

lý phối hợp như polyp buồng tử cung) (bảng 3.3). Sự kết hợp giữa phẫu thuật bóc u và điều trị nội tiết sau mổ (chiếm 2,1%) là mô hình lý tưởng để ngăn ngừa các mảnh nội mạc vi thể tiếp tục phát triển và tái phát.

V. KẾT LUẬN

Bệnh lý LNMTCT tại Nam Định đa dạng về vị trí tổn thương, bao gồm cả các vị trí ngoài tử cung như thành bụng và tầng sinh môn. Điều trị nội khoa bằng thuốc nội tiết hiện đang là lựa chọn chủ đạo, mang lại hiệu quả cải thiện triệu chứng đau rõ rệt cho bệnh nhân.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nhà xuất bản Y học.** *Bài Giảng Sản Phụ Khoa Tập 2, "Lạc Nội Mạc Tử Cung."*, 2006.
2. **Endometriosis:** Diagnosis and Management. Published online 2010.
3. **Vercellini P., et al.** (2023), "Abdominal wall endometriosis: an update on pathogenesis and diagnosis", *Journal of Minimally Invasive Gynecology*.
4. **Becker CM, Bokor A, Heikinheimo O, et al.** ESHRE

guideline: endometriosis. *Hum Reprod Open*. 2022;2022. doi:10.1093/hropen/hoac009.

5. **Trần Đình Vinh.** Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và giá trị của siêu âm doppler màu trong chẩn đoán và theo dõi kết quả u lạc nội mạc tử cung. Luận án Tiến sĩ y học. Trường Đại học Y Dược Huế; 2010.
6. **Brosens IA, Puttemans PJ, Deprest J.** The endoscopic localization of endometrial implants in the ovarian chocolate cyst. *Fertil Steril*. 1994; 61: 1034-1038. doi:10.1016/S0015-0282(16)56752-1.
7. **Nguyễn Thị Bích Ngọc (2013).** *Nhận xét đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của u nang buồng trứng dạng lạc nội mạc tử cung tại bệnh viện Phụ sản Hà Nội năm 2012.* Luận văn tốt nghiệp bác sĩ y khoa. Trường Đại học Y Hà Nội.
8. **Nguyễn Thị Thanh Mai.** Khảo sát yếu tố liên quan tái phát lạc nội mạc tử cung ở buồng trứng. Luận văn tốt nghiệp bác sĩ nội trú; 2007.
9. **Abbott J. A., Hawe J., Clayton R. D., et al.** The effects and effectiveness of laparoscopic excision of endometriosis: a prospective study with 2 ± 5 year follow-up, *Human Reproduction*; 2003; 18(9), p.1922-1927.

KẾT QUẢ SƠM TÁN SỎI ỐNG MỀM TRONG MỔ ĐIỀU TRỊ VIÊM TUY MẠN TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT ĐỨC

Quách Văn Kiên^{1,3}, Chu Minh Phúc^{2,3}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu mô tả một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân viêm tụy mạn được phẫu thuật lấy sỏi tụy có tán sỏi qua nội soi ống mềm và đánh giá kết quả sớm sau phẫu thuật tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả tiến cứu được thực hiện trên các bệnh nhân viêm tụy mạn có sỏi ống tụy chính được chỉ định phẫu thuật lấy sỏi tụy có tán sỏi qua nội soi ống mềm tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức trong khoảng thời gian từ tháng 1 năm 2024 đến tháng 8 năm 2025

Kết quả: Trong 13 bệnh nhân viêm tụy mạn, nam giới chiếm 53,8%. Độ tuổi trung bình của bệnh nhân chủ yếu tập trung trong nhóm 40 đến 60 tuổi (69,2%). Tất cả bệnh nhân đều có biểu hiện đau bụng (100%), trung bình mỗi bệnh nhân trải qua 2,5 đợt đau, mức độ đau theo thang điểm VAS trung bình là 5,8 điểm. Tất cả bệnh nhân (100%) đều có sỏi đầu tụy, trong đó 46,2% có sỏi thân-đuôi tụy kèm theo. Tỷ lệ soi được hết sỏi trong mổ đạt 46,2%, tỷ

lệ soi xuống được tới tá tràng là 46,2%. Thời gian nằm viện trung bình là 9,4 ngày (dao động 5-15 ngày). Biến chứng hậu phẫu ghi nhận ở 3 bệnh nhân (23,1%), không có trường hợp tử vong sau mổ.

Kết luận: Phẫu thuật lấy sỏi tụy có tán sỏi qua nội soi ống mềm là phương pháp an toàn, cho kết quả sớm tốt với thời gian mổ và hồi phục sau mổ ngắn, tỉ lệ biến chứng thấp nhận được. Kết quả bước đầu cho thấy hiệu quả trong điều trị viêm tụy mạn có sỏi ống tụy chính.

Từ khóa: Sỏi tụy, viêm tụy mạn, tán sỏi tụy qua nội soi ống mềm

SUMMARY

EARLY OUTCOME OF INTRAOPERATIVE LITHOTRIPSY WITH FLEXIBLE PANCREATOSCOPE IN THE TREATMENT OF CHRONIC PANCREATITIS AT VIET DUC UNIVERSITY HOSPITAL

Objective: This study describes the clinical and paraclinical characteristics of patients who underwent pancreatic duct exploration and lithotripsy with pancreatoscope in the treatment of chronic pancreatitis at Viet Duc University Hospital.

Subjects and method: Descriptive, prospective study on patients with chronic pancreatitis with the indication for pancreatic duct exploration and lithotripsy with pancreatoscope at Viet Duc University Hospital from January 2024 to August 2025.

Results: Of all 13 patients, 53.8% were males.

¹Khoa Phẫu thuật Tiêu hoá, Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

²Khoa Phẫu thuật Gan mật, Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

³Bộ môn Ngoại, Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Quách Văn Kiên

Email: quachvankien@hmu.edu.vn

Mã bài: N444

Ngày nhận bài: 21/3/2026

Ngày phản biện khoa học: 20/3/2026

Ngày duyệt bài: 21/4/2026

The average age group was between 40 to 60 years old (69.2%). All patients had abdominal pain, with each suffered from 2.5 episodes of pain, with the average VAS score of 5.8. All patients had pancreatic head stones, while 46.2% had pancreatic body and tail stones. The rate of complete stone clearance was 46.2%, and the rate of reaching the duodenum with the scope was 46.2%. The average length of hospital stay was 9,4 days, from 5 to 15 days. There was 3 patients with complications (23.1%) and no post-operative death.

Conclusion: Pancreatic duct exploration and lithotripsy with pancreatoscope is a safe procedure, with good early result, short length of hospital stays and recovery, while maintain an acceptable complication rate. These preliminary results show the efficacy of the method in the treatment of chronic pancreatitis.

Keywords: *pancreatic lithiasis, chronic pancreatitis, lithotripsy with pancreatoscope.*

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm tụy mạn là một bệnh lý đặc trưng bởi sự thay đổi không hồi phục về cấu trúc giải phẫu của tụy, kéo theo suy giảm chức năng ngoại tiết và nội tiết. Bệnh xảy ra phần lớn ở tuổi trung niên, với nguyên nhân phổ biến nhất là do lạm dụng rượu, tiếp theo là các trường hợp không rõ nguyên nhân và yếu tố di truyền.

Về mặt lâm sàng, triệu chứng thường gặp nhất là đau vùng thượng vị với nhiều mức độ khác nhau. Bên cạnh đó, người bệnh có thể gặp các dấu hiệu như vàng da, sụt cân, sỏi mật, tiêu chảy và phân mỡ. Các phương tiện chẩn đoán hình ảnh như siêu âm, CT, MRI mật tụy, chụp mật tụy ngược dòng hoặc siêu âm nội soi có thể ghi nhận hình ảnh giãn ống tụy và thay đổi nhu mô tụy. Phẫu thuật được chỉ định nhằm mục tiêu giảm đau và bảo tồn chức năng tụy. Hiện có hai nhóm phẫu thuật chính là phẫu thuật dẫn lưu ống tụy và phẫu thuật cắt bỏ nhu mô tụy^{1,2} including proteins, carbohydrates, and fats (in combination with bile from the common bile duct). Việc giải quyết triệt để sỏi ống tụy góp phần giảm đau, và có thể giúp hạn chế tình trạng suy giảm chức năng tụy do tăng áp lực ống tụy. Phẫu thuật mở ống tụy lấy sỏi và nối tụy-ruột truyền thống cho phép tiếp cận và xử lý một phần sỏi ống tụy, tuy nhiên do tính chất của sỏi tụy cứng chắc và gắn chặt vào ống tụy, việc lấy triệt để sỏi rất khó và thường yêu cầu phẫu thuật viên phải mở dọc nhu mô tụy để lấy sỏi. Hiện nay, các phương tiện nội soi ống mềm và tán sỏi đã rất phổ biến trong các phẫu thuật đường mật và tiết niệu. Tuy nhiên chưa có nhiều báo cáo về ứng dụng của hệ thống này trong các phẫu thuật sỏi tụy.

Vì vậy, chúng tôi thực hiện báo cáo này với hai mục tiêu chính: (1) Mô tả đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh nhân viêm tụy mạn được phẫu thuật lấy sỏi tụy có tán sỏi qua nội soi ống mềm và (2) Đánh giá kết quả sớm sau mổ tại Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu

Đối tượng trong nghiên cứu này bao gồm tất cả các bệnh nhân được chẩn đoán mắc viêm tụy mạn được phẫu thuật mở ống tụy lấy sỏi, nội soi tán sỏi và nối tụy-ruột tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức, trong khoảng thời gian từ tháng 1 năm 2024 đến tháng 8 năm 2025. Các bệnh nhân được đưa vào nghiên cứu phải đáp ứng đầy đủ các tiêu chí tuyển chọn, bao gồm: chẩn đoán xác định viêm tụy mạn, được chỉ định phẫu thuật mở ống tụy lấy sỏi, nội soi tán sỏi và nối tụy-ruột, có đầy đủ hồ sơ bệnh án phục vụ cho quá trình phân tích, và đồng thuận tham gia nghiên cứu. Những trường hợp bị loại khỏi nghiên cứu gồm: bệnh nhân từ chối tham gia, người có chẩn đoán kèm theo như ung thư tụy, khối u tụy, hoặc u vùng bóng Vater, cũng như những bệnh nhân mắc các bệnh lý nội khoa có chống chỉ định với gây mê.

Phương pháp nghiên cứu

Nghiên cứu được thực hiện theo phương pháp hồi cứu mô tả, nhằm phân tích các đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị phẫu thuật của bệnh nhân.

Các biến số nghiên cứu

Thông tin nhân khẩu học, bao gồm tuổi bệnh nhân và giới tính.

Tiền sử bệnh lý và yếu tố nguy cơ như các yếu tố như thói quen hút thuốc, uống rượu, tiền sử viêm tụy cấp, chẩn đoán sỏi mật, sỏi ống tụy và các bệnh lý nền khác.

Các triệu chứng ban đầu bao gồm: đau bụng, vàng da, rối loạn tiêu hóa, cùng với biểu hiện của sỏi mật.

Xét nghiệm gồm: glucose, amylase, albumin, bilirubin toàn phần và trực tiếp, AST, ALT. Kết quả hình ảnh học thông qua CT ổ bụng đánh giá các yếu tố như: sự hiện diện của sỏi tụy, sỏi mật, sỏi ống tụy, giãn ống tụy, viêm tụy, nang giả tụy, sỏi mật, dịch ổ bụng, giãn đường mật hoặc các tổn thương khác.

Thông tin về các phẫu thuật như đặc điểm trong mổ, đặc điểm nội soi ống tụy, phương pháp dẫn lưu tụy-ruột, thời gian tiến hành phẫu thuật

Kết quả sau mổ bao gồm: thời gian nằm viện, thời gian cho ăn lại, biến chứng hậu phẫu gần và xa (viêm tụy cấp, xuất huyết tiêu hóa, viêm phổi...), cùng với phương pháp xử trí các biến chứng này như điều trị nội khoa, can thiệp hoặc phẫu thuật lại.

III. KẾT QUẢ

Trong thời gian nghiên cứu, chúng tôi thu thập được số liệu của 13 bệnh nhân phù hợp với các tiêu chuẩn lựa chọn, với các đặc điểm như sau

Đặc điểm lâm sàng**Bảng 1. Đặc điểm lâm sàng của nhóm nghiên cứu**

Đặc điểm	Kết quả
Nam/nữ	1,2
Tuổi	50,1 (16 – 66)
Đái tháo đường	3/13 (23,1%)
Uống rượu	5/13 (38,5%)
Hút thuốc lá	4/13 (30,8%)
Đau thượng vị	13/13 (100%)
Các triệu chứng khác	0/13 (0%)
Số đợt đau trước khi vào viện	2,5 (1 – 5)
Mức độ đau (thang điểm VAS)	5,8 (3 – 8)

Nhận xét: Trong nhóm nghiên cứu gồm 13 bệnh nhân viêm tụy mạn, nam giới chiếm tỷ lệ cao hơn nữ giới (53,8%). Độ tuổi trung bình của bệnh nhân chủ yếu tập trung trong nhóm 40 đến 60 tuổi (69,2%). Về các yếu tố nguy cơ, tỷ lệ bệnh nhân có tiền sử uống rượu và hút thuốc lá lần lượt là 38,5% và 30,8%, trong khi đái tháo đường được ghi nhận ở 23,1% trường hợp. Tất cả bệnh nhân đều có biểu hiện đau bụng (100%), không ghi nhận các triệu chứng lâm sàng khác. Trung bình mỗi bệnh nhân trải qua $2,5 \pm 1,4$ đợt đau, dao động từ 1 đến 5 đợt. Mức độ đau trung bình là 5,8 điểm (dao động từ 3 đến 8 điểm), phản ánh tính chất đau vừa đến nặng ở đa số trường hợp.

Đặc điểm cận lâm sàng**Bảng 2: Đặc điểm cận lâm sàng của nhóm nghiên cứu**

Đặc điểm	Kết quả
Xét nghiệm	
Glucose máu (mmol/L)	6,3 (2,6 – 14,2)
Amylase máu (U/L)	114,1 (21,9 – 514,5)
AST (U/L)	33,6 (14,8 – 88,4)
ALT (U/L)	43,8 (10,8 – 177,2)
Albumin (mmol/L)	41,6 (30,9 – 47,9)
Bilirubin toàn phần (mmol/L)	16,2 (7,1 – 44,4)
Bilirubin trực tiếp (mmol/L)	6,8 (1 – 30,5)
Cắt lớp vi tính	
Chiều dài sỏi lớn nhất (mm)	13,8 (7 – 26)
Chiều dài sỏi nhỏ nhất (mm)	8,8 (5 – 17)
Đường kính ống tụy (mm)	9,4 (5 – 15)
Sỏi đầu tụy	13/13 (100%)

Đặc điểm	Kết quả
Sỏi thân tụy	6/13 (46,2%)
Sỏi đuôi tụy	3/13 (23,1%)
Vôi hoá nhu mô tụy	7/13 (53,8%)
Nang tụy	4/13 (30,8%)
Giãn đường mật	1/13 (7,7%)
Sỏi túi mật	1/13 (7,7%)
Tổn thương nghi ngờ u tụy	0/13 (0%)

Nhận xét: Kết quả xét nghiệm cho thấy nồng độ glucose máu trung bình của nhóm nghiên cứu là 6,3 mmol/L, trong đó phần lớn bệnh nhân đái tháo đường được kiểm soát. Trong nhóm nghiên cứu có một số bệnh nhân men tụy cao, thể hiện đợt cấp viêm tụy mạn. Nồng độ albumin máu trung bình là 41,6 mmol/L, cho thấy phần lớn bệnh nhân có tình trạng dinh dưỡng tương đối ổn định. Bilirubin toàn phần và bilirubin trực tiếp trung bình lần lượt là 16,2 mmol/L và 6,8 mmol/L, do trong nhóm nghiên cứu có một số bệnh nhân có tắc mật trước mổ do sỏi chèn ép ống mật chủ. Trên hình ảnh cắt lớp vi tính, đường kính ống tụy trung bình là 9,4 mm, cho thấy có tình trạng giãn ống tụy trong nhóm nghiên cứu. Kích thước sỏi tụy dao động từ 5 đến 26 mm, với chiều dài lớn nhất trung bình 13,8 mm. Tất cả bệnh nhân (100%) đều có sỏi đầu tụy, trong đó 46,2% có sỏi thân-đuôi tụy kèm theo. Vôi hóa nhu mô tụy được ghi nhận ở 53,8% trường hợp, nang tụy ở 30,8%, trong khi giãn đường mật và sỏi túi mật chỉ gặp ở 7,7% số bệnh nhân.

Đặc điểm trong mổ**Bảng 3: Đặc điểm trong mổ của nhóm nghiên cứu**

Đặc điểm	Kết quả
Thời gian mổ (phút)	183,2 (67 – 303)
Xử lý được hết sỏi đầu tụy trong mổ	6/13 (46,2%)
Đưa ống soi được xuống tá tràng	6/13 (46,2%)
Xử lý được hết sỏi thân tụy trong mổ	6/6 (100%)
Xử lý được hết sỏi đuôi tụy trong mổ	2/3 (66,7%)
Chiều dài đường mổ nhu mô tụy (cm)	3,3 (2 – 7)

Nhận xét: Thời gian mổ trung bình là 183,2 phút. Trong nhóm nghiên cứu, xử lý được toàn bộ sỏi đầu tụy và đưa được ống soi xuống tá tràng ở 46,2% bệnh nhân. Toàn bộ bệnh nhân có sỏi thân tụy trong mổ được xử lý hết, 66,7% bệnh nhân có sỏi đuôi tụy được xử lý hết trong mổ. Đường mổ nhu mô tụy trung bình dài 3,3cm.

Kết quả sau mổ

Bảng 4: Kết quả sau mổ

Đặc điểm	Kết quả
Thời gian ăn lại (ngày)	3,4 (2 – 5)
Thời gian nằm viện (ngày)	9,4 (6 – 20)
Biến chứng hậu phẫu gần	2/13 (15,4%)
Thời gian theo dõi (tháng)	8,1 (2 – 17)
Số đợt đau sau mổ	0,5 (0 – 3)
Mức độ đau sau mổ (VAS)	0,7 (0 – 3)
Biến chứng hậu phẫu xa	1/13 (7,7%)

Nhận xét: Bệnh nhân được ăn lại sau 3,4 ngày, với thời gian nằm viện trung bình khoảng 9,4 ngày. Có 2 trường hợp rò tụy sau mổ, được điều trị bảo tồn và ổn định ra viện. Không có trường hợp nào phải can thiệp, mổ lại hay tử vong. Theo dõi qua khám lại và trao đổi định kỳ qua điện thoại với bệnh nhân, trung bình mức độ đau tính theo thang điểm VAS là 0,7, và trung bình bệnh nhân sau mổ có 0,5 đợt đau.

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu này, viêm tụy mạn được ghi nhận phổ biến hơn ở nam giới, phù hợp với nhiều nghiên cứu trong và ngoài nước. Nguyên nhân chính được cho là do nam giới có tỷ lệ lạm dụng rượu cao hơn. Phần lớn bệnh nhân thuộc nhóm tuổi 40-60, đây cũng là nhóm tuổi có xu hướng sử dụng rượu nhiều, làm tăng nguy cơ mắc bệnh. Tỷ lệ bệnh nhân đái tháo đường trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn các nghiên cứu khác, điều này có thể giải thích là do bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi được chỉ định phẫu thuật tương đối sớm, khi tình trạng viêm tụy mạn chưa gây suy tụy nội tiết. Trung bình bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi có 2,5 đợt đau do viêm tụy mạn trước mổ, với mức độ đau trung bình theo thang điểm VAS là 5,7, thấp hơn một số nghiên cứu khác trong y văn²⁻⁴. Điều này thể hiện chỉ định phẫu thuật của chúng tôi tương đối sớm hơn so với các nghiên cứu khác.

Xét nghiệm sinh hóa cho thấy 15,4% bệnh nhân có glucose máu > 7 mmol/l, thấp hơn một số nghiên cứu trong nước^{3,4}. Điều này phù hợp với nhóm bệnh nhân của chúng tôi là các bệnh nhân viêm tụy mạn được phẫu thuật sớm, khi chức năng tụy còn chưa bị ảnh hưởng. Bilirubin toàn phần tăng ở 23,1% bệnh nhân, chủ yếu là bilirubin trực tiếp, phù hợp với biểu hiện vàng da do tắc mật. Amylase máu ở bệnh nhân viêm tụy mạn thường chỉ tăng nhẹ, trung bình là 114,1 U/L, không vượt quá ngưỡng chẩn đoán viêm tụy cấp.

Chẩn đoán hình ảnh trong nhóm nghiên cứu chúng tôi dựa vào chụp cắt lớp vi tính (CT). CT bụng là công cụ hỗ trợ chẩn đoán rất quan trọng, có độ nhạy và đặc hiệu cao, và đặc biệt hữu ích khi cần đánh giá tổn

thương chi tiết trong các trường hợp khó chẩn đoán. Trong nghiên cứu của chúng tôi tất cả bệnh nhân đều có sỏi đầu tụy, 46,2% bệnh nhân có sỏi thân tụy và 53,8% có sỏi hoá trong nhu mô tụy, với kích thước tương đối lớn (13,8x88mm). Kết quả của chúng tôi có sự tương đồng với các nghiên cứu khác^{2,3}. Trong nghiên cứu này, chúng tôi chủ động lựa chọn các bệnh nhân có ống tụy giãn lớn (9,4mm) do máy soi của chúng tôi có đường kính 5mm, không phù hợp với các trường hợp viêm tụy mạn không giãn ống tụy.

Trong mổ chúng tôi tán sạch sỏi trong lòng ống tụy được ở 46,2% bệnh nhân. Việc không thể tán hết được sỏi ở bệnh nhân viêm tụy mạn là do chúng tôi sử dụng đầu tán sỏi điện thuỷ lực. Nguồn năng lượng này cho phép làm nổ vỡ viên sỏi, tuy nhiên cũng có nguy cơ gây tổn thương và chảy máu thành ống tụy, đặc biệt là ở đoạn đầu tụy. 46,2% bệnh nhân sau khi tán sỏi có thể tiếp cận xuống tá tràng. Đối với sỏi vùng thân và đuôi tụy, chúng tôi dễ dàng tiếp cận hơn và có thể tán sạch được sỏi trong phần lớn các trường hợp. Mặc dù phần lớn bệnh nhân chúng tôi đều làm miệng nối tụy-ruột để dẫn lưu, việc tán sạch sỏi và tiếp cận được xuống tá tràng cho phép thực hiện được một số biến đổi kỹ thuật như tán sỏi tụy và đóng kín ống tụy. Phương pháp của chúng tôi cho phép phẫu thuật viên đánh giá và khẳng định được mức độ sạch sỏi ngay trong mổ. Đồng thời, miệng nối tụy-ruột của chúng tôi ngắn hơn nhiều so với phương pháp mở ống tụy kiểu Partington-Rochelle truyền thống, với chiều dài đường mở chỉ khoảng 3cm. Về mặt lý thuyết, miệng nối tụy-ruột ngắn sẽ làm giảm nguy cơ rò tụy sau mổ, tuy nhiên cần số lượng bệnh nhân nhiều hơn để khẳng định giả thuyết này.

Nội soi ống mềm tán sỏi trong mổ để điều trị viêm tụy mạn còn ít được nhắc đến trong y văn. Báo cáo đầu tiên trong y văn được tác giả Kaneko mô tả năm 1998, trong phẫu thuật cắt tụy do các tổn thương sinh mucin trên 24 bệnh nhân, tác giả đã sử dụng ống soi mềm để đánh giá hình thể ống tụy và diện cắt ống tụy, từ đó quyết định xem diện cắt đã sạch u hay chưa⁵. Năm 2000, tác giả Yamataka và cộng sự trong phẫu thuật cắt nang ống mật chủ đã dùng ống soi mềm, đưa qua kênh chung mật-tụy để tiếp cận ống tụy và bơm rửa sạch các mảnh sỏi trên 67 bệnh nhân⁶. Năm 2023, tác giả Vũ Văn Quang và nhóm cộng sự tiến hành phẫu thuật mở ống tụy lấy sỏi, nội soi tán sỏi ống tụy và đặt dẫn lưu trong lòng ống tụy xuống tá tràng lần đầu tiên cho một bệnh nhân nữ 56 tuổi, đây là báo cáo đầu tiên về kỹ thuật này trong y văn tại Việt Nam⁷. Năm 2024, Xu và cộng sự đã báo cáo ca lâm sàng phẫu thuật nội soi tán sỏi ống tụy, đóng kín ống tụy thì đầu có stent nhựa điều trị sỏi vùng thân tụy⁸. Như vậy, số lượng nghiên cứu trong y văn sử dụng kỹ thuật này trong mổ còn ít và chưa hệ thống, chủ yếu dừng lại ở các chùm ca bệnh.

Trong nghiên cứu, không có tai biến nào xảy ra trong mổ. Có 3 trường hợp gặp biến chứng sau mổ

bao gồm: xoắn ruột (1 trường hợp) và rò tụy (2 trường hợp). Trường hợp xoắn ruột xảy ra muộn sau mổ 15 tháng, do thoát vị nội qua khe mạc treo. Bệnh nhân được chỉ định mổ cắt đoạn ruột xoắn và phục hồi lưu thông tiêu hoá, miệng nối tụy không gặp biến chứng cho tới thời điểm hiện tại. 2 trường hợp còn lại có rò tụy sinh hoá và được điều trị bảo tồn. Rò tụy là biến chứng có thể gặp sau các can thiệp vào tụy, phần lớn có thể điều trị bảo tồn. Kỹ thuật của chúng tôi có đường mổ nhu mô tụy nhỏ hơn các kỹ thuật khác, vì vậy có thể giảm kích thước miệng nối tụy-ruột, cho phép giảm nguy cơ rò tụy sau mổ. Kỹ thuật này phù hợp với nhóm bệnh nhân viêm tụy mạn có sỏi chủ yếu ở ống tụy chính, ống tụy giãn và không có các tổn thương u hoặc giả u do viêm tụy mạn đi kèm.

Thời gian nằm viện trung bình là 9,4 ngày (5-15 ngày), thời gian có nhu động lại là 3,4 ngày (2-5 ngày) tương đương so với nhiều nghiên cứu khác, thể hiện tính an toàn của kỹ thuật của chúng tôi²⁻⁴. Theo dõi bệnh nhân trung bình sau 8 tháng, nhận thấy hiệu quả giảm đau tương đối tốt so với các nghiên cứu khác^{2,3}. Tuy nhiên, trong bệnh lý viêm tụy mạn cần theo dõi bệnh nhân trong thời gian dài hơn để khẳng định được hiệu quả điều trị.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu cho thấy phẫu thuật mở ống tụy, tán sỏi ống tụy qua nội soi ống mềm là kỹ thuật an toàn, hiệu quả, ít biến chứng và thời gian nằm viện ngắn. Các tai biến và biến chứng trong nghiên cứu tương đương các tài liệu y văn trong và ngoài nước, khẳng định vai trò của phương pháp này trong điều trị viêm tụy mạn có sỏi ống tụy chính. Tuy nhiên, cần nhiều nghiên cứu với số lượng bệnh nhân lớn hơn và so sánh với các phương pháp khác để đánh giá chính xác hiệu quả của phương pháp này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Benjamin O, Lappin SL. **Chronic Pancreatitis**. In: StatPearls. StatPearls Publishing; 2025. Accessed April 16, 2025. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK482325/>
2. Phạm HH. Nghiên Cứu Điều Trị Viêm Tụy Mạn Sỏi Tụy Bằng Phương Pháp Kết Hợp Phẫu Thuật Frey và Phẫu Thuật Beger. Luận án Tiến sỹ Y học. Trường Đại Học Y Hà Nội; 2012.
3. Thông TV. Đánh giá kết quả phẫu thuật điều trị viêm tụy mạn tại Bệnh viện Hữu nghị đa khoa Nghệ An. Học Việt Nam. 2024;542(2):169-171.
4. Tạ TC. Đánh Giá Kết Quả Phẫu Thuật Trong Điều Trị Viêm Tụy Mạn Có Sỏi Tại Bệnh Viện Hữu Nghị Việt Đức 2015-2016. Luận văn Thạc sỹ Y học. Trường Đại học Y Hà Nội; 2016.
5. Kaneko T, Nakao A, Nomoto S, et al. Intraoperative Pancreatoscopy With the Ultrathin Pancreatoscope for Mucin-Producing Tumors of the Pancreas. Arch Surg. 1998;133(3):263-267. doi:10.1001/archsurg.133.3.263
6. Yamataka A, Segawa O, Kobayashi H, Kato Y, Miya-no T. Intraoperative pancreatoscopy for pancreatic duct stone debris distal to the common channel in choledochal cyst. J Pediatr Surg. 2000;35(1):1-4.
7. Van Quang V, Hieu LT, Van Loi L, Khue DK, My TNT, Van Thanh L. Laparoscopic pancreatic duct exploration, electrohydraulic shock wave lithotripsy combined with internal drainage for pancreatic duct stones: A case report. Int J Surg Case Rep. 2023;106:108190. doi:10.1016/j.ijscr.2023.108190
8. Xu D, Wang L, Wang W. Primary closure for pancreatic duct after stenting assisted by multiple endoscopes can be a new surgical method for the treatment of main pancreatic duct stones associated with pancreatic duct dilation. Gastroenterol Rep. 2024;12:goae041. doi:10.1093/gastro/goae041

TỖN THƯƠNG GAN Ở BỆNH NHI SỐC SỐT XUẤT HUYẾT DENGUE TẠI BỆNH VIỆN NHI ĐỒNG 1

Lê Phước Truyền^{1,2}, Đinh Tấn Phương², Phùng Nguyễn Thế Nguyên^{1,2}

TÓM TẮT:

Đặt vấn đề: Tổn thương gan thường gặp ở sốt xuất huyết dengue (SXHD) và có thể liên quan đến bệnh nặng cũng như tử vong. Tuy nhiên, giá trị tiên lượng của diễn

tiến động học tổn thương gan trong giai đoạn sốc ở trẻ sốt SXHD vẫn chưa được làm rõ.

Phương pháp: Nghiên cứu theo dõi dọc tiến cứu thực hiện tại Khoa Cấp cứu và Hồi sức Tích cực – Chống độc, Bệnh viện Nhi Đồng 1 từ 01/01/2021 đến 31/12/2023. Trẻ từ 1 tháng đến 15 tuổi được chẩn đoán sốt SXHD có xét nghiệm dengue dương tính được thu nhận. Tổn thương gan được theo dõi trong quá trình điều trị kể từ thời điểm vào sốc. Phân tích đường cong ROC và hồi quy logistic đa biến được sử dụng để đánh giá giá trị tiên lượng từ vong.

Kết quả: Nghiên cứu được thực hiện ở 113 bệnh nhi; tuổi trung vị 8,9 (6,4–12,1) tuổi; nam chiếm 61%. Tỷ lệ tử

¹Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh,
²Bệnh viện Nhi Đồng 1

Chịu trách nhiệm chính: Lê Phước Truyền
Email: dr.lptruyen@ump.edu.vn

Mã bài: N489

Ngày nhận bài: 13/3/2026

Ngày phản biện khoa học: 12/3/2026

Ngày duyệt bài: 13/4/2026