EVALUATION OF TREATMENT OUTCOMES OF COMMON BILE DUCT STONES BY STONE EXTRACTION USING ENDOSCOPIC RETROGRADE CHOLANGIOPANCREATOGRAPHY AT TRUNG VUONG HOSPITAL

Hoang Cong Thanh[1,2], Pham Thi Hong Diep[3], Huynh Hieu Tam[1]*

[1]*Can Tho University of Medicine and Pharmarcy - 179 Nguyen Van Cu, Tan An ward, Can Tho city, Vietnam*
[2]*Trung Vuong Hospital - 266 Ly Thuong Kiet, Dien Hong ward, Ho Chi Minh city, Vietnam*
[3]*Can Tho Central General Hospital - 315 Nguyen Van Linh, Tan An ward, Can Tho city, Vietnam*

Received: 29/6/2026
Reviced: 25/7/2026; Accepted:

ABSTRACT

Objective: To evaluate the treatment outcomes of common bile duct stones by stone extraction using endoscopic retrograde cholangiopancreatography at Trung Vuong Hospital.

Subjects and methods: This uncontrolled clinical interventional study included 109 patients with common bile duct stones who were indicated for endoscopic retrograde cholangiopancreatography at Trung Vuong Hospital.

Results: The rate of complete stone clearance was 89.9%, effective biliary drainage was achieved in 97.2%, and favorable overall treatment outcomes were recorded in 92.7% of patients. The rate of intra-procedural or post-procedural complications was 4.6%. After 72 hours, the proportion of patients with fever decreased from 52.3% to 2.8%, and the visual analogue scale pain score decreased from 56.7 ± 19.5 to 20.2 ± 12.9. Total bilirubin decreased from 52.2 ***µmol/L*** to 31.0 µmol/L, and white blood cell count decreased from 9.79 G/L to 8.47 G/L. All changes were statistically significant, with $p < 0.001$. Patients with unfavorable outcomes had a higher pre-procedural white blood cell count than those with favorable outcomes.

Conclusion: In this study, stone extraction for common bile duct stones using endoscopic retrograde cholangiopancreatography achieved a high success rate, early improvement in clinical symptoms and laboratory parameters after intervention, and a low complication rate during in-hospital follow-up.

Keywords: Common bile duct stones, endoscopic retrograde cholangiopancreatography, ERCP, biliary stone extraction, biliary drainage.

*Corresponding author
Email: hhtam@ctump.edu.vn **Phone**: (+84) 919410329 **DOI:** 10.52163/yhc.v66iCD14.3052

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ SỎI ỐNG MẬT CHỦ BẰNG LẤY SỎI QUA KỸ THUẬT NỘI SOI MẬT TỤY NGƯỢC DÒNG TẠI BỆNH VIỆN TRƯNG VƯƠNG

Hoàng Công Thành[1,2], Phạm Thị Hồng Điệp[3], Huỳnh Hiếu Tâm[1]*

[1]*Trường Đại học Y Dược Cần Thơ - 179 Nguyễn Văn Cừ, phường Tân An, thành phố Cần Thơ, Việt Nam*
[2]*Bệnh viện Trưng Vương - 266 Lý Thường Kiệt, phường Diên Hồng, thành phố Hồ Chí Minh, Việt Nam*
[3]*Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ - 315 Nguyễn Văn Linh, phường Tân An, thành phố Cần Thơ, Việt Nam*

Ngày nhận bài: 29/6/2026
Ngày chỉnh sửa: 25/7/2026; Ngày duyệt đăng:

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả điều trị sỏi ống mật chủ bằng lấy sỏi qua kỹ thuật nội soi mật tụy ngược dòng tại Bệnh viện Trưng Vương.

Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu can thiệp lâm sàng không nhóm chứng trên 109 bệnh nhân sỏi ống mật chủ có chỉ định nội soi mật tụy ngược dòng tại Bệnh viện Trưng Vương.

Kết quả: Tỷ lệ lấy sạch hoàn toàn sỏi đạt 89,9%, dẫn lưu đường mật hiệu quả đạt 97,2% và kết quả điều trị chung thuận lợi đạt 92,7%. Tỷ lệ biến chứng trong hoặc sau thủ thuật là 4,6%. Sau 72 giờ, tỷ lệ sốt giảm từ 52,3% xuống 2,8%, điểm đau VAS giảm từ 56,7 ± 19,5 xuống 20,2 ± 12,9. Bilirubin toàn phần giảm từ 52,2 ***µmol/L*** xuống 31,0 µmol/L và bạch cầu giảm từ 9,79 G/L xuống 8,47 G/L. Các thay đổi đều có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$. Nhóm có kết quả không thuận lợi có bạch cầu trước can thiệp cao hơn nhóm thuận lợi.

Kết luận: Trong nghiên cứu này, lấy sỏi ống mật chủ qua kỹ thuật nội soi mật tụy ngược dòng đạt tỷ lệ thành công cao, cải thiện sớm triệu chứng lâm sàng và xét nghiệm sau can thiệp, với tỷ lệ biến chứng thấp trong thời gian theo dõi tại bệnh viện.

Từ khóa: Sỏi ống mật chủ, nội soi mật tụy ngược dòng, ERCP, lấy sỏi đường mật, dẫn lưu đường mật.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sỏi mật là bệnh lý tiêu hóa thường gặp, ghi nhận ở khoảng 10-15% người trưởng thành và có xu hướng tăng theo tuổi. Trong nhóm bệnh nhân có sỏi mật, khoảng 10-20% có sỏi ống mật chủ, là nguyên nhân quan trọng gây tắc nghẽn đường mật. Sỏi ống mật chủ có thể dẫn đến vàng da tắc mật, viêm đường mật cấp, viêm tụy cấp do sỏi và nhiễm khuẩn huyết nếu không được xử trí kịp thời. Vì vậy, giải áp đường mật và làm sạch sỏi giữ vai trò then chốt trong điều trị [1-2]. Nội soi mật tụy ngược dòng (ERCP) hiện là phương pháp điều trị chủ yếu đối với sỏi ống mật chủ nhờ khả năng can thiệp trực tiếp qua cắt cơ vòng Oddi, nong bóng, lấy sỏi bằng bóng hoặc rọ và đặt stent dẫn lưu khi cần thiết. Hiệp hội Nội soi Tiêu hóa châu Âu (ESGE) khuyến nghị lấy sỏi ở những bệnh nhân đủ điều kiện can thiệp. Trong trường hợp lấy sỏi không hoàn toàn, đặt stent đường mật tạm thời được xem là biện pháp giúp duy trì dẫn lưu và tạo điều kiện cho can thiệp tiếp theo [1], [4].

Mặc dù ERCP là kỹ thuật ít xâm lấn và có hiệu quả cao, thủ thuật vẫn tiềm ẩn các biến cố như viêm tụy cấp sau ERCP, chảy máu, viêm đường mật và thủng đường tiêu hóa. Hiệp hội Nội soi Tiêu hóa Hoa Kỳ ghi nhận tỷ lệ biến cố bất lợi liên quan ERCP dao động khoảng 6-15% [2-3]. Do đó, đánh giá kết quả điều trị cần xem xét đồng thời khả năng lấy sạch sỏi, hiệu quả dẫn lưu, cải thiện lâm sàng và cận lâm sàng, cũng như tính an toàn của thủ thuật.

Trong thực hành tại Bệnh viện Trưng Vương, ERCP được áp dụng trong điều trị sỏi ống mật chủ với nhiều đặc điểm lâm sàng, hình thái sỏi và mức độ tắc nghẽn đường mật khác nhau. Việc đánh giá một cách hệ thống hiệu quả kỹ thuật, đáp ứng lâm sàng và tính an toàn của phương pháp sẽ cung cấp dữ liệu thực tiễn cho công tác điều trị và theo dõi người bệnh tại đơn vị. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm đánh giá kết quả điều trị sỏi ống mật chủ bằng lấy sỏi qua kỹ thuật ERCP tại Bệnh viện Trưng Vương.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu can thiệp lâm sàng, không nhóm chứng.

2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

Nghiên cứu được tiến hành tại Bệnh viện Trưng Vương thành Phố Hồ Chí Minh từ tháng 7/2025 đến tháng 4/2026.

2.3. Đối tượng nghiên cứu

Được chẩn đoán xác định sỏi ống mật chủ và có chỉ định điều trị bằng kỹ thuật ERCP tại Bệnh viện Trưng Vương.

- Tiêu chuẩn lựa chọn: bệnh nhân được chẩn đoán xác định sỏi ống mật chủ khi hình ảnh siêu âm bụng, chụp cắt lớp vi tính, cộng hưởng từ mật tụy hoặc ERCP ghi nhận sỏi trong lòng ống mật chủ; trường hợp kèm viêm đường mật cấp được chẩn đoán theo tiêu chuẩn Tokyo (2018) [4]; bệnh nhân có chỉ định ERCP để lấy sỏi ống mật chủ; đặt stent đường mật được thực hiện khi chưa thể lấy sạch sỏi, có sỏi kẹt hoặc cần dẫn lưu đường mật do tắc nghẽn hay nhiễm trùng đường mật; bệnh nhân có đầy đủ hồ sơ bệnh án, thông tin trước và sau ERCP và dữ liệu theo dõi biến chứng trong thời gian nằm viện.

*Tác giả liên hệ
Email: hhtam@ctump.edu.vn **Điện thoại**: (+84) 919410329 **DOI:** 10.52163/yhc.v66iCD14.3052

- Tiêu chuẩn loại trừ: có chống chỉ định ERCP hoặc nội soi tiêu hóa trên, bao gồm nhồi máu cơ tim cấp, bệnh tim phổi nặng, dị ứng nặng với thuốc cản quang, rối loạn đông máu hoặc giảm tiểu cầu chưa được điều chỉnh và không thể ngừng thuốc chống kết tập tiểu cầu; thông nhú thất bại, không chụp được đường mật hoặc ERCP lấy sỏi thất bại; sỏi ống mật chủ kèm bệnh lý ác tính đường mật hoặc u đầu tụy; có biến chứng cần xử trí ngoại khoa cấp cứu như viêm tụy cấp do sỏi hoặc áp xe đường mật; thuộc nhóm ASA III-VI; có thay đổi giải phẫu đường tiêu hóa sau phẫu thuật Billroth II hoặc Roux-en-Y.

2.4. Cỡ mẫu, chọn mẫu

Cỡ mẫu được tính theo công thức ước lượng 1 tỷ lệ:

$$n = Z^2_{1-\alpha/2} \times \frac{p(1-p)}{d^2}$$

Trong đó: n là cỡ mẫu nghiên cứu tối thiểu; Z là trị số phân phối chuẩn; α là mức sai lầm loại 1, chọn α = 0,05, có $Z_{1-\alpha/2}$ = 1,96; p là tỷ lệ thành công điều trị sỏi ống mật chủ qua ERCP theo nghiên cứu của Đặng Quang Nam và cộng sự (2025) là 89,6% [5]; d là sai số tuyệt đối, chọn d = 0,06.

Từ công thức trên, tính được cỡ mẫu tối thiểu cần cho nghiên cứu là 100 bệnh nhân. Thực tế trong quá trình nghiên cứu, chúng tôi tuyển chọn được 109 bệnh nhân phù hợp.

2.5. Nội dung nghiên cứu

- Đặc điểm ban đầu của đối tượng nghiên cứu: tuổi (< 60 và ≥ 60 tuổi), giới tính, tiền sử bệnh (tiền sử can thiệp đường mật, tăng huyết áp và đái tháo đường, thiếu máu cục bộ cơ tim); thời gian từ khởi phát triệu chứng đến nhập viện; sốt khi nhiệt độ nách ≥ 38°C; vàng da khi da hoặc củng mạc mắt có màu vàng; đau đánh giá bằng thang VAS 0-100 mm (gồm: không đau, đau nhẹ 1-30 mm, đau vừa 31-70 mm và đau dữ dội 71-100 mm).

- Đặc điểm xét nghiệm và hình ảnh: bilirubin toàn phần được ghi nhận bằng µmol/L và số lượng bạch cầu bằng G/L; sỏi được phân thành sỏi bùn, sỏi 1 viên và sỏi nhiều viên; kích thước sỏi lớn nhất và đường kính ống mật chủ được tính bằng milimét, ghi nhận trên hình ảnh trước can thiệp hoặc chụp đường mật trong ERCP.

- Đặc điểm ERCP: thời gian thực hiện thủ thuật (phút), tình trạng đặt stent đường mật và kết quả lấy sỏi (lấy sạch hoàn toàn khi không còn sỏi trên chụp đường mật kiểm tra; lấy một phần khi còn sỏi sau can thiệp; không lấy được sỏi khi không đưa được sỏi hoặc bùn mật ra khỏi đường mật).

- Dẫn lưu đường mật hiệu quả: lấy sạch hoàn toàn sỏi hoặc lấy một phần sỏi kèm đặt stent đường mật.

- Biến chứng: ghi nhận các biến chứng xảy ra trong và sau ERCP đến khi xuất viện.

- Đáp ứng điều trị: so sánh sốt, điểm và mức độ đau, bilirubin toàn phần và bạch cầu trước ERCP với thời điểm 72 giờ sau ERCP.

- Kết quả điều trị chung: thuận lợi khi dẫn lưu đường mật hiệu quả và không có biến chứng; không thuận lợi khi dẫn lưu không hiệu quả hoặc có biến chứng trong hay sau ERCP.

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

Số liệu lâm sàng, xét nghiệm và hình ảnh học được thu thập từ hồ sơ bệnh án bằng phiếu nghiên cứu thống nhất. ERCP được thực hiện theo quy trình của Bệnh viện Trưng Vương, ghi nhận kết quả lấy sỏi, đặt stent, thời gian thủ thuật và biến chứng. Sốt, mức độ đau, bilirubin và bạch cầu được đánh giá lại sau 72 giờ; biến chứng được theo dõi đến khi xuất viện.

2.7. Xử lý và phân tích số liệu

Số liệu được xử lý bằng phần mềm SPSS 26.0. Biến định tính được trình bày bằng tần số và tỷ lệ phần trăm; biến định lượng bằng trung bình ± độ lệch chuẩn hoặc trung vị và khoảng tứ phân vị (IQR). So sánh trước và sau ERCP sử dụng kiểm định McNemar, Stuart-Maxwell, t ghép cặp hoặc Wilcoxon signed-rank. So sánh giữa hai nhóm kết quả điều trị sử dụng Mann-Whitney U, Fisher exact hoặc Fisher-Freeman-Halton. Khoảng tin cậy (KTC) 95% của tỷ lệ được tính theo phương pháp Wilson. Mức ý nghĩa thống kê là $p < 0,05$.

2.8. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu y sinh học của Trường Đại học Y Cần Thơ phê duyệt (số 25.189.HV/PCT-HĐĐĐ) ngày 30 tháng 6 năm 2026. Các bước thực hiện tuân thủ theo các tiêu chí về đạo đức trong nghiên cứu y học.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Đặc điểm ban đầu của đối tượng nghiên cứu (n = 109)

Đặc điểm		Số lượng	Tỷ lệ (%)
Tuổi	$\bar{X}$ ± SD (tuổi)	66,1 ± 18,2	
	≥ 60 tuổi	77	70,6
Nữ giới		62	56,9
Có tiền sử can thiệp đường mật		23	21,1
Tăng huyết áp		43	39,4
Đái tháo đường		27	24,8
Thời gian từ khởi phát triệu chứng đến nhập viện (giờ) [Trung vị (IQR)]		48,0 (30,0-72,0)	
Có sốt trước ERCP		57	52,3
Vàng da		101	92,7
Điểm đau VAS (điểm)		56,7 ± 19,5	
Bilirubin toàn phần trước ERCP (µmol/L) [Trung vị (IQR)]		52,2 (24,7-80,0)	
Bạch cầu trước ERCP (G/L) [Trung vị (IQR)]		9,79 (7,5-13,5)	
Dạng sỏi	Sỏi bùn	48	44,0
	Sỏi 1 viên	27	24,8
	Sỏi nhiều viên	34	31,2
Kích thước sỏi lớn nhất (mm) [Trung vị (IQR)]		13,0 (10,0-15,0)	
Đường kính ống mật chủ (mm) [Trung vị (IQR)]		15,0 (15,0-20,0)	

Đối tượng nghiên cứu chủ yếu là người cao tuổi, với 70,6% bệnh nhân từ 60 tuổi trở lên. Bệnh cảnh tắc mật biểu hiện rõ qua tỷ lệ vàng da 92,7%, bilirubin toàn phần trung vị 52,2 µmol/L và đường kính ống mật chủ trung vị 15 mm. Sỏi bùn là dạng thường gặp nhất (44%).

Bảng 2. Đặc điểm thủ thuật ERCP (n = 109)

Đặc điểm	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Thời gian thực hiện ERCP (phút) [Trung vị (IQR)]	52,0 (30,0-60,0)	
Khoảng biến thiên (phút)	20-120	
Đặt stent đường mật	55	50,5
Lấy sạch hoàn toàn sỏi	98	89,9

Đặc điểm	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Lấy được một phần sỏi	8	7,3
Không lấy được sỏi	3	2,8
Dẫn lưu đường mật hiệu quả	106	97,2
Có biến chứng trong ERCP	1	0,9
Có biến chứng sau ERCP	4	3,7
Có biến chứng trong hoặc sau ERCP	5	4,6
Kết quả điều trị chung thuận lợi	101	92,7
Kết quả điều trị chung không thuận lợi	8	7,3

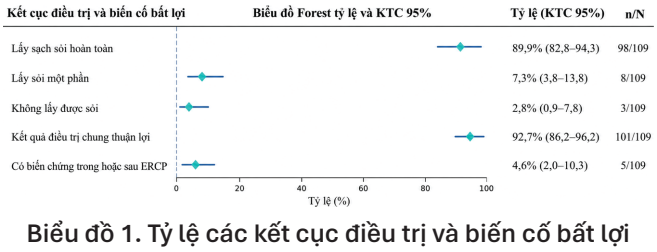
ERCP đạt tỷ lệ lấy sạch hoàn toàn sỏi 89,9% và dẫn lưu đường mật hiệu quả 97,2%. Kết quả điều trị chung thuận lợi đạt 92,7%, trong khi tỷ lệ không lấy được sỏi và tỷ lệ xuất hiện biến chứng trong hoặc sau thủ thuật lần lượt chỉ là 2,8% và 4,6%.

Bảng 3. Thay đổi lâm sàng và xét nghiệm sau ERCP 72 giờ (n = 109)

Chỉ số		Trước ERCP	Sau ERCP 72 giờ	p
Có sốt		57 (52,3%)	3 (2,8%)	< 0,001[a]
Điểm đau VAS (điểm)		56,7 ± 19,5	20,2 ± 12,9	< 0,001[b]
Mức độ đau	Không đau	0	15 (13,8%)	< 0,001[c]
	Đau nhẹ	16 (14,7%)	77 (70,6%)	
	Đau vừa	66 (60,6%)	17 (15,6%)	
	Đau dữ dội	27 (24,8%)	0	
Bilirubin toàn phần (µmol/L) [Trung vị (IQR)]		52,2 (24,7-80,0)	31,0 (15,1-48,2)	< 0,001[d]
Bạch cầu máu (G/L) [Trung vị (IQR)]		9,79 (7,45-13,47)	8,47 (7,17-11,36)	< 0,001[d]

[a]Kiểm định McNemar; [b]Kiểm định t ghép cặp; [c]Kiểm định Stuart-Maxwell; [d]Kiểm định Wilcoxon signed-rank.

Tỷ lệ sốt giảm từ 52,3% trước ERCP xuống 2,8% sau ERCP 72 giờ, đồng thời điểm đau VAS giảm trung bình 36,5 điểm, với KTC 95% là 33,3-39,7 điểm. Không còn bệnh nhân đau dữ dội và 84,4% bệnh nhân chỉ còn đau nhẹ hoặc không đau. Bilirubin toàn phần và số lượng bạch cầu đều giảm có ý nghĩa thống kê (p < 0,05).



Biểu đồ 1. Tỷ lệ các kết cục điều trị và biến cố bất lợi của ERCP

Ghi chú: *KTC 95% được ước tính theo phương pháp Wilson.

ERCP đạt hiệu quả kỹ thuật cao với tỷ lệ lấy sạch hoàn toàn sỏi 89,9% và KTC 95% từ 82,8-94,3%. Chỉ 7,3% bệnh nhân lấy được một phần sỏi và 2,8% không lấy được sỏi. Tỷ lệ biến chứng trong hoặc sau ERCP là 4,6%, cho thấy biến cố bất lợi ghi nhận trong thời gian nằm viện ở mức thấp.

Bảng 4. Một số yếu tố liên quan đến kết quả điều trị chung không thuận lợi

Yếu tố		Thuận lợi (n = 101)	Không thuận lợi (n = 8)	p
Tuổi (năm)		67,0 (58,0-80,0)	76,5 (54,5-89,3)	0,440[a]
Nữ giới		55 (54,5%)	7 (87,5%)	0,134[b]
Tiền sử can thiệp đường mật		22 (21,8%)	1 (12,5%)	1,000[b]
Có sốt trước ERCP		50 (49,5%)	7 (87,5%)	0,063[b]
Số lượng bạch cầu trước ERCP (G/L)		9,62 (7,22-13,27)	13,20 (11,75-18,95)	0,046[a]
Bilirubin toàn phần (µmol/L)		51,2 (23,1-80,6)	55,3 (49,6-60,8)	0,461[a]
Số lượng và dạng sỏi	Sỏi bùn	43 (42,6%)	5 (62,5%)	0,645[c]
	Sỏi 1 viên	26 (25,7%)	1 (12,5%)	
	Sỏi nhiều viên	32 (31,7%)	2 (25,0%)	
Kích thước sỏi lớn nhất (mm)		12,0 (10,0-15,0)	15,0 (11,5-16,3)	0,371[a]
Đường kính ống mật chủ (mm)		15,0 (15,0-20,0)	20,0 (14,3-20,0)	0,517[a]

[a]Kiểm định Mann-Whitney U; [b]Kiểm định chính xác Fisher; [c]Kiểm định chính xác Fisher-Freeman-Halton.

Nhóm có kết quả điều trị không thuận lợi có số lượng bạch cầu trước ERCP cao hơn nhóm thuận lợi, với trung vị lần lượt là 13,20 G/L và 9,62 G/L, khác biệt có ý nghĩa thống kê với p = 0,046. Tỷ lệ sốt trước ERCP cũng cao hơn ở nhóm không thuận lợi, 87,5% so với 49,5%, nhưng chưa đạt ý nghĩa thống kê. Chưa ghi nhận sự khác biệt có ý nghĩa về tuổi, giới tính, tiền sử can thiệp đường mật, bilirubin, số lượng sỏi, kích thước sỏi hoặc đường kính ống mật chủ.

4. BÀN LUẬN

Kết quả nghiên cứu cho thấy ERCP đạt hiệu quả kỹ thuật và lâm sàng sớm cao trong điều trị sỏi ống mật chủ, với tỷ lệ lấy sạch hoàn toàn sỏi 89,9% và kết quả điều trị chung thuận lợi 92,7%. Khả năng làm sạch hoặc dẫn lưu đường mật đạt mức cao, đi kèm cải thiện rõ tình trạng đau, sốt, ứ mật và đáp ứng viêm sau 72 giờ. Tỷ lệ biến chứng trong hoặc sau thủ thuật là 4,6%, cho thấy kỹ thuật có mức độ an toàn chấp nhận được trong thời gian theo dõi tại bệnh viện. Bạch cầu trước can thiệp là đặc điểm duy nhất ghi nhận sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa hai nhóm kết quả.

Một số nghiên cứu thực hành lâm sàng khác cũng ghi nhận ERCP đạt tỷ lệ thành công cao trong điều trị sỏi ống mật chủ, tuy nhiên mức độ dao động giữa các báo cáo phụ thuộc vào đặc điểm sỏi, định nghĩa thành công, kinh nghiệm của trung tâm và việc đánh giá kết quả sau một hay nhiều phiên can thiệp. Tỷ lệ lấy sạch hoàn toàn sỏi trong nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với kết quả 89,6% của Đặng Quang Nam và cộng sự (2025) trên 82 bệnh nhân có sỏi ống mật chủ lớn hơn 10 mm [5]. Kết quả này cũng phù hợp với nghiên cứu của Nguyễn Công Long và cộng sự (2022) khi đánh giá ERCP trong điều trị sỏi ống mật chủ tại Bệnh viện Bạch Mai, với tỷ lệ thành công cao trong thực hành lâm sàng thường quy (86,5%) [6]. Tỷ lệ dẫn lưu đường mật hiệu quả cao hơn tỷ lệ sạch sỏi vì những bệnh nhân còn sỏi nhưng được đặt stent vẫn đạt mục tiêu giải áp đường mật. Kết quả này phù hợp với khuyến cáo của ESGE về đặt stent đường mật tạm thời trong trường hợp lấy sỏi không hoàn toàn, nhằm duy trì dẫn lưu mật và tạo điều kiện cho lần can thiệp tiếp theo [1].

Tỷ lệ biến chứng trong hoặc sau ERCP thấp hơn mức 6-15% được ASGE ghi nhận [2], và thấp hơn tỷ lệ 9,8% trong nghiên cứu của Zouki J và cộng sự (2023) trên 2347

trường hợp ERCP [7]. Sự khác biệt này có thể liên quan trực tiếp đến phạm vi ghi nhận kết cục. Nghiên cứu của chúng tôi chỉ theo dõi biến chứng trong thời gian bệnh nhân nằm viện, trong khi các nghiên cứu và hướng dẫn của ASGE ghi nhận đầy đủ viêm tụy, chảy máu, thủng và nhiễm trùng theo tiêu chuẩn chuẩn hóa, kể cả các biến cố xuất hiện muộn [3]. Do đó, kết quả hiện tại phản ánh độ an toàn sớm tại bệnh viện, chưa đủ để khẳng định nguy cơ biến chứng thấp hơn các báo cáo khác.

Sự giảm rõ sốt, đau, bilirubin và bạch cầu sau 72 giờ cho thấy hiệu quả giải áp đường mật không chỉ đạt về mặt kỹ thuật mà còn chuyển thành cải thiện lâm sàng sớm. Tắc nghẽn làm tăng áp lực đường mật, thúc đẩy sự xâm nhập của vi khuẩn vào tuần hoàn và duy trì phản ứng viêm. Dẫn lưu đường mật giúp giảm áp, kiểm soát nguồn tắc nghẽn và hỗ trợ kiểm soát nhiễm trùng khi phối hợp với điều trị nội khoa [4]. Tuy nhiên, mức cải thiện ghi nhận sau 72 giờ phản ánh hiệu quả tổng hợp của ERCP và các biện pháp điều trị nội khoa phối hợp, do đó chưa thể xác định riêng mức đóng góp của thủ thuật.

Bạch cầu trước ERCP ở nhóm không thuận lợi cao hơn nhóm thuận lợi, trong khi sốt cũng có xu hướng thường gặp hơn. Hướng dẫn Tokyo (2018) xem bất thường bạch cầu là dấu hiệu của phản ứng viêm và sử dụng bạch cầu trên 12 G/L hoặc dưới 4 G/L trong phân tầng viêm đường mật mức độ trung bình [4], [8]. Kết quả này cho thấy bệnh nhân có đáp ứng viêm rõ trước can thiệp cần được theo dõi sát hơn. Tuy nhiên, do chỉ có 8 trường hợp không thuận lợi và chưa thực hiện hồi quy đa biến, mối liên quan này chỉ mang tính thăm dò, chưa đủ để xác định bạch cầu là yếu tố tiên lượng độc lập.

Nghiên cứu này chưa ghi nhận mối liên quan giữa kết quả điều trị chung với số lượng sỏi, kích thước sỏi hoặc đường kính ống mật chủ. Kết quả này khác với nghiên cứu của Đặng Quang Nam và cộng sự (2025), khi khả năng sạch sỏi cao hơn ở nhóm sỏi dưới 15 mm, chỉ 1 viên, nằm ở đoạn xa và ống mật chủ không gập góc [5]. Hai nghiên cứu sử dụng kết cục khác nhau, trong đó nghiên cứu của Đặng Quang Nam và cộng sự đánh giá sạch sỏi, còn nghiên cứu của chúng tôi sử dụng kết cục tổng hợp gồm dẫn lưu hiệu quả và không có biến chứng. Đồng thời, số trường hợp không thuận lợi còn ít nên khả năng phát hiện khác biệt bị hạn chế. Vì vậy, chưa thể loại trừ ảnh hưởng của đặc điểm sỏi và giải phẫu đường mật đối với độ khó của ERCP.

Nghiên cứu này được thực hiện tại một trung tâm với số trường hợp có kết quả không thuận lợi còn ít, nên khả năng phát hiện các yếu tố liên quan có thể còn hạn chế. Thời gian theo dõi chủ yếu trong thời gian nằm viện, chưa đánh giá đầy đủ biến chứng muộn và tái phát sỏi. Ngoài ra, nghiên cứu chưa thực hiện phân tích đa biến nên chưa thể xác định các yếu tố liên quan độc lập. Vì vậy, kết quả cần được kiểm chứng thêm qua các nghiên cứu đa trung tâm, cỡ mẫu lớn và thời gian theo dõi dài hơn.

5. KẾT LUẬN

Kết quả nghiên cứu cho thấy lấy sỏi ống mật chủ qua kỹ thuật ERCP đạt tỷ lệ sạch sỏi 89,9% và kết quả điều trị thuận lợi 92,7%. Sau can thiệp 72 giờ, tỷ lệ sốt giảm từ 52,3% xuống 2,8%, bilirubin và bạch cầu giảm có ý nghĩa thống kê. Tỷ lệ biến chứng trong hoặc sau ERCP là 4,6%.

6. TÀI LIỆU THAM KHẢO

[1] Manes G, Paspatis G, Aabakken L et al. Endoscopic management of common bile duct stones: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) guideline. Endoscopy, 2019, 51 (5): 472-491. doi: 10.1055/a-0862-0346

[2] ASGE Standards of Practice Committee, Buxbaum J.L, Abbas Fehmi S.M et al. ASGE guideline on the role of endoscopy in the evaluation and management of choledocholithiasis. Gastrointest Endosc, 2019, 89 (6): 1075-1105.e15. doi: 10.1016/j.gie.2018.10.001

[3] Dumonceau J.M, Kapral C, Aabakken L 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] Kiriyama S, Kozaka K, Takada T et al. Tokyo Guidelines 2018: diagnostic criteria and severity grading of acute cholangitis. J Hepatobiliary Pancreat Sci, 2018, 25 (1): 17-30. doi: 10.1002/jhbp.512

[5] Đặng Quang Nam, Nguyễn Trường Sơn, Nguyễn Thanh Nam và cộng sự. Kết quả điều trị sỏi ống mật chủ kích thước lớn bằng nội soi mật tụy 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. Tạp chí Y học Việt Nam, 2025, 546 (1): 41-45. doi: 10.51298/vmj.v546i1.12490

[6] Nguyễn Công Long, Lê Long Lực. 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, 2022, 513 (1): 62-65. doi: 10.51298/vmj.v513i1.2333

[7] Zouki J, Sidhom D, Bindon R, Sidhu T, Chan E, Lyon M. Choledocholithiasis: a review of management and outcomes in a regional setting. Cureus, 2023, 15 (12): e50223. doi: 10.7759/cureus.50223

[8] 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