

Đánh giá kết quả điều trị viêm đường mật cấp do sỏi ống mật chủ ở bệnh nhân cắt dạ dày nối Billroth II bằng nội soi mật tụy ngược dòng tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

Assessment of the results of Endoscopic Retrograde Cholangiopancreatography for treatment of acute cholangitis due to choledocolithiasis in patients with Billroth II gastrectomy

TRẦN THỊ ÁNH TUYẾT, NGUYỄN TIẾN THỊNH, NGUYỄN LÂM TÙNG, NGUYỄN CẢNH BÌNH, NGUYỄN NGỌC MINH QUANG

Viện điều trị các bệnh tiêu hoá - Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

Abstract

Background: Endoscopic Retrograde Cholangiopancreatography (ERCP) is a challenging procedure for endoscopists when treating patients with acute cholangitis caused by common bile duct stones (CBDS) who have undergone Billroth II gastrectomy due to anatomical changes in the digestive tract. The success of this procedure depends on the endoscopic instruments used and the endoscopist's experience. **Objectives:** In this study, we evaluated the effectiveness and safety of ERCP for treating acute cholangitis caused by CBDS in patients with previous Billroth II gastrectomy. **Subjects and methods:** We conducted the study on 42 patients with acute cholangitis caused by CBDS who had undergone Billroth II gastrectomy and were treated by ERCP at 108 Military Central Hospital between June 2018 and July 2022. **Results:** The study included 42 patients with an average age of 75.3 ± 11.6 years, with a male-to-female ratio of 2.5/1. Of these patients, 90.5% (38/42) had a history of Billroth II gastrectomy due to previous benign diseases, and 85.7% (36/42) of patients had undergone Billroth II gastrectomy for over 5 years. The successful intubation rate was 88.1% (37/42), and 73% of patients had their stones removed during the first intervention. The rate of performed gastric endoscopes and lateral view endoscopes was 67.6% and 32.4%, respectively. The proportion of endoscopic papillary large balloon dilation was 89.2%. The rate of complications after the intervention was as follows: acute pancreatitis (9.4%), gastrointestinal bleeding (4.8%), and small bowel perforation (2.4%). No deaths were reported. **Conclusion:** The results of our study suggest that ERCP for CBDS extraction can be feasible and safe in patients with Billroth II anatomy.

Keywords: Endoscopic retrograde cholangiopancreatography, common bile duct stones, acute cholangitis, Billroth II gastrectomy.

Tóm tắt

Tổng quan: Nội soi mật tụy ngược dòng (NSMTND) điều trị viêm đường mật cấp do sỏi ống mật chủ ở bệnh nhân đã cắt dạ dày nối Billroth II là một kỹ thuật khó đối với các bác sỹ nội soi can thiệp

do thay đổi giải phẫu đường tiêu hoá. Tỷ lệ thành công kỹ thuật phụ thuộc vào dụng cụ nội soi và kinh nghiệm. **Mục tiêu:** Nghiên cứu này được tiến hành nhằm đánh giá kết quả và an toàn của NSMTND điều trị viêm đường mật cấp do sỏi OMC ở bệnh nhân cắt đoạn dạ dày nối Billroth II. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu 42 bệnh nhân được chẩn đoán viêm đường mật cấp do sỏi OMC đã có tiền sử cắt đoạn dạ dày nối Billroth II trước đó, được NSMTND điều trị tại Bệnh viện TƯQĐ 108 trong thời gian từ tháng 6/2018- 07/2022. **Kết quả:** Có 42 bệnh nhân trong nghiên cứu với tuổi trung bình là $75,3 \pm 11,6$ (nhỏ nhất: 44, lớn nhất: 99); tỉ lệ nam/ nữ là 2,5/ 1. Có 90,5% (38/42) bệnh nhân có tiền sử cắt dạ dày nối Billroth II do nguyên nhân lành tính trước đó. Có 85,7% (36/42) bệnh nhân miệng nối Billroth II hoạt động trên 5 năm. Có 88,1 % (37/42) bệnh nhân được can thiệp thông nhú thành công, trong đó có 73% trường hợp lấy hết sỏi trong lần can thiệp đầu tiên. Tỷ lệ dùng ống nội soi dạ dày và ống nội soi nhìn bên lần lượt là 67,6% và 32,4%. Can thiệp cơ Oddi bằng nong bóng nhú lớn là 89,2% bệnh nhân. Tỷ lệ biến chứng sau can thiệp lần lượt là viêm tụy cấp (9,4%); chảy máu tiêu hoá (4,8%); thủng ruột non (2,4%). Không có tai biến vô cảm và không có trường hợp nào tử vong. **Kết luận:** NSMTND điều trị lấy sỏi hoặc đặt stent đường mật bằng các dụng cụ nội soi sẵn có là khả thi và an toàn trong điều trị viêm đường mật cấp do sỏi OMC ở bệnh nhân đã cắt dạ dày nối Billroth II.

Từ khóa: Nội soi mật tụy ngược dòng, sỏi ống mật chủ, viêm đường mật cấp, cắt dạ dày kiểu Billroth II.

I. Đặt vấn đề

Viêm đường mật cấp do sỏi OMC là một cấp cứu nội, ngoại khoa hay gặp. Bệnh có tỉ lệ biến chứng và tử vong cao nếu không được chẩn đoán sớm và điều trị kịp thời. Dẫn lưu giảm áp và lấy sỏi đường mật là một trong những nguyên tắc chính điều trị viêm đường mật cấp do sỏi OMC. Ngày nay, NSMTND điều trị được coi là phương pháp ưu việt nhất vì can thiệp qua đường tự nhiên, thời gian can thiệp và nằm viện ngắn, tỉ lệ thành công cao, ít sang chấn, hồi phục nhanh, chi phí thấp. Tuy nhiên, ở bệnh nhân đã cắt dạ dày nối Billroth II thì thực hiện NSMTND truyền thống với ống soi tá tràng nhìn bên khó khăn vì giải phẫu đường tiêu hoá trên bị thay đổi, khó đưa ống soi vào đúng quai tới; khó tiếp cận và thông nhú thành công; khó can thiệp cơ Oddi và thực hiện các thủ thuật NSMTND như thông thường. Hiện nay, có nhiều loại máy nội soi được cải tiến để thực hiện ERCP ở bệnh nhân cắt đoạn dạ dày nối Billroth II như máy nội soi nhìn trước có dùng cap, máy nội soi nhìn bên, máy nội soi nhìn chếch, máy

nội soi ruột non bóng đơn, máy soi ruột non bóng kép, tuy nhiên, kết quả nghiên cứu còn khác nhau và cỡ mẫu còn nhỏ. Nghiên cứu này được tiến hành nhằm đánh giá kết quả và tính an toàn lấy sỏi OMC và hoặc đặt stent ống mật chủ ở bệnh nhân đã cắt dạ dày nối Billroth II bằng NSMTND.

II. Đối tượng - phương pháp nghiên cứu

Đối tượng

Các bệnh nhân chẩn đoán viêm đường mật cấp do sỏi OMC có tiền sử cắt đoạn dạ dày nối Billroth II được chỉ định điều trị lấy sỏi và hoặc stent đường mật bằng NSMTND tại Bệnh viện TƯQĐ 108 từ tháng 6/2018 - 07/2022

Phương pháp

Mô tả cắt ngang, hồi cứu kết hợp tiến cứu.

Tiêu chuẩn chọn bệnh

- Có tiền sử mổ cắt đoạn dạ dày nối Billroth II trên 6 tháng

- Được xác định chẩn đoán viêm đường mật cấp do sỏi OMC theo tiêu chuẩn Tokyo guideline 2018 và có chỉ định NSMTND điều trị.

Tiêu chuẩn loại trừ

- Các trường hợp chống chỉ định nội soi đường tiêu hoá trên, có bệnh lý ác tính mật tụy, sỏi ống mật chủ có biến chứng ngoại khoa hoặc tình trạng sức khoẻ nguy kịch.

Các bước tiến hành nghiên cứu

- Khám lâm sàng, chỉ định các xét nghiệm cận lâm sàng gồm: công thức máu, đông máu, sinh hoá máu (ure, creatinin, AST, ALT, Bilirubin TP, Bilirubin TT,) gồm (nêu các chỉ số xét nghiệm cần làm) để chọn lựa các đối tượng bệnh nhân bị viêm đường mật do sỏi ống mật chủ đã cắt dạ dày kiểu Billroth II vào nghiên cứu.

- Hoàn thiện bộ hồ sơ bệnh án cho can thiệp, giải thích cho bệnh nhân về lợi ích, nguy cơ tai biến, biến chứng.

- Vô cảm: các bệnh nhân đều được tiền mê bằng diazepam và pethidin, giảm nhu động ruột bằng buscopan.

- Thực hiện kỹ thuật NSMTND bằng ống nội soi dạ dày CV 170 (hãng Olympus, Nhật Bản): Bệnh nhân nằm nghiêng trái hoặc nằm sấp, thở oxy gọng kính 2 lít/phút; các chỉ số sinh tồn bao gồm nhịp tim, tần số thở, độ bão hoà oxy được theo dõi qua monitor trong suốt quá trình can thiệp; ERCP được bắt đầu: đưa ống soi qua miệng nối vào quai tới, nhìn thấy nhú Vater, sau đó tiếp cận nhú, tiến hành thông nhú như kỹ thuật NSMTND bình thường, nong rộng cơ oddi và tiến hành lấy sỏi hoặc đặt stent đường mật. Trường hợp quai tới dài, ống soi dạ dày không tiếp cận được, tiến hành soi bằng ống soi đại tràng CV 170 (hãng Olympus, Nhật Bản). Nếu tiếp cận nhú khó khăn, đặt guidewire dẫn đường, luồn ống soi nhìn bên CV 170 (hãng Olympus, Nhật Bản) và thực hiện can thiệp.

- Đánh giá kết quả kỹ thuật, các tai biến, biến chứng có thể xảy ra như kỹ thuật NSMTND thông thường

+ Thành công kỹ thuật: khi tiếp cận và thông nhú thành công.

+ Thành công về lâm sàng: khi lấy được sỏi OMC hoặc đặt được stent vào đường mật.

+ Viêm tụy cấp sau ERCP: Đau bụng mới xuất hiện hoặc đau bụng trầm trọng hơn và Amylase máu hoặc Lipase máu tăng ≥ 3 lần giới hạn trên bình thường kéo dài quá 24 giờ sau can thiệp.

+ Chảy máu sau ERCP: thấy máu chảy trong khi can thiệp hoặc đi ngoài phân đen, biểu hiện thiếu máu, huyết sắc tố giảm > 2 g/dl

+ Thủng tạng rỗng sau ERCP: Chẩn đoán xác định khi nhìn thấy lỗ thủng trong khi đang can thiệp hoặc trên lâm sàng bệnh nhân đau bụng tăng, khám có phản ứng cơ thành bụng và cảm ứng phúc mạc; chụp XQ bụng không chuẩn bị tư thế đứng thấy liềm hơi dưới cơ hoành

+ Tăng men tụy không triệu chứng: tình trạng tăng men tụy kéo dài trên 24 giờ sau can thiệp nhưng không có triệu chứng đau bụng trên lâm sàng.

- Xử lý số liệu: bằng phần mềm SPSS 20.2. giá trị $p < 0,05$ được coi là có ý nghĩa thống kê.

III. Kết quả

Đặc điểm chung đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm các bệnh nhân tham gia nghiên cứu thể hiện trong bảng 1. Tuổi trung bình các bệnh nhân $75,3 \pm 11,6$ năm, tỷ lệ nam/ nữ 2,5/1. Phần lớn bệnh nhân viêm đường mật cấp do sỏi mức độ nhẹ (57,1%). Kích thước sỏi < 20 mm chiếm 90,5% tổng số bệnh nhân. (Bảng 1)

Kết quả điều trị sỏi OMC qua ERCP

Trong số 42 bệnh nhân sỏi OMC có phẫu thuật cắt đoạn dạ dày nối Billroth II trước đó được can thiệp ERCP, tỷ lệ tiếp cận thành công nhú 92,8%, thông nhú thành công đạt 94,9%, thành công chung về kỹ thuật đạt 88,1%. Về mặt lâm sàng, tỷ lệ lấy hết sỏi là 73%, đặt stent đường mật 13,5% và lấy sỏi kết hợp đặt stent đường mật 13,5%, thành công chung về lâm sàng 88,1%. Ống soi dạ dày được sử dụng chính để lấy sỏi OMC với tỷ lệ 67,6% (Bảng 2) (Bảng 3).

Cải thiện về triệu chứng lâm sàng và xét nghiệm trước - sau khi can thiệp thể hiện trong bảng 4. Yếu tố viêm (bạch cầu), men gan và bilirubin đều giảm có ý nghĩa thống kê so với trước khi can thiệp.

Bảng 1. Một số đặc điểm chung của nhóm nghiên cứu

Đặc điểm	n	Tỉ lệ (%)
Tuổi ($X \pm SD$)	75,3 $\pm$ 11,6	
Tỉ lệ nam / nữ	2,5/1	
Nguyên nhân cắt dạ dày:		
Bệnh lành tính	38	90,5
Bệnh ác tính	4	9,5
Thời gian hoạt động Billroth II:		
Trên 5 năm	36	85,7
Dưới 5 năm	6	14,3
Mức độ viêm đường mật		
Nhẹ	24	57,1
Vừa	15	35,7
Nặng	3	7,1
Kích thước sỏi		
< 10 mm	9	21,4
10 - 20 mm	24	57,1
> 20 mm	4	9,5

Bảng 2. Tỉ lệ thành công của kỹ thuật

Kết quả	Số BN	Tỉ lệ (%)
Thành công về kỹ thuật	37/42	88,1
Tiếp cận nhú	39/42	92,8
Thông nhú	37/39	94,9
Thành công về lâm sàng	37/42	88,1
Lấy hết sỏi	27	73,0
Đặt stent đường mật	5	13,5
Lấy sỏi + đặt stent đường mật	5	13,5

Bảng 3. Đặc điểm liên quan đến quy trình NSMTND ở bệnh nhân cắt dạ dày Billroth II

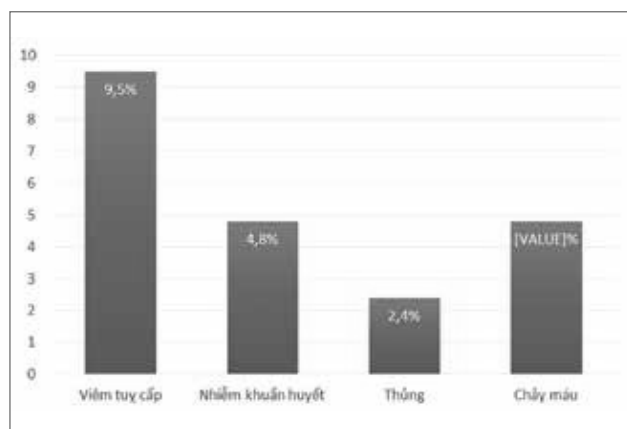
Đặc điểm	n	Tỉ lệ (%)
Ống nội soi thông nhú:		
Dạ dày	25	67,6
Nhìn bên	12	32,4
Can thiệp cơ Oddi:		
Nong bóng	33	89,2
Cắt trước bằng dao kim	14	37,8
Dụng cụ lấy sỏi:		
Rọ	20	64,5
Bóng	2	6,5
Bóng + rọ	9	39
Tán sỏi	14	43,8

Bảng 4. Kết quả về xét nghiệm trước và sau can thiệp 24 giờ

Triệu chứng	Trước can thiệp	Sau can thiệp 24h	p
Bạch cầu (G/l) ($X \pm SD$)	$12,5 \pm 5,2$	$8,7 \pm 3,5$	< 0,001
Bilirubin TP ($\mu\text{mol/l}$) Median (Q1 - Q3)	52,3 (35,9 - 85,8)	27,5 (19,7 - 51,4)	< 0,001
AST (U/l) Median (Q1 - Q3)	138,4 (74,1 - 318,6)	37,6 (32,5 - 87,0)	< 0,001
ALT (U/l) Median (Q1 - Q3)	121,2 (69,5 - 200,0)	48,1 (30,5 - 90,5)	< 0,001

Tính an toàn của kỹ thuật ERCP

Các biến cố bất lợi xảy ra ở 7 bệnh nhân (16,7%) được can thiệp ERCP lấy sỏi OMC, trong đó, tỷ lệ viêm tụy cấp sau can thiệp 9,5%, thủng tạng rỗng 2,4% và chảy máu tiêu hoá 4,8% (Biểu đồ 1).



Biểu đồ 1: Tỷ lệ bệnh nhân có tai biến, biến chứng sau ERCP (n = 42)

IV. Bàn luận

Lấy sỏi mật ở bệnh nhân cắt dạ dày nối Billroth II là một kỹ thuật phức tạp và tiềm ẩn nhiều rủi ro do giải phẫu bị thay đổi trong phẫu thuật. Các nhà can thiệp sẽ gặp khó khăn khi đặt ống nội soi thành công vào quai tới và tiếp cận nhú Vater do quai tới dài, hay giải phẫu quai tới tạo thành vòng lặp, vị trí nút Vater đảo ngược. Để thực hiện thành công NSMTND ở bệnh nhân cắt đoạn dạ dày Billroth II cần vượt qua 3 trở ngại lớn: (1) cách tiếp cận nhú Vater với ống nội soi, (2) can thiệp cơ Oddi và (3) độ tin cậy của qui trình bao gồm kỹ thuật khéo léo và sự sẵn có của các thiết bị. Nội soi nhìn chếch, nội soi nhìn bên, nội soi dạ dày nhìn trước và nội soi đa góc, nội soi ruột non bóng đơn, nội soi ruột non bóng đôi đã được báo cáo trong nhiều nghiên cứu về NSMTND cho bệnh nhân cắt dạ dày nối Billroth II. Trong nghiên cứu, chúng tôi chọn ống nội soi có sẵn là ống nội soi nhìn trước dạ dày, đại tràng và ống nội soi nhìn bên để thực hiện kỹ thuật.

Ống nội soi nhìn trước có chiều dài làm việc dài và cho phép người vận hành đi vào quai tới một cách dễ dàng an toàn vì khả năng nhìn thấy mặt trong của lòng ruột. Tuy nhiên cách tiếp cận với nhú lại đặc biệt khó khăn vì khó lấy được hình ảnh trực diện. Hơn nữa khả năng tiếp cận và thông nhú cũng bị hạn chế do thiếu elevator. Do đó tỷ lệ tiếp cận nhú của ống nội soi nhìn trước tương đối cao nhưng khả năng thông nhú thấp hơn. Ngược lại ống nội soi nhìn bên có chiều dài làm việc ngắn hơn có kênh làm việc lớn hơn và có elevator. Tuy nhiên thực tế là do không nhìn thấy mặt bên gây khó khăn cho việc đi vào quai tới một cách an toàn, nguy cơ thủng ruột non liên quan đến NSMTND bằng máy nhìn bên cũng được ghi nhận cao hơn. Elevator giúp dễ dàng điều chỉnh ống dẫn mong muốn một cách chọn lọc và kênh làm việc lớn hơn giúp dễ dàng đạt được thành công trong điều trị. Từ đánh giá những ưu nhược điểm của các loại ống soi sẵn có trong cơ sở nghiên cứu, việc tận dụng ưu thế và linh hoạt cả 2 loại ống soi giúp tăng tỷ lệ thành công trong nghiên cứu của chúng tôi cũng như hạn chế các biến chứng bất lợi đặc biệt là biến chứng mang tính nghiêm trọng đe dọa tính mạng người bệnh như thủng ruột, viêm tụy cấp nặng hay chảy máu tiêu hoá nặng. Tỷ lệ sử dụng ống soi nhìn thẳng và nhìn bên trong nghiên cứu là 67,6% và 32,4%.

Kỹ thuật cắt cơ Oddi trong trường hợp Billroth II là khó khăn do vị trí giải phẫu nhú Vater bị đảo ngược. Khó khăn của kỹ thuật cắt cơ vòng theo hướng tối ưu có liên quan đến nguy cơ tai biến, biến chứng thủng ruột và chảy máu tiêu hoá. Vì vậy đã có nhiều nỗ lực trong việc can thiệp cơ vòng hiệu quả và an toàn. Ngày nay các dụng cụ cơ vòng chuyên dụng cho giải phẫu Billroth II như cơ vòng ngược, cơ vòng hình chữ S được phát triển và sử dụng rộng rãi. Tuy nhiên, dụng cụ này không phổ biến tại Việt Nam. Nong cơ Oddi bằng bóng lớn được các chuyên gia ưu tiên lựa chọn gần đây tỏ ra an toàn và hiệu quả hơn. Trong nghiên cứu chúng tôi can thiệp cơ Oddi

bằng việc nong bóng lớn ở 89,2% bệnh nhân thông nhú thành công. Đây là điểm khác biệt cơ bản với NSMTND “truyền thống”, lựa chọn can thiệp cắt cơ Oddi bằng dao cung là chủ yếu. Cách can thiệp cơ Oddi của chúng tôi cũng đã được nhiều tác giả nước ngoài lựa chọn và đánh giá hiệu quả độ an toàn kỹ thuật cao [1, 2]. Việc thực hiện cắt trước bằng dao kim được thực hiện trên những ca khó thông nhú vào đường mật. Có 14/37 ca được cắt trước bằng dao kim chiếm tỉ lệ 38,4%.

Trong nghiên cứu này, chúng tôi ưu tiên sử dụng dụng cụ lấy sỏi bằng bóng (64,5%). Nguyên nhân là do biến đổi giải phẫu sau cắt dạ dày nối Billroth II làm quá trình thông nhú khó khăn nên chúng tôi chủ động giữ Guidewire và ưu tiên lấy sỏi bằng bóng thuận lợi hơn lấy sỏi bằng rọ. Hơn nữa việc lấy sỏi bằng bóng giúp làm sạch các vụn sỏi và bùn sỏi trong đường mật triệt để hơn. Các viên sỏi được đánh giá kích thước to đều được chủ động tán vụn trước khi được lấy ra bằng bóng kéo sỏi.

Tỷ lệ điều trị thành công ở những bệnh nhân đã trải qua phẫu thuật cắt dạ dày nối Billroth II dao động từ 76,2% đến 91,7% với ống soi nhìn bên và từ 62,5% đến 91,7% với ống soi nhìn trước [3]. Ngoài sự khác biệt về kỹ thuật nội soi, kinh nghiệm của bác sĩ nội soi, thiết kế nghiên cứu, sử dụng kỹ thuật can thiệp cắt cơ thất và nong bóng nhú nội soi, chỉ định NSMTND, và sự khác biệt về số lượng bệnh nhân trong nghiên cứu góp phần vào tỷ lệ thành công đa dạng. Nghiên cứu của Li JS và cs (2020) với $n = 227$ bệnh nhân cắt dạ dày Billroth II được chỉ định lấy sỏi ống mật chủ qua NSMTND, tỉ lệ thành công về kỹ thuật đạt 77,5%; tỉ lệ tiếp cận nhú và thông nhú thành công lần lượt là 84,1% và 92,1% [4]. Trong nghiên cứu này, tỷ lệ thành công về kỹ thuật và tỷ lệ thành công về lâm sàng đều đạt 88,1%; tỉ lệ tiếp cận nhú và thông nhú thành công lần lượt là 92,8% và 94,9%. Kết quả trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn so với nghiên cứu của Li JS và cs dù kinh nghiệm can thiệp của chúng tôi còn

hạn chế khi thực hiện kỹ thuật NSMTND trên nhóm bệnh nhân có giải phẫu thay đổi. Dụng cụ can thiệp nội soi chỉ có các dụng cụ cơ bản để can thiệp NSMTND truyền thống bằng máy nhìn bên. trong kỹ thuật nội soi, máy nội soi dạ dày gần cấp được ưu tiên sử dụng để tiếp cận nhú vater. Những trường hợp quan sát nhú thuận lợi, sẽ tiến hành tiếp cận và thông nhú. Trường hợp quan sát nhú bị hạn chế tầm nhìn, khó khăn cho thông nhú chúng tôi trải guidewire dẫn đường và luồn máy nhìn bên, thực hiện thông nhú bằng ống nội soi nhìn bên. Chính sự vận dụng linh hoạt này giúp cho thành công kỹ thuật tăng lên đáng kể.

Chúng tôi gặp thất bại ở 5 trường hợp bệnh: 1 trường hợp do miệng nối hẹp không thể luồn được ống soi vào quai tới, 2 trường hợp quai tới dài không quan sát thấy núm vater, 2 trường hợp không thể tiếp cận và thông nhú thành công. 2 trường hợp thất bại, điều trị nội khoa bằng kháng sinh bệnh nhân diễn biến ổn định, ra viện, hẹn can thiệp lấy sỏi lần sau. 3 trường hợp sau tình trạng viêm đường mật không thể kiểm soát tốt bằng điều trị nội khoa, đều chọn chuyển phẫu thuật.

Tỉ lệ lấy hết sỏi trong lần can thiệp đầu thành công trong nghiên cứu của chúng tôi là 73%, thấp hơn trong nghiên cứu khác trong nước về điều trị sỏi OMC bằng NSMTND ở nhóm bệnh nhân có giải phẫu nguyên bản: Quách Trọng Đức tỉ lệ lấy hết sỏi 82% [5], Lê Đức Phúc có tỉ lệ lấy hết sỏi 92,4% [6]. Tuy nhiên, khi so sánh với các nghiên cứu khác trên thế giới ở nhóm đã cắt dạ dày nối Billroth II tỉ lệ lấy sỏi thành công trong lần đầu tiên dao động 76,7% - 90,0% [1, 7], kết quả của chúng tôi có tỉ lệ gần tương đương. Vì trong nghiên cứu của chúng tôi NSMTND được thực hiện trên nhóm bệnh nhân có viêm đường mật cấp do sỏi OMC nên ưu tiên đầu tiên là giải quyết lưu thông mật. Do đó có 13,5% bệnh nhân chỉ đặt stent ống mật chủ mà không thực hiện lấy sỏi. Việc loại bỏ sỏi OMC sẽ được thực hiện ở thì 2 sau khi tình trạng toàn thân bệnh nhân ổn định.

Hiệu quả của kỹ thuật còn được đánh giá bằng mức độ cải thiện triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng sau can thiệp. Tất cả 42 bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi nhập viện trong tình trạng đang có viêm đường mật cấp do sỏi. Do đó điều trị cơ bản được tiến hành ngay từ thời điểm nhập viện bằng kháng sinh phổ rộng kết hợp giãn cơ trơn. Tình trạng nhiễm khuẩn có thể được kiểm soát 1 phần nhưng không thể kiểm soát hoàn toàn do nguyên nhân gây bệnh không được loại bỏ, triệu chứng của bệnh không thể hết hoàn toàn. NSMTND vừa dẫn lưu dịch mật viêm, giải quyết lưu thông đường mật, giảm tình trạng nhiễm khuẩn vừa lấy sỏi để loại bỏ nguyên nhân gây bệnh. Hiệu quả của kỹ thuật được đánh giá ngay sau khi can thiệp được thực hiện thành công. Trong nghiên cứu của chúng tôi, NSMTND được thực hiện vào thời điểm thích hợp tùy vào đánh giá của bác sỹ điều trị và tình trạng của bệnh nhân. Giảm đau giảm sốt trên lâm sàng, giảm các chỉ số viêm và men gan AST, ALT, bilirubin TP, bilirubin TT đáng kể sau 24 giờ can thiệp, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$.

Các lỗ thủng ruột non đặc biệt là thủng quai tới được báo cáo là nghiêm trọng và đe dọa tính mạng bệnh nhân. Tỷ lệ thủng ruột non được báo cáo qua các nghiên cứu trước đây là 1,8% đến 10,2% [3]. Trong nghiên cứu của chúng tôi chỉ gặp 1 trường hợp thủng ruột non (2,4%). Đây là bệnh nhân nữ 83 tuổi, được tiếp cận nhú bằng ống nội soi nhìn bên, tai biến thủng được quan sát thấy khi đẩy ống soi qua vị trí quai ruột dính, di động kém. Chúng tôi phát hiện ngay trong khi đang thực hiện kỹ thuật luồn ống soi vào quai tới nên đã tiến hành kẹp 8 clip vào thành ruột khâu lỗ thủng. Bệnh nhân ổn định sau thủ thuật, không phải chuyển phẫu thuật. Có 2 trường hợp (4,8%) có biến chứng chảy máu đều liên quan đến cắt cơ thắt trước bằng dao kim. Điều trị nội khoa bảo tồn thành công và không cần can thiệp phẫu thuật. Theo các báo cáo trước đây, cắt trước bằng dao kim làm gia tăng nguy cơ chảy máu sau

NSMTND do việc điều chỉnh hướng dao cắt khó khăn. Tuy nhiên, chúng tôi nhận thấy rằng cắt dạ dày nối Billroth II làm quá trình thông nhú gặp nhiều khó khăn, kỹ thuật cắt trước bằng dao kim sẽ tạo điều kiện thuận lợi hơn để thông nhú. Kỹ thuật này nên được thực hiện bởi các chuyên gia nội soi có nhiều kinh nghiệm.

Tỷ lệ biến chứng gặp phổ biến trong nghiên cứu của chúng tôi là viêm tụy cấp (9,5%). Viêm tụy cấp liên quan đến NSMTND được báo cáo ở 3,47% - 15% bệnh nhân có giải phẫu bình thường và 0,5% - 7,9% những bệnh nhân có giải phẫu thay đổi. Có sự khác biệt này có thể do là độ tuổi vào nghiên cứu khác nhau và tình trạng bệnh nhân lựa chọn vào nghiên cứu của chúng tôi 100% đều đang có tình trạng viêm đường mật cấp. Tuy nhiên, tất cả các trường hợp viêm tụy cấp chúng tôi gặp đều nhẹ và tự ổn định.

V. Kết luận

NSMTND ở bệnh nhân đã cắt đoạn dạ dày nối Billroth II điều trị viêm đường mật cấp do sỏi OMC hoàn toàn có thể thực hiện được bằng ống nội soi nhìn thẳng và nhìn bên thông thường với các dụng cụ can thiệp sẵn có với tỷ lệ thành công kỹ thuật tương đối cao và tỷ lệ tai biến biến chứng chấp nhận được.

Tài liệu tham khảo

1. Kim, K.H. and T.N. Kim, Endoscopic papillary large balloon dilation for the retrieval of bile duct stones after prior Billroth II gastrectomy. *Saudi J Gastroenterol*, 2014. 20(2): p. 128-33.
2. Li, T., et al., Long-term outcomes of endoscopic papillary balloon dilation for removal of bile duct stones in Billroth II gastrectomy patients. *Hepatobiliary Pancreat Dis Int*, 2018. 17(3): p. 257-262.
3. Caglar, E., et al., Experience of the Endoscopists Matters in Endoscopic Retrograde Cholangiopancreatography in Billroth II Gastrectomy Patients. *Clin Endosc*, 2020. 53(1): p. 82-89.
4. Li, J.S., et al., Predictive factors for extraction of common bile duct stones during endoscopic

- retrograde cholangiopancreatography in Billroth II anatomy patients. *Surg Endosc*, 2020. 34(6): p. 2454-2459.
5. Quách Trọng Đức, et al., Hiệu quả của nội soi mật tụy ngược dòng với gây mê nội khí quản trong điều trị sỏi ống mật chủ ở người cao tuổi. *Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh*, 2014. 18: p. 418 - 423.
 6. Vũ Đức Thụ, Nghiên cứu ứng dụng phẫu thuật nội soi kết hợp nội soi đường mật trong điều trị sỏi đường mật., in *Luận án tiến sĩ y học*. Năm 2020: Viện nghiên cứu khoa học y dược lâm sàng 108.
 7. Li, J.S., et al., Endoscopic retrograde cholangiopancreatography in Billroth II gastrectomy patients: Outcomes and potential factors affecting technical failure. *Saudi J Gastroenterol*, 2019. 25(6): p. 355-361.