

VI. KIẾN NGHỊ

Trên lâm sàng, sử dụng OPD-scan III, bác sĩ phẫu thuật có thể:

- Hiểu được nguyên nhân rối loạn thị giác cho bệnh nhân trước mổ đục thể thủy tinh.
- Loại trừ sai số khúc xạ hơn và các dạng quang sai qua đó chọn lựa đúng loại thể thủy tinh, tăng chất lượng thị lực cho bệnh nhân.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Peter Mojzis, MD, PhD, FEBO, Pablo Peña-García, MSc, Ivana Liehneova, MD, Peter Ziak, MD, PhD, Jorge L. Alio, MD, PhD, FEBO.** Outcomes of a new diffractive trifocal intraocular lens. *Cataract Refract Surg* 2014; 40:60–69 Q 2013 ASCRS and ESCRS
2. **Edoardo A. Ligabue, MD; Cristina Giordano, OD.** Assessing Visual Quality with the Point

Spread Function Using the NIDEK OPD-Scan II. *J Refract Surg.* 2009;25:S104-S109.

3. **Wilson Takashi Hida, Antonio Francisco Pimenta Motta.** Comparison between OPD-Scan results and visual outcomes of monofocal and multifocal intraocular lenses. *Arq Bras Oftalmol.* 2009;72(4):526-32.
4. **Hun Lee, Kwanghyun Lee, Ji Min Ahn.** Evaluation of Optical Quality Parameters and Ocular Aberrations in Multifocal Intraocular Lens Implanted Eyes. *Yonsei Med J* <http://www.eymj.org> Volume 55 Number 5 September 2014
5. **Ortiz D, Alió JL, Bernabéu G, Pongo V.** Optical performance of monofocal and multifocal intraocular lenses in the human eye. *J Cataract Refract Surg* 2008;34:755-62.
6. **Nochez Y, Majzoub S, Pisella PJ.** Effect of residual ocular spherical aberration on objective and subjective quality of vision in pseudophakic eyes. *J Cataract Refract Surg* 2011;37:1076-81.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG BỆNH NHÂN ĐƯỢC ĐIỀU TRỊ SỎI ĐƯỜNG MẬT BẰNG PHẪU THUẬT NỘI SOI

Cao Minh Tiệp¹, Phùng Thế Khang¹,
Đoàn Ngọc Giao², Lê Văn Lợi³

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu nhằm mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng bệnh nhân sỏi đường mật điều trị bằng phẫu thuật nội soi kết hợp tán sỏi điện thủy lực tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 từ 01/2022 đến 06/2023. **Đối tượng và phương pháp:** Đối tượng gồm 39 được chẩn đoán sỏi đường mật. Phương pháp nghiên cứu mô tả kết hợp hồi cứu và tiến cứu. **Kết quả:** Bệnh gặp ở người có tuổi trung bình là $57,33 \pm 15,51$ tuổi (nhỏ nhất 19 và lớn nhất 82 tuổi), nhóm 60-79 tuổi chiếm tỷ lệ 41,0%, giới nữ chiếm tỷ lệ 59%, tỷ lệ nam/nữ: là 0,7/1. Đau hạ sườn phải gặp ở 100 % trường hợp, sốt gặp ở 35,9% trường hợp, vàng da gặp ở 30,8% trường hợp và tam chứng Charcot gặp ở 30,8% trường hợp. Bạch cầu tăng ở 35,9% trường hợp, Neutrophil tăng ở 38,5% trường hợp. Bilirubin toàn phần tăng ở 53,85% trường hợp, men SGOT tăng ở 64,1% trường hợp, SGPT tăng ở 66,7% trường hợp. Kích thước ống mật chủ trên siêu âm và CLVT/CHT tương đương nhau. Kết luận: Sỏi đường mật gặp nhiều ở nữ, lứa tuổi 60-79 tuổi. Lâm sàng gồm đau hạ sườn, sốt và vàng da. Xét nghiệm thấy tăng bạch cầu, enzym gan và bilirubin

toàn phần.

Từ khóa: Phẫu thuật nội soi, Sỏi đường mật, Tán sỏi điện thủy lực, Triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng

SUMMARY

CLINICAL AND LABORATORY FEATURES OF PATIENTS WITH BILE DUCT STONES TREATED BY USING LAPAROSCOPIC SURGERY COMBINING WITH ELECTROHYDRAULIC LITHOTRIPSY

Objective: The study aimed at to describe clinical and paraclinical features of patients with bile duct stones treated with endoscopic surgery combined with electrohydraulic lithotripsy at Central Military Hospital 108 from January, 2022 to June, 2023. **Subjects and Method:** Subjects included 39 patients with bile duct stones. Method was a descriptive study using retrospective and prospective data. **Results:** Bile duct stones were common in patients with average age 57.33 ± 15.51 years old (Min-Max: 19-82), age group 60-79 presenting 41.0%, women presenting 59%, and male/female ratio was 0.7/1. Right upper quadrant pain occurred in 100% of patients, fever occurred in 35.9% of patients, jaundice occurred in 30.8% of patients, and Charcot/ triad occurred in 30.8% of patients. Leucocytes increased in 35.9% of patients, Neutrophil increased in 38.5% of patients. Total bilirubin increased in 53.85% of patients, enzyme SGOT and SGPT increased in 64.1% and 66.7% respectively. The size of common bile duct on ultrasound and CT/MRI was similar. **Conclusions:** Bile duct stones were common in women aged from 60 to 79 years old. Clinical signs included flank pain,

¹Bệnh viện Việt Tiệp

²Bệnh viện Chợ Rẫy

³Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

Chịu trách nhiệm chính: Cao Minh Tiệp

Email: caominhtiep9@gmail.com

Ngày nhận bài: 19.5.2025

Ngày phản biện khoa học: 23.6.2025

Ngày duyệt bài: 23.7.2025

fever, and jaundice. Tests showed increased leucocytes, liver enzymes, and total bilirubin.

Keywords: Bile duct stones, Clinical signs, Electrohydraulic lithotripsy, Laparoscopic surgery, Paraclinical signs

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sỏi đường mật là bệnh lý khá phổ biến hay gặp ở người Việt Nam (3,32 - 6,11% dân số) và các nước khác trên thế giới, diễn biến bệnh phức tạp, có nhiều biến chứng nặng, thậm chí tử vong nếu không được điều trị kịp thời. Tại Việt Nam hay gặp sỏi đường mật trong và ngoài gan với tỷ lệ khá cao từ 18 - 55% [1]. Sỏi mật nếu không được chẩn đoán và điều trị sẽ gây ra nhiều biến chứng rất nguy hiểm như nhiễm trùng đường mật, áp xe gan đường mật, chảy máu đường mật, xơ gan... Tuy nhiên việc chẩn đoán và điều trị sỏi đường mật trong và ngoài gan còn gặp nhiều khó khăn, tỷ lệ sót sỏi và sỏi tái phát cao, đặc biệt đối với sỏi đường mật trong gan, có viêm chít hẹp đường mật [2].

Về chẩn đoán, siêu âm là phương pháp kinh điển cho phép phát hiện sỏi đường mật với độ nhạy 93 - 95,5%. Việc ứng dụng các phương pháp chẩn đoán hình ảnh xác định vị trí và số lượng sỏi đường mật ngày càng phát triển như: cắt lớp vi tính, cộng hưởng từ,... cho phép xác định chẩn đoán sỏi đường mật với độ nhạy 86 - 97,9%, độ đặc hiệu 93 - 99% [3].

Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng bệnh nhân sỏi đường mật như thế nào còn chưa được quan tâm nghiên cứu thỏa đáng. Do vậy chúng tôi tiến hành đề tài với mục tiêu: *Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân sỏi đường mật được phẫu thuật nội soi kết hợp tán sỏi điện thủy lực tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 từ 01/2022 đến 06/2023.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng, địa điểm và thời gian nghiên cứu. Bao gồm 39 bệnh nhân được chẩn đoán sỏi đường mật và được điều trị bằng mổ nội soi có sử dụng nội soi đường mật bằng ống soi mềm kết hợp tán sỏi điện thủy lực tại Khoa Phẫu thuật Gan - Mật - Tụy Bệnh viện Bệnh viện Trung ương Quân đội 108, thời gian từ tháng 06/2022 đến hết tháng 06/2023.

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn. Bệnh nhân được chẩn đoán sỏi đường mật (bao gồm sỏi đường mật ngoài gan và/ hoặc sỏi đường mật trong gan), nguyên phát hoặc tái phát. Đường kính ống mật chủ giãn > 8 mm dựa vào siêu âm hoặc CLVT, MRI trước mổ. Bệnh nhân được điều trị bằng mổ nội soi có sử dụng nội soi đường mật bằng ống soi mềm kết hợp tán sỏi điện thủy

lực trong mổ. Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

- Bệnh nhân có sỏi túi mật đơn thuần, phải chuyển mổ mở, có sỏi đường mật chính có chỉ định cắt gan: Hẹp đường mật gây teo gan khu trú,... Bệnh nhân được mổ sỏi đường mật nhưng kết hợp với phẫu thuật xử lý tổn thương bệnh lý khác trong ổ bụng kèm theo, ung thư đường mật, có chống chỉ định gây mê, rối loạn đông máu, điểm ASA > III.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu

- Nghiên cứu mô tả hồi cứu và tiến cứu.

2.2.2. Cỡ mẫu/chọn mẫu

- Cỡ mẫu: toàn bộ, gồm 39 bệnh nhân.

- Chọn mẫu: phương pháp thuận tiện

2.2.3. Các chỉ tiêu nghiên cứu

a. *Đặc điểm lâm sàng*

- Tuổi, giới.

- Triệu chứng lâm sàng: đau, sốt trên 37,5°C, vàng da, tam chứng Charcot.

- Tiền sử: sỏi lần lấy sỏi qua nội soi mật tụy ngược dòng, mổ mở OMC lấy sỏi, mổ OMC lấy sỏi + cắt túi mật, cắt túi mật, mổ bụng khác.

- Bệnh lý kết hợp: tim mạch, hô hấp, tiểu đường, xơ gan, khác...

b. *Đặc điểm cận lâm sàng*

- Xét nghiệm máu:

+ Huyết học: số lượng bạch cầu, tỷ lệ neutrophil

+ Sinh hóa: bilirubin TP, SGOT, SGPT.

+ Đông máu: tỷ lệ Prothrombin.

- Siêu âm gan và đường mật:

+ Đường mật: kích thước OMC

+ Sỏi đường mật: Kích thước sỏi lớn nhất

+ Sỏi túi mật.

- Chụp cộng hưởng từ/ Chụp cắt lớp vi tính đường mật:

+ Đường mật: kích thước OMC

+ Sỏi đường mật:

• Vị trí sỏi: ĐMCNG, ĐMCNG + ĐMTGT, ĐMCNG + ĐMTGP, ĐMCNG + ĐMTGT + ĐMTGP, ĐMTGT + ĐMTGP, ĐMTGT, ĐMTGP.

• Kích thước sỏi: < 10mm, ≥ 10mm.

• Số lượng sỏi: ít sỏi, nhiều sỏi (Quy ước: Số lượng sỏi ≥ 2 viên, vài viên sỏi, nhiều viên sỏi, sỏi xếp hàng trong đường mật, sỏi đúc khuôn trong đường mật thì xếp vào nhóm nhiều sỏi, còn lại là ít sỏi)

+ Sỏi túi mật

2.2.4. Phương pháp thu thập và xử lý số liệu

❖Nhóm hồi cứu: gồm 24 bệnh nhân được

thu thập trong khoảng thời gian từ 6/2022 đến 2/2023

- Tra thông tin bệnh nhân trong sổ ra – vào viện hoặc hệ thống phần mềm quản lý BN nội trú, lựa chọn những bệnh nhân phù hợp với tiêu chuẩn nghiên cứu.

- Lấy bệnh án tại phòng lưu trữ hồ sơ của bệnh viện.

- Tổng hợp và nhập thông tin bệnh nhân theo mẫu bệnh án nghiên cứu đã thiết kế sẵn.

❖Nhóm tiền cứu: gồm 15 bệnh nhân được thu thập trong khoảng thời gian từ 2/2023-6/2023

- Khám BN trực tiếp khi vào viện và trong quá trình điều trị.

- Tham gia phụ mổ, theo dõi và điều trị sau mổ

- Tổng hợp thông tin bệnh nhân theo mẫu bệnh án nghiên cứu

2.2.5. Xử lý số liệu. Các số liệu được nhập và xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0 theo phương pháp y sinh thống thường.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung, lâm sàng, cận lâm sàng

3.1.1. Tuổi và giới bệnh nhân

- Tuổi trung bình: $57,33 \pm 15,51$, thấp nhất là 19, cao nhất là 82. Nhóm <30 chiếm 2,6%, nhóm 30-39 tuổi 10,3%, nhóm 40-49 tuổi 20,5%, 50-59 tuổi chiếm 15,4%, 60-79 tuổi 41,0% và nhóm ≥ 80 tuổi chiếm 10,3%.

- Nam chiếm 59%, tỷ lệ nam/nữ = $16/23 = 0,70$

3.1.2. Triệu chứng lâm sàng

Bảng 3.1. Triệu chứng lâm sàng

Triệu chứng	Số bệnh nhân (n=39)	Tỷ lệ (%)
Đau vùng hạ sườn phải	39	100
Sốt	14	35,9
Vàng da	12	30,8
Tam chứng Charcot	12	30,8

Nhận xét: 100% BN có triệu chứng đau hạ sườn phải, tam chứng Charcot gặp 30,8%.

Bảng 3.2. Tiền sử can thiệp phẫu thuật

Tiền sử bệnh	Số bệnh nhân (n=39)	Tỷ lệ (%)
NSMTND	3	7,7
Mở OMC lấy sỏi	3	7,7
Cắt túi mật	3	7,7
Tiền sử mổ mở khác	6	15,4
Tiền sử mổ nội soi khác	4	10,3

Nhận xét: - Số bệnh nhân đã mổ ống mật chủ lấy sỏi là: 3 bệnh nhân (7,7%)

- Số Bệnh nhân đã được cắt túi mật là: 3 bệnh nhân (7,7%)

- Bệnh nhân đã từng phẫu thuật ổ bụng: 16

bệnh nhân (41,0 %)

- Số bệnh nhân lấy sỏi qua NSMTND là: 3 bệnh nhân (7,7%). Lấy sỏi qua NSMTND 1 lần là: 2 bệnh nhân (5,1%). Lấy sỏi qua NSMTND 2 lần là: 1 bệnh nhân (2,6%)

Bảng 3.3. Bệnh lý kết hợp

Bệnh lý kết hợp	Số bệnh nhân (n=39)	Tỷ lệ (%)
1 bệnh kèm theo	10	25,6
2 bệnh kèm theo	2	5,1
Tổng	12	30,7

Nhận xét: Có 25,6% bệnh nhân có 1 bệnh lý kết hợp và 2 bệnh nhân có 2 bệnh lý kết hợp.

3.1.3. Cận lâm sàng

Bảng 3.4. Xét nghiệm

Chỉ số xét nghiệm	Số bệnh nhân (n=39)	Tỷ lệ (%)
Bạch cầu	Bình thường	25
	Tăng	14
	Trung bình	$9,77 \pm 3,90$
Neutrophil	Bình thường	24
	Tăng	15
	Trung bình	$67,16 \pm 14,57$
Billirubin TP	Bình thường	18
	Tăng	21
	Trung bình	$53,24 \pm 94,96$
SGOT	Bình thường	14
	Tăng	25
	Trung bình	$99,03 \pm 101,71$
SGPT	Bình thường	13
	Tăng	26
	Trung bình	$144,93 \pm 180,09$
Prothrombin	Bình thường	39
	Giảm	0
	Trung bình	$100,85 \pm 14,49$

Nhận xét:

- Bệnh nhân có bạch cầu tăng: 35,9%

- Bệnh nhân có Billirubin máu tăng: 53,8%

Bệnh nhân có men SGOT tăng: 64,1% Bệnh nhân có men SGPT tăng: 66,7%

- Không có bệnh nhân nào giảm Prothrombin trước mổ

Bảng 3.5. Kích thước ống mật chủ

Phương tiện chẩn đoán hình ảnh	Kích thước (mm)
Siêu âm	$15,13 \pm 5,19$
Cộng hưởng từ/ Cắt lớp vi tính	$15,03 \pm 5,61$

Nhận xét: - Kích thước OMC xác định trên siêu âm là $15,13 \pm 5,19$

- Kích thước OMC xác định trên cộng hưởng từ/ cắt lớp vi tính là: $15,03 \pm 5,61$.

Bảng 3.6. Vị trí sỏi xác định bằng cộng hưởng từ/cắt lớp vi tính

Vị trí	Cộng hưởng từ	
	Số bệnh nhân (n=39)	Tỷ lệ (%)

ĐMCNG	13	33,3
ĐMCNG + ĐMTGT	10	25,6
ĐMCNG + ĐMTGP	5	12,8
ĐMCNG + ĐMTGP + ĐMTGT	9	23,1
ĐMTGP + ĐMTGT	0	0,0
ĐMTGT	0	0,0
ĐMTGP	2	5,1

Nhận xét: Trên cộng hưởng từ/ cắt lớp vi tính xác định được 33,3% có sỏi ĐMCNG đơn thuần, 66,7% có sỏi trong gan.

Bảng 3.7. Kích thước sỏi lớn nhất xác định bằng siêu âm và CHT/CLVT

Phương tiện chẩn đoán hình ảnh	Kích thước sỏi lớn nhất (mm)
Siêu âm	18,64 ± 9,40
Cộng hưởng từ/ Cắt lớp vi tính	18,44 ± 8,38

Nhận xét: Kích thước sỏi đường mật lớn nhất trên siêu âm là: 18,64 ± 9,40 và trên chụp cộng hưởng từ/ chụp cắt lớp vi tính là: 18,44 ± 8,38

Bảng 3.8. Số lượng sỏi trên siêu âm, cộng hưởng từ/ cắt lớp vi tính

Số lượng sỏi	Siêu âm		Cộng hưởng từ/ cắt lớp vi tính	
	Số bệnh nhân (n=39)	Tỷ lệ (%)	Số bệnh nhân (n=39)	Tỷ lệ (%)
Ít sỏi	12	30,8	12	30,8
Nhiều sỏi	27	69,2	27	69,2

Nhận xét: Số bệnh nhân nhiều sỏi được xác định trên CHT/CLVT chiếm đa số.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Tuổi và giới. Tuổi trung bình của đối tượng là 57,33 ± 15,51, thấp nhất là 19 tuổi, cao nhất là 82 tuổi. Nhóm tuổi 60 – 79 hay gặp nhất là 41%. Tại Việt Nam, tuổi trung bình của các nghiên cứu trước đây từ 41,8 - 46,9 tuổi, tỷ lệ trẻ tuổi nhiều hơn, nhóm trên 70 tuổi có tỷ lệ thấp hơn từ 2,56 - 8,75% [2].

Bệnh sỏi mật xuất hiện ở cả nam và nữ. Nữ mắc bệnh nhiều hơn nam. Nghiên cứu có tỷ lệ nam/nữ = 16/23 = 0,70. Tỷ lệ này phù hợp với các thống kê trong và ngoài nước. Nghiên cứu Nguyễn Khắc Đức có tỷ lệ nam/nữ = 65/83 = 0,78 [4]. Thống kê của Sở Quốc Khố có tỷ lệ nam/nữ = 35/68 = 0,51 [5]. Cho đến nay chưa có một giả thuyết nào lý giải về lý do nữ mắc bệnh sỏi mật nhiều hơn nam. Tuy nhiên các thống kê cho thấy phụ nữ thừa cân, hay dùng thuốc tránh thai có tỷ lệ sỏi mật cao hơn [2].

4.2. Đặc điểm lâm sàng

4.2.1. Triệu chứng lâm sàng. Đau bụng là triệu chứng lâm sàng phổ biến nhất của sỏi đường mật. Vị trí đau thường hạ sườn phải hoặc thượng vị. Ba chín bệnh nhân (100%) có triệu

chứng đau bụng vùng hạ sườn phải khi vào viện. Mức độ đau khác nhau từ đau âm ỉ đến đau dữ dội. Các nghiên cứu trong nước cũng cho thấy rằng triệu chứng đau bụng là thường gặp nhất. Nghiên cứu của Nguyễn Hoàng Bắc bệnh nhân có triệu chứng đau bụng vùng hạ sườn phải hoặc thượng vị chiếm 97,1% [6].

Triệu chứng tiếp theo là sốt 35,9% và vàng da 30,8%. Nghiên cứu cho thấy người bệnh có đủ tam chứng Charcot chiếm 30,8% (Bảng 3.1). Kết quả nghiên cứu thấp hơn so với kết quả thống kê của các tác giả như: Đỗ Kim Sơn tam chứng Charcot gặp 57% [1], Trần Mạnh Hùng gặp 32,5% [7]. Lý giải tỷ lệ thấp là do chất lượng cuộc sống ngày càng nâng cao, việc tầm soát bệnh của người dân càng phát triển nên việc phát hiện và điều trị bệnh được sớm hơn.

4.2.2. Tiền sử phẫu thuật. Về tiền sử phẫu thuật, nghiên cứu ghi nhận 16 bệnh nhân (41,0%) có tiền sử phẫu thuật vùng bụng, trong đó 3 bệnh nhân (7,7%) mổ ống mật chủ lấy sỏi (Bảng 3.2). Gần đây, hầu hết các bệnh nhân sỏi mật đều được thực hiện qua nội soi, tiền sử phẫu thuật vẫn là một yếu tố để phẫu thuật viên cần lưu ý khi khảo sát các cơ quan qua hình ảnh học từ đó tiên lượng trước cuộc mổ.

Hầu hết các bệnh nhân có tiền sử phẫu thuật sỏi đường mật và cắt túi mật đều gây dính cuống gan rất phức tạp. Nghiên cứu của chúng tôi có 16 bệnh nhân có tiền sử mổ vùng bụng nhưng có 18/39 BN có dính trong mổ. Có những bệnh nhân chưa từng phẫu thuật nhưng do viêm túi mật, viêm tụy nhiều lần hay can thiệp nội soi mật tụy ngược dòng gây ra tình trạng viêm dính. Các bệnh nhân dính nhiều là dính ống tiêu hoá có hoặc không có mạc nối vào thành bụng, vùng túi mật, ống mật chủ, rốn gan, dưới gan.

Năm 2008, Li và cộng sự nghiên cứu phẫu thuật nội soi (PTNS) lấy sỏi đường mật cho 39 bệnh nhân có tiền sử mổ cũ hoặc thất bại nội soi mật tụy ngược dòng. Kết quả thành công 97%, thời gian mổ 135 phút, thời gian nằm viện 4 ngày, không có tai biến liên quan đến đặt trocar, 01 trường hợp tai biến thủng tá tràng được xử lý bằng nội soi, không có tử vong, không có chảy máu sau mổ, không có rò tiêu hoá. Tỷ lệ chuyển mổ mở 2,5% do không bộc lộ được ống mật chủ qua PTNS. Tác giả nhận định PTNS cho những trường hợp mổ lại là an toàn và tin cậy nếu phẫu thuật viên có kinh nghiệm phẫu thuật nội soi [8].

Ngoài ra, nghiên cứu của chúng tôi có 3 bệnh nhân đã làm NSMTND và 3 bệnh nhân đã cắt túi mật (Bảng 3.2). Chúng tôi nhận thấy trong quá trình phẫu thuật, đặc biệt là phẫu thuật ở bệnh nhân có tiền sử mổ cũ, việc phẫu

tích bộc lộ OMC trên những bệnh nhân đã cắt túi mật thường khó khăn không chỉ vì dính mà do phình Harman túi mật còn là mốc để tìm OMC bên cạnh động mạch gan..

4.2.3. Bệnh lý kết hợp. Bệnh lý kết hợp (Bảng 3.3): 10 bệnh nhân có 1 bệnh lý kết hợp, 02 bệnh nhân có 2 bệnh lý kết hợp. Tất cả những bệnh nhân trên chúng tôi đều hội ý với bác sĩ chuyên khoa để phối hợp điều trị trước, trong và sau mổ. Tuy không có biến chứng nào liên quan đến các bệnh nhân có bệnh kèm theo, nhưng trong thực tế, bệnh kèm theo và tuổi là hai yếu tố có ảnh hưởng đến quyết định của phẫu thuật viên đối với thời gian phẫu thuật, đặc biệt là thời gian lấy sỏi và liên quan đến các phẫu thuật phối hợp. Việc này chúng tôi quyết định với sự hội chẩn của bác sĩ gây mê hồi sức.

4.3. Xét nghiệm. Nghiên cứu có kết quả xét nghiệm số lượng bạch cầu >10 G/L chiếm 35,9%, tỷ lệ Neutrophil tăng là 38,5% (Bảng 3.4). Điều này phù hợp với bệnh cảnh lâm sàng của người bệnh khi đến viện đã có sự chuẩn bị hoặc đã điều trị tình trạng nhiễm trùng. Các nghiên cứu cho thấy sỏi đường mật thường đi kèm với tình trạng nhiễm khuẩn đường mật, tỷ lệ tăng bạch cầu phổ biến từ 50,06 - 79 % [9].

Tình trạng tăng Billirubin TP trong máu trên xét nghiệm 53,8% (Bảng 3.4). Kết quả nghiên cứu thấp hơn so với các nghiên cứu khác như: Nghiên cứu của Trần Mạnh Hùng tỷ lệ tăng Billirubin TP là 79% [18]. Do bệnh nhân được tầm soát bệnh tốt nên đến viện khi bệnh đang còn giai đoạn sớm chưa có tình trạng tắc mật.

Tỷ lệ tăng enzym gan trong nghiên cứu cũng thường gặp, SGOT tăng 64,1%, SGPT tăng 66,7%. Kết quả nghiên cứu tương đồng so với nghiên cứu của một số tác giả khác. Nghiên cứu của Trần Mạnh Hùng tỷ lệ tăng SGOT là 66,7%, tỷ lệ tăng SGPT là 69,5 % [6].

Tỷ lệ Prothrombin cũng là một trong những chỉ tiêu để đánh giá tình trạng tắc mật và suy gan với bệnh nhân sỏi đường mật. Nghiên cứu không có bệnh nhân nào có giảm Prothrombin trước mổ. Tất cả các bệnh nhân phải có Prothrombin ≥ 70 % mới tiến hành phẫu thuật.

Theo kết quả chụp, kích thước ống mật chủ trên CHT/CLVT là $15,03 \pm 5,61$ và trên siêu âm là $15,13 \pm 5,19$ (Bảng 3.5). Xác định kích thước đường mật, đặc biệt là kích thước ống mật chủ trước mổ để phẫu thuật viên xác định phương pháp điều trị. Xác định kích thước đường mật trên CHT có độ chính xác cao hơn trên siêu âm.

Theo kết quả phẫu thuật (Bảng 3.6) thấy 13 bệnh nhân (33,3%) có sỏi ĐMCNG đơn thuần, 26 bệnh nhân (66,7%) có sỏi đường mật trong

gan. Nghiên cứu có tỷ lệ sỏi trong gan nhiều hơn thống kê của Sở Quốc Khỏi [5] thấy tỷ lệ sỏi trong gan là 53,4%, Nguyễn Hoàng Bắc [6] thấy tỷ lệ sỏi trong gan 33,1%.

Bảng 3.8 cho thấy kích thước sỏi trên siêu âm là $18,64 \pm 9,40$ và trên CHT/CLVT là $18,44 \pm 8,38$. Bảng 3.8 cho thấy nghiên cứu của chúng tôi có tỷ lệ bệnh nhân nhiều sỏi chiếm tỷ lệ cao 69,2 % xác định qua CHT/CLVT.

Đặc điểm sỏi đường mật chính là nhiều viên, kích thước lớn xếp liên tiếp nhau hay nhiều viên xếp thành khối hoặc sỏi đúc khuôn. Trong luận án của mình, Đặng Tâm có nhận xét "Sỏi đường mật ở Việt Nam phức tạp không những tỷ lệ sỏi trong gan cao mà còn ở đặc điểm số lượng sỏi rất nhiều và đường kính sỏi to [10]. Tác giả gặp 69,4% bệnh nhân nhiều sỏi và 30,6% bệnh nhân có sỏi to từ 20mm trở lên. CHT có ưu điểm vượt trội là hiện hình ảnh của đường mật tuy nhiên nhiều trường hợp không thể chụp CHT do bệnh nhân không phối hợp nên chụp CLVT là phương tiện thay thế.

V. KẾT LUẬN

- Sỏi đường mật chính ở BN có độ tuổi trung bình: $57,33 \pm 15,51$ tuổi (19-82 tuổi), nhóm bệnh nhân 60-79 tuổi chiếm tỷ lệ 41,0%, giới nữ chiếm tỷ lệ 59%, tỷ lệ nam/nữ: là 0,7/1.

- Đau hạ sườn phải gặp ở 100% trường hợp, sốt gặp ở 35,9% trường hợp, vàng da gặp ở 30,8% trường hợp và tam chứng Charcot gặp ở 30,8% trường hợp.

- Xét nghiệm máu có chỉ số bạch cầu tăng ở 35,9% trường hợp, Neutrophil tăng ở 38,5% trường hợp, Billirubin toàn phần tăng ở 53,85 trường hợp, men SGOT tăng ở 64,1% trường hợp, SGPT tăng ở 66,7% trường hợp. Không có bệnh nhân nào giảm Prothrombin trước mổ.

- Kích thước ống mật chủ trên siêu âm và CLVT/CHT tương đương nhau.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Đỗ Kim Sơn, cộng sự** (2000). Nghiên cứu và điều trị phẫu thuật bệnh lý sỏi mật tại bệnh viện Việt Đức. Tạp chí Ngoại khoa. 2, 18-23.
2. **Trần Đình Thơ** (2006). Nghiên cứu ứng dụng siêu âm kết hợp với nội soi đường mật trong mổ điều trị sỏi trong gan. Luận án Tiến sĩ y học, Đại học Y Hà Nội.
3. **S. Kiriya và cộng sự** (2018). Tokyo Guidelines 2018: diagnostic criteria and severity grading of acute cholangitis (with videos). J Hepatobiliary Pancreat Sci. 25(1), 17-30.
4. **Nguyễn Khắc Đức** (2010). "Nghiên cứu ứng dụng phẫu thuật nội soi để điều trị sỏi đường mật ngoài gan", Luận án Tiến sĩ y học, Đại học Y Hà Nội.
5. **Sở Quốc Khỏi** (2019), "Nghiên cứu ứng dụng phẫu thuật nội soi mổ ống mật chủ lấy sỏi điều trị

- sỏi đường mật chính tại bệnh viện đa khoa Kiên Giang”, Luận án tiến sĩ y học, Học viện quân y.
6. **Nguyễn Hoàng Bắc** (2007), “Chỉ định của phẫu thuật nội soi trong điều trị sỏi đường mật chính”, Luận án tiến sĩ y học, Trường Đại Học Y Dược TP. Hồ Chí Minh.
 7. **Trần Mạnh Hùng** (2012), “Nghiên cứu ứng dụng phẫu thuật nội soi mở ống mật chủ lấy sỏi không dẫn lưu đường mật”, Luận án tiến sĩ y học, Học viện quân y.
 8. **Li L B, Cai X J, Mou J P et al** (2008). “Reoperation of biliary tract by laparoscopy: experiences with 39 cases”, World journal of Gastroenterology: WJG, 14(19): 3081.
 9. **Lê Quốc Phong, Lê Mạnh Hà, Dương Mạnh Hùng và cộng sự** (2011). “Nghiên cứu ứng dụng và kết quả phẫu thuật nội soi mở ống mật chủ lấy sỏi điều trị sỏi đường mật”, Y học Thực hành, 748(1): 35 - 38.
 10. **Đặng Tâm** (2004). Xác định vai trò của phương pháp tán sỏi mật qua da bằng điện thủy lực. Luận án Tiến sĩ y học, Đại Học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh.

NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ VÀ CÁC YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ CỦA NGƯỜI BỆNH GHỀ NGỪA SỬ DỤNG SULFUR 7%

Mã Như Ngọc¹, Ngô Minh Vinh², Trần Thái Thanh Tâm¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Bệnh ghề là một bệnh da khá phổ biến ở nước ta. Bệnh thường xuất hiện ở những vùng dân cư đông đúc, nhà ở chật hẹp, thiếu vệ sinh, thiếu nước sinh hoạt. **Mục tiêu:** (1) Mô tả đặc điểm lâm sàng của người bệnh ghề ngứa; (2) Đánh giá kết quả điều trị và các yếu tố liên quan đến kết quả điều trị của người bệnh ghề ngứa sử dụng Sulfur 7% năm 2024-2025. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 65 bệnh nhân được chẩn đoán bệnh ghề và điều trị tại Viện Nghiên cứu Da liễu Quốc tế FOB từ tháng 07/2024 đến 02/2025. **Kết quả:** Kết quả nghiên cứu cho thấy: Nhóm 36-60 tuổi và nhóm lớn hơn 60 tuổi chiếm tỉ lệ cao nhất (29,2%) thấp nhất là nhóm dưới 6 tuổi (7,7%). Các thương tổn da cơ bản hay gặp nhất là rãnh ghề 86,2%, mụn nước 52,3%, sẩn hồng ban 46,2%. Vị trí thương tổn hay gặp nhất là vùng kẽ ngón tay và lòng bàn tay chân 50,8%, vị trí bụng và quanh thắt lưng 38,5%, vùng đùi 38,5%. Trong đó, triệu chứng ngứa ở bệnh nhân mắc bệnh ghề chiếm 100%. Sau điều trị, triệu chứng ngứa và các thương tổn da cơ bản khỏi 100%. Sau 1 tuần điều trị, nhóm bệnh nhân đáp ứng chủ yếu gặp ở nhóm tuổi 36-60 tuổi (36,1%). Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). **Kết luận:** Sang thương thường gặp chủ yếu là rãnh ghề và mụn nước nên cần chú ý khi bị vỡ dẫn đến tình trạng nhiễm trùng. Sulfur 7% dạng kem có thể sử dụng điều trị cho mọi lứa tuổi mắc bệnh ghề vì sự an toàn và có kết quả điều trị tốt.

Từ khóa: bệnh ghề, đặc điểm lâm sàng, kết quả điều trị, Sulfur 7%.

SUMMARY

STUDY ON CLINICAL CHARACTERISTICS, TREATMENT OUTCOMES, AND FACTORS RELATED TO TREATMENT OUTCOMES OF SCABIES PATIENTS USING 7% SULFUR

Background: Scabies are a common skin disease in our country. The disease often appears in densely populated areas with cramped housing and a lack of sanitation and water. **Objectives:** (1) To describe the clinical characteristics of patients with scabies; (2) To evaluate treatment outcomes and factors associated with treatment outcomes in patients with scabies using 7% Sulfur in 2024–2025. **Subjects and Methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted on 65 patients diagnosed with scabies and treated at the FOB International Institute of Dermatological Research from July 2024 to February 2025. **Results:** The study results showed that the age groups 36-60 years and over 60 years had the highest prevalence (29.2%), while the under-6 age group had the lowest (7.7%). The most common skin lesions were scabies burrows (86.2%), vesicles (52.3%), and erythematous papules (46.2%). The most frequently affected areas were the interdigital spaces and palms/soles (50.8%), the abdomen and waist area (38.5%), and the thighs (38.5%). Notably, 100% of patients experienced pruritus. After treatment, both pruritus and primary skin lesions completely resolved (100%). One week post-treatment, the highest treatment response was observed in the 36-60 age group (36.1%), with a statistically significant difference ($p < 0.05$). **Conclusions:** The most common lesions were scabies burrows and vesicles, which require careful attention as their rupture can lead to infection and disease transmission. The 7% Sulfur cream formulation is a safe and effective treatment option for scabies across all age groups.

Keywords: Scabies, clinical characteristics, treatment outcomes, 7% Sulfur.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh ghề là một bệnh da khá phổ biến ở

¹Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

²Trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch

Chịu trách nhiệm chính: Trần Thái Thanh Tâm

Email: ttttam@ctump.edu.vn

Ngày nhận bài: 20.5.2025

Ngày phản biện khoa học: 24.6.2025

Ngày duyệt bài: 23.7.2025