

NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN VIÊM TUY CẤP SAU NỘI SOI MẬT TUY NGƯỢC DÒNG LẤY SỎI ỐNG MẬT CHỦ

Nguyễn Hữu Khâm*, Dương Quang Huy**,
Lê Hữu Nhượng*, Phan Bá Danh*

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Nội soi mật tụy ngược dòng (ERCP) là một thủ thuật phức tạp, bên cạnh những lợi ích thì thủ thuật này cũng có nhiều biến chứng như chảy máu, thủng tá tràng, viêm tụy cấp (VTC)... Trong đó VTC là một trong những biến chứng sớm hay gặp sau ERCP, mức độ trầm trọng của VTC thể phụ nề đến thể hoại tử do liên quan nhiều yếu tố nguy cơ trước, trong can thiệp như: tuổi, giới, giải phẫu cơ Oddi, do can thiệp... **Mục tiêu:** Nhận xét một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của VTC và xác định một số yếu tố liên quan đến viêm tụy cấp sau can thiệp nội soi mật tụy ngược dòng lấy sỏi ống mật chủ (OMC). **Đối tượng và phương pháp:** Tiến cứu kết hợp hồi cứu trên 61 bệnh nhân (BN) có biến chứng VTC sau can thiệp ERCP lấy sỏi ống mật chủ từ 8/2020 - 7/2022 tại Bệnh viện quân y 354 và Bệnh viện Bạch Mai. **Kết quả:** Tuổi trung bình $63,4 \pm 17,8$ (từ 18-98 tuổi); Nam giới 54,1%, Nữ giới 45,9%. Lâm sàng: đau bụng vùng hạ sườn phải hoặc thượng vị (94,6%), sốt (52,2%), vàng da, niêm mạc (32,5%). Trên phim CT hoặc MRI đường mật: 1 viên sỏi (85,4%). Phần lớn sỏi có kích thước dưới 1 cm (74%), đường kính OMC từ 1-2 cm (82,7%). Có 42,1% bị viêm đường mật cấp tính với mức độ viêm nhẹ và vừa (95%), chỉ có 5% nặng. Nồng độ Amylase ở các bệnh nhân viêm tụy cấp khá cao, với trung vị là 529,3 U/l, giá trị lớn nhất ghi nhận được lên tới 5514 U/l. VTC trên nhóm viêm đường mật cấp tính (68,9%) cao hơn so với nhóm không có biến chứng này (36,1%) ($p < 0,05$). VTC trên nhóm có nong bóng là 65,6% và nhóm không nong bóng là 31% ($p < 0,05$), tỉ lệ VTC ở nhóm được đặt stent đường dẫn, viêm tụy cấp sau ERCP có sỏi ≥ 1 cm (67,2%) cao hơn nhóm có sỏi < 1 cm (16,8%) ($p < 0,05$). **Kết luận:** VTC là biến chứng sớm hay gặp nhất trong các biến chứng sau nội soi mật tụy ngược dòng (ERCP) lấy sỏi OMC.

Từ khoá: Nội soi mật tụy ngược dòng; Viêm tụy cấp; Sỏi ống mật chủ

SUMMARY

STUDY ON CLINICAL CHARACTERISTIC AND SOME RELATED FACTORS OF ACUTE PANCREATITIS AFTER ENDOSCOPIC RETROGRADE CHOLANGIO

*Bệnh viện quân y 354

**Học viên quân y, Bệnh viện quân y 103.

Chịu trách nhiệm chính: Lê Hữu Nhượng

Email: lehuunhuong@gmail.com

Ngày nhận bài: 27.6.2022

Ngày phản biện khoa học: 22.8.2022

Ngày duyệt bài: 29.8.2022

PANCREATOGRAPHY FOR REMOVAL OF COMMON BILE DUCT STONE

Introduction: ERCP is a complicated procedure with advantages but still makes complications such as bleeding, duodenal perforation, acute pancreatitis... In these, acute pancreatitis (AP) is one early complication very common after ERCP, serious degree of AP from oedema to necrosis related to factors before and during procedure such as age, sex, Oddi Sphincter anatomy, conventional factor... **Objectives:** Comment some clinical, paraclinical characteristics of acute pancreatitis, and confirmation some related factors to AP after ERCP for removal of CBD stone. **Subjects & Methods:** A combination of prospective and retrospective on 61 patients of AP after ERCP for removal of CBD stone from 8/2020 - 7/2022 at Military Hospital 354 and Bach Mai Hospital. **Results:** Mean age 63.4 ± 17.8 (18-98 y.o.); Male 54.1%, female 45.9%; Clinical symptoms: pain on right subcostal quadrant or epigastric (94.6%), fever (52.2%), jaundice (32.5%). CT and MRI: 1 stone (85.4%), almost size of stone < 1 cm (74%), CBD diameter 1-2cm: 82.7%. Acute cholangitis was 42.1% but almost light and mild (95%). Amylase high with mean concentration of 529.3 U/l (maximum 5514 U/l). Acute pancreatitis on group of acute cholangitis (68.9%) higher than group without this complication (36.1%) ($p < 0,05$). Acute pancreatitis in group with balloon stretching (65.6%) and group without technique (31%) ($p < 0,05$). The rate of AP after ERCP of group with guidewire stent and stone ≥ 1 cm (67.2%) higher than stone < 1 cm (16.8%) ($p < 0,05$). **Conclusion:** Acute pancreatitis is the most common early complication after ERCP for removal CBD stone.

Keywords: ERCP (Endoscopic Retrograde Cholangio Pancreatography); Acute pancreatitis; Common bile duct stone

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nội soi mật tụy ngược dòng (ERCP - Endoscopic retrograde cholangio - pancreatography) là một tiến bộ trong điều trị sỏi ống mật chủ cũng như bệnh lý u bóng vater [1]. Tuy nhiên thủ thuật có thể gây nên các biến chứng như viêm tụy cấp, thủng, xuất huyết đường mật, nhiễm trùng đường mật. Trong đó viêm tụy cấp là biến chứng phổ biến và nặng nề với tỷ lệ từ 5-12% với các yếu tố thuận lợi của viêm tụy cấp như nhiễm khuẩn đường mật, sỏi ống mật chủ có kích thước to, thời gian làm thủ thuật kéo dài, đưa nong đường dẫn (guidewire) vào ống tụy [2], [3]... Ở Việt Nam vấn đề đánh

giá đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và tìm hiểu những yếu tố nguy cơ viêm tụy cấp sau can thiệp ERCP lấy sỏi OMC còn ít được nghiên cứu. Vì vậy chúng tôi thực hiện đề tài với 2 mục tiêu:

1. *Nhận xét một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của viêm tụy cấp sau nội soi mật tụy ngược dòng lấy sỏi ống mật chủ.*

2. *Xác định một số yếu tố liên quan đến viêm tụy cấp ở bệnh nhân sau can thiệp nội soi mật tụy ngược dòng lấy sỏi ống mật chủ.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: 335 bệnh nhân trên 18 tuổi có sỏi OMC và có chỉ định lấy sỏi qua NSMTND tại Bệnh viện QY 354 và Bệnh viện Bạch mai, trong thời gian nghiên cứu từ 8/2020-7/2022.

- **Tiêu chuẩn lựa chọn:** Bệnh nhân (BN) được chẩn đoán sỏi OMC (có hay không kết hợp với sỏi túi mật và sỏi trong gan) có chỉ định lấy sỏi OMC qua ERCP. Tuổi > 18 và đồng ý tham gia nghiên cứu.

- **Tiêu chuẩn loại trừ:** BN có chống chỉ định với ERCP và bệnh nhân không đồng ý tham gia

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Bảng 1. Các chỉ số xét nghiệm ở bệnh nhân VTC sau khi ERCP

Các chỉ số xét nghiệm	Median	Khoảng giá trị	X ± SD
AST (U/l)	72,2	17-1116	160,7 ± 197,9
ALT (U/l)	89	13-593	134,6 ± 127,3
GGT (U/l)	216	11-1382	296,9 ± 306,5
Albumin (g/l)	36,2	24-91,7	37,2 ± 7,87
Creatinin (umol/l)	83	11,5-132,7	78,6 ± 21,4
Bilirubin (umol/L)	23,4	6,5-226,8	48,4 ± 50,4
Hồng cầu (T/l)	4,26	2,6-6,19	4,37 ± 0,7
Hb (g/l)	131	95-165	130,9 ± 14,34
Bạch cầu (G/l)	10,7	4,9-21,6	10,9 ± 3,74
%N	72,3	42,1-94	73,8 ± 10,4
Tiểu cầu (G/l)	235	108-623	270,2 ± 115,1
Glucose	6,8	4,45-29,2	7,88 ± 3,9
Amylase máu	529,3	40,1-5514	912,3 ± 905,9

Nhận xét: Nồng độ Amylase ở các bệnh nhân viêm tụy cấp khá cao, với trung vị là 529,3 U/l, giá trị lớn nhất ghi nhận được lên tới 5514 U/l.

- **Chẩn đoán theo tiêu chuẩn Cotton và CS năm 1991:** Có 65,6% bệnh nhân đủ tiêu chuẩn chẩn đoán viêm tụy cấp sau ERCP theo tiêu chuẩn nói trên.

3.2. Một số yếu tố nguy cơ viêm tụy cấp sau ERCP lấy sỏi ống mật chủ

Bảng 2. Liên quan giữa viêm tụy cấp sau ERCP với đặc điểm của sỏi và bệnh lý sỏi kèm theo

Đặc điểm		Viêm tụy cấp sau ERCP (n=61, %)	Không VTC sau ERCP (n=274, %)	p
Chẩn đoán sỏi	1 viên	33 (54,1)	253 (92,3)	p<0,05
	2 viên	26 (42,6)	18 (6,6)	
	≥ 3 viên	2 (3,3)	3 (1,1)	
Kích thước sỏi OMC	< 1 cm	20 (32,8)	228 (83,2)	p<0,05
	1-2cm	40 (65,6)	44 (16,1)	
	> 2 cm	1 (1,6)	2 (0,7)	
Vị trí sỏi OMC	OMC đoạn trong tá tràng	18 (29,5)	165 (60,2)	p<0,05
	OMC đoạn sau tụy	37 (60,7)	71 (25,9)	

- **Thiết kế nghiên cứu:** theo phương pháp mô tả cắt ngang, hồi cứu kết hợp tiền cứu, không đối chứng. Hồi cứu: từ tháng 8/2020 - 7/2021 và tiền cứu từ 8/2021 - 7/2022.

- **Xử lý số liệu:** Các số liệu xử lý theo các thuật toán thống kê y sinh học với phần mềm SPSS 16.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của viêm tụy cấp sau ERCP

- **Tuổi:** Bệnh nhân bị viêm tụy cấp sau nội soi mật tụy ngược dòng có độ tuổi trung bình là 63,1+17,3 tuổi, trong đó phần lớn là các bệnh nhân có tuổi trên 50, chiếm 77,1%, sau đó là nhóm bệnh nhân từ 31-50 tuổi chiếm 21,2%, nhóm tuổi dưới 30 có số lượng ít nhất chỉ chiếm 1,6%.

- **Giới:** Nam giới có tỉ lệ viêm tụy cấp sau ERCP cao hơn so với nữ giới, với tỉ lệ nam, nữ lần lượt là 54,6% và 45,4%.

- **Triệu chứng lâm sàng:** Đau thượng vị xuyên ra sau lưng trên 4 giờ và bí trung tiện là các triệu chứng thường gặp nhất, với tỉ lệ lần lượt là 83,6% và 70,5%, buồn nôn và nôn chiếm 21,3%.

	OMC đoạn sau tá tràng	5 (8,2)	34 (12,4)	
	OMC đoạn trên tá tràng	1 (1,6)	4 (1,5)	
Bệnh lý sỏi kèm theo	Sỏi túi mật	27 (44,3)	55 (20,1)	p<0,05
	Sỏi trong gan	4 (6,6)	14 (5,1)	p<0,05
Đường kính OMC	< 1cm	4 (6,6)	41 (15)	p<0,05
	1-2cm	50 (82)	227 (82,8)	
	>2 cm	7 (11,5)	6 (2,2)	

Nhận xét: Tỷ lệ sỏi từ 2 viên trở lên ở nhóm viêm tụy cấp sau ERCP cao hơn so với nhóm không có biến chứng này, với tỷ lệ lần lượt là 45,9% và 7,7%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p<0,05. Xét về kích thước sỏi, những bệnh nhân Viêm tụy cấp sau ERCP có sỏi từ 1cm trở lên chiếm 67,2% cao hơn nhóm không có biến chứng này là 16,8% (p<0,05).

- **Liên quan giữa VTC sau ERCP với các biện pháp can thiệp vào nhú:** Tỷ lệ cắt cơ Oddi ở cả hai nhóm đều tương đối cao (>95%). Bên cạnh đó, trong nhóm bệnh nhân có viêm tụy cấp sau ERCP có tỷ lệ được nong cơ Oddi bằng bóng cao hơn đáng kể so với nhóm không có biến chứng viêm tụy cấp sau can thiệp, với tỷ lệ lần lượt là 65,6% và 31% (p<0,05). Không có sự khác biệt về tỷ lệ nong cơ bằng bóng khí kết hợp với cắt giữa hai nhóm có và không có viêm tụy cấp (p>0,05).

Bảng 3. Liên quan giữa VTC sau ERCP với biện pháp lấy sỏi qua ERCP.

Biện pháp lấy sỏi qua ERCP	VTC sau ERCP	Không VTC sau ERCP	p
Lấy bằng bóng	49(80,3)	241(88)	p>0,05
Lấy bằng rọ	56 (91,8)	274 (90,1)	p>0,05
Tán sỏi cơ học	1 (1,6)	2 (0,7)	p>0,05
Sạch sỏi	27 (44,3)	203 (74,1)	p<0,05

Nhận xét: Không có sự liên quan về các biện pháp lấy sỏi qua ERCP tới viêm tụy cấp sau nội soi mật tụy ngược dòng lấy sỏi ống mật chủ (p>0,05). Bên cạnh đó, viêm tụy cấp sau ERCP có tỷ lệ sạch sỏi sau khi lấy thấp hơn so với nhóm không có biến chứng này (p<0,05).

- **Liên quan giữa VTC sau ERCP với biện pháp đặt stent đường dẫn mật:** Trong nhóm đối tượng VTC sau ERCP, tỷ lệ được đặt stent đường dẫn mật sau can thiệp thấp hơn so với nhóm không bị VTC sau ERCP (p<0,05).

- **Liên quan giữa viêm đường mật cấp tính với VTC sau ERCP**

Nhận xét: Có sự liên quan giữa viêm đường mật cấp tính với viêm tụy cấp sau ERCP. Những bệnh nhân có biến chứng viêm tụy cấp sau nội soi mật tụy ngược dòng có biểu hiện viêm đường mật cấp tính cao hơn so với nhóm không có biến chứng này, với tỷ lệ lần lượt là 68,9% và 36,1%

(p<0,05).

IV. BÀN LUẬN

- Về đặc điểm chung nhóm nghiên cứu.

Sỏi mật là bệnh phổ biến, tăng dần theo tuổi và phụ nữ có nguy cơ bị ảnh hưởng cao gấp đôi nam giới. Nghiên cứu của chúng tôi được thực hiện trên 335 bệnh nhân được chỉ định nội soi mật tụy ngược dòng lấy sỏi ống mật chủ. Bệnh nhân cao tuổi nhất là 98 tuổi, bệnh nhân ít tuổi nhất là 18 tuổi. Kết quả cho thấy các bệnh nhân có độ tuổi trung bình là 63,4 ± 17,8 tuổi, trong đó phần lớn là các bệnh nhân có tuổi trên 50, chiếm 77,6%, sau đó là nhóm bệnh nhân từ 31-50 tuổi, với 63 người, chiếm 18,8%, nhóm tuổi dưới có số lượng ít nhất, chỉ có 12 người, chiếm 3,6%. Các nghiên cứu khác trong nước và trên thế giới đều cho thấy đặc điểm về tuổi của bệnh nhân sỏi ống mật chủ tương tự với nghiên cứu của chúng tôi là sỏi ống mật chủ thường gặp ở bệnh nhân cao tuổi hơn. Nghiên cứu kết quả điều trị sỏi ống mật chủ bằng ERCP của Nguyễn Minh Tân trên 42 bệnh nhân có tuổi trung bình là 64, thấp nhất là 20 tuổi, cao nhất là 88 tuổi [4].

Về lâm sàng, trong nghiên cứu của chúng tôi, hầu hết các bệnh nhân có sỏi ống mật chủ đều có triệu chứng, trong đó đau bụng vùng hạ sườn phải hoặc thượng vị là triệu chứng thường gặp nhất, gây khó chịu khiến bệnh nhân phải nhập viện, trong 335 đối tượng được khảo sát thì 332 bệnh nhân (99,1%) vào viện vì lý do này, có 184 bệnh nhân (54,9%) vào viện do sốt và chỉ có 8 bệnh nhân (2,4%) do nước tiểu vàng đậm. Về triệu chứng cơ năng, tại thời điểm thăm khám, đau bụng vùng hạ sườn phải hoặc thượng vị là triệu chứng thường gặp nhất, với 317/335 đối tượng, chiếm 94,6%; sau đó đến triệu chứng sốt (sốt nóng, gai, rét run) thấy trên 175/335 bệnh nhân, chiếm 52,2%; triệu chứng nước tiểu vàng ít hơn, chỉ có 15 bệnh nhân (4,5%). Về triệu chứng thực thể, vàng da, niêm mạc là triệu chứng nhiều nhất quan sát được trong nhóm đối tượng nghiên cứu, với 109 bệnh nhân (chiếm 32,5%), gan to và túi mật to gặp với tỷ lệ thấp hơn (dưới 10%), xuất huyết dưới da chỉ gặp ở 1 trường hợp (0,3%). Trong nghiên cứu của Nguyễn Thị Ngọc Linh trên 111 bệnh nhân, triệu

chứng lâm sàng thường gặp là đau (chiếm 84.7%), sốt (chiếm 65.77%) và vàng da (chiếm 64.26%) [5]. Nồng độ Amylase ở các bệnh nhân viêm tụy cấp khá cao, với trung vị là 529,3 U/l, giá trị lớn nhất ghi nhận được lên tới 5514 U/l. Có 65,6% bệnh nhân đủ tiêu chuẩn chẩn đoán viêm tụy cấp sau ERCP theo tiêu chuẩn Cotton và CS năm 1991. Trong một nghiên cứu đa trung tâm tiềm năng của Chi-Liang Cheng trên 1115 bệnh nhân thực hiện thủ thuật ERCP, kết quả cũng tương tự chúng tôi, nghiên cứu cho thấy có 168 bệnh nhân bị viêm tụy cấp sau thủ thuật (15.1%)[6]. Các nghiên cứu sau có tỉ lệ biến chứng viêm tụy cấp sau ERCP thấp hơn nghiên cứu của chúng tôi. Trong nghiên cứu của Nguyễn Thị Ngọc Linh trên 111 bệnh nhân được ERCP lấy sỏi OMC, sau can thiệp có 9 bệnh nhân bị viêm tụy cấp (chiếm 5.4%)[5]. Nguyễn Công Long đánh giá kết quả điều trị sỏi ống mật chủ bằng phương pháp ERCP tại bệnh viện Bạch Mai cũng cho thấy có 5,7% các trường hợp tai biến, trong đó viêm tụy cấp sau ERCP là 3,8% và chảy máu 1,9% [7].

- Về xác định một số yếu tố liên quan của viêm tụy cấp sau ERCP lấy sỏi OMC. Tỉ lệ sỏi từ 2 viên trở lên ở nhóm viêm tụy cấp sau ERCP cao hơn so với nhóm không có biến chứng này, với tỉ lệ lần lượt là 45,9% và 7,7%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Xét về kích thước sỏi, những bệnh nhân viêm tụy cấp sau ERCP có sỏi từ 1 cm trở lên chiếm 67,2% cao hơn nhóm không có biến chứng này là 16,8% ($p < 0,05$).

Bên cạnh đó, những bệnh nhân viêm tụy cấp sau ERCP có bệnh lý sỏi kèm theo (sỏi túi mật, sỏi trong gan) cao hơn so với nhóm không có biến chứng này ($p < 0,05$). Mặt khác, đường kính ống mật chủ giữa hai nhóm cũng có sự khác biệt ($p < 0,05$), trong đó nhóm viêm tụy cấp sau ERCP có đường kính OMC dưới 1 cm thấp hơn và trên 2 cm cao hơn so với nhóm không có biến chứng này. nghiên cứu cũng cho thấy nhóm bệnh nhân có viêm tụy cấp sau ERCP có tỉ lệ được nong cơ Oddi bằng bóng cao hơn đáng kể so với nhóm không có biến chứng viêm tụy cấp sau can thiệp, với tỉ lệ lần lượt là 65,6% và 31% ($p < 0,05$). Trong một nghiên cứu tiền cứu đa trung tâm được tiến hành bởi ML Freeman cho thấy viêm tụy cấp xảy ra ở 131 trường hợp trong số 1963 trường hợp thực hiện thủ thuật ERCP với tỉ lệ biến chứng viêm tụy cấp là 6.7% và nong cơ Oddi bằng bóng có tỉ lệ viêm tụy cấp cao hơn với $OR = 4.5$ [8].

Trong nhóm đối tượng VTC sau ERCP, tỉ lệ được đặt stent đường dẫn mật sau can thiệp

thấp hơn so với nhóm không bị VTC sau ERCP ($p < 0,05$). Qiang Huang và các cộng sự đã thực hiện cuộc đánh giá trên 155 bệnh nhân bị sỏi ống mật chủ được phân ngẫu nhiên vào hai nhóm được đặt ống dẫn lưu đường mật và nhóm không được dẫn lưu đường mật, kết quả cho thấy tỉ lệ viêm tụy cấp sau ERCP lấy sỏi ở nhóm được đặt ống dẫn lưu đường mật thấp hơn đáng kể nhóm không được dẫn lưu, với tỉ lệ lần lượt là 1,28% và 10,4%[9]. Không có sự khác biệt giữa biện pháp đặt stent đường dẫn tụy và viêm tụy cấp sau nội soi mật tụy ngược dòng lấy sỏi ống mật chủ ($p > 0,05$). Nghiên cứu của trên 426 bệnh nhân chia làm 2 nhóm đặt stent tụy và không đặt stent tụy sau ERCP, kết quả cho thấy tỉ lệ bị viêm tụy cấp sau ERCP thấp hơn ở nhóm đặt stent dẫn tụy có ý nghĩa thống kê, với tỉ lệ lần lượt là 7,9% và 15,2% [10].

Có sự liên quan giữa viêm đường mật cấp tính với viêm tụy cấp sau ERCP. Những bệnh nhân có biến chứng viêm tụy cấp sau nội soi mật tụy ngược dòng có biểu hiện viêm đường mật cấp tính cao hơn so với nhóm không có biến chứng này, với tỉ lệ lần lượt là 68,9% và 36,1% ($p < 0,05$). Điều này có sự khác biệt với các nghiên cứu trên thế giới. Trong nghiên cứu của Akira Yamamiya về việc lấy sỏi ống mật chủ qua nội soi mật tụy ngược dòng ban đầu ở bệnh nhân viêm đường mật cấp tính cho thấy hiệu quả lấy sỏi cũng như các biến chứng viêm tụy cấp và chảy máu sau ERCP không có sự khác biệt giữa nhóm lấy sỏi ống mật chủ qua nội soi ban đầu và nhóm lấy sỏi qua nội soi trì hoãn khi mức độ nặng và việc sử dụng thuốc chống huyết khối được xem xét cẩn thận.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu tiến cứu kết hợp hồi cứu từ tháng 8/2020 đến tháng 7 năm 2022, tại Bệnh viện QY 354 và Bệnh viện Bạch mai chúng tôi thực hiện 335 bệnh nhân (BN) can thiệp nội soi mật tụy ngược dòng (ERCP) lấy sỏi ống mật chủ (OMC), trong đó có 61 BN có biến chứng viêm tụy cấp (VTC). Tuổi trung bình $63,4 \pm 17,8$ (từ 18-98 tuổi), Nam giới (54,1%), nữ giới (45,9%). Lâm sàng: đau bụng vùng hạ sườn phải hoặc thượng vị (94,6%;), sốt (52,2%) và vàng da, niêm mạc là triệu chứng nhiều nhất (32,5%). Trên phim CT hoặc MRI đường mật: 1 viên sỏi (85,4%). Phần lớn sỏi có kích thước dưới 1 cm (74%), 54,6% sỏi OMC đoạn trong tá tràng, đường kính OMC từ 1-2 cm (82,7%).

- Có 42,1% bị viêm đường mật cấp tính với mức độ viêm nhẹ và vừa (95%), chỉ có 5%

nặng. Nồng độ Amylase ở các bệnh nhân viêm tụy cấp khá cao, với trung vị là 529,3 U/l, giá trị lớn nhất ghi nhận được lên tới 5514 U/l.

- Viêm tụy cấp trên nhóm viêm đường mật cấp tính (68,9%) cao hơn so với nhóm không có biến chứng này (36,1%) ($p < 0,05$). VTC trên nhóm có nang bóng là 65,6% và nhóm không nang bóng là 31% ($p < 0,05$), tỉ lệ VTC ở nhóm được đặt stent đường dẫn. kích thước sỏi, viêm tụy cấp sau ERCP cổ sỏi ≥ 1 cm (67,2%) cao hơn nhóm có sỏi < 1 cm (16,8%) ($p < 0,05$).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Lâm Hiếu P.Đ.H. (2020)**, Tiến bộ trong chẩn đoán và điều trị sỏi mật, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
2. **Pekgöz M. (2019)**. Post-endoscopic retrograde cholangiopancreatography pancreatitis: A systematic review for prevention and treatment. World J Gastroenterol, 25(29), 4019–4042.
3. **ASGE Standards of Practice Committee, Anderson M.A., Fisher L. và cộng sự. (2012)**. Complications of ERCP. Gastrointest Endosc, 75(3), 467–473.
4. **Anh Tân, N., Hồng Thái, (2022)**. Kết quả điều trị sỏi ống mật chủ bằng kỹ thuật nội soi mật tụy ngược dòng tại bệnh viện đa khoa tỉnh Bắc Ninh. Tạp Chí Học Việt Nam 5112, 511(2), 53–56.
5. **Linh N. T. N, Ngoạn H. V. (2019)**. Đánh giá kết quả chăm sóc bệnh nhân sau lấy sỏi ống mật chủ qua nội soi mật tụy ngược dòng tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108. Tạp Chí Dược Lâm Sàng 108, Tập 14-Số 7, 18–26.
6. **Cheng C.-L., Sherman S., Watkins J.L. và cộng sự. (2006)**. Risk factors for post-ERCP pancreatitis: a prospective multicenter study. Am J Gastroenterol, 101(1), 139–147.
7. **Công Long, N, & Lê Long, L. (2022)**. Đánh giá kết quả phương pháp nội soi mật tụy ngược dòng ở bệnh nhân sỏi ống mật chủ tại bệnh viện Bạch Mai. Tạp Chí Y Học Việt Nam, 513(1), 62–65.
8. **Freeman M.L., DiSario J.A., Nelson D.B. và cộng sự. (2001)**. Risk factors for post-ERCP pancreatitis: a prospective, multicenter study. Gastrointest Endosc, 54(4), 425–434.
9. **Huang Q., Shao F., Wang C. và cộng sự. (2018)**. Nasobiliary drainage can reduce the incidence of post-ERCP pancreatitis after papillary large balloon dilation plus endoscopic biliary sphincterotomy: a randomized controlled trial. Scand J Gastroenterol, 53(1), 114–119.
10. **Sofuni A., Maguchi H., Mukai T. và cộng sự. (2011)**. Endoscopic pancreatic duct stents reduce the incidence of post-endoscopic retrograde cholangiopancreatography pancreatitis in high-risk patients. Clin Gastroenterol Hepatol Off Clin Pract J Am Gastroenterol Assoc, 9(10), 851–858; quiz e110.

TỈ LỆ HUYẾT THANH DƯƠNG TÍNH VỚI ẤU TRÙNG TOXOCARA CANIS VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN Ở BỆNH NHÂN ĐẾN KHÁM TẠI BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC TÂY NGUYÊN, NĂM 2021

Thân Trọng Quang¹, Trần Vũ Hòa², Nguyễn Trần Uyên Phương¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Giun đũa chó là một ký sinh trùng giun tròn thường thấy trong ruột của chó, có tên khoa học là *Toxocara canis*. Người bị nhiễm bệnh do tình cờ nuốt phải trứng có ấu trùng, sau khi vào cơ thể, các ấu trùng giun này sẽ được phóng thích, theo đường máu di chuyển đến các cơ quan khác nhau trong cơ thể như: gan, tim, phổi, não, cơ, mắt và hệ thần kinh trung ương, gây ra các triệu chứng như sốt, ho, gan to, viêm phổi hoặc các vấn đề về mắt rất nguy hiểm; được gọi là bệnh giun đũa chó. Ngày nay, do kỹ thuật ELISA đã được áp dụng rộng rãi trong các nghiên cứu để chẩn đoán. Tại Việt Nam cho thấy tỉ lệ nhiễm *Toxocara spp.* thay đổi tùy từng địa phương, như ở

miền Bắc là 58,7 - 74,9%; miền Nam từ 38,4 - 53,6%; ở miền Trung từ 13 - 50%. Để khảo sát về tỉ lệ nhiễm *Toxocara canis* là mảng đề tài mới, nhằm góp phần vào công tác phòng chống các bệnh ký sinh trùng một cách có hiệu quả chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài: "Tỉ lệ huyết thanh dương tính với ấu trùng *Toxocara canis* và một số yếu tố liên quan ở bệnh nhân đến khám tại bệnh viện Đại học Tây Nguyên, năm 2021". **Phương pháp:** Nghiên cứu được thực hiện tại Bệnh viện Đại học Tây Nguyên. Thời gian từ tháng 03 đến tháng 09 năm 2021. Đối tượng có 400 bệnh nhân đến khám bệnh ký sinh trùng. Thiết kế nghiên cứu cắt ngang. Phỏng vấn trực tiếp các đối tượng nghiên cứu với bộ câu hỏi đóng. Kỹ thuật xét nghiệm ELISA. **Kết quả:** Qua nghiên cứu 400 đối tượng cho thấy: Tỷ lệ huyết thanh dương tính với ấu trùng *Toxocara canis* chiếm 57,8%; những hộ nuôi chó có nguy cơ nhiễm *Toxocara canis* gấp 13,99 lần so với hộ không nuôi chó; những người có thói quen bông bế chó có nguy cơ nhiễm *Toxocara canis* gấp 6,05 lần với người không có thói quen bông bế chó; những người không thường xuyên rửa tay trước khi ăn có nguy cơ nhiễm *Toxocara canis* gấp 2,8 lần so với nhóm người thường xuyên rửa tay trước khi

¹Đại học Tây Nguyên

²Bệnh viện Từ Dũ

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Trần Uyên Phương

Email: ntuphuong.iu@gmail.com

Ngày nhận bài: 28.6.2022

Ngày phản biện khoa học: 23.8.2022

Ngày duyệt bài: 29.8.2022