

bệnh COPD ( $p < 0,001$ ) và kết quả cũng cho thấy BMI  $\geq 23$  kg/m<sup>2</sup> có tỷ lệ OSA cao hơn so với bệnh nhân có BMI  $< 23$  kg/m<sup>2</sup> ( $p < 0,001$ ).

## V. KẾT LUẬN

Hội chứng ngưng thở khi ngủ chiếm 79,5% bệnh nhân bệnh phổi tắc nghẽn mãn tính. Bệnh nhân COPD ổn định có tăng áp phổi với chỉ số BMI, số gói thuốc – năm và mức độ tăng áp phổi thấp hơn sẽ ít có nguy cơ mắc OSA hơn. Ngưng thở tắc nghẽn khi ngủ khiến chất lượng giấc ngủ bị suy giảm, lâu dài gây ra nhiều vấn đề về sức khỏe và tinh thần. Nghiêm trọng hơn, tình trạng ngưng thở này có thể tiềm ẩn các biến chứng như tăng huyết áp, đái tháo đường, nhồi máu cơ tim, đột quỵ và tử vong. Với tỷ lệ COPD - OSA khá cao trong nghiên cứu, việc theo dõi, hỗ trợ điều trị để tránh các nguy cơ, biến chứng nguy hiểm cho nhóm bệnh nhân này cần sớm được triển khai thực hiện.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Dương Duy Khoa** (2018). Đánh giá nguy cơ ngưng thở khi ngủ do tắc nghẽn ở bệnh nhân bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính ngoại trú bằng thang điểm STOP-Bang. Luận văn Thạc sĩ Nội hô hấp, Đại học Y Dược Thành Phố Hồ Chí Minh.
- Global Initiative For Chronic Obstructive Lung Disease** (2023), Global strategy for prevention, diagnosis and management of COPD:

2023 report, 100-105.

- Soler, X., Gaio, E., Powell, F. L., Ramsdell, J. W., Loredo, J. S., Malhotra, A., & Ries, A. L.** (2015). High prevalence of obstructive sleep apnea in patients with moderate to severe chronic obstructive pulmonary disease. *Annals of the American Thoracic Society*, 12(8), 1219-1225.
- Bradley, T. D., Rutherford, R., Lue, F., Moldofsky, H., Grossman, R. F., Zamel, N., & Phillipson, E. A.** (1986). Role of diffuse airway obstruction in the hypercapnia of obstructive sleep apnea. *American Review of Respiratory Disease*, 134(5), 920-924.
- Chaouat, A. R. I., Weitzenblum, E., Krieger, J., Ifoundza, T., Oswald, M., & Kessler, R.** (1995). Association of chronic obstructive pulmonary disease and sleep apnea syndrome. *American journal of respiratory and critical care medicine*, 151(1), 82-86.
- Joosten, S. A., Khoo, J. K., Edwards, B. A., Landry, S. A., Naughton, M. T., Dixon, J. B., & Hamilton, G. S.** (2017). Improvement in obstructive sleep apnea with weight loss is dependent on body position during sleep. *Sleep*, 40(5), zsx047.
- Kaddah, S. Z., Soliman, Y. M. A., Mousa, H., Moustafa, N., & Kamal Ibrahim, E.** (2023). Predictors of obstructive sleep apnea in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *The Egyptian Journal of Bronchology*, 17(1), 70.
- Weitzenblum, E., Chaouat, A., & Kessler, R.** (2013). Pulmonary hypertension in chronic obstructive pulmonary disease. *Advances in Respiratory Medicine*, 81(4), 390-398.

## SO SÁNH HIỆU QUẢ VÀ AN TOÀN CỦA TIẾP TỤC THÔNG NHÚ VỚI CẮT TRƯỚC CƠ VÒNG ODDI Ở BỆNH NHÂN THÔNG NHÚ KHÓ TRONG NỘI SOI MẬT TỤY NGƯỢC DÒNG

Nguyễn Thị Huệ<sup>1</sup>, Nguyễn Anh Tuấn<sup>1</sup>, Nguyễn Thị Huyền Trang<sup>1</sup>, Nguyễn Xuân Quỳnh<sup>1</sup>, Mai Thanh Bình<sup>1</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Khoảng 15-30% trường hợp nội soi mật tụy ngược dòng (NSMTND) là thông nhú khó. Quan điểm tiếp tục thông nhú thông thường hay chuyển sang cắt trước cơ vòng Oddi ở những trường hợp này chưa thống nhất. Nghiên cứu của chúng tôi đánh giá so sánh tính hiệu quả và an toàn của 2 quan điểm này. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu hồi cứu, mô tả cắt ngang trên 229 bệnh nhân thông nhú khó khi NSMTND điều trị sỏi đường mật, chia thành 2 nhóm: Nhóm A, bệnh nhân tiếp tục thông nhú thông thường tới khi thành công

hoặc thất bại dừng kỹ thuật; nhóm B, bệnh nhân chuyển cắt trước cơ Oddi phụ thuộc quyết định phẫu thuật viên, từ 01/2021 đến 01/2023, tại bệnh viện TWQĐ 108. So sánh kết quả điều trị sỏi, và tính an toàn giữa 2 nhóm. **Kết quả:** Tỷ lệ thành công của kỹ thuật NSMTND và kết quả điều trị sỏi tương đương giữa nhóm A và B (89% vs 90,9%; 77,9% vs 75% tương ứng với tỷ lệ thông nhú thành công, và lấy hết sỏi giữa 2 nhóm). Nhưng nhóm B có tỷ lệ biến chứng thấp hơn so với nhóm A, đặc biệt là viêm tụy cấp (4,5% vs 17,2%,  $P=0,01$ ), nguyên nhân là do tỷ lệ thông vào ống tụy, lưu guidewire tụy và bơm cản quang vào tụy ở nhóm B thấp hơn hẳn. Đồng thời, so với nhóm A, nhóm B có thời gian phục hồi ngắn hơn (3,5 ngày vs 4,8 ngày,  $P = 0,03$ ), thời gian nằm viện ngắn hơn (7,3 ngày vs 8,7 ngày,  $P = 0,07$ ) và tỷ lệ tái nhập viện thấp hơn (24,2% vs 39,3%). **Kết luận:** Trong trường hợp thông nhú khó khi NSMTND, nên cân nhắc chuyển cắt trước cơ vòng Oddi khi phẫu thuật viên đủ trình độ thực hiện.

<sup>1</sup>Bệnh viện Trung ương Quân đội 108  
Chịu trách nhiệm chính: Mai Thanh Bình  
Email: maibinhthieuhoa108@gmail.com  
Ngày nhận bài: 01.3.2024  
Ngày phản biện khoa học: 17.4.2024  
Ngày duyệt bài: 10.5.2024

**Từ khoá:** Thông nhú khó, Tiếp tục thông nhú, Cắt trước cơ vòng Oddi

## SUMMARY

### COMPARISON OF EFFICACY AND SAFETY BETWEEN CONTINUING SPHINCTEROTOMY AND PRECUT SPHINCTEROTOMY IN DIFFICULT BILIARY ACCESS DURING ENDOSCOPIC RETROGRADE CHOLANGIOPANCREATOGRAPHY

**Objective:** Approximately 15-30% of endoscopic retrograde cholangiopancreatography (ERCP) cases define difficult biliary cannulation. In such cases, the decision to continue with conventional sphincterotomy or switch to precut papillotomy remains controversial. Our study aims to compare the efficacy and safety of these two approaches. **Materials and Methods:** This retrospective study analyzed 229 patients with difficult biliary access during ERCP for choledocholithiasis, divided into two groups: Group A, who continued with conventional sphincterotomy, and Group B, who underwent precut papillotomy based on the surgeon's decision. The study was conducted from January 2021 to January 2023 at Hospital 108. **Results:** The success rate of the ERCP technique and the outcomes of stone treatment were comparable between Groups A and B (89% vs. 90.9% and 77.9% vs. 75% for the success rate of cannulation and complete stone removal, respectively). However, Group B exhibited a lower complication rate, particularly acute pancreatitis (4.5% vs. 17.2%,  $P=0.01$ ), attributed to the lower rates of pancreatic duct injection, retained guidewire in the pancreas, and contrast injection into the pancreas. Additionally, Group B had a shorter recovery time (3.5 days vs. 4.8 days,  $P=0.03$ ), shorter hospital stay (7.3 days vs. 8.7 days,  $P=0.07$ ), and a lower readmission rate (24.2% vs. 39.3%) compared to Group A. **Conclusion:** In cases of difficult biliary cannulation during ERCP, consideration should be given to switching to precut papilloma when performed by a skilled surgeon.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sỏi ống mật chủ có thể gây viêm đường mật, dẫn đến tình trạng nghiêm trọng và thậm chí tử vong nếu không được chẩn đoán và điều trị kịp thời [6, 1]. Trong quá trình điều trị sỏi ống mật chủ do sỏi đường mật, việc thực hiện dẫn lưu giảm áp và lấy sỏi là một trong những nguyên tắc quan trọng [6, 1], trong đó nội soi mật tụy ngược dòng (NSMTND) là chỉ định đầu tay do tính an toàn cao, thời gian can thiệp ngắn, và chi phí thấp [1]. Trong NSMTND, bước thông nhú Vater vào đường mật đóng vai trò quan trọng. Nhưng, có 15-30% số bệnh nhân (BN) gặp khó khăn khi thông nhú do hình thái nướm Vater đa dạng, túi thừa cạnh nướm, ống tụy đổ thấp, sỏi kẹt... có thể gây thông nhú thất bại. Do đó, kỹ thuật cắt trước nướm Vater hỗ trợ, tăng tỷ lệ thành công lên đến 98% trong trường hợp thông nhú thất bại theo cách thông thường [4]. Tuy

nhien, đây là một kỹ thuật đòi hỏi trình độ cao về tay nghề bác sĩ và có nguy cơ xuất hiện chứng sớm sau can thiệp. Do đó, đối với những trường hợp thông nhú khó, quan điểm về chiến lược tiếp tục kỹ thuật còn nhiều tranh cãi. Tác giả Alberto Mariani và cộng sự, khi so sánh giữa nhóm chuyển cắt trước sớm và tiếp tục thông nhú ở trường hợp thông nhú khó, thấy rằng có nhiều BN sẽ thất bại với thông nhú thông thường, và phải chuyển qua cắt trước để thông nhú; Đồng thời, nhóm này tỷ lệ biến chứng sau NSMTND cao hơn hẳn so với nhóm chủ động chuyển cắt trước nướm Vater sớm, đặc biệt là tỷ lệ viêm tụy cấp [5]. Ở Việt Nam, NSMTND được triển khai rộng rãi tại nhiều bệnh viện tuyến trung ương và tỉnh, và kỹ thuật cắt trước nướm Vater đã được triển. Nhưng, chưa có nghiên cứu so sánh về hiệu quả và biến chứng gặp phải giữa nhóm tiếp tục cố gắng thông nhú và chủ động cắt trước sớm ở những bệnh nhân thông nhú khó. Do đó, nghiên cứu của chúng tôi giúp so sánh 2 phương pháp này ở những bệnh nhân thông nhú khó khi làm NSMTND để đưa ra lời khuyên tốt cho những cơ sở chưa làm được cắt trước nướm Vater.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1. Đối tượng nghiên cứu.** Có 620 bệnh nhân được chẩn đoán sỏi OMC từ tháng 01/2021 đến 01/2023 điều trị bằng phương pháp NSMTND lần đầu tại bệnh viện TWQĐ 108; trong đó có 229 BN xác định thông nhú khó theo tiêu chuẩn, chia 2 nhóm: Nhóm A (n=163): Tiếp tục thông nhú tới cuối cùng; Nhóm B (n=66): Cắt trước nướm Vater sớm

Tiêu chuẩn thông nhú khó theo tiêu chuẩn của hội nội soi châu Âu [8]: Một trong các tiêu chuẩn sau: i) Thông nhú thử theo cách thông thường thường từ 5 lần trở lên sau khi tiếp cận nướm; ii) Thời gian kéo dài trên 5 phút sau khi sử dụng catheter kết hợp với nội soi tăng cường hình ảnh; iii) Thông vào ống tụy; iv) Sỏi phồng kẹt tại cơ Oddi

**Tiêu chuẩn lựa chọn:** BN được chẩn đoán sỏi ống mật chủ, và được điều trị bằng NSMTND, và xác định thông nhú khó.

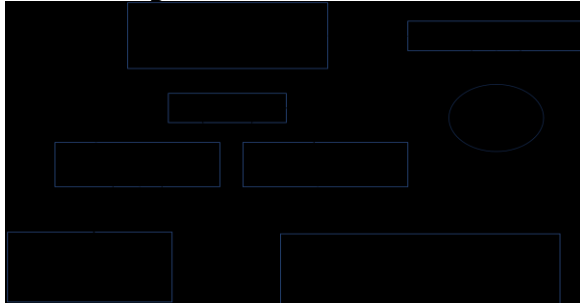
**Tiêu chuẩn loại trừ:** BN làm NSMTND với thông nhú thuận lợi vào đường mật. BN tắc mật không do sỏi. BN có chống chỉ định đối với NSMTND.

### 2.2. Phương pháp nghiên cứu

**Thiết kế nghiên cứu:** Hồi cứu, mô tả cắt ngang.

**Phương pháp chọn mẫu:** cỡ mẫu thuận tiện

**Sơ đồ nghiên cứu:**



**Hình 1: Sơ đồ nghiên cứu**

BN có chỉ định can thiệp NSMTND, xác định thông nhú đường mật khó theo tiêu chuẩn [8]. Bệnh nhân được lựa chọn tiếp tục cố gắng thông nhú tiếp hoặc chủ động chuyển cắt trước cơ vòng Oddi phụ thuộc quyết định phẫu thuật viên chính.

Nếu BN thất bại lần thứ nhất ở 2 nhóm, sẽ được làm lại lần 2 sau 48 giờ đến 72 giờ với trường hợp không cấp cứu, hoặc sử dụng phương pháp EUS, dẫn lưu đường mật hoặc túi mật qua da hoặc chuyển ngoại khoa nếu cần thiết

Thông nhú thành công: Đưa được Catheter lên đường mật chính và chụp được cây đường mật.

Sau can thiệp theo dõi các biến chứng viêm tụy cấp, chảy máu, thủng tá tràng, nhiễm khuẩn đường mật; Đánh giá thời gian phục hồi sau NSMTND (được tính từ thời điểm BN sau can thiệp tới khi ra viện, hoặc khi bệnh nhân ổn định và chuyển phương pháp điều trị nối tiếp), thời gian nằm viện, tỷ lệ tử vong trong vòng 1 tháng, 6 tháng và 1 năm.

Phân tích thống kê sử dụng phần mềm SPSS 20.0, Chicago, với giá trị  $p < 0,05$  là có ý nghĩa thống kê.

**III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

**3.1. Đặc điểm của bệnh nhân nghiên cứu**

**Bảng 1: Đặc điểm lâm sàng bệnh nhân nghiên cứu:** Nhóm A (n=163): Nhóm tiếp tục thông nhú thông thường; Nhóm B (n=66): Cắt trước cơ vòng Oddi

	<b>Nhóm A</b>	<b>Nhóm B</b>	<b>P value</b>
Tuổi (mean ± sd)	63,5 ± 18,2	68,8 ± 16,9	0,06
Nam, n(%)	83 (50,9%)	34 (51,5%)	1
Đau bụng, n(%)	144 (88,3%)	59 (89,4%)	1
Vàng da, n(%)	86 (52,8%)	31 (47%)	0,5
WBC (G/L) (median, [Q1-Q3])	9,6 [7,6 - 13,8]	8,9 [6,8 - 14,5]	0,6
AST U/L (median, [Q1-Q3])	98,8 [48,5 - 201]	81,9 [40 - 192]	0,3
ALT (U/L) (median, [Q1-Q3])	119 [50 - 240]	103 [46 - 222]	0,5
GGT (U/L) (median, [Q1-Q3])	470 [214 - 755]	432 [111 - 762]	0,6
Total bilirubin (umol/L) (median, [Q1-Q3])	42,4 [19,7 - 91,25]	42,2 [17,2 - 114]	1
Viêm đường mật, n (%)	155 (95,1%)	59 (89,4%)	0,1
Viêm đường mật nặng, n(%)	27 (17,4%)	8 (13,6%)	0,5
Tiền sử phẫu thuật đường mật, n (%)	18 (11%)	8 (12,1%)	0,8
Tiền sử cắt túi mật, n (%)	25 (15,3%)	10 (15,2%)	1

**Nhận xét:** Đặc điểm sinh trắc học (tuổi, giới), lâm sàng và cận lâm sàng giữa 2 nhóm nghiên cứu tại thời điểm trước NSMTND không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê.

**3.2. Kết quả điều trị**

**Bảng 2: Kết quả điều trị của:** Nhóm A (n=163) và Nhóm B (n=66)

<b>Kết quả điều trị</b>	<b>Nhóm A</b>	<b>Nhóm B</b>	<b>P value</b>
Thành công về kỹ thuật	145 (89%)	60 (90,9%)	0,8
Lấy hết sỏi	127 (77,9%)	50 (75,8%)	0,7
Lấy 1 phần	22 (13,5%)	9 (13,6%)	1
Đặt stent đường mật	49 (30,1%)	13 (19,7%)	0,1

**Nhận xét:** Trong 163 bệnh nhân tiếp tục cố gắng thông nhú thông thường, có 145 BN (89%) thông nhú thành công. Tỷ lệ này cũng gần tương đương với nhóm bệnh nhân chủ động chuyển thông nhú sớm (Nhóm B). Kết quả điều trị sỏi:

Lấy sỏi hoàn toàn, lấy 1 phần sỏi tương tự nhau ở 2 nhóm. Về kỹ thuật đặt stent đường mật, mặc dù nhóm A có tỷ lệ cao hơn so với nhóm B (30,1% vs 19,7%), nhưng phân tích không có ý nghĩa thống kê.

**3.3 So sánh tính an toàn của 2 phương pháp ở những bệnh nhân NSMTND thông nhú khó.**

**Bảng 3: So sánh tính an toàn:** Nhóm A (n=163) và Nhóm B (n=66). Các kết quả biến thời gian đưa giá trị trung bình và độ lệch chuẩn.

	Nhóm A	Nhóm B	P value
Thời gian đến lúc làm ERCP (giờ)	64.2 ± 60.4	67.7 ± 60.5	0.6
Bệnh nhân điều trị tích cực tại khoa hồi sức, n (%)	3	2	0.6
Thời gian phục hồi sau ERCP (ngày)	4.8 ± 4.2	3.5 ± 2.2	0.03
Thời gian nằm viện (ngày)	8.7 ± 6.1	7.3 ± 4.6	0.07
Tái nhập viện trong vòng 1 năm, n (%)	64 (39.3%)	16 (24.2%)	0.03
Tử vong trong vòng 1 tháng, n (%)	0 (0%)	0 (0%)	1
Tử vong trong vòng 6 tháng, n (%)	8 (4.9%)	2 (3%)	0.7
Tử vong trong vòng 12 tháng, n (%)	12 (7.4%)	5 (7.6%)	1
Biến chứng sau ERCP, n (%)			
Viêm tụy cấp	28 (17.2%)	3 (4.5%)	0.01
Chảy máu	3 (1.8%)	1 (1.5%)	1
Thủng	2 (1.2%)	0 (0%)	1

**Nhận xét:** - Thời gian trì hoãn NSMTND ở cả 2 nhóm trung bình khoảng gần 3 ngày.

- Thời gian BN phục hồi và ổn định sau NSMTND ở nhóm cắt trước cơ oddi ngắn hơn so với nhóm tiếp tục thông nhú thông thường (3,5 ngày vs 4,8 ngày, P= 0,03). Đồng thời, thời gian nằm viện của BN ở nhóm A dường như ngắn hơn BN ở nhóm B (7,3 ngày vs 8,7 ngày, P=0.007).

- Theo dõi BN trong 1 năm, tỷ lệ tái nhập viện của nhóm A là 39,3%, cao hơn có ý nghĩa thống kê so với tỷ lệ này ở nhóm B (24,2%), P =0,03. Tuy nhiên, tỷ lệ BN tử vong không có sự khác biệt giữa 2 nhóm BN.

- Biến chứng sau NSMTND: Biến chứng viêm tụy cấp ở những BN tiếp tục thông nhú thông thường cao hơn so với những BN chuyển sang cắt trước nướm Vater (17,2% vs 4,5%, P=0,01). Biến chứng chảy máu và thủng ở nhóm A cũng cao hơn nhóm B, nhưng phân tích không có ý nghĩa thống kê.

**Bảng 4: Yếu tố tiên lượng Viêm tụy cấp sau NSMTND:** Nhóm A (n=163) và Nhóm B (n=66)

	Nhóm A	Nhóm B	P value
Tuổi trẻ (≤ 60 tuổi)	57 (35%)	18(27.3%)	0.3
Túi thừa tá tràng	33(20.2%)	10(15.2%)	0.5
> 1 lần thông vào vào ống tụy	86 (52.8%)	18 (27.3%)	<0.001
Lưu guidewire tụy	54(33.1%)	12(18.2%)	0.01
Bơm cân quang vào tụy	20 (12.3%)	2 (3%)	0.04
Stent tụy	28(17.2%)	11(16.7%)	1
Bóng nang đường mật	73 (44.8%)	29 (43.9%)	0.9

**Nhận xét:** Ở những bệnh nhân thông nhú khó, nhóm A có tỷ lệ thông nhú vào tụy nhiều lần, lưu guidewire tụy và bơm cân quang vào tụy nhiều hơn so với những bệnh nhân ở nhóm B (52,8% vs 27,3%; 33,1% vs 18,2% và 12,3% vs 3%, tương ứng, với P < 0,05). Những yếu tố

khác gây tăng nguy cơ viêm tụy cấp sau can thiệp không có sự khác biệt giữa 2 nhóm.

#### IV. BÀN LUẬN

Bức tranh tiền cảnh của bệnh nhân tại thời điểm trước can thiệp là tương đồng giữa 2 nhóm nghiên cứu về các chỉ số lâm sàng và cận lâm sàng liên quan tới bệnh lý sỏi đường mật (Bảng 1). Các chỉ số lâm sàng, cận lâm sàng ban đầu của nhóm nghiên cứu tương đồng với các báo cáo khác liên quan tới NSMTND [5, 4, 3].

Hiệu quả điều trị của 2 phương án: Tỷ lệ thành công về kỹ thuật là tương đương nhau giữa 2 nhóm (89% và 90,9%, P>0,05). Tỷ lệ thành công của kỹ thuật cắt trước cơ Oddi tương đương với nhiều báo cáo đã được của tác giả Freeman [2]. Đồng thời, kết quả thông nhú tiêu chuẩn (nhóm A) trong nghiên cứu của chúng tôi cũng tương đương với các kết quả của các nghiên cứu khác, theo tổng hợp của tác giả Freeman [2]. Bên cạnh đó, kết quả điều trị sỏi đường mật (lấy sỏi hoàn toàn, lấy sỏi một phần) là tương tự giữa 2 nhóm, với tỷ lệ sạch sỏi hoàn toàn sau can thiệp khoảng 75%. Kết quả này cũng tương đồng với các báo cáo khác liên quan tới NSMTND điều trị sỏi đường mật[8, 5]. Tuy nhiên, tỷ lệ đặt stent đường mật ở nhóm A cao hơn nhóm B (30,1% vs 19,7%), mặc dù sự khác biệt này chưa có ý nghĩa thống kê. Điều này có thể được giải thích là do những bệnh nhân thông nhú khó, cố gắng tiếp tục thông nhú bằng phương pháp thông thường, làm kéo dài thời gian thông nhú thành công, do đó, có thể gây hạn chế tới việc kiểm soát sỏi trong đường mật vì thời gian can thiệp kéo dài. Do đó, đặt stent đường mật là một biện pháp an toàn đối với những trường hợp này. Như vậy, hiệu quả điều trị sỏi đường mật của 2 phương pháp là tương đương nhau.

Thời gian phục hồi của bệnh nhân ở nhóm tiếp tục thông nhú dài hơn đáng kể so với những

bệnh nhân chuyển cắt trước (4,8 ngày vs 3,5 ngày,  $P = 0,03$ ). Như vậy, chuyển cắt trước cơ Oddi sớm sẽ mang lại hiệu quả tốt hơn cho bệnh nhân thông nhú khó, với thời gian phục hồi sau can thiệp ngắn hơn. Thời gian nằm viện của những bệnh nhân nhóm B cũng ngắn hơn so với bệnh nhân nhóm A (7,3 ngày so với 8,7 ngày). Và những bệnh nhân này dường như cũng được hưởng lợi hơn so với nhóm A, về thời gian nằm viện. Đồng thời, tỷ lệ tái nhập viện của bệnh nhân trong 12 tháng ở nhóm A cao hơn hẳn bệnh nhân ở nhóm B (39,3% so với 24,2%,  $P=0,03$ ). Điều này là do, những bệnh nhân ở nhóm A có tỷ lệ đặt stent nhựa đường mật cao hơn, do đó, trong vòng 1 năm, họ sẽ phải quay lại viện để rút stent và can thiệp bổ sung nếu cần thiết. Ngược lại, khi theo dõi bệnh nhân trong ít nhất 1 năm, chúng tôi thấy rằng tỷ lệ tử vong chung của 2 nhóm là tương đương nhau giữa 2 nhóm. Điều này có thể được giải thích bởi, những bệnh nhân này chủ yếu cao tuổi (> 60 tuổi), nhiều bệnh lý kết hợp liên quan tới tim mạch, tiểu đường... nên bệnh nhân có thể tử vong liên quan tới các biến cố trên. Tóm lại, bệnh nhân thông nhú khó chuyển cắt trước sớm sẽ có thời gian phục hồi sau can thiệp nhanh hơn, và tỷ lệ tái nhập viện trong 1 năm thấp hơn.

Cuối cùng, so sánh biến chứng sau can thiệp của 2 nhóm nghiên cứu, chúng tôi thấy rằng tỷ lệ biến chứng ở nhóm A cao hơn ở nhóm B. Có 17,2% số bệnh nhân ở nhóm A bị viêm tụy cấp sau NSMTND, trong khi chỉ có 4,5% số bệnh nhân ở nhóm B bị biến chứng này ( $P=0,01$ ). Tỷ lệ biến chứng viêm tụy cấp trong nghiên cứu này tương tự với những báo cáo về tỷ lệ viêm tụy cấp của NSMTND, từ 10-20% [7]. Quan trọng, BN thông nhú khó chuyển cắt trước sớm, có tỷ lệ viêm tụy cấp thấp hơn hẳn. Đây là 1 nguyên nhân lý giải cho thời gian phục hồi ngắn hơn của BN ở nhóm B. Khi so sánh về 1 số yếu tố làm tăng yếu tố nguy cơ viêm tụy cấp (Bảng 4), chúng tôi thấy rằng những yếu tố khách quan liên quan tới bệnh nhân như tuổi trẻ, giới nữ hoặc túi thừa tá tràng (được báo cáo là tăng nguy cơ viêm tụy cấp sau NSMTND [7, 5]) tương đồng giữa 2 nhóm nghiên cứu. Ngược lại, các yếu tố chủ quan liên quan trực tiếp tới kỹ thuật là tỷ lệ thông vào ống tụy, lưu guidewire tụy và bơm cản quang vào ống tụy, nghiên cứu của chúng tôi đều cho thấy nhóm A gặp tỷ lệ cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm B (Bảng 4). Điều này là nguyên nhân thúc đẩy nguy cơ biến chứng viêm tụy cấp sau NSMTND cao hơn ở nhóm bệnh nhân này. Các biến chứng khác hay

gặp trong NSMTND là biến chứng chảy máu và biến chứng thủng không có sự khác biệt thống kê giữa 2 nhóm, có thể do số lượng bệnh nhân gặp biến chứng này rất thấp. Và kết quả biến chứng chảy máu và thủng ở nghiên cứu của chúng tôi cũng tương tự các kết quả từ các nghiên cứu đã được công bố [7, 2]. Như vậy, đối với những bệnh nhân thông nhú khó, chiến lược cố gắng tiếp tục thông nhú thông thường làm tăng nguy cơ tai biến sau NSMTND, đặc biệt là viêm tụy cấp.

**Hạn chế của nghiên cứu:** Đầu tiên, nghiên cứu hồi cứu kết hợp với tiền cứu, nên không làm rõ được khác biệt về thời gian thực hiện kỹ thuật NSMTND, thời gian thông nhú thành công ở 2 nhóm. Thứ hai, lựa chọn BN theo 2 nhóm phụ thuộc quyết định của phẫu thuật viên, không phải lựa chọn ngẫu nhiên và không có tiêu chuẩn cụ thể để lựa chọn bệnh nhân chuyển phương pháp cắt trước cơ Oddi.

## V. KẾT LUẬN

Ở những bệnh nhân thông nhú khó trong NSMTND, chuyển cắt trước cơ Oddi có kết quả điều trị sỏi tương đương với những bệnh nhân thông nhú thông thường, nhưng cho hiệu quả tốt và an toàn hơn với thời gian phục hồi nhanh hơn và ít tai biến sau can thiệp hơn.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Viện Nghiên cứu Khoa học Y dược Lâm sàng 108**, Giáo trình bệnh học nội tiêu hoá. 2017: Nhà xuất bản y học, Hà Nội.
2. **Freeman, M.L., N.M. Guda**, ERCP cannulation: a review of reported techniques. *Gastrointest Endosc*, 2005. 61(1): p. 112-25.
3. **Horiuchi, A., et al.**, Effect of precut sphincterotomy on biliary cannulation based on the characteristics of the major duodenal papilla. *Clin Gastroenterol Hepatol*, 2007. 5(9): p. 1113-8.
4. **Maharshi, S., S.S. Sharma**, Early precut versus primary precut sphincterotomy to reduce post-ERCP pancreatitis: randomized controlled trial (with videos). *Gastrointest Endosc*, 2021. 93(3): p. 586-593.
5. **Mariani, A., et al.**, Early precut sphincterotomy for difficult biliary access to reduce post-ERCP pancreatitis: a randomized trial. *Endoscopy*, 2016. 48(6): p. 530-5.
6. **Miura, F., et al.**, Tokyo Guidelines 2018: initial management of acute biliary infection and flowchart for acute cholangitis. *J Hepatobiliary Pancreat Sci*, 2018. 25(1): p. 31-40.
7. **Talukdar, R.**, Complications of ERCP. *Best Practice & Research Clinical Gastroenterology*, 2016. 30(5): p. 793-805.
8. **Testoni, P.A., et al.**, Papillary cannulation and sphincterotomy techniques at ERCP: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Clinical Guideline. *Endoscopy*, 2016. 48(7): p. 657-83.