CLINICAL CHANGES, BIOCHEMICAL PARAMETERS, AND EARLY SAFETY OUTCOMES AFTER ENDOSCOPIC RETROGRADE CHOLANGIOPANCREATOGRAPHY IN PATIENTS WITH COMMON BILE DUCT STONES AT LAO CAI PROVINCIAL GENERAL HOSPITAL

Nguyen Van Khoi[1,2*], Nguyen Thi Thu Huyen[2]

[1]*Lao Cai Provincial General Hospital - Vo Nguyen Giap Street, Cam Duong Ward, Lao Cai Province, Vietnam*
[2]*University of Medicine and Pharmacy, Thai Nguyen University - No. 284 Luong Ngoc Quyen Street, Phan Dinh Phung Ward, Thai Nguyen Province, Vietnam*

Received: 12/08/2026
Reviced: 16/09/2026; Accepted: 18/11/2026

ABSTRACT

Objectives: To assess clinical changes, selected laboratory indices, and early safety outcomes after endoscopic retrograde cholangiopancreatography (ERCP) in patients with common bile duct (CBD) stones at Lao Cai Provincial General Hospital.

Methods: This observational study combined retrospective and prospective data from 93 patients treated by ERCP from October 2020 to April 2026. Symptoms and visual analogue scale (VAS) scores were assessed before ERCP, at the first documented post-procedure assessment during the same treatment episode, and at discharge. White blood cell count, aspartate aminotransferase, alanine aminotransferase, total bilirubin, and C-reactive protein were compared before and after ERCP; early adverse events and 30-day outcomes were recorded.

Results: Abdominal pain, jaundice, and acute cholangitis decreased from 95.7%, 67.7%, and 57.0% before ERCP to 11.8%, 8.6%, and 5.4% at discharge, respectively (all $p < 0.001$). Median VAS decreased from 6 to 2 after ERCP and 0 at discharge ($p < 0.001$). All laboratory indices decreased significantly, including C-reactive protein ($p = 0.002$). Major adverse events occurred in 7.5% of patients, mainly pancreatitis (3.2%) and bleeding (2.2%); no perforation or procedure-related death occurred. Median hospital stay was 5 days.

Conclusion: ERCP was associated with early improvement in symptoms and laboratory indicators, with a low early adverse-event rate. Results reflect an uncontrolled cohort with non-uniform post-procedure assessment times.

Keywords: common bile duct stones; endoscopic retrograde cholangiopancreatography; post-ERCP adverse events.

*Corresponding author
Email: nguyenkhoilc@gmail.com **Phone**: (+84) 987529129 **DOI:** 10.52163/yhc.v67i11.7130

THAY ĐỔI LÂM SÀNG, MỘT SỐ CHỈ SỐ SINH HÓA VÀ KẾT QUẢ AN TOÀN SỚM SAU NỘI SOI MẬT TỤY NGƯỢC DÒNG Ở BỆNH NHÂN SỎI ỐNG MẬT CHỦ TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH LÀO CAI

Nguyễn Văn Khơi[1,2*], Nguyễn Thị Thu Huyền[2]

[1]Bệnh viện Đa khoa tỉnh Lào Cai - Đường Võ Nguyên Giáp, phường Cam Đường, tỉnh Lào Cai, Việt Nam
[2]Trường Đại học Y - Dược, Đại học Thái Nguyên - Số 284 đường Lương Ngọc Quyến, phường Phan Đình Phùng, tỉnh Thái Nguyên, Việt Nam

Ngày nhận bài: 12/08/2026
Ngày chỉnh sửa: 16/09/2026; Ngày duyệt đăng: 18/11/2026

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá thay đổi lâm sàng, xét nghiệm và an toàn sớm sau nội soi mật tụy ngược dòng (ERCP) ở người bệnh sỏi ống mật chủ tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Lào Cai.

Phương pháp: Nghiên cứu quan sát kết hợp hồi cứu - tiến cứu trên 93 người bệnh điều trị bằng ERCP từ tháng 10/2020 đến tháng 4/2026. Triệu chứng và điểm VAS được đánh giá trước ERCP, sau ERCP trong cùng đợt điều trị và khi ra viện; bạch cầu, AST, ALT, bilirubin toàn phần và CRP được so sánh trước - sau can thiệp.

Kết quả: Đau bụng, vàng da/vàng mắt và nhiễm trùng đường mật giảm lần lượt còn 11,8%, 8,6% và 5,4% khi ra viện (đều $p < 0,001$). VAS trung vị giảm từ 6 xuống 2 sau ERCP và 0 khi ra viện ($p < 0,001$). Bạch cầu, AST, ALT, bilirubin toàn phần và CRP đều giảm có ý nghĩa; CRP giảm từ 15,2 xuống 13,8 mg/L ($p = 0,002$). Biến cố chính gặp ở 7,5%, chủ yếu là viêm tụy và chảy máu; không ghi nhận thủng hoặc tử vong liên quan thủ thuật. Thời gian nằm viện trung vị 5 ngày.

Kết luận: Sau ERCP, triệu chứng và các chỉ số phản ánh ứ mật, tổn thương gan cải thiện; tỷ lệ biến cố sớm thấp. Kết quả phản ánh diễn biến trong đợt điều trị.

Từ khóa: sỏi ống mật chủ; nội soi mật tụy ngược dòng; biến cố sau ERCP.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sỏi mật là bệnh lý thường gặp của hệ tiêu hóa và có thể gây gánh nặng bệnh tật đáng kể. Trong đó, sỏi ống mật chủ (OMC) có nguy cơ gây tắc mật, viêm đường mật, viêm tụy cấp và nhiễm khuẩn huyết, đòi hỏi chẩn đoán và xử trí kịp thời [1], [2]. Ở Việt Nam, bệnh sỏi đường mật có những đặc điểm riêng liên quan đến nhiễm khuẩn, ký sinh trùng và thành phần sỏi sắc tố, làm cho biểu hiện bệnh và chiến lược điều trị có thể khác với các quần thể phương Tây [3], [4].

Nội soi mật tụy ngược dòng (Endoscopic Retrograde Cholangiopancreatography - ERCP) hiện giữ vai trò chủ đạo trong điều trị sỏi OMC nhờ khả năng tiếp cận đường mật, giải áp tắc nghẽn, dẫn lưu và lấy sỏi trong cùng một thủ thuật [5]. Sau khi lưu thông mật được tái lập, các triệu chứng tắc mật, nhiễm trùng và các rối loạn sinh hóa gan mật được kỳ vọng cải thiện. Tuy nhiên, ERCP là thủ thuật xâm lấn, có thể đi kèm viêm tụy, chảy máu, viêm đường mật, thủng và các biến cố liên quan vô cảm. Vì vậy, đánh giá đồng thời đáp ứng lâm sàng - xét nghiệm và an toàn sớm có ý nghĩa thiết thực trong kiểm soát chất lượng điều trị.

Tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Lào Cai, ERCP đã được triển khai từ những năm 2009-2010, nhưng chưa có báo cáo hệ thống về diễn biến triệu chứng, xét nghiệm và biến cố sớm sau can thiệp. Nghiên cứu được thực hiện nhằm đánh giá sự thay đổi triệu chứng lâm sàng, một số chỉ số xét nghiệm và mô tả kết quả an toàn sớm sau ERCP ở bệnh nhân sỏi OMC tại "Bệnh viện Đa khoa tỉnh Lào Cai''.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu quan sát kết hợp hồi cứu và tiến cứu, đánh giá sự thay đổi trước – sau ERCP trong cùng đợt điều trị.

2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

Nghiên cứu được thực hiện tại Khoa Phẫu thuật - Gây mê hồi sức, Bệnh viện Đa khoa tỉnh Lào Cai, từ tháng 10/2020 đến tháng 4/2026. Giai đoạn hồi cứu kéo dài từ tháng 10/2020 đến hết tháng 12/2025; giai đoạn tiến cứu từ tháng 01/2026 đến tháng 4/2026.

2.3. Đối tượng nghiên cứu

Đối tượng nghiên cứu là người bệnh từ đủ 18 tuổi, được chẩn đoán sỏi OMC lần đầu hoặc tái phát dựa trên lâm sàng và cận lâm sàng, có chỉ định và được can thiệp bằng ERCP tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Lào Cai. Loại trừ các trường hợp có chống chỉ định nội soi đường tiêu hóa trên hoặc gây mê; có biến chứng ngoại khoa cấp cứu; suy tạng nặng chưa ổn định; tiền sử phẫu thuật làm thay đổi giải phẫu đường vào nhú Vater như "cắt dạ dày, nối mật - ruột hoặc nối mật - tụy" và các trường hợp ERCP không do sỏi mật. Đơn vị phân tích là người bệnh tại lần ERCP chỉ số; mỗi người bệnh chỉ được đưa vào phân tích một lần.

2.4. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu

Yêu cầu về quy mô mẫu được bảo đảm thông qua phương pháp lấy mẫu toàn bộ, trong đó mọi đối tượng đáp ứng đầy đủ tiêu chuẩn chọn vào và không vi phạm tiêu chuẩn loại trừ trong thời gian khảo sát đều được đưa vào nghiên cứu. Tổng số người bệnh thu thập được trên thực tế gồm 93 trường hợp.

*Tác giả liên hệ
Email: nguyenkhoilc@gmail.com **Điện thoại**: (+84) 987529129 **DOI:** 10.52163/yhc.v67i11.7130

2.5. Chỉ số nghiên cứu và thu thập số liệu

Việc ghi nhận dữ liệu nghiên cứu được thực hiện đồng bộ dựa trên biểu mẫu bệnh án chuyên biệt. Hệ thống đặc điểm nền của bệnh nhân bao gồm các chỉ số về tuổi, giới, BMI, tiền sử bệnh nền và mức độ rủi ro toàn thân được xếp loại theo Hiệp hội Gây mê Hoa Kỳ (ASA) đều được thu thập đầy đủ. Triệu chứng lâm sàng được ghi nhận tại ba thời điểm: trước ERCP, tại lần đánh giá đầu tiên sau ERCP được ghi nhận trong cùng đợt điều trị và khi ra viện; bao gồm đau bụng, sốt, vàng da/vàng mắt, nước tiểu đậm màu, tắc mật và nhiễm trùng đường mật. Mức độ đau được lượng giá bằng thang điểm VAS. Với dữ liệu hồi cứu, thời điểm sau ERCP phụ thuộc vào lần ghi nhận thực tế trong hồ sơ nên không hoàn toàn đồng nhất giữa các người bệnh.

Các xét nghiệm được phân tích trước và sau ERCP gồm bạch cầu, AST, ALT, bilirubin toàn phần và CRP. Kết cục an toàn gồm "viêm tụy sau ERCP, chảy máu, viêm đường mật, thủng, biến cố tim - phổi/vô cảm và tử vong liên quan thủ thuật". Thời gian nằm viện, tình trạng kết thúc đợt điều trị và kết quả trong 30 ngày sau ra viện được xác minh qua hồ sơ điều trị, tái khám hoặc liên hệ theo dõi. Trường hợp không xác minh được qua các nguồn trên được ghi nhận là thiếu thông tin theo dõi, không mặc định là không có biến cố.

2.6. Xử lý và phân tích số liệu

Số liệu được làm sạch và phân tích bằng phần mềm SPSS 26.0. Biến định lượng phân bố gần chuẩn được trình bày bằng trung bình ± độ lệch chuẩn; biến phân bố lệch bằng trung vị và khoảng tứ phân vị (IQR). Biến định tính được trình bày bằng tần số và tỷ lệ phần trăm. Sự thay đổi các triệu chứng nhị phân qua ba thời điểm được đánh giá bằng kiểm định Cochran Q; điểm VAS bằng kiểm định Friedman; các xét nghiệm trước - sau ERCP bằng kiểm định Wilcoxon ghép cặp. Giá trị p<0,05 được coi là có ý nghĩa thống kê.

2.7. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được thông qua Hội đồng xét duyệt đề cương và Hội đồng đạo đức trong nghiên cứu Y sinh học của Trường Đại học Y - Dược, Đại học Thái Nguyên theo "Giấy chứng nhận số 1568/ĐHYD-HĐĐĐ" ngày 26 tháng 12 năm 2025. Phần hồi cứu khai thác số liệu từ hồ sơ điều trị thường quy, được mã hóa và bảo mật. Đối với phần tiến cứu, người bệnh được giải thích về nghiên cứu và chỉ thu thập số liệu khi đồng ý tham gia.

3. KẾT QUẢ

3.1. Đặc điểm nền của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Một số đặc điểm nền của đối tượng nghiên cứu (n=93)

Đặc điểm		Kết quả
Tuổi, trung bình ± SD (năm)		55,73 ± 16,37
Tuổi ≥60, n (%)		46 (49,5)
Nữ giới, n (%)		53 (57,0)
BMI, trung bình ± SD (kg/m^2)		21,64 ± 2,41
Có ít nhất một bệnh nền, n (%)		47 (50,5)
ASA, n (%)	I	12 (12,9)
	II	56 (60,2)
	III	25 (26,9)
Nhiễm trùng đường mật trước ERCP, n (%)		53 (57,0)

Tuổi trung bình của người bệnh là 55,73 ± 16,37 tuổi; nữ giới chiếm 57,0%. Có 50,5% người bệnh mắc ít nhất một bệnh nền và 87,1% thuộc ASA II-III. Trước ERCP, 57,0% người bệnh có nhiễm trùng đường mật.

3.2. Thay đổi triệu chứng lâm sàng và mức độ đau

Bảng 2. Thay đổi triệu chứng lâm sàng và điểm VAS qua các thời điểm (n=93)

Chỉ số	Trước ERCP	Sau ERCP	Khi ra viện	p
Đau bụng, n (%)	89 (95,7)	55 (59,1)	11 (11,8)	<0,001
Sốt, n (%)	14 (15,1)	6 (6,5)	0 (0,0)	<0,001
Vàng da/vàng mắt, n (%)	63 (67,7)	42 (45,2)	8 (8,6)	<0,001
Nước tiểu đậm màu, n (%)	65 (69,9)	45 (48,4)	9 (9,7)	<0,001
Tắc mật, n (%)	52 (55,9)	32 (34,4)	5 (5,4)	<0,001
Nhiễm trùng đường mật, n (%)	53 (57,0)	32 (34,4)	5 (5,4)	<0,001
VAS, trung vị (IQR)	6 (6-7)	2 (0-3)	0 (0-0)	<0,001*

p của các triệu chứng nhị phân được tính bằng kiểm định Cochran Q; *kiểm định Friedman đối với điểm VAS.

Tất cả 93 người bệnh đều được tiếp cận và dẫn lưu đường mật thành công. Sau ERCP, các triệu chứng giảm rõ và tiếp tục cải thiện đến khi ra viện. Đau bụng giảm từ 95,7% xuống 11,8%; vàng da/vàng mắt từ 67,7% xuống 8,6%; nhiễm trùng đường mật từ 57,0% xuống 5,4%. Điểm VAS trung vị giảm từ 6 xuống 2 sau ERCP và 0 điểm khi ra viện; các thay đổi đều có ý nghĩa thống kê.

3.3. Thay đổi một số chỉ số xét nghiệm sau ERCP

Bảng 3. Thay đổi một số chỉ số xét nghiệm trước và sau ERCP (n=93)

Chỉ số	Trước ERCP Trung vị (IQR)	Sau ERCP Trung vị (IQR)	p
Bạch cầu (G/L)	9,39 (7,57-12,90)	8,57 (7,31-11,25)	<0,001
AST (U/L)	161,2 (53,0-284,1)	88,5 (29,8-179,2)	<0,001
ALT (U/L)	163,8 (56,8-289,1)	85,8 (34,2-193,0)	<0,001
Bilirubin toàn phần (µmol/L)	73,9 (25,1-140,9)	36,1 (20,1-99,5)	<0,001
CRP (mg/L)	15,2 (5,7-33,5)	13,8 (7,0-28,8)	0,002

Kiểm định Wilcoxon ghép cặp.

Sau ERCP, bạch cầu, AST, ALT, bilirubin toàn phần và CRP đều giảm có ý nghĩa thống kê so với trước can thiệp (p<0,001 đối với bạch cầu, AST, ALT và bilirubin toàn phần; p=0,002 đối với CRP). Mức giảm CRP tuyệt đối tương đối nhỏ.

3.4. Biến cố sớm, thời gian nằm viện và kết quả theo dõi

Bảng 4. Biến cố sớm, thời gian nằm viện và kết quả theo dõi

Chỉ số	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Có ít nhất một biến cố chính sau ERCP (n=93)	7	7,5
Viêm tụy sau ERCP (n=93)	3	3,2
Chảy máu sau ERCP (n=93)	2	2,2
Viêm đường mật sau ERCP (n=93)	1	1,1
Biến cố tim - phổi/vô cảm (n=93)	1	1,1
Thủng liên quan ERCP (n=93)	0	0,0
Tử vong liên quan ERCP (n=93)	0	0,0
Tổng thời gian nằm viện, trung vị (IQR), ngày	5,0 (4,0-7,0)	
Ra viện (n=93)	90	96,8
Có đủ thông tin theo dõi 30 ngày (n=93)	80	86,0
Ổn định, không ghi nhận biến cố trong nhóm có đủ thông tin theo dõi (n=80)	72	90,0
Biến cố mới ghi nhận trong 30 ngày sau ra viện (n=80)	3	3,8
Tái nhập viện trong 30 ngày (n=80)	2	2,5
Tử vong trong 30 ngày (n=80)	0	0,0
Không đủ thông tin theo dõi 30 ngày (n=93)	13	14,0

Có 7/93 người bệnh xuất hiện "ít nhất một biến cố chính" sau ERCP. Viêm tụy là biến cố thường gặp nhất, tiếp theo là chảy máu. Không ghi nhận thủng, tử vong liên quan thủ thuật hoặc tử vong nội trú. Có 80/93 người bệnh có đủ thông tin theo dõi 30 ngày; 13/93 trường hợp thiếu thông tin theo dõi.

Trong nhóm có đủ thông tin theo dõi, 72 trường hợp ổn định và không ghi nhận biến cố; không có trường hợp tử vong.

4. BÀN LUẬN

Nghiên cứu trên 93 người bệnh sỏi OMC cho thấy sau ERCP, các biểu hiện lâm sàng của tắc mật và nhiễm trùng cải thiện rõ qua ba thời điểm; đồng thời bạch cầu, AST, ALT, bilirubin toàn phần và CRP giảm có ý nghĩa thống kê. Mức giảm CRP tuyệt đối tương đối nhỏ. Tỷ lệ biến cố chính là 7,5%, chủ yếu là viêm tụy và chảy máu; không ghi nhận thủng hoặc tử vong liên quan thủ thuật. Các kết quả này phản ánh diễn biến lâm sàng - xét nghiệm và an toàn sớm trong đợt điều trị ERCP tại tuyến tỉnh.

Đau bụng là biểu hiện nổi bật nhất trước ERCP, gặp ở 95,7% người bệnh, với điểm VAS trung vị 6. Sau can thiệp, tỷ lệ đau bụng và mức độ đau đều giảm mạnh, tiếp tục giảm đến khi ra viện. Vàng da/vàng mắt, nước tiểu đậm màu, tắc mật và nhiễm trùng đường mật cũng cải thiện theo cùng chiều hướng. Nguyễn Công Long và Lục Lê Long ghi nhận điểm đau giảm rõ sau ERCP ở người bệnh sỏi OMC tại Bệnh viện Bạch Mai [7]. Nguyễn Đắc Hiệu và cộng sự cũng báo cáo cải thiện lâm sàng sau ERCP ở nhóm sỏi OMC được điều trị tại "Bệnh viện Quân y 110" [9]. Sự tương đồng này cho thấy giải áp đường mật có thể tạo ra thay đổi lâm sàng sớm và dễ nhận biết, đặc biệt đối với đau, vàng da và các biểu hiện nhiễm trùng.

Điểm cần lưu ý là cải thiện triệu chứng sau ERCP không nhất thiết đồng nghĩa với đã lấy sạch sỏi trong một phiên can thiệp. Trong nghiên cứu này, tất cả người bệnh đều được dẫn lưu mật thành công. Ở các trường hợp chưa thể lấy hết sỏi ngay, việc tái lập dòng mật và đặt stent khi cần vẫn có thể làm giảm áp lực đường mật, kiểm soát nhiễm trùng và cải thiện ứ mật. Vì vậy, khi đánh giá đáp ứng sớm sau ERCP, cần xem xét kết quả dẫn lưu cùng với diễn biến lâm sàng, thay vì chỉ dựa trên việc đã hoàn tất lấy sỏi hay chưa. Phân tích chi tiết về khả năng lấy sạch sỏi và các yếu tố liên quan phù hợp hơn với một câu hỏi nghiên cứu riêng.

Các thay đổi xét nghiệm củng cố diễn biến thuận lợi về lâm sàng. Bilirubin toàn phần giảm gần một nửa về giá trị trung vị, đồng thời AST và ALT giảm rõ sau ERCP. Nguyễn Công Long và Lục Lê Long ghi nhận bilirubin giảm từ 74,0 ± 52,8 µmol/L xuống 29,1 ± 24,4 µmol/L sau can thiệp [7]. Nguyễn Đắc Hiệu và cộng sự cũng báo cáo bạch cầu, bilirubin, AST và ALT đều giảm có ý nghĩa sau 48 giờ [9]. Sự giảm đồng thời của bilirubin và men gan có thể được giải thích bởi việc khôi phục lưu thông mật, làm giảm ứ đọng trong đường mật và tổn thương tế bào gan thứ phát. Bạch cầu giảm cùng chiều với các biểu hiện nhiễm trùng, cho thấy đáp ứng sau can thiệp không chỉ giới hạn ở tình trạng tắc nghẽn.

CRP giảm từ trung vị 15,2 mg/L xuống 13,8 mg/L sau ERCP, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (p=0,002). Tuy nhiên, mức giảm tuyệt đối tương đối nhỏ nên ý nghĩa lâm sàng cần được diễn giải thận trọng. CRP là protein pha cấp có thời gian bán hủy huyết tương khoảng 19 giờ [10]; nồng độ CRP tại thời điểm đánh giá có thể chịu ảnh hưởng của diễn biến viêm, khoảng thời gian từ khi kiểm soát tắc nghẽn đường mật và điều trị kháng sinh phối hợp. Do đó, kết quả chủ yếu phản ánh xu hướng cải thiện xét nghiệm trong đợt điều trị, chưa cho phép đánh giá riêng rẽ tác động của ERCP lên đáp ứng viêm.

Tỷ lệ biến cố chính sau ERCP là 7,5%, trong đó viêm tụy sau ERCP chiếm 3,2%, chảy máu 2,2%, viêm đường mật 1,1% và biến cố tim - phổi/vô cảm 1,1%. Tỷ lệ này tương đối gần với các báo cáo trong nước: Thái Doãn Kỳ và cộng sự ghi nhận tỷ lệ tai biến 10,7% trong một quần thể lớn điều trị sỏi đường mật [6]; Huỳnh Đỗ Huyền Trân và cộng sự ghi nhận biến chứng sau ERCP ở 8,6% người bệnh [8]. Phân tích gộp của Bishay và cộng sự cho thấy các biến cố như chảy máu, viêm đường mật và thủng vẫn hiện diện với tỷ lệ thấp nhưng có ý nghĩa lâm sàng [11]. Trong nghiên cứu hiện tại, không ghi nhận thủng hoặc tử vong liên quan thủ thuật. Tuy nhiên, do tổng số biến cố chỉ là 7 trường hợp, không nên diễn giải khác biệt nhỏ về tỷ lệ phần trăm như bằng chứng về ưu thế an toàn giữa các trung tâm.

Thời gian nằm viện trung vị là 5 ngày và 96,8% người bệnh ra viện. Trong số 80 người bệnh có thông tin theo dõi 30 ngày, 72 trường hợp ổn định, không ghi nhận biến cố và không có trường hợp tử vong. Kết quả theo dõi bổ sung thông tin ngoài giai đoạn nội trú, nhưng cần thận trọng vì 13/93 người bệnh không có dữ liệu đầy đủ trong 30 ngày. Những trường hợp thiếu thông tin theo dõi không được mặc định là không có biến cố; các tỷ lệ trong 30 ngày được trình bày theo mẫu số 80 người bệnh có đủ thông tin, không suy rộng trực tiếp cho toàn bộ quần thể.

Nghiên cứu cung cấp dữ liệu thực tiễn về diễn biến trước - sau ERCP tại một bệnh viện tuyến tỉnh và có ưu điểm là đánh giá lặp lại triệu chứng, điểm đau, xét nghiệm, biến cố nội trú và theo dõi sau ra viện. Tuy nhiên, nghiên cứu có một số hạn chế. Thiết kế quan sát không có nhóm chứng nên không cho phép quy toàn bộ thay đổi quan sát được cho riêng ERCP. Việc kết hợp hồi cứu và tiến cứu có thể dẫn đến khác biệt về mức độ đầy đủ của hồ sơ; thời điểm đánh giá sau ERCP chưa hoàn toàn đồng nhất; thông tin về điều trị kháng sinh đồng thời chưa được chuẩn hóa để phân tích; một số người bệnh thiếu theo dõi 30 ngày; và số biến cố ít làm hạn chế khả năng phân tích sâu các yếu tố liên quan. Các nghiên cứu tiến cứu đa trung tâm với lịch đánh giá chuẩn hóa sẽ giúp xác nhận và mở rộng các kết quả này.

5. KẾT LUẬN

Trong nhóm nghiên cứu, sau ERCP, các triệu chứng đau bụng, vàng da, tắc mật và nhiễm trùng đường mật giảm; bạch cầu, AST, ALT, bilirubin toàn phần và CRP giảm có ý nghĩa thống kê. Tuy nhiên, mức giảm CRP tuyệt đối nhỏ và cần được diễn giải thận trọng. Tỷ lệ biến cố chính là 7,5%, chủ yếu gồm viêm tụy và chảy máu; không ghi nhận thủng hoặc tử vong liên quan thủ thuật. Kết quả phản ánh diễn biến lâm sàng - sinh hóa thuận lợi trong đợt điều trị ERCP tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Lào Cai, chưa đủ để khẳng định hiệu quả so sánh hoặc quan hệ nhân quả.

6. MỤC LỤC THAM KHẢO

[1] J. E. Everhart, M. Khare, et al. (1999). Prevalence and ethnic differences in gallbladder disease in the United States. *Gastroenterology*. 117(3). 632-639. doi: 10.1016/s0016-5085(99)70456-7

[2] Bộ môn Nội Trường Đại học Y Dược Đại học Huế (2023). Sỏi mật. Giáo trình đại học Bệnh học nội khoa Huế, NXB Đại học Huế, tr. 153-164.

[3] Cao Minh Tiệp, Phùng Thế Khang, Đoàn Ngọc Giao, Lê Văn Lợi. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng bệnh nhân được điều trị sỏi đường mật bằng phẫu thuật nội soi. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2025;552(3):184. Doi: 10.51298/vmj.v552i3.15111

[4] Lê Tuấn Linh, Nguyễn Thị Hương. Một số yếu tố ảnh hưởng tỷ lệ tái phát sỏi sau tán sỏi đường mật trong và ngoài gan qua da bằng laser giai đoạn sau hai năm. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2023;533(1). Doi: 10.51298/vmj.v533i1.7707

[5] M. Dollhopf & H. Schmetkamp. Endoscopic management of difficult common bile duct stones. *Minerva Gastroenterol (Torino)*. 68, 144-153, (2022) doi:10.23736/S2724-5985.21.02876-X.

[6] Thái Doãn Kỳ, Phạm Minh Ngọc Quang, et al. (2023). Đánh giá hiệu quả và an toàn của phương pháp nội soi mật tụy ngược dòng điều trị sỏi đường mật tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108. *Tạp chí Y Dược lâm sàng 108*. 18(7). 47-52. doi: 10.52389/ydls.v18i7.2046

[7] Nguyễn Công Long, Lục Lê Long (2022). Đánh giá kết quả phương pháp nội soi mật tụy ngược dòng ở bệnh nhân sỏi ống mật chủ tại Bệnh viện Bạch Mai. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 513(1). 62-65. doi: 10.51298/vmj.v513i1.2333

[8] Huỳnh Đỗ Huyền Trân, Nguyễn Văn Út và cộng sự. (2024). Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, kết quả nội soi mật tụy ngược dòng điều trị sỏi ống mật chủ tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 541(2). 207-211. doi: 10.51298/vmj.v541i2.10770

[9] Nguyễn Đắc Hiệu, Đỗ Thiện Quảng và cộng sự. (2023). Kết quả điều trị sỏi ống mật chủ bằng nội soi mật tụy ngược dòng tại Bệnh viện Quân y 110, từ năm 2016-2022. *Tạp chí Y học Quân sự*. 366(9-10/2023). 20-23. doi: 10.59459/1859-1655/JMM.301

[10] David M. Vigushin, Mark B. Pepys, et al. (1993). Metabolic and scintigraphic studies of radioiodinated human C-reactive protein in health and disease. *The Journal of Clinical Investigation*. 91(4). 1351-1357. doi: 10.1172/JCI116336

[11] Kirles Bishay, Zhao Wu Meng, et al. (2025). Adverse events associated with endoscopic retrograde cholangiopancreatography: systematic review and meta-analysis. *Gastroenterology*. 168(3). 568-586. doi: 10.1053/j.gastro.2024.10.033.