

sinh trong bệnh cảnh nhiễm trùng. Tác giả Bonsu và cs khi nghiên cứu trên nhóm trẻ < 90 ngày tuổi đã chỉ ra rằng, ngưỡng BC trong máu ngoại vi < 5.000 x 10⁶ có khả năng VMN do vi khuẩn cao hơn gấp 7 lần so với khả năng nhiễm khuẩn huyết.

Khi phân tích đánh giá từ nhiều nghiên cứu khác nhau, các yếu tố nguy cơ liên quan đến tỷ lệ tử vong cao hơn và khuyết tật nghiêm trọng là trẻ nhẹ cân khi sinh hoặc sinh non, tiền sử có triệu chứng > 24 giờ trước khi nhập viện, giảm bạch cầu (< 5000/mm³) và giảm bạch cầu trung tính (<1000/mm³), co giật kéo dài hơn 72 giờ, hôn mê, thiếu hụt thần kinh khu trú, hỗ trợ máy thở, nhu cầu dùng thuốc tăng co bóp cơ tim, mức protein dịch não tủy cao hơn [6], [7].

V. KẾT LUẬN

Tổng số có 21/123 (17,1%) trẻ sơ sinh viêm màng não do vi khuẩn tử vong trong quá trình điều trị. Phân tích đa biến có 2 chỉ số là cân nặng thấp < 2500 gr (OR=13,38, KTC 1,08 – 165,52) và bạch cầu trong máu ngoại vi < 5.000 x 10⁹/l (OR= 5,34, KTC 1,24 – 23,5) làm tăng nguy cơ tử vong ở nhóm trẻ sơ sinh viêm màng não do vi khuẩn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bundy L.M., Rajnik M., và Noor A. (2023). Neonatal Meningitis. StatPearls. StatPearls Publishing, Treasure Island (FL).
2. Furyk J.S., Swann O., và Molyneux E. (2011). Systematic review: Neonatal meningitis in the developing world. Tropical Medicine and International Health, 16(6), 672–679.
3. De Louvois J., Halket S., và Harvey D. (2005). Neonatal meningitis in England and Wales: sequelae at 5 years of age. Eur J Pediatr, 164(12), 730–734.
4. Aleem S., Benjamin D.K., Burns C.M. và cộng sự. (2024). Epidemiology and outcomes of bacterial meningitis in the neonatal intensive care unit. J Perinatol, 1–5.
5. Nguyễn Thị Thanh (2004). Nghiên cứu một số đặc điểm dịch tễ lâm sàng – cận lâm sàng và nhận xét kết quả điều trị viêm màng não mủ trẻ sơ sinh. Luận văn tốt nghiệp Bác sĩ chuyên khoa II Đại học Y Hà Nội.
6. Heath P.T., Okike I.O., và Oeser C. (2011). Neonatal meningitis: can we do better? Adv Exp Med Biol, 719, 11–24.
7. Baud O. và Aujard Y. (2013). Neonatal bacterial meningitis. Handb Clin Neurol, 112, 1109–1113.
8. Gaschignard J., Levy C., Romain O. và cộng sự. (2011). Neonatal Bacterial Meningitis: 444 Cases in 7 Years. Pediatr Infect Dis J, 30(3), 212–217.
9. van Etteken C.N., Liechti F.D., Brouwer M.C. và cộng sự. (2024). Global Case Fatality of Bacterial Meningitis During an 80-Year Period. JAMA Netw Open, 7(8), e2424802.

KẾT QUẢ PHẪU THUẬT TẠO HÌNH KHUYẾT SỌ BẰNG XƯƠNG SỌ TỰ THÂN TẠI BỆNH VIỆN TRUNG ƯƠNG THÁI NGUYÊN

Lê Tuấn Anh¹, Nguyễn Vũ Hoàng¹, Vũ Ngọc Giang²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả phẫu thuật tạo hình khuyết sọ bằng xương sọ tự thân tại bệnh viện Trung ương Thái Nguyên. **Đối tượng:** 97 bệnh nhân phù hợp tiêu chuẩn lựa chọn được phẫu thuật tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên từ tháng 01/2022 đến tháng 06/2024. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả. **Kết quả:** Trong số 97 bệnh nhân được phẫu thuật, kết quả tốt chiếm 91,7%, kết quả xấu chiếm 8,3%. Tỷ lệ biến chứng là 26,80%, phổ biến nhất là nhiễm trùng (9,3%), động kinh (7,2%) và tiêu xương (4,1%). **Kết luận:** Kết quả không cho thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỷ lệ biến chứng giữa các nhóm tuổi, giới tính, bệnh lý kèm theo, thời gian phẫu thuật, và vị trí ghép. Tuy nhiên, tỷ lệ biến chứng tăng

cao hơn ở các trường hợp có thời gian phẫu thuật kéo dài. Nghiên cứu này nhấn mạnh tầm quan trọng của việc quản lý các yếu tố nguy cơ để giảm thiểu biến chứng sau phẫu thuật. **Từ khóa:** Phẫu thuật tạo hình khuyết sọ, xương sọ tự thân, biến chứng sau phẫu thuật, nhiễm trùng, động kinh, tiêu xương

SUMMARY

EVALUATION OF CRANIOPLASTY RESULTS USING AUTOLOGOUS BONE AT THAI NGUYEN CENTRAL HOSPITAL

Objective: To evaluate the results of cranioplasty using autologous bone at Thai Nguyen Central hospital. **Subjects:** 97 patients who met the selection criteria were operated on at Thai Nguyen Central hospital from January 2022 to June 2024. **Method:** Descriptive study. **Results:** Among the 97 patients who underwent surgery, 91,7% had favorable outcomes, while 8,3% had unfavorable outcomes. The complication rate was 26,80%, with the most common being infection (9,3%), epilepsy (7,2%), and bone resorption (4,1%). **Conclusion:** The results showed no statistically significant differences in complication

¹Trường Đại học Y Dược, Đại học Thái Nguyên

²Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên

Chịu trách nhiệm chính: Lê Tuấn Anh

Email: letuananh096@gmail.com

Ngày nhận bài: 18.10.2024

Ngày phản biện khoa học: 25.11.2024

Ngày duyệt bài: 27.12.2024

rates across age groups, gender, comorbidities, surgical time, or graft placement. However, a higher complication rate was observed in cases with longer surgical times. This study emphasizes the importance of managing risk factors to reduce postoperative complications. **Keywords:** Cranioplasty, autologous bone graft, postoperative complications, infection, epilepsy, bone resorption

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Khuyết sọ là tình trạng thường gặp sau phẫu thuật mở sọ giải áp do nhiều nguyên nhân khác nhau. Việc phục hồi khuyết sọ giúp bảo vệ não bộ, cải thiện chức năng thần kinh và nâng cao chất lượng cuộc sống bệnh nhân.¹ Phẫu thuật tạo hình khuyết sọ bằng xương sọ tự thân là một phương pháp được áp dụng rộng rãi nhờ tính tương thích sinh học cao, giảm nguy cơ phản ứng miễn dịch và nhiễm trùng so với vật liệu nhân tạo.¹ Tuy nhiên, phương pháp này cũng tiềm ẩn các biến chứng như nhiễm trùng, tái hấp thu xương, lệch mảnh ghép và các vấn đề liên quan khác.^{2,3} Báo cáo trên thế giới cho thấy, đối với xương sọ tự thân, phẫu thuật tạo hình khuyết sọ bằng xương sọ tự thân có tỷ lệ tiêu xương từ 4% đến 22,8%^{4,5} và tỷ lệ nhiễm trùng từ 3,3% đến 26%.^{6,7}

Tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên, phẫu thuật tạo hình khuyết sọ bằng xương sọ tự thân đã được thực hiện trong nhiều năm qua. Tuy nhiên, chưa có nhiều nghiên cứu đánh giá toàn diện về kết quả, biến chứng và các yếu tố ảnh hưởng liên quan. Do đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu: *Đánh giá kết quả phẫu thuật tạo hình khuyết sọ bằng xương sọ tự thân.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Gồm 97 bệnh nhân khuyết xương sọ được phẫu thuật tạo hình khuyết sọ bằng xương sọ tự thân tại Khoa Ngoại Thần kinh – Cột sống, Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên, từ tháng 01/2022 đến tháng 06/2024

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả

2.3. Cỡ mẫu và cách chọn mẫu: Chọn mẫu thuận tiện. Lựa chọn toàn bộ bệnh nhân thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn và không thuộc tiêu chuẩn loại trừ trong thời gian nghiên cứu. Tổng cộng có 97 bệnh nhân.

2.4. Xử lý và phân tích số liệu: Số liệu được nhập và xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0. Sử dụng các phương pháp thống kê mô tả và phân tích với mức ý nghĩa thống kê $p \leq 0,05$.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Thông tin chung của bệnh nhân

Đặc điểm		Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Độ tuổi	≤ 15	2	2,1
	16 - 30	15	15,5
	31 - 60	67	69,1
	> 60	13	13,4
Giới tính	Nam	84	86,6
	Nữ	13	13,4
Nguyên nhân mở sọ giải áp	Chấn thương sọ não	76	78,4
	Tai biến mạch máu não, xuất huyết não	19	19,6
	U não	2	2,1
Bệnh kèm theo	Tăng huyết áp	19	19,6
	Đái tháo đường	1	1,0
	Phối hợp THA + ĐTĐ	4	4,1
	Không có bệnh kèm theo	73	75,3
Vị trí ghép	Trán	7	7,2
	Thái dương	1	1,0
	Trán – đỉnh	12	12,4
	Thái dương – đỉnh	18	18,6
	Trán – thái dương	12	12,4
	Trán – thái dương – đỉnh	46	47,4
	Thái dương – đỉnh – chẩm	1	1,0
Thời gian phẫu thuật	< 60 phút	0	0
	60-90 phút	38	39,2
	> 90 phút	59	60,8

Nhận xét: Nhóm bệnh nhân từ 31 đến 60 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất, lên đến 69,1%. Về giới tính, nam giới chiếm ưu thế với 86,6%, trong khi nữ giới chỉ chiếm 13,4%. Về bệnh lý kèm theo, tăng huyết áp là bệnh phổ biến nhất (19,6%), trong khi phối hợp giữa tăng huyết áp và đái tháo đường chiếm 4,1%. Về vị trí ghép xương sọ tự thân, nhóm có vị trí ghép tại vùng trán – thái dương – đỉnh chiếm tỷ lệ cao nhất (47,4%), tiếp theo là thái dương – đỉnh (18,6%) và các vị trí khác có tỷ lệ thấp hơn. Thời gian phẫu thuật trên 90 phút cũng chiếm đa số, chiếm 60,8% trong tổng số các ca mổ.

Bảng 2. Kết quả phẫu thuật sau ra viện 3 tháng theo GOS

Kết quả		Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Xấu	Độ I: Tử vong	0	0
	Độ II: Đời sống thực vật	1	1,1
	Độ III: Phục hồi kém	7	7,2
Tốt	Độ IV: Phục hồi khá	11	11,3
	Độ V: Phục hồi tốt	78	80,4

Nhận xét: Tỷ lệ đạt kết quả tốt với GOS độ IV và V chiếm 91,7%. Kết quả xấu chiếm 8,3% , không có trường hợp nào tử vong.

Bảng 3. Biến chứng sau phẫu thuật

Biến chứng		Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Chảy máu sau PT phải mở sọ lấy máu tụ		1	1
Nhiễm trùng	Nhiễm trùng nông vết mổ	3	3,1
	Phải phẫu thuật tháo bỏ mảnh ghép	6	6,2
Rối loạn lưu thông dịch tủy, đặt dẫn lưu não thất - ổ bụng		4	4,1
Tiêu sập mảnh ghép		4	4,1
Động kinh		7	7,2
Phối hợp rối loạn lưu thông DNT + nhiễm trùng vết mổ + Động kinh		1	1
Tử vong		0	0
Biến chứng chung sau PT		26	26,80

Nhận xét: Có 26 bệnh nhân (26,80%) gặp các biến chứng sau phẫu thuật. Biến chứng phổ biến nhất là nhiễm trùng, với 9 trường hợp (9,3%), bao gồm 3 trường hợp nhiễm trùng nông vết mổ (3,1%) và 6 trường hợp phải phẫu thuật tháo bỏ mảnh ghép (6,2%). Động kinh cũng là một vấn đề đáng chú ý (7,2%). Rối loạn lưu thông dịch tủy, đòi hỏi phải đặt dẫn lưu não thất - ổ bụng, và tiêu sập mảnh ghép đều chiếm 4,1% với 4 trường hợp mỗi loại. Một số trường hợp khác gồm chảy máu sau phẫu thuật (1%), phối hợp rối loạn lưu thông dịch não tủy, nhiễm trùng và động kinh (1%). Không có trường hợp tử vong nào sau phẫu thuật.

Bảng 4. Một số yếu tố liên quan đến biến chứng sau phẫu thuật

Đặc điểm		Có biến chứng (n)	Không biến chứng (n)	P-value
Tuổi	0 – 15	0	2	0,24
	16 – 30	5	10	
	31 – 60	15	52	
	> 60	6	7	
Giới tính	Nam	23	61	0,744
	Nữ	3	10	
Bệnh kèm theo	Tăng huyết áp	8	11	0,395
	Đái tháo đường	1	0	
	Phối hợp THA + ĐTĐ	1	3	

Nhận xét: Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỷ lệ biến chứng với các nhóm tuổi, giới tính và bệnh mắc kèm ($p > 0,05$).

Bảng 5. Một số yếu tố liên quan đến biến chứng sau phẫu thuật (tiếp theo)

Đặc điểm	Có biến chứng	Không biến chứng	P-value
----------	---------------	------------------	---------

		(n)	(n)	
Thời gian phẫu thuật	<60 phút	0	0	0,073
	60-90 phút	14	24	
	>90 phút	12	47	
Vị trí	Đỉnh	0	0	0,401
	Đỉnh thái dương chẩm	0	1	
	Thái dương	0	1	
	Thái dương đỉnh	1	17	
	Trán	2	5	
	Trán đỉnh	4	8	
	Trán thái dương	4	8	
	Trán thái dương đỉnh	15	31	

Nhận xét: Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê về tỷ lệ biến chứng với các nhóm thời gian phẫu thuật và vị trí ghép ($p > 0,05$).

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu được tiến hành trên 97 bệnh nhân phẫu thuật tạo hình khuyết sọ bằng xương sọ tự thân tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên cho thấy các đặc điểm lâm sàng đáng chú ý.

Nghiên cứu cho thấy kết quả phẫu thuật sau ra viện 3 tháng theo theo GOS có kết quả tốt chiếm 91,7%, kết quả xấu chiếm 8,3%. Tỷ lệ biến chứng chung sau phẫu thuật tạo hình khuyết sọ bằng xương sọ tự thân là 26,80%. Trong đó nhiễm trùng là biến chứng phổ biến nhất với tỷ lệ 9,3%, bao gồm nhiễm trùng nông vết mổ với tỷ lệ là 3,1% và 6,2% đối với các trường hợp nhiễm trùng cần phải tháo bỏ mảnh ghép. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Henry và cộng sự (2021), trong đó tỷ lệ nhiễm trùng khi sử dụng ghép xương tự thân là 8%, tương đương với các vật liệu như titanium.¹⁰ Tuy nhiên, tỷ lệ nhiễm trùng của chúng tôi thấp hơn so với nghiên cứu của Kim và cộng sự (2018), với tỷ lệ nhiễm trùng là 11,1% khi sử dụng xương tự thân. Sự khác biệt này có thể do sự khác nhau trong kỹ thuật phẫu thuật và điều kiện vệ sinh tại các bệnh viện khác nhau.

Về động kinh, kết quả này cao hơn so với một số nghiên cứu khác, chẳng hạn như nghiên cứu của Still và cộng sự (2018), trong đó tỷ lệ động kinh sau phẫu thuật là 5,5% khi sử dụng vật liệu hydroxyapatite⁸, và nghiên cứu của Chowdhury và cộng sự (2021) ghi nhận tỷ lệ 6%.⁹ Điều này cho thấy, động kinh là một biến chứng phổ biến trong cả phẫu thuật sử dụng xương tự thân và vật liệu tổng hợp, với nguyên nhân có thể liên quan đến tổn thương sọ não

hoặc tình trạng sau tai biến mạch máu não – yếu tố nguy cơ chính được xác định trong các nghiên cứu trước đây.

Tỷ lệ tiêu xương trong nghiên cứu của chúng tôi là 4,1%, thấp hơn so với nhiều nghiên cứu trước. Chẳng hạn, nghiên cứu của Dünisch và cộng sự (2013) ghi nhận tỷ lệ tiêu xương lên tới 22,8%⁵, trong khi nghiên cứu của Kim và cộng sự (2018) ghi nhận tỷ lệ tiêu xương là 11,1%. Sự khác biệt này có thể do yếu tố thời gian theo dõi bệnh nhân, bởi nhiều nghiên cứu khác báo cáo tiêu xương xảy ra sau nhiều tháng hoặc thậm chí nhiều năm sau phẫu thuật. Nghiên cứu của chúng tôi chủ yếu tập trung vào giai đoạn ngắn hạn sau phẫu thuật, do đó tỷ lệ tiêu xương có thể chưa được phản ánh đầy đủ.

Một yếu tố khác cần bàn luận là thời gian phẫu thuật. Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỷ lệ biến chứng giữa các nhóm thời gian phẫu thuật, tuy nhiên, các nghiên cứu khác như của Sundseth và cộng sự (2014) và Pfnür và cộng sự (2024) đều chỉ ra rằng thời gian phẫu thuật kéo dài có thể làm tăng nguy cơ nhiễm trùng và các biến chứng khác.^{2,6} Điều này nhấn mạnh tầm quan trọng của việc tối ưu hóa thời gian phẫu thuật để giảm thiểu nguy cơ biến chứng.

Như vậy, nghiên cứu của chúng tôi cho thấy kết quả và tỷ lệ biến chứng khi sử dụng xương sọ tự thân trong phẫu thuật tạo hình khuyết sọ tương đương với các nghiên cứu trước đó, tuy nhiên tỷ lệ biến chứng tiêu xương và nhiễm trùng vẫn là vấn đề cần quan tâm đặc biệt. So với các vật liệu khác, xương sọ tự thân vẫn là lựa chọn phổ biến, tuy nhiên, với tỷ lệ biến chứng tương đối cao, việc xem xét sử dụng các vật liệu thay thế khác có thể là lựa chọn tốt trong các trường hợp có nguy cơ cao.

Nghiên cứu này có một số hạn chế. Thứ nhất, cỡ mẫu tương đối nhỏ có thể làm giảm tính đại diện và độ tin cậy của các kết quả thống kê. Thứ hai, nghiên cứu chưa đánh giá được đầy đủ các yếu tố tiềm ẩn khác có thể ảnh hưởng đến kết quả phẫu thuật, chẳng hạn như chất lượng phòng mổ, tình trạng dinh dưỡng, khả năng miễn dịch, hay chất lượng chăm sóc sau phẫu thuật. Cần có các nghiên cứu với quy mô lớn hơn và thiết kế tiên tiến hơn để đánh giá toàn diện các yếu tố ảnh hưởng đến kết quả phẫu thuật và biến chứng trong phẫu thuật tạo hình khuyết sọ.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi trên 97 bệnh nhân phẫu thuật tạo hình khuyết sọ bằng xương sọ tự

thân cho thấy kết quả phẫu thuật tốt chiếm 91,7%, kết quả xấu chiếm 8,3%. Tỷ lệ biến chứng sau phẫu thuật là khá cao, với 26,80% bệnh nhân gặp phải các biến chứng. Trong đó, nhiễm trùng là biến chứng phổ biến nhất (9,3%), tiếp theo là động kinh và tiêu xương. Tuy không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa các yếu tố như tuổi, giới tính, bệnh lý kèm theo, thời gian phẫu thuật và vị trí ghép với tỷ lệ biến chứng, nhưng các kết quả cho thấy tỷ lệ biến chứng tăng lên đối với các phẫu thuật có thời gian kéo dài và các vị trí ghép phức tạp hơn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Alkhaibary A, Alharbi A, Alnefaie N, Oqalaa Almubarak A, Aloraidi A, Khairy S.** Cranioplasty: A Comprehensive Review of the History, Materials, Surgical Aspects, and Complications. *World neurosurgery*. 2020;139:445-452.
2. **Pfnür A, Tosin D, Petkov M, Sharon O, Mayer B, Wirtz CR, et al.** Exploring complications following cranioplasty after decompressive hemicraniectomy: A retrospective bicenter assessment of autologous, PMMA and CAD implants. *Neurosurgical Review*. 2024; 47(1):72.
3. **Raju D, Bhosle R, Patel S, Bhattacharyya A, Aditya G, Krishnan P.** Complications after Cranioplasty: A Pictorial Narrative with Techniques to Manage and Avoid the Same. *Indian Journal of Neurotrauma*. 2023;20.
4. **Schuss P, Vatter H, Oszvald A, Marquardt G, Imöhl L, Seifert V, Güresir E.** Bone flap resorption: risk factors for the development of a long-term complication following cranioplasty after decompressive craniectomy. *J Neurotrauma*. 2013;30(2):91-95.
5. **Dünisch P, Walter J, Sakr Y, Kalff R, Waschke A, Ewald C.** Risk factors of aseptic bone resorption: a study after autologous bone flap reinsertion due to decompressive craniotomy. *Journal of neurosurgery*. 2013;118(5):1141-1147.
6. **Sundseth J, Sundseth A, Berg-Johnsen J, Sorteberg W, Lindegaard KF.** Cranioplasty with autologous cryopreserved bone after decompressive craniectomy: complications and risk factors for developing surgical site infection. *Acta neurochirurgica*. 2014;156(4):805-811;discussion 811.
7. **Hall WA.** Cranioplasty infections--adding insult to injury. *World neurosurgery*. 2014;82(3-4):e435-437.
8. **Still M, Kane A, Roux A, Zanello M, Dezamis E, Parraga E, et al.** Independent Factors Affecting Postoperative Complication Rates After Custom-Made Porous Hydroxyapatite Cranioplasty: A Single-Center Review of 109 Cases. *World Neurosurg*. 2018;114:e1232-e1244.
9. **Chowdhury SKR, Kumar A, Kumar P.** A Retrospective Study of Complications in Cranioplasty: 7-Year Period. *J Maxillofac Oral Surg*. 2021;20(4):558-565.
10. **Henry J, Amoo M, Taylor J, O'Brien DP.** Complications of Cranioplasty in Relation to Material: Systematic Review, Network Meta-Analysis and Meta-Regression. *Neurosurgery*. 2021;89(3):383-394.

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ SỎI ỐNG MẬT CHỦ KÍCH THƯỚC LỚN BẰNG NỘI SOI MẬT TUY NGƯỢC DÒNG KẾT HỢP CẮT CƠ VÒNG ODDI VÀ NONG CƠ VÒNG ODDI BẰNG BÓNG TẠI TRUNG TÂM TIÊU HÓA – GAN MẬT, BỆNH VIỆN BẠCH MAI

Đặng Quang Nam^{1,3}, Nguyễn Trường Sơn^{2,3}, Nguyễn Thanh Nam³,
Phạm Như Hòa³, Lê Phú Tài³, Nguyễn Thị Phương³,
Nguyễn Thị Thu Hiền³, Nguyễn Văn Hiếu³, Nguyễn Công Long^{1,2,3}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả điều trị sỏi ống mật chủ kích thước lớn bằng nội soi mật tụy ngược dòng kết hợp cắt cơ vòng Oddi tối thiểu và nong cơ vòng Oddi bằng bóng. **Đối tượng và phương pháp:** Mô tả chùm ca bệnh trên 82 bệnh nhân sỏi ống mật chủ kích thước >1 cm có chỉ định điều trị bằng nội soi mật tụy ngược dòng. Tất cả bệnh nhân được khai thác thông tin hành chính, tiến hành siêu âm đánh giá sỏi trước can thiệp, thực hiện nội soi mật tụy ngược dòng lấy sỏi theo quy trình thống nhất, các tai biến, biến chứng của thủ thuật được ghi nhận. **Kết quả:** Tỷ lệ thông nhú thành công là 93,9%, tỷ lệ sạch sỏi đạt 89,6%. Thời gian thực hiện thủ thuật trung bình 31,4 phút. Tai biến thường nhẹ: 1 ca thủng ống tiêu hóa được đóng lỗ thủng bằng nội soi, 5 ca viêm tụy cấp, 1 ca phải chuyển mổ cấp cứu sau NSMTND do chảy máu. Tỷ lệ can thiệp sạch sỏi ở nhóm vị trí sỏi đoạn xa, kích thước sỏi < 15mm, số lượng sỏi là 1 sỏi, ống mật chủ không gấp góc, có tỷ lệ lần lượt là 98,0%, 87,3%, 92,3%, 96,4%, cao hơn vô ý nghĩa ($p < 0,05$) so với nhóm còn lại. **Kết luận:** Nội soi chụp mật tụy ngược dòng là một thủ thuật hữu ích với tỷ lệ lấy sỏi thành công cao, ít tai biến, biến chứng nghiêm trọng.

Từ khóa: sỏi ống mật chủ, nội soi mật tụy ngược dòng, cơ oddi

SUMMARY

TREATMENT RESULTS OF LARGE COMMON BILE DUCT STONES BY ENDOSCOPIC RETROGRADE CHOLANGIOPANCREATOGRAPHY COMBINED WITH MINIMAL SPHINCTEROTOMY AND BALLOON SPHINCTEROPLASTY AT THE GASTROENTEROLOGY – HEPATOLOGY CENTER, BACH MAI

Objective: To evaluate the treatment results of large common bile duct stones using endoscopic retrograde cholangiopancreatography (NSMTND) combined with minimal sphincterotomy and large balloon dilation. **Subjects and methods:** A case

series study on 82 patients with common bile duct stones >1 cm indicated for NSMTND treatment. All patients underwent administrative information collection, pre-intervention ultrasound evaluation of stones, NSMTND stone removal according to a standardized protocol, and complications of the procedure were recorded. **Results:** The successful cannulation rate was 93.9%, the complete stone clearance rate was 89.6%. The average procedure time was 31.4 minutes. Complications were usually mild, including 1 case of gastrointestinal perforation was treated endoscopically, 5 cases acute pancreatitis, 7 cases of bleeding. The complete stone clearance rate by NSMTND in the group with distal stone location, stone size <15mm, single stone, and non-angulated common bile duct was 98.0%, 87.3%, 92.3%, and 96.4% respectively, significantly higher ($p < 0.05$) compared to the other groups. The accumulated stones clearance rate after the second and third times NSMTND is 85.7% and 89.6% respectively. **Conclusion:** Endoscopic retrograde cholangiopancreatography is an easily performed procedure with a high success rate of stone removal and few serious complications. **Keywords:** common bile duct stones, endoscopic retrograde cholangiopancreatography, Oddi sphincter.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sỏi ống mật chủ (OMC) là bệnh lý thường gặp ở nước ta, chiếm 80-85% trường hợp sỏi mật, là nguyên nhân chính gây nên tắc nghẽn đường mật, nếu không điều trị có thể dẫn đến các biến chứng như nhiễm trùng đường mật, viêm tụy cấp và nặng hơn nữa có thể viêm phúc mạc, sốc nhiễm trùng, đe dọa tử vong.¹ Trước đây, phương pháp điều trị chủ yếu của sỏi OMC là phẫu thuật mở hoặc phẫu thuật nội soi.¹ Hiện nay, với sự phát triển của kỹ thuật nội soi, sỏi OMC có thể can thiệp bằng nội soi mật tụy ngược dòng (NSMTND).² Khi lấy sỏi OMC kích thước lớn qua NSMTND nếu như cắt tối đa cơ vòng Oddi thì nguy cơ chảy máu và thủng gia tăng đặc biệt ở những trường hợp có túi thừa quanh bóng Vater.¹ Ngược lại nếu chỉ nong cơ vòng Oddi bằng bóng thì tăng nguy cơ viêm tụy cấp.³ Do đó việc phối hợp cắt tối thiểu hoặc cắt vừa phải cơ vòng Oddi rồi nong bằng bóng lớn là giải pháp khắc phục được nhược điểm của hai kỹ thuật trên.⁴ Nghiên cứu này được thực hiện

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Trường Đại học Y Dược, Đại học Quốc gia Hà Nội

³Bệnh viện Bạch Mai

Chịu trách nhiệm chính: Đặng Quang Nam

Email: dangquangnam82@gmail.com

Ngày nhận bài: 18.10.2024

Ngày phản biện khoa học: 22.11.2024

Ngày duyệt bài: 25.12.2024