

## V. KẾT LUẬN

Bệnh nhân vẩy nến có tỷ lệ mắc rối loạn lipid máu tương đối cao, uống rượu bia là yếu tố nguy cơ làm gia tăng khả năng mắc rối loạn lipid máu trong khi khởi phát bệnh từ sớm trước 30 tuổi lại là yếu tố bảo vệ ở bệnh nhân mắc bệnh vẩy nến

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Parisi R, et al.** Global epidemiology of psoriasis: a systematic review of incidence and prevalence. *Journal of Investigative Dermatology*. 2013. **133**(2), p. 377-385.
2. **Mirza UA, et al.** Association of dyslipidemia with psoriasis. *Journal of Pakistan Association of Dermatologists*. 2018. **28**(4), p. 532-539.
3. **Miao C, et al.** Obesity and dyslipidemia in patients with psoriasis: A case-control study. *Medicine*. 2019. **98**(31), p. e16323.
4. **Salihbegovic EM, et al.** Psoriasis and dyslipidemia. *Materia sociomedica*. 2015. **27**(1), p. 15.
5. **Bộ Y Tế.** Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh da liễu. Quyết định số 75/QĐ-BYT ngày 13 tháng 01 năm 2015, tr. 161-166.
6. **Lym YL, et al.** Prevalence and Risk Factors of the Metabolic Syndrome as Defined by NCEP-ATP III. *Journal of the Korean Academy of Family Medicine*. 2003. **24**(2), p. 135-143.
7. **Ghafoor R, et al.** Dyslipidemia and psoriasis: a case control study. *J Coll Physicians Surg Pak*. 2015. **25**(5), p. 324-7.
8. **Steiner JL, et al.** Adipose tissue and lipid dysregulation. *Biomolecules*. 2017. **7**(1), p. 16.

# ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG TRÊN BỆNH NHÂN CÓ SỎI ỐNG MẬT CHỦ KÈM THEO SỎI TÚI MẬT

Nguyễn Thị Nghĩa<sup>1</sup>, Trần Ngọc Ánh<sup>2</sup>, Thái Doãn Kỳ<sup>3</sup>

## TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm lâm sàng, tình trạng nhiễm trùng đường mật cấp và chẩn đoán hình ảnh của sỏi mật ở bệnh nhân có sỏi ống mật chủ kèm sỏi túi mật. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả tiến hành ở bệnh nhân sỏi ống mật chủ (OMC) kèm sỏi túi mật. **Kết quả:** 44 bệnh nhân thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn đã được đưa vào nghiên cứu. Triệu chứng lâm sàng hay gặp là đau hạ sườn phải, thượng vị (90.9%), dấu hiệu Murphy (+) (50%), vàng da (43.2%). Khả năng phát hiện sỏi túi mật là 93.2% trên siêu âm và 97.7% trên MRI; siêu âm chỉ phát hiện được 45.5% sỏi OMC, trong khi đó tỷ lệ này là 95.5% khi sử dụng MRI. Kích thước trung bình của sỏi OMC trên siêu âm là  $7.71 \pm 3.41$ mm, trên MRI là  $5.33 \pm 1.57$ mm. Kích thước sỏi lấy được bằng ERCP là  $5.09 \pm 1.61$ mm. Trường hợp có 01 viên sỏi OMC chiếm 80% trên siêu âm và 76.2% trên MRI. Nhiễm trùng đường mật cấp gặp ở 42.3% trường hợp, là nhiễm trùng mức độ I chiếm 36.4% (Tokyo 2018). **Kết luận:** Triệu chứng lâm sàng hay gặp trên bệnh nhân có sỏi OMC kèm sỏi túi mật là đau hạ sườn phải – thượng vị, vàng da, Murphy (+). Phần lớn các trường hợp chỉ có 01 viên sỏi OMC, kích thước trung bình của sỏi là  $5.09 \pm 1.61$ mm, đặc điểm sỏi trên MRI phù hợp với sỏi khi ERCP hơn siêu âm. Tỷ lệ gây nhiễm trùng đường mật cấp là 42.3%, phần lớn gây nhiễm trùng mức độ nhẹ.

**Từ khóa:** sỏi ống mật chủ, sỏi túi mật, nhiễm trùng đường mật cấp, ERCP.

## SUMMARY

### CLINICAL, IMAGING CHARACTERISTICS AND ACUTE CHOLANGITIS IN PATIENTS WITH COMMON BILE DUCT STONES AND GALLBLADDER STONES

**Objective:** To describe the clinical characteristics, acute cholangitis and imaging features in patients with common bile duct stones (CBDS) and gallbladder stones. **Subjects and Methods:** A descriptive study conducted on patients with CBDS and gallbladder stones. **Results:** 44 patients met the selection criteria. Common clinical symptoms included right upper quadrant and epigastric pain (90.9%), positive Murphy's sign (50%), jaundice (42.3%). The ability to detect gallstones is 93.2% on ultrasound and 97.7% on MRI; ultrasound only detects 45.5% of CBDS, whereas it is 95.5% when using MRI. The average size of CBDS on ultrasound is  $7.71 \pm 3.41$  mm, on MRI is  $5.33 \pm 1.57$  mm. The size of the stones retrieved by ERCP is  $5.09 \pm 1.61$  mm. Cases with a single CBDS account for 80% on ultrasound and 76.2% on MRI. Acute cholangitis was observed in 42.3% of cases, with 36.4% being Grade I (Tokyo 2018). **Conclusion:** In patients with CBDS and gallbladder stones, the common clinical symptoms are right upper quadrant and epigastric pain, positive Murphy's sign, and jaundice. The majority of cases involve only one CBDS, with an average stone size of  $5.09 \pm 1.61$  mm. The characteristics of the stone on MRI are more consistent with those seen during ERCP than on ultrasound. The incidence of acute cholangitis is 42.3%, mostly causing Grade I.

**Keywords:** common bile duct stones, gallbladder stones, acute cholangitis, ERCP.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sỏi mật là sự hình thành và tồn tại sỏi ở đường mật bao gồm túi mật, ống mật chủ, ống

<sup>1</sup>Trường Đại học Y Hà Nội

<sup>2</sup>Bệnh viện Đại học y Hà Nội

<sup>3</sup>Bệnh viện Trung Ương Quân đội 108

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Nghĩa

Email: dr.nghia9b1@gmail.com

Ngày nhận bài: 21.10.2024

Ngày phản biện khoa học: 22.11.2024

Ngày duyệt bài: 26.12.2024

gan chung và trong gan. Trong số các bệnh tiêu hóa, bệnh sỏi mật là phổ biến nhất, với tỷ lệ mắc ước tính từ 10% đến 20% ở các nước phương Tây, khoảng 10 – 15% bệnh nhân sỏi mật có cả sỏi túi mật và sỏi ống mật chủ (OMC) [1]. Sỏi OMC thường là kết quả của việc sỏi mật đi qua ống túi mật vào ống mật chủ. Ít gặp hơn, chúng có thể bắt nguồn từ chính ống mật chủ [2].

Chẩn đoán sỏi OMC kèm sỏi túi mật dựa vào triệu chứng lâm sàng cổ điển và cận lâm sàng. Thể điển hình, lâm sàng sỏi mật biểu hiện bởi tam chứng Charcot (đau, sốt, vàng da). Cũng có trường hợp không có triệu chứng gì và được tình cờ phát hiện trong quá trình thăm khám bệnh. Theo Hosseini nghiên cứu trên 560 bệnh nhân (2016), cho thấy tất cả bệnh nhân vào viện có triệu chứng đau bụng (97.9%), sốt (20.5%), vàng da (52.1%) [3]. Với độ nhạy >95% và độ đặc hiệu gần như 100%, siêu âm là phương pháp được lựa chọn để phát hiện sỏi túi mật. Với sỏi OMC, siêu âm ổ bụng có độ nhạy tương đối kém (22%-55%) trong phát hiện sỏi, tuy vậy khả năng dự báo âm tính từ 95% đến 96% [4], cộng hưởng từ được khuyến cáo khi kết quả siêu âm không rõ ràng [5].

Nếu không được phát hiện sớm và điều trị một cách kịp thời thì sỏi OMC có thể gây ra những biến chứng nguy hiểm do tắc mật như: thủng mật phúc mạc, viêm phúc mạc, sốc nhiễm trùng đường mật cấp... thậm chí tử vong lên đến 3% [6]. Việc điều trị sỏi ống mật chủ bao gồm điều trị sỏi trong ống mật chủ và sỏi túi mật (nếu có) [2] và chiến lược điều trị cũng có sự khác biệt so với sỏi mật ở một vị trí đơn thuần (sỏi OMC hay sỏi túi mật).

Nghiên cứu nhằm mục tiêu: *Mô tả đặc điểm lâm sàng, chẩn đoán hình ảnh và nhiễm trùng đường mật cấp ở bệnh nhân có sỏi ống mật chủ và sỏi túi mật.*

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 2.1. Đối tượng nghiên cứu

**Tiêu chuẩn lựa chọn:** bệnh nhân từ 18 tuổi trở lên, thỏa mãn các tiêu chuẩn sau:

- Có sỏi ống mật chủ và sỏi túi mật được chẩn đoán trên siêu âm và/ hoặc MRI, được lấy sỏi ống mật chủ thành công qua nội soi mật tụy ngược dòng (ERCP).

- Hồ sơ bệnh án ghi nhận đủ những thông tin cần thiết cho nghiên cứu

**Tiêu chuẩn loại trừ:** Xơ gan ứ mật, viêm xơ đường mật, bệnh lý ác tính đường mật, viêm tụy cấp, sỏi mật ở trong gan.

**2.2. Phương pháp nghiên cứu.** Nghiên cứu được tiến hành tại khoa Bệnh ống tiêu hóa

Bệnh viện Trung ương quân đội 108 và khoa Nội tổng hợp Bệnh viện đại học Y Hà Nội, từ tháng 08/2023 đến tháng 08/2024.

Thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang, tiến cứu.

**Chọn mẫu thuận tiện.** Các đối tượng thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn sẽ được giải thích về nội dung nghiên cứu và mời tham gia nghiên cứu.

Đánh giá nhiễm trùng đường mật cấp theo hướng dẫn phân loại Tokyo 2018:

- Mức nặng (độ III): Nhiễm trùng đường mật cấp liên quan đến sự rối loạn chức năng của bất cứ một cơ quan nào dưới đây:

+ Rối loạn chức năng tim mạch (tụt huyết áp phải điều trị bằng Dopamin  $\geq 5\text{mcg/kg/phút}$  hoặc bất cứ liều nào của noradrenalin).

+ Rối loạn chức năng thần kinh (giảm mức độ nhận thức).

+ Rối loạn chức năng hô hấp ( $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2 < 300$ ).

+ Rối loạn chức năng thận (Creatinin  $> 2.0\text{ mg/dl}$ )

+ Rối loạn chức năng gan (PT-INR  $> 1.5$ )

+ Rối loạn huyết học (số lượng tiểu cầu  $< 100\,000/\text{mm}^3$ )

- Mức trung bình (độ II): Nhiễm trùng đường mật cấp có 2 trong số các tiêu chuẩn sau:

+ Bất thường số lượng bạch cầu ( $> 12\text{G/L}$  hoặc  $< 4\text{ G/L}$ ).

+ Sốt cao  $\geq 39^\circ\text{C}$

+ Tuổi  $\geq 75$

+ Tăng Bilirubin máu toàn phần  $\geq 5\text{mg/dl}$  ( $85.5\mu\text{mol/L}$ )

+ Hạ Albumin máu  $< 0.7$  lần giới hạn dưới bình thường ( $24.5\text{ g/L}$ )

- Mức nhẹ (Độ I): Nhiễm trùng đường mật cấp không đáp ứng các tiêu chuẩn của nhiễm trùng đường mật cấp độ II và độ III.

**2.3. Xử lý số liệu.** Số liệu được xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0.

## III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Từ tháng 08/2023 đến 08/2024, chúng tôi đã ghi nhận 44 bệnh nhân được chẩn đoán sỏi OMC kèm sỏi túi mật thỏa mãn các tiêu chuẩn lựa chọn.

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

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

	Đặc điểm	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Tuổi	18 – 40 tuổi	19	43.2
	41 – 60 tuổi	9	20.5
	61 – 80 tuổi	15	34.0
	Trên 80 tuổi	1	2.3
	( $\bar{X} \pm \text{SD}$ )	$49.1 \pm 17.9$	(21 - 81)
Giới	Nam	14	31.8
	Nữ	30	68.2

Tuổi trung bình là  $49.1 \pm 17.9$ , tuổi thấp nhất là 21 và cao nhất là 81 tuổi. Nhóm tuổi hay gặp là 18 – 40 tuổi, chiếm tỷ lệ 43.2%. Nam chiếm 31.8%, nữ chiếm 68.2%.

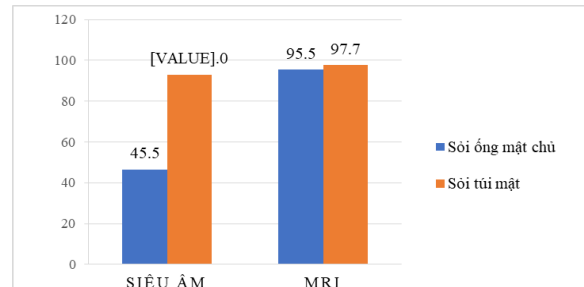
### 3.2. Triệu chứng lâm sàng khi nhập viện

**Bảng 2. Triệu chứng lâm sàng khi nhập viện**

Triệu chứng	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Đau HSP, thượng vị	40	90.9
Murphy (+)	22	50
Vàng da	19	43.2
Sốt ( $> 38^{\circ}\text{C}$ )	6	13.6
Tam chứng Charcot	3	6.8

Triệu chứng lâm sàng hay gặp ở bệnh nhân có sỏi ống mật chủ kèm sỏi túi mật là đau thượng vị (90.9%), dấu hiệu Murphy (+) (50%), vàng da (43.2%).

### 3.2. Đặc điểm sỏi đường mật trên chẩn đoán hình ảnh.



**Biểu đồ 1. Khả năng phát hiện sỏi đường mật trên chẩn đoán hình ảnh**

Khả năng phát hiện sỏi OMC trên siêu âm ổ bụng thấp (45.5%), siêu âm phát hiện 93% sỏi túi mật. Khả năng phát hiện sỏi OMC và sỏi túi mật trên MRI cao (95.5 và 97.7%).

**Bảng 3. Tương quan về sỏi ống mật chủ trên siêu âm, MRI và ERCP**

Đặc điểm	Siêu âm (n=20)	MRI (n=42)	ERCP (n=44)
Số lượng (n, %)	1 viên	16 (80)	32 (76.2)
	2 viên	2 (10)	4 (9.5)
	$\geq 3$ viên	2 (10)	6 (14.3)
	Tổng	20 (100)	42 (100)
Kích thước ( $\bar{X} \pm \text{SD}$ ) (mm)	7.71 $\pm$ 3.41	5.33 $\pm$ 1.57	5.09 $\pm$ 1.61

Các trường hợp có 01 viên sỏi OMC chiếm 80% trên siêu âm, 76.2% trên MRI, khi ERCP, có 72.7% có 01 viên sỏi. Kích thước trung bình của sỏi trên siêu âm lớn hơn nhiều so với kích thước sỏi đo được trên MRI và ERCP. Đặc điểm sỏi trên MRI phù hợp với kết quả khi ERCP hơn so với siêu âm.

**3.3. Nhiễm trùng đường mật cấp.** Trong số 44 bệnh nhân có sỏi OMC kèm sỏi túi mật, có 19 bệnh nhân có nhiễm trùng đường mật (Tokyo 2018), chiếm 43.2%.

**Bảng 4. Đặc điểm nhiễm trùng đường mật cấp**

Nhiễm trùng đường mật cấp	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Độ I	16	84.2
Độ II	3	15.8
Độ III	0	0
Tổng	19	100

Nhiễm trùng độ I chiếm đa số 84.2%, độ II chiếm 15.8%.

**Bảng 5. Mối liên quan giữa đặc điểm của sỏi với nhiễm trùng đường mật cấp**

Số lượng sỏi ống mật chủ	1 viên (n, %)	2 viên (n, %)	$\geq 3$ viên (n, %)	P
Không nhiễm trùng	19(59.4)	2(40.0)	4(57.1)	< 0.05*
Nhiễm trùng độ I	13(40.6)	2(40.0)	1(14.3)	
Nhiễm trùng độ II	0(0)	1(20.0)	2(28.6)	
Tổng	32(100)	5(100)	7(100)	

\* Fisher's Exact Test

Không nhiễm trùng và nhiễm trùng độ I chủ yếu là sỏi 01 viên chiếm tỷ lệ cao lần lượt là 59.4%, 40.6%. Tuy nhiên Tỷ lệ nhiễm trùng đường mật độ II tăng lên theo số lượng viên sỏi, từ 2 viên sỏi trở lên. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ( $p < 0.05$ ).

## IV. BÀN LUẬN

Sỏi mật là một bệnh phổ biến trong các bệnh lý tiêu hóa và có thể dẫn tới các biến chứng nghiêm trọng. Việc chẩn đoán thường không khó, nhưng điều trị để loại bỏ hoàn toàn và ngăn ngừa tái phát, còn gặp nhiều khó khăn. Sỏi OMC thường là kết quả của việc sỏi mật đi qua ống túi mật vào ống mật chủ, khoảng 10 – 15% bệnh nhân sỏi mật có cả sỏi túi mật và sỏi ống mật chủ (OMC) [1].

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tuổi trung bình của bệnh nhân có sỏi OMC kèm sỏi túi mật là  $49.1 \pm 17.9$  (21 – 81). Tuổi trung bình của bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn so với một số nghiên cứu khác. Tuổi trung bình trong nghiên cứu của Phạm Như Hiệp là  $52.2 \pm 12.5$  [7]; Trần Bảo Long:  $55.43 \pm 18.12$  (23 – 89) [8]; Hosseini:  $53.63 \pm 2.75$  tuổi [3]. Sự khác biệt này có thể do cỡ mẫu nhỏ và thu thập trong vòng 01 năm tại trung tâm can thiệp nên chưa đại diện được tỷ lệ mắc sỏi trong quần thể cộng đồng tại vùng đó. Nữ giới chiếm 68.2% trong số các đối tượng nghiên cứu. Tỷ lệ nữ giới trong nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với nghiên cứu của các tác giả: Phạm Như Hiệp là 60.3%, Enochsson: 71.5% [7], [9]. Tuy nhiên, theo Peng và cs, không có sự khác biệt về tỷ lệ mắc sỏi OMC giữa 2 giới [10]. Theo y văn, giới tính nữ là một trong những yếu tố nguy cơ mắc

sỏi mật bởi vì hormon estrogen và progesterol làm tăng cholesterol trong dịch mật đồng thời giảm khả năng co bóp của túi mật gây nên sự ứ trệ của dịch mật từ đó làm tăng nguy cơ tạo sỏi.

Triệu chứng lâm sàng hay gặp ở bệnh nhân sỏi OMC kèm sỏi túi mật là đau HSF, thương vị (90.9%), dấu hiệu Murphy (+) (50%), vàng da (43.2%). Tam chứng Charcot gặp ở 6.8% bệnh nhân. Tam chứng cổ điển Charcot có sự khác biệt so với nghiên cứu của La Văn Phú. Theo La Văn Phú, đau hạ sườn phải gặp ở 98.61% bệnh nhân, sốt: 66.67%, vàng da: 34.72%, tam chứng Charcot: 23.61%. Tỷ lệ bệnh nhân sỏi OMC kèm sỏi túi mật có đau hạ sườn phải trong nghiên cứu của Trần Bảo Long là 88.6% [8]. Điều này có thể giải thích do thời điểm nghiên cứu, sự phát triển mạnh mẽ của siêu âm và việc sử dụng kháng sinh sớm. Các triệu chứng lâm sàng hay gặp ở bệnh nhân sỏi mật kèm sỏi OMC theo Hosseini gồm tăng nhạy cảm đau (97.9%), sốt (20.5%), vàng da (43.9%), Murphy dương tính (50%) [3].

Chúng tôi nhận thấy, khả năng phát hiện sỏi OMC trên siêu âm ổ bụng thấp (46.5%), siêu âm phát hiện được 93% sỏi túi mật ở các bệnh. Với MRI, khả năng phát hiện sỏi OMC và sỏi túi mật là 95.5 và 97.7%. Trong nghiên cứu của La Văn Phú, siêu âm bụng chẩn đoán chính xác sỏi OMC 66.67%. Theo tác giả T. Narayana (2013), độ nhạy phát hiện sỏi mật qua siêu âm là 70.96% [12]. Theo hướng dẫn của EASL, siêu âm nên là thăm dò đầu tay ở các bệnh nhân nghi ngờ sỏi mật. Độ chính xác của phương pháp này trong việc phát hiện sỏi túi mật là hơn 95%, độ nhạy siêu âm đối với sỏi OMC thấp hơn đáng kể so với sỏi túi mật [5]. Có sự khác biệt trong khả năng phát hiện sỏi mật của các phương pháp chẩn đoán hình ảnh là do siêu âm phụ thuộc nhiều vào kinh nghiệm bác sĩ cũng như tình trạng của bệnh nhân, phần ống mật chủ nằm sâu, thường bị che lấp bởi hơi trong tá tràng và đại tràng ngang nên khó có thể đánh giá chính xác trong nhiều trường hợp. Do đó, khi trên siêu âm không phát hiện sỏi ống mật chủ nhưng trên lâm sàng và xét nghiệm có nghi ngờ thì việc chụp cộng hưởng từ là cần thiết.

Tỷ lệ phát hiện 01 viên sỏi OMC chiếm đa số (80% trên siêu âm và 76.2% trên MRI). Kích thước trung bình của sỏi OMC trên siêu âm là  $7.71 \pm 3.41\text{mm}$ , trên MRI là  $5.33 \pm 1.57\text{mm}$ . Kích thước sỏi lấy được bằng ERCP là  $5.09 \pm 1.61\text{mm}$ . Đặc điểm sỏi trên MRI phù hợp với ERCP hơn siêu âm, kích thước sỏi trên siêu âm lớn hơn trên MRI. Sự khác biệt về kích thước sỏi giữa các phương pháp chẩn đoán có thể là do

nghiên cứu của chúng tôi chỉ có sỏi nhỏ nên đo kích thước sỏi phụ thuộc phần lớn vào yếu tố chủ quan của bác sĩ đọc kết quả, cách đặt đầu dò siêu âm, từng lát cắt trên phim chụp và chúng ta chỉ xác định được một mặt cắt của viên sỏi khiến sai số mắc phải khá lớn khi xác định kích thước thực sự của viên sỏi. Nghiên cứu của chúng tôi, sỏi OMC là sỏi đơn độc có kích thước nhỏ ( $<10\text{mm}$ ), tương tự như trong nghiên cứu của Trần Bảo Long kích thước sỏi là  $6.58 \pm 2.79\text{mm}$  [8]. Trong nghiên cứu của Sanguanlosit tại Thái Lan, kích thước trung bình của sỏi OMC là  $7.9 \pm 4.9\text{mm}$ , 89.5% bệnh nhân chỉ có một viên sỏi.

Trong số 44 bệnh nhân có sỏi OMC kèm sỏi túi mật, có 19 bệnh nhân có nhiễm trùng đường mật (Tokyo 2018), chiếm 43.2%. Với những bệnh nhân có nhiễm trùng đường mật, độ I chiếm đa số (84.2%), độ II chiếm 15.8% và không có độ III. Tỷ lệ bệnh nhân có sỏi OMC kèm sỏi túi mật có nhiễm trùng đường mật cấp trong nghiên cứu của Atstupens là 60.6%. Mức độ nhiễm trùng đường mật cấp trong nghiên cứu của Sanguanlosit: độ I – 47.9%, độ II – 36.5%, độ III – 15.6%. Chúng tôi thấy rằng mức độ nhiễm trùng đường mật tăng lên độ II tương ứng với số lượng viên sỏi cũng tăng lên, từ 02 viên sỏi trở lên. ( $p < 0.05$ )

## V. KẾT LUẬN

Triệu chứng lâm sàng hay gặp ở bệnh nhân có sỏi ống mật chủ kèm sỏi túi mật là đau hạ sườn phải – thương vị, dấu hiệu Murphy dương tính, vàng da. Đặc điểm sỏi OMC trên MRI phù hợp với đặc điểm sỏi lấy được qua ERCP hơn so với kết quả siêu âm. Nhiễm trùng đường mật cấp (Tokyo 2018) gặp ở 43.2%, mức độ nhiễm trùng đường mật tăng lên độ II, tương ứng với số lượng viên sỏi cũng tăng lên, từ 02 viên sỏi trở lên.

## TAI LIỆU THAM KHẢO

1. **V. Sebgatollahi, M. Parsa, M. Minakari, et al.** (2023), A clinician's guide to gallstones and common bile duct (CBD): A study protocol for a systematic review and evidence-based recommendations vol 6(9), p. e1555.
2. **M. A. Almadi, J. S. Barkun, A. N. Barkun** (2012), Management of suspected stones in the common bile duct, *Cmaj*, vol 184(8), p. 884-92.
3. **S. V. Hosseini, A. Ayoub, A. Rezaianzadeh, et al.** (2016), A survey on concomitant common bile duct stone and symptomatic gallstone and clinical values in Shiraz, Southern Iran, *Adv Biomed Res*, vol 5, p. 147.
4. **John T. Maple, Tamir Ben-Menachem, Michelle A. Anderson, et al.** (2010), The role of endoscopy in the evaluation of suspected choledocholithiasis, *Gastrointestinal Endoscopy*, vol 71(1), p. 1-9.

5. **Easl** (2016), EASL Clinical Practice Guidelines on the prevention, diagnosis and treatment of gallstones, *Journal of Hepatology*, vol 65(1), p. 146-181.
6. **S. O. LeeS. K. Yim** (2018), [Management of Acute Cholecystitis], *Korean J Gastroenterol*, vol 71(5), p. 264-268.
7. **Nhu Hiep Pham, Trung Vy Pham, Huu Thien Ho, et al.** (2018), Gallstones and common bile duct stones: single or separated step endoscopic retrograde cholangiopancreatography and laparoscopic cholecystectomy?, *Vietnam Journal of Science, Technology and Engineering*, vol 60(3), p. 55-58.
8. **Tran Bao Long, Trinh Quoc Dat, Tran Duy Hung, et al.** (2023), Single-step laparoscopic cholecystectomy and endoscopic retrograde cholangiopancreatography in patients with cholecysto-choledocholithiasis, *Tạp chí Nghiên cứu Y học*, vol 166(5E12), p. 44-49.
9. **L. Enochsson, B. Lindberg, F. Swahn, et al.** (2004), Intraoperative endoscopic retrograde cholangiopancreatography (ERCP) to remove common bile duct stones during routine laparoscopic cholecystectomy does not prolong hospitalization: a 2-year experience, *Surg Endosc*, vol 18(3), p. 367-71.
10. **W K Peng, Z Sheikh, S Paterson-Brown, et al.** (2005), Role of liver function tests in predicting common bile duct stones in acute calculous cholecystitis, *British Journal of Surgery*, vol 92(10), p. 1241-1247.

## MỘT SỐ CHỈ SỐ ĐÔNG CẦM MÁU VÀ MỐI LIÊN QUAN VỚI TÌNH TRẠNG DI CĂN TỦY XƯƠNG Ở BỆNH NHÂN UNG THƯ DẠ DÀY VÀ UNG THƯ THỰC QUẢN NGUYÊN PHÁT KHÔNG ĐỒNG MẮC BỆNH LÝ HUYẾT HỌC ÁC TÍNH TẠI VIỆN HUYẾT HỌC - TRUYỀN MÁU TRUNG ƯƠNG GIAI ĐOẠN 2020 - 2022

Trần Thị Kiều My<sup>1,2</sup>, Nguyễn Khánh Hà<sup>2</sup>, Đào Thị Thiết<sup>2</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** (1) Mô tả một số chỉ số đông cầm máu của nhóm bệnh nhân ung thư dạ dày/thực quản nguyên phát không đồng mắc bệnh lý huyết học ác tính. (2) Nhận xét mối liên quan tình trạng di căn tủy xương với đông máu nội mạch rải rác ở nhóm đối tượng nghiên cứu tại Viện Huyết học - Truyền máu Trung Ương giai đoạn 2020 - 2022. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** 31 bệnh nhân điều trị lần đầu tại địa điểm và thời gian nghiên cứu, được chẩn đoán ung thư dạ dày và ung thư thực quản trước thời điểm nhập viện, không đồng mắc bệnh lý huyết học ác tính. **Kết quả nghiên cứu:** Bệnh nhân chủ yếu tập trung ở giới tính nam, nhóm tuổi  $\geq 55$ . 45,2% tổng số bệnh nhân nghiên cứu có tình trạng đông máu nội mạch rải rác (DIC). Nguy cơ di căn tủy xương và tổng điểm DIC theo ISTH có mối tương quan hồi quy tuyến tính, với mỗi điểm DIC tăng thêm 1 điểm thì nguy cơ tế bào ung thư nguyên phát di căn vào tủy xương của nhóm đối tượng tăng thêm 4,88 lần. **Kết luận:** Nguy cơ di căn tủy xương và tổng điểm DIC theo ISTH trong nghiên cứu có mối tương quan hồi quy logistic, mỗi 1 điểm DIC tăng nguy cơ tế bào ung thư nguyên phát di căn vào tủy xương của nhóm đối tượng tăng thêm 4,88 lần. Việc tầm soát bệnh lý huyết học ác tính, ung thư di căn tủy xương và tình trạng đông

máu nội mạch rải rác cần được thực hiện thường quy, song song và sớm nhất có thể cho tất cả bệnh nhân ung thư dạ dày, thực quản để lựa chọn phương pháp điều trị phù hợp nhất cho bệnh nhân. **Từ khóa:** Ung thư dạ dày, ung thư thực quản, chỉ số đông máu, đông máu nội mạch rải rác, thang điểm DIC.

### SUMMARY

#### HEMOSTASIS INDICES AND THE CORRELATION WITH BONE MARROW METASTASIS IN PRIMARY STOMACH CANCER AND ESOPHAGEAL CANCER PATIENTS WITHOUT MALIGNANT HEMATOLOGICAL DISEASES AT THE NATIONAL INSTITUTE OF HEMATOLOGY AND BLOOD TRANSFUSION DURING 2020 - 2022

**Objectives:** (1) Describe some hemostatic indices in primary gastric cancer or esophageal cancer patients without malignant hematological disease. (2) Describe the relationship between bone marrow metastases and disseminated intravascular coagulation in the group of subjects at the National Institute of Hematology - Blood Transfusion over the period from 2020 to 2022. **Methods and materials:** 31 patients admitting the first time at the time and research location, already been diagnosed with gastric cancer or esophageal cancer before admission and without concurrent malignant hematological diseases. **Results:** Age group  $\geq 55$  years old and male gender dominates other groups. 45,2% of the patients suffer from disseminated intravascular coagulation (DIC). The risk of bone marrow metastases and total DIC score follow logistic regression correlation, with each point increased in DIC score increasing correlating

<sup>1</sup>Trường Đại học Y Hà Nội

<sup>2</sup>Viện Huyết học - Truyền máu Trung Ương

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Khánh Hà

Email: ha.ngnkhnh@gmail.com

Ngày nhận bài: 22.10.2024

Ngày phản biện khoa học: 21.11.2024

Ngày duyệt bài: 27.12.2024