

Nghiên cứu hiệu quả điều trị các bệnh lý tắc mật cơ học bằng stent nhựa đường mật qua nội soi mật tụy ngược dòng

Vĩnh Khánh^{1*}, Trần Nguyễn Nhật Huy², Nguyễn Quý Thiện³

¹Bộ môn Nội, Trường Đại học Y - Dược, Đại học Huế

²Phòng khám Olympia, Khánh Hòa

³Khoa Nội tiêu hóa, Bệnh viện C Đà Nẵng

Tóm tắt

Đặt vấn đề: Tắc mật cơ học gây nên biến chứng như nhiễm trùng đường mật, sốc nhiễm trùng và có thể đưa đến tử vong. Nội soi điều trị là làm giảm áp lực đường mật, giảm sự chênh lệch về áp lực giữa đường mật và tá tràng tại cơ vòng Oddi, giúp mật lưu thông tốt vào tá tràng. Nhiều nghiên cứu cho thấy phương pháp nội soi đặt stent đường mật tạm thời mang lại kết quả tốt trong hỗ trợ điều trị trong các trường hợp tắc mật cơ học do u đường mật hoặc các trường hợp sỏi ống mật chủ khó có chỉ định điều trị lấy sỏi thì 2. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** 41 bệnh nhân được chẩn đoán tắc mật cơ học được chỉ định nội soi can thiệp đặt stent nhựa đường mật. Đề tài được thiết kế với phương pháp nghiên cứu: mô tả cắt ngang, có theo dõi. **Kết quả nghiên cứu:** Thành công về mặt thủ thuật chiếm tỷ lệ 97,6% (40/41 BN), tỷ lệ tắc stent chiếm 2,4% (1/41 BN), không có trường hợp stent di chuyển. Biến chứng của thủ thuật: viêm tụy cấp chiếm 4,9%; nhiễm trùng đường mật chiếm 2,4%; biến chứng chảy máu tạm thời không can thiệp lần 2 chiếm 7,3% (3/41 BN). Điểm đau VAS trung bình có sự thay đổi có ý nghĩa thống kê sau đặt stent ($p < 0,05$). Nhóm nguyên nhân tắc mật do sỏi đường mật: các triệu chứng lâm sàng cải thiện sau điều trị trên 80% và nồng độ bilirubin sau khi đặt stent giảm có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$ sau 1 tuần. Nhóm nguyên nhân tắc mật do u: các triệu chứng lâm sàng sau điều trị có cải thiện dao động từ 55% đến 85% và nồng độ bilirubin tại thời điểm 1 tuần giảm rõ sau đặt stent đường mật. **Kết luận:** Nội soi mật tụy ngược dòng đặt stent nhựa đường mật cho thấy hiệu quả, an toàn trong các trường hợp tắc mật do u và tắc mật do sỏi. Nên xem xét đặt stent nhựa đường mật tạm thời trong hỗ trợ điều trị các bệnh lý tắc mật cơ học.

Từ khóa: Nội soi mật tụy ngược dòng, tắc mật cơ học, stent nhựa đường mật.

Study on the effectiveness of plastic biliary stenting treatment for mechanical biliary obstruction by endoscopic retrograde cholangiopancreatography

Vinh Khanh^{1*}, Tran Nguyen Nhat Huy², Nguyen Quy Thien³

¹Department of Internal Medicine, Hue University of Medicine and Pharmacy, Hue University

²Olympia Clinic, Khanh Hoa

³Department of Gastroenterology, Da Nang C Hospital

Abstract

Background: Mechanical biliary obstruction causes complications such as cholangitis, septic shock, and can lead to death. Endoscopic therapy aims to reduce biliary pressure, decrease the pressure gradient between the biliary tract and the duodenum at the sphincter of Oddi, and facilitate bile flow into the duodenum. Many studies have shown that temporary endoscopic biliary plastic stent placement yields good results in supporting treatment for mechanical biliary obstruction caused by biliary tumors or difficult common bile duct stones where second-stage stone removal is indicated. **Subjects and Methods:** 41 patients diagnosed with mechanical biliary obstruction underwent endoscopic therapy with plastic biliary stent placement. The study was designed as a cross-sectional and observational. **Results:** The technical success rate was 97.6% (40/41 patients), the stent occlusion rate was 2.4% (1/41 patients), and there were no cases of stent migration. Complications of the procedure included acute pancreatitis (4.9%), cholangitis (2.4%), and temporary bleeding requiring no re-intervention (7.3%). The mean VAS pain score showed a statistically

* Tác giả liên hệ: Vĩnh Khánh. Email: vkhanh@huemed-univ.edu.vn

Ngày nhận bài: 04/02/2025; Ngày đồng ý đăng: 25/06/2025; Ngày xuất bản: 25/09/2025

significant change after stent placement ($p < 0.05$). In the group with biliary obstruction due to bile duct stones, clinical symptoms improved after treatment in over 80% of patients, and bilirubin levels decreased significantly ($p < 0.05$) after 1 week. In the group with biliary obstruction due to tumors, clinical symptoms improved after treatment ranging from 55% to 85%, and bilirubin levels decreased significantly at 1 week after biliary stent placement. **Conclusion:** ERCP with plastic biliary stent placement demonstrates effectiveness and safety in cases of biliary obstruction due to tumors and stones. Temporary plastic biliary stent placement should be considered as a supportive treatment for mechanical biliary obstruction.

Keywords: Endoscopic Retrograde Cholangiopancreatography (ERCP), Mechanical Biliary Obstruction, Plastic Biliary Stent

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tắc mật là sự tắc nghẽn của hệ thống ống dẫn mật dẫn đến suy giảm lưu lượng mật từ gan vào đường ruột. Biến chứng nguy hiểm nhất của tắc mật là nhiễm trùng đường mật, sốc nhiễm trùng và đưa đến tử vong nếu trì hoãn điều trị [1]. Nguyên nhân tắc mật cơ học thường gặp như sỏi đường mật, và các bệnh lý ác tính: u đầu tụy, u vùng bóng Vater, ung thư đường mật (hay gặp u vùng rốn gan, còn gọi là u Klatskin), ung thư di căn gây tắc nghẽn đường mật ác tính ở đoạn xa. Cơ chế chung của nội soi điều trị là làm giảm áp lực đường mật, giảm sự chênh lệch về áp lực giữa đường mật và tá tràng tại cơ vòng Oddi, giúp mật lưu thông tốt vào tá tràng. Nhiều nghiên cứu cho thấy phương pháp nội soi đặt stent đường mật tạm thời mang lại kết quả tốt trong hỗ trợ điều trị trong các trường hợp tắc mật cơ học do u đường mật [2].

Đối với sỏi đường mật thì phương pháp đặt stent đường mật tạm thời qua NSMTND sau lấy sỏi OMC khó thất bại để dẫn lưu mật dự phòng nhiễm trùng và làm cầu nối lấy sỏi OMC qua NSMTND lần sau (lấy sỏi thì 2) ngày càng được sử dụng phổ biến dựa vào sự hiệu quả, an toàn và tiết kiệm chi phí điều trị đã được nhiều nghiên cứu ghi nhận [3].

Nội soi mật tụy ngược dòng đặt stent đường mật luôn được xem xét trong điều trị tắc mật với ưu điểm dẫn lưu được mật vào tá tràng, hiệu quả điều trị cao, an toàn. Do vậy, chúng tôi thực hiện đề tài nghiên cứu: Nghiên cứu hiệu quả của stent nhựa đường mật qua nội soi mật tụy ngược dòng trong hỗ trợ điều trị các bệnh lý tắc mật cơ học.

- *Khảo sát một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và nguyên nhân ở bệnh nhân tắc mật cơ học.*

- *Đánh giá hiệu quả hỗ trợ điều trị các bệnh lý tắc mật cơ học bằng stent nhựa đường mật qua nội soi mật tụy ngược dòng*

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Tất cả các bệnh nhân có các dấu chứng nghi ngờ tắc mật cơ học.

Địa điểm nghiên cứu tại Bệnh viện Trường Đại học Y - Dược Huế và Bệnh viện C Đà Nẵng

Thời gian thực hiện nghiên cứu từ tháng 4/2022 đến tháng 8/2023.

Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân

- Lâm sàng: Gợi ý hội chứng vàng da tắc mật

- Hoạch cận lâm sàng: Bilirubin TP > 17 mmol/L

- Hình ảnh học: Phát hiện/ghi nhận các nguyên nhân gây tắc mật. Hình ảnh giãn đường mật trong và ngoài gan: Giãn nhẹ: 7 - 20 mm, giãn lớn: > 20 mm

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Rối loạn đông máu: TC < 80 G/L, INR > 1,5 nhưng chưa được điều chỉnh

- Thủng hay nghi ngờ thủng đường tiêu hóa

- Mổ thủng dạ dày tá tràng < 10 ngày

- Bệnh nhân có bệnh lý nặng kèm theo không thể tiến hành NSMTND

- Các chống chỉ định của nội soi tiêu hóa trên

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả cắt ngang, có theo dõi.

- **Thành công về mặt kỹ thuật:** Thành công: Thông nhú Vater vào được đường mật, cắt và/ hoặc nong cơ vòng Oddi đặt được stent đường mật qua vị trí gây tắc mật hoặc lấy được một phần sỏi OMC và đặt stent đường mật qua sỏi OMC cải thiện tình trạng tắc mật, cải thiện tình trạng nhiễm khuẩn, để chuẩn bị NSMTND lần 2 do tình trạng bệnh nhân không cho phép can thiệp kéo dài. Thất bại: Khi thông nhú Vater không vào được đường mật nhưng không đặt được stent đường mật qua vị trí gây tắc mật.

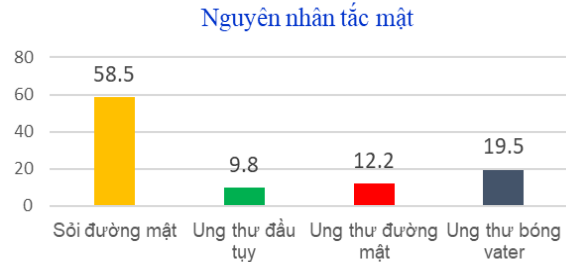
2.3. Xử lý số liệu

Số liệu thu thập được trong nghiên cứu được nhập bằng phần mềm EPIDATA 3.1, xử lý và phân tích bằng phần mềm thống kê SPSS 20.0.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, nguyên nhân của bệnh nhân tắc mật cơ học

3.1.1. Nguyên nhân tắc mật cơ học



Biểu đồ 1. Các nguyên nhân gây tắc mật (n=41)

Nguyên nhân tắc mật do sỏi chiếm tỷ lệ cao nhất 58,5% và do u chiếm 41,5%

3.1.2. Triệu chứng lâm sàng trước can thiệp

Bảng 1. Các triệu chứng lâm sàng trước can thiệp

Triệu chứng lâm sàng	Tắc mật do sỏi (24)	Tắc mật do u (17)	Tổng cộng (41)
Đau thượng vị, hạ sườn phải	24 (100%)	12 (70,6%)	36 (87,8%)
VAS (Trung bình - ĐLC)	4,71 ± 1,30	2,18 ± 1,67	3,66 ± 1,92
Sốt	10 (41,7%)	0 (0,0%)	10 (24,4%)
Vàng da, vàng mắt	12 (50,0%)	15 (88,2%)	27 (65,9%)
Ngứa	1 (4,2%)	7 (41,2%)	8 (19,5%)

Trong nguyên nhân tắc mật do sỏi: Đau bụng thượng vị, hạ sườn phải vàng da chiếm tỷ lệ cao nhất 100%, tiếp đến là triệu chứng vàng da vàng mắt 50,0%. Trong nguyên nhân tắc mật do u: Vàng mắt vàng da chiếm tỷ lệ cao nhất 88,2%, tiếp đến là đau bụng thượng vị hạ sườn phải 70,6%. Nhóm bệnh nhân tắc mật do sỏi có điểm đau trung bình là 4,71 ± 1,30 cao hơn nhóm tắc mật do u với điểm đau trung bình 2,18 ± 1,67.

3.1.3. Đặc điểm sinh hoá máu trước điều trị

Bảng 2. Một số đặc điểm sinh hoá máu trước điều trị

Đặc điểm sinh hoá máu	Tắc mật do sỏi	Tắc mật do u	Tổng cộng
Bilirubin TP (μmol/L) (n = 41)	58,45 ± 55,45	224,35 ± 143,52	127,23 ± 129,83
Bilirubin TT (μmol/L) (n = 41)	38,21 ± 38,73	152,97 ± 107,31	85,80 ± 93,51
AST (n = 38)	98,96 ± 77,91	143,39 ± 105,35	117,67 ± 91,86
ALT (n = 38)	91,78 ± 84,29	180,75 ± 141,86	129,24 ± 119,05
Amylase (n = 23)	252,69 ± 695,09	161,71 ± 115,27	225,00 ± 578,69
Lipase (n = 19)	529,99 ± 1411,50	375,16 ± 318,93	489,24 ± 1210,96

Nồng độ bilirubin và hoạt độ men gan ở nhóm tắc mật do u cao hơn nhóm tắc mật do sỏi.

3.2. Hiệu quả của đặt stent đường mật trong tắc mật cơ học

3.2.1. Kết quả điều trị tắc mật cơ học qua nội soi mật tụy ngược dòng

3.2.1.1. Kết quả thành công của thủ thuật

Bảng 3. Kết quả thủ thuật nội soi mật tụy ngược dòng

Kết quả thủ thuật nội soi mật tụy ngược dòng	Số lượng (n)	Tỉ lệ %
Thành công	40	97,6
Tắc stent	1	2,4
Tổng cộng	41	100,0

Thành công về mật thủ thuật chiếm tỷ lệ 97,6% (40/41 BN), tỷ lệ tắc stent chiếm 2,4% (1/41 BN), không có trường hợp stent di chuyển.

3.2.1.2. Biến chứng của thủ thuật

Bảng 4. Biến chứng sau nội soi mật tụy ngược dòng (n=41)

Biến chứng sau nội soi mật tụy ngược dòng	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Viêm tụy cấp	2	4,9
Nhiễm trùng đường mật	1	2,4
Chảy máu tạm thời không can thiệp lần 2	3	7,3

Biến chứng viêm tụy cấp chiếm 4,9%; nhiễm trùng đường mật chiếm 2,4%; biến chứng chảy máu tạm thời không can thiệp lần 2 chiếm 7,3% (3/41 BN).

3.2.2. Hiệu quả điều trị ở nhóm nguyên nhân tắc mật do sỏi đường mật

Bảng 5. Số bệnh nhân có triệu chứng lâm sàng thay đổi sau điều trị so với trước điều trị ở nhóm nguyên nhân tắc mật do sỏi OMC (n=24)

Triệu chứng lâm sàng	Trước điều trị (n)	Sau điều trị 1 tuần (n)	Tỷ lệ (%)
Đau thượng vị, hạ sườn phải	24	23	95,8
Sốt	10	8	80,0
Vàng da, vàng mắt	12	12	100,0
Ngứa	1	1	100,0

Các triệu chứng lâm sàng cải thiện sau điều trị trên 80%.

Bảng 6. So sánh thay đổi các điểm đau VAS trước và sau đặt stent ở nhóm nguyên nhân tắc mật do sỏi đường mật (n=24)

Điểm đau	Trước điều trị	Sau điều trị	p
VAS	4,71 ± 1,30	1,79 ± 0,66	<0,001

Có sự thay đổi điểm điểm đau VAS trung bình sau đặt stent ($p < 0,05$).

Bảng 7. So sánh các chỉ số bilirubin trước và sau điều trị ở nhóm nguyên nhân tắc mật do sỏi đường mật (n=15)

Đặc điểm sinh hoá máu	Trước điều trị	Sau điều trị 1 tuần	p
Bilirubin TP ($\mu\text{mol/L}$)	77,19 ± 63,13	26,24 ± 16,92	0,035
Bilirubin TT ($\mu\text{mol/L}$)	50,64 ± 43,54	12,56 ± 7,72	0,030

Nồng độ bilirubin sau khi đặt stent giảm có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

3.2.3. Hiệu quả điều trị trong nhóm nguyên nhân tắc mật do u

Bảng 8. Số bệnh nhân có triệu chứng lâm sàng thay đổi sau điều trị so với trước điều trị ở nhóm nguyên nhân tắc mật do u (n=17)

Triệu chứng lâm sàng	Trước điều trị (n)	Sau điều trị 1 tuần (n)	Tỷ lệ (%)
Đau thượng vị HS (P)	12	10	83,3
Vàng da, vàng mắt	15	12	80,0
Ngứa	7	4	57,1
Các triệu chứng khác	6	4	66,7

Các triệu chứng lâm sàng sau điều trị có cải thiện dao động từ 55% đến 85%.

Bảng 9. So sánh thay đổi các điểm đau VAS trước và sau điều trị ở nhóm nguyên nhân tắc mật do u (n=17)

Điểm đau	Trước điều trị	Sau điều trị 1 tuần	p
VAS	2,18 ± 1,67	0,76 ± 0,75	0,006

Có sự thay đổi điểm điểm đau VAS trung bình sau đặt stent ($p < 0,05$).

Bảng 10. So sánh các chỉ số bilirubin trước và sau điều trị ở nhóm nguyên nhân tắc mật do u (n=16)

Đặc điểm sinh hoá máu	Trước điều trị	Sau điều trị 1 tuần	p
Bilirubin TP ($\mu\text{mol/L}$)	233,56 $\pm$ 142,95	164,36 $\pm$ 141,32	0,070
Bilirubin TT ($\mu\text{mol/L}$)	162,39 $\pm$ 103,31	121,70 $\pm$ 110,20	0,196

Có sự thay nồng độ bilirubin tại thời điểm 1 tuần sau đặt stent đường mật

4. BÀN LUẬN

4.1. Nguyên nhân, đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng ở bệnh nhân tắc mật cơ học

Trong nghiên cứu của chúng tôi, các nguyên nhân gây tắc mật hay gặp là do sỏi OMC và do u đường mật, trong đó nguyên nhân do sỏi OMC chiếm tỷ lệ 58,5% (24/41 BN), ung thư đầu tụy chiếm tỷ lệ 9,8% (4/41BN), ung thư đường mật chiếm tỷ lệ 12,2% (5/41 BN), ung thư bóng Vater chiếm tỷ lệ 19,5% (8/41 BN). Điều này cũng phù hợp với mô hình bệnh tật tại nước ta, tỷ lệ bệnh nhân có sỏi đường mật vẫn chiếm tỷ lệ cao trong các bệnh lý gây tắc nghẽn đường mật.

Triệu chứng lâm sàng trước can thiệp, triệu chứng lâm sàng đáng quan tâm nhất là vàng da vàng mắt. Tỷ lệ chung vàng da, vàng mắt là 65,9% (27/41 BN), trong đó nhóm nguyên nhân do sỏi OMC có tỷ lệ là 50,0% (12/24 BN) và nhóm nguyên nhân do u đường mật có tỷ lệ là 88,2% (15/17 BN) (Bảng 1). Trong nhóm nguyên nhân tắc mật do u, vàng da vàng mắt chiếm tỷ lệ 88,2% thấp hơn so với kết quả nghiên cứu của Đỗ Quang Út trong nghiên cứu kết quả đặt stent đường mật qua nội soi mật tụy ngược dòng trong điều trị tắc hẹp đường mật do ung thư là 100% [4]. Triệu chứng sốt > 38°C chiếm tỷ lệ là 24,4% (10/41BN) trong nghiên cứu (Bảng 1), theo nghiên cứu của Đỗ Quang Út thì triệu chứng sốt ở nhóm bệnh nhân tắc mật do ung thư là 13,6% (14/88 BN) [5]. Viêm đường mật thường hay gặp ở bệnh nhân tắc mật cơ học do u trước khi đặt stent can thiệp. Trong các trường hợp tắc mật cơ học do u có viêm đường mật thì chỉ định đặt stent đường mật qua nội soi mật tụy ngược dòng điều trị là cần thiết.

Ngoài ra, nồng độ bilirubin toàn phần trong huyết thanh trung bình là 127,23 $\pm$ 129,83 mmol/l, trong đó nồng độ bilirubin toàn phần trong huyết thanh trung bình của nhóm tắc mật cơ học do sỏi OMC là 58,45 $\pm$ 55,45 mmol/l và nồng độ bilirubin toàn phần trong huyết thanh trung bình của nhóm tắc mật cơ học do u là 224,35 $\pm$ 143,52 mmol/l (Bảng 2). Qua đó cho thấy nồng độ bilirubin ở nhóm bệnh nhân tắc mật do u luôn tăng cao hơn nhóm bệnh nhân do sỏi điều này cũng có thể giải thích các nguyên nhân gây tắc mật do u (u đầu tụy, u vater, u đường mật) đều gây hẹp khít và thường được phát hiện muộn khi

bệnh nhân có triệu chứng lâm sàng đi kèm. Nồng độ bilirubin toàn phần trong huyết thanh là yếu tố quan trọng để chỉ định và đánh giá hiệu quả của đặt stent đường mật qua nội soi mật tụy ngược dòng.

4.2. Hiệu quả của đặt stent đường mật trong tắc mật cơ học

4.2.1. Kết quả điều trị tắc mật cơ học qua nội soi mật tụy ngược dòng

Chúng tôi tiến hành kỹ thuật đặt stent nhựa đường mật qua NSMTND cho 41 BN, tỷ lệ thành công về kỹ thuật chiếm 97,6% (40/41 BN), tỷ lệ bị tắc stent là 2,4% (1/41 BN), không ghi nhận trường hợp stent di chuyển (Bảng 3). Kết quả của chúng tôi tương đương với công bố trong khuyến cáo của Hiệp hội Nội soi châu Âu với tỷ lệ thành công về kỹ thuật là > 90% [6]. So với các tác giả trong nước, kết quả này cao hơn kết quả của Đỗ Quang Út [5] là 90,9% do tác giả này nghiên cứu trên tất cả bệnh nhân là ung thư đường mật. Sau thủ thuật thì tỷ lệ biến chứng viêm tụy cấp chiếm 4,9% (2/41 BN), mức độ nhẹ; biến chứng nhiễm trùng đường mật chiếm 2,4% (1/41 BN), mức độ trung bình; biến chứng chảy máu tạm thời không can thiệp lần 2 chiếm 7,3% (3/41 BN). Theo nghiên cứu của Bartosz thực hiện trên 456 bệnh nhân đặt 929 stent nhựa thì tỷ lệ tai biến về viêm tụy cấp là 2,5%; chảy máu là 1,7% [7]. Theo Hội nội soi tiêu hoá Châu Âu, tần suất viêm tụy cấp sau nội soi mật tụy ngược dòng trong các phân tích tổng hợp với số lượng lớn bệnh nhân cho thấy dao động từ 3,5 - 9,7% ; nhiễm trùng đường mật và viêm túi mật khoảng 1,4% và chảy máu là 1,3 % đặc biệt tăng nguy cơ ở nhóm bệnh nhân đang điều trị thuốc chống đông, xơ gan, bệnh thận mạn giai đoạn cuối có lọc máu [8].

4.2.2. Hiệu quả điều trị ở nhóm bệnh nhân tắc mật do sỏi

Hiệu quả điều trị ở nhóm bệnh nhân tắc mật do sỏi bằng stent nhựa cho thấy có hiệu quả rõ rệt về triệu chứng lâm sàng giảm do với trước điều trị: 23/24 BN giảm triệu chứng đau thượng vị HS (P), tỷ lệ triệu chứng sau điều trị giảm so với trước điều trị chiếm 95,8%, 8/10 BN hết sốt, tỷ lệ triệu chứng sau điều trị giảm so với trước điều trị chiếm 80,0%, 12/12 BN giảm vàng da vàng mắt, tỷ lệ triệu chứng sau điều trị giảm so với trước điều trị chiếm 50%.

Ngoài ra, điểm đau trung bình, nồng độ Bilirubin sau điều trị giảm có ý nghĩa thống kê so với trước điều trị (Bảng 6, 37). ESGE khuyến cáo sử dụng phương pháp đặt stent nhựa đường mật tạm thời để lấy sỏi lần sau (lấy sỏi thì 2). Tỷ lệ lấy sỏi OMC thành công thì 2 sau khi đặt stent nhựa đường mật đạt tỷ lệ 44 - 96% [9]. Dữ liệu về lấy sỏi OMC thành công sau khi đặt stent đường mật tạm thời chủ yếu đến từ các nghiên cứu hồi cứu chiếm tỷ lệ 44% đến 96%, nhưng thường là khoảng hơn 90%. Kích thước sỏi OMC sau đặt stent có thể làm giảm nhu cầu tán sỏi cơ học ở lần nội soi mật tụy ngược dòng tiếp theo [10]. Hong và cộng sự đã nghiên cứu hiệu quả của đặt stent nhựa đường mật đối với sỏi lớn ở ống mật chủ trên 52 bệnh nhân thì thấy trung bình 124 ngày sau khi đặt stent, đường kính trung bình của sỏi giảm từ 16,6mm xuống còn 10mm ($p < 0,01$) và đường kính trung bình của ống mật chủ cũng giảm từ 15,3mm xuống còn 11,5mm ($p < 0,01$) [11]. Kết quả của các tác giả trên thế giới như: Liu Y [12] và cộng sự với nồng độ bilirubin TP giảm sau can thiệp 01 tuần từ $221,89 \pm 64,70 \mu\text{mol/L}$ xuống $156,0 \pm 32,2 \mu\text{mol/L}$. Hiệu quả của của các loại stent nhựa đường mật hoặc stent nhựa đường mật so với stent kim loại đối với sỏi OMC khó chưa được nghiên cứu nhiều và chưa được khuyến cáo. Thời gian thay stent nhựa đường mật điều trị sỏi OMC khó được khuyến cáo trong 3-6 tháng để giảm tỷ lệ biến chứng, chủ yếu biến chứng viêm đường mật [9].

4.2.3. Hiệu quả điều trị nhóm bệnh nhân tắc mật do u

Đối với nhóm bệnh nhân tắc mật do u thì triệu chứng lâm sàng giảm do với trước điều trị: triệu chứng đau thượng vị HS (P) giảm 83,3%, vàng da - vàng mắt giảm 80,0% và triệu chứng ngứa giảm 57,1%. Điểm đau VAS trung bình sau đặt stent $0,76 \pm 0,75$ so với trước đặt stent với điểm đau VAS trung

bình $2,18 \pm 1,67$, giảm có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Trong nghiên cứu chúng tôi nồng độ bilirubin TP trung bình sau đặt stent nhựa đường mật là $164,36 \pm 141,32 \mu\text{mol/l}$ giảm so với nồng độ trung bình của bilirubin toàn phần trước đặt stent là $233,56 \pm 142,95$ (Bảng 3.10). Trong nghiên cứu của Đỗ Quang Út, nồng độ trung bình của bilirubin TP sau đặt stent là $265,2 + 141,3$ giảm so với nồng độ trung bình của bilirubin TP trước điều trị là $312,6 \pm 134,8$ [5].

So với các nghiên cứu nước ngoài, kết quả của chúng tôi thấp với nghiên cứu của Giovanni [13] với tỷ lệ dẫn lưu thành công về chức năng đạt 96,7%. Theo ý kiến của nhiều chuyên gia nội soi, với sự sẵn có của nội soi mật tụy ngược dòng cho các stent đường mật cỡ lớn hơn, có xu hướng đặt stent 10 Fr hoặc lớn hơn vì stent có đường kính lớn hơn sẽ hiệu quả hơn đối với các bệnh lý vàng da tắc mật trong vấn đề dẫn lưu chống tắc nghẽn đường mật. Một số báo cáo đã chứng minh rằng stent 10 Fr hoặc lớn hơn có hiệu quả hơn trong dẫn lưu đường mật so với stent đường mật có đường kính nhỏ hơn [14]. Stent nhựa dẫn lưu đường mật là lựa chọn hiệu quả, an toàn trong những trường hợp bệnh nhân có chỉ định dẫn lưu tạm thời.

Hạn chế của đề tài: Số lượng cỡ mẫu trong nghiên cứu chưa nhiều và thời gian theo dõi chưa được tối ưu nên chưa đánh giá được hết vai trò của đặt stent nhựa qua nội soi mật tụy ngược dòng trong hỗ trợ điều trị trong các bệnh lý tắc mật cơ học.

5. KẾT LUẬN

Nội soi mật tụy ngược dòng đặt stent nhựa đường mật cho thấy hiệu quả, an toàn trong các trường hợp tắc mật do u và tắc mật do sỏi. Nên xem xét đặt stent nhựa đường mật tạm thời trong hỗ trợ điều trị các bệnh lý tắc mật cơ học.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Ahmed M. Acute cholangitis-an update. World journal of gastrointestinal pathophysiology. 2018, 9(1):1-7.
2. Xin He, Ying Zhu, Yining Wang, Yuanzhen Hao, Junbo Hong. Advances in stent therapy for malignant biliary obstruction. Abdominal Radiology. 2021, 46(1): 351-361.
3. Omar A. N. Role of biliary stenting for large impacted stone in common bile duct. The Egyptian Journal of Surgery. 2020, 39(2): 505-511.
4. Đỗ Quang Út, Nguyễn Tiến Thịnh, Nguyễn Khánh Trạch. Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng ở bệnh nhân tắc mật do ung thư. Tạp chí Y dược lâm sàng 108. 2021, 16(8): 8 - 18.
5. Đỗ Quang Út. Nghiên cứu kết quả đặt stent đường mật qua nội soi mật tụy ngược dòng trong điều trị bệnh nhân hẹp tắc đường mật do ung thư. Luận án tiến sĩ - Viện nghiên cứu khoa học Y Dược lâm sàng. 2023
6. J-M Dumonceau, A Tringali, D Blero, J Devière, R Laugier, D Heresbach, et al. Biliary stenting: indications, choice of stents and results: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) clinical guideline. Endoscopy. 2012, 44(3): 277-298.
7. Bartosz Ostrowski, Tomasz Marek, Aleksandra Janczewska, Norbert Hajder, Artur Wiatrek, Ewa Nowakowska-Dufawa, et al. Performance of biliary stents in malignant biliary strictures, Pol Arch Intern Med. 2024, 134 (3): 1-7
8. Jean-Marc Dumonceau, Christine Kapral, Lars Aabakken, Ioannis S Papanikolaou, Andrea Tringali,

Geoffroy Vanbiervliet, et al. ERCP-related adverse events: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) guideline. *Endoscopy*. 2020, 52(2): 127-149

9. Gianpiero Manes, Gregorios Paspatis, Lars Aabakken, Andrea Anderloni, Marianna Arvanitakis, Philippe Ah-Soun, et al. Endoscopic management of common bile duct stones: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) guideline. *Endoscopy*. 2019, 51(5): 472-491

10. Troncone E, Mossa M, De Vico P, Maida M, Mutignani M, Perri V, et al. Difficult biliary stones: a comprehensive review of new and old lithotripsy techniques. *Medicina (Kaunas)*. 2022;58(1):17.

11. Hong WD, Zhu Q, Huang Q. Endoscopic sphincterotomy plus endoprosthesis in the treatment of

large or multiple common bile duct stones. *Dig Endosc*. 2011;23(3):240-3.

12. Liu Y, Meng J, Wang J, Zhang Q, Li X, Sun H, et al. Repeated rendezvous treatment of PTBD and ERCP in patients with recurrent obstructive jaundice. *Hepatogastroenterology*. 2010;57(102-103):1029-33

13. De Palma GD, Pezzullo A, Rega M. Unilateral placement of metallic stents for malignant hilar obstruction: a prospective study. *Gastrointest Endosc*. 2003;58(1):50-3.

14. Williams E, Beckingham I, El Sayed G, Gurusamy K, Sturgess R, Webster G, et al. Updated guideline on the management of common bile duct stones (CBDS). *Gut*. 2017;66(5):765-82.