

dưỡng theo thang điểm MNA. Do vậy việc kiểm soát tốt mức độ hoạt động bệnh cũng như tình trạng dinh dưỡng ở bệnh nhân VCSĐK đóng vai trò quan trọng trong việc giảm nguy cơ mắc Sarcopenia ở đối tượng này.

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Valido A, Crespo CL, Pimentel-Santos FM.** Muscle Evaluation in Axial Spondyloarthritis—The Evidence for Sarcopenia. *Front Med (Lausanne)*. 2019;6:219. doi:10.3389/fmed.2019.00219
2. **Cruz-Jentoft AJ, Bahat G, Bauer J, et al.** Sarcopenia: revised European consensus on definition and diagnosis. *Age Ageing*. 2019;48(1):16-31. doi:10.1093/ageing/afy169
3. **El Maghraoui A, Ebo'o FB, Sadni S, Majjad A, Hamza T, Mounach A.** Is there a relation between pre-sarcopenia, sarcopenia, cachexia and osteoporosis in patients with ankylosing spondylitis? *BMC Musculoskelet Disord*. 2016;17(1):268. doi:10.1186/s12891-016-1155-z
4. **Barone M, Viggiani M, Anelli M, et al.** Sarcopenia in Patients with Rheumatic Diseases: Prevalence and Associated Risk Factors. *JCM*. 2018;7(12):504. doi:10.3390/jcm7120504
5. **Shadmand Foumani Moghadam MR, Shahraki Jazinaki M, Rashidipour M, et al.** Mini Nutrition Assessment-Short Form score is associated with sarcopenia even among nourished people – A result of a feasibility study of a registry. *Aging Medicine*. 2023;6(3):264-271. doi:10.1002/agm2.12257
6. **Salehhodin SN, Abdullah B, Yusoff A.** Comparison Level of Handgrip Strength for the Three Categories among Male Athlete's Artificial Wall Climbing and Factors WILL Affect. *IJARBSS*. 2018;7(14): Pages 272-285. doi:10.6007/IJARBSS/v7-i14/3667
7. **Chen LK, Liu LK, Woo J, et al.** Sarcopenia in Asia: Consensus Report of the Asian Working Group for Sarcopenia. *Journal of the American Medical Directors Association*. 2014;15(2):95-101. doi:10.1016/j.iamda.2013.11.025
8. **Liquori I, Curcio F, Russo G, et al.** Risk of Malnutrition Evaluated by Mini Nutritional Assessment and Sarcopenia in Noninstitutionalized Elderly People. *Nutr Clin Pract*. 2018;33(6):879-886. doi:10.1002/ncp.10022

## ĐÁNH GIÁ TƯƠNG QUAN GIỮA HẸP ĐƯỜNG MẬT VÀ TỶ LỆ TÁI PHÁT SỎI Ở BỆNH NHÂN SAU TÁN SỎI ĐƯỜNG MẬT TRONG VÀ NGOÀI GAN QUA DA BẰNG LASER

Lê Tuấn Linh<sup>1</sup>, Nguyễn Thị Hương<sup>2</sup>, Nguyễn Thái Bình<sup>1</sup>

#### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Nhằm đánh giá mối liên hệ giữa hẹp đường mật và tỷ lệ tái phát sỏi ở những bệnh nhân (BN) sau can thiệp tán sỏi đường mật trong và ngoài gan qua da bằng Laser. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu phân tích hồi cứu trên 59 bệnh nhân được tán sỏi đường mật trong gan và sỏi ống mật chủ bằng laser tại Trung tâm Chẩn đoán hình ảnh và Can thiệp điện quang, Bệnh viện Đại học Y Hà Nội từ tháng 01/01/2020 đến 01/08/2022. **Kết quả:** Nghiên cứu được thực hiện trên 59 bệnh nhân có sỏi đường mật trong và/hoặc ngoài gan đã được tán sỏi qua da bằng Laser được chia làm hai nhóm có hẹp đường mật chiếm 61% (36 bệnh nhân) và nhóm không có hẹp đường mật 39% (23 bệnh nhân). Với thời gian theo dõi trung bình là tháng 26,7 tháng (IQR 3-37). Nghiên cứu cho thấy có mối liên quan giữa hẹp đường mật và tỷ lệ tái phát sỏi ( $p=0,002$ ). Qua phân tích OR thấy khả năng tái phát sỏi của nhóm bệnh nhân có HDM cao gấp 5,4 lần so với khả năng tái phát

sỏi của nhóm không HDM ( $p=0,03$ ). Chúng tôi thấy với hẹp đường mật từ 45,1% có giá trị tiên đoán khả năng tái phát sỏi đường mật với độ nhạy 86%, độ đặc hiệu 66,7%. Như vậy, tán sỏi đường mật qua da bằng Laser có hiệu quả nhất ở những bệnh nhân không có hẹp đường mật với tỷ lệ tái phát sỏi lâu dài ở 43,5% bệnh nhân so với 77,8% bệnh nhân có hẹp đường mật. **Kết luận:** Hẹp đường mật là yếu tố nguy cơ gây tái phát sỏi và độ hẹp đường mật có khả năng tiên đoán tỷ lệ tái phát sỏi ở bệnh nhân sau tán sỏi đường mật trong và ngoài gan qua da bằng Laser. Vì vậy đánh giá mức độ hẹp đường mật là cần thiết để tiên lượng hiệu quả lâu dài và đưa ra kế hoạch điều trị để giảm tỷ lệ tái phát.

**Từ khóa:** Tán sỏi đường mật qua da bằng Laser, sỏi đường mật, tỷ lệ tái phát, hẹp đường mật, dài hạn.

#### SUMMARY

#### EVALUATING OF THE CORRELATION BETWEEN STONE RECURRENCE RATE AND BILIARY STENOSIS IN PATIENTS TREATED INTRAHEPATIC AND EXTRAHEPATIC LITHIASIS BY PERCUTANEOUS TRANSHEPATIC CHOLANGIOSCOPY LITHOTRIPSY

**Purpose:** to evaluating the correlation between stone recurrence rate and biliary stenosis in patients with intrahepatic and extrahepatic stones, treated by percutaneous transhepatic cholangioscopy lithotripsy.

<sup>1</sup>Bệnh viện Đại Học Y Hà Nội

<sup>2</sup>Trường Đại Học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Lê Tuấn Linh

Email: linhdhyhn2017@gmail.com

Ngày nhận bài: 20.9.2023

Ngày phản biện khoa học: 13.11.2023

Ngày duyệt bài: 01.12.2023

**Subjects and methods:** a retrospective study in 59 patients having intrahepatic and extrahepatic lithiasis, treated by using percutaneous transhepatic cholangioscopy lithotripsy from January 2020 to August 2022 at Radiology Center – Hanoi Medical University Hospital. **Results:** The study included 59 patients with intrahepatic and/or extrahepatic stones who had undergone percutaneous laser lithotripsy, were divided into two groups with biliary stenosis (61%, 36 patients) and without biliary stenosis (39%, 23 patients). The median time follow-up was 26,7 months (IQR 3-37), stone recurrence rate were 66,1% (39 patients). The research shows that there is an association between biliary stenosis and stone recurrence rate ( $p=0,002$ ). We found that biliary stenosis from 45,1% has a predictive value for the possibility of biliary stone recurrence with a sensitivity of 86% and a specificity of 66,7%. Thus, percutaneous laser biliary lithotripsy is most effective in patients without biliary stenosis with a long-term stone recurrence-free rate in 56,5% of patients compared to 22,2% of patients with biliary stenosis. **Conclusion:** Biliary stenosis is a risk factor of stone recurrence and biliary stenosis has the ability to predict the rate of biliary stone recurrence in patients after percutaneous transhepatic cholangioscopy lithotripsy. Therefore, assessing the biliary stricture is necessary to predict long-term effectiveness and devise a treatment plan to reduce the recurrence rate.

**Keywords:** percutaneous transhepatic cholangioscopy lithotripsy, cholelithiasis, recurrence rate, biliary stenosis, long term.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sỏi đường mật trong gan và sỏi ống mật chủ là bệnh lý thường gặp, nhiều hơn ở khu vực Đông Nam Á hơn so với các khu vực phương Tây<sup>1</sup>. Tại Việt Nam, đây là một bệnh lý đặc trưng bởi tỷ lệ điều trị thất bại và tái phát cao lên đến 20-25% đến 100%<sup>2</sup>. Bệnh liên quan nhiều đến nhiễm trùng và kí sinh trùng đường mật. Bản chất của sỏi là sỏi cholesterol và sỏi bilirubinát canxi nhưng hay gặp hơn là sỏi bilirubinát canxi<sup>3</sup>. Phần lớn bệnh sỏi đường mật lâu dài có thể gây viêm đường mật sinh mủ tái diễn, dẫn tới kháng kháng sinh, hình thành các ổ áp xe gan dẫn tới xơ gan mật, và thậm chí là ung thư đường mật<sup>4</sup>. Trước đây phẫu thuật là phương pháp kinh điển trong điều trị sỏi đường mật, hiện nay đã có nhiều cải tiến trong điều trị sỏi mật với nhiều kỹ thuật mới như: tán sỏi xuyên gan qua da, tán sỏi ngoài cơ thể, lấy sỏi qua nội soi mật tụy ngược dòng, phẫu thuật nội soi, cắt gan... Tuy nhiên mỗi phương pháp còn tồn tại nhiều hạn chế. Phương pháp tán sỏi mật bằng Laser đã cải thiện được tỷ lệ sót sỏi và bảo tồn được nhu mô gan và thích hợp cho các bệnh nhân không đủ điều kiện phẫu thuật. Kỹ thuật tán sỏi đường mật qua da bằng Laser ngày càng được áp dụng rộng rãi,

tuy nhiên các nghiên cứu trên thế giới về đánh giá dài hạn kết quả điều trị phương pháp này còn ít. Hẹp đường mật là tổn thương thường gặp trong bệnh sỏi đường mật. Sỏi mật gây viêm tái diễn nhiều lần nên phát triển thành tổn thương viêm mạn tính, dần dần tới xơ hóa và chít hẹp đường mật. Đồng thời các tổn thương chít hẹp này cũng là yếu tố hình thành sỏi, do gây ứ đọng dịch mật. Tại Việt Nam chưa có nghiên cứu nào công bố về đánh giá mối tương quan giữa tỷ lệ tái phát sỏi với hẹp đường mật (HĐM) ở BN sau tán sỏi đường mật trong và ngoài gan qua da bằng Laser (TSDMQDL). Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu đánh giá mối liên hệ giữa hẹp đường mật và tỷ lệ tái phát sau can thiệp TSDMQDL.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 2.1. Đối tượng nghiên cứu

**Tiêu chuẩn chọn:** (1) Bệnh nhân được can thiệp tán sỏi mật qua da xuyên gan bằng Laser Holmium. (2) Bệnh nhân được theo dõi tại thời điểm sau can thiệp ít nhất 2 năm theo quy trình nghiên cứu và/hoặc đã tái phát sỏi. (3) Có đầy đủ hồ sơ bệnh án, cách thức can thiệp, phiếu gây mê hồi sức và theo dõi sau can thiệp.

**Tiêu chuẩn loại trừ:** (1) Bệnh nhân được phẫu thuật hoặc can thiệp nội soi phổi hợp với TSDMQD. (2) Bệnh nhân từ chối tham gia trong quá trình nghiên cứu. (3) Bệnh nhân không có đủ thông tin hồ sơ nghiên cứu.

### 2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu phân tích hồi cứu

Phương pháp chọn mẫu: chọn mẫu thuận tiện,  $n = 59$

**2.3. Quy trình và phương pháp thu thập số liệu:** (1) Lập danh sách bệnh nhân đã can thiệp TSDMQDL và có đủ hồ sơ bệnh án tại thời điểm can thiệp. (2) Lấy số liệu bệnh nhân có sỏi tái phát và/hoặc khám lại sau  $\geq 2$  năm. (3) Đánh giá kết quả can thiệp tán sỏi qua da. (4) Nhập số liệu và xử lý.

### Định nghĩa biến:

- Hẹp đường mật: được định nghĩa là đường mật có khẩu kính nhỏ hơn đường mật cùng cấp, hoặc hẹp đột ngột với OMC.

- Phương pháp đánh giá: CHT hoặc chụp đường mật qua da hoặc nội soi đường mật qua da.

- Sỏi tái phát: là sỏi mới được phát hiện ở bệnh nhân đã tán sạch sỏi hoàn toàn sau TSDMQDL hoặc sỏi xuất hiện ở vị trí mới ở bệnh nhân còn sót sỏi so với kết quả ngay sau tán (đã loại trừ khả năng sỏi di chuyển).

- Phương pháp đánh giá: trên siêu âm, CLVT, CHT.

**2.4. Phân tích và xử lý số liệu.** Xử lý số liệu thu thập các biến số lưu trữ và xử lý bằng phần mềm SPSS 20. So sánh các đặc điểm về tỷ lệ của nhóm nghiên cứu bằng, biểu đồ, kiểm định sự khác biệt bằng test chi-square, test Fisher's. Tỷ suất chênh OR. Tiên lượng tỷ lệ sỏi

tái phát và mức độ hẹp đường mật theo phân tích đường cong ROC. Kết quả được xem là có ý nghĩa thống kê khi  $p < 0.05$  với độ tin cậy 95%.

**III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

Nghiên cứu hồi cứu của chúng tôi trên 59 bệnh nhân thu được kết quả như sau:

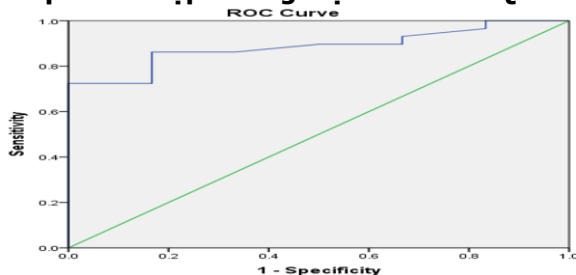
**3.1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu**

**Bảng 1. Đặc điểm chung của các đối tượng nghiên cứu**

	Tất cả BN (n=59)	Nhóm không HDM (n=23)	Nhóm có HDM (n=36)
<b>Đặc điểm chung</b>			
Tuổi	54 ±14,5	59,96 ±17,1	52,25±12,5
<b>Giới:</b> Nam	19 (32,2%)	10 (16,9%)	9 (15,3%)
Nữ	40 (67,8%)	13 (22,0%)	27 (45,8%)
<b>Tiền sử điều trị sỏi trước đây</b>			
Không có	20 (33,9%)	16 (27,1%)	4 (6,8%)
Cắt TM	18 (30,5%)	8 (13,6%)	10 (16,9%)
Cắt TM, nối mật ruột	9 (15,35%)	4(6,8%)	5 (8,5%)
ERCP	4(6,8%)	1(1,7%)	3(5,1%)
Mở đường mật lấy sỏi	23 (38,9%)	6 (10,2%)	17 (11,9%)
Cắt gan	2 (3,4%)	1 (1,7%)	1 (1,7%)
Thời gian theo dõi	26,7±6,8	26,57±5,4 (9-37)	26,83 ± 7,4 (3-37)

**Nhận xét:** Nghiên cứu của chúng tôi gồm 59 BN gồm 40 nữ (67,8%) và 19 nam (32,2%) với tỷ lệ nữ/nam là 2,1:1. Trong đó được chia làm 2 nhóm gồm 36 BN có HDM và 23 BN không HDM. Tuổi trung bình của bệnh nhân là 54,1±14,5 tuổi. Các bệnh nhân được theo dõi trong thời gian trung bình là 26,7±6,7 tháng, với thời gian ngắn nhất xuất hiện triệu chứng phải can thiệp lại là 03 tháng. Trong số 59 bệnh nhân có 02 bệnh nhân được cắt bỏ gan, 23(38,9%) bệnh nhân có tiền sử mở đường mật lấy sỏi, 27 (45,8%) bệnh nhân cắt túi mật và 9 (15,35%) bệnh nhân nối mật ruột.

**3.2. Đánh giá mối tương quan giữa sỏi tái phát và hẹp đường mật sau TSDMQDL**



**Hình 1. ROC của độ hẹp đường mật trong chẩn đoán sỏi tái phát sau TSDMQDL bằng Laser**

**Bảng 2. Tỷ lệ tái phát sỏi ở nhóm hẹp đường mật và nhóm không hẹp đường mật sau TSDMQDL**

Tái phát sỏi	Tổng	Nhóm không HDM	Nhóm có HDM	P

Không	20 (33,9%)	13 (22,0%)	7 (11,9%)	0,03*
Có	39 (66,1%)	10 (16,9%)	29 (49,2%)	

\* Giá trị  $p < 0,05$  có ý nghĩa thống kê

**Bảng 3: Diện tích dưới đường cong ROC, điểm cắt, độ nhạy, độ đặc hiệu của độ hẹp đường mật trong tiên đoán tái phát sỏi đường mật sau TSDMQDL**

Diện tích dưới đường cong ROC	Điểm cắt	Độ nhạy	Độ đặc hiệu	Chỉ số Youden
0,89	45,1%	86%	66,7%	0,527

**Nhận xét:** Trong thời gian theo dõi, tỷ lệ sỏi đường mật tái phát ở 39 BN (66,1%), trong số 39 bệnh tái phát có 10 bệnh nhân (16,9%) không hẹp đường mật và 29 bệnh nhân (49,2%) có HDM trước điều trị (bảng 2), như vậy có sự liên quan giữa tỷ lệ hẹp đường mật và tỷ lệ tái phát sỏi với  $p=0,03 < 0,05$ . Trong nhóm HDM, phần trăm hẹp trung bình là 68,2±23,4% với độ hẹp nhỏ nhất là 29,4%, và lớn nhất là 100%. Độ hẹp đường mật có khả năng tiên đoán tái phát sỏi đường mật sau TSDMQDL bằng Laser trong thời gian trung bình 26,7±6,7 tháng, có độ hẹp từ 45,1%, với diện tích dưới đường cong ROC xác định chính xác trong chẩn đoán tốt, với giá trị c thống kê là 0,89 và độ nhạy độ đặc hiệu lần lượt là 86% và 66,7%.

**Bảng 4. Khả năng tái phát sỏi đường mật sau TSDMQDL giữa nhóm có HDM và**

**không HDM**

	Sỏi tái phát		
	Odds ratio	p	95% CI
Hẹp đường mật	5,4	0,03	1.7-17.3

**Nhận xét:** tỷ suất chênh OR=5,4 có ý nghĩa thống kê do khoảng tin cậy 95% của OR nhận giá trị từ 1,7 tới 17,3. Như vậy, khả năng tái phát sỏi của nhóm bệnh nhân có HDM cao gấp 5,4 lần so với khả năng tái phát sỏi của nhóm không HDM

**IV. BÀN LUẬN**

**4.1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu.** Nghiên cứu của chúng tôi hồi cứu trên 59 bệnh nhân, gồm 40 nữ (67,8%) và 19 nam (32,2%) với tỷ lệ nữ/nam là 2,1:1. Sự khác biệt này cũng giống như trong nghiên cứu của của Sung-Koo Lee (2001)<sup>5</sup>. Điều này được giải thích là estrogen làm tăng bài tiết cholesterol và dịch mật bão hòa cholesterol tăng nguy cơ tạo sỏi mật<sup>6</sup>. Trong nghiên cứu của chúng tôi độ tuổi trung bình là 54 tuổi. Đây là lứa tuổi trung niên, phù hợp do sỏi mật hiếm khi bị hòa tan một cách tự nhiên và sỏi mật được hình thành như một quá trình tích lũy. Ngoài ra, ở người lớn tuổi sự bài tiết cholesterol vào dịch mật tăng theo tuổi và axit trong dịch mật giảm làm tăng sự bão hòa cholesterol trong dịch mật<sup>7</sup>.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, hầu hết bệnh nhân có tiền sử điều trị sỏi mật, với phương pháp mổ mở đường mật lấy sỏi chiếm 23 bệnh nhân (38,9%), trong đó nhóm HDM 73,9% và nhóm không HDM là 26,1%, tỷ lệ này tương tự với nghiên cứu của Zhi-Qiang Huang và Xiao-Qiang Huang, nghiên cứu chỉ ra rằng tỷ lệ hẹp đường mật tỷ lệ thuận với tần suất mổ lại<sup>8</sup>. Thời gian theo dõi trung bình là 26,7 tháng, thời gian này tương đương với một số nghiên cứu khác như nghiên cứu Alberta Cappelli và cs (2019) là 23 tháng<sup>9</sup>, của Kyung Sook Hong và cs (2011) trong khoảng 30,9 tháng<sup>10</sup>, ít hơn một số nghiên cứu khác như nghiên cứu của Peng Lujaim, MD (2020) với thời gian theo dõi trung bình là 4 năm. Tuy nhiên hầu hết các nghiên cứu nêu trên cũng chỉ ra rằng thời gian tái phát sỏi hay các biến chứng khác sau điều trị trung bình trong khoảng 24 tháng, như nghiên cứu của Peng Lujaim là 20,51 ± 9,65 tháng, của Sung-Koo Lee với nhóm hẹp đường mật là 24 tháng và nhóm không hẹp hoặc hẹp nhẹ là 28-32 tháng, của Alberta Cappelli là 21 tháng<sup>9</sup>. Như vậy thời gian theo dõi của chúng tôi nằm trong khoảng thời gian xảy ra các vấn đề về đường mật tương tự các nghiên cứu khác.

**4.2. Đánh giá mối tương quan giữa sỏi****tái phát và hẹp đường mật sau TSDMQD.**

Trong nghiên cứu của chúng tôi có 36 bệnh nhân có HDM tương đương 61%. Tỷ lệ này tương tự theo Nakayama (1986) được tổng kết tại 4 quốc gia ở Châu Á là 76,2%<sup>12</sup>. Điều này được giả thích do sỏi đường mật gây viêm dẫn tới chít hẹp đường mật và chít hẹp đường mật gây ứ đọng dịch mật dẫn tới hình thành sỏi. Theo phân tích đơn biến chỉ số OR và 95% CI trong nghiên cứu của chúng tôi cho yếu tố nguy cơ hẹp đường mật thấy hẹp đường mật là yếu tố gây tái phát sỏi lên 5.4 lần, 95% CI dao động từ 1,7 tới 17,3 với p=0,03, kết quả có ý nghĩa thống kê. Chỉ số OR này cao hơn nghiên cứu của Nguyễn Đình Khánh (2021)<sup>13</sup>. Tỷ lệ sỏi đường mật tái phát ở 39 BN (66,1%), trong số 39 bệnh tái phát có 10 bệnh nhân (16,9%) không HDM và 29 bệnh nhân (49,2%) có HDM trước điều trị, có sự liên quan giữa tỷ lệ hẹp đường mật và tỷ lệ tái phát sỏi (p=0,03). Nhận định này cũng đã được khẳng định ở một số nghiên cứu ngoài nước khác. Theo nghiên cứu của Alberta Cappelli và cs (2019), tiến hành trên 91 bệnh nhân có sỏi ĐM nhưng hạn chế phẫu thuật và nội soi lấy sỏi, đã được điều trị TSDMQD, chia thành hai nhóm có và không HDM cho thấy tỷ lệ tái phát sỏi ở nhóm không HDM là 32% và có HDM là 64%, tỷ lệ tái phát sỏi trung bình là 50%. Nghiên cứu dài hạn như của Sung-Koo Lee đã chỉ ra rằng bệnh nhân bị hẹp nặng đường mật trong gan có tỷ lệ tái phát cao hơn so với không HDM hoặc hẹp nhẹ (100% so với 28% với p< 0,001)<sup>5</sup>. Nghiên cứu của Zhi-Qiang Huang và Xiao-Qiang Huang cho thấy 82% trường hợp có tái phát sỏi đường mật ở những bệnh nhân có hẹp đường mật. Các kết quả này ủng hộ hẹp ĐM là yếu tố chính quyết định sự tái phát sỏi ĐM sau TSDMQDL. Do vậy, đánh giá mức độ hẹp trước can thiệp là cần thiết ở các bệnh nhân mắc sỏi ĐM để tiên lượng hiệu quả điều trị ngay sau tán, tỷ lệ tái phát sỏi và đưa ra các biện pháp điều trị hẹp trong tán.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, độ hẹp đường mật có khả năng tiên đoán tái phát sỏi đường mật sau TSDMQDL trong thời gian trung bình 26,7±6,7 tháng, có điểm cắt là 45,1%, với diện tích dưới đường cong ROC xác định độ chính xác trong chẩn đoán tốt, với giá trị thống kê là 0,89 và độ nhạy, độ đặc hiệu lần lượt là 86% và 66,7%. Mặc dù chưa thấy nghiên cứu nào báo cáo về định lượng độ hẹp và sỏi tái phát, nhưng nghiên cứu của Sung-Koo Lee cho thấy mức độ hẹp càng cao thì tỷ lệ tái phát sỏi càng nhiều<sup>5</sup>.

## V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy hẹp đường mật là yếu tố gây tái phát sỏi và độ hẹp đường mật có khả năng tiên đoán tỷ lệ tái phát sỏi đường mật ở bệnh nhân sau tán sỏi đường mật trong và ngoài gan qua da bằng Laser. Vì vậy đánh giá mức độ hẹp đường mật là cần thiết để tiên lượng hiệu quả lâu dài và đưa ra kế hoạch điều trị tình trạng hẹp để giảm tỷ lệ tái phát.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Ong GB.** A study of recurrent pyogenic cholangitis. Arch Surg Chic Ill 1960. 1962;84:199-225. doi:10.1001/archsurg.1962.01300200047004
2. **Khôi, L.N.** Đánh giá kết quả điều trị sỏi trong gan bằng phẫu thuật nội mật - da với đoạn ruột biệt lập và nội mật - ruột - da. Gan -- Phẫu thuật. 2015:138.
3. **Cường, L.V.** Thành phần hóa học của 110 mẫu sỏi mật ở người Việt Nam phân tích bằng quang phổ hồng ngoại và raman. Kỷ yếu công trình nghiên cứu khoa học. 1999.
4. **Tyson GL, El-Serag HB.** Risk factors for cholangiocarcinoma. Hepatol Baltim Md. 2011; 54(1): 173-184. doi:10.1002/hep.24351
5. **Lee SK, Seo DW, Myung SJ, et al.** Percutaneous transhepatic cholangioscopic treatment for hepatolithiasis: an evaluation of long-term results and risk factors for recurrence. Gastrointest Endosc. 2001;53(3):318-323. doi: 10.1016/ s0016-5107(01)70405-1
6. **Novacek G.** Gender and gallstone disease. Wien Med Wochenschr 1946. 2006;156(19-20):527-533. doi:10.1007/s10354-006-0346-x
7. **Kaufman HS, Magnuson TH, Lillemoe KD, Frasca P, Pitt HA.** The role of bacteria in gallbladder and common duct stone formation. Ann Surg. 1989;209(5):584-592.
8. **Huang ZQ, Huang XQ.** Evolution of surgical treatment of intrahepatic lithiasis in China. World J Gastroenterol. 1997;3(3):131-133. doi:10.3748/wjg.v3.i3.131
9. **Cappelli A, Mosconi C, Cucchetti A, et al.** Outcomes following percutaneous treatment of biliary stones. HPB. 2019;21(8):1057-1063. doi: 10.1016 / j.hpb.2018.12.007
10. **Hong KS, Noh KT, Min SK, Lee HK.** Selection of surgical treatment types for intrahepatic duct stones. Korean J Hepato-Biliary-Pancreat Surg. 2011;15(3): 139-145. doi: 10.14701/ kjhbps.2011.15.3.139

## HIỆU QUẢ CẢI THIỆN HỘI CHỨNG CỘT SỐNG CỔ CỦA PHƯƠNG PHÁP SIÊU ÂM TRỊ LIỆU KẾT HỢP ĐIỆN CHÂM VÀ XOA BÓP BẮM HUYỆT TRÊN BỆNH NHÂN CÓ HỘI CHỨNG CỔ VAI CÁNH TAY

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Đánh giá hiệu quả cải thiện hội chứng cột sống cổ bằng phương pháp siêu âm trị liệu kết hợp điện châm và xoa bóp bấm huyệt trên bệnh nhân có hội chứng cổ vai cánh tay. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu can thiệp lâm sàng có nhóm đối chứng, so sánh kết quả trước và sau can thiệp. 60 bệnh nhân được chẩn đoán hội chứng cổ vai cánh tay chia thành 2 nhóm: Nhóm nghiên cứu được điều trị bằng siêu âm trị liệu kết hợp điện châm và xoa bóp bấm huyệt. Nhóm chứng được điều trị bằng điện châm và xoa bóp bấm huyệt. **Kết quả:** Sau 15 ngày điều trị, điểm VAS trung bình, tầm vận động cột sống cổ, mức độ căng cơ của cả 2 nhóm đều cải thiện so với trước điều trị ( $p < 0,05$ ) và nhóm nghiên cứu tốt hơn so với nhóm chứng ( $p < 0,05$ ). **Kết luận:** Điện châm kết hợp xoa bóp bấm huyệt và siêu âm trị liệu có tác dụng cải thiện hội chứng cột sống cổ, mức độ cải thiện tốt hơn nhóm chứng (với  $p < 0,05$ ).

<sup>1</sup>Bệnh viện Châm cứu Trung ương

<sup>2</sup>Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Thanh Tú

Email: thanhtu@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 21.9.2023

Ngày phản biện khoa học: 10.11.2023

Ngày duyệt bài: 4.12.2023

Dương Thị Hằng<sup>1</sup>, Nguyễn Thị Thanh Tú<sup>2</sup>

**Từ khóa:** Hội chứng cổ vai cánh tay, Hội chứng cột sống cổ, Châm cứu, Xoa bóp bấm huyệt, Siêu âm trị liệu

### SUMMARY

#### RESULTS OF IMPROVING CERVICAL SPINE SYNDROM BY ULTRASOUND THERAPY COMBINED WITH ELECTRO-ACUPUNCTURE AND ACUPRESSURE MASSAGE ON CERVICAL SCAPULOHUMERAL SYNDROME

**Objective:** The purpose of this study was to evaluate the effectiveness of improving cervical spine syndrome by ultrasound therapy combined with electro-acupuncture and acupressure massage on patients with cervical scapulothoracic syndrome. **Subjects and Methods:** This study was designed as a controlled interventional clinical trial, comparing the before and after treatments. 60 patients diagnosed with the cervical scapulothoracic syndrome were divided into 2 groups: the study group was treated with ultrasound therapy combined with electro-acupuncture and massage; the control group was treated with electroacupuncture and massage. **Results:** After 15 days of treatment, the results showed that both groups recorded an improvement of VAS pain score, cervical spine's range of motion and muscle tension level ( $p < 0.05$ ), the study group