

# NGHIÊN CỨU KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ SỎI ỐNG MẬT CHỦ BẰNG NỘI SOI MẬT TỤY NGƯỢC DÒNG KẾT HỢP CẮT CƠ VÒNG ODDI

Vĩnh Khánh<sup>1</sup>, Trần Văn Huy<sup>2</sup>, Trịnh Đình Hy<sup>2</sup>

(1) Trung tâm Nội soi Tiêu hóa - Trường Đại học Y Dược Huế

(2) Bộ môn Nội - Trường Đại học Y Dược Huế

## Tóm tắt

**Đặt vấn đề:** Sỏi ống mật chủ là bệnh lý thường gặp gây nên nhiều biến chứng nghiêm trọng như viêm phúc mạc mật, viêm tụy cấp, nhiễm trùng đường mật, sốc nhiễm trùng. Nội soi mật tụy ngược dòng là phương pháp hiệu quả trong điều trị sỏi ống mật chủ, tuy nhiên vẫn còn tùy thuộc vào nhiều yếu tố: số lượng sỏi, kích thước sỏi, túi thừa cạnh nhú, kinh nghiệm của bác sĩ nội soi... Chính vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu với 2 mục tiêu sau: Xác định tỷ lệ thành công và biến chứng của phương pháp nội soi mật tụy ngược dòng trong điều trị sỏi ống mật chủ và đánh giá các yếu tố ảnh hưởng đến thất bại của phương pháp này. Phương pháp nghiên cứu: **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu trên 64 bệnh nhân đến điều trị tại trung tâm nội soi tiêu hóa. Phương pháp nghiên cứu: Mô tả cắt ngang. **Kết quả:** Sỏi có kích thước từ 1- 20 mm chiếm tỷ lệ cao nhất 76,7%. Sỏi 1 viên chiếm đa số chiếm 68,7%. Tỷ lệ thành công đạt: 89,1%. Biến chứng của thủ thuật chiếm 10,9%. Các yếu tố ảnh hưởng đến hiệu quả lấy sỏi qua ERCP: Tỷ lệ thất bại gặp nhiều nhất ở nhóm đã phẫu thuật hở, túi thừa cạnh nhú và sỏi lớn. **Kết luận:** Nội soi mật tụy ngược dòng là phương pháp hiệu quả và an toàn trong điều trị sỏi ống mật chủ.

**Từ khóa:** Sỏi ống mật chủ, nội soi mật tụy ngược dòng.

## Abstract

### RESULTS OF ENDOSCOPIC RETROGRADE CHOLANGIOPANCREATOGRAPHY COMBINED WITH SPINCTEROTOMY IN TREATMENT OF COMMON BILE DUCT STONES

Vinh Khanh<sup>1</sup>, Tran Van Huy<sup>2</sup>, Trinh Dinh Hy<sup>2</sup>

(1) Gastrointestinal endoscopic center - Hue University of Medicine and Pharmacy

(2) Internal Medicine Department - Hue University of Medicine and Pharmacy

**Background:** Common bile duct stone is the popular disease which leads to more severe complication. Endoscopic retrograde cholangiopancreatography is a useful therapy in treatment of common bile duct stone. However, the success of this therapy must depend on several specific impacts including the number of stones, stone diameter, diverticulum and endoscopist. Thus, we have performed this research on two major purposes: 1) to evaluate the results and complication of ERCP in treatment of common bile duct stone; and 2) to determine the influential factors causing failure of this therapy. **Patients/Research methods:** A total of 64 patients are involved in the treatment at the gastrointestinal endoscopic center. **Methods:** A cross - sectional study. **Result:** CBD stone with size from 10 – 20mm makes up the highest proportion of 76.7%. A single stone makes up for the large proportion at 68.7%. The successful rate of CBD is 89.1%. The rate of complication is 10.9%. The influential factor for failure of ERCP: The patients undergoing operation have diverticulum and large stone. **Conclusion:** ERCP is an effective and safe therapy for treatment CDB stone.

**Key words:** Common bile duct stone, endoscopic retrograde cholangiopancreatography.

- Địa chỉ liên hệ: Vĩnh Khánh, email: khanhdung28@gmail.com

DOI: 10.34071/jmp.2015.4+5.9

- Ngày nhận bài: 17/6/2015 \* Ngày đồng ý đăng: 31/7/2015 \* Ngày xuất bản: 12/11/2015

## 1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sỏi ống mật chủ là một bệnh rất thường gặp ở Việt Nam cũng như nhiều quốc gia trên thế giới, đặc biệt ở các nước đang phát triển, chiếm tỷ lệ 80 đến 85% sỏi đường mật [1], [11]. Đây là nguyên nhân hàng đầu gây tắc nghẽn đường mật và có thể dẫn đến viêm phúc mạc mật, viêm tụy cấp, nhiễm trùng đường mật, sốc nhiễm trùng. Phẫu thuật mở ống mật chủ lấy sỏi là phương pháp điều trị hữu hiệu trước đây và đã thường xuyên được thực hiện tại Việt Nam [1]. Tuy nhiên, phẫu thuật mở được xem quá nặng nề đối với bệnh nhân, thời gian nằm viện kéo dài, tỷ lệ sót sỏi cao và nhiều tai biến. Phương pháp nội soi mật tụy ngược dòng được ra đời năm 1968 và ngày càng được hoàn thiện mang lại nhiều lợi ích trong vấn đề chẩn đoán và điều trị sỏi ống mật chủ với thời gian nằm viện ngắn, tỷ lệ thành công cao và ít tai biến [3]. Nội soi mật tụy ngược dòng là một trong những phương pháp được ứng dụng tại nhiều bệnh viện ở Việt Nam gần đây. Tuy nhiên, phương pháp này vẫn có tỷ lệ biến chứng và thất bại, các biến chứng thường gặp là viêm tụy cấp, chảy máu và thủng chiếm khoảng 5% [13], [14]. Nhằm đánh giá hiệu quả và các nguyên nhân thất bại của phương pháp nội soi mật tụy ngược dòng chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài với hai mục tiêu sau:

- Xác định tỷ lệ thành công và biến chứng của phương pháp nội soi mật tụy ngược dòng trong điều trị sỏi ống mật chủ.
- Đánh giá các yếu tố ảnh hưởng đến thất bại của phương pháp này.

## 2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 2.1. Đối tượng nghiên cứu

Bao gồm 64 bệnh nhân sỏi đường mật được điều trị tại Trung tâm nội soi tiêu hóa - Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Huế từ tháng 1/2013 đến tháng 12/2014.

#### 2.1.1. Tiêu chuẩn chọn bệnh

Bệnh nhân sỏi OMC với các triệu chứng lâm sàng và được xác định trên siêu âm qua thành bụng và CT-Scanner.

#### 2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

Bệnh lý vùng hầu họng, túi thừa lớn thực quản, hẹp thực quản, hẹp môn vị ...

Bệnh lý nội khoa nặng không thực hiện được kỹ thuật gây mê, tiền mê.

Rối loạn đông máu nặng nhưng chưa điều chỉnh chức năng đông máu.

Bệnh nhân không đồng ý tham gia thủ thuật.

### 2.2. Phương pháp nghiên cứu

#### 2.2.1. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

#### 2.2.2. Các bước tiến hành nghiên cứu

Các bệnh nhân sau khi được lựa chọn vào nghiên cứu theo các tiêu chuẩn lựa chọn và loại trừ, thu thập số liệu theo các chỉ tiêu nghiên cứu đề ra.

Thông tin bệnh nhân: Tuổi, giới, tiền sử có liên quan, đánh giá sỏi OMC trên siêu âm qua thành bụng và CT-Scanner.

Ghi nhận kết quả ERCP: Số lượng và kích thước sỏi.

Ghi nhận tai biến và biến chứng: chảy máu, thủng, biến chứng liên quan đến thuốc mê, thuốc cản quang và tim mạch.

Ghi nhận biến chứng sau thủ thuật: Viêm tụy cấp, nhiễm trùng, chảy máu, thủng.

#### 2.2.3. Tiến hành nội soi mật tụy ngược dòng

##### 2.2.3.1. Phương tiện và trang thiết bị

Phương tiện theo dõi và hồi sức.

Hệ thống nội soi tá tràng của Fujifilm.

Màn huỳnh quang tăng sáng.

##### 2.2.3.2. Thủ thuật nội soi mật tụy ngược dòng

- Chuẩn bị.

Kháng sinh dự phòng đường tĩnh mạch một giờ trước khi làm thủ thuật.

Lập đường truyền tĩnh mạch với kim thông nòng ở cánh tay (P) để trong khi thực hiện có thể tiêm thuốc.

Ghi nhận mạch, huyết áp, nhịp thở, SpO<sub>2</sub> trước khi làm thủ thuật.

Tư thế bệnh nhân: cho bệnh nhân nằm sấp ¾, đường mật và ống tụy tách rời dưới màn hình, đường mật lên thẳng và cao hơn, trong khi ống tụy chéch trái và hướng ngang.

Bác sĩ nội soi thực hiện thủ thuật: rửa tay ngoại

khoa, mang găng, khâu trang và mặc áo vô trùng.

- Tiến hành

Thông nhủ: được tiến hành bằng một dây cắt cơ vòng hình cung.

Chụp đường mật ngược dòng có cản quang đánh giá đường mật và sỏi ống mật chủ hoặc các bất thường khác. Sau đó tiến hành cắt cơ vòng Oddi.

Đưa rọ lên cao hơn viên sỏi, mở rọ bắt sỏi, kéo rọ và sỏi ra khỏi đường mật. Lấy viên dưới trước nhằm tránh tình trạng kẹt rọ. Nếu sỏi lớn dùng rọ tán sỏi cơ học hoặc đặt stent nếu sỏi lớn không lấy được.

### 2.3. Xử lý số liệu: Phần mềm SPSS 18.0

## 3. KẾT QUẢ

Qua nghiên cứu trên 64 bệnh nhân, gồm có 27 nam và 37 nữ với tuổi cao nhất là 90 tuổi và tuổi nhỏ nhất là 20 tuổi, tuổi trung bình là  $52 \pm 17,9$  tuổi. Chúng tôi ghi nhận được kết quả như sau.

### 3.1. Đặc điểm sỏi ống mật chủ

#### 3.1.1. Số lượng sỏi

**Bảng 1.** Số lượng sỏi

| Số lượng sỏi | Số bệnh nhân | Tỷ lệ |
|--------------|--------------|-------|
| 1 viên       | 44           | 68,7  |
| 2 viên       | 17           | 26,7  |
| > 2 viên     | 3            | 4,6   |
| Tổng         | 64           | 100,0 |

*Nhận xét:* Số lượng sỏi trong ống mật chủ chủ yếu là một viên chiếm tỷ lệ 68,7% và thấp nhất là lớn hơn 2 viên chiếm tỷ lệ 4,6%.

#### 3.1.2. Kích thước sỏi

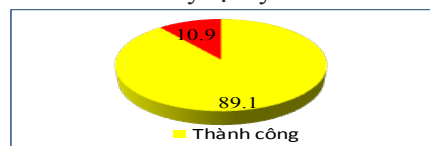
**Bảng 2.** Kích thước sỏi

| Kích thước | Số bệnh nhân | Tỷ lệ |
|------------|--------------|-------|
| < 10mm     | 12           | 18,7  |
| 10 – 20 mm | 49           | 76,7  |
| > 20 mm    | 3            | 4,6   |
| Tổng       | 64           | 100,0 |

*Nhận xét:* Kích thước sỏi thường gặp nhất là từ 10 đến 20mm, chiếm tỷ lệ 76,7%, sỏi nhỏ hơn 10mm chiếm tỷ lệ 18,7%, rất ít trường hợp sỏi lớn hơn 20 mm chỉ chiếm 4,6%.

### 3.2. Tỷ lệ lấy sỏi thành công

**Biểu đồ 1.** Tỷ lệ lấy sỏi thành công



*Nhận xét:* Tỷ lệ lấy hết sỏi thành công chiếm 89,1%.

### 3.3. Tỷ lệ các biến chứng

**Bảng 3.** Tỷ lệ các biến chứng

| Biến chứng                                | Số bệnh nhân | Tỷ lệ |
|-------------------------------------------|--------------|-------|
| Chảy máu                                  | 3            | 4,6   |
| Viêm tụy cấp                              | 4            | 6,3   |
| Phản ứng tụy (tăng amylase máu đơn thuần) | 3            | 4,6   |

*Nhận xét:* Biến chứng chiếm tỷ lệ cao nhất sau thủ thuật là viêm tụy cấp chiếm tỷ lệ 6,3% và chảy máu chiếm tỷ lệ 4,6%.

### 3.4. Các yếu tố liên quan đến tỷ lệ thất bại

#### 3.4.1. Tiền sử mổ sỏi đường mật

**Bảng 4.** Tiền sử mổ sỏi đường mật

|            | Tiền sử mổ hở |       | Tiền sử ERCP |       |
|------------|---------------|-------|--------------|-------|
|            | 1 lần         | 2 lần | 1 lần        | 2 lần |
| Thành công | 1             | 0     | 4            | 0     |
| Thất bại   | 2             | 1     | 0            | 0     |
| Tổng       | 3             | 1     | 4            | 0     |

*Nhận xét:* Tỷ lệ thất bại trong lấy hết sỏi cao nhất gặp ở các trường hợp bệnh nhân đã phẫu thuật hở chiếm 75%.

#### 3.4.2. Bệnh lý ống tiêu hóa đi kèm

**Bảng 5.** Các bệnh lý đi kèm

| Bệnh lý đi kèm | Không có bệnh lý ống tiêu hóa đi kèm |       | Túi thừa tá tràng cạnh bóng vater |       | Tổng |
|----------------|--------------------------------------|-------|-----------------------------------|-------|------|
|                | n                                    | %     | n                                 | %     |      |
| Thành công     | 55                                   | 94,9  | 2                                 | 33,3  | 57   |
| Thất bại       | 3                                    | 5,1   | 4                                 | 66,7  | 7    |
| Tổng           | 58                                   | 100,0 | 6                                 | 100,0 | 64   |

*Nhận xét:* Tỷ lệ thất bại trong lấy hết sỏi gặp nhiều nhất trong các trường hợp túi thừa cạnh bóng vater chiếm 66,7%

### 3.4.3. Kích thước sỏi

**Bảng 6.** Kích thước sỏi

| Kích thước sỏi | < 10mm | 10 - 20 mm | > 20 mm | Tổng |
|----------------|--------|------------|---------|------|
| Thành công     | 12     | 44         | 1       | 57   |
| Thất bại       | 0      | 5          | 2       | 7    |
| Tổng           | 12     | 49         | 3       | 64   |

*Nhận xét:* Đối với kích thước sỏi càng lớn hiệu quả lấy sỏi thất bại càng cao, với sỏi có kích thước < 10mm hiệu quả lấy hết sỏi đạt 100%.

## 4. BÀN LUẬN

### 4.1. Số lượng và kích thước sỏi ống mật chủ

Theo nghiên cứu của chúng tôi, số lượng sỏi trong ống mật chủ thường là từ một đến hai viên chiếm tỷ lệ 95,4%, chỉ có ba trường hợp có ba viên sỏi chiếm tỷ lệ 4,6 %. Theo nghiên cứu Trần Như Nguyên Phương cho biết số lượng sỏi một viên chiếm tỷ lệ 38,4% và hai viên chiếm tỷ lệ 43,2% [5]. Nguyễn Thế Toàn ghi nhận tỷ lệ một viên sỏi là 23,8%, hai viên 9,5%, nhiều hơn hai viên 52,3%, phần còn lại là sỏi bùn [6]. Tương tự nghiên cứu của Hồ Thị Kim Chi tỷ lệ sỏi 1 viên chiếm tỷ lệ cao nhất 65,1% và 2 viên chiếm 34,9% không có trường hợp 3 viên [3]. Như vậy, số lượng sỏi trong ống mật chủ thường là từ một đến hai viên. Trong nghiên cứu của chúng tôi sỏi có kích thước thường gặp nhất là từ 10 đến 20 mm, chiếm tỷ lệ 76,7%, sỏi nhỏ hơn 10 mm chiếm tỷ lệ 18,7%, rất ít trường hợp sỏi lớn hơn 20 mm chỉ chiếm 4,6%. Điều này tương tự nghiên cứu của tác giả Hồ Thị Kim Chi với sỏi có kích thước từ 10 – 20 mm chiếm tỷ lệ cao nhất 86,1% [3].

### 4.2. Tỷ lệ thành công và biến chứng của thủ thuật nội soi mật tụy ngược dòng

Nội soi mật tụy ngược dòng là phương pháp điều trị sỏi ống mật chủ hữu hiệu, can thiệp tối thiểu, có tỷ lệ tai biến thấp, thời gian nằm viện ngắn ngày [11]. Trong tổng số 64 trường hợp được làm nội soi mật tụy ngược dòng lấy sỏi ống mật chủ, có 54 trường hợp thành công (lấy hết sỏi) chiếm 89,1% và có 7 trường hợp thất bại. Trong nghiên cứu của chúng tôi thất bại là không lấy hết sỏi mà phải đặt stent giảm áp đường mật. Đối với các trường hợp thất bại này là do kích thước sỏi quá lớn không dùng rọ để tán và kéo sỏi ra được,

có trường hợp nhú nằm trong và cạnh túi thừa nên chúng tôi không thể cắt rộng cơ vòng để lấy sỏi, đối với các trường hợp này chúng tôi đã đặt stent giảm áp và hẹn bệnh nhân sau 3 tháng sẽ làm ERCP lần 2 tiến hành lấy sỏi. Tỷ lệ thành công trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn nghiên cứu của Phạm Thị Bình lấy sỏi và giun 54/76 trường hợp với tỷ lệ thành công là 71% [2]. Tỷ lệ thành công trong nghiên cứu của chúng tôi tương tự với nghiên cứu của Mai Hồng Bằng lấy hết sỏi và giun qua nội soi mật tụy ngược dòng với tỷ lệ 89,8% và nghiên cứu của Dương Xuân Nhung lấy sỏi thành công 116/134 với tỷ lệ thành công 86,5% [1], [4]. Theo Carr-Locke nội soi mật tụy ngược dòng và cắt cơ vòng lấy sỏi bằng bóng hay rọ có tỷ lệ thành công 80% các trường hợp [9]. Trong khi tiến hành thủ thuật ERCP các biến chứng trong quá trình thực hiện bao gồm: thủng, chảy máu và các tai biến do thuốc mê. Trong nghiên cứu của chúng tôi biến chứng trong quá trình là thủ thuật có 2 trường hợp chảy máu tức thì với mức độ nhẹ và chúng tôi đã tiến hành chích cầm máu sau đó tiến hành tiếp thủ thuật. Tai biến do chảy máu thường gặp là do khi cắt cơ vòng đặc biệt cắt không đúng hướng hoặc đập dao điện quá nhanh dẫn đến chảy máu, theo các báo cáo trên thế giới biến chứng này chiếm khoảng 2 – 5% và tử vong do tai biến chảy máu là rất thấp khoảng 0,3% [16]. Trong nghiên cứu của chúng tôi không có trường hợp nào thủng, thủng trong ERCP có thể do ống soi gây thủng, hoặc do cắt cơ vòng và thủng do đầu dây dẫn tỳ vào khi thông nôm gây thủng nhưng tỷ lệ thủng trong ERCP chiếm tỷ lệ rất thấp 0,1 – 0,6 % [7]. Biến chứng sau ERCP hay gặp nhất vẫn là viêm tụy cấp hoặc phản ứng tụy có tăng amylase máu, trong

ngghiên cứu của chúng tôi có 7 trường hợp chiếm tỷ lệ 10,9% trong đó có 3 trường hợp chỉ tăng amylase máu nhưng không nôn, không đau bụng. Theo các báo cáo trên thế giới cũng như ở Việt Nam tỷ lệ viêm tụy cấp sau thủ thuật ERCP chiếm tỷ lệ dao động 1,6% - 15,1% [5], [11]. Nguyên nhân của viêm tụy cấp sau thủ thuật ERCP có cắt hoặc nong cơ vòng vẫn còn nhiều tranh cãi nhưng các nghiên cứu cho thấy khi nong cơ vòng thì tỷ lệ viêm tụy cấp cao hơn là chỉ cắt cơ vòng thuần túy. Ngoài ra, còn phụ thuộc nhiều yếu tố như: thông vào đường mật nhiều lần gây phù nề, hoặc bơm cân quang vào đường tụy... Theo nghiên cứu của Cotton tổng kết 11.497 trường hợp làm nội soi mật tụy ngược dòng trong 12 năm thì có 462 biến chứng (4%), trong đó có 42 trường hợp nặng (0,36%) và bảy trường hợp tử vong (0,06%) [10].

### **4.3. Các yếu tố liên quan đến thành công của thủ thuật**

Trong nghiên cứu của chúng tôi chủ yếu chú trọng đến các yếu tố ảnh hưởng đến tỷ lệ thành công (lấy hết sỏi) của thủ thuật như các bệnh lý của ống tiêu hóa, túi thừa cạnh nhú, hẹp đoạn cuối ống mật chủ, tiền sử phẫu thuật có can thiệp vào đường mật, kích thước của viên sỏi..., không đánh giá đến các bệnh lý toàn thân ảnh hưởng đến chỉ định cũng như thời gian tiến hành thủ thuật.

#### **4.3.1. Tiền sử mổ sỏi đường mật**

##### **4.3.1.1. Tiền sử nội soi mật tụy ngược dòng**

Trong nghiên cứu của chúng tôi có 4 bệnh nhân tiến hành nội soi mật tụy ngược dòng lần thứ 2 để lấy sỏi. Trong các trường hợp này chúng tôi điều tiến hành thành công và lấy hết sỏi, sau khi tán nhỏ sỏi bằng rọ tán sau đó lấy sỏi. Vấn đề can thiệp lần thứ 2 có nhiều ưu điểm góp phần vào thành công của thủ thuật: Thông vào đường mật dễ dàng, đánh giá lại được có thể cắt rộng thêm cơ vòng hay không, và đặc biệt quan trọng là tiên lượng và chuẩn bị các dụng cụ nhỏ để lấy sỏi do lần thủ thuật trước thất bại.

##### **4.3.1.2. Tiền sử mổ hở lấy sỏi đường mật**

Trong nghiên cứu của chúng tôi số bệnh nhân có tiền sử mổ hở lấy sỏi ống mật chủ 1 lần có 3 trường hợp, cá biệt có 1 trường hợp đã được mổ 2 lần. Các trường hợp bệnh nhân đã phẫu thuật mổ

lấy sỏi ống mật chủ gây khó khăn cho ERCP khi can thiệp do vấn đề dày dính, viêm xơ cơ vòng Oddi, hoặc sẹo hẹp ống mật chủ. Theo nghiên cứu của Trần Như Nguyên Phương có 51/104 bệnh nhân đã được mổ sỏi ống mật chủ 1 lần chiếm tỷ lệ 20,2%, mổ 2 lần chiếm tỷ lệ 28,8% [5].

#### **4.3.2. Bệnh lý ống tiêu hóa đi kèm**

Trong nghiên cứu của chúng tôi, bệnh lý ống tiêu hóa đi kèm ảnh hưởng đến hiệu quả lấy sỏi ống mật chủ là túi thừa cạnh bóng vater. Chúng tôi có 6 trường hợp nhú nằm cạnh hoặc trong túi thừa, trong đó 4/6 trường hợp chiếm tỷ lệ 66,7% chúng tôi tiến hành thủ thuật ERCP thất bại (không lấy hết sỏi) do khi tiến hành thủ thuật cơ vòng Oddi không thể cắt rộng tối đa vì tránh biến chứng thủng và chúng tôi cũng không tán được nhỏ sỏi trong các trường hợp này. Theo nghiên cứu của Hồ Thị Kim Chi tại Bệnh viện Chợ Rẫy tỷ lệ thất bại đạt 11,5% trong các trường hợp có túi thừa tá tràng. Đa số các bệnh nhân có túi thừa đều là những bệnh nhân lớn tuổi. Các nghiên cứu trên thế giới đã cho thấy túi thừa là nguyên nhân gây nên biến dạng giải phẫu đường mật và hướng của đường mật cũng như khó khăn trong vấn đề thông vào đường mật và cắt cơ vòng Oddi và tỷ lệ biến chứng thường cao ở những bệnh nhân này. Theo nghiên cứu tác giả Amir HA và cộng sự trên 780 bệnh nhân có 44 trường hợp có túi thừa cạnh nhú và có sự khác biệt với nhóm không có túi thừa với  $p < 0,001$  khi so sánh về vấn đề thông vào đường mật cũng như lấy sỏi [8].

#### **4.3.3. Kích thước sỏi**

Nhiều tác giả định nghĩa sỏi lớn khi đường kính sỏi trên 15mm. Một số tác giả khác định nghĩa sỏi lớn khi đường kính sỏi bằng với đường kính ống mật chủ. Trong nghiên cứu của chúng tôi: trong những trường hợp nội soi mật tụy ngược dòng thất bại có 5 trường hợp sỏi thuộc nhóm từ 10 – 20mm và 2 trường hợp sỏi > 20mm. Đối với nhóm từ 10 – 20mm đa số là có 2 viên trở lên nên khó tiến hành thủ thuật để bắt sỏi và tán sỏi cơ học cũng như thời gian thủ thuật kéo dài, còn đối với nhóm > 20mm là do kích thước sỏi trong 2 trường hợp này quá lớn chúng tôi không thể tán được sỏi. Đối với các trường hợp này chúng tôi đã đặt stent giảm



áp cho bệnh nhân.

Theo nghiên cứu của Sharma đã phân tích hồi cứu 304 bệnh nhân được làm nội soi mật tụy ngược dòng lấy sỏi ống mật chủ. Bệnh nhân được chia làm hai nhóm: nhóm 1 bao gồm các bệnh nhân có đường kính trung bình của sỏi là 15,5mm (từ 15-20mm) và đường kính trung bình đoạn thấp ống mật chủ là 16mm (từ 13-24mm), nhóm 2 gồm các bệnh nhân có đường kính trung bình của sỏi là 8mm (từ 7-9mm) và đường kính trung bình đoạn thấp ống mật chủ là 3mm (từ 3-4mm). Kết quả nhóm 1 lấy sỏi thành công 100%, nhóm 2 không thể lấy sỏi được do kích thước sỏi không tương xứng với đường kính ống mật chủ. Do đó, tác giả kết luận định nghĩa sỏi lớn phải bao gồm cả đường kính đoạn thấp ống mật chủ và sỏi được gọi là lớn khi đường kính sỏi lớn hơn 2mm so với đường kính đoạn thấp ống mật chủ mà không kể đến kích thước của sỏi là bao nhiêu [15]. Theo Hong đã nghiên cứu hiệu quả của đặt stent đối với sỏi lớn ở ống mật chủ trên 52 bệnh nhân thì thấy trung bình 124 ngày sau khi đặt stent, đường kính trung bình của sỏi giảm từ 16,6mm xuống còn 10mm ( $P<0,01$ ) và đường kính trung bình của ống mật chủ cũng giảm từ 15,3mm xuống còn 11,5mm

( $P<0,01$ ) [12]. Do đó khi sỏi quá lớn, sau khi cắt cơ vòng chúng ta nên phối hợp với nong bằng bong bóng có kích thước lớn để lấy sỏi hoặc sử dụng thêm các phương pháp hỗ trợ như tán sỏi điện thủy lực, tán sỏi laser, đặt stent một thời gian sau đó nội soi lại để lấy sỏi. Một số tác giả ghi nhận sau khi đặt stent từ 3-6 tháng, kích thước sỏi có thể giảm dần hoặc vỡ thành các viên nhỏ hoặc có trường hợp thoát sỏi [12].

## 5. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu trên 64 bệnh nhân sỏi ống mật chủ được điều trị bằng nội soi mật tụy ngược dòng, chúng tôi rút ra một số kết luận sau:

Sỏi có kích thước từ 1- 20 mm chiếm tỷ lệ cao nhất 76,7%. Sỏi 1 viên chiếm đa số chiếm 68,7%.

ERCP là phương pháp hiệu quả trong điều trị sỏi ống mật chủ với tỷ lệ thành công đạt: 89,1%.

Biến chứng của thủ thuật ERCP: 7 trường hợp trong đó có 3 trường hợp chảy máu và 4 trường hợp viêm tụy cấp chiếm tỷ lệ: 10,9%.

Các yếu tố ảnh hưởng đến hiệu quả lấy sỏi qua ERCP: Tỷ lệ thất bại gặp nhiều nhất ở nhóm đã phẫu thuật hở, túi thừa cạnh bóng Vater và sỏi có kích thước lớn.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Mai Hồng Bàng (2010), Nghiên cứu nội soi mật tụy ngược dòng trong chẩn đoán và điều trị sỏi, giun ống mật chủ tại bệnh viện TWQĐ 108, 1-6.
2. Phạm Thị Bình (2005), Nghiên cứu giá trị của phương pháp chụp mật tụy ngược dòng qua nội soi trong chẩn đoán nguyên nhân tắc mật ngoài gan, Hà Nội, Đại học Y Hà Nội
3. Hồ Thị Kim Chi (2013) “Nghiên cứu hiệu quả nội soi mật tụy ngược dòng trong điều trị sỏi ống mật chủ” Luận án chuyên khoa cấp 2, Đại học Y Dược Hồ Chí Minh.
4. Dương Xuân Nhung và cộng sự (2010), Hiệu quả của nội soi mật tụy ngược dòng điều trị sỏi ống mật chủ tại Bệnh viện 103, 1-5.
5. Trần Như Nguyên Phương, Hồ Ngọc Sang, Lâm Thị Vinh, Phạm Như Hiệp, (2008), “Điều trị sỏi đường mật chính bằng nội soi mật tụy ngược dòng tại Bệnh viện Trung ương Huế”, Y học TP.Hồ Chí Minh, Tập 12(4), pp. tr. 329-332.
6. Nguyễn Thế Toàn (2008), Vai trò của nội soi mật tụy ngược dòng cấp cứu trong điều trị nhiễm trùng đường mật do sỏi, TP.Hồ Chí Minh, Đại học Y Dược TP.Hồ Chí Minh.
7. American Society for Gastrointestinal Endoscopy Guideline (2012), “Complication of ERCP”, Gastrointestinal endoscopy, vol 75, No 3].
8. Amir Houshang Mohammad Alizadeh, Esmail Shamsi Afzali, Anahita Shahnazi, Mirhadi Mousavi et al (2013), “ERCP Features and Outcome in Patients with Periapillary Duodenal Diverticulum”, Gastroenterology.
9. Carr-Locke D L. (2002), “Therapeutic role of ERCP in the management of suspected common bile duct stones”, Gastrointestinal Endoscopy, 56(6), pp. 170-174.
10. Cotton PB Garrow DA, Gallagher J, Romagnuolo J, (2009), “Risk factors for complications after ERCP: a multivariate analysis of 11,497 procedures over 12 years”, Gastrointestinal Endoscopy, 70(1), pp. 80-88.

11. Cotton PB, Williams CB, Hawes, Saunders BP (2008), "Practice Gastrointestinal Endoscopy: Basic ERCP technique" Wile-Blackwell, chap 10:13 – 28.
12. Hong WD Zhu QH, Huang QK, (2011), "Endoscopic sphincterotomy plus endoprotheses in the treatment of large or multiple common bile duct stones", Dig Endosc, 23(3), pp. 240-243.
13. Martin DJ, Vernon DR, Toouli J (2007), "Surgical versus endoscopic treatment of bile duct stones (review)", The Cochrane Library, 2, p 1- 59.
14. Matthew L. Silviera, Mark J. Seamon, Brian Porshinsky, Mark P. Prosciak (2009), Complications Related To Endoscopic Retrograde Cholangiopancreatography: A Comprehensive Clinical Review, J Gastrointestin Liver Dis.
15. Sharma SS Jain P (2008), "Should we redefine large common bile duct stones?", World J Gastroenterol, 14(4), pp. 651-652.
16. Wang P, Li ZS, Liu F, et al (2009), "Risk factor for ERCP – related complication: a prospective multicenter study", Am J Gastroenterol, 104:31.