

nốt loạn dưỡng, sau mổ vết mổ nhiễm trùng nông ngoài da, bệnh nhân được cắt chỉ vết mổ, thay băng hàng ngày và dùng kháng sinh kết hợp, sau đó vết thương ổn định hết mủ, liền tốt. Nghiên cứu của Trần Văn Quân⁷ tỷ lệ bệnh nhân nhiễm trùng vết mổ 2,6%. Nghiên cứu của Lê Thanh Sơn⁶ gặp 11,4% bệnh nhân bị nhiễm trùng. Nghiên cứu của chúng tôi không có trường hợp nào nhiễm trùng sâu phải tháo bỏ dụng cụ kết hợp xương. Để đạt được kết quả như vậy là do các bác sỹ đã khám tỉ mỉ và đánh giá thương tổn phần mềm chính xác, đưa ra phương pháp điều trị trước mổ phù hợp với tình trạng phần mềm của bệnh nhân. Việc phẫu thuật bệnh nhân trong khi phần mềm vùng gối còn loạn dưỡng, còn nốt phỏng nước sẽ dẫn đến hậu quả xấu là hoại tử da hoặc nhiễm trùng lộ nẹp. Về đánh giá kết quả nắn chỉnh xương chúng tôi căn cứ vào kết quả X-quang sau mổ phục hồi giải phẫu mâm chày. Kết quả nắn chỉnh đạt tốt là 32 bệnh nhân chiếm 91,4%.

4.3. Đánh giá kết quả sau phẫu thuật 6 tháng: Đây là những tiêu chuẩn khá toàn diện về phục hồi chức năng khớp gối sau phẫu thuật. Hầu hết các bệnh nhân ở thời điểm kiểm tra kết quả sau 6 tháng chúng tôi đều thấy đi bộ và lên xuống cầu thang bình thường. Có 6 bệnh nhân khi bước lên cầu thang phải vịn tay (13,3%). Hầu hết bệnh nhân có thể trở lại làm công việc cũ, chỉ có 2 bệnh nhân có khó khăn hơn (5,7%). Các bệnh nhân còn hạn chế về chức năng khi đi bộ và khả năng làm việc đều bị gãy mâm chày loại VI. Điều đó chứng tỏ việc điều trị loại gãy này vẫn còn nhiều khó khăn. Theo dõi sau 6 tháng với kết quả phục hồi chức năng tốt và khá là 94,2% theo phân loại của Rasmussen. Kết quả của chúng tôi tương đương với một số tác giả khác như Nguyễn Xuân Thùy⁴ (2015), Lê Thanh

Sơn⁶ (2018), Đào Xuân Thành⁸ (2021) cũng cho kết quả tốt, khá lần lượt là 96,4%, 94,2%, 94%. Tuy nhiên, số lượng bệnh nhân của chúng tôi còn chưa nhiều, thời gian nghiên cứu còn ngắn nên một số yếu tố liên quan đến chức năng chưa đánh giá được như thoái hóa khớp. Vì vậy cần có nghiên cứu dài hơn, số lượng lớn hơn để đánh giá vai trò của nẹp khóa trong điều trị gãy kín mâm chày.

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật kết hợp xương gãy mâm chày bằng nẹp vít khóa đem lại kết quả nắn chỉnh xương về giải phẫu và phục hồi chức năng tốt. Do đó thêm một lựa chọn phẫu thuật kết hợp xương cho bệnh nhân.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Hữu Tuyên. Góp phần nghiên cứu về chẩn đoán và điều trị vỡ mâm chày tại bệnh viện Việt Đức (1994 - 1996). 1997.
2. Nguyễn Văn Hoà. Đánh giá kết quả điều trị gãy kín mâm chày bằng kết hợp xương nẹp vít tại bệnh viện Việt Đức (2003 - 2005). 2005.
3. Lương Đình Lâm. Điều trị gãy mâm chày phức tạp bằng kết hợp tối thiểu và cố định ngoài Ilizarov. 2005.
4. Nguyễn Xuân Thùy. Đánh giá kết quả điều trị gãy kín mâm chày theo phân loại Schatzker V, VI bằng nẹp khóa tại Bệnh viện Việt Đức. 2016.
5. Trần Văn Thuận. Đánh giá kết quả phẫu thuật kết hợp xương nẹp vít khóa điều trị gãy kín mâm chày Schatzker III, IV tại khoa Chấn thương Chính hình Nghệ An. 2023.
6. Lê Thanh Sơn. Đánh giá kết quả phẫu thuật gãy mâm chày bằng nẹp vít khóa tại bệnh viện Thanh Nhân. 2018.
7. Trần Văn Quân. Đánh giá kết quả phẫu thuật kết hợp xương điều trị gãy kín mâm chày tại Bệnh viện Hữu Nghị Đa Khoa Nghệ An. 2023.
8. Đào Xuân Thành, Huonn Bounna, Nguyễn Văn Hoat. Đánh giá kết quả phẫu thuật kết hợp xương bằng nẹp vít điều trị gãy kín mâm chày tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội. 2021.

KẾT QUẢ TÁN SỎI ĐƯỜNG MẬT XUYÊN GAN QUA DA ĐIỀU TRỊ SỎI ĐƯỜNG MẬT CHÍNH TẠI BỆNH VIỆN BÃI CHÁY TỪ 2021 ĐẾN 2023

Nguyễn Thái Bình¹, Nguyễn Thái Bình²

TÓM TẮT

¹Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Vinmec Hạ Long

²Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thái Bình

Email: nguyenthainh@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 8.5.2024

Ngày phản biện khoa học: 20.6.2024

Ngày duyệt bài: 19.7.2024

Mục tiêu: Đánh giá kết quả của phương pháp tán sỏi đường mật xuyên gan qua da bằng Laser tại bệnh viện (BV) Bãi Cháy. **Đối tượng NC:** gồm 55 bệnh nhân (BN) được chẩn đoán sỏi đường mật chính, được điều trị tán sỏi đường mật qua da xuyên gan bằng lasertừ tháng 1/2021 đến tháng 6/2023. **Phương pháp NC:** Mô tả hồi cứu **Kết quả:** Gồm 55 BN với độ tuổi trung bình của BN là $59,4 \pm 16,4$. Tỷ lệ nữ/nam là 1,6/1. Có 45 BN hết sỏi sau tán sỏi lần 1 chiếm tỷ lệ 81,8%, 10 BN còn sỏi chiếm tỷ lệ 18,2%. Thời gian trung bình để thực hiện phương pháp tán

sỏi là 106 ± 51 phút và thời gian nằm viện trung bình là 17,4 ± 7,2 ngày. Có tổng cộng 6 trường hợp gặp biến chứng, chiếm tỷ lệ 10,9%, trong đó có tràn dịch khoang màng phổi, tụ dịch dưới bao gan, và áp xe tồn dư. Tất cả sỏi được phát hiện đều là sỏi bilirubin, và kết quả nuôi cấy vi khuẩn cho thấy dịch mật dương tính chiếm tỷ lệ 85,2%. **Kết luận:** Dựa trên các kết quả thu được, phương pháp tán sỏi đường mật qua da xuyên gan bằng Laser được xác nhận là một phương pháp hiệu quả và an toàn.

Từ khóa: Tán sỏi qua da, laser, sỏi đường mật

SUMMARY

RESULTS OF PERCUTANEOUS TRANSHEPATIC LITHOTRIPSY IN TREATMENT OF BILIARY STONES AT BAI CHAY HOSPITAL FROM 2021 TO 2023

Purpose: This study aimed to evaluate the outcomes of percutaneous transhepatic cholangioscopic lithotripsy (PTCS-L) using laser at Bai Chay Hospital. **Patients and Method:** Our study conducted 55 patients who have biliary stones intrahepatic and intra common bile duct and underwent PTCS-L from January 2021 to June 2023. **Results:** In this study, 55 patients were enrolled with the average age of the patients was 59.4 ± 16.4 years old, with a female-to-male ratio of 1.6:1. Clearance totally of stones in 45 patients (81,8%) and nearly clearance in 10 patients (18,2%). The mean procedure time for lithotripsy was 106 ± 51 minutes, and the average length of hospital stay was 17.4 ± 7.2 days. Complications accounting for 6 cases (10.9%), including pleural effusion, subcapsular biloma, and residual stone impaction. Bilirubin stones were found in all patients, and positive bile fluid culture rate in bacterial culture results in 85.2% cases. **Conclusion:** Based on the findings, percutaneous transhepatic cholangioscopic lithotripsy using laser was confirmed to be an effective and safe in treatment of biliary stones. **Keywords:** Percutaneous lithotripsy, Laser, biliary stones

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sỏi mật là một trong những bệnh lý phổ biến nhất của hệ tiêu hóa. Tỷ lệ mắc sỏi mật trung bình ở các quốc gia 3-15%. Có sự khác biệt về tỷ lệ mắc sỏi mật ở các quốc gia và các chủng tộc khác nhau trên thế giới. Tại Việt Nam, tỷ lệ mắc sỏi mật dao động từ 2,14 đến 6,11%[1]. Đặc biệt của sỏi mật ở Việt Nam và các quốc gia châu Á khác là tỷ lệ sỏi trong gan khá cao, lên đến 61% [2].

Tại Bv Bãi Cháy, hằng năm điều trị cho hơn 200 trường hợp sỏi mật. Bên cạnh phẫu thuật kinh điển mở OMC lấy sỏi. Bv đã triển khai nội soi mật tụy ngược dòng lấy sỏi OMC đoạn thấp, phẫu thuật nội soi ổ bụng mở OMC kết hợp nội soi đường mật trong mổ. Tuy nhiên với nhiều trường hợp đã có tiền sử phẫu thuật, sỏi tái phát nhiều lần thì các phương pháp trên gặp nhiều

khó khăn. Phương pháp tán sỏi mật qua da bằng Laser đã cải thiện được tỷ lệ sỏi sỏi và bảo tồn được nhu mô gan. Bv Bãi Cháy là bv đầu tiên triển khai kỹ thuật này tại tỉnh Quảng ninh. Vì vậy chúng tôi tiến hành NC này nhằm đánh giá kết quả ban đầu tại Bv Bãi Cháy

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng Nghiên cứu

Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân

- Các BN được chẩn đoán sỏi đường mật chính bao gồm sỏi trong gan và hoặc sỏi ống mật chủ.

- Được điều trị tán sỏi đường mật qua da xuyên gan từ tháng 1/2021 đến tháng 6/2023 tại Bv Bãi Cháy – Quảng Ninh

Tiêu chuẩn loại trừ

- BN không có đầy đủ hồ sơ bệnh án và thông tin khám lại

- Được điều trị sỏi mật bằng phương pháp can thiệp khác trong quá trình nằm viện

- BN không đồng ý tham gia NC

2.2. Phương pháp NC: Mô tả hồi cứu.

Phương pháp chọn mẫu: Chọn mẫu thuận tiện, n= 55.

2.3. Thu thập và xử lý số liệu. Số liệu

được thu thập theo bệnh án mẫu và được xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0. So sánh các đặc điểm về tỷ lệ của nhóm NC bằng, kiểm định sự khác biệt bằng test chi-square, test Fisher's. Kết quả được xem là có ý nghĩa thống kê khi p<0.05 với độ tin cậy 95%.

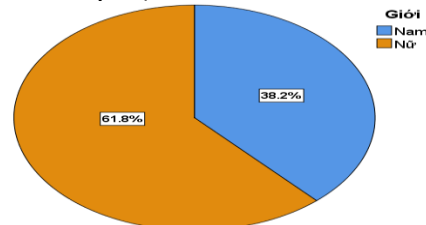
III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm nhóm bệnh nhân NC

Bảng 3.1. Phân bố BN theo tuổi (n=55)

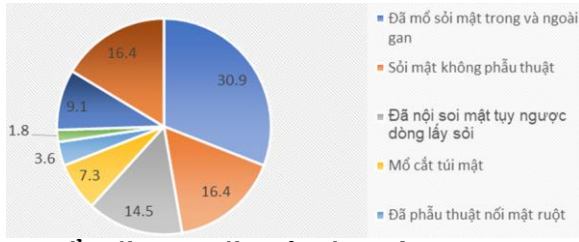
Độ tuổi	N	%
<40	8	14,5
40 – 59	18	32,7
≥ 60	29	52,7
TB ± ĐLC		59,4 ± 16,4

Nhận xét: Độ tuổi mắc trung bình là 56,6 tuổi; tuổi nhỏ nhất là 31, tuổi cao nhất là 89. Trong đó nhóm 60 tuổi trở lên chiếm tỷ lệ cao nhất với 52,7%.



Biểu đồ 3.1. Phân bố BN theo giới (n=55)

Nhận xét: Giới nữ có tỷ lệ mắc bệnh lý sỏi mật cao hơn nam giới. Tỷ lệ nữ / nam là 1,6/1.



Biểu đồ 3.2. Tiền sử bệnh lý ngoại khoa liên quan

Nhận xét: Có 17 BN đã mổ sỏi mật trong và ngoài gan (30,9%); 9 BN có tiền sử sỏi mật nhưng chưa phẫu thuật (16,4%); 8 BN đã nội soi mật tụy ngược dòng lấy sỏi (14,5%).

Bảng 3.2. Triệu chứng lâm sàng lúc vào viện

Triệu chứng	N	%	
Đau bụng	55	100	
Vị trí đau	Thượng vị	16	29,1
	Hạ sườn phải	38	69,1
	Hạ sườn trái	1	1,8
Nôn	5	9,1	
Sốt	15	27,3	
Vàng da	15	27,3	
Tam chứng Charcot	15	27,3	
Túi mật to	3	5,5	
Dịch ổ bụng	1	1,8	
Hội chứng thiếu máu	5	9,1	

Nhận xét: Tất cả các BN vào viện đều có triệu chứng đau bụng; trong đó đau hạ sườn phải (69,1%), 15 BN có hội chứng Charcot điển hình (27,3%).

Bảng 3.3. Kết quả xét nghiệm máu

Chỉ số xét nghiệm	N	%	
Bạch cầu (G/L)	Bình thường	38	69,1
	Tăng	17	30,9
	Trung bình	9,3 ± 3,7 (4 – 21,2)	
Bilirubin trực tiếp (µmol/L)	Bình thường	19	34,5
	Tăng	36	65,5
	Trung bình	22,7 ± 39,6 (2,1-258,5)	
SGOT (U/L)	Bình thường	26	47,3
	Tăng	29	52,7
	Trung bình	86 ± 167,2 (17-1196)	
SGPT (U/L)	Bình thường	25	45,5
	Tăng	30	54,5
	Trung bình	76,5 ± 90,2 (9-502)	

Nhận xét: Số lượng bạch cầu trung bình là 9,3 G/L; trong đó có 17 trường hợp có tăng số lượng bạch cầu chiếm tỉ lệ 30,9%. Có 65% BN có tăng bilirubin trực tiếp. Có 52,7% số BN tăng SGOT, 54,5% BN có tăng SGPT.

Bảng 3.4. Đặc điểm sỏi ĐMTG trên CLVT/CHT

Đặc điểm	N	%	
Vị trí sỏi	Sỏi ĐMTG	23	41,8

Vị trí sỏi ĐMTG	ĐMCNG	10	18,2
	Cả trong và ngoài gan	22	40,0
	Đường mật gan phải	14	31,1
	Đường mật gan trái	18	40,0
Sỏi túi mật	Cả hai bên	13	28,9
	Không	46	83,6
Giãn đường mật	Có	9	16,4
	Không	0	0
Vị trí giãn đường mật	Có	55	100
	Trong và ngoài gan	32	58,2
	Đường mật ngoài gan	1	1,8
	ĐMTG	22	40,0

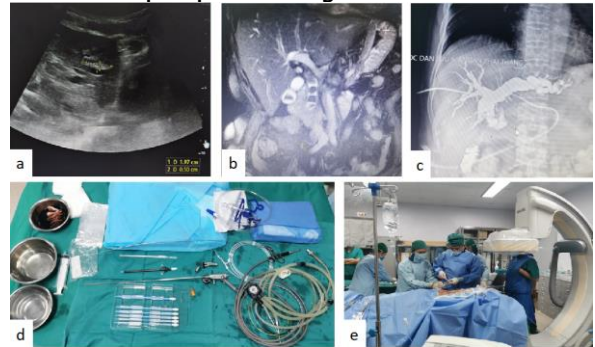
Nhận xét: Sỏi ĐMTG và ngoài gan chiếm tỉ lệ 41,8%, ĐMCNG đơn thuần chiếm tỉ lệ 18,2%. 18 BN có sỏi đường mật gan trái chiếm 40%, 13 BN có sỏi đường mật 2 bên chiếm 28,9%, 14 BN có sỏi đường mật bên phải đơn thuần chiếm 31,1%.

3.2. Kết quả phẫu thuật

Bảng 3.5. Vị trí đặt dẫn lưu và vị trí sỏi đường mật

Vị trí sỏi	Vị trí dẫn lưu		Đường mật gan trái	Đường mật gan phải	Cả 2 bên	Tổng	
			N	%	N	%	N
Sỏi ĐMTG kèm hoặc không kèm ĐMCNG	Đường mật gan phải	N	0	13	0	13	
	%	0	100	0	23,6		
	Đường mật gan trái	N	4	14	2	20	
	%	20	70	10	36,4		
	Cả 2 bên	N	0	12	0	12	
	%	0	100	0	21,8		
ĐMCNG đơn thuần	N	0	9	1	10		
	%	0	90	10	18,2		
Tổng	N	4	48	3	55		
	%	7,3	87,2	0,5	100		

Nhận xét: 13 BN có sỏi ĐMC trong gan bên phải và 12 BN có sỏi ĐMC trong gan 2 bên, tất cả đều được đặt dẫn lưu vị trí đường mật bên phải. Trong 20 BN có sỏi ĐMC trong gan bên trái có 4 BN được đặt dẫn lưu gan trái.



Hình 4. Tán sỏi đường mật xuyên gan qua da tại Bv Bãi Cháy

(BN Vũ Công B, nam, 74 tuổi)

a. Hình ảnh siêu âm sỏi đường mật, b. Hình ảnh cộng hưởng từ sỏi đường mật, c Hình ảnh chụp đường mật sau tán sỏi, d. Bộ dụng cụ tán sỏi, e. Ekip can thiệp

Bảng 3.6. Loại sỏi

Đặc điểm		N	%
Đại thể sỏi	Sỏi đúc khuôn đơn thuần	7	12,7
	Sỏi viên đơn thuần	20	36,4
	Sỏi đúc khuôn + sỏi viên	28	50,9
Kích thước sỏi	TB ± ĐLC (mm)	19,8 ± 7	
	GTNN- GTLL (mm)	10-40	
Vi thể sỏi	Sỏi bilirubin đơn thuần	55	100

Nhận xét: Về đại thể: tỉ lệ sỏi hỗn hợp khuôn đúc và viên chiếm tỉ lệ cao nhất là 50,9%; tỉ lệ sỏi viên đơn thuần và sỏi khuôn đúc đơn thuần lần lượt là 36,4% và 12,7%. Về vi thể: Tất cả 55 trường hợp đều là sỏi bilirubin đơn thuần. Kích thước Sỏi trung bình là 19,8 mm, nhỏ nhất là 10 mm, lớn nhất là 40 mm.

Bảng 3.7. Đặc điểm dịch mật

Đặc điểm dịch mật		N	%
Đại thể	Bình thường	49	89,1
	Dịch mủ	6	10,9
Kết quả nuôi cấy	Âm tính	4	14,8
	Dương tính	23	85,2
Định danh vi khuẩn	E. Coli	8	34,8
	Klebsilla pneumoniae	7	30,4
	Acinetobacter baumannii	2	8,7
	Citobacter fundil	1	4,3
	Enterococus Faecails	1	4,3
	Enterobacter aerogenes	1	4,3
	Enterococcus casseliflavus	1	4,3
	Enterococcus faecalis	1	4,3
	Pseudomonas aeruginosa	1	4,3

Nhận xét: Tỉ lệ phát hiện vi khuẩn trong dịch mật sau nuôi cấy là 85,2%. Trong đó 2 loại vi khuẩn hay gặp nhất là E. Coli và Klebsilla pneumoniae với tỉ lệ tương ứng là 34,8% và 30,4%.

Bảng 3.8. Thời gian mổ và thời gian nằm viện

Đặc điểm	TB ± ĐLC	GTNN- GTLL
Thời gian mổ (phút)	106 ± 51	40-310
Tổng thời gian nằm viện (ngày)	17,4 ± 7,2	7-40

Nhận xét: Thời gian mổ trung bình là 106 phút, ca mổ ngắn nhất 40 phút, ca dài nhất 310 phút. Tổng thời gian nằm viện trung bình là 17,4 ngày.

Bảng 3.9. Tai biến và biến chứng do tán sỏi

Đặc điểm		N	%
Biến chứng	Không	49	89,1
	Có	6	10,9
Loại biến	Tràn dịch khoang màng	4	7,3

chứng	phổi phải		
	Tụ dịch dưới bao gan	3	5,5
	Áp xe tồn dư	3	5,5

Nhận xét: Có 6 BN xảy ra biến chứng sau mổ chiếm 10,9%. Các loại biến chứng thường gặp là tràn dịch khoang màng phổi phải, tụ dịch dưới bao gan và áp xe tồn dư

Bảng 3.10. Kết quả tán sỏi

Kết quả tán	N	%
Hết sỏi	45	81,8
Còn sỏi	10	18,2
Tổng	55	100

Nhận xét: Có 45 BN hết sỏi sau tán sỏi lần 1 chiếm tỉ lệ 81,8%.

IV. BÀN LUẬN

Bệnh sỏi đường mật chính là bệnh lý thường gặp, tăng dần theo tuổi. Trong số 55 BN NC, độ tuổi trung bình là 59,4 tuổi, trong đó nhóm tuổi hay gặp nhất là nhóm từ 60 tuổi trở lên. Theo Lê Quang Tuấn (2019), lứa tuổi thường gặp là 50 ± 15 tuổi, với phần lớn BN trong độ tuổi 31-60, chiếm 71,4%[3]. Theo NC của HongTian Xia (2023), tuổi trung bình là 46,37 ± 11,80 [4]. Về giới, tỉ lệ nữ / nam là 1,6. Các tác giả khác cũng nhận thấy tỉ lệ mắc bệnh ở nữ cao hơn nam như Trần Đình Thơ (64,1%) [5], Lê Quan Anh Tuấn (62,8%)[3].

Phần lớn các BN trong nhóm NC có tiền sử ngoại khoa (30,9%); 9 BN có sỏi mật không phẫu thuật, 8 BN có tiền sử đã nội soi mật tụy ngược dòng lấy sỏi (14,5%) và 4 BN đã phẫu thuật cắt túi mật. Theo Tazuma.S có từ 40-61% BN có các tiền sử về phẫu thuật [6].

Theo NC của chúng tôi, 100% BN có triệu chứng đau bụng. Trong đó đau bụng hạ sườn phải chiếm tỉ lệ 69,1%; sốt chiếm tỉ lệ 27,3%; vàng da chiếm tỷ lệ 27,3%; tam chứng Charcot chiếm 27,3 %. NC của chúng tôi có sự khác biệt so với một số NC khác. Theo NC Nguyễn Quan Anh Tuấn có 98,61% (71 TH) đau hạ sườn phải, có sốt là 66,67% (48 TH), vàng da 34,72% (25 TH), chỉ 23,61% (17 TH) có đầy đủ tam chứng Charcot. NC 229 BN sỏi đường mật chính ở người cao tuổi của Nguyễn Quang Trung, tỷ lệ BN đau hạ sườn phải 96,07%, sốt 24,45%, vàng da 67,69% và cảm ứng phúc mạc là 3,1% [7]. NC của Zheng và Wu cho kết quả tương tự [8], [9]. Sự khác biệt về triệu chứng lâm sàng này có thể được giải thích do sự khác biệt về tuổi ở nhóm BN NC của chúng tôi so với các NC khác.

Về vị trí sỏi trong NC của chúng tôi cho thấy có 45 BN có sỏi ĐMCTG (81,8%), 32 BN có sỏi ĐMCNG (58,2%), trong đó 22 BN có sỏi ĐMC cả trong và ngoài gan (40%). Theo Dương Xuân

Lộc (2012) có 66,67% có sỏi đường mật trong gan [10]. Theo Lê Quan Anh Tuấn (2023), nhóm bệnh có sỏi ĐMTG chiếm 93% [3]. Về vị trí sỏi trong gan: 25 BN có sỏi đường mật gan trái chiếm tỉ lệ cao nhất 45,5%. Sỏi đường mật gan trái chiếm tỷ lệ cao theo một số NC khác [3].

Chúng tôi nhận thấy có 7 BN có sỏi đúc khuôn đơn thuần (chiếm 12,7%), có 28 BN có kết hợp sỏi đúc khuôn và viên chiếm 36,4%, có 20 BN có sỏi viên đơn thuần 36,4%. Theo NC của Trần Thụy Anh (2023), tỉ lệ sỏi viên là 35,5%, sỏi khuôn đúc là 64,7%. Toàn bộ BN trong NC có sỏi bilirubin đơn thuần. Khác với các NC trên thế giới tỉ lệ sỏi Cholesterol chiếm tỉ lệ cao nhất từ 35-95%, sỏi bilirubin đơn thuần chỉ chiếm 2- 30%, và sỏi hỗn hợp chiếm từ 4-20%. Sỏi Cholesterol thường liên quan đến chuyển hóa, trong đó tình trạng béo phì là 1 trong yếu tố nguy cơ cao.

Hầu hết các BN bị sỏi trong gan đều có thể phát hiện được vi khuẩn khi cấy mật, Clemente và cộng sự đã phân lập được 133 vi sinh vật từ mật của 73 BN bị sỏi trong gan, trong đó Escherichia coli (E. coli) là vi khuẩn phổ biến nhất. Các con đường lây nhiễm có thể bao gồm nhiễm trùng ngược dòng, đường máu, hệ thống bạch huyết.

Đặt dẫn lưu qua da tạo đường hầm xuyên nhu mô gan chuẩn bị cho tán sỏi thì hai là một bước quan trọng do đây cũng là con đường tiếp cận tán sỏi sau này. Trong các NC trước đây việc lựa chọn hướng tiếp cận trực tiếp sỏi là cách thức được lựa chọn ưu tiên để có hướng tiếp cận sỏi trong thì hai thuận lợi [16]. Chúng tôi lựa chọn đường tiếp cận đối bên với sỏi để có thể lấy được tối đa sỏi. Tiếp cận nhánh đường mật gan phải chiếm 87,3%, tiếp cận nhánh đường mật gan trái chiếm 7,3%, Tiếp cận nhánh ĐMTG hai bên chiếm 5,5%. Việc lựa chọn đường hầm phụ thuộc nhiều vào giải phẫu đường mật trên từng BN và vị trí sỏi trên hình ảnh cộng hưởng từ trước đó.

Sau tán lần thứ nhất có 45 BN hết sỏi chiếm 81,8% và 10 BN còn sỏi sau tán (18,2%), Một số NC trên đối tượng người châu Á điều trị sỏi mật bằng nội soi tán sỏi qua da có sử dụng Laser cho kết quả tỷ lệ loại bỏ sạch sỏi từ 76,8% đến 100%[17]. Các trường hợp phải tán lần 2 do có quá nhiều sỏi, với kích thước lớn, thời gian tán kéo dài. BN đã được tiến hành tán lần 2 sau đó và đều cho kết quả sạch sỏi sau kiểm tra lại 01 tháng.

Tổng thời gian nằm viện trung bình trong NC là 17,4±7,2 ngày, ca nằm viện lâu nhất là 40 ngày. Có 6 trường hợp sau tán có biến chứng

chiếm 10,9%, bao gồm tràn dịch khoang màng phổi phải (7,3%), tụ dịch dưới bao gan (5,5%) và áp-xe tồn dư (5,5%). Các trường hợp này có nhiều sỏi ĐMTG hai bên và sỏi OMC, có nhiều sỏi kích thước lớn, và thời gian tán sỏi kéo dài. Các biến chứng đều được phát hiện sớm, điều trị nội khoa ổn định. Theo Saad và cs (2008) biến chứng đáng sợ nhất là chảy máu, được báo cáo là xảy ra trong 2% – 3% trong NC.

Trong NC của chúng tôi: tỉ lệ hết sỏi sau khám lại là 78,2%. Tỉ lệ này của chúng tôi tương đương với một số NC như của Trần Thụy Anh và cộng sự có tỉ lệ kết quả điều trị tốt là 75,3%, NC của Lê Quan Anh Tuấn với tỉ lệ sạch sỏi sau khám lại là 76,5% [3].

Có 4 BN gặp biến chứng trong quá trình đặt dẫn lưu tạo đường hầm tán sỏi chiếm tỉ lệ 7,3%, các biến chứng bao gồm: chảy máu đường mật (5,5%), tổn thương mạch (5,5%), Tổn thương đường mật (5,5%). Tất cả các tai biến này đều xử trí ổn định, không có ca nào tử vong hay để lại di chứng. Theo Lê Quan Anh Tuấn, có 10/164 BN gặp biến chứng khi đặt dẫn lưu tạo đường hầm tán sỏi 6,1%[3].

V. KẾT LUẬN

Tán sỏi đường mật chính xuyên gan qua da là phương pháp can thiệp không xâm lấn tối thiểu với tỉ lệ tai biến thấp và hiệu quả sạch sỏi cao, có khả năng ứng dụng rộng rãi tại các bv tuyến tỉnh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Dan, N.T. and N.T.T. Huong**, Assessment of Post-Laparoscopic Cholecystectomy Pain at Viet Duc Hospital, Vietnam. Vol. 7. 2015. 346-354.
2. **Sơn, Đ.K.**, Điều trị phẫu thuật sỏi trong gan. Ngoại khoa, 1996. XXVI(1): p. 10-16.
3. **Lê Quan, A.T.**, Lấy sỏi mật qua đường hầm ống Kehr bằng ống soi mềm. Tạp chí Phẫu thuật nội soi và Nội soi Việt Nam. Số 2(Tập 9): p. 5-16.
4. **Xia, H., et al.**, Surgical Management of Recurrence of Primary Intrahepatic Bile Duct Stones. Can J Gastroenterol Hepatol, 2023. 2023: p. 5158580.
5. **Thơ, T.Đ., Đ.K. Sơn, and N.T. Quyết**, Vai trò của nội soi đường mật trong mổ trong chẩn đoán và hỗ trợ điều trị phẫu thuật sỏi trong gan. Y học thực hành, 491: 196-200.
6. **Tazuma, S. and Y. Nakanuma**, Clinical features of hepatolithiasis: analyses of multicenter-based surveys in Japan. Lipids Health Dis, 2015. 14: p. 129.
7. **Trung, N.Q.**, Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và thái độ xử trí sỏi đường mật chính ở người cao tuổi. 2012, Luận án tiến sỹ y học, Học Viện Quân Y.
8. **Zheng, C., et al.**, Laparoscopic common bile duct exploration: a safe and definitive treatment for elderly patients. Surg Endosc, 2017. 31(6): p. 2541-2547.

9. Wu, X., et al., Laparoscopic common bile duct exploration with primary closure is safe for management of choledocholithiasis in elderly patients. *Hepatobiliary Pancreat Dis Int*, 2019.

18(6): p. 557-561.
10. Lộc, D.X., Hiệu quả tán sỏi điện thủy lực trong sỏi mật mổ lại. *Tạp chí y học Thành phố Hồ Chí Minh*, 20 (4): p. 274-283, 2012.

THỰC TRẠNG CHUYỂN ĐỔI ĐƯỜNG DÙNG KHÁNG SINH TỪ ĐƯỜNG TIÊM TRUYỀN SANG ĐƯỜNG UỐNG TẠI KHOA NỘI TỔNG HỢP I, BỆNH VIỆN ĐA KHOA XANH PÔN

Trần Thị Xuân¹, Trần Ngọc Sơn², Phạm Thị Ánh Xuân², Nguyễn Thị Dừa², Vũ Bích Hạnh², Nguyễn Thành Hải¹, Nguyễn Tú Sơn¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Khảo sát tình hình chuyển đổi đường dùng kháng sinh từ đường tiêm/truyền sang đường uống tại khoa Nội tổng hợp I, bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu cắt ngang, từ 01/12/2023 đến 20/01/2024 trên bệnh nhân (BN) từ 18 tuổi trở lên được chẩn đoán viêm phổi cộng đồng và/hoặc đợt cấp bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính. Tính hợp lý của việc chuyển đổi đường dùng kháng sinh được đánh giá dựa quyết định 5631/QĐ-BYT. **Kết quả:** 129 BN được đưa vào nghiên cứu. 120 bệnh nhân đủ điều kiện để chuyển đổi sang đường uống. Tỷ lệ bệnh nhân được chuyển đổi là 71,67%. Tỷ lệ bệnh nhân được chuyển đổi phù hợp về thời gian là 3,49%. Thời gian chậm chuyển đổi kháng sinh đường uống trung bình là 4,71 ngày. **Kết luận:** Tỷ lệ chuyển đổi đường dùng phù hợp chưa cao. Do đó, bệnh viện cần sớm có hướng dẫn chi tiết hơn về quy trình chuyển đổi từ tĩnh mạch sang đường uống của kháng sinh để nâng cao hiệu quả và an toàn cho người bệnh. **Từ khóa:** chuyển đổi kháng sinh, viêm phổi cộng đồng, COPD, đường dùng kháng sinh.

SUMMARY

CURRENT STATUS OF CONVERTING ANTIBIOTIC ADMINISTRATION FROM PARENTERAL TO ORAL ROUTE AT GENERAL INTERNAL MEDICINE DEPARTMENT I, SAINT PAUL GENERAL HOSPITAL

Objective: Survey of switching of antibiotic administration from injection/infusion to oral route at General Internal Medicine Department I, Saint Paul General Hospital. **Research subjects and methods:** Descriptive cross-sectional, patients aged 18 years and older diagnosed with community-acquired pneumonia and/or exacerbation of the chronic obstructive pulmonary disease, from December 1, 2023, to January 20, 2024. The appropriateness of switching

the antibiotic route is evaluated based on the guideline for converting antibiotics from IV to PO according to decision 5631/QĐ-BYT. **Results:** 129 patients were included in the study. 120 patients were eligible for IV-PO conversion. The rate of conversion was 71.67%. The rate of patients converted appropriately was 3.49%. The average delay in switching to oral antibiotics was 4.71 days. **Conclusion:** The rate of IV-PO switching appropriately was low. Hospital guidelines for switching from IV to PO in antibiotic use are needed to improve effectiveness and safety for patients.

Keywords: antibiotic IV-PO switch, community-acquired pneumonia, COPD.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đề kháng kháng sinh ở Việt Nam ở mức báo động đỏ so với nhiều quốc gia khác trên thế giới do việc sử dụng loại "vũ khí" này không phù hợp. Đây là thách thức không nhỏ đối với ngành y tế Việt Nam, đặt ra một mối đe dọa nghiêm trọng đối với sức khỏe cộng đồng. Do đó, năm 2020, Bộ Y tế đã ban hành "Hướng dẫn thực hiện quản lý sử dụng kháng sinh trong bệnh viện" nhằm nâng cao hiệu quả điều trị, thúc đẩy sử dụng kháng sinh hợp lý, an toàn [2]. Một trong những can thiệp quan trọng, được khuyến khích thực hiện trong chương trình quản lý sử dụng kháng sinh là can thiệp chuyển đổi kháng sinh từ đường tiêm/ truyền sang đường uống một cách hợp lý. Điều này sẽ mang lại nhiều lợi ích như giảm thiểu các biến chứng liên quan tới tiêm/ truyền như nhiễm khuẩn liên quan catheter, viêm tĩnh mạch, các phản ứng liên quan đến tiêm truyền, giảm các sai sót liên quan đến việc sử dụng thuốc tiêm truyền. Ngoài ra, chi phí điều trị, thời gian nằm viện và gánh nặng công việc cho nhân viên y tế được giảm đáng kể, cải thiện sự thoải mái và khả năng vận động của bệnh nhân [4, 7]. Hiện nay, bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn đã triển khai chương trình quản lý sử dụng kháng sinh nhưng chưa có khảo sát và hướng dẫn về chuyển đổi đường dùng kháng sinh. Do đó, nghiên cứu này được thực hiện với mục tiêu

¹Trường Đại học Dược Hà Nội

²Bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Tú Sơn

Email: sonnt@hup.edu.vn

Ngày nhận bài: 10.5.2024

Ngày phản biện khoa học: 20.6.2024

Ngày duyệt bài: 18.7.2024