

hạ nhãn áp  $\geq 40\%$  cao hơn. Với nhóm nhãn áp trước điều trị từ 21mmHg - 30mmHg, tỷ lệ hạ nhãn áp thường thấp hơn, có thể do đây đều là những bệnh nhân đã được điều trị bệnh glôcôm trước đó bằng thuốc, laser hoặc phẫu thuật nên nhãn áp trước điều trị chưa hẳn là nhãn áp nền nguyên phát. Khi so sánh với nhãn áp ban đầu của một số tác giả cùng nghiên cứu về thuốc phối hợp Brinmonidin và Brinzolamid, nhãn áp ban đầu của chúng tôi đều cao hơn hầu hết các tác giả khác trên thế giới, tỷ lệ phần trăm hạ nhãn áp so với trước lúc điều trị cũng nhiều hơn. Như nhóm bệnh nhân tác giả Aung T và cộng sự có trị số nhãn áp nền là  $27,0 \pm 0,18\text{mmHg}$ ; tỷ lệ phần trăm hạ nhãn áp đạt  $26,7 - 36\%$ <sup>7</sup>, hay nghiên cứu của tác giả Gandolfi và cộng sự với mức nhãn áp nền là  $27,0 \pm 0,13\text{mmHg}$  có tỷ lệ hạ nhãn áp là  $37,1-38\%$ <sup>6</sup>. Sở dĩ tỷ lệ hạ nhãn áp của các tác giả đều thấp hơn của chúng tôi có thể do các nghiên cứu thường có số lượng bệnh nhân lớn, đa phần là hình thái glôcôm nguyên phát góc mở và đã được điều trị 1 loại thuốc tra trước đó. Nghiên cứu của chúng tôi cũng chỉ ra tỷ lệ đáp ứng cao hơn ở nhóm chưa điều trị thuốc khác trước đó.

## V. KẾT LUẬN

Có mối liên quan giữa thời gian phát hiện bệnh, nhãn áp nền, tiền sử điều trị thuốc với hiệu quả hạ nhãn áp. Không có mối liên quan rõ rệt giữa tuổi, giới, hình thái glôcôm, giai đoạn bệnh cũng như tiền sử bệnh mắt và toàn thân với kết quả điều trị.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Kumarasamy NA, Lam FS, Wang AL, Theoharides T. Glaucoma: Current and Developing Concepts for Inflammation, Pathogenesis and Treatment.** European Journal of Inflammation. 2006;4.
2. **Vijaya L, et al.** Prevalence and causes of low vision and blindness in an urban population [The Chennai Glaucoma Study. Indian J Ophthalmol] 2014.
3. **Robin AL, Covert D.** Does adjunctive glaucoma therapy affect adherence to the initial primary therapy? Ophthalmology. 2005;112(5):863-8687.
4. **Sleath B, Robin AL, Covert D, Byrd JE, Tudor G, Svarstad B.** Patient-reported behavior and problems in using glaucoma medications. Ophthalmology. 2006;113(3):431-436.
5. **Petrov SY, Zinina VS, Volzhanin AV.** [The role of fixed dose combinations in the treatment of primary open-angle glaucoma]. Vestn Oftalmol. 2018;134(4):100-107.
6. **Gandolfi SA, Lim J, Sanseau AC, Parra Restrepo JC, Hamacher T.** Randomized Trial of Brinzolamide/Brimonidine Versus Brinzolamide Plus Brimonidine for Open-Angle Glaucoma or Ocular Hypertension. Adv Ther. 2014;31(12):1213-1227.
7. **Aung T, Laganovska G, Hernandez Paredes TJ, Branch JD, Tsorbatzoglou A, Goldberg I.** Twice-daily brinzolamide/brimonidine fixed combination versus brinzolamide or brimonidine in open-angle glaucoma or ocular hypertension. Ophthalmology. 2014;121(12):2348-2355.
8. **Feldman RM, Katz G, McMenemy M, Hubatsch DA, Realini T.** A Randomized Trial of Fixed-Dose Combination Brinzolamide 1%/Brimonidine 0.2% as Adjunctive Therapy to Travoprost 0.004%. American Journal of Ophthalmology. 2016;165:188-197
9. **Kóthy P, Holló G.** Real-life experience of using brinzolamide/brimonidine fixed drop combination in a tertiary glaucoma centre. Int Ophthalmol. 2020;40(2):377-383.

## NGHIÊN CỨU KẾT QUẢ ĐẶT STENT ĐỘNG MẠCH NỘI SỌ Ở BỆNH NHÂN NHỒI MÁU NÃO VÀ CÓ CƠN THIỂU MÁU NÃO THOẢNG QUA

Đỗ Đức Thuần\*, Đặng Phúc Đức\*

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Nghiên cứu kết quả đặt stent nội sọ ở bệnh nhân nhồi máu não và có cơn thiếu máu não thoáng qua. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** 41 bệnh nhân nhồi máu não hoặc có cơn thiếu máu não thoáng qua điều trị nội khoa không đỡ, có hẹp động mạch nội sọ trên 70%. **Kết quả:** Mức độ hẹp còn lại sau can thiệp  $21,19 \pm 8,32\%$ , chảy máu

não 2,44%, nhồi máu với thời gian theo dõi trung bình 14,92 tháng là 2,44%. **Kết luận:** Có thể đặt stent cho hẹp nội sọ trên 70% ở bệnh nhân nhồi máu não hoặc có cơn thiếu máu não thoáng qua điều trị nội khoa không đáp ứng.

### SUMMARY

#### STUDY ON RESULTS OF INTRACRANIAL STENT PLACEMENT IN PATIENTS WITH CEREBRAL INFARCTION AND TRANSIENT ISCHEMIC ATTACK

**Objective:** Study on results of intracranial stent placement in patients with cerebral infarction and transient ischemic attack. **Subject and method:** 41 patients with cerebral infarction or transient ischemic

\*Bệnh viện Quân y 103

Chịu trách nhiệm chính: Đỗ Đức Thuần

Email: dothuanvien103@gmail.com

Ngày nhận bài: 17.11.2021

Ngày phản biện khoa học: 10.01.2022

Ngày duyệt bài: 18.01.2022

attack did not improve with medical treatment, with intracranial stenosis over 70%. **Result:** remnant of the stenosis after the intervention was  $21.19 \pm 8.32\%$ , cerebral hemorrhage was 2.44%, infarction with an average follow-up time of 14.92 months was 2.44%. **Conclusion:** Stents may be used for intracranial stenosis in >70% of patients with ischemic stroke or transient ischemic attack who have failed to respond to medical therapy.

**Key words:** ischemic stroke, intracranial stent

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đột quỵ nhồi máu não là bệnh có tỷ lệ tử vong đứng hàng thứ hai và là nguyên nhân gây tàn phế đứng hàng thứ 3 sau tim mạch [1], đột quỵ có hai thể nhồi máu và chảy máu não, nhồi máu não chiếm khoảng 80-85% tổng số đột quỵ [2]. Nhồi máu não tái phát gặp 18,5% và 17,3% trong vòng 90 ngày ở bệnh nhân nhồi máu não và có cơn thiếu máu não thoáng qua (TIA) [3]. Trong đó hẹp động mạch nội sọ được xem là yếu tố nguy cơ làm tăng tỷ lệ nhồi máu tái phát ở bệnh nhân nhồi máu não và có cơn TIA [4]. Hẹp động mạch nội sọ thường gặp ở người Châu Á [5], vì vậy chúng tôi nghiên cứu kết quả đặt stent nội sọ ở bệnh nhân nhồi máu não và có cơn TIA.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 2.1 Đối tượng nghiên cứu

Đối tượng nghiên cứu: 41 bệnh nhân có hẹp động mạch nội sọ được đặt stent tại Bệnh viện Quân y 103 từ tháng 08 năm 2016 đến tháng 03 năm 2021.

### Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân

- Bệnh nhân xác định hẹp động mạch nội sọ > 70% trên CT Sọ não 128 lớp cắt sau đó được xác chẩn bằng hình ảnh DSA khi can thiệp. Có số lần nhồi máu não  $\geq 1$  hoặc số lần cơn thiếu cơ thiếu máu não cục bộ thoáng qua không phải nguồn gốc từ tim  $\geq 2$  tương ứng với động mạch hẹp trong vòng 1 tháng, mặc dù được điều trị dự phòng tái phát tích cực với aspirin 81 mg/ngày, clopidogrel 75 mg/ ngày, statin 20mg/ ngày và cam kết tuân thủ kiểm soát các yếu tố nguy cơ khác.

- Loại trừ bệnh nhân có mRS > 2, mới nhồi máu não trong vòng 1 tháng, trên DSA hình ảnh hẹp nhiều vị trí, hẹp dài trên 15mm, động mạch xoắn vặn nhiều, hẹp  $\leq 70\%$ . Có tiền sử viêm loét dạ dày, xuất huyết tiêu hóa, suy thận, có bằng chứng đang nhiễm khuẩn và dị ứng với thuốc chống kết tập tiểu cầu, tiểu cầu < 100G/l, dị ứng với thuốc cản quang. Tuổi < 18 và > 70 tuổi. Đái tháo đường khó kiểm soát đường huyết dưới 8mmol/l. Bệnh nhân không phối hợp được trong quá trình thực hiện kỹ thuật. Gia đình không

đồng ý thực hiện kỹ thuật.

**2.2. Quy trình đặt stent nội sọ.** Độ hẹp động mạch được đo trên hình ảnh DSA 2D sau khi sử dụng hình ảnh 3D DSA lựa chọn bình diện gây hẹp động mạch nhất. Độ hẹp =  $(1 - \text{đường kính đoạn hẹp} / \text{đường kính động mạch (liền kề đoạn gần vị trí hẹp)}) \times 100\%$ .

Các bệnh nhân được uống thuốc chống ngưng tập tiểu cầu aspirin 81 mg và clopidogrel 75 mg trước can thiệp 7 ngày, hoặc thay clopidogrel bằng ticagrelor 90mg, ngày 2 viên (nếu xét nghiệm độ ngưng tập tiểu cầu với ADP 5  $\mu\text{mol/l}$ , với độ ngưng tập tiểu cầu trên 50%) và duy trì sau can thiệp 1 năm, tiếp tục dùng aspirin 81 mg ngày 1 viên suốt đời. Kiểm soát lipid máu thường xuyên với statin.

Bệnh nhân được gây tê tại chỗ, đặt dụng cụ mở đường vào động mạch đùi. Dùng ống thông hỗ trợ can thiệp 6F đặt vào động mạch cảnh trong hoặc động mạch đốt sống cùng bên. Tiêm tĩnh mạch heparin 60 UI/kg, duy trì 1 giờ bổ sung 1000 UI tĩnh mạch trong suốt quá trình can thiệp. Sử dụng vi ống thông 0,017 và vi dây dẫn 0.014 dài 200 cm, đưa qua vị trí động mạch hẹp, thay vi dây dẫn 0.014 dài 300 cm. Dùng bóng Gateway (chọn bóng có đường kính  $\leq 80\%$  đường kính động mạch liền trên đoạn hẹp) qua vi dây dẫn lên đoạn hẹp, nong bóng từ từ với áp lực các mức 4 atm giữ 10 giây, 5 atm giữ 10 giây và 6 atm giữ 1 phút. Triển khai Wingspan Stent (chiều dài stent tối thiểu bằng chiều dài đoạn hẹp thêm 3 mm mỗi đầu, đường kính stent chọn lớn hơn ở mức ít nhất so với đường kính động mạch được đo ở phía đầu gần đoạn hẹp). Huyết áp được duy trì mức dưới 140/90 mmHg trong suốt quá trình can thiệp.

**2.3. Phương pháp nghiên cứu.** Nghiên cứu tiến cứu, mô tả cắt ngang có theo dõi dọc

**Xử lý số liệu** theo phần mềm SPSS 20.0

## III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN

### Bảng 1. Các yếu tố nguy cơ

Đặc điểm	Số lượng (n=41)	Tỷ lệ %
Tuổi	65,09 $\pm$ 4,88 (nhỏ nhất 56 tuổi, cao nhất 70 tuổi)	
Giới nam	32	78,05
Đái tháo đường	9	21,95
Tăng huyết áp	30	73,17
Rối loạn lipid máu	10	24,39
Hút thuốc lá	8	19,51
Lạm dụng rượu	3	7,32

Tuổi của đối tượng nghiên cứu của chúng tôi trung bình  $65,09 \pm 4,88$  tuổi, nhỏ nhất 56 tuổi,

cao nhất 70 tuổi, tuổi trung bình của bệnh nhân trong nghiên cứu VISSIT là  $61,8 \pm 12,28$ , với tuổi thấp nhất là 38 và cao nhất là 82 [6]. Trong nghiên cứu của chúng tôi: tỷ lệ bệnh nhân hút thuốc lá là 19,51 %, tỷ lệ bệnh nhân lạm dụng rượu là 7,32%. Trong nghiên cứu của Suh D.C và cộng sự năm 2008, tỷ lệ bệnh nhân hẹp động mạch nội sọ được đặt stent có hút thuốc lá là 28,8% [7], cao hơn so với nghiên cứu của chúng tôi. Trong nghiên cứu chúng tôi loại trừ những bệnh nhân không tuân thủ việc kiểm soát các yếu tố nguy cơ đột quỵ như không thể dừng việc hút thuốc lá, uống rượu. Tăng huyết áp, rối loạn lipid máu được xác định là những nguy cơ đột

quỵ não và có tỷ lệ tương tự các nghiên cứu khác. Tỷ lệ bệnh nhân đái tháo đường trong nghiên cứu là 21,95 thấp so với nghiên cứu của Chimowitz M.I và cộng sự với tỷ lệ đái tháo đường là 47,3% [8], do trong nghiên cứu chúng tôi loại trừ các bệnh nhân khó khăn trong kiểm soát đường huyết dưới 8,0mmol/l. Trong nghiên cứu giới nam chiếm 78,05% cao hơn so với nghiên cứu SAMMPRIS ở bệnh nhân hẹp động mạch nội sọ được đặt stent với giới nam có tỷ lệ 56,7% [8]. Điều đó được giải thích rằng giới nam thường tiếp xúc với nguy cơ tổn thương mạch máu nhiều hơn giới nữ ở Việt Nam.

**Bảng 2. Đặc điểm lâm sàng hình ảnh mRS**

Đặc điểm		Số lượng (n=41)	Tỷ lệ %
Nhồi máu não		36	87,80
Thời gian từ khi đột quỵ đến khi đặt stent (X±SD)		35 ± 2,27 ngày	
Cơ sở TIA		5	12,19
mRS (X±SD)		1,21 ± 0,38	
NIHSS (X±SD)		6,47 ± 0,89	
Mức độ hẹp (X±SD) (%)		83,19 ± 9,32	
Vị trí hẹp	Động mạch não giữa	23	53,66
	Động mạch cảnh trong	17	41,46
	Động mạch nền	1	2,44
	Động mạch đốt sống	1	2,44
Chiều dài đoạn hẹp (X±SD) (mm)		7,19 ± 2,67	

Tỷ lệ bệnh nhân nhồi máu não là 87,8% cao hơn so với nghiên cứu của Zaidat O.O và cộng sự năm 2015 với tỷ lệ bệnh nhân nhồi máu là 62,1% và bệnh nhân có cơn TIA trong nghiên cứu của chúng tôi là 12,19% thấp hơn so với nghiên cứu của Zaidat O.O và cộng sự, với tỷ lệ là 41,4% [6]. Sự khác biệt này do trong nghiên cứu của Zaidat O.O và cộng sự lựa chọn các bệnh nhân hẹp nội sọ có cơn TIA tồn tại trên 10 phút, trong khi nghiên cứu của chúng tôi chỉ chọn bệnh nhân hẹp nội sọ có từ 2 cơn trở lên điều trị với nội khoa không hiệu quả. Ngoài ra khoa đột quỵ 103 thuộc tuyến điều trị cuối thường tiếp nhận các bệnh nhân nặng, với những trường hợp cơn TIA được các tuyến trước khám và tư vấn điều trị dự phòng đột quỵ. Vì vậy tỷ lệ bệnh nhân TIA trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn so với nghiên cứu của Zaidat O.O và cộng sự. Trong nghiên cứu để tránh nguy cơ chảy máu chuyển dạng sau nhồi máu cũng như đánh giá khả năng kiểm soát các yếu tố nguy cơ đột quỵ chúng tôi thường để bệnh nhân sau khi bị đột quỵ trung bình là  $35 \pm 2,27$  ngày, trong nghiên cứu SAMMPRIS thời gia trung bình từ khi khởi phát đột quỵ đến khi được đặt stent là 7 ngày [8]. Điểm NIHSS trung bình  $6,47 \pm 0,89$

điểm và điểm mRS trung bình  $1,21 \pm 0,38$  điểm của nhóm nghiên cứu biểu hiện mức độ lâm sàng trước đặt stent nặng hơn so với nghiên cứu VISSIT với NIHSS trung bình  $1,9 \pm 2,4$  điểm [6]. Tỷ lệ bệnh nhân hẹp động mạch nội sọ thuộc tuần hoàn não trước trong nghiên cứu của chúng tôi chiếm phần lớn so với tuần hoàn não sau. So với nghiên cứu SAMMPRIS (với tỷ lệ là 38,7%) [8] thì tỷ lệ bệnh nhân hẹp nội sọ thuộc tuần hoàn não sau của chúng tôi cũng ít hơn (có tỷ lệ 4,88%). Lý do trong nghiên cứu của chúng tôi những bệnh nhân có hẹp động mạch đốt sống 1 bên, bên còn lại đủ tốt đảm bảo lưu lượng tuần hoàn tưới máu cho hệ tuần hoàn não sau chúng tôi không thực hiện kỹ thuật. Mặt khác hẹp động mạch nền chúng tôi gặp thường phức tạp lan tỏa nhiều vị trí, nguy cơ thất bại trong thực hiện kỹ thuật chúng tôi cũng không lựa chọn thực hiện đặt stent.

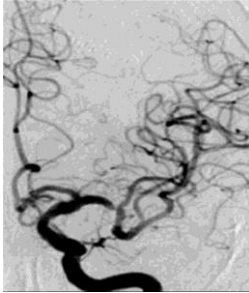
**Bảng 3. Kết quả điều trị**

Tiêu chí đánh giá	Thông số
Mức độ hẹp sau can thiệp (X±SD) (%)	21,19 ± 8,32
Thất bại khi thực hiện kỹ thuật n (%)	1 (2,44)
Chảy máu não n (%)	1(2,44)

Lóc tách động mạch n (%)	2 (4,88)
Tử vong n (%)	0 (0,0)
Nhồi máu não trong thời gian theo dõi trung bình 14,92 tháng n (%)	1 (2,44)

Kết quả đặt stent động mạch nội sọ với mức độ hẹp sau can thiệp là  $21,19 \pm 8,32\%$ , so với thử nghiệm lâm sàng WEAVE đặt stent ở bệnh nhân có hẹp động mạch nội sọ với mức độ hẹp sau đặt stent là  $28,34 \pm 16,90\%$ . Mặc dù thời gian nong bóng trong thử nghiệm lâm sàng WEAVE dài hơn, áp lực cao hơn (trong thử nghiệm lâm sàng WEAVE, tác giả cũng sử dụng bóng Gateway và stent Wingspan).

Thất bại trong thực hiện kỹ thuật của chúng tôi 1 trường hợp, trong giai đoạn đầu triển khai kỹ thuật đặt stent cho hẹp nội sọ. Bệnh nhân hẹp động mạch não giữa sát đoạn phân chia M1 thành M2, và động mạch M2 gấp khúc so với động mạch M1, khó khăn khi đẩy đầu stent Gateway vào M2, nguy cơ tổn thương mạch nên chúng tôi dừng kỹ thuật sau khi đã nong bóng, đây cũng là trường hợp sau này trong quá trình theo dõi chụp CTA 128 lớp thấy tái hẹp nhiều hơn so với các trường hợp được đặt stent.



**Hình 1.** Bệnh nhân Nguyễn Thị H, 61 tuổi, hẹp động mạch não giữa trái đoạn M1 sát M2, không thể tiến hành kỹ thuật khi đưa stent vào đoạn M2

Tai biến khi thực hiện kỹ thuật, chảy máu não chúng tôi gặp 1 trường hợp khi đặt stent cho hẹp động mạch não giữa đoạn M1 phải, sau can thiệp phát hiện tình trạng lâm sàng xấu hơn, chụp CT sọ não thấy ổ máu tụ thùy thái dương bán cầu phải. Theo Suh D.C và cộng sự, chảy máu não khi can thiệp đặt stent trong trường hợp hẹp nội sọ thường do tổn thương mạch máu khi nong bóng, hội chứng tái tưới máu sau đặt stent hoặc do vi dây dẫn chọc thủng mạch máu [7]. Bệnh nhân này do ổ máu tụ không thuộc vị trí đặt stent, huyết áp được kiểm soát tốt, đây là bệnh nhân trong giai đoạn đầu thực hiện kỹ thuật nên chúng tôi cho rằng khi đưa vi dây dẫn lên qua vị trí hẹp, việc kiểm soát đầu vi dây dẫn không tốt làm tổn thương mạch máu. Đây cũng là nguyên nhân có thể hạn chế được khi kinh nghiệm thực hiện kỹ thuật viên tốt hơn. Bệnh nhân được kiểm soát huyết áp, cắt aspirin. Bệnh nhân ra viện với tình trạng liệt nửa người trái, mRS = 3.

Nếu không tính trường hợp tai biến khi thực hiện kỹ thuật, chúng tôi không gặp biến chứng chảy máu não. Trong thử nghiệm lâm sàng SAMMPRIS, với tỷ lệ chảy máu não trong 30 ngày sau can thiệp là 4,5%, nhóm điều trị nội khoa là 0,4% [8]. Trong thử nghiệm lâm sàng SAMMPRIS các bệnh nhân sau đột quỵ trung bình 7 ngày đã được đặt stent, trong nghiên cứu của chúng tôi các bệnh nhân sau đột quỵ 30 ngày mới được đặt stent, ngoài ra thử đối tượng nghiên cứu của chúng tôi là người Việt Nam, với hiện tượng "East Asian paradox" cũng là yếu tố góp phần làm tỷ lệ biến cố chảy máu não ít hơn.

Lóc tách động mạch chúng tôi gặp 2 trường hợp, trong đó có 1 trường hợp lóc tách động mạch não giữa bên phải. Bệnh nhân hẹp khúc động mạch não giữa phải, khi nong bóng lần 1 còn hẹp nhiều nên tiếp tục nong bóng lần 2, gây lóc tách động mạch, bệnh nhân được đặt stent, kết quả ra viện tốt. Một bệnh nhân lóc tách động mạch chậu phải, khi tiến hành kỹ thuật thành công, chụp kiểm tra các động mạch, phẫu thuật viên phụ đưa ống thông chẩn đoán lên làm lóc tách động mạch chậu, trường hợp này chúng tôi tiến hành đặt stent động mạch chậu kết hợp. Trong thử nghiệm WEAVE, tác giả cho rằng để hạn chế lóc tách động mạch, vỡ mạch máu, hay màng vừa xơ vỡ, di chuyển gây vùi tắc các nhánh động mạch thì không nên bơm tối đa áp lực bóng cho phép. Trong nghiên cứu của chúng tôi các bệnh nhân chỉ nong tối đa áp lực 6 atm là phù hợp.

Kết quả nghiên cứu không có bệnh nhân tử vong, nhồi máu não trong thời gian theo dõi trung bình ở 41 bệnh nhân là 14,92 tháng có 1 trường hợp không thuộc vùng chi phối động mạch được đặt stent. Bước đầu cho thấy hiệu quả của đặt stent trong hẹp nội sọ hơn so với điều trị nội khoa hay can thiệp đặt stent trong các các nghiên cứu SAMMPRIS [8] hay VISSIT [6]. Sự khác biệt này do đối tượng nghiên cứu của chúng tôi là người Châu Á đáp ứng với thuốc chống ngưng tập tiểu cầu được cho là tốt hơn, các bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi đều có mức hẹp động mạch trên 70%, điều trị nội khoa không đáp ứng.

## V. KẾT LUẬN

Với bệnh nhân nhồi máu não hoặc cơn TIA điều trị nội khoa không hiệu quả, có hẹp động mạch nội sọ trên 70% một vị trí, dưới 15mm. Đặt stent kết hợp với kiểm soát tốt các yếu tố nguy cơ làm giảm đột quỵ tái phát so với điều trị nội khoa.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Feigin V.L., Norrving B., Mensah G.A. (2017), "Global Burden of Stroke", *Circ Res*, 120(3), pp. 439-448.
2. Wade S.S., Joey D.E., Johnston S.C. (2013), "Cerebrovascular Diseases", HARRISON'S TM NEUROLOGY IN CLINICAL MEDICINE, 3rd Edition, McGraw-Hill Education, pp. 256-294.
3. Coull A.J., Lovett J.K., Rothwell P.M. (2004), "Population based study of early risk of stroke after transient ischaemic attack or minor stroke: implications for public education and organisation of services", *Bmj*, 328(7435), pp. 326.
4. Kasner S.E., Chimowitz M.I., Lynn M.J. et al (2006), "Predictors of ischemic stroke in the territory of a symptomatic intracranial arterial stenosis", *Circulation*, 113(4), pp. 555-63.
5. Man B.L., Fu Y.P. (2014), "Concurrent stenoses: A common etiology of stroke in Asians", *World Journal of Clinical Cases*, 2(6), pp. 201-205.
6. Zaidat O.O., Fitzsimmons B.-F., Woodward B.K. et al (2015), "Effect of a Balloon-Expandable Intracranial Stent vs Medical Therapy on Risk of Stroke in Patients With Symptomatic Intracranial Stenosis: The VISSIT Randomized Clinical Trial", *JAMA*, 313(12), pp. 1240-1248.
7. Suh D.C., Kim J.K., Choi J.W. et al (2008), "Intracranial Stenting of Severe Symptomatic Intracranial Stenosis: Results of 100 Consecutive Patients", 29(4), pp. 781-785.
8. Chimowitz M.I., Lynn M.J., Derdeyn C.P. et al (2011), "Stenting versus Aggressive Medical Therapy for Intracranial Arterial Stenosis", 365(11), pp. 993-1003.

## ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ LẤY SỎI ỐNG MẬT CHỦ QUA NỘI SOI MẬT TỤY NGƯỢC DÒNG Ở BỆNH NHÂN CÓ TÚI THỪA TÁ TRÀNG

Nguyễn Công Long<sup>1</sup>, Nguyễn Thị Dân<sup>2</sup>

## TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Túi thừa quanh tá tràng (PAD) được xem là nguyên nhân liên quan đến sỏi ống mật chủ. Nghiên cứu của chúng tôi nhằm đánh giá sỏi ống mật chủ liên quan với túi thừa tá tràng ảnh hưởng đến thành công của kỹ thuật lấy sỏi qua chụp mật tụy ngược dòng (ERCP). **Đối tượng và phương pháp:** 60 bệnh nhân sỏi ống mật chủ được tiến hành ERCP có túi thừa quanh papilla từ tháng 7 năm 2019 đến tháng 9 năm 2020. Trong đó 30 bệnh nhân sỏi ống mật chủ có túi thừa tá tràng, và 30 bệnh nhân không có túi thừa tá tràng được đưa vào nghiên cứu. **Kết quả:** Kết quả nghiên cứu cho thấy có sự khác biệt về thời gian thực hiện kỹ thuật ERCP giữa hai nhóm ( $41.0 \pm 13.7$  phút ở nhóm có túi thừa so với  $35.2 \pm 12.0$  phút ở nhóm chứng). Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa nhóm có túi thừa và nhóm không có túi thừa về khả năng lấy hết sỏi (77 % cho cả hai nhóm), 70 % ở nhóm có túi thừa so với 84 % ở nhóm chứng. Tỷ lệ biến chứng sau can thiệp tương tự ở hai nhóm. **Kết luận:** Nghiên cứu cho thấy túi thừa quanh papilla không ảnh hưởng đến kỹ thuật cũng như tai biến sau ERCP.

**Từ khóa:** ERCP, sỏi ống mật chủ, túi thừa

## SUMMARY

### COMMON BILE DUCT STONE ASSOCIATION OF PERIAMPULLARY DUODENAL DIVERTICULAR WITH TECHNICAL

<sup>1</sup>Trung tâm tiêu hóa gan mật bệnh viện Bạch mai

<sup>2</sup>Bệnh viện huyện Văn Giang, Hưng yên

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Công Long

Email: nguyenconglongbvbmbm@gmail.com

Ngày nhận bài: 19.11.2021

Ngày phản biện khoa học: 11.01.2022

Ngày duyệt bài: 19.01.2022

### SUCCESS OF ENDOSCOPIC RETROGRADE CHOLANGIOPANCREATOGRAPHY

**Objective:** Periapillary diverticula are thought to be associated with bile duct stones. Our study analysed the association of diverticula with bile duct stones and with the technical success of endoscopic retrograde cholangiopancreatography (ERCP). **Subjects and methods:** Sixty common bile duct (CBD) stone patients undergoing endoscopic retrograde cholangiopancreatography between July 2019 and September 2020 who were undergoing ERCP were prospectively entered into a database. Of these patients, 30 were found to have diverticula. The age-matched control group comprised 30 patients. **Results:** There was difference between the two groups with regard to time performance ERCP ( $41.0 \pm 13.7$  minutes in the diverticula group vs.  $35.2 \pm 12.0$  in the control group). There were no significant differences found between the diverticula group and the control group in terms of successful stone removal (77 % in both groups), 70 % in the diverticula group vs. 84 % in the control group. The incidence of complications was similar in the two groups. **Conclusions:** Diverticula did not cause any technical difficulties at ERCP or increase the risk of complications.

**Keywords:** ERCP, common bile duct gallstones, diverticulum

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nội soi mật - tụy ngược dòng lấy sỏi ống mật chủ được coi là phương pháp ưu việt nhất hiện nay, vì can thiệp qua đường tự nhiên, ít xâm phạm, thời gian can thiệp và nằm viện ngắn, tỉ lệ thành công cao, chăm sóc nhẹ nhàng, hồi phục nhanh và chi phí thấp. Túi thừa quanh nhú thường liên quan mật thiết với đoạn xa OMC và