KẾT QUẢ PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT TÚI MẬT KẾT HỢP NỘI SOI MẬT TỤY NGƯỢC DÒNG LẤY SỎI ĐIỀU TRỊ BỆNH LÝ SỎI TÚI MẬT KÈM SỎI ỐNG MẬT CHỦ

Đặng Quốc Ái[1,2], Bùi Anh Hào[1]

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Phẫu thuật nội soi cắt túi mật kết hợp nội soi mật tụy ngược dòng lấy sỏi ống mật chủ điều trị bệnh lý sỏi túi mật kèm sỏi ống mật chủ là một lĩnh vực mới hiện nay. Chúng tôi thực hiện nghiên cứu nhằm đánh giá kết quả điều trị sỏi túi mật kết hợp sỏi ống mật chủ bằng cắt túi mật nội soi và nội soi mật tụy ngược dòng lấy sỏi. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu**: Nghiên cứu hồi cứu 104 bệnh nhân được chẩn đoán sỏi túi mật kết hợp sỏi ống mật chủ, được điều trị cắt túi mật nội soi và nội soi mật tụy ngược dòng lấy sỏi ống mật chủ tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội giai đoạn 6/2017 – 6/2022. **Kết quả:** Tổng số bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu là 104 bao gồm 53 bệnh nhân nam và 51bệnh nhân nữ. Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là 55,69 ± 17,08. Triệu chứng lúc nhập viện có 97,1% đau bụng, 52,9% vàng da và 30,7% sốt. Tỷ lệ thực hiện thàng công kỹ thuật nội soi mật tụy ngược dòng lấy sỏi ống mật chủ kết hợp cắt túi mật nội soi 92,31%. Nội soi mật tụy ngược dòng lấy sỏi ống mật chủ có tỷ lệ thành công là 95,19%. Thời gian thực hiện nội soi mật tụy ngược dòng lấy sỏi ống mật chủ trung bình là 52,08 ± 21,77 phút. Thời gian cắt túi mật nội soi là 57,57 ± 25,13 phút. Trong nhóm 96 bệnh nhân nội soi mật tụy ngược dòng lấy sỏi ống mật chủ kết hợp cắt túi mật nội soi thành công thì có 11 bệnh nhân gặp biến chứng, trong đó 9 bệnh nhân bị viêm tụy cấp và 2 bệnh nhân bị chảy máu tiêu hóa trên. Thời gian nằm viện trung bình của 96 bệnh nhân thực hiện thành công kỹ thuật là 9,15 ± 4,38 ngày. **Kết luận**: Cắt túi mật nội soi và nội soi mật tụy ngược dòng lấy sỏi ống mật chủ trong cùng 1 thời điểm để điều trị bệnh nhân sỏi túi mật và sỏi ống mật chủ cho kết quả tốt.

Từ khóa: Phẫu thuật nội soi cắt túi mật, nội soi mật tụy ngược dòng lấy sỏi, sỏi ống mật chủ kết hợp sỏi túi mật.

SUMMARY

LAPAROSCOPIC SURGERY COMBINED WITH ENDOSCOPIC RETROGRADE CHOLANGIO-PANCREATOGRAPHY TO TREATMENT GALLSTONESES FROM THE GALLBLADDER AND COMMOM BILE DUCT

Background: Laparoscopic cholecystectomy combined with endoscopic retrograde cholangio-pancreatography to remove common bile duct stones for the treatment of cholelithiasis is a new field today. We conducted a study to evaluate the results of treatment of gallbladder stones combined with common bile duct stones by endoscopic retrograde cholangio-pancreatography remove gallstones and laparoscopic cholecystectomy. **Patients and methods**: Retrospective study of 104 patients diagnosed with gallbladder gallstones combined with common bile duct stones, treated with laparoscopic cholecystectomy and endoscopic retrograde cholangio-pancreatography remove gallstones at the Hanoi Medical University Hospital in the period June 2017 - June 2022. **Results**: The total number of patients in the study group was 104 including 53 males and 51 females. The mean age of the study group was 55.69 ± 17.08 years. Symptoms at hospital admission were 97.1% abdominal pain, 52.9% jaundice, and 30.7% fever. The rate of successful implementation of endoscopic retrograde cholangio-pancreatography to remove common bile duct stones combined with laparoscopic cholecystectomy was 92.31%. Endoscopic retrograde cholangio-pancreatography to remove common bile duct stones has a success rate of 95.19%. The average time of performing endoscopic retrograde cholangio-pancreatography to remove common bile duct stones was 52.08 ± 21.77 minutes. The time of laparoscopic cholecystectomy was 57.57 ± 25.13 minutes. In the group of 96 patients with successful laparoscopic retrograde cholangiopancreatography to remove common bile duct stones combined with laparoscopic cholecystectomy, 11 patients had complications, of which 9 patients had acute pancreatitis and 2 patients had upper gastrointestinal bleeding. The average hospital stay of 96 patients who successfully performed the technique was 9.15 ± 4.38 days. **Conclusion:** Laparoscopic cholecystectomy and endoscopic retrograde cholangio-pancreatography to remove common bile duct stones at the same time to treat patients with gallbladder stones combine with common bile duct stones gave good results.

Keywords: Laparoscopic cholecystectomy, endoscopic retrograde cholangio-pancreatography to remove stones, common bile duct stones combined with gallbladder stones.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sỏi mật là bệnh lí thường gặp nhất với chi phí điều trị cao trong số các bệnh lý đường tiêu hóa. Đây là bệnh lý nguy hiểm, bởi nếu không được điều trị một cách kịp thời, người bệnh có thể phải gánh chịu những biến chứng do tắc mật như thấm mật phúc mạc, viêm phúc mạc, sốc nhiễm trùng đường mật,... thậm chí tử vong với

[1]*Đại học Y Hà Nội*
[2]*Bệnh viện E*
Chịu trách nhiệm chính: Đặng Quốc Ái
Email: drdangquocai@gmail.com
Ngày nhận bài: 6.2.2023
Ngày phản biện khoa học: 12.4.2023
Ngày duyệt bài: 24.4.2023

tỉ lệ lên tới 3%. Tại các nước phương tây, tỷ lệ mắc sỏi túi mật của người dân trưởng thành vào khoảng 10-20%. Theo các nghiên cứu, trong số các bệnh nhân có sỏi túi mật, khoảng 10-22% trường hợp có sỏi ống mật chủ kèm theo.[1]

Hiện nay, có rất nhiều phương pháp có thể sử dụng để điều trị sỏi túi mật kết hợp sỏi ống mật chủ: Cắt túi mật, mở ống mật chủ lấy sỏi (mổ nội soi hoặc mổ mở); Nội soi mật tụy ngược dòng lấy sỏi ống mật chủ (cắt cơ thắt Oddi hoặc nong bằng bóng) kết hợp cắt túi mật nội soi (1 thì hoặc 2 thì);...Hướng dẫn Tokyo 2018 khuyến cáo cắt túi mật nội soi ở bệnh nhân viêm túi mật cấp khi tình trạng bệnh nhân cho phép và phẫu thuật viên có kinh nghiệm, dẫn lưu đường mật sớm khi có nhiễm trùng đường mật cấp mức độ trung bình và nặng.[2] Hiệp hội Phẫu thuật Nội soi Châu Âu (2022) cũng đưa ra khuyến cáo nên phẫu thuật mở ống mật chủ lấy sỏi với phẫu thuật viên có kinh nghiệm, nội soi mật tụy ngược dòng lấy sỏi khi trang thiết bị khả thi.[3] Nhiều nghiên cứu chỉ ra rằng cắt túi mật nội soi kết hợp ERCP lấy sỏi ống mật chủ tỏ ra ưu thế hơn khi làm giảm biến chứng sau mổ.[3]

Ở Việt Nam, cũng đã có một số nghiên cứu phương pháp nội soi mật tụy ngược dòng kết hợp cắt túi mật nội soi bước đầu mang lại hiệu quả và an toàn với tỷ lệ thành công cao, không xảy ra biến chứng trong mổ. Tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội, việc điều trị sỏi túi mật kết hợp sỏi ống mật chủ cũng đã áp dụng nhiều tiến bộ mới. Trong đó, phương pháp cắt túi mật nội soi và ERCP lấy sỏi ống mật chủ đã được tiến hành một cách thường quy tại bệnh viện. Để tổng kết lại kết quả của nhóm bệnh nhân này, đúc rút kinh nghiệm phục vụ cho công tác điều trị, chúng tôi tiến hành thực hiện đề tài nhằm đánh giá " Kết quả phẫu thuật nội soi cắt túi mật kết hợp nội soi mật tụy ngược dòng lấy sỏi điều trị sỏi túi mật kèm sỏi ống mật chủ".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Bao gồm tất cả bệnh nhân được chẩn đoán sỏi túi mật kết hợp sỏi ống mật chủ và được điều trị bằng cách kết hợp giữa nội soi mật tụy ngược dòng lấy sỏi và cắt túi mật nội soi điều trị.

- Tiêu chuẩn chọn bệnh

+ Bệnh nhân được chẩn đoán có sỏi túi mật kết hợp sỏi ống mật chủ

+ Có chỉ định cắt túi mật nội soi kết hợp nội soi mật tụy ngược dòng lấy sỏi ống mật chủ.

+ Hồ sơ bệnh án có đủ các thông tin cần thiết cho nghiên cứu.

- Tiêu chuẩn loại trừ

+ Khi bị ung thư túi mật, ung thư đường mật hay có sỏi trong gan phối hợp.

+ Bệnh nhân có kết hợp phẫu thuật các cơ quan khác.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu:

Đây là một nghiên cứu mô tả hồi cứu.

- Chọn mẫu:

Chọn mẫu thuận tiện bao gồm tất cả các bệnh nhân có chỉ định cắt túi mật nội soi kết hợp nội soi mật tụy ngược dòng lấy sỏi ống mật chủ tại bệnh viện Đại học Y Hà Nội trong thời gian nghiên cứu. Bệnh nhân được chia làm hai nhóm để đánh giá và so sánh đó là:

+ Nhóm I: cắt túi mật nội soi và ERCP lấy sỏi ống mật chủ cùng một thì (cùng thời điểm).

+ Nhóm II: cắt túi mật nội soi và ERCP lấy sỏi hai thì, ERCP lấy sỏi ống mật chủ trước sau thời gian vài ngày mới tiến hành cắt túi mật nội soi (khác thời điểm).

- Các chỉ tiêu nghiên cứu:

+ Các chỉ tiêu đặc chung: tuổi, giới tính, BMI, tiền sử bệnh, các triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng.

+ Các chỉ tiêu trong mổ và trong nội soi mật tụy ngược dòng lấy sỏi như: cách tiến hành (cắt túi mật và làm ERCP lấy sỏi cùng thời điểm hay khác thời điểm), tỷ lệ thành công của cắt túi mật nội soi, tỷ lệ thành công của ERCP lấy sỏi, tai biến trong thực hiện cắt túi mật nội soi và trong ERCP lấy sỏi.

+ Các chỉ tiêu về kết quả điều trị: thời gian nằm viện, tỷ lệ biến chứng của hai nhóm, các phân tích thống kê về sự khác biệt kết quả của hại nhóm.

- Xử lý số liệu. Các số liệu được phân tích và xử lý trên máy tính bằng phần mềm thống kê y học SPSS 20.0. Sử dụng các thuật toán thống kê thường được dùng trong y học. Các số liệu thu thập được thể hiện dưới dạng: tỷ lệ %, trung bình cộng ± độ lệch chuẩn.

2.3. Đạo đức nghiên cứu. Đây là một nghiên cứu hồi cứu trên hồ sơ bệnh án nên vấn đề đạo đức nghiên cứu được xét duyệt theo quy trình rút gọn, được chấp thuận mà không cần hội đồng xét duyệt theo quy trình đầy đủ. Mọi thông tin trong hồ sơ bệnh án được bảo mật và chỉ phục vụ cho mục đích nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong khoảng thời gian từ tháng 06/2017 đến tháng 06/2022 có 104 bệnh nhân chẩn đoán sỏi ống mật chủ kèm sỏi túi mật được ERCP lấy

sỏi ống mật chủ kết hợp cắt túi mật nội soi bao gồm 53(51%) bệnh nhân nam và 51(49%) bệnh nhân nữ. Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là 55,69 ± 17,08, nhỏ nhất là 23 tuổi và lớn nhất là 93 tuổi. Có 54(51,9%) bệnh nhân mắc ít nhất một bệnh lý mạn tính, 7(6,7%) bệnh nhân có tiền sử phẫu thuật tầng trên ổ bụng. Triệu chứng lúc nhập viện có 97,1% đau bụng, 52,9% vàng da và 30,7% sốt. Các kết quả huyết học và sinh hóa có 27,9% bệnh nhân bạch cầu tăng, 51,9% có bilirubin tăng, 75% AST và ALT tăng. Trên siêu âm chỉ phát hiện được 58(55,77%) trường hợp sỏi ống mật chủ còn 46(44,23%) không phát hiện được. Trên phim cắt lớp vi tính hay cộng hưởng từ có 103 (99,04%) bệnh nhân phát hiện thấy sỏi ống mật chủ. Kết quả phân loại mức độ nhiễm trùng mật cấp theo Tokyo Guideline 2018 được trình bày trong bảng 3.1.

Bảng 3.1. Mức độ nhiễm trùng đường mật cấp theo Tokyo Guideline 2018

	Số lượng bệnh nhân	**Tỷ lệ (%)**
Không nhiễm trùng	63	60,58
Độ I	34	32,69
Độ II	5	4,81
Độ III	2	1,92
Tổng	**104**	**100**

Tỷ lệ thực hiện thàng công kỹ thuật ERCP lấy sỏi ống mật chủ kết hợp cắt túi mật nội soi 92,31% (96 bệnh nhân). Có 8(7,69%) thất bại kỹ thuật, trong đó 5(4,81%) ERCP lấy sỏi ống mật chủ thất bại và 3(2,88%) cắt túi mật nội soi thất bại. ERCP lấy sỏi ống mật chủ có tỷ lệ thành công là 95,19% (99 bệnh nhân). Thời gian thực hiện ERCP lấy sỏi ống mật chủ trung bình là 52,08 ± 21,77 phút. Thời gian phẫu thuật nội soi cắt túi mật trung bình là 57,57 ± 25,13 phút, trong đó của nhóm I (cắt túi mật nội soi và ERCP lấy sỏi ống mật chủ cùng thời điểm) là 53,00 ± 17,83 phút, và của nhóm II (cắt túi mật nội soi và ERCP lấy sỏi ống mật chủ khác thời điểm) là 65,54 ± 33,17 phút, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với p=0,044.

Trong nhóm 96 bệnh nhân ERCP lấy sỏi ống mật chủ kết hợp cắt túi mật nội soi thành công thì có 11(11,46%) bệnh nhân gặp biến chứng, trong đó 9(9,38%) bệnh nhân bị viêm tụy cấp và 2(2,08%) bệnh nhân bị chảy máu tiêu hóa trên do cắt cơ oddi. Các trường hợp này đều khỏi khi điều trị nội khoa đơn thuần. Tỷ lệ biến chứng của nhóm I là 4,16% và nhóm II là 7,29%, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với p=0,092. Có mối liên quan giữa thời gian làm ERCP lấy sỏi với biến chứng viêm tụy cấp, p=0,026 (thời gian ERCP nhóm không viêm tụy cấp là 50,54 ± 21,28 phút và thời gian nhóm có viêm tụy cấp 67,44 ± 21,80).

Thời gian nằm viện trung bình của 96 bệnh nhân thực hiện thành công kỹ thuật là 9,15 ± 4,38 ngày, ngắn nhất 3 ngày và dài nhất 21 ngày. Thời gian nằm viện của nhóm I là 8,07 ± 3,84 ngày và nhóm II là 11,03± 4,68 ngày. Sự khác biệt số ngày nằm viện giữa hai nhóm có ý nghĩa thống kê với P=0,001. Thời gian nằm viện trung bình của các mức độ nhiễm trùng đường mật theo Tokyo guideline 2018: không nhiễm trùng, độ I, độ II, độ III lần lượt là 8,20 ± 4,08 ngày, 11,37 ± 4,46 ngày, 8,00 ± 3,93 ngày và 6,50 ± 0,71ngày. Sự khác biệt về thời gian nằm viện giữa các nhóm có ý nghĩa thống kê với p=0,008.

Chi phí nằm viện trung bình của nhóm 96 bệnh nhân thực hiện thành công kỹ thuật là 35,49 ± 16,53 triệu đồng. Trong đó chi phí trung bình của nhóm I là 33,10 ± 8,78 và nhóm II là 39,66 ± 24,49. Tuy nhiên, sự khác biệt giữa tổng chi phí giữa các nhóm không có ý nghĩa thống kê (p=0,061).

IV. BÀN LUẬN

Sỏi ống mật chủ đi kèm với sỏi túi mật là một mô hình bệnh lý đường mật thường gặp trên lâm sàng. Việc điều trị kinh điển nhất vẫn là mổ mở hoặc mổ nội soi cắt túi mật, mở ống mật chủ lấy sỏi và dẫn lưu kehr. Tuy nhiên với sự phát triển và tiến bộ của ngành nội soi tiêu hóa can thiệp đã mở ra mô hình phối hợp giữa mổ nội soi cắt túi mật kết hợp với ERCP lấy sỏi ống mật chủ nhằm khắc phục nhược điểm của việc đặt kehr và những biến chứng khi phải mở ống mật chủ.

Qua nghiên cứu 104 bệnh nhân đạt tiêu chuẩn chọn bệnh, chúng tôi thấy tỷ lệ nam nữ tương đương 1/1 và độ tuổi trung bình là 55,89 ± 17,08 tuổi. Tỷ lệ về giới tính độ tuổi này nằm trong khoảng giao động tương đương với các nghiên cứu trên thế giới.[4,5]

Triệu chứng gặp ở hầu hết các bệnh nhân khi đến khám và nhập viện trong nhóm nghiên cứu là đau bụng vùng thượng vị và hạ sườn phải chiếm tỷ lệ 97,1%. Theo nghiên cứu của Hosseini (2016)[4] trên 560 bệnh nhân, tỷ lệ bệnh nhân sỏi túi mật kết hợp sỏi ống mật chủ có triệu chứng đau bụng là 97,9%; nghiên cứu của Ghazal (2009)[5] tỷ lệ này là 100%. Triệu chứng vàng da gặp ở một nửa số bệnh nhân trong nghiên cứu với tỷ lệ là 52,9%. Tỷ lệ vàng da của các bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu tương đương với các nghiên cứu trên thế giới, về triệu

chứng vàng da trong các nghiên cứu thay đổi từ 43,8% đến 66,7%.[4,5] Trên siêu âm chỉ phát hiện được 55,77% trường hợp sỏi ống mật chủ, nhưng trên phim cắt lớp vi tính hoặc cộng hưởng từ 99,04% bệnh nhân phát hiện thấy sỏi ống mật chủ. Điều này cho thấy việc phát hiện sỏi ống mật chủ đối với siêu âm là khó khăn và có nguy cơ bỏ sót rất cao.

Thực hiện thành công lấy sỏi ống mật chủ bằng ERCP cho 99 bệnh nhân chiếm tỷ lệ 95,19%. Có 5 trường hợp, dù thử nhiều phương pháp, các bác sỹ nội soi vẫn không tiếp cận được ống mật chủ. Sau đó, 5 trường hợp này được chỉ định mổ nội soi cắt túi mật và mở ống mật chủ lấy sỏi. Tỷ lệ thành công lấy sỏi ống mật chủ bằng ERCP trong nghiên cứu của chúng tôi không có sự khác biệt với nghiên cứu của Ghazal (2009)[5] với tỷ lệ 91,7%. Chúng tôi nhận thấy có sự liên quan giữa sự hiện diện của túi thừa tá tràng gần nhú tá lớn đã ảnh hưởng đến khả năng thành công của ERCP. Cụ thể trong nghiên cứu của chúng tôi, có 23/104 trường hợp có túi thừa tá tràng gần nhú tá lớn chiếm tỷ lệ 22,12%. Tỷ lệ ERCP thất bại của nhóm có túi thừa tá tràng cao gấp 11,85 lần của nhóm không có túi thừa tá tràng, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p<0,05. Túi thừa tá tràng nằm cạnh nhú tá lớn sẽ gây ảnh hưởng đến bóng Vater, khiến cho việc đặt Guidewire lên ống mật chủ khó khăn và ảnh hưởng đến khả năng thành công của ERCP. Theo nghiên cứu của Jayaraj (2019)[6] tỷ lệ ERCP thất bại của nhóm có túi thừa tá tràng cao gấp 2 lần nhóm không có túi thừa. Sự khác biệt về tỷ lệ này có thể do kỹ năng làm ERCP khác nhau giữa các bác sỹ thực hiện kỹ thuật.

Trong 99 bệnh nhân được ERCP lấy sỏi ống mật chủ thành công, có 3 trường hợp cắt túi mật nội soi thất bại, chiếm tỷ lệ 3,03%. Các trường hợp này không thể thực hiện cắt túi mật nội soi và buộc phải chuyển mổ mở. Cả 3 trường hợp thất bại đều nằm trong nhóm I là nhóm tiến hành làm ERCP lấy sỏi trước sau đó vài ngày mới cắt túi mật nội soi. Nguyên nhân cắt túi mật nội soi thất bại ở những bệnh nhân này là do dính nhiều không phẫu tích bộc lộ được ống túi mật và động mạch túi mật. Việc tiến hành làm ERCP lấy sỏi đã dẫn đến gia tăng tình trạng viêm dính vùng rốn gan làm gia tăng thất bại của phẫu thuật nội soi cắt túi mật, chính vì vậy kết quả nghiên cứu của chúng tôi không ủng hộ cho việc tiến hành làm ERCP lấy sỏi trước và cắt túi mật nội soi ở những ngày sau. Tuy nhiên, khi tiến hành cùng một thời điểm thì nên cắt túi mật nội soi trước hay làm ERCP lấy sỏi trước cũng là một vấn đề cần bàn luận. Việc làm ERCP lấy sỏi phần nào sẽ làm cho bụng chướng hơi dẫn đến thao tác cắt túi mật nội soi khó khăn hơn. Vì vậy theo quan điểm của chúng tôi nên cắt túi mật nội soi trước và làm ERCP lấy sỏi ngay sau đó. Nghiên cứu của Friis (2018)[7] cho thấy sự gia tăng của tỷ lệ chuyển mổ mở từ 4,2% khi cắt túi mật nội soi được thực hiện trong cùng ngày với ERCP, lên 7,6% khi khoảng thời gian này từ 24-72 giờ, 12,3% trong vòng 2 tuần, 12,3% từ 2-6 tuần và 14% sau 6 tuần. Điều này đã ủng hộ cho việc thực hiện cắt túi mật nội soi và ERCP lấy sỏi ống mật chủ cùng thời điểm.

Thời gian phẫu thuật nội soi cắt túi mật trung bình của nhóm I là 53,00 ± 17,83 phút và của nhóm II là 65,54 ± 33,17 phút, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p<0,05. Kết quả này tương tự với kết quả trong nghiên cứu của Friis (2018)[7] cho thấy thời gian phẫu thuật trung bình của nhóm mổ cắt túi mật nội soi sớm ngắn hơn so với các nhóm còn lại. Thời gian phẫu thuật có sự khác biệt giữa hai nhóm và ủng hộ cho việc cắt túi mật và ERCP lấy sỏi ống mật chủ cùng một thời điểm, điều này hiển nhiên vì tình trạng viêm dính sau ERCP là không tránh khỏi.

Trong nghiên cứu có 11,46% trường hợp có biến chứng sau mổ và ERCP lấy sỏi ống mật chủ. Trong đó, viêm tụy cấp sau ERCP gặp nhiều nhất với 9 trường hợp chiếm tỷ lệ 9,4%, 2 trường hợp chảy máu tiêu hóa trên từ vết cắt cơ oddi chiếm tỷ lệ 2,1%, không có trường hợp nào rò mật hay thủng tá tràng hoặc thủng ống mật chủ. Tỷ lệ viêm tụy cấp có mối liên quan giữa thời gian thực hiện ERCP, đó là thời gian làm ERCP lấy sỏi càng dài sẽ gia tăng tỷ lệ viêm tụy cấp (p<0,05). Hai trường hợp chảy máu đường tiêu hóa sau khi can thiệp, biểu hiện bằng đi ngoài phân đen. Cả 2 bệnh nhân này sau đó được nội soi đường tiêu hóa trên được xác định nguồn chảy máu từ vị trí cắt cơ thắt Oddi và xử lý bằng bơm rửa bằng adrenalin loãng, điều trị bảo tồn thành công. Tỷ lệ biến chứng trong nghiên cứu của chúng tôi tương đương với nghiên cứu của Lee (2022)[8] về tỷ lệ biến chứng chung là 12,1% và tỷ lệ viêm tụy cấp sau ERCP là 8,8%.

Thời gian nằm viện trung bình của bệnh nhân trong nhóm I và nhóm II lần lượt là 8,07 ± 3,84 ngày và 11,03 ± 4,68 ngày. Số ngày nằm viện trung bình ở nhóm I ít hơn nhóm II là 2,96 ± 0,88 (ngày), sự khác biệt có ý thống kê. Nghiên cứu của Frii (2018)[7] cho kết quả tương tự, thời gian nằm viện càng tăng khi thời gian chờ giữa ERCP và cắt túi mật nội soi tăng. Việc kéo dài thời gian nằm viện của nhóm II dĩ nhiên sẽ làm gia

tăng chi phí điều trị là không tránh khỏi.

V. KẾT LUẬN

Điều trị bệnh lý sỏi túi mật kèm sỏi ống mật chủ bằng ERCP lấy sỏi kết hợp cắt túi mật nội soi là một biện pháp cho kết quả tốt. Đặc biệt khi cắt túi mật nội soi và ERCP lấy sỏi được thực hiện trong cùng một thời điểm.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Housset C. Gallstone** disease, towards a better understanding and clinical practice. Curr Opin Gastroenterol. 2018;34(2):57-58. doi:10.1097/MOG.0000000000000425.
2. **Mayumi T, Okamoto K, Takada T, et al.** Tokyo Guidelines 2018: management bundles for acute cholangitis and cholecystitis. J Hepato-Biliary-Pancreat Sci. 2018;25(1):96-100. doi:10.1002/jhbp.519.
3. **Boni L, Huo B, Alberici L, et al.** EAES rapid guideline: updated systematic review, network meta-analysis, CINeMA and GRADE assessment, and evidence-informed European recommendations on the management of common bile duct stones. Surg Endosc. 2022; 36(11):7863-7876. doi:10.1007/s00464-022-09662-4.
4. **Hosseini S, Ayoub A, Rezaianzadeh A, et al.** A survey on concomitant common bile duct stone and symptomatic gallstone and clinical values in Shiraz, Southern Iran. Adv Biomed Res. 2016; 5(1):147. doi:10.4103/2277-9175.187402.
5. **Ghazal AH, Sorour MA, El-Riwini M, El-Bahrawy H.** Single-step treatment of gall bladder and bile duct stones: A combined endoscopic–laparoscopic technique. Int J Surg. 2009; 7(4):338-346. doi:10.1016/j.ijsu.2009.05.005.
6. **Jayaraj M, Mohan BP, Dhindsa BS, et al.** Periampullary Diverticula and ERCP Outcomes: A Systematic Review and Meta-Analysis. Dig Dis Sci. 2019; 64(5):1364-1376. doi:10.1007/s10620-018-5314-y.
7. **Friis C, Rothman JP, Burcharth J, Rosenberg J.** Optimal Timing for Laparoscopic Cholecystectomy After Endoscopic Retrograde Cholangiopancreatography: A Systematic Review. Scand J Surg. 2018;107(2):99-106. doi:10.1177/1457496917748224.
8. **Lee SJ, Choi IS, Moon JI, Choi YW, Ryu KH.** Comparison of one-stage laparoscopic common bile duct exploration plus cholecystectomy and two-stage endoscopic sphincterotomy plus laparoscopic cholecystectomy for concomitant gallbladder and common bile duct stones in patients over 80 years old. J Minim Invasive Surg. 2022;25(1):11-17. doi:10.7602/jmis.2022.25.1.11

KẾT QUẢ BƯỚC ĐẦU CỦA SINH THIẾT MÀNG HOẠT DỊCH DƯỚI HƯỚNG DẪN SIÊU ÂM TRONG CHẨN ĐOÁN MỘT SỐ BỆNH LÝ KHỚP HÁNG

Hoàng Đình Âu[1], Vương Thu Hà[1]

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả bước đầu của sinh thiết màng hoạt dịch (MHD) dưới hướng dẫn siêu âm trong chẩn đoán một số bệnh lý khớp háng. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang các bệnh nhân có chỉ định và được sinh thiết MHD khớp háng dưới hướng dẫn siêu âm. Mẫu bệnh phẩm sinh thiết sẽ được đánh giá về mô bệnh học, cấy vi khuẩn và xét nghiệm PCR lao. **Kết quả:** Từ tháng 09/2020 đến tháng 10/2022, có 17 bệnh nhân có chỉ định và được sinh thiết MHD khớp háng dưới hướng dẫn siêu âm tại bệnh viện Đại học Y Hà nội. Có 1 trường hợp không lấy được bệnh phẩm. Số còn lại có 1 bệnh nhân u MHD, 3 bệnh nhân NK sinh mủ, 2 bệnh nhân lao khớp và 10 bệnh nhân viêm MHD không do nhiễm khuẩn. Không có biến chứng xảy ra trong hoặc sau khi sinh thiết. **Kết luận:** Sinh thiết MHD khớp háng dưới hướng dẫn siêu âm là phương pháp tương đối dễ thực hiện, an toàn, có hiệu quả chẩn đoán cao trong trường hợp các phương pháp khác chẩn đoán chưa rõ ràng. ***Từ khóa:*** Sinh thiết màng hoạt dịch dưới hướng dẫn siêu âm, sinh thiết khớp háng, màng hoạt dịch khớp.

[1]*Bệnh viện Đại học Y Hà nội*

Chịu trách nhiệm chính: Hoàng Đình Âu

Email: hoangdinhau@gmail.com

Ngày nhận bài: 3.2.2023

Ngày phản biện khoa học: 12.4.2023

Ngày duyệt bài: 24.4.2023

SUMMARY

INITIAL RESULTS OF ULTRASOUND-GUIDED SYNOVIAL BIOPSY IN THE DIAGNOSIS OF SEVERAL COXO-FEMORAL JOINT DISEASES

Purposes: To evaluate the initial results of ultrasound - guided synovial biopsy in the diagnosis of several coxofemoral joint diseases. **Matherial and Method:** The cross sectional descriptive study on the patients who had the indication and underwent the coxo-femoral joint ultrasound guided synovial biopsy. The biopsy samples were analyzed in the pathology, bacterial culture and tuberculosis PCR. **Results:** From 09/2020 to 10/2022, seventeen patients who had the indication and underwent the coxo-femoral ultrasound guided synovial biopsy at Hanoi Medical University Hospital. Among them, one patient was failed to get biopsy sample, three patients suffered a bacterial infection, two patients had a tuberculosis and 10 patients had non-bacterial inflammation. There was no important complication and/or hemorrhage in/after synovial biopsy procedure. **Conclusion:** The coxo-