷ lệ bệnh nhân VTC mức độ trung bình – nặng theo phân loại ATLANTA 2012 là 62,3%. Tỷ lệ bệnh nhân VTC có viêm đường mật là 45,3%.

Bảng 3. Các thủ thuật can thiệp ERCP

Thủ thuật	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Cắt cơ vòng	51	96,2
Nong cơ vòng	17	32,1
Lấy sỏi	49	92,5
Đặt stent	8	15,1

Nhận xét: Chúng tôi ghi nhận có 96,2% bệnh nhân được cắt cơ vòng, 92,5% bệnh nhân được lấy sỏi.

Trong quá trình thu thập số liệu chúng tôi ghi nhận có 02 trường hợp bệnh nhân tự thoát sỏi. Cả 2 trường hợp đều ghi nhận ở nhóm can thiệp sau 48 giờ, đều có tình trạng tắc mật khi vào viện. Tỷ lệ thoát sỏi là 14,2%.

3.3. Tác động của thời điểm ERCP đến kết quả điều trị VTC do sỏi ống mật chủ

Bảng 4. Kết quả điều trị

	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Bệnh ổn ra viện	52	98,1
Tử vong/xin về	1	2,9
Tổng	53	100

Nhận xét: Tỷ lệ điều trị thành công là 98,1%.

Chúng tôi đánh giá tác động của thời điểm ERCP trên 52 bệnh nhân có tình trạng bệnh ổn, ra viện. Vì 1 bệnh nhân tử vong trong vòng 24 giờ sau khi nhập viện.

Bảng 5. Thời gian nằm viện, thời gian hết đau bụng, thời gian amylase máu về bình thường

	Trung vị	Giá trị nhỏ nhất	Giá trị lớn nhất
--	----------	------------------	------------------

Thời gian nằm viện (giờ)	155	69	301
Thời gian hết đau bụng (giờ)	24	12	48
Thời gian amylase máu về bình thường (giờ)	48	18	120

Nhận xét: Thời gian trung vị bệnh nhân nằm viện là 155 giờ, giá trị nhỏ nhất là 69 giờ, giá trị lớn nhất là 301 giờ. Thời gian hết đau bụng trung vị là 24 giờ, giá trị nhỏ nhất là 12 giờ, giá trị lớn nhất là 48 giờ. Thời gian amylase máu về bình thường trung vị là 48 giờ, giá trị nhỏ nhất là 18 giờ, lớn nhất là 120 giờ.

Bảng 6. Tác động của thời điểm ERCP 24 giờ đến kết quả điều trị VTC do sỏi ống mật chủ

	Thời điểm	Trung vị	Giá trị nhỏ nhất	Giá trị lớn nhất	p
Thời gian nằm viện (giờ)	≤24 giờ	154	69	301	0,521
	>24 giờ	159	87	301	
Thời gian hết đau bụng (giờ)	≤24 giờ	24	12	48	<0,001
	>24 giờ	24	24	48	
Thời gian amylase máu về bình thường (giờ)	≤24 giờ	36	18	72	0,747
	>24 giờ	48	24	120	

Nhận xét: Chia nhóm nghiên cứu thành 2 nhóm can thiệp ERCP trong 24 giờ đầu kể từ lúc nhập viện và nhóm can thiệp ERCP sau 24 giờ khi nhập viện. Chúng tôi ghi nhận không có sự khác biệt về trung vị thời gian nằm viện cũng như thời gian amylase máu về bình thường giữa 2 nhóm (Mann – Whitney U test, $p > 0,05$). Tuy nhiên chúng tôi ghi nhận có sự khác biệt về trung vị thời gian cải thiện triệu chứng lâm sàng đau bụng trên 2 nhóm can thiệp ERCP (Mann – Whitney U test, $p < 0,001$).

Trong nhóm bệnh nhân VTC có tắc mật chúng tôi ghi nhận có sự khác biệt về trung vị thời gian cải thiện triệu chứng lâm sàng đau bụng trên 2 nhóm can thiệp ERCP (Mann – Whitney U test, $p < 0,001$).

Bảng 7. Tác động của thời điểm ERCP 48 giờ đến kết quả điều trị VTC do sỏi ống mật chủ

	Thời điểm	Trung vị	Giá trị nhỏ nhất	Giá trị lớn nhất	p
Thời gian nằm viện (giờ)	≤48 giờ	144	69	301	0,008
	>48 giờ	175,5	137	301	
Thời gian hết	≤48 giờ	24	12	48	0,005

đau bụng (giờ)	>48 giờ	30	24	48	
Thời gian amylase máu về bình thường (giờ)	≤48 giờ	48	18	72	0,923
	>48 giờ	48	24	120	

Nhận xét: Chia nhóm nghiên cứu thành 2 nhóm can thiệp ERCP trong 48 giờ đầu kể từ lúc nhập viện và nhóm can thiệp ERCP sau 48 giờ khi nhập viện. Chúng tôi ghi nhận có sự khác biệt về trung vị thời gian nằm viện cũng như thời gian cải thiện triệu chứng lâm sàng đau bụng trên 2 nhóm can thiệp ERCP, cụ thể cao hơn ở nhóm can thiệp sau 48 giờ (Mann – Whitney U test, $p = 0,008$ và $p=0,005$).

Bảng 8. Tác động của thời điểm ERCP 48 giờ đến kết quả điều trị VTC do sỏi ống mật chủ ở nhóm bệnh nhân có tắc mật

	Thời điểm	Trung vị	Giá trị nhỏ nhất	Giá trị lớn nhất	p
Thời gian nằm viện (giờ)	≤48 giờ	144	69	301	0,026
	>48 giờ	162	137	301	
Thời gian hết đau bụng (giờ)	≤48 giờ	24	12	48	0,002
	>48 giờ	42	24	48	
Thời gian amylase máu về bình thường (giờ)	≤48 giờ	48	18	72	0,867
	>48 giờ	48	24	120	

Nhận xét: Trong nhóm bệnh nhân VTC có tắc mật chúng tôi cũng ghi nhận có sự khác biệt về trung vị thời gian nằm viện cũng như thời gian cải thiện triệu chứng lâm sàng đau bụng trên 2 nhóm can thiệp ERCP, cụ thể cao hơn ở nhóm can thiệp sau 48 giờ (Mann – Whitney U test, $p = 0,026$ và $p=0,002$).

Bảng 9. Biến chứng của VTC do sỏi ống mật chủ

Biến chứng	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Suy tạng dưới 48 giờ	8	15,4
Suy tạng trên 48 giờ	3	5,8
Tự dịch cấp quanh tụy	12	23,1
Hoại tử tụy	2	3,8

Nhận xét: Tỷ lệ bệnh nhân tự dịch cấp tính quanh tụy chiếm nhiều nhất 23,1%. Chúng tôi ghi nhận giữa nhóm can thiệp ERCP trước 24 giờ và sau 24 giờ không có mối liên hệ với tỷ lệ biến chứng VTC do sỏi ống mật chủ ($p=0,431$, $OR=1,866$).

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tuổi trung bình của bệnh nhân tham gia nghiên cứu là $63,8 \pm 19,4$ tuổi. Bệnh nhân tuổi trẻ nhất là 17 tuổi, lớn

nhất là 90 tuổi. Tỷ lệ bệnh nhân ≥ 60 tuổi chiếm 63,5%. Trong đó nữ giới chiếm đa số 74%, tỷ lệ nữ/nam là 2,8/1. Kết quả này tương đồng với các nghiên cứu của tác giả La Vĩnh Phúc (2024) Tuổi trung bình là $65,8 \pm 15,3$ tuổi, nhóm tuổi lớn hơn 60 chiếm 60,3%, nữ giới chiếm tỉ lệ 66,7% [1]. Nghiên cứu của Nguyễn Minh Thắng ghi nhận tuổi trung bình của BN: $47,6 \pm 11,5$ tuổi, tỷ lệ nữ/nam 1,5/1 [5]. Kết quả này tương đối phù hợp với các y văn về sỏi đường mật có yếu tố dịch tể phân bố chủ yếu ở nữ giới [2].

4.2. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm

sàng: Theo một số nghiên cứu và y văn, triệu chứng lâm sàng chủ yếu của VTC do sỏi ống mật chủ là đau bụng, sốt, vàng da, nôn ói. Triệu chứng đau bụng là triệu chứng hay gặp nhất trên lâm sàng cũng chính là triệu chứng khiến cho bệnh nhân nhập viện [2]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tất cả bệnh nhân đều có triệu chứng đau bụng (100%), vàng da chiếm 56,6%, nôn ói 64,4%. Trong đó có 12 bệnh nhân có đủ triệu chứng của tam chứng Charcot. Nghiên cứu của Nguyễn Duy Đông cũng ghi nhận triệu chứng lâm sàng thường gặp nhất là 100%, triệu chứng khác là vàng da vàng mắt có ở 31 trường hợp, chiếm tỉ lệ 49,2%. Ngoài ra, triệu chứng sốt gặp ở 17 trường hợp, chiếm tỉ lệ 27,0%. Tam chứng Charcot kinh điển gặp ở 6 trường hợp, chiếm tỉ lệ 9,5%. Nghiên cứu của Dương Minh Thắng (2019) ghi nhận tỷ lệ bệnh nhân đau bụng gặp nhiều nhất là 72,6%, sốt là 48,3%, vàng da là 45,1% [5].

Trong nghiên cứu chúng tôi ghi nhận nồng độ amylase máu trung vị là 760U/L, cao nhất là 3008U/L và thấp nhất là 118U/L, Bilirubin TP trung vị là 64.6mcmol/L, bạch cầu máu là $15050 \pm 8321/\text{mm}^3$ máu cao hơn so với nghiên cứu của Dương Minh Thắng với nồng độ amylase máu trung bình là $291,4 \pm 557,4\text{U/L}$, bilirubin TP $56,5 \pm 75,5\text{mcmol/L}$, bạch cầu máu $11520 \pm 10040/\text{mm}^3$ máu [5]. Nguyên nhân nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận tất cả các thể VTC kể cả hoại tử tụy, còn nghiên cứu của Dương Minh Thắng chỉ ghi nhận các ca VTC thể phù nề.

Tỷ lệ bệnh nhân viêm đường mật do sỏi ống mật chủ trong nghiên cứu của chúng tôi là 45,3% cũng tương tự nghiên cứu của Dương Minh Thắng với tỷ lệ 55,6% [5].

Tỷ lệ cắt cơ vòng trong nghiên cứu chúng tôi là 96,2%, tỷ lệ bệnh nhân nông cơ vòng là 32,1%, tỷ lệ lấy sỏi là 92,5% (trong đó có khoảng 70% bệnh nhân được lấy sỏi hoàn toàn), tỷ lệ đặt stent đường mật là 15,1% cũng tương tự như nghiên cứu của Dương Minh Thắng với tỷ lệ 97,2% [5]. Tỷ lệ sỏi tự thoát thấp 14,2% gặp

ở nhóm can thiệp sau 48 giờ. Nghiên cứu của Songming Ding (2021) cho thấy kích thước sỏi là yếu tố quan trọng nhất liên quan đến khả năng sỏi ống mật chủ tự thoát. Sỏi có kích thước nhỏ hơn 0.33 cm có khả năng tự thoát cao hơn [6]. Một nghiên cứu khác của Bayram Inan (2024) cho thấy tỷ lệ tự thoát sỏi là 11%, sỏi nhỏ hơn 4.3 mm có khả năng tự thoát cao hơn với độ nhạy 58% và độ đặc hiệu 85% để dự đoán khả năng tự thoát sỏi [8].

4.3. Tác động của thời điểm ERCP đến kết quả điều trị: Tỷ lệ điều trị thành công trong nghiên cứu của chúng tôi là 98,1%, với 01 trường hợp bệnh nhân tử vong.

Trong nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận, đối với những trường hợp VTC do sỏi ống chủ được can thiệp sớm trước 24 giờ, chúng tôi ghi nhận thấy có sự giảm đáng kể về thời gian triệu chứng lâm sàng đau bụng của bệnh nhân, tuy nhiên không góp phần làm giảm thời gian nằm viện cũng như thời gian men tụy trở lại bình thường. Đối với thời điểm can thiệp dưới 48 giờ, chúng tôi ghi nhận có sự giảm đáng kể về thời gian nằm viện cũng như thời gian cải thiện triệu chứng lâm sàng của bệnh nhân. Chúng tôi ghi nhận giữa nhóm can thiệp ERCP trước 24 giờ và sau 24 giờ không có mối liên hệ với tỷ lệ biến chứng VTC do sỏi ống mật chủ ($p=0,431$, $OR=1,866$).

Trong nhóm bệnh nhân VTC do sỏi ống mật chủ có tắc mật chúng tôi cũng ghi nhận có sự khác biệt về trung vị thời gian nằm viện cũng như thời gian cải thiện triệu chứng lâm sàng đau bụng trên 2 nhóm can thiệp ERCP, cụ thể cao hơn ở nhóm can thiệp sau 48 giờ (Mann – Whitney U test, $p = 0,026$ và $p=0,002$). Nghiên cứu của Van Santvoort (2009) một nghiên cứu tiến cứu, đa trung tâm nhằm đánh giá hiệu quả của việc thực hiện ERCP sớm ở bệnh nhân được dự đoán mắc VTC do sỏi mật ghi nhận ERCP sớm 24 giờ sau khi nhập viện làm giảm đáng kể tỷ lệ biến chứng nặng (25% và 54%, $p = 0.020$) nhưng không khác biệt về tỷ lệ tử vong ở nhóm bệnh nhân được dự đoán là VTC nặng ($p=0,13$) [11]. Nghiên cứu của U Iqbal (2020) trên 7534 bệnh nhân cho thấy ERCP được thực hiện trong vòng 48 giờ sau khi khởi phát triệu chứng có liên quan đến việc giảm tỷ lệ tử vong sớm và muộn, suy cơ quan và thời gian nằm viện [9].

Các biến chứng khi thực hiện ERCP bao gồm chảy máu, thủng, thủng, nhiễm trùng đường mật, viêm túi mật, VTC [7]. Chúng tôi ghi nhận 1 trường hợp chảy máu chỗ cắt cơ vòng Oddi trong lúc thực hiện thủ thuật, trường hợp này được xử trí bằng tiêm cầm máu và kẹp clip thành

công. Về biến chứng hậu phẫu, trong nghiên cứu ghi nhận viêm túi mật cấp ở 1 trường hợp, chiếm tỉ lệ 1,8%. Tỷ lệ biến chứng trong nghiên cứu của chúng tôi nhìn chung có sự khác biệt tương đối với các nghiên cứu khác về sỏi đường mật. Tác giả Thái Doãn Kỳ ghi nhận tỉ lệ biến chứng của kỹ thuật là 10,7%, trong đó VTC là biến chứng hay gặp nhất là 9,04%, tỉ lệ chảy máu điện cắt là 1,02% [3]. Còn theo tác giả Đào Xuân Cường năm 2015 khi nghiên cứu trên bệnh nhân được nội soi mật tụy ngược dòng cấp cứu, tỉ lệ biến chứng được ghi nhận là nhiễm trùng (1,5%) và chảy máu (0,8%). Nghiên cứu của Dương Minh Thắng với tỷ lệ tai biến gặp ở 4 trường hợp với tỷ lệ 5,6% tất cả đều là chảy máu đường mật [5]. Như vậy tai biến và biến chứng của thủ thuật tùy thuộc vào nhiều yếu tố như thể trạng bệnh nhân, vị trí, kỹ thuật. Tuy vậy, ta có thể hoàn toàn có thể kiểm soát được trong quá trình làm can thiệp, đòi hỏi sự tỷ mỉ, cẩn thận và điều trị kịp thời khi có xảy ra tai biến chứng.

V. KẾT LUẬN

VTC do sỏi ống mật chủ nên thực hiện ERCP sớm (trong vòng 48 giờ) để cải thiện kết quả điều trị, đặc biệt là giảm thời gian nằm viện và thời gian cải thiện triệu chứng lâm sàng. ERCP là phương pháp điều trị hiệu quả với tỷ lệ thành công cao và tỷ lệ biến chứng thấp. Tỷ lệ sỏi tự thoát thấp 14,2% gặp ở nhóm can thiệp sau 48 giờ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Duy Đông và cộng sự** (2024), "Kết quả sớm điều trị sỏi đường mật chính bằng phương pháp nội soi mật tụy ngược dòng tại Cần Thơ", Tạp chí Y Dược học Cần Thơ(77), tr. 92-98.
2. **Nguyễn Đình Hồi và cộng sự** (2012), "Sỏi đường mật", Nhà xuất bản Y học.
3. **Thái Doãn Kỳ và cộng sự** (2023), "Đánh giá hiệu quả và an toàn của phương pháp nội soi mật tụy ngược dòng điều trị sỏi đường mật tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108", Journal of 108-Clinical Medicine Pharmacy.
4. **Hoàng Thuý Nga và cộng sự** (2023), "Nguyên nhân và một số yếu tố tiên lượng bệnh nhân viêm tụy cấp tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội". 169(8), tr. 139-146.
5. **Dương Minh Thắng và cộng sự** (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", Journal of 108-Clinical Medicine.
6. **Ding Songming et al** (2021), "Factors related to the spontaneous passage of common bile duct stones through the papilla: a single-center retrospective cohort study", Journal of International Medical Research. 49(11), tr. 03000605211058381.
7. **Dumonceau Jean-Marc et al** (2020), "ERCP-related adverse events: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) guideline", Endoscopy. 52(02), tr. 127-149.

8. İnan Bayram et al (2024), "Assessment of The Factors Related to The Spontaneous Passage of Common Bile Duct Stones", Journal of Clinical Medicine. 13(9), tr. 2672.
9. Iqbal Umair et al (2020), "Emergent versus urgent ERCP in acute cholangitis: a systematic review and meta-analysis", Gastrointestinal endoscopy. 91(4), tr. 753-760.
10. Schepers Nicolien J et al (2016), "Early biliary decompression versus conservative treatment in acute biliary pancreatitis (APEC trial): study protocol for a randomized controlled trial", Trials. 17, tr. 1-10.

TÌNH HÌNH NHIỄM VÀ ĐỀ KHÁNG KHÁNG SINH CỦA PSEUDOMONAS AERUGINOSA Ở BỆNH NHÂN NHIỄM KHUẨN HÔ HẤP DƯỚI TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TRUNG ƯƠNG CẦN THƠ NĂM 2024-2025

Sơn Si Mel^{1,3}, Võ Phạm Minh Thư¹, Trương Thị Diệu²

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Theo dữ liệu trên thế giới cũng như tại Việt Nam, *Pseudomonas aeruginosa* là tác nhân có tỷ lệ đề kháng kháng sinh cao, gây ra nhiều biến chứng trong các bệnh lý nhiễm trùng, trong đó có NKĐHHD. **Mục tiêu:** Xác định tỷ lệ nhiễm *Pseudomonas aeruginosa* ở bệnh nhân NKĐHHD. Xác định tỷ lệ đề kháng các loại kháng sinh thường dùng ở bệnh nhân NKĐHHD do *Pseudomonas aeruginosa*. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 146 bệnh nhân NKĐHHD điều trị tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ từ tháng 09 năm 2024 đến tháng 03 năm 2025. **Kết quả:** Về đặc điểm chung, tỷ lệ nam/nữ=1,75, phần lớn từ 60 tuổi trở lên (75,3%). Tỷ lệ hút thuốc lá tương đối cao, chiếm 58,2%. Bệnh nền thường gặp là tăng huyết áp 79,8%, đái tháo đường 38,4%. Có 15,8% bệnh nhân vừa điều trị corticoid 2 tuần trước đó và 54,8% có sử dụng kháng sinh 14 ngày trước. Tỷ lệ nhiễm *P. aeruginosa* là 15,8%. Tỷ lệ đề kháng kháng sinh cao ở các đối tượng nhiễm *P. aeruginosa*, kháng cephalosorin như ceftazidime là 47,8%, cefepime là 65,2%. Tỷ lệ kháng Quinolon gồm levofloxacin là 73,9%, kháng ciprofloxacin là 65,2%. Trong nhóm carbapenem, tỷ lệ kháng imipenem và meropenem cùng là 60,9%. **Kết luận:** *Pseudomonas aeruginosa* là tác nhân thường gặp trong NKĐHHD. Tỷ lệ đề kháng các loại kháng sinh như cephalosporin, quinolon và carbapenem ở những bệnh nhân NKĐHHD do tác nhân này khá cao. **Từ khóa:** *Pseudomonas aeruginosa*, đề kháng kháng sinh, nhiễm khuẩn đường hô hấp dưới (NKĐHHD).

SUMMARY

PREVALENCE AND ANTIBIOTIC RESISTANCE OF PSEUDOMONAS AERUGINOSA IN LOWER RESPIRATORY

TRACT INFECTIONS AT CAN THO CENTRAL GENERAL HOSPITAL IN 2024-2025

Background: According to global and Vietnamese data, *Pseudomonas aeruginosa* is a highly antibiotic-resistant pathogen, contributing to complications in infectious diseases, including lower respiratory tract infections (LRTIs). **Objective:** To determine the prevalence of *Pseudomonas aeruginosa* in patients with LRTIs and assess the resistance rates of commonly used antibiotics in *Pseudomonas aeruginosa*-related LRTIs. **Materials and methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted on 146 patients with LRTIs treated at Can Tho Central General Hospital from September 2024 to March 2025. **Results:** The male-to-female ratio was 1.75:1, with the majority of patients aged 60 years and older (75.3%). The smoking rate was relatively high, accounting for 58.2%. Common comorbidities included hypertension (79.8%) and diabetes mellitus (38.4%). Notably, 15.8% of patients had received corticosteroid treatment within the prior two weeks, and 54.8% had used antibiotics within the past 14 days. The prevalence of *Pseudomonas aeruginosa* infection was 15.8%. Among patients infected with *P. aeruginosa*, the antibiotic resistance rate was notably high. Resistance to cephalosporins was 47.8% for ceftazidime and 65.2% for cefepime. Resistance rates to quinolones were also substantial, with 73.9% resistant to levofloxacin and 65.2% to ciprofloxacin. Within the carbapenem group, both imipenem and meropenem exhibited resistance rates of 60.9%. **Conclusion:** *Pseudomonas aeruginosa* is a common causative agent in LRTIs, with extremely high resistance rates to cephalosporins, quinolones, and carbapenems in affected patients. **Keywords:** *Pseudomonas aeruginosa* (*P. aeruginosa*), antibiotic resistance, lower respiratory tract infection (LRTIs).

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Pseudomonas aeruginosa là một trực khuẩn Gram âm, cơ hội, có khả năng gây ra các nhiễm khuẩn đường hô hấp dưới với mức độ nghiêm trọng, tỷ lệ biến chứng cao, và khó khăn trong điều trị do tính chất đề kháng kháng sinh phức tạp của nó. Trên thế giới, *P. aeruginosa* gây ra khoảng 10–20% các trường hợp viêm phổi, đặc

¹Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

²Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ

³Bệnh viện Đa khoa tỉnh Sóc Trăng

Chịu trách nhiệm chính: Sơn Si Mel

Email: sonsimel@gmail.com

Ngày nhận bài: 20.3.2025

Ngày phản biện khoa học: 22.4.2025

Ngày duyệt bài: 28.5.2025