

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ PHƯƠNG PHÁP NỘI SOI MẬT TUY NGƯỢC DÒNG Ở BỆNH NHÂN SỎI ỐNG MẬT CHỦ TẠI BỆNH VIỆN BẠCH MAI

Nguyễn Công Long¹, Lục Lê Long²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả của phương pháp nội soi mật ngược dòng (ERCP) ở bệnh nhân sỏi ống mật chủ. **Phương pháp nghiên cứu:** Mô tả cắt ngang có so sánh trước sau điều trị ERCP bệnh nhân sỏi ống mật chủ. **Kết quả:** Từ tháng 10/2016 đến tháng 08/2017 tại Khoa Tiêu hóa Bệnh viện Bạch Mai chúng tôi thu thập được 52 ca sỏi ống mật chủ đã can thiệp ERCP lấy sỏi. Tỷ lệ nam/nữ là 0,53. Tuổi trung bình là 60,7 tuổi, thấp nhất 30 tuổi và cao nhất 99 tuổi. Cải thiện có ý nghĩa tình trạng viêm đường mật và mức độ đau sau ERCP. Tình trạng gia tăng Bilirubin thuyên giảm có ý nghĩa sau can thiệp ERCP. Thời gian trung bình thực hiện thủ thuật ERCP là: 41.0±16.3 phút. Tỷ lệ can thiệp ERCP thành công sau lần 01 là 45 ca chiếm tỷ lệ 86,5%. Tỷ lệ biến chứng chung sau thủ thuật ERCP là 5,7%. **Kết luận:** Nội soi mật ngược dòng là một phương pháp can thiệp điều trị bệnh lý sỏi ống mật chủ mang lại kết quả tốt và an toàn.

Từ khóa: Nội soi mật ngược dòng; sỏi mật

SUMMARY

EVALUATE THE RESULTS OF ERCP PROCEDURE OF COMMON BILE DUCT PATIENTS IN BACH MAI HOSPITAL

Objectives: Evaluation of the results of Endoscopic Retrograde Cholangio Pancreatography on common bile duct stones patients. **Methods:** Cross-sectional description study. **Results:** From 10/2016 to 8/2017 at Bach Mai Gastroenterology Department, we performed 52 gallstones cases that interfered with ERCP. The ratio male/female is 0,53 with mean age 60,7. Improve the level of pain and cholangitis. Decrease the serum bilirubin. Average time to perform ERCP is 41.0 ± 16.3 minutes. The success rate of ERCP after the first was 45 cases, to be approximately 86.5%. The overall complication rate after ERCP was 5.7%. **Conclusion:** Endoscopic Retrograde Cholangio Pancreatography is an interventional method of treating gallstone disease resulting in good and safe life of the patients.

Key words: Endoscopic Retrograde Cholangio Pancreatography (ERCP); Bile stones.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sỏi mật là bệnh lý thường gặp ở nước ta hiện nay cũng như ở các nước đang phát triển trên

thế giới và là bệnh lý đặc trưng của các nước nhiệt đới[1],[2]. Đặc điểm dịch tễ học, sỏi mật đứng lượng thứ hai sau viêm gan các loại. Theo các thống kê thì 90% bệnh lý viêm đường mật nguyên nhân do sỏi. Sự tồn tại của sỏi có thể gây ra những biến chứng cấp tính ảnh hưởng nghiêm trọng tới tình trạng sức khỏe của bệnh nhân như: Viêm đường mật cấp, viêm tụy cấp, ung thư đường mật, tắc nghẽn đường mật cấp tính, sỏi kẹt cơ Oddi[2]. Chính vì vậy, trên thế giới cũng đã có rất nhiều phương pháp đưa ra để can thiệp lấy và điều trị bệnh lý sỏi mật như: Mở mổ, mổ nội soi hay lấy sỏi qua da[3],[4]. Với sự phát triển vượt bậc của ngành nội soi tiêu hóa can thiệp đã áp dụng một phương pháp điều trị đã mang lại nhiều thành công trong điều trị bệnh lý sỏi ống mật chủ và những biến chứng cấp tính mà chúng gây ra đó là nội soi mật tụy ngược dòng (ERCP)[5].

Phương pháp này được áp dụng rất phổ biến ở các nước trên thế giới với tỷ lệ thành công cao và ít biến chứng[6],[7],[8]. Tại Việt nam phương pháp này cũng áp dụng từ những năm 90 của thế kỷ XX. Riêng Bệnh viện Bạch Mai trong những năm gần đây cũng đã có nhiều thành công trong việc áp dụng ERCP cho những trường hợp bệnh nhân sỏi mật nhằm giải quyết tình trạng nguy hiểm đến tính mạng bệnh nhân do sỏi mật gây ra. Để đánh giá kết quả của phương pháp ERCP khi can thiệp bệnh lý sỏi mật nhóm nghiên cứu đã tiến hành làm sáng tỏ vấn đề qua đề tài: "Đánh giá kết quả của phương pháp can thiệp nội soi mật ngược dòng ở bệnh nhân sỏi mật tại bệnh viện Bạch Mai".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng: Nghiên cứu tổng số 52 bệnh nhân được chẩn đoán bệnh lý sỏi mật đã tiến hành can thiệp ERCP điều trị từ tháng 10/2016 đến tháng 08/2017 tại Khoa Tiêu hóa Bệnh viện Bạch Mai. Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân: Bệnh nhân trên 18 tuổi đồng ý tham gia vào nghiên cứu được chẩn đoán có bệnh lý sỏi mật: Viêm tụy cấp do sỏi, nhiễm trùng đường mật do sỏi, sỏi kẹt cơ Oddi, tắc mật cấp do sỏi ống mật đã can thiệp ERCP lấy sỏi mật. Loại trừ bệnh nhân có túi thừa thực quản lớn, hẹp thực quản, hẹp tâm vị, hẹp môn vị, Zenker, tiền sử mổ cắt dạ dày, suy tim giai đoạn cuối, suy thận giai đoạn

¹Bệnh Trung tâm Tiêu hóa-Gan mật, bệnh viện Bạch Mai

²Bệnh viện đa khoa Trung Ương Thái Nguyên

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Công Long

Email: nguyenconglongbvb@gmail.com

Ngày nhận bài: 15.2.2022

Ngày phản biện khoa học: 29.3.2022

Ngày duyệt bài: 5.4.2022

cuối, khó thở vì bất cứ nguyên nhân gì chưa kiểm soát, rối loạn đông máu nặng chưa điều chỉnh, có biến chứng thủng mật phúc mạc hay viêm phúc mạc mật do sỏi mật, không đồng ý can thiệp ERCP hoặc được can thiệp ERCP nhưng nguyên nhân không phải sỏi mật.

Phương pháp: Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang có so sánh trước sau. Phương pháp thu thập số liệu: Thu thập thông tin nghiên cứu theo mẫu bệnh án nghiên cứu tại các thời điểm trước can thiệp ERCP, sau can thiệp 01 ngày, sau can thiệp 03 ngày và sau can thiệp 30 ngày, so sánh trước sau theo các chỉ số nghiên cứu. Phương tiện nghiên cứu: Xét nghiệm CTM, SHM, đông máu cơ bản, nhóm máu, Siêu âm, CT-Scanner, điện tim, hệ thống Máy C-arm, máy nội soi mật tụy ngược dòng cửa sổ bên, các loại

dụng cụ can thiệp: dao, rọ, bóng thông, stent đường mật, thuốc cản quang, bệnh án nghiên cứu. Phương pháp tiến hành: Chuẩn bị bệnh nhân, chuẩn bị dụng cụ, tiến hành thủ thuật, điều trị sau nội soi mật ngược dòng lấy sỏi.

Cỡ mẫu: Tính theo cỡ mẫu thuận tiện: Trong thời gian nghiên cứu cỡ mẫu bao gồm 52 bệnh nhân đủ điều kiện và đồng ý tham gia vào nghiên cứu chúng tôi thu thập số liệu theo mẫu bệnh án nghiên cứu để tiến hành phân tích số liệu.

Xử lý số liệu: Số liệu thu thập được xử lý theo phương pháp thống kê y học với phần mềm SPSS 20.0 version. Các kết quả nghiên cứu được thể hiện dưới dạng số lượng, giá trị trung bình tỷ lệ phần trăm và so sánh hai giá trị. Giá trị $P < 0,05$ là được xác định là sự khác biệt có ý nghĩa thống kê.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1 Đặc điểm chung của bệnh nhân. Tổng số có 52 đối tượng tham gia nghiên cứu, tuổi trung bình là $60,7 \pm 18,3$. Thấp nhất là 30 tuổi, cao nhất là 99 tuổi.

Bảng 1: Đặc điểm chung của các đối tượng tham gia nghiên cứu

Đặc điểm	n (ca)	Tỷ lệ (%)	Đặc điểm	n (%)	Tỷ lệ (%)	
Nam	18	34.6	Tuổi	≤ 30	01	2,0
Nữ	34	5.4		31 - 50	15	28,8
				51 - 70	19	36,5
				71 - 90	14	26,9
				> 90	03	5,8
Tổng	52	100	Tổng	52	100	

Nhận xét: Tỷ lệ nam/nữ: 0,53. Trong nghiên cứu nhóm tuổi 51 đến 70 có 19 ca chiếm tỷ lệ cao nhất 36,5%. Nhóm tuổi 31 đến 50 có 15 ca chiếm tỷ lệ 28,8%. Nhóm tuổi 71 đến 90 có 14 ca chiếm tỷ lệ 26,9%.

3.2. Cải thiện triệu chứng lâm sàng trước và sau can thiệp ERCP

Bảng 2: Cải thiện triệu chứng đau và sốt

Triệu chứng lâm sàng	Trung bình ± Độ lệch chuẩn		p
	Trước ERCP	Sau 01 ngày	
Mức độ đau (Thang điểmVAS)	7.02±1.85	1.42±1.04	P=0,000
Sốt (t°)	38.2±1.0	37.1±0.4	P=0,000

Nhận xét: Mức độ đau trung bình trước ERCP là 7.02 ± 1.85 , sau khi can thiệp 01 ngày: 1.42 ± 1.04 . Giá trị sốt trung bình trước can thiệp ERCP là: 38.2 ± 1.0 , sau can thiệp 01 ngày là: 37.0 ± 0.3 . Tình trạng đau và sốt được cải thiện sau can thiệp ERCP so với trước can thiệp khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p = 0.000$.

3.3. Cải thiện triệu chứng cận lâm sàng trước và sau can thiệp ERCP

Bảng 3: Cải thiện bilirubin máu trong nhóm bệnh nhân có tăng bilirubin

Đặc điểm	Bilirubin toàn phần (mmol/l)		p
	Trước ERCP	Sau 03 ngày	
Trung bình ± Độ lệch chuẩn	74.0±52.8	29.1±24.4	P=0.000

Nhận xét: Tình trạng tăng Bilirubin trước can thiệp có trung bình 74.0 ± 52.8 mmol/l, sau can thiệp 03 ngày tình trạng tăng có giá trị trung bình là 29.1 ± 24.4 mmol/l. Mức độ cải thiện tình trạng tăng Bilirubin sau can thiệp so với trước can thiệp khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p = 0,000$.

3.4 Thời gian hoàn thành thủ thuật ERCP

Bảng 4: Thời gian hoàn thành thủ thuật

Thời gian hoàn thành thủ thuật	n (ca)	Trung bình ± Độ lệch chuẩn (phút)	Tỷ lệ (%)
< 30 phút	16	23.7±5	30,77

30- 60 phút	30	44.0±9	57,70
60-90 phút	06	71.7±5.6	11,53
>90 phút	00	00	00
Tổng	52	41±16.3	100

Nhận xét: Thời gian hoàn thành thủ thuật dưới 30 phút 16 ca, chiếm tỷ lệ 30,77%. Thời gian từ 30 phút đến 60 phút 30 ca chiếm tỷ lệ 57,7%. Có 06 ca thực hiện từ 60 đến 90 phút chiếm tỷ lệ 11,53%. Không ca nào thực hiện lớn hơn 90 phút. Thời gian trung bình thực hiện thủ thuật ERCP là: 41.0±16.3 phút.

3.5 Phương pháp can thiệp qua nội soi mật ngược dòng

Bảng 5: Phương pháp can thiệp

Phương pháp	n (ca)	Tỷ lệ (%)	Kết quả (n) ERCP lần 01	Tỷ lệ (%)
Cắt cơ Oddi, Lấy hết sỏi, đặt stent	21	40,4	45	86,5
Cắt cơ Oddi, Lấy hết sỏi	22	42,3	Thành công	
Nong cơ Oddi lấy hết sỏi có đặt stent	02	3,8	7	
Không lấy được sỏi	03	5,8	ERCP thì 2	13,5
Lấy sỏi 1 phần, Đặt stent	04	7,7		

Nhận xét: Phương pháp can thiệp ERCP thành công trong lần lấy đầu tiên là 45 ca chiếm tỷ lệ 86,5%. Trong đó: Cắt cơ Oddi lấy hết sỏi và đặt stent 21 ca chiếm tỷ lệ 40,4%; Cắt cơ Oddi lấy hết sỏi 22 ca chiếm tỷ lệ 42,3%; Nong cơ Oddi lấy hết sỏi có đặt stent 02 ca chiếm tỷ lệ 3,8%. Tỷ lệ còn sót sỏi sau lần can thiệp ERCP đầu tiên 07 ca chiếm tỷ lệ 13,5%.

3.6 Tỷ lệ các tai biến

Bảng 6: Tỷ lệ các tai biến

Tai biến	n (ca)	Tỷ lệ (%)
Viêm tụy cấp sau ERCP	02	3,8
Chảy máu	01	1,9
Thủng tá tràng	00	00
Viêm đường mật	00	00
Tổng	3	5,7

Nhận xét: Tỷ lệ tai biến chung là 03 ca chiếm 5,7 %. Trong đó viêm tụy 02 ca (3,8 %), chảy máu 01 ca (1,9 %).

IV. BÀN LUẬN

Qua nghiên cứu 52 bệnh nhân chúng tôi thấy chủ yếu gặp sỏi mật ở nữ với tỷ lệ nam/nữ: 0,53. Trong khi đó nghiên cứu của La Văn Phương (2012) lại có tỷ lệ nam cao hơn nữ với Nam/nữ:1,33, sự khác biệt này có thể do cỡ mẫu nhỏ và có sự khác nhau về vùng miền nghiên cứu. Trong nghiên cứu nhóm tuổi 51 đến 70 có 19 ca chiếm tỷ lệ cao nhất 36,5%. Nhóm tuổi 31 đến 50 có 15 ca chiếm tỷ lệ 28,8%. Nhóm tuổi 71 đến 90 có 14 ca chiếm tỷ lệ 26,9%. Độ tuổi mắc bệnh trung bình là 60,7 tuổi, thấp nhất 30 tuổi và tuổi cao nhất được can thiệp là 99 tuổi. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng tương tự như nghiên cứu của Đào Xuân Cường (2015) với độ tuổi trung bình là 64, thấp nhất là 29 và cao nhất là 99, Suissa A và cộng sự (2005) độ tuổi trung bình 63,4. Mức độ đau trung bình tính theo thang điểm VAS trước ERCP là 7.02±1.85. Sau can thiệp mức độ đau trung bình sau 01 ngày là 1.42±1.04. Cải thiện có ý nghĩa thống kê với

$p=0,000$. Điều này nói lên rằng triệu chứng đau do sỏi mật gây ra cho bệnh nhân khi có sự tắc nghẽn đã được cải thiện và mang lại cảm giác dễ chịu hơn cho bệnh nhân sau can thiệp ERCP, với mức độ đau chỉ từ có cảm giác tức nhẹ bụng đến hơi đau âm ỉ vùng quanh rốn hay góc tá tụy. Mục tiêu khi áp dụng ERCP để can thiệp lấy sỏi cũng là giảm tối đa cảm giác đau sau khi phẫu thuật của các phương pháp phẫu thuật kinh điển. Nội soi mật ngược dòng còn hỗ trợ tối đa làm giảm tình trạng viêm đường mật do sỏi gây ra thông qua giá trị sốt trung bình trước can thiệp ERCP là: 38.2±1.0. Giá trị sốt trung bình sau can thiệp tại thời điểm 01 ngày là: 37.1±0.4. Một tác dụng quan trọng khác của ERCP là cải thiện nhanh chóng tình trạng tắc nghẽn đường mật gây tăng Bilirubin cũng được thể hiện trong nghiên cứu là tình trạng tăng Bilirubin trước can thiệp có trung bình 74.0±52.8 $\mu\text{mol/l}$ và sau can thiệp 03 ngày tình trạng tăng Bilirubin cải thiện rõ ràng khi có giá trị trung bình là 29.1±24.4 $\mu\text{mol/l}$ với mức độ tin cậy $p=0,000$. Nghiên cứu này cũng có kết quả tương tự như nhiều nghiên cứu khác trên thế giới như Liu Y1 và cs(2010) với nồng độ bilirubin toàn phần giảm sau can thiệp 01 tuần từ 221.89 +/-64.70 $\mu\text{mol/L}$ xuống 156.0 +/- 32.2 $\mu\text{mol/L}$.

Tỷ lệ lấy sỏi thành công trong lần đầu can thiệp ERCP trong nghiên cứu của chúng tôi là 45 ca chiếm tỷ lệ 86,5%, 07 ca còn sót sỏi sau can thiệp chiếm tỷ lệ 13,5% nguyên nhân là do sỏi có kích thước quá lớn trên 03cm và nhiều viên sỏi trong đường mật. Chúng tôi đã tiến hành đặt stent đường mật để cải thiện triệu chứng và tạo

điều kiện thuận lợi cho lấy sỏi lần 2. Mức độ thành công trong nghiên cứu của chúng tôi cũng tương đương với những nghiên cứu trên thế giới như swiss và cộng sự (2005) là 92%, nghiên cứu trong nước như của La Văn Phương là 85,7% và cao hơn so với nghiên cứu của Đào Xuân Cường(2015) với tỷ lệ thành công 78%. Thời gian trung bình thực hiện thủ thuật ERCP là: 41.0±16.3 phút. Ca nhanh nhất là 15 phút, ca lâu nhất là 78 phút. Điều này chỉ rõ sự thành thạo và chuyên nghiệp của Ekip làm can thiệp với những thủ thuật như: Cắt cơ Oddi lấy hết sỏi và đặt stent 21 ca chiếm tỷ lệ 40,4%; Cắt cơ Oddi lấy hết sỏi không đặt stent 22 ca chiếm tỷ lệ 42,3%; Nong cơ Oddi lấy hết sỏi có đặt stent 02 ca chiếm tỷ lệ 3,8%.

Trong quá trình nghiên cứu chúng tôi gặp biến chứng chung là 03 ca chiếm 5,7%. Trong đó viêm tụy 02 ca (3,8%), chảy máu 01 ca (1,9%). Tương đương với các nghiên cứu của Wang và cộng sự (2009) là 7,92%, thấp hơn nghiên cứu của Vandervoort J và cộng sự (2002) là 11,2% và swiss và cộng sự (2005) là 9%.

V. KẾT LUẬN

Nội soi mật ngược dòng là một phương pháp can thiệp điều trị sỏi mật có hiệu quả trong việc giảm mức độ đau, cải thiện tình trạng nhiễm

khẩn, tạo sự lưu thông đường mật tránh gây tắc nghẽn, an toàn và tỷ lệ thành công cao.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **La Văn Phương (2012)**. Đánh giá kết quả nội soi mật-tụy ngược dòng (ercp) sớm trong điều trị sỏi ống mật chủ có biến chứng tại bệnh viện y học thành phố Hồ Chí Minh. **16**(3).
2. **Đào Xuân Cường (2015)**. Đánh giá hiệu quả của kỹ thuật nội soi mật tụy ngược dòng trong điều trị cấp cứu sỏi đường mật có biến chứng. Y học thành phố Hồ Chí Minh. **19**(5).
3. **Đặng Việt Dũng, Lê Văn Luận, Triệu Triều Dương (2012)**. Đánh giá kết quả phẫu thuật mở ống mật chủ lấy sỏi đường mật chính tại bệnh viện Trưng vương Thành phố Hồ Chí Minh. Y học Quân sự.
4. **Bùi Tuấn Anh (2011)**. Ứng dụng kỹ thuật mới tạo đường hầm nội soi tán sỏi đường mật xuyên qua da. Tạp chí y học Quân sự. Chuyên đề ngoại bụng. 41-44.
5. **Liu Y1, Meng J, Wang J, et al (2010)**. Repeated rendezvous treatment of PTBD and ERCP in patients with recurrent obstructive jaundice. Hepatogastroenterology.57(102-103).1029-33.
6. **Vandervoort J, Soetikno RM, Tham TC, et al (2002)**. Risk factors for complications after performance of ERCP. Gastrointest Endosc. **56**. 652-656.
7. **Wang P, Li ZS, Liu F, et al (2017)**. Risk factors for ERCP-related complications: a prospective multicenter study. Am J Gastroenterol.104. 31-40.
8. **Suissa A, Yassin K, Lavy A, et al (2005)**. Outcome and early complications of ERCP: a prospective single center study. Hepatogastroenterology.52. 352-355.

KẾT QUẢ PHẪU THUẬT CHẨN THƯƠNG CỘT SỐNG CỔ THẤP TRẬT CÀI DIỆN KHỚP KHÔNG LIỆT, LIỆT TỦY KHÔNG HOÀN TOÀN

Đình Thế Hưng¹, Nguyễn Hoàng Long¹, Vũ Văn Cường¹, Đình Ngọc Sơn²

TÓM TẮT

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả, tiến cứu, không đối chứng. **Mục tiêu:** Đánh giá kết quả điều trị phẫu thuật trong chấn thương cột sống cổ thấp trật cài diện khớp không liệt, liệt tủy không hoàn toàn tại bệnh viện Hữu nghị Việt Đức. **Tổng quan:** Chấn thương cột sống cổ thấp trật cài diện khớp tuy không thường gặp nhưng lại để lại những hậu quả nặng nề. Hiện nay có rất nhiều chiến lược nắn trật cài diện khớp khác nhau, như phẫu thuật đường trước đơn thuần, đường sau đơn thuần, đường trước sau, đường sau trước hay đường trước sau trước. Tuy nhiên hiệu quả của các phương pháp vẫn chưa được

đánh giá đầy đủ. **Phương pháp:** Đánh giá kết quả điều trị của 44 bệnh nhân được chẩn đoán chấn thương cột sống cổ thấp trật cài diện khớp không liệt, liệt tủy không hoàn toàn tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức từ 03/2018 đến 03/2021. **Kết quả:** Trong nghiên cứu, phương pháp mổ 2 đường hay được sử dụng nhất (50% bệnh nhân). Sau mổ, hầu hết các bệnh nhân đều có tiến triển tốt: trước mổ chủ yếu AIS B chiếm 56,8% thì sau mổ AIS B chỉ chiếm 29,5%. Đánh giá trên X quang sau mổ thấy có 81,8% bệnh nhân hết trật và 18,2% bệnh nhân còn trật độ I theo phân độ Meyerding. Về biến chứng sau phẫu thuật, chủ yếu là loét tì đè (54,5%). Mức độ nắn trật của phương pháp mổ 2 đường tốt hơn so với 2 phương pháp trên có ý nghĩa thống kê. **Kết luận:** Nghiên cứu của chúng tôi thấy rằng phẫu thuật mổ nắn trật cài diện khớp là phẫu thuật an toàn và hiệu quả. Trong đó phương pháp mổ 2 đường có khả năng nắn trật về giải phẫu tốt hơn 2 phương pháp trên có ý nghĩa thống kê.

¹Bệnh viện hữu nghị Việt Đức

²Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Đình Thế Hưng

Email: hungvllv@gmail.com

Ngày nhận bài: 14.2.2022

Ngày phản biện khoa học: 30.3.2022

Ngày duyệt bài: 6.4.2022

SUMMARY

SURGICAL TREATMENT IN LOWER