

Sự xuất hiện các kháng thể tự miễn được ghi nhận là cơ chế bệnh sinh chính gây nên sự yếu mỏi cơ trên những bệnh nhân nhược cơ, 80% bệnh nhân nhược cơ có sự hiện diện của kháng thể AchR, 10 - 15% bệnh nhân nhược cơ có u tuyến ức; trong nghiên cứu này, chúng tôi ghi nhận tỷ lệ bệnh nhân nhược cơ có kháng thể AchR dương tính là 80,3%; tương đồng với nghiên cứu của Phạm Kiều Anh Thơ (2021) là 73,3 [7].

Hiệp hội Y học chẩn đoán điện Hoa Kỳ năm 2001 đã khuyến nghị sử dụng test kích thích thần kinh lặp lại (RNS) trong chẩn đoán bệnh nhân nhược cơ với ưu điểm không xâm lấn, độ nhạy dao động từ 30 – 70% tương ứng với phân nhóm bệnh nhân [8]. Chúng tôi ghi nhận nghiệm pháp kích thích lặp lại có kết quả dương tính (chiếm 75,8%). Tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Thị Thu (78,1%), Anirban Gupta MD (77,8%). Trong một số trường hợp bệnh nhân không thể định lượng được kháng thể AchR trong huyết thanh, các bác sĩ lâm sàng có thể sử dụng kết quả test kích thích thần kinh lặp lại để chẩn đoán, theo dõi bệnh nhân nhược cơ.

V. KẾT LUẬN

- Tuổi trung bình của bệnh nhân 44,42±11,59 tuổi, tuổi dưới 50 (chiếm 71,2%), nữ giới có 65,2%. Thời gian mắc bệnh trung bình là 3,28±2,84 năm; tỷ lệ test kháng thể kháng AchR dương tính 80,3%; test kích thích thần kinh lặp lại dương tính 75,8%. Bệnh nhân được cắt bỏ hoàn toàn tuyến ức (72,7%). Kết quả giải phẫu bệnh có 56,1% bệnh nhân ung thư; 43,9% quá sản tuyến ức.

- Sau phẫu thuật, tỉ lệ các triệu chứng sụp mi (giảm từ 72,7% xuống còn 56,1%); nói khó

(53,0% xuống 22,7%); nuốt khó (28,8% xuống 13,6%); p<0,05. Chưa thấy sự khác biệt trước và sau phẫu thuật có ý nghĩa thống kê ở các triệu chứng nhìn đôi, khó thở, yếu mỏi cơ chân tay. Sau phẫu thuật, nhược cơ giai đoạn I chiếm 7,6% tăng lên 41,4%; giai đoạn II trở lên 92,4% giảm còn 57,6%; p<0,05, cơn nhược cấp trước can thiệp 43,9% giảm còn 37,9%, p>0,05

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Conti-Fine, B.M., M. Milani, and H.J. Kaminski**, Myasthenia gravis: past, present, and future. The Journal of clinical investigation, 2006. 116(11): p. 2843-2854.
2. **Phùng Anh Tuấn**, Nghiên cứu đặc điểm hình ảnh và giá trị của cộng hưởng từ trong đánh giá tổn thương tuyến ức ở bệnh nhân nhược cơ. 2018: Đại học Y Hà Nội.
3. **Beghi, E., et al.**, Prognosis of myasthenia gravis: a multicenter follow-up study of 844 patients. Journal of the neurological sciences, 1991. 106(2): p. 213-220.
4. **Davenport, E. and R.A. Malthaner**, The role of surgery in the management of thymoma: a systematic review. The Annals of thoracic surgery, 2008. 86(2): p. 673-684.
5. **Mai Văn Viện**, Đánh giá kết quả cắt tuyến ức điều trị bệnh nhược cơ. Tạp chí y học Việt Nam, 2010. 2: p. 140-6.
6. **Nguyễn Thị Thu**, Đặc điểm lâm sàng và các yếu tố tiên lượng tái phát gần các đợt cấp của bệnh nhược cơ. 2020: Đại học Y Hà Nội.
7. **Thơ, P.K.A., L.Đ. Tùng, and N.T. Bình**, Đặc điểm lâm sàng và test kích thích thần kinh lặp lại ở bệnh nhân nhược cơ. Tạp chí Nghiên cứu Y học, 2021. 137(1): p. 213-221.
8. **Chiou-Tan, F.Y., et al.**, Literature review of the usefulness of repetitive nerve stimulation and single fiber EMG in the electrodiagnostic evaluation of patients with suspected myasthenia gravis or Lambert-Eaton myasthenic syndrome. Muscle Nerve, 2001. 24(9): p. 1239-1247.

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ MỘT THÌ SỎI TÚI MẬT PHỔI HỢP SỎI ỐNG MẬT CHỦ BẰNG CẮT TÚI MẬT NỘI SOI VÀ NỘI SOI MẬT TỤY NGƯỢC DÒNG

Phạm Trung Hiếu¹, Trần Bảo Long²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả sớm điều trị một thì sỏi túi mật phổi hợp sỏi ống mật chủ bằng cắt túi mật nội soi và nội soi mật tụy ngược dòng. **Đối tượng và phương pháp:** nghiên cứu mô tả hồi cứu trên 44

bệnh nhân được điều trị một thì sỏi túi mật phổi hợp sỏi ống mật chủ bằng cắt túi mật nội soi và nội soi mật tụy ngược dòng tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội từ tháng 1/2018 đến tháng 12/2022. **Kết quả:** Tuổi trung bình là 55,43 ± 18,12. Nữ giới chiếm đa số với 52,3%. 20 bệnh nhân (45,5%) được tiến hành NSMTND trước sau đó phẫu thuật CTMNS. 43/44 bệnh nhân được can thiệp NSMTND lấy sỏi OMC thành công, 1 trường hợp thất bại phải chuyển mổ nội soi mở OMC lấy sỏi, nội soi đường mật. Các biến chứng gặp phải đều xuất hiện sau thủ thuật NSMTND. Có 6 trường hợp biến chứng (14%) trong đó có 1 trường hợp thủng tá tràng, 1 trường hợp chảy máu và 4

¹Bệnh viện Đa khoa tỉnh Hải Dương

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Trung Hiếu

Email: bsphamtrunghieuv1985@gmail.com

Ngày nhận bài: 12.9.2023

Ngày phản biện khoa học: 10.11.2023

Ngày duyệt bài: 29.11.2023

trường hợp viêm tụy cấp. Tỷ lệ sạch sỏi là 100%. Thời gian nằm viện hậu phẫu trung bình là $3,93 \pm 2,30$. **Kết luận:** Phẫu thuật nội soi cắt túi mật phối hợp nội soi mật tụy ngược dòng trong cùng một thì để điều trị sỏi túi mật kết hợp sỏi ống mật chủ là kỹ thuật an toàn, hiệu quả, tỷ lệ thành công cao và tỷ lệ biến chứng thấp, thời gian nằm viện ngắn, nên được áp dụng tại các cơ sở y tế có đầy đủ trang thiết bị và phẫu thuật viên nhiều kinh nghiệm. **Từ khóa:** Sỏi túi mật, Sỏi ống mật chủ, Nội soi mật tụy ngược dòng, Cắt túi mật nội soi, can thiệp 1 thì.

SUMMARY

RESULTS OF SINGLE STAGE TREATMENT OF GALLBLADDER STONES COMBINED WITH CHOLEDOCHUS STONES USING LAPAROSCOPIC CHOLECYSTECTOMY AND ENDOSCOPIC RETROGRADE CHOLANGIOPANCREATOGRAPHY

Objectives: To evaluate the early results of one-stage treatment of cholelithiasis in combination with common bile duct stones by laparoscopic cholecystectomy and endoscopic retrograde cholangiopancreatography. **Subjects and methods:** A retrospective descriptive study on 44 patients treated with single-stage gallstones in combination with common bile duct stones by laparoscopic cholecystectomy and endoscopic retrograde cholangiopancreatography at Ha Medical University Hospital From January 2018 to December 2022. **Results:** Mean age was 55.43 ± 18.12 . Females accounted for the majority with 52.3%. 20 patients (45.5%) underwent endocarditis first and then had CTE surgery. 43/44 patients were successfully performed endoscopic intervention to remove OMC stones, 1 failed case had to be transferred to open laparoscopic OMC to remove stones, endoscopic cholangiography. The complications encountered all appeared after the procedure of NTDs. There were 6 complications (14%) including 1 case of duodenal perforation, 1 case of bleeding and 4 cases of acute pancreatitis. The gravel clean rate is 100%. The mean postoperative hospital stay was 3.93 ± 2.30 . **Conclusion:** Laparoscopic cholecystectomy combined with endoscopic retrograde cholangiopancreatography in the same period for the treatment of gallstones in combination with common bile duct stones is a safe, effective technique with high success rates and high rates of success. Low complication rate, short hospital stay, should be applied in medical facilities with full equipment and experienced surgeons.

Keywords: Gallstones, common bile duct stones, Endoscopic retrograde cholangiopancreatography, Laparoscopic cholecystectomy, 1-stage intervention.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sỏi ống mật chủ (OMC) là bệnh phổ biến ngày càng gặp nhiều ở Việt Nam. Theo một số báo cáo, có khoảng 10 – 18% bệnh nhân có sỏi túi mật đi kèm sỏi ống mật chủ.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 (mở nội soi hoặc mổ mở); Nội soi mật tụy ngược dòng (NSMTND) 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).

Với sự phối hợp giữa phẫu thuật viên tiêu hóa và nội soi can thiệp, NSMTND lấy sỏi OMC trước hoặc sau cắt túi mật nội soi điều trị sỏi OMC đồng thời sỏi túi mật ngày càng trở nên phổ biến. Một báo cáo của Hoa Kỳ cho thấy tỉ lệ phối hợp cắt túi mật nội soi và ERCP tăng đáng kể từ 52,8% lên 85,7% ($p < 0,01$) và giảm tỉ lệ mở ống mật chủ (30,6% xuống 5,5%; $p < 0,01$). Nhiều nghiên cứu trong và ngoài nước đã cho thấy đây là phương pháp an toàn, tỷ lệ sạch sỏi cao và tỷ lệ biến chứng thấp với thời gian nằm viện ngắn.² Tuy nhiên, vẫn còn chưa có sự thống nhất giữa các tác giả về việc nên phẫu thuật cắt túi mật nội soi trước hay NSMTND trước, thực hiện 1 thì hay 2 thì, nếu thực hiện 2 thì thì khoảng cách giữa 2 kỹ thuật là bao lâu?

Tại bệnh viện đại học Y Hà Nội, CTMNS kết hợp với NSMTND điều trị sỏi túi mật phối hợp sỏi OMC được thực hiện từ 2017. Nhằm tổng kết, đánh giá kết quả ứng dụng các kỹ thuật này trong thực hành lâm sàng, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài này với mục tiêu đánh giá kết quả sớm điều trị một thì sỏi túi mật phối hợp sỏi ống mật chủ bằng cắt túi mật nội soi và nội soi mật tụy ngược dòng.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Đối tượng nghiên cứu là 44 bệnh nhân được điều trị một thì sỏi túi mật phối hợp sỏi ống mật chủ bằng cắt túi mật nội soi và nội soi mật tụy ngược dòng tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội từ tháng 1/2018 đến tháng 12/2022

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn

- Các trường hợp bệnh nhân có sỏi túi mật kèm sỏi ống mật chủ được chẩn đoán bằng lâm sàng, siêu âm bụng, chụp cắt lớp vi tính, cộng hưởng từ.

- Được điều trị một thì bằng cắt túi mật nội soi và nội soi mật tụy ngược dòng lấy sỏi OMC.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

- Bệnh nhân có các bệnh lý ác tính của hệ gan mật

- Các trường hợp có sỏi đường mật trong gan.

- Những bệnh nhân từ chối tham gia vào nghiên cứu

- Hồ sơ bệnh án lưu trữ không đầy đủ thông tin

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả, hồi cứu

2.2.2. Thời gian, địa điểm nghiên cứu

- Thời gian nghiên cứu: từ tháng 12/2022 đến tháng 6/2023

- Địa điểm nghiên cứu: Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

- Phương pháp chọn mẫu: Mẫu không xác suất, phương pháp chọn mẫu thuận tiện. Lấy toàn bộ số BN đủ tiêu chuẩn trong thời gian thực hiện.

2.2.3. Công cụ thu thập số liệu

Thu thập theo mẫu bệnh án nghiên cứu đã thiết kế (phụ lục).

2.3. Phương pháp xử lý số liệu

Số liệu được xử lý theo phần mềm thống kê y học SPSS 20.0. Giá trị của các biến số được trình bày: tần suất, tỉ lệ phần trăm, trung bình,...

2.4. Vấn đề y đức trong nghiên cứu

- Nghiên cứu đã được thông qua bởi hội đồng khoa đánh giá đạo đức nghiên cứu y học của nhà trường. Các thông tin nghiên cứu được giữ bí mật cho bệnh nhân.

- Nghiên cứu hồi cứu không ảnh hưởng đến quá trình chẩn đoán, điều trị bệnh nhân.

- Kết quả nghiên cứu chỉ phục vụ cho nghiên cứu khoa học, không phục vụ bất kỳ mục đích nào khác. Đảm bảo bí mật cho bệnh nhân.

- Được hội đồng thông qua đề cương, lãnh đạo khoa phòng, bệnh viện cho phép thực hiện.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Qua nghiên cứu 44 bệnh nhân được phẫu thuật nội soi cắt túi mật đồng thời nội soi mật tụy ngược dòng lấy sỏi ống mật chủ đạt tiêu chuẩn lựa chọn vào nghiên cứu tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội từ tháng 1/2018 đến tháng 12/2022, kết quả thu được như sau:

Bệnh nhân từ >60-80 tuổi chiếm đa số với 34,1%, tiếp theo là nhóm tuổi từ > 40-60 với 31,8%. Tuổi trung bình là 55,43 ± 18,12. Nữ giới chiếm đa số với 52,3%. Tiền sử phẫu thuật ổ bụng là 6,8%.

Bảng 1. Triệu chứng lâm sàng

Biểu hiện lâm sàng	Số lượng (n)	Tỉ lệ (%)
Đau bụng hạ sườn phải	40	90,9
Sốt	9	20,5
Vàng da	15	34,1
Rối loạn tiêu hóa	6	13,6

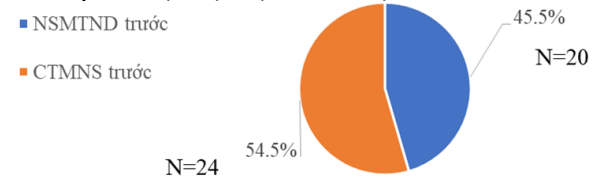
Triệu chứng thường gặp nhất là đau bụng hạ sườn phải (90,9%).

Bảng 2. Khả năng chẩn đoán sỏi OMC,

sỏi túi mật trên chẩn đoán hình ảnh

Chẩn đoán hình ảnh	Sỏi túi mật		Sỏi OMC	
	Chẩn đoán (+)	%	Chẩn đoán (+)	%
Siêu âm (N=44)	44	100	27	61,4
CLVT (N=8)	7	87,5	7	87,5
MRI (N=39)	39	100	38	97,4

Tỷ lệ phát hiện sỏi túi mật trên siêu âm, cắt lớp vi tính và cộng hưởng từ lần lượt là 100%, 87,5% và 100%. Tỷ lệ phát hiện sỏi ống mật chủ trên siêu âm, cắt lớp vi tính và cộng hưởng từ lần lượt là 61,4%, 87,5% và 97,4%.



Biểu đồ 1. Trình tự can thiệp

Trong nghiên cứu có 20 bệnh nhân (45,5%) được tiến hành NSMTND trước sau đó phẫu thuật CTMNS

Bảng 3. Kết quả nội soi mật tụy ngược dòng can thiệp

Nội soi mật tụy ngược dòng can thiệp	Số bệnh nhân (n)	Tỉ lệ (%)
Thành công	43	97,7
Thất bại	1*	2,3
Tổng	44	100

Có 43/44 bệnh nhân được can thiệp NSMTND lấy sỏi OMC thành công. 1 bệnh nhân thực hiện cắt túi mật trước, sau đó được NSMTND nhưng thất bại phải chuyển mổ nội soi mở OMC lấy sỏi, nội soi đường mật.

Bảng 4. Phương pháp cắt túi mật

Phương pháp cắt túi mật	Số lượng (n)	Tỉ lệ (%)	
Kỹ thuật cắt	Ngược dòng	36	81,8
	Xuôi dòng	8	18,2
Số trocar	3	24	54,5
	4	20	45,5
Tổng	44	100	

Đa số các bệnh nhân được cắt túi mật ngược dòng với tỷ lệ 81,8%. Có 45,5% các trường hợp được mổ với 4 trocar.

Bảng 5. Biến chứng sau điều trị (N=6)

Biến chứng	Số bệnh nhân (n)	Tỉ lệ (%=n/43)
Chảy máu	1	2,3
Viêm tụy cấp	4	9,3
Thủng tá tràng	1	2,3

Các biến chứng gặp phải đều xuất hiện sau thủ thuật NSMTND. Có 6 trường hợp biến chứng (14%) trong đó có 1 trường hợp thủng tá tràng,

1 trường hợp chảy máu và 4 trường hợp viêm tụy cấp. Các trường hợp này đều ổn định sau điều trị nội khoa, trường hợp thủng tá tràng ở bệnh nhân 89 tuổi được chuyển mổ nội soi nhưng gia đình từ chối mổ và xin về.

Kết quả siêu âm sau mổ cho thấy tỷ lệ sạch sỏi ở bệnh nhân nghiên cứu là 100%. Thời gian nằm viện hậu phẫu trung bình của bệnh nhân nghiên cứu là $3,93 \pm 2,30$, ít nhất là 1 ngày và nhiều nhất là 14 ngày.

IV. BÀN LUẬN

Độ tuổi trung bình của bệnh nhân nghiên cứu là $55,43 \pm 18,12$. Bệnh nhân từ 61-80 tuổi chiếm đa số với 34,1%. Kết quả này tương tự với các nghiên cứu của các tác giả trong nước. Nghiên cứu của Lê Huy Cường và cộng sự (2021) cho thấy tuổi trung bình là $58,10 \pm 13,97$.³ Nữ giới chiếm đa số với tỷ lệ 52,3%, tỷ lệ nữ/ nam là 1,1/1. Theo y văn, giới tính nữ là một trong những yếu tố nguy cơ mắc phải sỏi túi mật do estrogen làm tăng tiết cholesterol và progesterol làm giảm co bóp túi mật.

Phần lớn bệnh nhân vào viện vì triệu chứng đau bụng với 40/44 ca chiếm tỷ lệ 90,9%. Vàng da là dấu hiệu xuất hiện muộn hơn, thường sau đau hạ sườn phải từ 24-48 giờ. Kết quả nghiên cứu cho thấy số bệnh nhân có triệu chứng vàng da, vàng mắt là 15 ca tương ứng tỷ lệ 34,1%. Trong nghiên cứu của Lê Huy Cường, tỷ lệ bệnh nhân có đau bụng là 100%, vàng da chiếm 80%, sốt chiếm 60%.³ Trong nghiên cứu của Nguyễn Hoàng Linh, tỷ lệ bệnh nhân có vàng da là 70%.²

Siêu âm là phương tiện đầu tiên được thực hiện khi nghi ngờ sỏi đường mật, siêu âm phát hiện 100% các trường hợp sỏi túi mật, kết quả này phù hợp với quan điểm siêu âm là tiêu chuẩn vàng trong chẩn đoán sỏi túi mật của một số tác giả. Tuy nhiên siêu âm bụng có độ nhạy không cao trong chẩn đoán sỏi OMC do ảnh hưởng bởi hơi trong lòng tá tràng. Có 8 trường hợp được chỉ định chụp CLVT chiếm tỷ lệ 18,2%. Tỷ lệ phát hiện sỏi OMC trên siêu âm chỉ là 61,4%, trong khi đó trên CLVT là 87,5%. Theo William E. và CS (2017) chụp CLVT có độ nhạy 69-87%, độ đặc hiệu cao 68-96%, độ chính xác của chẩn đoán giảm theo đậm độ canxi của sỏi.⁴ Có 39 bệnh nhân được chỉ định chụp MRCP, với tỷ lệ phát hiện sỏi túi mật là 100%, sỏi OMC là 97,4%. Chụp cộng hưởng từ ngày càng được chỉ định rộng rãi trong chẩn đoán sỏi đường mật và trở thành phương tiện được chỉ định cho các bệnh nhân nghi ngờ sỏi đường mật sau siêu âm trong các khuyến cáo của châu Âu cũng như

Nhật Bản.⁵

Hiện nay có rất nhiều phương pháp để phẫu thuật viên có thể lựa chọn để điều trị bệnh lý sỏi túi mật kèm sỏi OMC. Tuy nhiên có thể chia các phương pháp này thành 2 nhóm: phương pháp 1 thì và phương pháp 2 thì. Theo Hiệp hội Nghiên cứu Bệnh Gan Châu Âu thống nhất NSMTND lấy sỏi OMC thực hiện trước cắt túi mật nội soi do NSMTND thất bại có thể chuyển mổ cắt túi mật và mở OMC lấy sỏi hay xử trí những biến chứng NSMTND trước đó.⁶ Tuy nhiên, trên thực tế chúng tôi nhận thấy việc chọn thứ tự còn phụ thuộc chủ yếu vào thói quen của từng phẫu thuật viên và số liệu nghiên cứu của chúng tôi vẫn còn quá ít để có thể đưa ra các kết luận sâu hơn. Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 20 bệnh nhân được can thiệp NSMTND trước cắt túi mật nội soi.

Trong nghiên cứu có 43/44 trường hợp (97,7%) được can thiệp NSMTND lấy sỏi OMC thành công. Chỉ có 1 trường hợp thất bại do không luôn được que dẫn vào nhú Vater phải chuyển mổ nội soi mở OMC lấy sỏi, nội soi đường mật. Theo Masaaki Natsui và cộng sự (2013) nghiên cứu 137 trường hợp sỏi OMC được điều trị với NSMTND có cắt cơ vòng Oddi cho thấy tỉ lệ thành công 99,1% (110/111) đối với sỏi <8mm và 97,6% (123/126) đối với sỏi ≥ 8 mm, tỉ lệ biến chứng sớm khoảng 7,9-13,5%.⁷

Trong nghiên cứu của chúng tôi đa số trường hợp được cắt túi mật ngược dòng chiếm 81,9%, trong khi đó cắt túi mật xuôi dòng chiếm tỷ lệ 18,2%. Phương pháp cắt túi mật ngược dòng vẫn được ưu tiên trong trường hợp phẫu thuật viên có thể xác định rõ các thành phần trong tam giác Calot, khống chế ống cổ túi mật và động mạch túi mật sớm để hạn chế chảy máu trong quá trình phẫu tích giường túi mật. Tuy nhiên, trong trường hợp không thể xác định rõ tam giác Calot các phẫu thuật viên sẽ thay đổi cách tiếp cận bằng cách cắt túi mật xuôi dòng bắt đầu từ đáy túi mật.

Tỷ lệ sạch sỏi trong nghiên cứu của chúng tôi là 100%, có thể do cỡ mẫu còn nhỏ nên chưa đánh giá chính xác tỷ lệ sạch sỏi nhưng cũng có thể do tiêu chuẩn chọn bệnh của chúng tôi chặt chẽ nên cũng làm tăng tỷ lệ sạch sỏi, điều này cho thấy hiệu quả của phương pháp điều trị này nếu chúng ta lựa chọn bệnh kỹ càng. Tỷ lệ sạch sỏi trong nghiên cứu của chúng tôi tương đương với tác giả Lê Huy Cường và Reema Mallick đều là 100%.^{3,8} Chúng tôi ghi nhận 1 trường hợp bệnh nhân nữ, 89 tuổi tổn thương thủng tá tràng phát hiện sau NSMTND và cắt túi mật, bệnh

nhân xuất hiện sốt, có dịch ổ bụng, kèm theo cả tình trạng viêm tụy cấp và đặc biệt điều bất lợi là chụp Xquang bụng đứng không thể phân biệt được hơi tự do ổ phúc mạc là từ thủng tá tràng hay từ việc bơm hơi trong PTNS làm chẩn đoán khó khăn hơn. Rất tiếc là gia đình từ chối phẫu thuật và xin về. Có 4 trường hợp viêm tụy cấp (9,1%) sau điều trị với Amylase máu tăng cao trong khoảng 500U/I-1500U/I, sau 48 giờ giảm xuống dẫn 250-600U/I, triệu chứng đau bụng cũng giảm rõ. Tất cả được điều trị bằng nhịn ăn, truyền dịch, kháng sinh phối hợp, giảm đau, kháng tiết và sandostatin. Sau NSMTND lấy sỏi OMC có 1 bệnh nhân (2,3%) chảy máu vết cắt cơ vòng Oddi, bệnh nhân được nội soi dạ dày - tá tràng kiểm tra thì ghi nhận vết cắt đã tự cầm máu, nên được chỉ định điều trị bảo tồn.

Thời gian nằm viện hậu phẫu trong nghiên cứu của chúng tôi là $3,93 \pm 2,30$ ngày, ngắn nhất là 1 ngày và dài nhất là 14 ngày. Theo ElGeidie, thời gian nằm viện hậu phẫu của nhóm NSMTND trong mổ ngắn hơn 1,3 ngày so với 3 ngày của nhóm NSMTND trước mổ và kết luận cả 2 phương pháp này là lý tưởng nhưng khi có đủ kinh nghiệm và phương tiện, cắt túi mật nội soi kết hợp NSMTND trong mổ, điều trị một thì sẽ được ưu tiên chọn lựa.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Jones M, Johnson M, Samourjian E, Slauch

- K, Ozobia N. ERCP and laparoscopic cholecystectomy in a combined (one-step) procedure: a random comparison to the standard (two-step) procedure. Surg Endosc. 2013;27(6):1907-1912. doi:10.1007/s00464-012-2647-z.
2. Nguyễn Hoàng Linh (2019). Kết quả bước đầu nội soi cắt túi mật kết hợp nội soi mật tụy ngược dòng. Tạp chí Y học Việt Nam. Số 2 (478) Tháng 5.
3. Lê Huy Cường (2021). Kết quả phẫu thuật nội soi cắt túi mật phối hợp nội soi mật tụy ngược dòng 1 thì điều trị sỏi túi mật và sỏi ống mật chủ tại Bệnh viện Đa khoa Trung tâm An Giang. Tạp chí Y dược học Cần Thơ. (37).p28-35.
4. Williams E, Beckingham I, El Sayed G, et al. Updated guideline on the management of common bile duct stones (CBDS). Gut. 2017; 66(5): 765-782. doi: 10.1136/gutjnl-2016-312317.
5. Tazuma S, Unno M, Igarashi Y, et al. Evidence-based clinical practice guidelines for cholelithiasis 2016. J Gastroenterol. 2017;52(3): 276-300. doi:10.1007/s00535-016-1289-7.
6. Kozrzeska M, Baniukiewicz A, Wroblewski E, et al. Complications of endoscopic retrograde cholangiopancreatography (ERCP) and their risk factors. Adv Med Sci. 2011;56(1):6-12. doi: 10.2478/v10039-011-0012-4.
7. Natsui M, Saito Y, Abe S, et al. Long-term outcomes of endoscopic papillary balloon dilation and endoscopic sphincterotomy for bile duct stones. Dig Endosc. 2013;25(3):313-321. doi:10.1111/j.1443-1661.2012.01393.x.
8. Mallick R, Rank K, Ronstrom C, et al. Single-session laparoscopic cholecystectomy and ERCP: a valid option for the management of choledocholithiasis. Gastrointest Endosc. 2016; 84(4): 639-645. doi:10.1016/ j.gie.2016.02.050.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, HÌNH ẢNH VÀ MÔ BỆNH HỌC NGƯỜI BỆNH CÓ TỔN THƯƠNG PHỔI ĐƯỢC PHÂN LOẠI LUNG - RADS 4 (2019)

Tổng Thị Khánh Hòa¹, Đoàn Tiến Lưu², Lê Hoàn¹

TÓM TẮT³⁴

Kỹ thuật chụp cắt lớp vi tính ngực kết hợp sinh thiết giúp chẩn đoán sớm các nốt mờ phổi ác tính, có ý nghĩa rất lớn trong việc quyết định theo dõi nốt mờ hay cắt thùy phổi đối với các nốt ác tính, giúp làm giảm tỷ lệ tử vong do ung thư phổi, kéo dài thời gian sống cho bệnh nhân, giảm chi phí điều trị. **Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm lâm sàng, hình ảnh, đối chiếu các đặc điểm đó với kết quả mô bệnh học tổn thương phổi. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 89 bệnh nhân có nốt mờ

phổi trên cắt lớp vi tính lồng ngực, được sinh thiết hoặc phẫu thuật. **Kết quả:** Chủ yếu nốt mờ phổi gập thùy trên phải: 43,8%, nốt mờ phổi đơn độc chiếm đa số: 61,8%; kích thước ≥ 15 mm: 76,4%; < 15 mm: 23,6%; nốt đặc: 88,8% và hỗn hợp: 11,2%; hình dáng tròn: 77,5% và không tròn: 22,5%; bờ tổn thương không đều: 82% và bờ đều: 18%; kiểu vôi hóa lệch tâm, rải rác: 9%, không vôi hóa: 87,6%; kết quả giải phẫu bệnh ác và lành tính: 69,7%, 30,3%. Kích thước ≥ 15 mm, đường bờ không đều và đặc điểm có ngấm thuốc sau tiêm trong chẩn đoán nốt mờ phổi ác tính với độ nhạy lần lượt 82,2%, 91,9%, 100% và độ đặc hiệu lần lượt 37%, 40,7%, 13,04%. **Kết luận:** Các nốt mờ phổi có kích thước ≥ 15 mm, có đường bờ không đều và ngấm thuốc sau tiêm là ba đặc điểm hình ảnh có giá trị chẩn đoán cao trong chẩn đoán nốt mờ phổi ác tính. **Từ khóa:** nốt mờ phổi, cắt lớp vi tính lồng ngực, ung thư phổi

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Tổng Thị Khánh Hòa

Email: khanhhoand.yhanoi@gmail.com

Ngày nhận bài: 18.9.2023

Ngày phản biện khoa học: 15.11.2023

Ngày duyệt bài: 30.11.2023