

số đông máu cơ bản tính điểm theo thang điểm ISTH là cần thiết, đặc biệt ở nhóm BN nguy cơ cao khi đông mắc hai loại ung thư.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu cho thấy 98,4% BN đông mắc ung thư tạng và bệnh máu ác tính có rối loạn ít nhất 1 chỉ số xét nghiệm đông máu. Tình trạng DIC gặp ở 15,9% BN, cao hơn tỉ lệ DIC gặp ở BN ung thư tạng đơn thuần, và toàn bộ ở nhóm lơ xê mi cấp, gợi ý rằng đây là nhóm bệnh có nguy cơ cao gặp rối loạn đông máu nặng. Kết quả này nhấn mạnh vai trò của việc theo dõi sát các chỉ số đông máu, đặc biệt là PT và D-Dimer, ngay từ thời điểm chẩn đoán nhằm sớm phát hiện và can thiệp kịp thời các biến chứng như DIC ở nhóm BN đặc biệt này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Goad KE, Gralnick HR. COAGULATION DISORDERS IN CANCER. Hematology/Oncology Clinics of North America. 1996;10(2):457-484. doi:10.1016/S0889-8588(05)70347-6
2. Levi M, Toh CH, Thachil J, Watson HG. Guidelines for the diagnosis and management of disseminated intravascular coagulation. British Committee for Standards in Haematology. Br J Haematol. 2009;145(1): 24-33. doi:10.1111/j.1365-2141.2009.07600.x
3. Tình hình bệnh ung thư tại Việt Nam theo GLOBOCAN 2022. Published online 2022.
4. Guru Murthy GS, Abedin S. Myeloid malignancies after treatment for solid tumours. Best Practice & Research Clinical Haematology. 2019; 32(1): 40-46. doi:10.1016/j.beha.2019. 02.012
5. Zhu YW, Feng TB, Zhou XJ, et al. Routine Hemostasis and Hemogram Parameters: Valuable Assessments for Coagulation Disorder and Chemotherapy in Cancer Patients. Chinese Medical Journal. 2016;129(15):1772. doi:10.4103/0366-6999.186637
6. Wu X, Yu X, Chen C, et al. Fibrinogen and tumors. Front Oncol. 2024;14:1393599. doi:10.3389/fonc.2024.1393599
7. Falanga A, Marchetti M, Vignoli A. Coagulation and cancer: biological and clinical aspects. Journal of Thrombosis and Haemostasis. 2013;11(2):223-233. doi:10.1111/jth.12075
8. Singh R, Halder NR, Halder B, Singh B. Coagulation Profile of Cancer Patients in a Tertiary Care Hospital Located in North Bihar. International Journal of Pharmaceutical and Clinical Research.
9. Tas F, Kilic L, Duranyildiz D. Coagulation tests show significant differences in patients with breast cancer. Tumor Biol. 2014;35(6):5985-5992. doi:10.1007/s13277-014-1793-4
10. Sallah S, Wan JY, Nguyen NP, Hanrahan LR, Sigounas G. Disseminated intravascular coagulation in solid tumors: clinical and pathologic study. Thromb Haemost. 2001;86(3):828-833.

KẾT QUẢ BƯỚC ĐẦU CAN THIỆP QUA DA XUYỀN GAN ĐIỀU TRỊ HẸP ĐƯỜNG MẬT LÀNH TÍNH BẰNG LASER BỐC HƠI THULIUM TẠI BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y HÀ NỘI

Nguyễn Thái Bình^{1,2}, Phan Nhân Hiên¹, Đinh Văn Thư¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Hẹp đường mật (HĐM) được định nghĩa là sự chít hẹp từng đoạn của hệ thống ống mật trong hoặc ngoài gan, dẫn đến cản trở sự lưu thông dịch mật, gây giãn đoạn trên vị trí hẹp, có thể dẫn đến viêm đường mật, sỏi mật, teo nhu mô gan... Điều trị HĐM đặc biệt là hẹp khít còn nhiều thách thức, ứng dụng Laser Thulium điều trị hẹp niệu quản, hẹp niệu đạo do phì đại tiền liệt tuyến... đã được áp dụng phổ biến. Do đó nghiên cứu (NC) này được thực hiện nhằm đánh giá kết quả của can thiệp trong điều trị HĐM lành tính bằng laser Thulium. **Phương pháp:** NC hồi cứu trên 26 bệnh nhân (BN) được chẩn đoán và điều trị tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội bằng

phương pháp can thiệp qua da bằng laser Thulium. **Kết quả:** Tuổi trung bình 48,92 ± 12,89 tuổi, nữ gấp 2,25 nam. Đau bụng hạ sườn phải, sốt, vàng da tương ứng gặp ở 100%, 38,5% và 11,5% số BN. 100% có sỏi đường mật. HĐM nhiều nhất ở vị trí ống gan phải và ống gan trái với tỷ lệ lần lượt là 34,6% và 42,3%. HĐM phân thùy sau, phân thùy trước và nhánh hạ phân thùy III đều chiếm tỷ lệ <10%. ĐM gan và TM cửa thường nằm vị trí sau, dưới và sau-dưới chiếm lần lượt là 57,69%, 15,38% và 19,23% so với đường mật tại vị trí hẹp; nằm trước và trên hiếm gặp với tỷ lệ 3,85%. Tỷ lệ thành công về kỹ thuật là 100%. Biến chứng nhẹ gặp trong 2/26 BN (7,7%) là các TH chảy máu đường mật nhẹ không cần can thiệp, phẫu thuật, không có biến chứng nặng, tử vong. Đường kính đoạn hẹp trung bình trước và sau can thiệp là 1,6 ± 1,3 mm và 7,5 ± 2,4 mm, khác biệt rất có ý nghĩa thống kê. Trong thời gian theo dõi (trung bình 11,7 tháng), 77% BN không xuất hiện triệu chứng. Tái hẹp nặng gặp ở 2 BN (7,7%) phải phẫu thuật, can thiệp lại, tái phát sỏi gặp ở 4 BN (15,4%). **Kết luận:** Can thiệp điều trị HĐM lành tính bằng laser bốc hơi có kết quả bước đầu tốt với tỷ lệ biến chứng thấp, tỷ lệ thành công cao

¹Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

²Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thái Bình

Email: nguyenthainhmu@gmail.com

Ngày nhận bài: 15.4.2025

Ngày phản biện khoa học: 22.5.2025

Ngày duyệt bài: 19.6.2025

giúp cải thiện tình trạng lâm sàng và hình ảnh của bệnh. **Từ khóa:** Hẹp đường mật lành tính, laser thulium, can thiệp qua da

SUMMARY

INITIAL OUTCOMES OF PERCUTANEOUS TRANSHEPATIC ABLATION USING THULIUM LASER IN TREATMENT OF BENIGN BILIARY STRICTURES AT HANOI MEDICAL UNIVERSITY HOSPITAL

Background: Benign biliary stricture (BBS) is defined as a segmental narrowing of the intrahepatic or extrahepatic bile duct system, which reduce bile flow and leads to upstream dilatation, result in complications such as cholangitis, bile duct stones, and hepatic parenchymal atrophy. The treatment of BBS, particularly in cases of severe narrowing, remains challenging. The use of thulium laser has been widely applied in the management of ureteral strictures and urethral strictures secondary to benign prostatic hyperplasia. Therefore, this study was conducted to evaluate the outcomes of percutaneous intervention using thulium laser in the treatment of benign biliary strictures. **Methods:** Retrospective study in 26 patients diagnosed and treated at Hanoi Medical University Hospital using percutaneous thulium laser ablation. **Results:** The mean age was 48.92 ± 12.89 years, female-to-male ratio of 2.25:1. Right upper quadrant abdominal pain, fever, and jaundice were observed in 100%, 38.5%, and 11.5% of patients, respectively. All patients had biliary stones. The most common sites of stricture were the right and left hepatic ducts, accounting for 34.6% and 42.3% of cases, respectively. Strictures in the posterior segmental, anterior segmental, and subsegmental branch III ducts each accounted for <10%. The hepatic artery and portal vein were most frequently located posterior, inferior, and postero-inferior to the stricture in 57.69%, 15.38%, and 19.23% of cases, respectively. Anterior and superior positions were rare (3.85%). The technical success rate was 100%. Minor complications occurred in 2 of 26 patients (7.7%), included mild hemobilia without the need for surgical or interventional treatment. No major complications or deaths were recorded. The mean diameter of the stricture increased significantly from 1.6 ± 1.3 mm before to 7.5 ± 2.4 mm after ablation ($p < 0.001$). During a mean follow-up period of 11.7 months, 77% of patients remained asymptomatic. Severe restenosis occurred in 2 patients (7.7%) requiring surgery or repeat intervention. Recurrent bile duct stones were observed in 4 patients (15.4%). **Conclusion:** Percutaneous treatment of benign biliary strictures using thulium laser vaporization demonstrates promising initial outcomes, with a high technical success rate, low complication rate, and significant clinical and imaging improvement.

Keywords: Benign biliary stricture, thulium laser, percutaneous intervention

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hẹp đường mật (HDM) là sự chít hẹp từng đoạn của hệ thống ống mật trong hoặc ngoài

gan, dẫn đến cản trở sự lưu thông bình thường của dịch mật, gây giãn thứ phát đoạn trên vị trí hẹp². Triệu chứng lâm sàng phụ thuộc vào mức độ tắc nghẽn đường mật và nguyên nhân gây hẹp. Phân loại nguyên nhân HDM bao gồm hai nhóm: lành tính và ác tính, ảnh hưởng trực tiếp đến quyết định lựa chọn phương pháp điều trị và tiên lượng. Gần đây, chẩn đoán chính xác hẹp đường mật, và điều trị ít xâm lấn hẹp đường mật lành tính (HĐMLT) đã dần được cải thiện nhờ tiến bộ khoa học. Các phương pháp can thiệp xâm lấn tối thiểu điều trị HĐMLT đang được áp dụng như cắt gan loại bỏ vùng có đường mật hẹp, phương pháp nong bằng bóng^{1,2}, đặt dẫn lưu cỡ lớn, đặt stent đường mật³⁻⁵, đốt sóng cao tần nội đường mật⁶ và đốt LASER nội đường mật⁷... Mặc dù vậy, HĐMLT, đặc biệt là hẹp khít là một bệnh lý còn tồn tại thách thức, các báo cáo ghi nhận 30% BN HĐMLT có diễn biến dai dẳng, tái phát, điều trị phức tạp kèm theo gánh nặng lớn về chi phí chăm sóc y tế⁸.

Laser Thulium đã được áp dụng khá phổ biến trong chuyên ngành tiết niệu để tán sỏi, đốt phì đại lành tính tuyến tiền liệt, cầm máu, xử lý hẹp niệu quản. Trong đó, tính hiệu quả và tính an toàn đã được nhiều NC chứng minh^{9,10}. Với điều trị bệnh lý HĐMLT, một số NC trên thế giới đã đề xuất sử dụng LASER Holmium để điều trị HĐMLT⁷. Tại Việt Nam hiện nay chúng tôi chưa thấy có NC nào áp dụng LASER điều trị HĐMLT. Do vậy, chúng tôi thực hiện nghiên cứu nhằm mô tả đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của BN hẹp đường mật lành tính và đánh giá kết quả bước đầu phương pháp can thiệp xuyên gan qua da laser Thulium trong điều trị bệnh lý này.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

- **Tiêu chuẩn lựa chọn:** (1) Các BN được chẩn đoán xác định là HDM có bằng chứng giải phẫu bệnh là lành tính. (2) Hẹp khít đường mật tính chất khu trú (đường kính đoạn hẹp >90% so với đường kính đường mật lân cận, chiều dài đoạn hẹp <3mm) xác định trên CHT/CLVT và nội soi đường mật. (3) BN được điều trị bằng phương pháp can thiệp qua da điều trị HĐMLT bằng Laser Thulium tại Bệnh viện đại học y Hà Nội. (4) Được theo dõi ít nhất 6 tháng sau can thiệp.

- **Tiêu chuẩn loại trừ:** (1) BN không có hồ sơ bệnh án đầy đủ. (2) BN có xơ teo phân thùy, thùy gan được dẫn lưu bởi đường mật bị hẹp. (3) BN có hẹp đường mật do nguyên nhân ác tính được phát hiện ở bất kỳ thời điểm nào trong NC. (4) BN có hẹp đường mật lan toả (VD do viêm xơ đường mật). (5) BN không được thực hiện đúng

quy trình kỹ thuật. (6) BN tử vong trong quá trình theo dõi không liên quan đến thủ thuật

2.2. Thiết kế nghiên cứu: NC mô tả hồi cứu. Địa điểm: Trung tâm Chẩn đoán hình ảnh và Can thiệp điện quang, Bệnh viện Đại học Y Hà Nội. Thời gian tiến hành NC: tháng 06/2024 đến tháng 06/2025

2.3. Cỡ mẫu: Mẫu thuận tiện, thực tế thu thập được 26 BN đủ tiêu chuẩn.

2.4. Kỹ thuật: Các BN được can thiệp qua da theo các bước: Chọc đường mật, bơm thuốc cản quang đánh giá, tán sỏi làm sạch đường mật và đánh giá vị trí hẹp. Đốt đoạn đường mật hẹp bằng laser Thulium (RivoliX Duo), công suất 10-20W, tần số 20Hz theo hướng ngược lại với động mạch gan và tĩnh mạch cửa đã xác định trước. Chụp kiểm tra và đặt dẫn lưu theo dõi. Các BN được kiểm tra lại sau ít nhất 6 tháng.

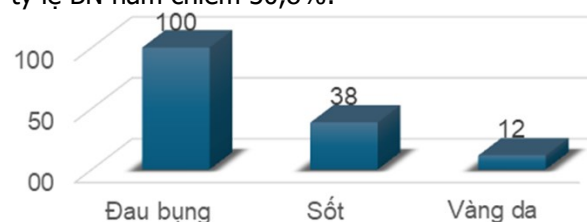
2.5. Quy trình thu thập số liệu. Thu thập các thông tin bao gồm thông tin lâm sàng, xét nghiệm, hình ảnh (siêu âm, cộng hưởng từ, chụp đường mật) trước, trong và sau can thiệp theo bệnh án.

2.6. Xử lý và phân tích số liệu: Số liệu được nhập và phân tích bằng phần mềm SPSS 20.0. Các biến định lượng được trình bày dưới dạng trung bình và độ lệch chuẩn, được kiểm định bằng phép kiểm T, chi bình phương hoặc Fisher, có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và hình ảnh của bệnh nhân

Tuổi: Tuổi trung bình là: $48,92 \pm 12,89$ tuổi. Giới: Tỷ lệ mắc HDM ở giới nữ cao hơn nam, gấp 2,25 lần. Trong đó, tỷ lệ BN nữ chiếm 69,2% và tỷ lệ BN nam chiếm 30,8%.



Biểu đồ 3.1: Đặc điểm lâm sàng trước can thiệp của đối tượng nghiên cứu

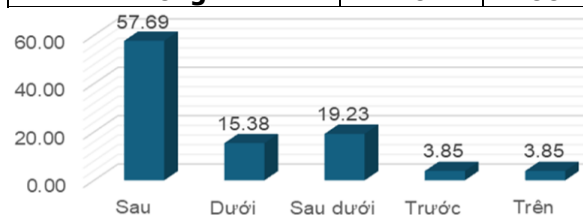
Triệu chứng đau HSP có tỷ lệ cao nhất gặp ở 100% các BN. Có 38,5% trong tổng số BN có triệu chứng sốt. Và triệu chứng vàng da xuất hiện ít nhất chỉ chiếm 11,5% số BN. Bilirubin tăng ở 21 trường hợp, chiếm 80,8%, số còn lại không tăng chiếm tỷ lệ 19,2%.

100% các trường hợp đều mắc sỏi mật: Sỏi phân bố trong gan phải đơn độc chiếm 26,9%, trong gan trái đơn độc chiếm 34,6%. Các trường

hợp có sỏi trong gan và OMC chiếm 30,8%.

Bảng 3.1: Vị trí hẹp đường mật

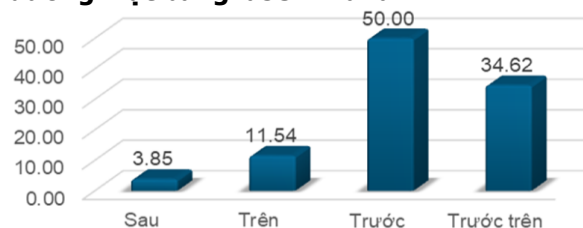
Vị trí hẹp đường mật	Số lượng	%
Hẹp nhánh B3	2	7,7
Hẹp ống gan phải	9	34,6
Hẹp ống gan trái	11	42,3
Hẹp ống gan phải và trái	1	3,8
Hẹp ống phân thủy sau	2	7,7
Hẹp ống phân thủy trước	1	3,8
Tổng	26	100



Biểu đồ 3.2: Vị trí tương đối của ĐM gan và TM cửa so với vị trí đường mật hẹp trên CHT

Vị trí tương đối của ĐM gan và TM cửa so với vị trí hẹp chủ yếu ở vị trí sau, dưới và sau-dưới chiếm lần lượt là 57,69%, 15,38% và 19,23%.

3.2. Kết quả bước đầu điều trị hẹp đường mật bằng laser Thulium

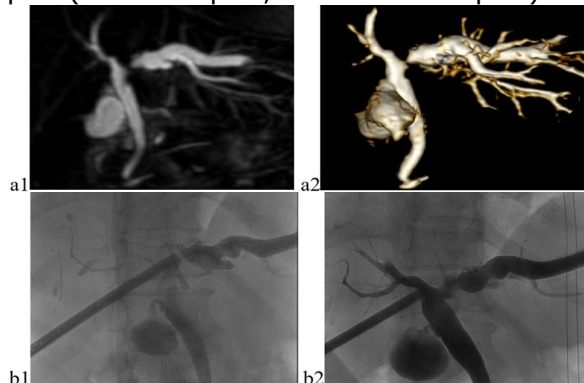


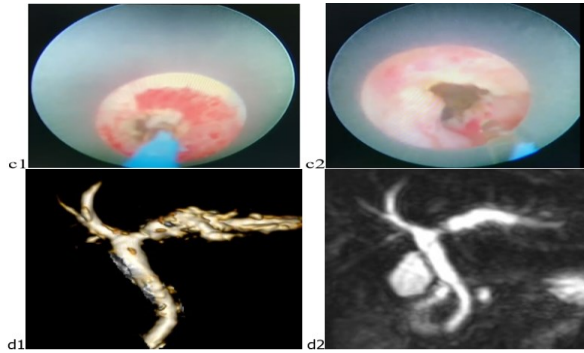
Biểu đồ 3.3: Hướng đốt (So với vị trí hẹp)

Hướng đốt chủ yếu là phía trước và phía trước trên chiếm tỷ lệ 50%, 34,62%.

Đường kính ngang nhỏ nhất đoạn hẹp trung bình trước đốt: $1,6 \pm 1,3$ mm, đường kính ngang nhỏ nhất đoạn hẹp trung bình ngay sau đốt hẹp là: $7,5 \pm 2,4$ mm. Sự khác biệt là có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$

Thời gian can thiệp trung bình: $65,8 \pm 27,4$ phút (ít nhất: 22 phút, nhiều nhất: 140 phút)





Hình 3.1: Quá trình đốt hẹp đường mật (BN Nguyễn Thái Đ, 59 tuổi, mã hồ sơ: 2207161740)

Hình ảnh hẹp khít ống gan trái trên chuỗi xung MRCP tái tạo MIP (a1) và 3D (a2), trên chụp đường mật trước đốt hẹp (b1) và sau đốt hẹp (b2) và trên nội soi trước đốt hẹp (b1) và sau đốt hẹp (b2). Sau can thiệp 7 tháng, BN không có triệu chứng. Hình ảnh CHT đường mật có hẹp nhẹ ống gan trái nhưng chưa tái phát sỏi (d1, d2).

Về biến chứng: Có 2/26 ca chiếm 7,7% chảy máu nhẹ trong can thiệp, chỉ cần ép cầm máu bằng cổng xẻ hẹp, lưu cổng – đặt dẫn lưu, theo dõi chặt chẽ và điều trị nội khoa bằng transaminase, trong quá trình điều trị không cần truyền máu hay các can thiệp khác. Các BN đều được xuất viện với tình trạng lâm sàng ổn định, không có trường hợp tử vong nào được ghi nhận.

Khoảng thời gian theo dõi sau đốt hẹp trung bình: $11,0 \pm 64$ tháng. Có 01 trường hợp có dấu hiệu lâm sàng và cận lâm sàng của tái hẹp nặng đường mật, cần phải điều trị tiếp tục bằng phẫu thuật. 01 trường hợp có tái hẹp và tái phát sỏi có triệu chứng phải tán sỏi lại. 01 trường hợp nhập viện với dấu hiệu viêm túi mật, được phẫu thuật cắt túi mật, chụp CHT ghi nhận hẹp vừa ống gan phải. 20 trường hợp còn lại không có các triệu chứng lâm sàng khác.

Bảng 3.2: Đặc điểm về tái phát sỏi, tái phát hẹp của nhóm BN sau thời gian theo dõi

Đặc điểm (Tổng số N=26 BN)	Số BN n	Tỷ lệ (%)
Tái phát sỏi mật	4	15,4
Viêm đường mật	2	7,7
Cần phẫu thuật, can thiệp lại	3	11,5
Tái hẹp nặng (>50% đường kính đường mật bình thường liền kề)	2	7,7
Tái hẹp vừa (<50% đường kính đường mật bình thường liền kề)	2	7,7

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm lâm sàng, xét nghiệm và hình ảnh của bệnh nhân

Tuổi: Độ tuổi trung bình $48,92 \pm 12,89$ tuổi. NC của chúng tôi khá phù hợp với các NC của tác giả khác trên thế giới về bệnh lý HDM lành tính, theo NC của Lou, J. và các cộng sự (2019)⁷, Cantwell, C. P. và các cộng sự (2008)² và De Gregorio, M. A. và các cộng sự (2020)⁴ có độ tuổi trung bình lần lượt là: 58, 56 và 61.45 tuổi.

Giới: Nữ giới chiếm ưu thế trong mẫu NC của chúng tôi, trong đó tỷ lệ nữ mắc HDM lành tính cao gấp 2,25 lần nam giới. Kết quả này tương đương với các NC trên thế giới⁷ tỷ lệ nữ mắc HDM lành tính gấp 2.75 lần nam.

Triệu chứng lâm sàng: Đau bụng hạ sườn phải là triệu chứng lâm sàng thường gặp nhất của bệnh lý HDM lành tính với 100% BN do tắc nghẽn đường mật khu trú diễn ra âm thầm, mãn tính đòi hỏi thời gian tiến triển thường trên bệnh lý nền sỏi mật, đôi khi sẽ có các đợt viêm và tắc cấp tính. Sốt và vàng da gặp lần lượt là 38,5% và 11,5%. So sánh với NC của tác giả Cantwell², có 103/112 (91.96%) BN có triệu chứng lâm sàng, 49.11% có dấu hiệu tắc nghẽn đường mật và viêm đường mật. Bilirubine toàn phần tăng ở 80,8% trước can thiệp, tương tự các tác giả khác.

Đặc điểm hình ảnh: Sỏi phân bố trong gan phải đơn độc chiếm 26,9%, trong gan trái đơn độc chiếm 34,6%. Các trường hợp có sỏi trong gan phổi hợp với sỏi OMC chiếm tới 30,8%, không tương đồng với tác giả Lou⁷. Như vậy, ở nhóm HDM do sỏi, vị trí sỏi mật thường đa dạng, phức tạp và nhiều vị trí trên một BN. Hẹp đường mật nhiều nhất ở vị trí ống gan phải và ống gan trái với tỷ lệ lần lượt là 34,6% và 42,3%. Hẹp nhánh đường mật phân thùy sau, phân thùy trước và nhánh hạ phân thùy III đều chiếm tỷ lệ <10%. Theo Cantwell² hẹp ống gan trái 8/21 BN tương đương 38,10%, hẹp ống gan phải 4/21 BN tương đương 19,45%, hẹp ống gan chung 4/21 BN tương đương 19,45%, hẹp ống mật chủ 5/21 BN tương đương 23,81%. Vị trí tương đối của ĐM gan và TM cửa so với vị trí hẹp chủ yếu ở vị trí sau, dưới và sau-dưới chiếm lần lượt là 57,69%, 15,38% và 19,23%. Một số vị trí còn lại trong gan đều chiếm 3,85%. Xác định vị trí tương đối của động mạch gan và tĩnh mạch cửa so với vị trí đường mật hẹp trên CHT trước đốt hẹp là vô cùng quan trọng, vì bộ 3 khoảng cửa này luôn đi kèm cùng nhau. Đây là điểm mới trong kỹ thuật đốt hẹp đường mật vì liên quan đến hướng đốt hẹp, chúng tôi chưa ghi nhận NC nào có đề cập.

4.2. Kết quả bước đầu. Chúng tôi chọn cách đốt mở rộng đường mật theo hướng ngược lại với vị trí tương đối của động mạch gan và tĩnh mạch cửa đã được xác định trước đó trên CHT.

Lou⁷ đề xuất phương pháp đốt xung quanh bề mặt trong của vị trí hẹp bằng LASER Holmium theo đường xoắn ốc và đốt sâu dần với bề sâu 1mm. Tác giả Hu⁶ đốt và mở rộng vị trí hẹp bằng sóng cao tần, sau đó có thể kết hợp với nong bóng để mở rộng vị trí hẹp. Tuy nhiên NC này không chỉ rõ kỹ thuật đốt cụ thể ra sao. Chúng tôi đốt mở rộng đường mật theo những hướng đã được xác định trước giúp tránh được nguy cơ chảy máu do đốt phải động mạch gan hay tĩnh mạch của đi kèm đường mật. Tuy nhiên quá trình này cần được thực hiện một cách cẩn trọng và chậm, nếu phát hiện dấu hiệu chảy máu nhẹ trên nội soi có thể chuyển hướng đốt.

Trong NC của chúng tôi, đường kính ngang nhỏ nhất đoạn hẹp trung bình trước đốt: $1,6 \pm 1,3$ mm, và sau đốt là: $7,5 \pm 2,4$ mm với $p < 0,01$. Chưa có thống nhất giữa các tác giả trên thế giới về làm rộng đường kính đường mật sau thủ thuật thể nào là đạt yêu cầu^{6,7}.

Sự thành công về mặt kỹ thuật trong NC của chúng tôi đạt 100% tương đồng với các kết quả của các tác giả khác với tỷ lệ thành công dao động từ 76% – 100% theo các NC khác nhau.

Biến chứng: ghi nhận có 2/26 ca chiếm 7,7% chảy máu nhẹ trong can thiệp, theo dõi và điều trị nội khoa, không cần truyền máu hay các can thiệp khác. Tỷ lệ này dao động từ 0% - 23.5% theo các NC khác nhau. Chúng tôi không ghi nhận trường hợp nào có nhiễm trùng sau thủ thuật, rò mật hay tử vong liên quan đến thủ thuật.

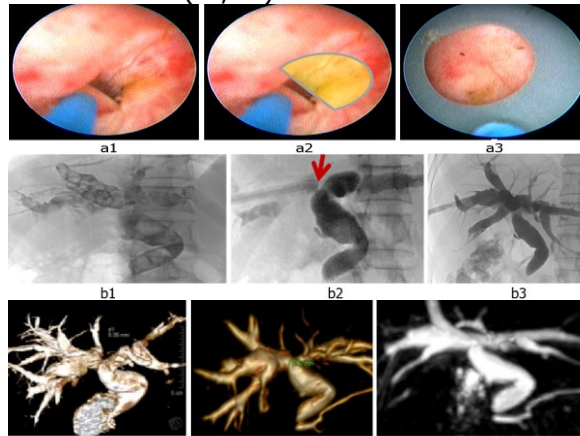
Khoảng thời gian theo dõi sau đốt hẹp trung bình: $11,0 \pm 6,4$ tháng. 77% BN không có triệu chứng bất thường, ngoài ra có 3 BN (11,5%) đau bụng và 3 BN (11,5%) có biểu hiện sốt. 26,9% số bn có nồng độ Bilirubin trong huyết thanh tăng nhẹ. Về hình ảnh, 2 BN (7,7%) có xuất hiện tái hẹp nặng đường mật trong đó có 1 BN có tái phát sỏi kèm tái hẹp nặng đã được tiến hành phẫu thuật cắt túi mật, mở ống mật chủ nội soi lấy sỏi OMC, nong hẹp ống gan trái. 01 trường hợp tái phát sỏi gan trái kèm hẹp nặng ống gan trái cần can thiệp tán sỏi qua da lại. Sự tái hẹp đường mật là tương đối thấp khi điều trị bằng laser nói chung⁹ với tỷ lệ không tái hẹp là 73% sau 2 năm, 67% sau 5 năm.

- Hình ảnh nội soi hẹp khít ống gan phải (a1), vị trí đốt góc trước trên (a2) và ngay sau đốt hết hẹp (a3).

- Hình ảnh chụp đường mật trước can thiệp có nhiều sỏi trong gan hai bên và ống mật chủ (b1), sau khi lấy hết sỏi và nong vị trí hẹp ống gan phải nhưng không cải thiện (b2) và sau khi đốt bằng laser vị trí ống gan phải (b3).

- Hình ảnh chụp CLVT dựng hình đường mật

ngay sau tán sỏi, ống gan phải hết hẹp, đường kính 9mm (c1). Sau 29 tháng, ống gan phải không tái hẹp với đường kính 9mm trên phim CHT 3D và 2D (c2, c3)



Hình 3.2: Hình ảnh hẹp khít đường mật trước và sau can thiệp

BN Hoàng Văn Q, 49 tuổi, mã hồ sơ: 2008200304

V. KẾT LUẬN

Can thiệp điều trị HDM lành tính bằng laser bốc hơi có kết quả bước đầu tốt với tỷ lệ biến chứng thấp, tỷ lệ thành công cao giúp cải thiện tình trạng lâm sàng và hình ảnh của bệnh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Ludwig JM, Webber GR, Knechtle SJ, Spivey JR, Xing M, Kim HS. Percutaneous Management of Benign Biliary Strictures with Large-Bore Catheters: Comparison between Patients with and without Orthotopic Liver Transplantation. Journal of vascular and interventional radiology : JVIR. 2016;27(2):219-225.e211.
2. Cantwell CP, Pena CS, Gervais DA, Hahn PF, Dawson SL, Mueller PR. Thirty years' experience with balloon dilation of benign postoperative biliary strictures: long-term outcomes. Radiology. 2008;249(3):1050-1057.
3. Dumonceau JM, Tringali A, Papanikolaou IS, et al. Endoscopic biliary stenting: indications, choice of stents, and results: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Clinical Guideline - Updated October 2017. Endoscopy. 2018;50(9):910-930.
4. De Gregorio MA, Criado E, Guirola JA, et al. Absorbable stents for treatment of benign biliary strictures: long-term follow-up in the prospective Spanish registry. European radiology. 2020;30(8):4486-4495.
5. Battistel M, Senzolo M, Ferrarese A, et al. Biodegradable Biliary Stents for Percutaneous Treatment of Post-liver Transplantation Refractory Benign Biliary Anastomotic Strictures. Cardiovascular and interventional radiology. 2020;43(5):749-755.
6. Hu B, Gao DJ, Wu J, Wang TT, Yang XM, Ye

- X. Intraductal radiofrequency ablation for refractory benign biliary stricture: pilot feasibility study. Digestive endoscopy: official journal of the Japan Gastroenterological Endoscopy Society. 2014;26(4):581-585.
7. Lou J, Hu Q, Ma T, Chen W, Wang J, Pankaj P. A novel approach with holmium laser ablation for endoscopic management of intrahepatic biliary stricture. BMC gastroenterology. 2019;19(1):172.
8. Dadhwal US, Kumar V. Benign bile duct strictures. Medical journal, Armed Forces India. 2012;68(3):299-303.
9. Noureldin YA, Kallidonis P, Liatsikos EN. Lasers for stone treatment: how safe are they? Current opinion in urology. 2020;30(2):130-134.
10. Kronenberg P, Traxer O. The laser of the future: reality and expectations about the new thulium fiber laser-a systematic review. Translational andrology and urology. 2019; 8(Suppl 4):S398-s417.

NGHIÊN CỨU TÌNH HÌNH VÀ ĐẶC ĐIỂM NHIỄM TRÙNG HUYẾT DO MỘT SỐ VI KHUẨN GRAM ÂM KHÁNG CARBAPENEM TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TRUNG ƯƠNG CẦN THƠ

San Sombo¹, Võ Minh Phương¹, Nguyễn Thị Hải Yến¹,
Đỗ Kiên Cường¹, Trần Nguyễn Minh Khoa¹, Nguyễn Thành Dũng¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Các vi khuẩn gram âm đề kháng carbapenem là tác nhân nguy hiểm, khó điều trị và có thể lan truyền gen đề kháng rộng rãi cho các chủng vi khuẩn gây nhiễm khuẩn bệnh viện. **Mục tiêu nghiên cứu:** Xác định tỷ lệ và mô tả đặc điểm nhiễm vi khuẩn gram âm đề kháng carbapenem trong nhiễm trùng huyết. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 40 bệnh nhân nhiễm trùng huyết điều trị tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ. **Kết quả:** Về đặc điểm chung, tỷ lệ nam/nữ =1, phần lớn thuộc nhóm từ 60 tuổi trở lên (55,0%). Chỉ số khối cơ thể trung bình là $22,64 \pm 1,49 \text{ kg/m}^2$. Tỷ lệ đại tháo đường là 35,0%. Về đặc điểm nhiễm trùng huyết, điểm SOFA trung bình là $14,35 \pm 1,99$, tỷ lệ đường nhiễm trùng nguyên phát chủ yếu là hô hấp (57,5%), kế đến là tiêu hóa (35,0%), chỉ có 7,5% từ đường tiết niệu. Biểu hiện hiện toàn thân có 42,5% biểu hiện sốt, 35,0% rét run và 7,5% rối loạn tri giác. Các biểu hiện khác thường gặp gồm ho đờm (55,0%) và khó thở (42,5%). Số lượng bạch cầu trung bình là $15,8 \pm 9,2 \text{ G/L}$. Giá trị procalcitonin trung vị là $15,1 \text{ ng/mL}$. Lactate máu trung bình là $7,1 \pm 4,87 \text{ mmol/L}$. Tỷ lệ các vi khuẩn gram âm đề kháng carbapenem như sau: Klebsiella Pneumonia (37,0%), Acinetobacter Baumannii (37,0%), E. Coli (10,0%), Klebsiella aerogenes (8,0%), P. Aeguriosa (5,0%) và Proteus Mirabis (3,0%). **Kết luận:** Nhiễm vi khuẩn gram âm đề kháng carbapenem trong nhiễm trùng huyết thường gặp ở bệnh nhân cao tuổi, với đường nhiễm trùng chính là từ hô hấp. Hai tác nhân phổ biến nhất là Klebsiella pneumoniae và Acinetobacter baumannii.

Từ khóa: vi khuẩn gram âm, kháng carbapenem, nhiễm trùng huyết.

SUMMARY

STUDY ON THE PREVALENCE AND CHARACTERISTICS OF CARBAPENEM-RESISTANT GRAM-NEGATIVE BACTEREMIA AT CAN THO CENTRAL GENERAL HOSPITAL

Background: Carbapenem-resistant gram-negative bacteria (CR-GNB) are highly dangerous pathogens that are difficult to treat and capable of widespread transmission of resistance genes among hospital-acquired bacterial strains. **Objective:** To determine the prevalence and describe the characteristics of CR-GNB infections in patients with bacteremia. **Materials and methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted on 40 patients with bacteremia treated at Can Tho Central General Hospital. **Results:** The male/female ratio was 1.0, with the majority (55.0%) being aged 60 years or older. The mean body mass index (BMI) was $22.64 \pm 1.49 \text{ kg/m}^2$. Diabetes mellitus was present in 35.0% of cases. Regarding bacteremia characteristics, the mean Sequential Organ Failure Assessment (SOFA) score was 14.35 ± 1.99 . The primary infection sources were predominantly respiratory (57.5%), followed by gastrointestinal (35.0%), and urinary tract (7.5%). Systemic symptoms included fever (42.5%), chills (35.0%), and altered consciousness (7.5%). Other common symptoms were productive cough (55.0%) and dyspnea (42.5%). The mean white blood cell count was $15.8 \pm 9.2 \text{ G/L}$. The median procalcitonin level was 15.1 ng/mL , and the mean blood lactate level was $7.1 \pm 4.87 \text{ mmol/L}$. The distribution of carbapenem-resistant gram-negative bacteria was as follows: Klebsiella pneumoniae (37.0%), Acinetobacter baumannii (37.0%), Escherichia coli (10.0%), Klebsiella aerogenes (8.0%), Pseudomonas aeruginosa (5.0%), and Proteus mirabilis (3.0%). **Conclusion:** Carbapenem-resistant gram-negative bacteremia is commonly observed in elderly patients, with the respiratory tract being the most frequent primary infection source. The two most prevalent pathogens were Klebsiella pneumoniae and Acinetobacter

¹Trường Đại học Y Dược Cần Thơ
Chịu trách nhiệm chính: San Sombo
Email: sansombo1994@gmail.com
Ngày nhận bài: 16.4.2025
Ngày phản biện khoa học: 20.5.2025
Ngày duyệt bài: 18.6.2025