

tỷ lệ tai biến và biến chứng hậu phẫu. Mặc dù nhóm có ≥ 2 động mạch có lượng máu mất trong mổ cao hơn có ý nghĩa thống kê, mức độ mất máu vẫn trong giới hạn an toàn và không ảnh hưởng đến tiến trình phẫu thuật hoặc hồi phục sau mổ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Ratner LE, Ciseck LJ, Moore RG, et al. Laparoscopic live donor nephrectomy. Transplantation. 1995;60(9):1047–1049.
2. Sahani DV, Kalva SP, Hahn PF, et al. Imaging evaluation of living renal donors: CT angiography. Radiographics. 2021;41(2):336–353.
3. Kapoor R, Singh KJ, Suri A, et al. Safety of laparoscopic donor nephrectomy in cases of multiple renal arteries. Urol Ann. 2011;3(2):62–65.
4. KDIGO Clinical Practice Guideline on the Evaluation and Care of Living Kidney Donors. Kidney Int Suppl. 2017;7(2):S1–S104.
5. Gupta N, Yadav S, Sharma A, et al. Assessment of renal volume and vascular

- anatomy using MSCT in living kidney donors. Clin Radiol. 2022;77(4):e178–e185.
6. Gkantsev S, Karpov A, Titkova S, et al. Laparoscopic right versus left donor nephrectomy: A single-center experience and review of literature. Urol J. 2020;17(6):563–569.
 7. He W, Song T, Yang S, et al. Surgical outcomes of laparoscopic donor nephrectomy with multiple renal arteries: A meta-analysis and review. Transplant Rev. 2021;35(2): 100598. doi:10.1016/j.trre.2020.100598.
 8. Rana A, Gupta V, Sharma R, et al. Preoperative CT angiography and outcomes of laparoscopic donor nephrectomy in donors with multiple renal arteries. Int J Surg. 2022;102: 106668. doi:10.1016/j.ijssu.2022.106668.
 9. Kokkinos C, Gkouziouta A, Kallidonis P, et al. Laparoscopic right versus left donor nephrectomy: A single-center experience and review of literature. Urol J. 2020;17(6):563–569.
 10. KDIGO Clinical Practice Guideline on the Evaluation and Care of Living Kidney Donors. Kidney Int Suppl. 2020;10(3):S1–S100.

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ NHIỄM TRÙNG ĐƯỜNG MẬT DO SỎI ỔNG MẬT CHỦ BẰNG NỘI SOI MẬT TỤY NGƯỢC DÒNG TẠI BỆNH VIỆN BẠCH MAI NĂM 2024-2025

Nguyễn Văn Thuởng^{1,4}, Nguyễn Văn Hiếu², Đào Việt Hằng¹,
Nguyễn Hoàng Tùng¹, Nguyễn Trường Sơn^{1,2,3}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu này được thực hiện nhằm đánh giá kết quả điều trị bệnh nhân nhiễm trùng đường mật do sỏi ống mật chủ bằng phương pháp nội soi mật tụy ngược dòng tại bệnh viện Bạch mai năm 2024-2025. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang, hồi cứu kết hợp tiến cứu, tiến hành trên 125 bệnh nhân được chẩn đoán nhiễm trùng đường mật do sỏi ống mật chủ nhập viện điều trị nội trú tại Trung tâm Tiêu hóa - Gan mật, bệnh viện Bạch Mai từ tháng 08/2024 đến hết 05/2025. **Kết quả:** Các chỉ số xét nghiệm tình trạng nhiễm trùng (số lượng bạch cầu, CRP), tình trạng tắc mật (Bilirubin toàn phần) và xét nghiệm men gan (AST, ALT) đều giảm sau can thiệp, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$. Tỷ lệ thông nhú thành công 97,6%, tỷ lệ lấy hết sỏi 88,5% và lấy một phần sỏi 8,2%. Tỷ lệ đặt stent 45,1%. Tỷ lệ tai biến, biến chứng sau ERCP là chảy máu (4,1%), viêm tụy cấp

(1,6%) và không ghi nhận trường hợp nào thủng tá tràng. Tỷ lệ điều trị tốt tại thời điểm ra viện 81,6%. **Kết luận:** Nội soi mật tụy ngược dòng điều trị viêm đường mật do sỏi ống mật chủ là an toàn và hiệu quả. **Từ khóa:** Nhiễm trùng đường mật, sỏi ống mật chủ, nội soi mật tụy ngược dòng

SUMMARY

TREATMENT OUTCOMES CHOLEDOCHOLITHIASIS-ASSOCIATED CHOLANGITIS MANAGED BY ENDOSCOPIC RETROGRADE CHOLANGIOPANCREATOGRAPHY AT BACH MAI HOSPITAL, 2024–2025

Objective: This study was conducted to evaluate the treatment outcomes of patients with cholangitis caused by common bile duct (CBD) stones managed by endoscopic retrograde cholangiopancreatography (ERCP) at Bach Mai Hospital during the period of 2024–2025. **Methods:** A descriptive cross-sectional study with both retrospective and prospective data collection was conducted on 125 inpatients diagnosed with cholangitis due to CBD stones. The study took place at the Department of Gastroenterology and Hepatology, Bach Mai Hospital, from August 2024 to May 2025. **The results:** Post-intervention laboratory markers significantly improved, including reductions in white blood cell count, C-reactive protein (CRP), total bilirubin, and liver enzymes (AST, ALT), with

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Bạch Mai

³Trường Đại học Y Dược, Đại học Quốc gia Hà Nội

⁴Bệnh viện Đa khoa Hưng Hà

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Trường Sơn

Email: nguyentruongsongsonbm@yahoo.com

Ngày nhận bài: 4.7.2025

Ngày phản biện khoa học: 22.8.2025

Ngày duyệt bài: 18.9.2025

statistically significant differences ($p < 0.01$). The success rate of papillary cannulation was 97.6%; complete stone removal was achieved in 88.5% of cases, and partial removal in 8.2%. Biliary stenting was performed in 45.1% of patients. The complication rates following ERCP were: post-ERCP bleeding (4.1%), acute pancreatitis (1.6%), and no cases of duodenal perforation were reported. The rate of good clinical outcomes at discharge was 81.6%. **Conclusion:** ERCP is a safe and effective therapeutic modality for the management of cholangitis due to common bile duct stones. **Keywords:** Cholangitis, common bile duct stone, endoscopic retrograde cholangiopancreatography, ERCP.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nhiễm trùng đường mật là một tình trạng nhiễm khuẩn cấp tính hoặc mạn tính của hệ thống đường dẫn mật, thường xảy ra khi có tình trạng tắc nghẽn. Trong số các nguyên nhân gây viêm đường mật thì sỏi ống mật chủ là nguyên nhân thường gặp nhất. Dẫn lưu giảm áp đường mật là nguyên tắc chính trong điều trị nhiễm trùng đường mật do sỏi ống mật chủ. Các phương pháp dẫn lưu bao gồm nội soi mật tụy ngược dòng (ERCP), dẫn lưu đường mật qua da hoặc phẫu thuật. Tại Bệnh viện Bạch Mai, ERCP là phương pháp được lựa chọn ưu tiên hàng đầu vì nhiều ưu điểm như can thiệp theo đường tự nhiên, tỷ lệ thành công cao, khả năng lấy sỏi triệt để, phục hồi nhanh và thời gian nằm viện ngắn. Vì vậy, chúng tôi đã tiến hành nghiên cứu này để đánh giá kết quả điều trị bệnh lý nhiễm trùng đường mật do sỏi ống mật chủ bằng nội soi mật tụy ngược dòng.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Tiêu chuẩn lựa chọn:

- Bệnh nhân nhiễm trùng đường mật do sỏi ống mật chủ
- Tuổi ≥ 18
- Có chỉ định thực hiện ERCP
- Bệnh nhân đồng ý tham gia vào nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Bệnh nhân bị nhiễm trùng đường mật có kết hợp sỏi và nguyên nhân tắc mật khác
- Bệnh nhân bị suy giảm miễn dịch mắc HIV, AIDS
- Bệnh nhân có biến chứng thủng mật phúc mạc, viêm phúc mạc mật do sỏi mật.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu hồi cứu kết hợp tiến cứu, mô tả cắt ngang.

Địa điểm và thời gian nghiên cứu: Trung tâm Tiêu hóa - Gan mật, bệnh viện Bạch Mai trong khoảng thời gian từ 08/2024 đến 05/2025.

Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu

nghiên cứu: Chọn mẫu thuận tiện, tất cả đối tượng nghiên cứu đủ tiêu chuẩn để được chọn vào nghiên cứu.

Tiêu chí đánh giá:

- Thành công về kỹ thuật: thông nhú thành công và khôi phục sự lưu thông dịch mật
- Tình trạng bệnh nhân trước khi ra viện:
 - + Tốt: tái thông được đường mật, bệnh nhân không sốt, đỡ vàng mắt, vàng da, hết đau bụng hạ sườn phải, siêu âm lại ổ bụng không còn sỏi, không có các biến chứng chảy máu, viêm tụy cấp, thủng tạng.
 - + Trung bình: tái thông được đường mật, bệnh nhân không sốt, đỡ vàng mắt, vàng da, còn đau nhẹ hạ sườn phải, siêu âm lại ổ bụng còn sỏi nhỏ không gây tắc nghẽn đường mật, có thể chảy máu, viêm tụy cấp điều trị nội khoa đáp ứng tốt.
 - + Xấu: còn tình trạng tắc nghẽn đường mật, siêu âm ổ bụng còn sỏi gây tắc nghẽn, có các biến chứng: chảy máu nặng, viêm tụy nặng, thủng tá tràng, bệnh nhân cần phải can thiệp phẫu thuật.

Thu thập số biến số:

- Xét nghiệm bạch cầu, CRP, Billirubin toàn phần, GOT, GPT đánh giá trước và sau can thiệp ERCP
- Các tai biến và biến chứng: viêm tụy cấp, thủng tá tràng, chảy máu.
- Kết quả dẫn lưu đường mật: tỷ lệ thông nhú thành công, tỷ lệ lấy sỏi, tỷ lệ đặt stent
- Thời gian nằm viện
- Đánh giá tình trạng bệnh nhân trước khi ra viện: tốt, trung bình, xấu.

2.3. Xử lý số liệu: Các số liệu nhập và xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0

2.4 Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu được tiến hành sau khi được chấp thuận bởi Hội đồng khoa học Trường Đại học Y Hà Nội và thông qua Hội đồng đạo đức của bệnh viện Bạch mai.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Mối liên quan các chỉ số xét nghiệm trước và sau can thiệp ERCP

Chỉ số xét nghiệm Median (IQR)	Trước can thiệp (thời điểm vào viện)	Sau can thiệp (thời điểm ra viện)	P*
Bạch cầu (G/l)	11,1 (7,9-14,2)	7,7 (6,0-9,9)	<0,01
CRP (mg/l)	64,6 (29,5-151,1)	20,8 (12,0-46,5)	<0,01
Billirubin toàn phần ($\mu\text{mol/l}$)	69,0 (34,0-134,4)	28,8 (16,3-53,0)	<0,01
GOT (U/l)	97,5	40,0	<0,01

	(56,5-187,5)	(26,0-67,0)	
GPT (U/I)	110,5 (48,3-195,8)	42,0 (24,3-80,3)	<0,01

*Kiểm định phi tham số, test Wilcoxon ghép cặp. Median: Trung vị; IQR: Khoảng tứ phân vị

Nhận xét: Các chỉ số xét nghiệm tình trạng nhiễm trùng (số lượng bạch cầu, CRP), tình trạng tắc mật (Bilirubin toàn phần) và xét nghiệm men gan (GOT, GPT) đều giảm sau can thiệp. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với độ tin cậy 99%, $p < 0,01$.

Bảng 2. Kết quả dẫn lưu đường mật bằng nội soi mật tụy ngược dòng

Kết quả		Số BN (n)	Tỷ lệ (%)
Thành công về kỹ thuật (n=125)	ERCP lần 1	117	93,6
	ERCP lần 2	5	4,0
Không thông được nhú (n=125)		3	2,4
Lấy sỏi (n=122)	Lấy hết sỏi	108	88,5
	Lấy một phần sỏi	10	8,2
	Không lấy được sỏi	4	3,3
Đặt stent đường mật (n=122)		55	45,1

Nhận xét:

- Có 117 bệnh nhân đã thông được nhú trong khi làm ERCP lần 1 chiếm tỷ lệ 93,6%.

- Có 8 bệnh nhân không tìm ra nhú sau ERCP lần 1, sau đó làm lại lần 2 có 5 bệnh nhân đã thông được nhú chiếm 4,0%.

- Tỷ lệ đặt stent đường mật 45,1%.

Bảng 3. Các tai biến và biến chứng sau nội soi mật tụy ngược dòng

Tai biến	Số bệnh nhân (n=122)	Tỷ lệ (%)
Chảy máu	5	4,1
Viêm tụy cấp	2	1,6
Thủng tá tràng	0	0,0

Nhận xét: Biến chứng chảy máu sau thủ thuật nội soi mật tụy ngược dòng cao nhất chiếm 4,1%, tiếp đến viêm tụy cấp 1,6%. Không ghi nhận trường hợp nào bị thủng tá tràng.

Bảng 4. Thời gian nằm viện nhóm có biến chứng và nhóm không có biến chứng

Thời gian	Số bệnh nhân	Ngày điều trị trung bình sau thủ thuật	Tỷ lệ (%)
Nhóm có biến chứng	7	5,7 ± 3,2	5,7
Nhóm không có biến chứng	115	4,4 ± 3,1	94,3
Tổng	122		100

Nhận xét: Đối với nhóm bệnh nhân có biến chứng số ngày điều trị tối thiểu là 2,5 ngày và tối đa 8,9 ngày.

Đối với nhóm bệnh nhân không có biến

chứng số ngày điều trị tối thiểu 1,3 ngày và tối đa 7,5 ngày.

Bảng 5. Kết quả điều trị tại thời điểm ra viện

Tình trạng khi ra viện	Tổng số (n=125)	Tỷ lệ (%)
Tốt	102	81,6
Trung bình	19	15,2
Xấu	4	3,2

Nhận xét: Có 102 bệnh nhân (81,6%) đạt kết quả tốt: đặt được stent dẫn lưu đường mật kèm lấy được hết sỏi ống mật chủ, không ghi nhận tai biến, biến chứng.

IV. BÀN LUẬN

Triệu chứng lâm sàng của nhiễm trùng đường mật do sỏi ống mật chủ thường đi kèm với tình trạng nhiễm khuẩn nặng và tắc mật rõ thể hiện qua các thông số xét nghiệm viêm (số lượng bạch cầu, CRP) và chức năng gan mật (bilirubin, men gan) tăng cao. Khi so sánh mỗi liên quan giữa các chỉ số xét nghiệm trước và sau can thiệp ERCP cho thấy các chỉ số đều giảm rõ rệt. Số lượng bạch cầu trung bình giảm từ 11,1 xuống 7,7 G/l và CRP giảm từ 64,6 xuống 20,8 mg/l. Tương tự, bilirubin toàn phần giảm từ 69,0 xuống 28,8 $\mu\text{mol/l}$, GOT từ 97,5 xuống 40,0 U/l, GPT từ 110,5 xuống 42,0 U/l. Sự khác biệt các xét nghiệm trên trước và sau can thiệp đều có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$ (Wilcoxon Test). Giảm số lượng bạch cầu và CRP sau ERCP chứng tỏ tình trạng nhiễm khuẩn đỡ hơn. Khi sỏi làm tắc nghẽn ống mật chủ, áp lực mật tăng cao gây vàng da, tăng bilirubin và chỉ số bilirubin toàn phần giảm mạnh chứng tỏ hiệu quả của việc dẫn lưu dịch mật. Nhiều nghiên cứu quốc tế cũng cho kết quả tương tự: Lu (2024) báo cáo ở 47 bệnh nhân nhiễm trùng đường mật cấp sau 7 ngày điều trị qua ERCP, số lượng bạch cầu và các chỉ số men gan, bilirubin cải thiện có ý nghĩa so với trước điều trị với $p < 0,01$ ¹. Trong nghiên cứu của Ling Chen và cộng sự (2023), nhóm bệnh nhân điều trị qua ERCP cũng cho thấy mức độ viêm biểu hiện qua số lượng bạch cầu được kiểm soát và có sự giảm rõ rệt ($p < 0,05$) sau can thiệp².

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ thông nhú thành công đạt 97,6% để tái lưu thông đường mật. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu tại Bệnh viện 108 (2021-2022) trên 785 bệnh nhân sỏi đường mật thực hiện ERCP có 763 bệnh nhân thông nhú thành công chiếm 97,2%³. Có 3 bệnh nhân thông nhú thất bại với tái thông đường mật bằng ERCP được điều trị nội khoa tích cực và chuyển ngoại khoa để phẫu thuật. Trong số 122 bệnh nhân thông nhú thành công có 108 bệnh nhân (88,5%) được lấy sỏi hoàn

toàn và 10 bệnh nhân (8,2%) được lấy một phần sỏi. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu Liang (2022) bệnh nhân viêm đường mật mức độ nhẹ và vừa ghi nhận 89,2- 95,9% lấy hết sỏi thành công ở lần đầu⁴. Có 4 bệnh nhân không lấy được sỏi chiếm tỷ lệ 3,2%, nguyên nhân là do kích thước sỏi lớn hơn 20mm và có sự hiện diện của túi thừa làm giảm hiệu quả khi can thiệp. Tuy nhiên, tất cả bệnh nhân đó đều đã được đặt stent để dẫn lưu đường mật giúp hỗ trợ trong điều trị. Trong nghiên cứu, tỷ lệ đặt stent đường mật là 45,1%. Các bệnh nhân đặt stent đường mật là những bệnh nhân có sỏi túi mật đi kèm, sỏi ống mật chủ kích thước lớn không lấy được hoặc chỉ lấy một phần và những bệnh nhân nhiễm trùng đường mật mức độ nặng dùng để giải áp khẩn cấp.

Tỷ lệ biến chứng chung sau ERCP là 5,7%. Tỷ lệ biến chứng chảy máu (4,1%) tương đương với nghiên cứu của Trần Thị Ánh Tuyết (2022) có tỉ lệ chảy máu 4,8%⁵. Tuy nhiên, kết quả này cao hơn một chút so với đa số báo cáo quốc tế, vốn ghi nhận khoảng 0,3–2% trường hợp bị chảy máu đáng kể sau cắt cơ vòng Oddi. Nguy cơ chảy máu chủ yếu liên quan đến thủ thuật cắt cơ vòng Oddi để lấy sỏi được xác định gồm rối loạn đông máu, dùng thuốc chống đông gần thời điểm thủ thuật, và đặc biệt tình trạng viêm đường mật cấp tính⁶. Toàn bộ bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi đều bị nhiễm trùng đường mật do sỏi, đây có thể là yếu tố góp phần làm tăng tỷ lệ chảy máu. Dù 4,1% cao hơn trung bình nhưng hầu hết trường hợp chảy máu trong nghiên cứu đều được xử trí kịp thời bằng các biện pháp nội soi và chỉ ghi nhận 1 trường hợp chảy máu trong khoảng 24 đến 48 giờ sau can thiệp xử trí, điều trị nội khoa không đáp ứng. Tỷ lệ biến chứng viêm tụy cấp sau ERCP (1,6%) thấp hơn so với trung bình các nghiên cứu quốc tế (khoảng 3,5–9,7%)⁷. Điều này có thể là do bệnh nhân của chúng tôi có đặc thù là sỏi ống mật chủ gây giãn đường mật nên việc tiếp cận đường mật có thể thuận lợi hơn, giảm nguy cơ tổn thương tụy. Bên cạnh đó, chúng tôi tuân thủ các biện pháp dự phòng: sử dụng Voltaren 100mg đặt hậu môn trước ERCP theo khuyến cáo Hiệp hội Nội soi Tiêu hóa châu Âu ở tất cả bệnh nhân nếu không có chống chỉ định, đặt stent tụy dự phòng ở bệnh nhân có nguy cơ cao giúp giảm tối đa nguy cơ viêm tụy và bù dịch tích cực bằng dung dịch điện giải Ringer lactate trước và sau thủ thuật.

Nhóm bệnh nhân có biến chứng sau ERCP có thời gian nằm viện trung bình là $5,7 \pm 3,2$ ngày, dài hơn so với $4,4 \pm 3,1$ ngày ở nhóm không

biến chứng. Điều này cho thấy sự xuất hiện biến chứng đã kéo dài thời gian điều trị nội trú thêm khoảng 1–2 ngày so với bình thường. Mức chênh lệch này phù hợp với thực tế do các bệnh nhân đều có biến chứng mức độ nhẹ những cũng cần theo dõi và điều trị bổ sung làm trì hoãn việc xuất viện. Trong nhóm không biến chứng của chúng tôi, thời gian nằm viện trung bình 4,4 ngày cao hơn so với các báo cáo khác khi can thiệp ERCP không biến chứng khoảng 2–3 ngày. Nguyên nhân có thể do tất cả bệnh nhân trong nghiên cứu đều bị nhiễm trùng đường mật cấp, cần điều trị kháng sinh tĩnh mạch và theo dõi đến khi kiểm soát nhiễm trùng, do đó thời gian nằm viện sẽ kéo dài hơn so với những trường hợp ERCP thông thường lấy sỏi đơn thuần.

Kết quả điều trị: Có 102 bệnh nhân (81,6%) kết quả tốt tái thông đường mật, lấy hết sỏi và không ghi nhận tai biến, biến chứng. Có 19 bệnh nhân (15,2%) kết quả trung bình trong đó 2 bệnh nhân có biến chứng viêm tụy cấp, 4 bệnh nhân có biến chứng chảy máu điều trị ổn định, 9 bệnh nhân lấy được một phần sỏi sau can thiệp và 4 không lấy được sỏi nhưng đều đã đặt được stent đường mật. Có 4 bệnh nhân (3,2%) kết quả xấu trong đó 3 bệnh nhân không thông được như chuyển ngoại, 1 bệnh nhân có tai biến chảy máu phát hiện ngày thứ 2 điều trị đáp ứng kém gia đình xin về. Kết quả này cũng gần tương đương với kết quả điều trị tại thời điểm ra viện của Nguyễn Duy Đông và cộng sự (2024) tại Đại học Y dược Cần Thơ cho thấy 87,3% đạt kết quả tốt: hết sốt, hết vàng da, hết đau bụng, siêu âm không còn sỏi⁸.

V. KẾT LUẬN VÀ KIẾN NGHỊ

- Nội soi mật tụy ngược dòng có vai trò then chốt trong điều trị nhiễm trùng đường mật do sỏi ống mật chủ vừa kiểm soát nhiễm trùng bằng cách dẫn lưu mủ dịch mật, giải quyết tắc mật bằng cách lấy sỏi, vừa mang lại hiệu quả lâm sàng rõ rệt thông qua cải thiện các chỉ số xét nghiệm.

- Tỷ lệ tai biến, biến chứng của ERCP rất thấp, có thể kiểm soát được nếu phát hiện sớm trong quá trình điều trị.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Lu J, Fan Z.** ERCP endoscopic minimally invasive treatment of acute suppurative obstructive cholangitis: A study of 47 patients. *Exp Ther Med.* 2024;27(4):128. doi:10.3892/etm.2024.12416
2. **Chen L, Wu Z, Guo C, Wang G, Tu K, Jiang J.** Evaluation of Clinical Indications of Three Treatments for Choledocholithiasis with Acute Cholangitis. *Int J Gen Med.* 2023;16:4669-4680. doi:10.2147/IJGM.S429781
3. **Kỳ TD, Quang PMN, Tuấn NA, Tùng NL,**

- Thanh TV, Bình MT.** Đánh giá hiệu quả và an toàn của phương pháp nội soi mắt tụy ngược dòng điều trị sỏi đường mật tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108. *Journal of 108 - Clinical Medicine and Pharmacy*. Published online October 25, 2023. doi:10.52389/ydls.v18i7.2046
4. **Liang CM, Chiu YC, Lu LS, et al.** Early and Direct Endoscopic Stone Removal in the Moderate Grade of Acute Cholangitis with Choledocholithiasis Was Safe and Effective: A Prospective Study. *Life (Basel)*. 2022;12(12):2000. doi:10.3390/life12122000
5. **Tuyết TTÁ, Thịnh NTTT, Tùng NL, Bình NC, Kỳ TD, Quang NNM.** Đánh giá kết quả điều trị viêm đường mật cấp do sỏi ống mật chủ ở bệnh nhân cắt dạ dày theo Billroth II bằng nội soi mật tụy ngược dòng. *Journal of 108 - Clinical Medicine and Pharmacy*. Published online December 1, 2022. doi:10.52389/ydls.v17i7.1547
6. **Chandrasekhara V, Khashab MA, Muthusamy VR, et al.** Adverse events associated with ERCP. *Gastrointestinal Endoscopy*. 2017;85(1):32-47. doi:10.1016/j.gie.2016.06.051
7. **Gellert B, Patai ÁV, Hritz I.** Update in preventing post-endoscopic retrograde cholangiopancreatography pancreatitis. *Ann Gastroenterol*. 2024;37(3): 266-279. doi:10.20524/aog.2024.0870
8. **Đông ND, Hải NV, Phú LV, Quân ĐH, Chương NH.** Kết quả sớm điều trị sỏi đường mật chính bằng phương pháp nội soi mật tụy ngược dòng tại Cần Thơ. *ctump*. 2024;(77):92-98. doi:10.58490/ctump.2024i77.2798

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ BAN ĐẦU PHẪU THUẬT NỘI THÔNG TÚI LỆ MŨI NỘI SOI CẢI TIẾN DƯỚI SỰ HỖ TRỢ CỦA LASER

Biện Thị Cẩm Vân¹, Nguyễn Thanh Nam¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Phân tích tính hiệu quả và an toàn của phẫu thuật nội thông túi lệ mũi nội soi cải tiến dưới sự hỗ trợ của laser. **Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu tiến cứu, can thiệp lâm sàng hàng loạt ca. **Phương pháp nghiên cứu:** 29 mắt của 29 bệnh nhân trên 18 tuổi, dao động từ 42 – 90 tuổi (trung bình $61,2 \pm 11,1$ tuổi) được phẫu thuật nội thông túi lệ mũi nội soi bằng laser multidiode theo phương pháp cải tiến - tạo lỗ xương từ bên trong mũi để điều trị tắc ống lệ mũi nguyên phát mắc phải được đưa vào nghiên cứu. Thời gian theo dõi trung bình là 6 tháng. **Kết quả:** 28 mắt của 29 bệnh nhân (96,6%) là nữ và 1/29 trường hợp (3,4%) là nam giới. Có 6,9% trường hợp vẹo vách ngăn mũi mức độ nhẹ và 6,9% trường hợp phì đại cuốn mũi giữa đã được ghi nhận. Trước phẫu thuật, đa số các trường hợp (86,2%) chảy nước mắt độ 3 theo phân độ Sahlin. Chẩn đoán trước mổ có 69% trường hợp viêm túi lệ mãn gây tiết nhiều dịch nhầy mù và 31% trường hợp tắc ống lệ mũi đơn thuần chỉ có triệu chứng chảy nước mắt. Kích thước lỗ thông tại thời điểm 6 tháng sau phẫu thuật là $5 \pm 3,38$ mm. Chiều cao niêm mạc mắt từ 0,91 mm trước phẫu thuật giảm xuống còn 0,28 mm sau 6 tháng theo dõi. Thành công về giải phẫu và chức năng lần lượt là 93,1% và 89,6%. Có 2/29 trường hợp (6,9%) cầu dính hình thành bởi cuốn mũi giữa vào lỗ thông và kết cục là tắc tái phát ở tháng thứ 6 sau phẫu thuật. **Kết luận:** Nội thông túi lệ mũi nội soi bằng laser theo phương pháp cải tiến - tạo lỗ xương từ bên trong mũi là một phẫu thuật có hiệu quả và độ an toàn cao trong điều trị tắc

ống lệ mũi nguyên phát mắc phải. Phương pháp này khắc phục được những khó khăn của đường tiếp cận từ trên lệ quản xuống, hạn chế nguy cơ bóng cuốn mũi và mô xung quanh đồng thời thao tác thuận tiện và tạo lỗ xương kích thước lớn khá dễ dàng.

Từ khóa: tắc ống lệ mũi nguyên phát mắc phải, nội thông túi lệ mũi nội soi, laser multidiode, cải tiến kỹ thuật tạo lỗ xương.

SUMMARY

PRELIMINARY EVALUATION OF MODIFIED ENDOSCOPIC LASER-ASSISTED DACRYOCYSTORHINOSTOMY

Objective: To analyze the efficacy and safety of a modified endoscopic laser-assisted dacryocystorhinostomy (DCR). **Study Design:** A prospective interventional case series. **Methods:** Twenty-nine eyes from 29 patients aged over 18 years (ranging from 42 to 90 years, with a mean age of 61.2 ± 11.1 years) underwent modified endoscopic multidiode laser-assisted DCR. The technique involved creating a bony ostium from inside the nasal cavity to treat primary acquired nasolacrimal duct obstruction (PANDO). The mean follow-up duration was 6 months. **Results:** Among the patients, 28 (96.6%) were female and 1 (3.4%) was male. Mild nasal septal deviation was observed in 6.9% of cases, and middle turbinate hypertrophy was noted in another 6.9%. Prior to surgery, the majority (86.2%) presented with grade 3 epiphora according to the Sahlin scale. Preoperative diagnoses included chronic dacryocystitis with mucopurulent discharge in 69% of cases and simple nasolacrimal duct obstruction with isolated tearing in 31%. At the 6-month follow-up, the mean size of the osteotomy was 5 ± 3.38 mm. The average tear meniscus height decreased from 0.91 mm preoperatively to 0.28 mm postoperatively. Anatomical and functional success rates were 93.1% and 89.6%, respectively. Two cases (6.9%) developed synechiae

¹Bệnh viện Mắt TP.HCM

Chịu trách nhiệm chính: Biện Thị Cẩm Vân

Email: biencamvan@gmail.com

Ngày nhận bài: 7.7.2025

Ngày phản biện khoa học: 18.8.2025

Ngày duyệt bài: 15.9.2025