

OUTCOMES OF ENDOSCOPIC RETROGRADE CHOLANGIOPANCREATOGRAPHY IN PATIENTS WITH SEVERE ACUTE CHOLANGITIS DUE TO BILE DUCT STONES

Mai Hoang Anh Phuong¹, Huynh Thi Hong Ngoc², Nguyen Thanh Liem^{1*}

¹Can Tho University of Medicine and Pharmacy - 179 Nguyen Van Cu, Tan An Ward, Can Tho City, Vietnam.

²Can Tho Central General Hospital - 315 Nguyen Van Linh, Tan An Ward, Can Tho City, Vietnam

Received: 30/03/2026

Revised: 27/04/2026; Accepted: 25/06/2026

ABSTRACT

Objectives: To evaluate the treatment outcomes of endoscopic retrograde cholangiopancreatography (ERCP) in patients with severe acute cholangitis due to bile duct stones at Can Tho Central General Hospital.

Methods: A descriptive cross-sectional study with longitudinal follow-up was conducted on 90 patients with severe acute cholangitis due to bile duct stones who underwent ERCP at Can Tho Central General Hospital from June 2024 to January 2026.

Results: The mean age was 68.83 ± 14.35 years, with females accounting for 62.2%. Abdominal pain was present in all patients (100%). Laboratory parameters reflecting infection, biliary obstruction, and liver enzymes were all elevated. The success rate of ERCP was 98.9%. Simple stone extraction was the most common technique, accounting for 65.2%. The overall complication rate after ERCP was 12.22%, with post-ERCP pancreatitis being the most frequent complication (11.11%). Multivariate logistic regression analysis showed that a history of previous ERCP remained significantly associated with post-ERCP pancreatitis (OR = 5.868; 95% CI: 1.124–30.630; $p = 0.036$).

Conclusion: Endoscopic retrograde cholangiopancreatography is a treatment modality with a high success rate and a low complication rate in patients with severe acute cholangitis due to bile duct stones in this study sample.

Keywords: Severe acute cholangitis, bile duct stones, endoscopic retrograde cholangiopancreatography.

*Corresponding author

Email: ntlie@ctump.edu.vn Phone: (+84) 918801525 DOI: 10.52163/yhc.v67iCD8.5656



KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ NỘI SOI MẬT TUY NGƯỢC DÒNG Ở BỆNH NHÂN VIÊM ĐƯỜNG MẬT CẤP MỨC ĐỘ NẶNG DO SỎI ĐƯỜNG MẬT

Mai Hoàng Anh Phương¹, Huỳnh Thị Hồng Ngọc², Nguyễn Thanh Liêm^{1*}

¹Trường Đại học Y Dược Cần Thơ - 179 Nguyễn Văn Cừ, P. Tân An, Tp. Cần Thơ, Việt Nam

²Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ - 315 Nguyễn Văn Linh, P. Tân An, Tp. Cần Thơ, Việt Nam

Ngày nhận bài: 30/03/2026

Ngày chỉnh sửa: 27/04/2026; Ngày duyệt đăng: 25/06/2026

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả điều trị nội soi mật tụy ngược dòng (ERCP) ở bệnh nhân viêm đường mật cấp mức độ nặng do sỏi đường mật tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ.

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang, theo dõi dọc trên 90 bệnh nhân viêm đường mật cấp mức độ nặng do sỏi đường mật được điều trị bằng ERCP tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ từ tháng 6/2024 đến 1/2026.

Kết quả: Tuổi trung bình là $68,83 \pm 14,35$ tuổi. Nữ giới chiếm tỷ lệ 62,2%. Đau bụng gặp ở tất cả các bệnh nhân (100%). Các chỉ số xét nghiệm phản ánh tình trạng nhiễm trùng nặng, tắc mật, men gan đều tăng. Tỷ lệ ERCP thành công chiếm 98,9%. Kỹ thuật lấy sỏi đơn thuần chiếm đa số với 65,2%. Tỷ lệ biến chứng sau ERCP chiếm 12,22%, trong đó viêm tụy cấp là biến chứng thường gặp nhất (11,11%). Phân tích hồi quy logistic đa biến cho thấy tiền sử ERCP còn duy trì mối liên quan có ý nghĩa thống kê với viêm tụy cấp sau ERCP (OR = 5,868; KTC 95%: 1,124 - 30,630; p = 0,036).

Kết luận: Nội soi mật tụy ngược dòng là phương pháp điều trị có tỷ lệ thành công cao và tỷ lệ biến chứng thấp ở bệnh nhân viêm đường mật cấp mức độ nặng do sỏi đường mật trong mẫu nghiên cứu.

Từ khóa: Viêm đường mật cấp nặng, sỏi đường mật, nội soi mật tụy ngược dòng.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm đường mật cấp là tình trạng nhiễm trùng cấp tính của hệ thống đường mật, thường xảy ra trên nền tắc mật, làm tăng áp lực trong đường mật và tạo điều kiện cho vi khuẩn xâm nhập, phát triển. Nếu không được chẩn đoán và xử trí kịp thời, viêm đường mật cấp có thể nhanh chóng tiến triển thành nhiễm trùng huyết, sốc nhiễm trùng và suy đa cơ quan, với tỷ lệ tử vong lên đến 29% [1]. Theo Tokyo Guidelines 2018, viêm đường mật cấp mức độ nặng được xác định khi xuất hiện rối loạn chức năng ít nhất một cơ quan (tuần hoàn, hô hấp, thần kinh, thận, gan hoặc huyết học). Đây là nhóm bệnh nhân có nguy cơ tử vong cao và cần can thiệp khẩn cấp [2]. Trong điều trị viêm đường mật cấp mức độ nặng do sỏi đường mật, hồi sức ban đầu, sử dụng kháng sinh sớm nhằm kiểm soát nhiễm trùng và giải quyết tắc nghẽn bằng dẫn lưu đường mật là những trụ cột chính [2]. Trong đó, nội soi mật tụy ngược dòng (ERCP) đóng vai trò then chốt, không chỉ giúp giải áp đường mật mà còn can thiệp vào nguyên nhân tắc nghẽn, qua đó cải thiện tiên lượng lâm sàng.

Tại Việt Nam, các nghiên cứu về ERCP trong điều trị viêm đường mật cấp do sỏi đường mật đã được công bố, nhưng dữ liệu chuyên biệt trên nhóm viêm đường mật cấp mức độ nặng còn hạn chế. Đây là nhóm bệnh nhân có rối loạn chức năng cơ quan, cần dẫn lưu đường mật khẩn cấp và

có nguy cơ biến chứng cao hơn, nên cần được đánh giá riêng trong thực hành lâm sàng. Xuất phát từ thực tế này, chúng tôi tiến hành nghiên cứu nhằm đánh giá kết quả điều trị ERCP ở bệnh nhân viêm đường mật cấp mức độ nặng do sỏi đường mật.

2. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả cắt ngang, theo dõi dọc.

2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu

Nghiên cứu được tiến hành từ tháng 6/2024 đến tháng 1/2026 tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ.

2.3. Đối tượng nghiên cứu

Bệnh nhân viêm đường mật cấp mức độ nặng do sỏi đường mật được chỉ định ERCP điều trị tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ từ tháng 6/2024 đến tháng 1/2026.

Tiêu chuẩn chọn mẫu: Bệnh nhân được chẩn đoán viêm đường mật cấp mức độ nặng theo Tokyo Guidelines 2018 [2]. Có bằng chứng tắc mật: da niêm vàng và/hoặc bilirubin máu $> 34 \mu\text{mol/L}$ (2 mg/dL). Siêu âm có hình ảnh tắc nghẽn đường mật do sỏi. Được chỉ định ERCP. Bệnh nhân từ 18 tuổi trở lên.

*Tác giả liên hệ

Email: ntlm@ctump.edu.vn Điện thoại: (+84) 918801525 DOI: 10.52163/yhc.v67iCD8.5656

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu. Có bệnh lý gây tắc nghẽn vùng hầu họng, vẹo cột sống ngực, hẹp thực quản, hẹp tâm vị, hẹp môn vị, tiền sử mổ cắt dạ dày nối Billroth II hay kiểu Roux-en-Y. Được can thiệp dẫn lưu đường mật qua da hoặc phẫu thuật dẫn lưu đường mật. Bệnh nhân đang có thai.

2.4. Cỡ mẫu và chọn mẫu

Chọn mẫu thuận tiện tất cả bệnh nhân thỏa mãn tiêu chuẩn trong thời gian nghiên cứu. Có 90 bệnh nhân đủ tiêu chuẩn được đưa vào nghiên cứu.

2.5. Nội dung nghiên cứu

- Đặc điểm chung: tuổi (năm), giới (nam/nữ), BMI (kg/m²), tiền sử sỏi mật (có/không), tiền sử ERCP (có/không), thời gian từ lúc nhập viện đến ERCP (<24 giờ/≥24 giờ).

- Đặc điểm lâm sàng: đau bụng (có/không), sốt (có/không), vàng da niêm (có/không), tam chứng Charcot (có/không), rối loạn tri giác (có/không), tụt huyết áp cần sử dụng thuốc vận mạch (có/không). Đặc điểm cận lâm sàng: bạch cầu (10⁹/L), tiểu cầu (10⁹/L), procalcitonin (ng/mL), lactat (mmol/L), bilirubin toàn phần (μmol/L), bilirubin trực tiếp (μmol/L), AST (U/L), ALT (U/L), creatinin (μmol/L), INR.

- Đánh giá kết quả điều trị ERCP:

+ Kết quả can thiệp ERCP: thành công (vào được đường mật và dẫn lưu được đường mật), thất bại (không vào được đường mật hoặc vào được đường mật và không dẫn lưu được đường mật).

+ Kỹ thuật ERCP: lấy sỏi đơn thuần, lấy sỏi 1 phần + đặt stent, đặt stent giải áp.

+ Tai biến và biến chứng của ERCP: viêm tụy cấp sau ERCP được xác định theo ESGE 2020 [3], gồm đau bụng mới xuất hiện hoặc nặng hơn sau thủ thuật, kèm amylase hoặc lipase tăng trên 3 lần giới hạn bình thường sau ERCP hơn 24 giờ và cần nhập viện hoặc kéo dài thời gian nằm viện theo kế hoạch. Chảy máu sau ERCP được xác định khi có biểu hiện lâm sàng như nôn máu, tiêu phân đen hoặc chảy máu tại vị trí cắt cơ vòng được ghi nhận qua nội soi, kèm giảm hemoglobin có ý nghĩa và/hoặc cần can thiệp điều trị. Thủng tá tràng được xác định khi có bằng chứng qua nội soi hoặc hình ảnh học cho thấy tổn thương thủng thành tá tràng hoặc vùng quanh nhú liên quan đến ERCP, như khí sau phúc mạc, khí tự do ổ bụng hoặc thoát thuốc cản quang ra ngoài lòng tiêu hóa. Các biến chứng được ghi nhận và theo dõi trong thời gian nằm viện.

+ Một số yếu tố liên quan với viêm tụy cấp sau ERCP.

2.6. Kỹ thuật, công cụ và quy trình thu thập số liệu

- Kỹ thuật, công cụ: kỹ thuật nội soi mật tụy ngược dòng bằng máy nội soi thực quản-dạ dày-tá tràng Olympus.

- Quy trình thu thập số liệu: các bệnh nhân đến khám tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ trong thời gian nghiên cứu, thỏa mãn tiêu chuẩn, được đưa vào nghiên cứu theo phương pháp chọn mẫu thuận tiện. Tiến hành ghi nhận thông tin theo phiếu thu thập số liệu thống nhất.

2.7. Xử lý và phân tích số liệu

Xử lý và phân tích số liệu bằng phần mềm SPSS 20.0.

2.8. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu đã được Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu Y sinh học Trường Đại học Y Dược Cần Thơ phê duyệt và cấp giấy chấp thuận đạo đức nghiên cứu số 24.232.HV/PCT-HĐĐĐ ngày 28/06/2024.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm chung		Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Tuổi (TB ± ĐLC)		68,83 ± 14,35	
Giới tính	Nam	34	37,8
	Nữ	56	62,2
BMI (kg/m ²), (TB ± ĐLC)		22,73 ± 3,83	
Tiền sử sỏi mật	Có	48	53,3
	Không	42	46,7
Tiền sử ERCP	Có	36	40
	Không	54	60
Thời gian từ lúc nhập viện đến ERCP	< 24 giờ	90	100
	≥ 24 giờ	0	0

Tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là 68,83 ± 14,35. Nữ giới chiếm ưu thế (62,2%). BMI trung bình là 22,73 ± 3,83. Bệnh nhân có tiền sử sỏi mật chiếm 53,3% và tiền sử ERCP là 40%. Tất cả bệnh nhân đều được làm ERCP trước 24 giờ.

3.2. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng

Bảng 2. Đặc điểm lâm sàng

Triệu chứng	Tần số (n)	Tỉ lệ (%)
Đau bụng	90	100
Vàng da niêm	79	87,8
Sốt	44	48,9
Tam chứng Charcot	21	23,3
Rối loạn tri giác	65	72,2
Tụt huyết áp cần sử dụng thuốc vận mạch	73	81,1

Đau bụng là triệu chứng gặp ở tất cả bệnh nhân, vàng da niêm chiếm đa số (87,8%), gần một nửa bệnh nhân có sốt (48,9%), trong khi tam chứng Charcot chỉ gặp ở 23,3% trường hợp. Tụt huyết áp cần sử dụng thuốc vận mạch 81,1% và rối loạn tri giác 72,2%.

Bảng 3. Đặc điểm cận lâm sàng

Chỉ số xét nghiệm	Giá trị
Bạch cầu (10 ⁹ /L), (TB ± ĐLC)	19,72 ± 10,61
Tiểu cầu (10 ⁹ /L), (TB ± ĐLC)	141,23 ± 91,08
Procalcitonin (ng/mL), (TB ± ĐLC)	33,40 ± 26,67
Lactat (mmol/L), (Trung vị [Q1-Q3])	4,18 (2,68 - 7,40)
Bilirubin toàn phần (μmol/L), (Trung vị [Q1-Q3])	77,50 (57,78 - 101,8)

Chỉ số xét nghiệm	Giá trị
Bilirubin trực tiếp ($\mu\text{mol/L}$), (Trung vị [Q1-Q3])	53,35 (37,75 - 75,0)
AST (U/L), (Trung vị [Q1-Q3])	158,50 (77,0 - 300,0)
ALT (U/L), (Trung vị [Q1-Q3])	138,50 (68,5 - 220,0)
Creatinin ($\mu\text{mol/L}$), (TB $\pm$ ĐLC)	147,78 $\pm$ 110,02
INR, (TB $\pm$ ĐLC)	1,56 $\pm$ 0,78

Các chỉ số xét nghiệm đều tăng cao, phù hợp với tình trạng nhiễm trùng nặng, tắc mật, tổn thương gan, thận và rối loạn đông máu.

3.3. Đánh giá kết quả điều trị ERCP

Bảng 4. Kết quả can thiệp, kỹ thuật thực hiện và tai biến, biến chứng của ERCP

Đặc điểm		Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Kết quả can thiệp ERCP	Thành công	89	98,9
	Thất bại	1	1,1
	Tổng	90	100
Kỹ thuật ERCP	Lấy sỏi đơn thuần	58	65,2
	Lấy sỏi một phần + đặt stent	10	11,2
	Đặt stent giải áp	21	23,6
	Tổng	89	100
Tai biến và biến chứng của ERCP	Viêm tụy cấp	10	11,11
	Chảy máu	1	1,11
	Thủng tá tràng	0	0
	Tổng	11	12,22

Can thiệp ERCP đạt tỷ lệ thành công rất cao với 98,9%. Trong 89 trường hợp can thiệp thành công, kỹ thuật lấy sỏi đơn thuần chiếm tỷ lệ cao nhất (65,2%), tiếp theo là đặt stent giải áp (23,6%) và lấy sỏi một phần kết hợp đặt stent (11,2%). Tỷ lệ tai biến, biến chứng sau ERCP là 12,22%, trong đó viêm tụy cấp là biến chứng thường gặp nhất (11,11%).

Bảng 5. Một số yếu tố liên quan với viêm tụy cấp sau ERCP

Đặc điểm		Viêm tụy cấp sau ERCP				OR (KTC 95%)	p
		Có		Không			
		n	%	n	%		
Nhóm tuổi	<60 tuổi	2	8,3	22	91,7	0,659 (0,130 – 3,348)	0,615
	≥60 tuổi	8	12,1	58	87,9		
Giới tính	Nữ	7	12,5	49	87,5	1,476 (0,355 - 6,140)	0,592
	Nam	3	8,8	31	91,2		
Tiền sử ERCP	Có	8	22,2	28	77,8	7,429 (1,476 - 37,393)	0,015
	Không	2	3,7	52	96,3		
Kỹ thuật ERCP	Có đặt stent	7	22,6	24	77,4	5,444 (1,297 - 22,854)	0,021
	Không đặt stent	3	5,1	56	94,9		

Đặc điểm		Viêm tụy cấp sau ERCP				OR (KTC 95%)	p
		Có		Không			
		n	%	n	%		
Ổng mật ngoài gan gián	Có	9	10,6	76	89,4	0,474 (0,048 – 4,714)	0,524
	Không	1	20	4	80		
Thông nhú khó khăn	Có	2	14,3	12	85,7	1,417 (0,268 – 7,500)	0,682
	Không	8	10,5	68	89,5		
Đưa guidewire vào ống tụy >1 lần	Có	1	50	1	50	8,778 (0,505 – 152,705)	0,236
	Không	9	10,2	79	89,8		
Cắt cơ vòng Oddi	Có	2	18,2	9	81,8	1,972 (0,361 - 10,770)	0,352
	Không	8	10,1	71	89,9		

Tiền sử ERCP (OR = 7,429; p = 0,015) và kỹ thuật ERCP (OR = 5,444; p = 0,021) liên quan có ý nghĩa thống kê với viêm tụy cấp sau ERCP. Các yếu tố tuổi, giới tính và tình trạng ống mật ngoài gan gián, thông nhú khó khăn, đưa guidewire vào ống tụy >1 lần và cắt cơ vòng Oddi không ghi nhận mối liên quan có ý nghĩa thống kê (p > 0,05).

Bảng 6. Hồi quy logistic đa biến một số yếu tố liên quan với viêm tụy cấp sau ERCP

Yếu tố	OR	KTC 95%	p
Tiền sử ERCP (có/không)	5,868	1,124 - 30,630	0,036
Kỹ thuật ERCP (có đặt stent/ không đặt stent)	4,115	0,931 - 18,190	0,062

Phân tích hồi quy logistic đa biến ghi nhận tiền sử ERCP còn duy trì mối liên quan có ý nghĩa thống kê với viêm tụy cấp sau ERCP trong mẫu nghiên cứu. Cụ thể, bệnh nhân có tiền sử ERCP có khả năng xuất hiện viêm tụy cấp sau ERCP cao hơn so với nhóm không có tiền sử ERCP (OR hiệu chỉnh = 5,868; KTC 95%: 1,124 - 30,630; p = 0,036).

4. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận viêm đường mật cấp mức độ nặng do sỏi đường mật thường gặp ở bệnh nhân lớn tuổi và có xu hướng phổ biến hơn ở nữ. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Mohan (2021), với tuổi trung vị 75,9 và tỷ lệ nữ chiếm 50,8% [4].

Tất cả bệnh nhân trong nghiên cứu đều có triệu chứng đau bụng, trong khi vàng da gặp ở đa số và gần một nửa bệnh nhân có sốt. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Jain (2022) [5] và Nguyễn Văn Thường (2025) [6]. Sự khác biệt về tần suất xuất hiện của các triệu chứng có thể được giải thích bởi cơ chế bệnh sinh của viêm đường mật cấp. Cụ thể, đau bụng là biểu hiện trực tiếp và sớm của tình trạng tắc nghẽn đường mật, do tăng áp lực trong đường mật và căng giãn thành ống mật kích thích các thụ thể đau, nên hầu như xuất hiện ở tất cả bệnh nhân. Ngược lại, sốt là biểu hiện của đáp ứng viêm toàn thân do nhiễm trùng, phụ thuộc vào mức độ nhiễm khuẩn và đáp ứng miễn dịch của cơ thể, vì vậy không phải lúc nào cũng hiện diện. Bên cạnh đó, tam chứng Charcot được ghi nhận với tỷ lệ thấp trong cả nghiên cứu của chúng tôi (23,3%) và nghiên cứu của Jain (36,11%) [5], cho thấy dấu hiệu kinh

diễn này không thường xuyên biểu hiện đầy đủ trên lâm sàng và do đó có giá trị hạn chế trong chẩn đoán viêm đường mật cấp. Các chỉ số xét nghiệm trong nghiên cứu của chúng tôi đều tăng cao, tương tự như những ghi nhận của Lavillegrand và cộng sự (2021) với bạch cầu trung vị $15,29 \times 10^9/L$ (10,42-21,62), procalcitonin 19,11 ng/mL (5,27-54,81), lactat 2,61 mmol/L (1,5-4,6), bilirubin toàn phần 83 $\mu\text{mol/L}$ (50-147), AST tăng 3,5 lần giới hạn trên bình thường (1,6-7,2) và ALT tăng 4,1 lần (2-8,2) [1], qua đó phản ánh tình trạng nhiễm trùng, giảm tưới máu mô, tắc mật và tổn thương gan ở bệnh nhân viêm đường mật cấp mức độ nặng.

Một kết quả đáng chú ý là tỷ lệ thành công của thủ thuật ERCP trong nghiên cứu của chúng tôi đạt rất cao, chỉ ghi nhận một trường hợp thất bại do sỏi có kích thước lớn bít hoàn toàn đoạn cuối ống mật chủ, do đó không thể đưa guidewire qua vị trí tắc để dẫn lưu đường mật. Tỷ lệ thành công cao này phù hợp với các báo cáo trước đây, cho thấy hiệu quả vượt trội của ERCP trong điều trị viêm đường mật cấp. Tại Việt Nam, Nguyễn Thị Huệ (2025) báo cáo tỷ lệ đặt ống thông chọn lọc vào đường mật thành công trên 96% ở cả hai nhóm ERCP sớm và muộn, trong đó nhóm ERCP sớm đạt 98,5% [7]. Tương tự, Nguyễn Văn Thường (2025) cũng ghi nhận tỷ lệ thành công của ERCP ở mức cao 97,6% [8]. Mặc dù cỡ mẫu còn hạn chế, kết quả nghiên cứu của chúng tôi vẫn góp phần củng cố bằng chứng về hiệu quả của ERCP trong điều trị bệnh nhân viêm đường mật cấp mức độ nặng.

Các kỹ thuật ERCP trong nghiên cứu của chúng tôi có phân bố tương tự như báo cáo của La Văn Phú (2022), với tỷ lệ lấy sỏi đơn thuần, lấy sỏi một phần kết hợp đặt stent và đặt stent giải áp lần lượt là 62,89%, 10,31% và 26,80% [9]. Phần lớn bệnh nhân có sỏi đường mật có thể được xử trí triệt để bằng kỹ thuật lấy sỏi đơn thuần. Tuy nhiên, trong các trường hợp sỏi có kích thước lớn, sỏi khó lấy, đặc biệt khi kèm nhiễm trùng nặng, cần ưu tiên đặt stent dẫn lưu để đảm bảo giải áp đường mật kịp thời. Những kết quả này cho thấy việc lựa chọn kỹ thuật ERCP phụ thuộc vào đặc điểm sỏi và tình trạng lâm sàng của bệnh nhân; trong đó, lấy sỏi đơn thuần vẫn là phương pháp chủ đạo, còn đặt stent đóng vai trò hỗ trợ trong các trường hợp phức tạp hơn.

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tỷ lệ tai biến và biến chứng của ERCP tương đối thấp và chấp nhận được trong bối cảnh viêm đường mật cấp mức độ nặng. So với nghiên cứu của Nguyễn Anh Tân (2022), tỷ lệ viêm tụy cấp sau ERCP của chúng tôi cao hơn, trong khi tỷ lệ chảy máu sau cắt cơ vòng Oddi tương đương [10]. Kết quả này có sự khác biệt với nghiên cứu của Nguyễn Văn Thường (2025), trong đó tỷ lệ viêm tụy cấp và chảy máu lần lượt là 1,6% và 4,1% [8]. Sự chênh lệch này có thể liên quan đến nhiều yếu tố như đặc điểm bệnh nhân, mức độ nặng của bệnh, vị trí can thiệp, cũng như kinh nghiệm và kỹ thuật của người thực hiện. Nhìn chung, mặc dù ERCP là một thủ thuật xâm lấn và tiềm ẩn nguy cơ biến chứng, nhưng phần lớn có thể được phát hiện sớm và xử trí hiệu quả khi được thực hiện bởi ê-kíp có kinh nghiệm, tuân thủ quy trình kỹ thuật và theo dõi chặt chẽ sau can thiệp.

Khi phân tích các yếu tố liên quan, tiền sử ERCP duy trì mối liên quan có ý nghĩa thống kê với viêm tụy cấp sau ERCP ở

cả phân tích đơn biến và đa biến trong mẫu nghiên cứu. Tuy nhiên, kết quả này cần được diễn giải thận trọng do số biến cố còn hạn chế. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Altunpak (2024), trong đó tiền sử ERCP được xác định là một yếu tố nguy cơ có ý nghĩa thống kê đối với viêm tụy sau ERCP [11]. Điều này có thể được giải thích bởi những bệnh nhân đã từng thực hiện ERCP trước đó có thể có thay đổi giải phẫu hoặc xơ hóa vùng nhú tá lớn, làm tăng độ khó của thủ thuật và nguy cơ tổn thương tụy trong các lần can thiệp tiếp theo. Trong khi đó, nghiên cứu của chúng tôi không ghi nhận mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa viêm tụy cấp sau ERCP và các yếu tố tuổi, giới tính và tình trạng giãn ống mật ngoài gan, thông nhú khó khăn, đưa guidewire vào ống tụy >1 lần và cắt cơ vòng Oddi. Kết quả này khác biệt so với một số nghiên cứu trên thế giới. Nguyên nhân có thể do cỡ mẫu còn hạn chế, đặc biệt là số lượng biến cố viêm tụy cấp sau ERCP thấp, làm giảm sức mạnh thống kê và khả năng phát hiện các mối liên quan.

Nghiên cứu của chúng tôi góp phần cung cấp thêm dữ liệu về đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị ERCP ở bệnh nhân viêm đường mật cấp mức độ nặng do sỏi đường mật trong thực hành lâm sàng tại Việt Nam. Tuy nhiên, nghiên cứu vẫn còn một số hạn chế cần được cân nhắc khi diễn giải kết quả. Trước hết, nghiên cứu được thực hiện tại một trung tâm với cỡ mẫu còn hạn chế, do đó khả năng khái quát hóa chưa cao. Bên cạnh đó, thiết kế mô tả, không có nhóm chứng và không so sánh với các phương pháp dẫn lưu khác hoặc giữa các thời điểm can thiệp chưa cho phép khẳng định hiệu quả điều trị hay suy luận mối quan hệ nhân quả. Ngoài ra, số biến cố viêm tụy cấp sau ERCP còn ít, nên kết quả hồi quy logistic đa biến có thể chịu ảnh hưởng bởi cỡ mẫu và cần được diễn giải thận trọng. Một số yếu tố nguy cơ kỹ thuật khác của viêm tụy cấp sau ERCP chưa được ghi nhận đầy đủ trong nghiên cứu, do đó mô hình phân tích có thể chưa bao quát toàn bộ các yếu tố liên quan. Trong tương lai, cần có các nghiên cứu tiền cứu, đa trung tâm, cỡ mẫu lớn hơn, có nhóm đối chứng và thu thập đầy đủ hơn các yếu tố kỹ thuật để kiểm định thêm các kết quả này và nâng cao giá trị ứng dụng trong thực hành lâm sàng.

5. KẾT LUẬN

Kết quả cho thấy can thiệp nội soi mật tụy ngược dòng ghi nhận tỷ lệ thành công cao ở bệnh nhân viêm đường mật cấp mức độ nặng do sỏi đường mật trong mẫu nghiên cứu (98,9%) và tỷ lệ biến chứng sau thủ thuật ở mức thấp, chủ yếu là viêm tụy cấp. Tuy nhiên, do nghiên cứu có thiết kế mô tả, không có nhóm đối chứng và được thực hiện tại một trung tâm, cần thận trọng khi diễn giải kết quả. Các nghiên cứu lớn hơn, đa trung tâm và có đối chứng là cần thiết để kiểm định thêm kết quả này.

6. TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Lavillegrand JR, Mercier-Des-Rochettes E, Baron E, et al. Acute cholangitis in intensive care units: clinical, biological, microbiological spectrum and risk factors for mortality: a multicenter study. Crit Care. 2021;25(1):49. Doi:10.1186/s13054-021-03480-1.
- [2] Miura F, Okamoto K, Takada T, et al. Tokyo Guidelines 2018: initial management of acute biliary infection

- and flowchart for acute cholangitis. *J Hepatobiliary Pancreat Sci.* 2018;25(1):31-40. Doi:10.1002/jhbp.509.
- [3] Dumonceau JM, Kapral C, Aabakken L, Papanikolaou IS, Tringali A, Vanbiervliet G, et al. ERCP-related adverse events: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Guideline. *Endoscopy.* 2020;52(2):127-149. Doi:10.1055/a-1075-4080.
- [4] Mohan R, Wei Lynn Goh S, Tan GW, et al. Validation of Tokyo Guidelines 2007 and Tokyo Guidelines 2013/2018 Criteria for Acute Cholangitis and Predictors of In-Hospital Mortality. *Visc Med.* 2021;37(5):434-442. Doi:10.1159/000516424.
- [5] Jain A, Jena A, Gautam V, et al. Role of Change in the Levels of Inflammatory Markers Post Drainage in Predicting Outcome in Acute Cholangitis. *Arq Gastroenterol.* 2022;59(2):212-218. Doi:10.1590/S0004-2803.202202000-39.
- [6] Nguyễn Văn Thường, Nguyễn Văn Hiếu, Đào Việt Hằng, và cộng sự. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và vi khuẩn ở bệnh nhân nhiễm trùng đường mật do sỏi ống mật chủ qua nội soi mật tụy ngược dòng tại Bệnh viện Bạch Mai năm 2024-2025. *Tạp chí Y học Việt Nam.* 2025;554(3):145-149. Doi:10.51298/vmj.v554i3.15785.
- [7] Nguyen Thi Hue, Nguyen Thi Huyen Trang, Nguyen Anh Tuan, et al. Delayed endoscopic retrograde cholangiopancreatography: a game-changer for acute cholangitis patients in a resource-limited setting. *Therap Adv Gastroenterol.* 2025;18:17562848251329868. Doi:10.1177/17562848251329868.
- [8] Nguyễn Văn Thường, Nguyễn Văn Hiếu, Đào Việt Hằng, và cộng sự. Kết quả điều trị nhiễm trùng đường mật do sỏi ống mật chủ bằng nội soi mật tụy ngược dòng tại Bệnh viện Bạch Mai năm 2024-2025. *Tạp chí Y học Việt Nam.* 2025;554(3):42-46. Doi:10.51298/vmj.v554i3.15725.
- [9] La Văn Phú, La Vĩnh Phúc, Trần Minh Quân, và cộng sự. Kết quả sớm điều trị sỏi ống mật chủ ở bệnh nhân cao tuổi bằng nội soi mật tụy ngược dòng tại Bệnh viện Đa khoa Thành phố Cần Thơ. *Tạp chí Y học Việt Nam.* 2023;520(2). Doi:10.51298/vmj.v520i2.4122.
- [10] Nguyễn Anh Tân, Dương Hồng Thái. Kết quả điều trị sỏi ống mật chủ bằng kỹ thuật nội soi mật tụy ngược dòng tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Bắc Ninh. *Tạp chí Y học Việt Nam.* 2022;511(2):53-56. Doi:10.51298/vmj.v511i2.2111.
- [11] Altunpak B, Aydin H, Cebi F, et al. Post-ERCP Pancreatitis Risk Factors: Is Post-Sphincterotomy Bleeding Another Risk Factor? *Surg Laparosc Endosc Percutan Tech.* 2024;34(1):69-73. Doi:10.1097/SLE.0000000000001251.