

## 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 ± 13.7 phút ở nhóm có túi thừa so với 35.2 ± 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 ± 13.7 minutes in the diverticula group vs. 35.2 ± 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

ống tụy, chúng thường có cổ rộng. Những túi thừa nằm cạnh nhú tá lớn sẽ gây ảnh hưởng tới bóng gan – tụy, nhất là khi Papilla nằm trong túi thừa sẽ gây khó khăn cho việc đặt catheter (đây là một yếu tố góp phần làm kỹ thuật thất bại) hay dễ thủng khi cắt cơ vòng oddi. Đặc biệt nhiều tác giả nghiên cứu mối liên quan giữa túi thừa tá tràng (TTTT) với bệnh lý sỏi mật. Các tác giả đều cho rằng: TTTT phát hiện qua ERCP không phải là hiếm từ 16%-23% và thường liên quan với bệnh lý sỏi mật [1]. Các TTTT này nằm chủ yếu ở DII tá tràng gần bóng Vater. Các tác giả đều thấy những BN có TTTT thì có tỷ lệ sỏi mật cao hơn nhóm không có TTTT. Theo Zhen Sun tỷ lệ viêm tụy cấp hay gặp ở TTTT typ I là 62%, type II là 28%, không có sự khác biệt về tỷ lệ thành công thông nhú ở các type TTTT[2]. Theo Leivonen.M.K, Egawa nhóm TTTT có kích thước >2cm có tỷ lệ sỏi mật cao hơn nhóm TTTT<2cm[3]. Vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm hai mục tiêu: So sánh kết quả lấy sỏi ống mật chủ qua nội soi mật tụy ngược dòng ở bệnh nhân có túi thừa tá tràng và không có túi thừa tá tràng.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**Đối tượng:** 60 bệnh nhân được chẩn đoán ống mật chủ tại khoa tiêu hóa Bv Bạch Mai.

### **Các tiêu chuẩn lựa chọn:**

+ Lâm sàng: Có tam chứng Charcot điển hình hoặc không điển hình.

+ Cận lâm sàng: có hình ảnh sỏi ống mật chủ (SOMC) trên ít nhất một phương pháp chẩn đoán (Siêu âm/ CT scan).

+ Can thiệp lấy sỏi qua ERCP.

Các bệnh nhân lựa chọn được chia thành 2 nhóm can thiệp lấy sỏi:

+ Nhóm I: 30 bệnh nhân sỏi ống mật chủ có túi thừa tá tràng.

+ Nhóm II: 30 bệnh nhân sỏi ống mật chủ không có túi thừa tá tràng

**Phương pháp nghiên cứu:** Chỉ số nghiên cứu

- Đặc điểm sự phối hợp của sỏi OMC với: sỏi túi mật, sỏi trong gan.

- Mức độ nặng nhiễm trùng đường mật khi vào viện theo Tokyo 2018

- Đặc điểm về túi thừa tá tràng (TTTT) chia làm 3 loại:

Type I: Papilla nằm trong túi thừa

Type II: Papilla nằm cạnh túi thừa

Type III: Papilla nằm ngoài túi thừa

- Kết quả lấy sỏi:

+ Lấy hết sỏi: Chụp đường mật kiểm tra trước khi kết thúc thủ thuật không còn sỏi và siêu âm không còn sỏi trong lòng OMC.

+ Không lấy hết sỏi: chỉ lấy được 1 phần sỏi trong lòng OMC.

+ Không lấy được sỏi: không lấy được viên sỏi nào.

- Các kỹ thuật thực hiện: Cắt cơ vòng Oddi

Nong cơ vòng Oddi

Cắt phối hợp với nong cơ vòng Oddi

- Dụng cụ lấy sỏi sử dụng: Rọ, bóng, rọ phối hợp với bóng.

- Các tai biến và biến chứng:

+ Viêm tụy cấp sau NSMTND: nếu BN đau bụng và Amylase máu  $\geq 3$  lần so với giá trị bình thường (ở thời điểm 24h) sau khi thực hiện thủ thuật.

+ Chảy máu sau NSMTND: nếu BN có biểu hiện xuất huyết tiêu hóa trên lâm sàng và giảm Hb huyết.

+ Nhiễm trùng ngược dòng: sốt mới khởi phát trong vòng 24 – 48h sau thủ thuật.

+ Thủng tá tràng: đau bụng tăng, khám có phản ứng thành bụng, chụp phim có liềm hơi dưới vòm hoành.

- Thời gian hoàn thành thủ thuật: Tính từ khi đặt máy soi vào miệng BN, cho đến khi kết thúc thủ thuật.

- Thời gian nằm viện sau ERCP: là thời gian tính từ ngay sau khi làm ERCP đến lúc ra viện.

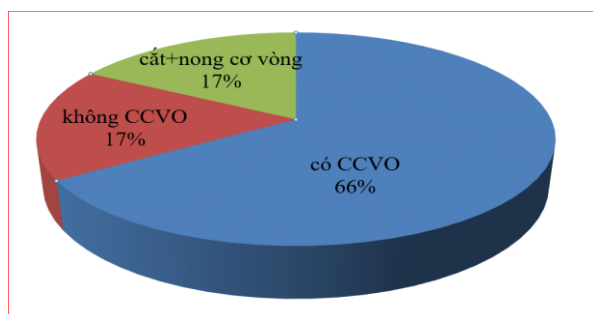
**Xử lý số liệu :** Sau khi thu thập đầy đủ các số liệu, quá trình xử lý được làm trên máy tính với phần mềm xử lý số liệu SPSS 16.0, tính hệ số tương quan r, giá trị P < 0,05 được xác định là mức khác biệt có ý nghĩa thống kê.

## III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

**Bảng 1. Kết quả lấy sỏi giữa 2 nhóm**

	Có TTTT (n=30)		Không TTTT (n=30)		Cả 2 nhóm (n=60)		P
Lấy hết sỏi	21	70%	25	84%	46	77%	0.555
Không lấy hết sỏi	5	17%	1	3%	6	10%	0.102
Không lấy được sỏi	4	13%	4	13%	8	13%	1.000

Tỷ lệ lấy hết sỏi chung của cả 2 nhóm là 77%, tỷ lệ lấy hết sỏi ở nhóm không có TTTT cao hơn nhóm có TTTT (84% với 70%). Tỷ lệ không lấy hết sỏi và không lấy được sỏi của nhóm có TTTT cao hơn nhóm không có túi thừa (30% với 16%). Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê.



**Biểu đồ 1. Kỹ thuật can thiệp cắt cơ vòng Oddi (CCVO)**

Số bệnh nhân được cắt cơ vòng Oddi lấy sỏi là 66%, tỷ lệ không cắt là 17% (P=0.00), cắt phối hợp với nong 66%.

**Bảng 2. Thời gian thực hiện kỹ thuật ERCP (phút)**

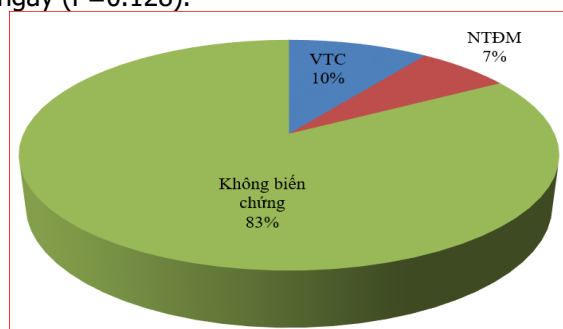
	Mean ± SD	P
Có TTTT	41.0 ±13.7	0.05
Không TTTT	35.2 ± 12.0	
Cả 2 nhóm	38.4 ±13.2	0.512
Type I	43.0 ±13.2	
Type II	43.0±13.6	
Type III	20.0 ± 0.00	

Thời gian thực hiện kỹ thuật chung cho cả 2 nhóm là 38.4 phút; thời gian trung bình thực hiện kỹ thuật ERCP lấy sỏi ở nhóm có TTTT là 41.0 phút cao hơn nhóm không có TTTT là 35.2 phút (P=0.05). Không có sự khác biệt thời gian can thiệp giữa các type túi thừa.

**Bảng 3. Thời gian nằm viện sau can thiệp ERCP (ngày)**

	Mean ± SD	P
Có TTTT(n=30)	3.7 ± 2.1	0.128
Không TTTT(n=30)	2.7 ± 2.6	
Cả 2 nhóm(n=60)	3.2 ± 2.4	

Thời gian nằm viện theo dõi sau can thiệp của cả 2 nhóm là 3.2 ngày. Và thời gian của nhóm có TTTT 3.7 ngày cao hơn nhóm không có TTTT 2.7 ngày (P=0.128).



NTĐM: nhiễm trùng đường mật  
VTC: viêm tụy cấp

**Biểu đồ 2. Biến chứng của kỹ thuật ERCP**

Tỷ lệ không biến chứng là 83%, tỷ lệ viêm tụy cấp 10%, nhiễm trùng đường mật là 7%. Không có biến chứng thủng tá tràng và chảy máu đường mật.

- Có 6 bệnh nhân bị biến chứng viêm tụy cấp thì có 4 bệnh nhân có TTTT.

- Có 4 bệnh nhân bị nhiễm trùng đường mật thì có 3 bệnh nhân có TTTT.

#### IV. BÀN LUẬN

Qua nghiên cứu 60 bệnh nhân chúng tôi thấy Tỷ lệ lấy hết sỏi là 77%, không lấy được sỏi là 13% (P=0.000), lấy được 1 phần sỏi 10%. Kết quả này không có sự khác biệt đáng kể so với các nghiên cứu khác. Avila-Funes J.A.và CS thấy tỉ lệ thành công nhóm cao tuổi là 76%, nhóm trẻ tuổi là 93%[4]. Nhưng trong nhóm sỏi OMC có túi thừa thì kết quả cho thấy không có sự khác biệt về tỷ lệ thành công giữa các type TTTT khác nhau. Có 36% số bệnh nhân được sử dụng cả bóng và rọ để lấy sỏi, 38% chỉ sử dụng bóng và thấp nhất là 26% chỉ sử dụng rọ đơn thuần. Số bệnh nhân được cắt cơ vòng Oddi là 66%, 17% không cắt trong đó đa số do bệnh nhân có tiền sử đã ERCP và đã cắt cơ vòng Oddi, 17% phối hợp cả cắt và nong cơ vòng. Theo dõi tái phát sỏi sau ERCP sử dụng bóng nong cơ vòng cho thấy 50% sỏi tái phát trong vòng 2,3 năm, 80% tái phát trong 5,3 năm và kích thước sỏi tái phát cũng lớn hơn lần can thiệp đầu[5]. Thời gian thực hiện kỹ thuật ERCP: Tính từ khi đặt máy soi vào miệng BN, đặt catheter bơm thuốc vào đường mật- tụy, xác định được sỏi trên màn hình huỳnh quang, thực hiện các kỹ thuật lấy sỏi cho đến khi kết thúc kỹ thuật. Kết quả thu được là: Thời gian thực hiện kỹ thuật chung cho cả 2 nhóm là 38.4 phút; thời gian trung bình thực hiện kỹ thuật ERCP lấy sỏi ở nhóm có TTTT là 41.0 phút dài hơn nhóm không có TTTT là 35.2 phút (P=0.05). Không có sự khác biệt về thời gian thực hiện kỹ thuật giữa các type TTTT. Thời gian nằm viện theo dõi sau can thiệp ERCP: thời gian chung của cả 2 nhóm là 3.2 ngày. Và thời gian của nhóm có TTTT 3.7 ngày cao hơn nhóm không có TTTT 2.7 ngày(P=0.128). Với nghiên cứu trên người cao tuổi, tác giả Shelat V.G. và CS<sup>92</sup> thấy phẫu thuật mở là 11,7±7,3 ngày, còn PTNS là 5,2±6,3 ngày[6].

#### V. KẾT LUẬN

Qua kết quả nghiên cứu 60 đối tượng 30 bệnh nhân sỏi OMC có TTTT và 30 bệnh nhân sỏi OMC không có TTTT chúng tôi rút ra kết luận sau: tỷ lệ thành công lấy sỏi qua chụp mật tụy ngược dòng cao. Không có sự khác biệt về tỷ lệ

thành công giữa nhóm sỏi ống mật chủ có túi thừa tá tràng và không có túi thừa tá tràng

### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Leivonen, M.K., J.A.** Halttunen, and E.O. Kivilaakso, Duodenal diverticulum at endoscopic retrograde cholangiopancreatography, analysis of 123 patients. *Hepatogastroenterology*, 1996. **43**(10): p. 961-6.
2. **Sun, Z., et al.**, Different Types of Periapillary Duodenal Diverticula Are Associated with Occurrence and Recurrence of Bile Duct Stones: A Case-Control Study from a Chinese Center. *Gastroenterol Res Pract*, 2016. **2016**: p. 9381759.
3. **Egawa, N., et al.**, The role of juxtaapillary

duodenal diverticulum in the formation of gallbladder stones. *Hepatogastroenterology*, 1998. **45**(22): p. 917-20.

4. **Chong, V.H., H.B. Yim, and C.C. Lim**, Endoscopic retrograde cholangiopancreatography in the elderly: outcomes, safety and complications. *Singapore Med J*, 2005. **46**(11): p. 621-6.
5. **Xu, L., et al.**, Endoscopic Sphincterotomy with Large Balloon Dilation versus Endoscopic Sphincterotomy for Bile Duct Stones: A Systematic Review and Meta-Analysis. *BioMed Research International*, 2015. **2015**: p. 673103.
6. **Shelat, V.G., V.J. Chia, and J. Low**, Common bile duct exploration in an elderly Asian population. *Int Surg*, 2015. **100**(2): p. 261-7.

## SỰ PHÂN BỐ VÀ TÍNH KHÁNG THUỐC CỦA TRỤC KHUẨN MỦ XANH TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH THANH HÓA NĂM 2020

Lê Văn Cường\*, Dương Quang Hiệp\*\*

### TÓM TẮT

Trực khuẩn mũ xanh (*Pseudomonas aeruginosa*) là một mầm bệnh cơ hội gây ra hầu hết các bệnh nhiễm trùng mạn tính ở người. **Mục đích:** Nghiên cứu này được thực hiện để xác định tỉ lệ nhiễm trùng và đặc điểm kháng kháng sinh của trực khuẩn mũ xanh từ các bệnh phẩm lâm sàng. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Mô tả cắt ngang được thực hiện tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Thanh Hóa từ tháng 1 đến tháng 8 năm 2020. Trực khuẩn mũ xanh được phân lập từ một số bệnh phẩm khác nhau tại Khoa Vi sinh. Phân lập, định danh và xác định mức độ nhạy cảm với các kháng sinh. **Kết quả:** 78 chủng *Pseudomonas aeruginosa*. Được phân lập chủ yếu từ nước tiểu, mủ, dịch vết thương, đờm, dịch hút khí quản và máu. 55,8% kháng với Cefotaxime, 53,3% kháng với Cefepime, 24,3% kháng với Piperacillin/Tazobactam. Nhiều nghiên cứu trước đây cho thấy các loại thuốc kháng sinh như Imipenem, Meropenem, Ciprofloxacin, Gentamicin, Amikacin và Tobramycin được cho là lựa chọn tốt, nhưng ở nghiên cứu này đã có sự gia tăng đề kháng các loại kháng sinh trên rất nhiều. Trước đây *Pseudomonas aeruginosa* hoàn toàn nhạy cảm với Colistin nhưng hiện tại đã kháng với tỉ lệ 8,3%. **Kết luận:** Việc theo dõi liên tục mức độ nhạy cảm với kháng sinh của *Pseudomonas aeruginosa* là điều cần thiết và cần có phác đồ điều trị hợp lý do bác sĩ lâm sàng kê đơn để hạn chế sự lan rộng của tình trạng kháng kháng sinh.

**Từ khóa:** Kháng kháng sinh; *Pseudomonas aeruginosa*.

\*Bệnh viện Đa khoa tỉnh Thanh Hoá

\*\*Phân hiệu Trường Đại học Y Hà Nội tại Thanh Hoá

Chịu trách nhiệm chính: Dương Quang Hiệp

Email: Duongquanghieptm@gmail.com

Ngày nhận bài: 19.11.2021

Ngày phản biện khoa học: 12.01.2022

Ngày duyệt bài: 21.01.2022

### SUMMARY

#### DISTRIBUTION AND ANTIBIOTIC RESISTANCE IN *P. AERUGINOSA* AT THANH HOA PROVINCE GENERAL HOSPITAL

*Pseudomonas aeruginosa* is an opportunistic pathogen that causes most chronic infections in humans. **Purposes:** This study was performed to determine the infection rate and antibiotic resistance characteristics of *pseudomonas aeruginosa* from the clinical specimens. **Subjects and methods:** Cross-sectional description was performed at Thanh Hoa General Hospital from January to August 2020. *Pseudomonas aeruginosa* is isolated from a number of different specimens at the Department of Microbiology Isolation, identification and determination of antibiotic sensitivity. **Results:** 78 strains of *Pseudomonas aeruginosa*. Isolated mainly from urine, pus, wound fluid, sputum, tracheal suction fluid and blood. That of 55,8% resistant to Cefotaxime, 53,3% resistant to Cefepime, 24,3% resistant to Piperacillin/Tazobactam. Many previous studies showed that antibiotics such as Imipenem, Meropenem, Ciprofloxacin, Gentamicin, Amikacin and Tobramycin had been thought to be good options, but in this study those which increased in resistance to antibiotics immensely. Previously, *Pseudomonas aeruginosa* was completely sensitive to Colistin but now the resistance 8,3%. **Conclusion:** Keeping continuously of monitoring to the antibiotic sensitivity of *Pseudomonas aeruginosa* is essential and reasonable and a need for being prescribed properly by the clinician to limit the spread of antibiotic resistance.

**Keywords:** Antibiotic resistance; *Pseudomonas aeruginosa*.

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đại dịch kháng kháng sinh toàn cầu tác động tới toàn bộ các bệnh nhân và nhân viên y tế. Đại dịch này được xem như là một thảm họa sinh thái.

Nhiều thuốc kháng sinh đã được đưa vào sử