

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ SỎI ĐƯỜNG MẬT CHÍNH NGOÀI GAN BẰNG NỘI SOI MẬT TỤY NGƯỢC DÒNG

Phạm Như Hòa¹, Đặng Quang Nam¹, Nguyễn Trường Sơn^{1,2},
Lã Diệu Hương¹, Nguyễn Hoài Nam^{1,2}, Nguyễn Thành Nam¹,
Đặng Trung Hiếu¹, Lê Phú Tài¹, Nguyễn Thành Tùng¹,
Bùi Thanh Tùng¹, Kiều Văn Tuấn¹, Nguyễn Công Long^{1,2}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nhận xét chỉ định, đánh giá kết quả điều trị và biến chứng của kỹ thuật lấy sỏi đường mật chính ngoài gan bằng nội soi mật tuy ngược dòng.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 119 bệnh nhân được chẩn đoán sỏi ống mật chủ nhập viện điều trị lấy sỏi bằng nội soi mật tuy ngược dòng (ERCP) tại Bệnh Viện Bạch Mai từ tháng 01/2022 đến tháng 12/2022. **Kết quả:** Tuổi trung bình là 64 ± 16.9 tuổi, nữ chiếm ưu thế hơn (53,8%). Có 7,6% số ca là biến đổi giải phẫu dạ dày sau phẫu thuật. Đa số có biến chứng nhiễm trùng đường mật và viêm tụy cấp, lần lượt là 53,8% và 12,6%. Kích thước nhỏ (<1 cm) chiếm 55,5%, 4 bệnh nhân có sỏi kích thước > 2 cm (chiếm 3,4%). Khoảng 1/3 trường hợp sỏi ống mật chủ/sỏi ống gan chung phối hợp với sỏi túi mật và sỏi đường mật trong gan (gộp chung lên tới 55%). Có túi thừa tá tràng DII chiếm 63%. Kết quả thực hiện nội soi mật tuy ngược dòng: Thông nhú thành công 97,5%, lấy sỏi thành công cho 101 bệnh nhân. Tỷ lệ sạch sỏi ở lần can thiệp đầu tiên đạt 89,1%. Tỷ lệ sạch sỏi 100% khi lấy sỏi bằng rö, đạt 90% khi tán sỏi nội ống, lấy sỏi bằng bóng đạt 86%. Tỷ lệ sạch sỏi ở lần can thiệp thứ 2 (đạt 92,3%). Tỷ lệ sạch sỏi sau 2 lần can thiệp đạt 98% (114/116). Có 1 bệnh nhân có tai biến thủng, chảy máu 1,7%, Nhiễm trùng sau can thiệp 2,6%, viêm tụy cấp 4,3%. Kết luận: Nội soi chụp mật tuy ngược dòng là một thủ thuật hiệu quả, tương đối an toàn trong điều trị sỏi đường mật chính ngoài gan.

Từ khóa: nội soi mật tuy ngược dòng, sỏi đường mật, ống mật chủ

SUMMARY

THE EFFICACY OF ENDOSCOPIC RETROGRADE CHOLANGIOPANCREATOGRAPHY (ERCP) FOR CHOLEDOCHOLITHIASIS

Objective: To evaluate the indications, treatment outcomes, and complications of endoscopic retrograde cholangiopancreatography (ERCP) for choledocholithiasis. **Materials and Methods:** This was a cross-sectional descriptive study conducted on 119 patients diagnosed with common bile duct stones who were hospitalized for ERCP stone extraction at

Bach Mai Hospital from January 2022 to December 2022. **Results:** The mean age of the patients was 64 ± 16.9 years, with females being more prevalent (53.8%).

A total of 7.6% of cases had anatomical variations of the stomach following surgery. The majority experienced complications of cholangitis and acute pancreatitis, accounting for 53.8% and 12.6%, respectively. Small stone size (<1 cm) was observed in 55.5% of patients, and 4 patients had stones larger than 2 cm (3.4%). Approximately one-third of cases involving common bile duct stones or common hepatic duct stones were associated with gallstones and intrahepatic bile duct stones (combined, these accounted for up to 55%). Duodenal diverticulum in DII was present in 63% of patients. ERCP outcomes showed a successful cannulation rate of 97.5%, with successful stone extraction in 101 patients. The stone clearance rate after the first intervention was 89.1%. The 100% stone clearance rate was achieved with basket extraction, 90% with intracorporeal lithotripsy, and 86% with balloon extraction. The stone clearance rate after the second intervention reached 92.3%. The cumulative stone clearance rate after two interventions was 98% (114/116). Complications included perforation in 1 patient, bleeding in 1.7%, post-procedural infection in 2.6%, and acute pancreatitis in 4.3%. **Conclusion:** Endoscopic retrograde cholangiopancreatography is an effective and relatively safe procedure for the treatment of extrahepatic common bile duct stones. **Keywords:** endoscopic retrograde cholangiopancreatography, bile duct stones, common bile duct

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh sỏi mật là bệnh lý phổ biến ở nước ta, trong đó sỏi đường mật chính ngoài gan chiếm 80-85% các trường hợp. Sỏi đường mật chính ngoài gan là nguyên nhân chính gây 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 mật, sốc nhiễm trùng, nguy cơ tử vong.^{1,2} Nhờ sự phát triển của kỹ thuật nội soi mật tuy ngược dòng (ERCP) mà tỷ lệ can thiệp lấy sỏi mật ngày càng tăng, dần thay thế phẫu thuật. Nội soi mật tuy ngược dòng kết hợp với cắt hoặc nong cơ vòng Oddi điều trị sỏi đường mật chính ngoài gan kích thước nhỏ thường dễ hơn, tỷ lệ thành công cao (> 80%). Với sỏi kích thước lớn hơn (>1 cm) cần có sự hỗ trợ của các dụng cụ bóng nong cơ vòng Oddi đường kính lớn, tần

¹Bệnh viện Bạch Mai

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

Chủ trách nhiệm chính: Phạm Như Hòa

Email: hoakhanh58@gmail.com

Ngày nhận bài: 16.6.2025

Ngày phản biện khoa học: 21.7.2025

Ngày duyệt bài: 28.8.2025

sỏi cơ học, tán sỏi nội ống bằng laser hoặc điện thủy lực qua máy nội soi đường mật. Mặc dù kỹ thuật ERCP điều trị sỏi đường mật chính ngoài gan đã được thực hiện nhiều năm ở bệnh viện Bạch Mai, nhưng việc đánh giá hiệu quả điều trị còn chưa được nghiên cứu một cách đầy đủ và chi tiết. Hơn nữa, những năm gần đây với sự cải tiến về các dụng cụ và thiết bị, tỷ lệ thành công của nội soi can thiệp trong điều trị sỏi đường mật chính ngoài gan có sự tiến bộ hơn nhiều. Xuất phát từ những lý do trên, chúng tôi thực hiện nghiên cứu với mục tiêu nhận xét chỉ định, đánh giá kết quả điều trị và biến chứng của kỹ thuật lấy sỏi đường mật chính ngoài gan bằng nội soi mật tụy ngược dòng.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. 119 bệnh nhân được chẩn đoán sỏi đường mật ngoài gan nhập viện điều trị tại Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 01/2022 đến tháng 12/2022.

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn vào nghiên cứu

- Tuổi ≥18
- Bệnh nhân có sỏi đường mật chính ngoài gan
- Có chỉ định nội soi mật tụy ngược dòng
- Đồng ý tham gia nghiên cứu

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ. Người bệnh có chống chỉ định nội soi đường tiêu hóa trên; Sỏi OMC kèm ác tính đường mật hoặc u đầu tụy, kèm sỏi đường mật trong gan.; Hẹp đoạn thấp OMC (lành tính hoặc ác tính); Bệnh phổi hợp không cho phép gây mê; Thai kỳ; Tiền sử phẫu thuật mật-tụy.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu. Mô tả cắt ngang

2.2.2. Cố mẫu. Cố mẫu thuận tiện, thực tế có 119 bệnh nhân đủ tiêu chuẩn được lựa chọn vào nghiên cứu.

2.3. Kết quả can thiệp:

- Thành công về thủ thuật: thông nhú thành công, chụp được đường mật.
- Thành công về lâm sàng: Nếu lấy hết sỏi trong ống mật chủ/ống gan chung.
- Thất bại về thủ thuật: Không thông nhú được.
- Thất bại về can thiệp lấy sỏi: không lấy được hết sỏi trong ống mật chủ, ống gan chung.
 - + Sau khi lấy hết sỏi, bơm rửa đường mật bằng nước muối sinh lý để tránh sỏi tái phát.
 - + Chụp lại kiểm tra, đánh giá kết quả trước khi kết thúc.
 - + Đặt stent nhựa mật – ruột trong trường hợp sỏi lớn, không lấy được sỏi, dự phòng viêm tụy cấp.
 - + Bệnh nhân được đưa về phòng, theo dõi các tai biến sau can thiệp trong vòng 24 giờ. Khi

tình trạng BN ổn định cho ra viện, dặn dò theo dõi (các tai biến, sỏi sót hoặc tái phát), có diễn biến bất thường sẽ tư vấn qua điện thoại hoặc đến kiểm tra lại trong vòng 30 ngày.

Trường hợp không lấy hết sỏi ống mật chủ ở lần 1 thì đặt stent mật ruột, hẹn lấy sỏi lần 2 sau 1-3 tháng.

2.4 Xử lý số liệu: Các kết quả nghiên cứu được thống kê và xử lý bằng phần mềm SPSS 22.0: Tính tỷ lệ %, giá trị trung bình, độ lệch chuẩn, so sánh 2 tỷ lệ và 2 giá trị trung bình bằng test χ^2 và test T, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$, độ tin cậy 95%.

2.5. Đạo đức nghiên cứu. Đề tài đã được Hội đồng đạo đức trong nghiên cứu Y sinh học phê duyệt và nghiệm thu theo quyết định số 7413/QĐ-BM của Bệnh viện Bạch Mai.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1 Đặc điểm chung nhóm bệnh nhân nghiên cứu

3.1.1. Giới tính và tuổi của nhóm nghiên cứu. Trong 119 bệnh nhân, 64 nữ chiếm 53,8%, nam chiếm 46,2%. Tuổi trung bình $64 \pm 16,9$, lớn nhất 98 tuổi, nhỏ nhất 18 tuổi, nhóm tuổi > 40 chiếm 89,1%.

3.1.2. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của nhóm bệnh nhân nghiên cứu. Tiền sử mổ sỏi mật: Có 9 bệnh nhân từng can thiệp phẫu thuật mở ống mật chủ lấy sỏi trước đó chiếm 7,6%. 7 bệnh nhân có tiền sử cắt túi mật do sỏi.

Biến đổi giải phẫu: 1 bệnh nhân Billorth I, 118 bệnh nhân Billorth II

Bảng 1. Các triệu chứng và biến chứng của sỏi mật

Triệu chứng	n	%
Nhiễm trùng đường mật	64	53,8
Viêm tụy cấp	15	12,6
Đau bụng	40	33,6
Tổng	119	100

Nhận xét: Trong số BN cần can thiệp ERCP thì 53,8% BN có nhiễm trùng đường mật.

Bảng 2. Số lượng và kích thước của viên sỏi lớn nhất trong OMC

Đặc điểm	n (119)	%
Số lượng sỏi		
1 viên	82	68,9
2 viên	25	21
3 viên	8	6,7
≥ 4 viên	4	3,4
Kích thước viên sỏi		
< 1 cm	66	55,5
1-1,5 cm	40	33,6
1,6 - 2 cm	9	7,6
> 2 cm	4	3,4

Nhận xét: Đa số người bệnh có 1 viên sỏi, chiếm tỉ lệ 68,9%. Chỉ có 4 trường hợp có từ 4 viên sỏi trở lên. Về kích thước sỏi, đa số có kích thước dưới 1cm với 55,5%, có 4 trường hợp kích thước sỏi trên 2cm.

Bảng 3. Đặc điểm túi thừa DII tá tràng

Loại túi thừa	n	%
Papilla trong túi thừa	19	16
Papilla cạnh túi thừa	56	47,1
Không có túi thừa	44	37

Nhận xét: Túi thừa tá tràng DII gấp khá phổ biến chiếm 63%, trong đó chủ yếu là túi thừa cạnh sát Papilla.

3.2. Kết quả lấy sỏi qua nội soi mật tụy ngược dòng

3.2.1. Tỷ lệ thành công của kỹ thuật. Tỷ lệ thông nhú thành công trong nghiên cứu của chúng tôi đạt 97,5%, 3 trường hợp không thành công trong đó: 2 trường hợp cắt dạ dày nối Billroth II, (trong đó có 1 trường hợp kèm theo túi thừa cạnh Papilla) và 1 trường hợp có túi thừa cạnh Papilla.

3.2.2. Tỷ lệ sạch sỏi sau can thiệp lần đầu

Bảng 4. Các dụng cụ và kỹ thuật thực hiện trong can thiệp lấy sỏi lần 1 (n=116)

Các kỹ thuật	n	%
Mở cơ vòng		
Không	15	13
Băng dao cung	86	74,1
Băng dao kim	10	8,6
Nong băng bóng	5	4,3
Dụng cụ lấy sỏi		
Băng rọ	11	10,9
Băng bóng	58	57,4
Rọ + Bóng	9	8,9
Tán sỏi cơ học	12	11,9
Tán sỏi nội ống (Laser)	11	10,9

Nhận xét: Trong nghiên cứu có 14 bệnh nhân có rối loạn đông máu nặng và 1 bệnh nhân có sỏi ống mật chủ kích thước lớn (> 2 cm) nên được đặt stent mật ruột trong lần can thiệp đầu tiên. Còn lại 101 bệnh nhân được can thiệp lấy sỏi bằng các phương pháp khác nhau: Băng rọ (11), băng bóng (58), kết hợp rọ và bóng (9), tán sỏi cơ học (12) và tán sỏi nội ống bằng tia laser (11 bệnh nhân).

3.2.3. Tỷ lệ sạch sỏi sau can thiệp lần 2.

Những bệnh nhân sau khi can thiệp không lấy hết sỏi trong ống mật chủ được đặt stent mật ruột cùng với nhóm bệnh nhân đặt stent mật ruột từ đầu được hẹn can thiệp lấy sỏi sau 3 tháng. Nghiên cứu của chúng tôi gồm 26 bệnh nhân trong đó 9 bệnh nhân từ can thiệp lấy sạch sỏi lần đầu thất bại. Tỷ lệ sạch sỏi ở lần can thiệp thứ 2 cao hơn (đạt 92,3%). Nếu cộng dồn

thì tỷ lệ sạch sỏi sau 2 lần can thiệp đạt 98% (114/116).

3.2.4. Tai biến và biến chứng

Bảng 5. Một số tai biến và biến chứng sau thủ thuật

Tai biến	Mức độ			Tổng
	Nhẹ	Vừa	Nặng	
Viêm tụy cấp	3	2	0	5
Chảy máu	2	0	0	2
Nhiễm khuẩn	2	1	0	3
Thủng	0	0	1	1
Tổng số	7	3	1	11

Nhận xét: có 11 trường hợp gặp biến chứng trong đó chủ yếu là mức độ nhẹ. Có 1 trường hợp thủng đã được xử trí bằng phẫu thuật nội soi.

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu, có 119 bệnh nhân sỏi đường mật ngoài gan được thực hiện ERCP. Bệnh nhân có tiền sử cắt bán phần dạ dày nối vị tràng kiểu Billroth I thường gặp ít trong các nghiên cứu, và loại phẫu thuật này thường không là thách thức đối với can thiệp nội soi mật tụy ngược dòng. Trong nghiên cứu của chúng tôi, chỉ gặp 1 bệnh nhân phẫu thuật Billroth I và trường hợp này đã thành công trong can thiệp lấy sỏi lần đầu. Bệnh nhân có tiền sử cắt dạ dày nối vị - tràng kiểu Billroth II và phẫu thuật cắt toàn bộ dạ dày luôn là khó khăn trong việc tiếp cận máy nội soi cửa sổ bên. Thường các tác giả sẽ sử dụng máy nội soi cửa sổ thẳng (dây sỏi dạ dày hoặc dây soi đại tràng hoặc dây soi ruột non) để tiếp cận. Tuy nhiên, việc thông nhú khó khăn, đòi hỏi nhiều dụng cụ đặc biệt như dao cắt cơ vòng có thể xoay hướng hoặc dùng bóng nong cơ vòng Oddi.^{3,4} Trong nghiên cứu của chúng tôi có 7,6% số ca là biến đổi giải phẫu dạ dày sau phẫu thuật được tiếp cận một cách thuận lợi bằng máy nội soi cửa sổ thẳng.

Bảng 2 cho thấy phần lớn trong nghiên cứu của chúng tôi là sỏi ống mật chủ kích thước nhỏ (< 1 cm) chiếm 55,5%, tiếp đến là sỏi có đường kính 1 đến 1,5 cm. Kích thước sỏi lớn ($> 1,5$ cm, có tác giả lấy $> 1,2$ cm) là một trong những yếu tố tiên lượng thất bại khi can thiệp lấy sỏi qua nội soi mật tụy ngược dòng.^{1,5-7} Rất may mắn trong thời gian nghiên cứu chúng tôi được trang bị thêm máy nội soi đường mật kèm theo hệ thống tán sỏi laser nội ống nên đã lấy vào nghiên cứu cả những bệnh nhân có sỏi ống mật chủ kích thước lớn $> 1,5$ cm. Trong nghiên cứu có tới 4 bệnh nhân có sỏi kích thước > 2 cm (chiếm 3,4%). Việc thực hiện nội soi đường mật đòi hỏi bác sĩ có kỹ năng làm nội soi mật tụy

ngược dòng thành thạo để có thể tiếp cận vị trí viên sỏi cũng như cố định máy tốt khi bắn tia laser vào viên sỏi.

Số lượng sỏi ở mỗi bệnh nhân cũng rất thay đổi, chủ yếu là bệnh nhân có 1 viên sỏi đơn độc trong ống mật chủ. Khoảng 1/3 trường hợp sỏi ống mật chủ/sỏi ống gan chung phổi hợp với sỏi túi mật và sỏi đường mật trong gan (gộp chung lên tới 55%). Những bệnh nhân này, sau khi can thiệp lấy sỏi ống mật chủ, chúng tôi đặt stent nhựa mật ruột để tránh sỏi rơi từ túi mật hoặc đường mật trong gan vào ống mật chủ sau khi can thiệp.

Bảng 3 chỉ ra túi thừa tá tràng DII gặp khá phổ biến chiếm 63%, trong đó chủ yếu là túi thừa cạnh sát Papilla. Nhiều nghiên cứu chỉ ra mối liên quan giữa túi thừa tá tràng và bệnh sỏi mật.^{6,8,9} Đồng thời sự hiện diện của túi thừa cạnh bóng Vater cũng là yếu tố gây khó khăn cho sự thành công của thủ thuật thông nhú do đường mật bị túi thừa đè đẩy, biến dạng. Trong nghiên cứu của chúng tôi túi thừa tá tràng DII gặp khá phổ biến chiếm 63%, trong đó chủ yếu là túi thừa cạnh sát Papilla.

Trong nghiên cứu có 1 bệnh nhân có tai biến thủng được phát hiện trong thủ thuật sau khi đã lấy sỏi (bảng 5). Bệnh nhân này có biến đổi giải phẫu sau cắt dạ dày nối vị - tràng kiểu Billroth II. Chúng tôi đã đổi từ máy nội soi cửa sổ bên sang máy soi cửa sổ thẳng, sử dụng hệ thống bơm khí carbonic và kẹp clip đóng lỗ thủng thành công. Bệnh nhân được điều trị bảo tồn và ra viện sau 1 tuần. Tai biến chảy máu cũng gặp trong nghiên cứu chiếm 1,7%, mức độ mất máu nhẹ và cầm máu thành công 100% bằng nội soi. Không có trường hợp nào cần chuyển biện pháp can thiệp khác như nút mạch hay phẫu thuật.

Nhiễm trùng sau can thiệp chiếm tỷ lệ 2,6% và cải thiện ngay sau khi dùng kháng sinh toàn thân.

Viêm tụy cấp là biến chứng hay gặp hơn cả chiếm 4,3%, mức độ viêm tụy cấp thường nhẹ. Ngày nay, biến chứng viêm tụy cấp ít gặp hơn trước đây có thể do cải tiến về công cụ cũng như kỹ năng của bác sĩ tốt hơn. Bên cạnh đó, việc sử dụng diclofenac đặt hậu môn trước can thiệp cũng giúp làm hạn chế biến chứng này.¹⁰ Trong nghiên cứu của chúng tôi, nhóm tuổi hay gặp các biến chứng là từ 40 đến 49 tuổi. Tuy nhiên, sự khác biệt so với các nhóm tuổi không có ý nghĩa thông kê do cỡ mẫu nhỏ và tính chất của sỏi (vị trí, kích thước, số lượng) không đồng nhất giữa các nhóm.

V. KẾT LUẬN

- Chỉ định can thiệp sỏi mật qua nội soi chụp

mật tuy ngược dòng chủ yếu ở bệnh viện Bạch Mai ở đối tượng bệnh nhân sỏi mật có triệu chứng và biến chứng (66,4%). Không hạn chế chỉ định can thiệp dựa theo kích thước sỏi do có các giải pháp hỗ trợ như đặt stent mật ruột đợi can thiệp lấy sỏi thì 2 hoặc tán sỏi cơ học hoặc tán sỏi nội ống bằng tia laser.

- Nội soi chụp mật tuy ngược dòng là một thủ thuật dễ thực hiện với tỷ lệ thông nhú thành công 97,5% ngay cả trên các bệnh nhân sau cắt bén phần dạ dày.

- Nội soi chụp mật tuy ngược dòng là thủ thuật an toàn với tỷ lệ tai biến thấp (1%), biến chứng thường là nhẹ và là thủ thuật hiệu quả trong điều trị sỏi đường mật chính ngoài gan với tỷ lệ sạch sỏi lên tới 98% khi có đầy đủ các dụng cụ và phương tiện hỗ trợ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Buxbaum JL, Abbas Fehmi SM, Sultan S, et al.** ASGE guideline on the role of endoscopy in the evaluation and management of choledocholithiasis. Gastrointest Endosc. Jun 2019; 89(6): 1075-1105.e15. doi:10.1016/j.gie.2018.10.001
- Stinton LM, Shaffer EA.** Epidemiology of gallbladder disease: cholelithiasis and cancer. Gut Liver. Apr 2012;6(2): 172-87. doi:10.5009/gnl.2012.6.2.172
- Sirin G, Hulagu S.** Double balloon enteroscopy improves ERCP success in patients with modified small bowel anatomy. North Clin Istanb. 2020; 7(2):131-139. doi:10.14744/nci.2020.54533
- Tringali A, Costa D, Fugazza A, et al.** Endoscopic management of difficult common bile duct stones: Where are we now? A comprehensive review. World J Gastroenterol. Nov 28 2021;27(44): 7597-7611. doi:10.3748/wjg.v27.i44.7597
- Liu P, Lin H, Chen Y, Wu YS, Tang M, Lai L.** Comparison of endoscopic papillary large balloon dilation with and without a prior endoscopic sphincterotomy for the treatment of patients with large and/or multiple common bile duct stones: a systematic review and meta-analysis. Ther Clin Risk Manag. 2019;15: 91-101. doi:10.2147/tcrm.S182615
- Ersöz G, Tekesin O, Ozutemiz AO, Gunsar F.** Biliary sphincterotomy plus dilation with a large balloon for bile duct stones that are difficult to extract. Gastrointest Endosc. Feb 2003;57(2):156-9. doi:10.1067/mge.2003.52
- Freeman ML, Nelson DB, Sherman S, et al.** Complications of endoscopic biliary sphincterotomy. N Engl J Med. Sep 26 1996; 335(13): 909-18. doi:10.1056/nejm199609263351301
- Nguyễn Công Long, Nguyễn Thị Dân.** Nhận xét đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng bệnh nhân sỏi ống mật chủ có túi thừa tá tràng và không có túi thừa tá tràng. Tạp chí Y học Việt Nam. 02/25 2022; 510(1): 238-241. doi:10.51298/vmj.v510i1.1940
- Nguyễn Công Long, Nguyễn Thanh Nam.** Nghiên cứu sự ảnh hưởng của túi thừa tá tràng

quan nhú đối với sự thành công của kỹ thuật nội soi mật tuy ngược dòng. Tạp chí Y học Việt Nam. 06/20 2022;514(1): 66-69. doi:10.51298/vmj.v514i1.2516

10. Cahyadi O, Tehami N, de-Madaria E, Siau K.
Post-ERCP Pancreatitis: Prevention, Diagnosis and Management. Medicina (Kaunas). Sep 12 2022;58(9)doi:10.3390/medicina58091261

KẾT QUẢ PHẪU THUẬT CHUYỂN VỊ BUỒNG TRỨNG TRƯỚC XẠ TRỊ TRÊN BỆNH NHÂN UNG THƯ CỔ TỬ CUNG TẠI BỆNH VIỆN K

Bùi Văn Quyền¹, Lê Trí Chinh²,
Hoàng Mạnh Thắng³, Trần Việt Hoàng²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả phẫu thuật chuyển vị và chức năng buồng trứng trước xạ trị trên bệnh nhân ung thư cổ tử cung tại bệnh viện K. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả hồi cứu kết hợp tiến cứu 75 bệnh nhân ung thư cổ tử cung ở phụ nữ trẻ được chuyển vị buồng trứng tại bệnh viện K từ tháng 1/2023 đến tháng 12/2024. **Kết quả:** Không ghi nhận biến chứng sau phẫu thuật chuyển vị. Sau 6 tháng, 72% bệnh nhân còn chức năng buồng trứng. Tỷ lệ bảo tồn chức năng buồng trứng là 100% ở nhóm không xạ trị, 66,7% ở nhóm xạ trị bổ trợ, và 30,4% ở nhóm hóa xạ trị triết căn. Về chất lượng đời sống tình dục, 72% bệnh nhân có chất lượng bình thường hoặc tuyệt vời. 100% bệnh nhân mất chức năng buồng trứng có chất lượng tình dục kém, trong khi 57,4% bệnh nhân còn chức năng buồng trứng có chất lượng tình dục trung bình và 42,6% có chất lượng tuyệt vời. **Kết luận:** Phẫu thuật chuyển vị buồng trứng là một phẫu thuật an toàn và hiệu quả trong việc bảo tồn chức năng nội tiết buồng trứng và góp phần duy trì chất lượng đời sống tình dục cho phụ nữ trẻ mắc UTCTC. Mức độ bảo tồn chức năng buồng trứng giảm dần khi có xạ trị và hóa xạ trị.

Từ khóa: Ung thư cổ tử cung, chuyển vị buồng trứng, chức năng buồng trứng, chất lượng đời sống tình dục, FSFI, xạ trị.

SUMMARY

OUTCOMES OF OVARIAN TRANSPOSITION SURGERY BEFORE RADIOTHERAPY IN CERVICAL CANCER PATIENTS AT VIETNAM NATIONAL CANCER HOSPITAL

Objective: Evaluation of the results of ovarian transposition surgery and ovarian function before radiotherapy in cervical cancer patients at Vietnam National Cancer Hospital. **Subjects and Methods:** A retrospective and prospective descriptive study of 75 young cervical cancer patients who underwent ovarian

transposition at Vietnam National Cancer Hospital from January 2023 to December 2024. **Results:** No complications were recorded after ovarian transposition (OT) surgery. After 6 months, 72% of patients retained ovarian function. The ovarian function preservation rate was 100% in the non-radiotherapy group, 66.7% in the adjuvant radiotherapy group, and 30.4% in the concurrent chemoradiotherapy group. Regarding sexual quality of life, 72% of patients reported normal or excellent quality. 100% of patients with loss of ovarian function had poor sexual quality of life, while among those with preserved ovarian function, 57.4% had average sexual quality of life and 42.6% had excellent quality. **Conclusion:** Ovarian transposition is a safe and effective surgical procedure for preserving ovarian endocrine function and contributing to the maintenance of sexual quality of life in young women with cervical cancer. The degree of ovarian function preservation gradually decreases with radiotherapy and chemoradiotherapy. **Keywords:** Cervical cancer, ovarian transposition, ovarian function, sexual quality of life, FSFI, radiotherapy

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư cổ tử cung (UTCTC) là một trong những bệnh ung thư thường gặp và gây tử vong cao ở phụ nữ trên toàn cầu, và Việt Nam cũng không ngoại lệ. Theo số liệu của GLOBOCAN 2020, UTCTC có tỷ lệ mới mắc và tử vong đứng thứ 4 ở nữ giới¹. Đáng chú ý, bệnh đang có xu hướng trẻ hóa, với khoảng 15% ca mắc mới ở phụ nữ dưới 40 tuổi tại Việt Nam². Điều trị UTCTC là điều trị đa mô thức, trong đó phẫu thuật và xạ trị đóng vai trò nền tảng trong điều trị triết căn³. Tuy nhiên, buồng trứng là cơ quan nhạy cảm với bức xạ ion hóa. Liều xạ 16 Gy có thể gây mất chức năng buồng trứng(BT) ở tuổi 20, và chỉ 10 Gy ở tuổi 45⁴. Mất chức năng buồng trứng sớm dẫn đến mãn kinh sớm, kéo theo nhiều hệ lụy nghiêm trọng như tăng nguy cơ mắc bệnh tim mạch, loãng xương, và suy giảm đáng kể chất lượng cuộc sống do các triệu chứng như bốc hỏa, khô âm đạo, và giảm ham muốn tình dục. Chính vì vậy, bảo tồn chức năng buồng trứng là rất quan trọng trong duy trì và nâng cao chất lượng cuộc sống của bệnh nhân

¹Bệnh Viện Hữu Nghị Việt Tiệp Hải Phòng

²Bệnh viện K

³Trường Đại học Y Hà Nội

Chủ trách nhiệm chính: Bùi Văn Quyền

Email: vanquyen1611@gmail.com

Ngày nhận bài: 17.6.2025

Ngày phản biện khoa học: 22.7.2025

Ngày duyệt bài: 27.8.2025