

ĐIỀU TRỊ BỆNH LÝ LIÊN QUAN ỐNG TỤY - KẾT QUẢ BƯỚC ĐẦU ĐẶT STENT ỐNG TỤY QUA NỘI SOI MẬT TỤY NGƯỢC DÒNG

Mai Thanh Bình✉

Viện Điều trị các bệnh Tiêu hóa, Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá hiệu quả và an toàn của phương pháp nội soi mật tụy ngược dòng (Endoscopic retrograde cholangiopancreatography - ERCP) can thiệp ống tụy điều trị bệnh lý ống tụy tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 (BVTƯQĐ 108).

Đối tượng và phương pháp: 44 bệnh nhân (BN) giãn ống tụy, tổn thương ống tụy được can thiệp ERCP, đặt vào ống tụy tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 từ tháng 01/2021 đến tháng 03/2024.

Kết quả: Tất cả bệnh nhân đều được đặt stent nhựa, trong đó 40 bệnh nhân đặt 1 stent, 4 bệnh nhân đặt 2 stent. Thời gian can thiệp trung bình là $49,4 \pm 19,5$ phút, thời gian nằm viện trung bình là $14,2 \pm 9,5$ ngày. Tỷ lệ đau bụng trước can thiệp là 68,2%, sau can thiệp là 54,5% và chỉ còn 27,3% khi ra viện. Tỷ lệ sốt trước can thiệp là 20,5%, sau can thiệp là 9,1%. Các chỉ số men tụy (amylase và lipase) có xu hướng giảm sau khi đặt stent tụy, nhưng mức độ thay đổi không có ý nghĩa thống kê. Tai biến, biến chứng gặp ở 13 bệnh nhân (chiếm 29,5%), viêm tụy cấp là biến chứng hay gặp nhất (7/13 bệnh nhân).

Kết luận: Nội soi mật tụy ngược dòng (ERCP) đặt stent ống tụy cho thấy vai trò hỗ trợ các bệnh lý gây giãn tụy, do đó nên được cân nhắc chỉ định, đặc biệt ở bệnh lý lành tính như viêm tụy mạn, nang giả tụy thông với ống tụy...

Từ khóa: Bệnh lý tụy, nội soi mật tụy ngược dòng, đặt stent ống tụy

ABSTRACT

Objective: To provide a preliminary assessment of the efficacy and safety of endoscopic retrograde cholangiopancreatography (ERCP) with pancreatic duct intervention for the treatment of pancreatic duct diseases at 108 Military Central Hospital.

Subjects and Methods: A total of 44 patients with pancreatic duct dilation or pancreatic duct lesions underwent ERCP with pancreatic duct stenting at 108 Military Central Hospital from January 2021 to March 2024.

¹Chịu trách nhiệm: Mai Thanh Bình,

Viện Điều trị các bệnh Tiêu hóa, Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

Email: maibinhthieuhoa108@gmail.com

Ngày gửi bài: 27/2/2025; Ngày nhận xét: 21/4/2025; Ngày duyệt bài: 26/4/2025

<https://doi.org/10.54804/yhthvb.2.2025.409>

Results: All patients received plastic stents, with 40 patients receiving one stent and 4 patients receiving two stents. The mean procedure time was 49.4 ± 19.5 minutes, and the average hospital stay was 14.2 ± 9.5 days. The pre-procedure abdominal pain rate was 68.2%, which decreased to 54.5% post-procedure and further dropped to 27.3% at discharge. The pre-procedure fever rate was 20.5%, decreasing to 9.1% post-procedure. Pancreatic enzyme levels (amylase and lipase) showed a decreasing trend after pancreatic stent placement, but the changes were not statistically significant. Adverse events and complications were observed in 13 patients (29.5%), with acute pancreatitis being the most common complication (7/13 patients).

Conclusion: ERCP with pancreatic duct stenting demonstrates a supportive role in managing conditions causing pancreatic duct dilation. It should be considered, particularly for benign diseases such as chronic pancreatitis and pancreatic pseudocysts communicating with the pancreatic duct.

Keywords: Pancreatic diseases, endoscopic retrograde cholangiopancreatography, pancreatic duct stent placement

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Các bệnh lý tụy, bao gồm viêm tụy cấp, viêm tụy mạn tính, nang giả tụy và ung thư tuyến tụy, có gánh nặng lớn trên toàn cầu. Tỷ lệ mắc ung thư tuyến tụy được ước tính khoảng 8,14 trường hợp trên 100.000 người/năm và là nguyên nhân gây tử vong hàng đầu trong các bệnh tuyến tụy, với tỷ lệ tử vong toàn cầu 6,92 ca trên 100.000 người/ năm [6].

Dù phẫu thuật là phương pháp điều trị hiệu quả trong nhiều trường hợp, tỷ lệ biến chứng trong phẫu thuật tuyến tụy vẫn đáng lo ngại. Hiện nay, vai trò của nội soi trong quản lý các bệnh lý tuyến tụy ngày càng được chú trọng nhờ tính chất ít xâm lấn và tỷ lệ biến chứng thấp hơn. Nhiều bệnh lý tuyến tụy có thể được điều trị thành công bằng nội soi mật tụy ngược dòng (ERCP), siêu âm nội soi (EUS), hoặc kết hợp cả hai. Đặc biệt, việc đặt stent tụy qua ERCP được nhiều nghiên cứu đề xuất để điều trị các tình trạng như viêm tụy mạn tính, nang giả tụy, tụy phân đôi, tổn thương ống tụy

chính, rò tụy, biến chứng của viêm tụy cấp, viêm tụy vô căn tái phát, và phòng ngừa viêm tụy sau ERCP [7, 2]. Nguyên lý của các kỹ thuật này là dẫn lưu dịch tụy chủ động bằng stent, giúp khôi phục lưu thông ống tụy, giảm áp lực trong lòng ống tụy, và tạo điều kiện cho ống tụy phục hồi sau các biến chứng của viêm tụy cấp. Tuy nhiên, can thiệp nội soi vào ống tụy vẫn là một thách thức lớn trong thực hành lâm sàng do tính phức tạp của chỉ định và kỹ thuật, nguy cơ biến chứng tiềm ẩn, yêu cầu cao về kinh nghiệm của bác sĩ nội soi can thiệp, cũng như hạn chế về trang thiết bị tại một số cơ sở y tế

Nghiên cứu này nhằm bước đầu đánh giá hiệu quả điều trị và tính an toàn của stent tụy được thực hiện chủ động qua ERCP để điều trị các bệnh lý mật tụy liên quan tới ống tụy. Đây là cơ sở khoa học ban đầu nhằm phát triển kỹ thuật, mở rộng chỉ định đối với stent tụy giúp hỗ trợ điều trị nội khoa các bệnh lý có ảnh hưởng tới ống tụy.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Bệnh nhân có chỉ định can thiệp ERCP điều trị bệnh lý tại tụy hoặc ngoài tụy có ảnh hưởng đến ống tụy.

Địa điểm: Bệnh viện Trung ương Quân đội 108, được hội chẩn nội - ngoại tiêu hóa.

Thời gian: Từ tháng 01/2021 đến tháng 03/2024.

* *Tiêu chuẩn lựa chọn:*

- Bệnh nhân được chẩn đoán mắc bệnh lý tại tụy làm ảnh hưởng đến ống tụy như sỏi tụy, viêm tụy mạn, viêm tụy tự miễn, nang giả tụy thông với ống tụy, u đầu tụy,... Bệnh nhân được chẩn đoán mắc bệnh lý ở ngoài tụy làm ảnh hưởng đến ống tụy như nang đôi tá tràng, nang ống mật chủ, u bóng Vater, u tá tràng xâm lấn đầu tụy, u đoạn cuối ống mật chủ... Đã thông qua hội chẩn nội - ngoại tiêu hóa. Bệnh nhân và gia đình đồng ý tham gia nghiên cứu.

* *Tiêu chuẩn loại trừ:*

- Bệnh nhân có chỉ định can thiệp nhưng không thông được vào ống tụy. Bệnh nhân có chống chỉ định của nội soi can thiệp: Suy tim cấp, nhồi máu cơ tim mới, đang trong tình trạng sốc, thủng đường tiêu hóa, tổn thương thực quản cấp do hóa chất kiềm hoặc a-xít, phình động mạch chủ, rối loạn đông máu... Phụ nữ có thai. Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

* *Thiết kế nghiên cứu:*

Nghiên cứu hồi cứu, quan sát, mô tả

* *Phương tiện nghiên cứu:*

- Phòng can thiệp ERCP tiêu chuẩn, đã bao gồm C-arm và máy cắt đốt.

- Dàn máy nội soi đường tiêu hóa của hãng Olympus Nhật Bản và ống soi tá tràng nhìn bên CV180, CV190.

- Dụng cụ can thiệp: Dao cung, guidewire đường mật các cỡ, bóng nong đường mật, bóng kéo sỏi, stent nhựa tụy các cỡ, bộ đẩy stent.

2.3. Quy trình ERCP điều trị bệnh lý tại tụy

- Kiểm tra hồ sơ: Xác định bệnh nhân thực hiện kỹ thuật, theo tiêu chuẩn lựa chọn và tiêu chuẩn loại trừ (đã đề cập ở trên).

- Kiểm tra người bệnh: Đánh giá chức năng sống của người bệnh để đảm bảo an toàn trước khi làm thủ thuật, đã tuân thủ nhịn ăn trước đó.

* *Thực hiện kỹ thuật:*

- Vô cảm:

+ Bệnh nhân được đặt đường truyền tĩnh mạch, nằm nghiêng trái, thở oxy qua ống thông mũi, lắp lifestcope theo dõi các chỉ số sinh tồn, đặt ngáng miệng.

+ Vô cảm cho bệnh nhân: Nếu gây mê thì bác sỹ gây mê thực hiện, nếu giảm đau, an thần cho bệnh nhân thì bác sỹ tiêu hoá thực hiện (theo phụ lục 1).

- Đưa ống soi vào DII tìm papilla:

+ Soi kiểm tra trước bằng máy soi dạ dày nhìn thẳng phát hiện: túi thừa Zenker, loét sâu hoặc hẹp hành tá tràng, hút dịch dạ dày.

+ Đưa máy nội soi nhìn bên xuống đến DII tá tràng, quay bánh xe nhỏ (L-R) sang phải hết cỡ và khóa lại, rút ngắn máy nhẹ

nhàng (65 - 70 cm cách cung răng trên) và xác định major papilla (nhận định vị trí, hình thể, kích thước, những khó khăn khi thông nhú và đường tụy).

- *Thông nhú:*

+ Điều chỉnh máy sao cho nhú ở vị trí thích hợp, thường là ở vị trí góc giữa 1/4 trên bên phải màn hình và đường tụy hướng vị trí 12 giờ.

+ Xác định lỗ nhú, đặt catheter hoặc dao cắt vào miệng lỗ theo hướng đường tụy, luồn guidewire qua lỗ vào đường tụy. Đẩy catheter hoặc dao cắt vào trong lòng ống tụy và hút dịch tụy kiểm tra catheter nằm trong đường tụy.

- *Chụp ống tụy, và đánh giá các tổn thương*

+ Bơm thuốc cản quang pha loãng với tỷ lệ 1:1, số lượng 10 - 20ml tụy kích thước đường tụy đủ để hiện hình hết ống tụy chính, bơm thuốc với khối lượng ít nhất có thể và sau khi chụp xong phải hút hết thuốc ngay.

+ Xác định các chỗ hẹp, hoặc sỏi đo chiều dài tổn thương để lựa chọn số lượng loại và cỡ stent phù hợp.

- *Đặt stent:*

+ Sau khi xác định và đánh giá đoạn hẹp của đường tụy và quyết định chọn loại stent phù hợp. Rút dao cắt đến cơ oddi và cắt cơ oddi vừa đủ để dễ thao tác.

+ Rút catheter và lưu lại guidewire trong đường tụy, cũng có thể đưa lại catheter và luồn bổ sung guidewire thứ 2 vào nhánh khác của đường mật nếu cần.

+ Luồn stent vào guidewire theo sau luồn dụng cụ đẩy stent

+ Đẩy stent vượt qua chỗ hẹp của đường tụy.

+ Kiểm tra dịch tụy chảy ra ngoài qua stent.

+ Từ từ rút máy và hút bớt hơi dạ dày.

+ Hồi tỉnh bệnh nhân.

+ Chuyển bệnh nhân về phòng bệnh theo dõi sát.

+ Hoàn thiện phiếu kết quả có chữ ký của bác sỹ trưởng kíp, dán bệnh án.

*** Quy trình tiến hành nghiên cứu:**

- Hồi cứu hồ sơ bệnh án các bệnh nhân đáp ứng đầy đủ tiêu chuẩn lựa chọn. Lập bảng số liệu các về tuổi, giới, chẩn đoán, đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng (trước và sau can thiệp), đặc điểm liên quan đến kỹ thuật, thời gian nằm viện, tai biến, biến chứng; sau đó tiến hành phân tích.

2.4. Phương pháp thu thập và xử lý số liệu nghiên cứu:

Các số liệu nghiên cứu được xử lý theo các thuật toán thống kê áp dụng trong y sinh học. Sử dụng phần mềm SPSS 22.0 và Excel 365.

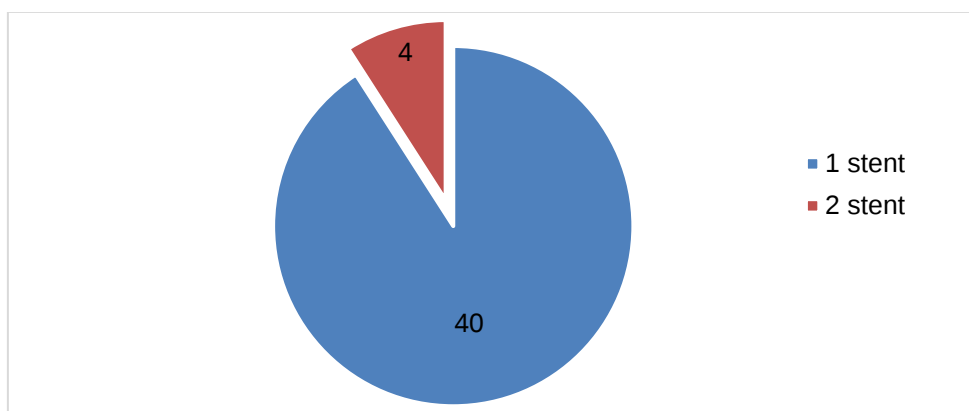
2.5. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được thực hiện theo các nguyên tắc của tuyên bố Helsinki năm 1975. Dữ liệu được thu thập hồi cứu trên những bệnh nhân đã thực hiện ERCP (Được hội chẩn từ tiểu ban can thiệp nội soi chuyên sâu của viện điều trị các bệnh tiêu hoá, và ký cam đoan thủ thuật; Được sơ tổng kết, ký chỉ huy khoa, viện tiêu hoá và phòng kế hoạch tổng hợp), và chấp hành nghiêm quy định về mã hoá và bảo mật dữ liệu.

3. KẾT QUẢ

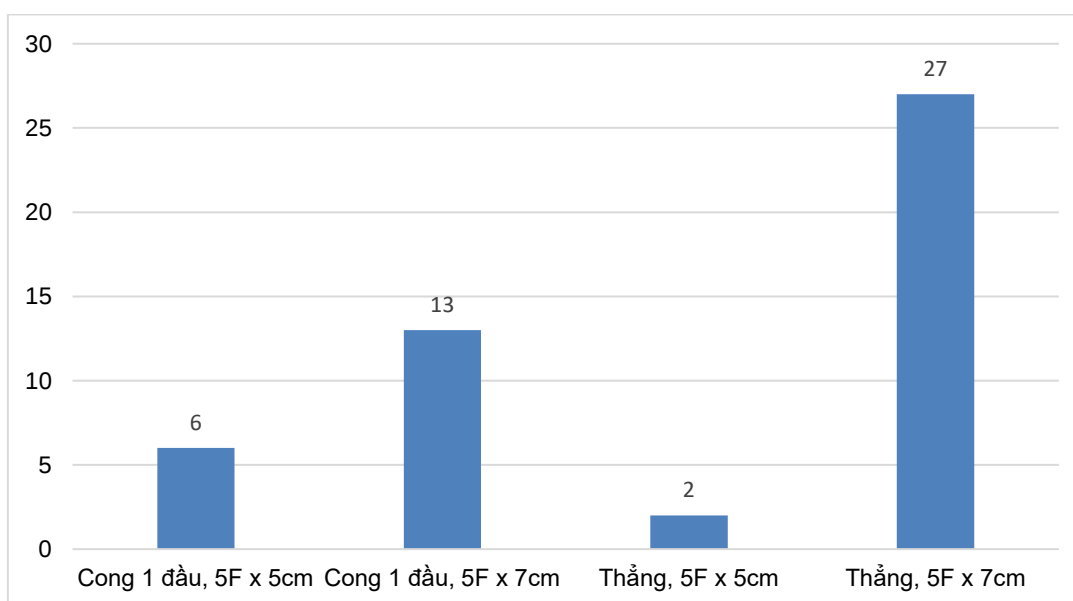
Tổng cộng có 44 bệnh nhân đáp ứng đủ tiêu chí lựa chọn và loại trừ được đưa vào nghiên cứu.

3.1. Đặc điểm về kỹ thuật



Biểu đồ 3.1. Số lượng stent

Nhân xét: Tất cả 44 bệnh nhân can thiệp ERCP vào ống tụy đều được đặt stent. Số bệnh nhân đặt 1 stent chiếm đa số (40/44 bệnh nhân) so với số bệnh nhân đặt 2 stent (4/44 bệnh nhân).



Biểu đồ 3.2. Đặc điểm stent (n = 48)

Nhân xét: Tất cả 44 bệnh nhân can thiệp đặt stent tụy đều sử dụng stent nhựa. Tổng cộng có 48 stent nhựa được đặt (4 bệnh nhân đặt 2 stent). Trong đó tỷ lệ đặt nhiều nhất là stent thẳng, kích thước 5F x 7 cm (chiếm 56,3%). Tiếp đó là stent cong

1 đầu, kích thước 5F x 7 cm (chiếm 27,1%) và stent cong 1 đầu, kích thước 5F x 5 cm (chiếm 12,5%). Chỉ có 2/48 stent là loại thẳng, kích thước 5F x 5 cm.

- Thời gian can thiệp: Thời gian can thiệp trung bình là $49,4 \pm 19,5$ phút, bệnh

nhân can thiệp nhanh nhất là 25 phút và lâu nhất là 130 phút.

- Thời gian nằm viện: Thời gian nằm viện trung bình của bệnh nhân là $14,2 \pm 9,5$

ngày. Bệnh nhân nằm viện ngắn nhất là 3 ngày và dài nhất là 47 ngày

3.2. Đặc điểm về lâm sàng trước và sau can thiệp

Bảng 3.1. Đặc điểm lâm sàng trước và sau can thiệp (n = 44)

Đặc điểm	Trước can thiệp (tỷ lệ %)	Sau can thiệp (3 ngày) (tỷ lệ %)	Tăng sau can thiệp (tỷ lệ %)	Khi ra viện (tỷ lệ %)
Đau bụng:	30 (68,2%)	24 (54,5%)	9 (20,5%)	12 (27,3%)
Nhẹ	20 (45,5%)	12 (27,3%)	3 (6,8%)	12 (27,3%)
Vừa	10 (22,7%)	12 (27,3%)	6 (13,6%)	0 (0%)
Nặng	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Sốt:	9 (20,5%)	4 (9,1%)	4 (9,1%)	1 (2,3%)

* Ghi chú: Đánh giá mức độ đau dựa trên thang điểm VAS (nhẹ: VAS 1 - 3, vừa: VAS 4 - 6, nặng: VAS 7 -10); Sốt khi thân nhiệt > 38 độ C.

Nhận xét: Về triệu chứng đau, có 30 bệnh nhân có triệu chứng đau bụng trước can thiệp (chiếm tỷ lệ 68,2%), trong đó có 20 bệnh nhân đau mức nhẹ, 10 bệnh nhân đau mức độ vừa, không có bệnh nhân nào đau mức độ nặng. Sau can thiệp 3 ngày, có 24 bệnh nhân có triệu chứng đau bụng (54,5%), trong đó tỷ lệ đau bụng mức độ nhẹ và vừa bằng nhau (đều 12 bệnh nhân). So sánh mức độ đau trước và sau can thiệp, có 9 bệnh nhân đau tăng sau can thiệp. Tại thời điểm ra viện, chỉ có 12 bệnh

nhân (chiếm 27,3%) có triệu chứng đau và tất cả đều ở mức độ nhẹ.

Về triệu chứng sốt, có 9 bệnh nhân có biểu hiện sốt trước can thiệp (20,5%). Sau can thiệp, có 4 bệnh nhân có biểu hiện sốt (9,1%). So sánh triệu chứng sốt trước và sau can thiệp, thấy có 4 bệnh nhân triệu chứng sốt tăng lên sau can thiệp, trong đó có 2 bệnh nhân trước can thiệp không có sốt. Tại thời điểm ra viện, chỉ có 1 BN còn triệu chứng sốt.

3.3. Đặc điểm về cận lâm sàng trước và sau can thiệp

Bảng 3.2. Đặc điểm cận lâm sàng trước và sau điều trị

	Trung bình		Trung vị		Khoảng trung vị		p
	Trước	Sau	Trước	Sau	Trước	Sau	
WBC	9,5	10,3	8,1	9,9	11,3 - 6,5	11,3 - 7,5	> 0,05
Amylase	176,5	148,2	65,5	74,0	123,2 - 45,1	194,0 - 53,7	> 0,05
Lipase	414,1	195,5	51,0	76,2	233,9 - 35,1	220,4 - 36,5	> 0,05

Nhận xét: Bạch cầu có xu hướng tăng nhẹ sau can thiệp (9,5 G/L lên 10,3 G/L), Amylase có xu hướng giảm sau can thiệp (176,5 U/L xuống 148,2 U/L), Lipase có xu hướng giảm sau can thiệp (414,1 U/L xuống 195,5 U/L). Cả 3 sự biến đổi này đều không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

3.4. Tai biến, biến chứng

Bảng 3.3. Tai biến, biến chứng can thiệp (n = 44)

	Biến chứng	Tỷ lệ (%)	Xử trí
Di lệch stent tụy	1	2,3	Di lệch ra ngoài, không cần xử trí
Viêm tụy cấp	7	15,9	Điều trị nội khoa
Nhiễm khuẩn huyết	4	9,1	Điều trị nội khoa
Xuất huyết tiêu hóa	2	4,5	Cầm máu qua nội soi và điều trị nội khoa

Nhận xét: Tổng cộng có 13 bệnh nhân (chiếm 29,5%) có tai biến, biến chứng sau can thiệp, trong đó có 1 bệnh nhân gặp 2 biến chứng là viêm tụy cấp và nhiễm khuẩn huyết. Biến chứng viêm tụy cấp là biến chứng hay gặp nhất, chiếm tỷ lệ 15,9%. Sau đó đến nhiễm khuẩn huyết (9,1%) và xuất huyết tiêu hóa (4,5%). Có 1 trường hợp di lệch stent tụy (bệnh nhân đi ngoài ra stent).

4. BÀN LUẬN

Các bệnh lý tuyến tụy không chỉ gây gánh nặng về y tế, mà còn cả gánh nặng về kinh tế, xã hội đáng kể trên toàn cầu, đặc biệt ở khu vực có tỷ lệ hút thuốc lá, uống rượu và béo phì cao. Tăng áp lực ống tụy do các nguyên nhân tại tụy như sỏi tụy, viêm tụy mạn tính... hoặc các tổn thương thực thể ống tụy sau viêm tụy cấp như nang giả tụy... gây ra tình trạng đau bụng mạn tính cho người bệnh, tăng nguy cơ viêm tụy cấp. Do đó, chủ động đặt stent tụy giúp dẫn lưu dịch tụy, giảm áp trong lòng tụy. Đây là cơ sở giúp giảm các triệu chứng khó chịu của bệnh nhân, giảm nguy cơ viêm tụy cấp thường gặp [2]. Do đó, nghiên cứu này, chúng tôi đánh giá

hiệu quả của đặt stent tụy chủ động ở 44 bệnh nhân có bệnh lý ảnh hưởng tới ống tụy, giúp cung cấp những bằng chứng khoa học bước đầu về chỉ định điều trị của kỹ thuật.

Về kỹ thuật, tất cả bệnh nhân can thiệp ERCP vào ống tụy đều được stent nhựa. 40/44 bệnh nhân được đặt 1 stent, có 4 bệnh nhân phải đặt 2 stent do ống tụy giãn lớn, việc đặt nhiều stent có thể giúp hạn chế di lệch stent. Có 2 loại stent tụy được sử dụng là stent cong 1 đầu và stent thẳng, với 2 loại kích thước là 5F x 5 cm và 5F x 7 cm. Tất cả bệnh nhân đều được lựa chọn stent đường kính 5F do tính phù hợp của đường kính này kỹ thuật. Stent đường kính nhỏ hơn (3F) dễ gây di lệch stent do chủ yếu những BN trong nghiên cứu có giãn ống tụy. Với stent đường kính lớn hơn (7F, 10F), việc đặt stent tụy gặp khó khăn khi stent đi vào ống tụy đoạn ở thân tụy và có thể gây tổn thương ống tụy [9]. Do đó chúng tôi ưu tiên stent nhựa có đường kính 5F khi đặt stent tụy. Stent cong 1 đầu tỷ lệ di lệch cao hơn nhưng hạn chế được biến chứng thủng ống tiêu hóa do di lệch stent. Ngược lại, stent thẳng hạn chế được di

lệch do có thể đặt vào sâu hơn trong ống tụy, tuy nhiên nếu di lệch, stent tụy thẳng có thể xuyên thủng ống tiêu hóa. Lựa chọn chiều dài stent phụ thuộc vào chiều dài đoạn giãn của ống tụy khảo sát được khi chụp ống tụy.

Thời gian can thiệp trung bình là $49,4 \pm 19,5$ phút và thời gian nằm viện trung bình của bệnh nhân là $14,2 \pm 9,5$ ngày. Do tính phức tạp của việc thông và đặt stent ống tụy nên thời gian can thiệp của thủ thuật này cao hơn so với ERCP can thiệp đường mật thông thường.

Về hiệu quả điều trị: Đánh giá về lâm sàng của nhóm nghiên cứu trước và sau điều trị, chúng tôi đánh giá 2 triệu chứng là đau bụng và sốt. Đa số các bệnh nhân có triệu chứng đau mức độ nhẹ đến vừa từ trước can thiệp (30/44 bệnh nhân), khá tương đồng với nghiên cứu của tác giả C Mel Wilcox và cộng sự về mức độ đau của nhóm bệnh nhân viêm tụy mạn [8]. Sau can thiệp, có 9 bệnh nhân xuất hiện đau bụng hoặc triệu chứng đau bụng tăng lên so với trước can thiệp, có thể do việc can thiệp có tác động vào ống tụy làm bệnh nhân có những biểu hiện của viêm tụy cấp. Tuy nhiên tất cả bệnh nhân đều giảm triệu chứng đau tại thời điểm ra viện. Việc đặt stent tụy giúp ống tụy lưu thông và giảm áp lực ống tụy có thể là nguyên nhân chính dẫn đến kết quả này. Về triệu chứng sốt, trước can thiệp có 9 bệnh nhân sốt. Sau can thiệp, có 4 bệnh nhân có biểu hiện sốt, trong đó có 2 bệnh nhân trước can thiệp không có biểu hiện sốt. Đây cũng là 4 bệnh nhân được chẩn đoán nhiễm khuẩn huyết sau can thiệp. Tại thời điểm ra viện, chỉ còn 1 bệnh nhân còn sốt, là trường hợp bệnh nhân có bội nhiễm viêm phổi, được điều trị hồi sức tích cực và thở máy, nhưng sau đó bệnh nhân xin ra viện.

Về cận lâm sàng, chúng tôi lựa chọn 3 chỉ số là bạch cầu, amylase và lipase để so sánh trước và sau can thiệp. Chỉ số bạch cầu tăng không đáng kể sau can thiệp (từ 9,5 G/L lên 10,3 G/L). Ngược lại, amylase và lipase có xu hướng giảm sau can thiệp. Về lý thuyết, việc can thiệp vào ống tụy qua ERCP là yếu tố nguy cơ làm tăng men tụy phản ứng [4, 5]. Tuy nhiên trong nhóm đối tượng này, men tụy lại giảm sau can thiệp. Có thể lý giải rằng, trước can thiệp, đa số bệnh nhân có tình trạng tắc nghẽn ống tụy, dẫn đến ống tụy giãn và tăng men tụy từ trước khi can thiệp. Quá trình can thiệp đặt stent tụy sau đó giúp giảm áp ống tụy, khiến men tụy giảm xuống. Tuy vậy không phải tất cả các bệnh nhân đều giảm men tụy so với trước can thiệp. Một số bệnh nhân biến chứng viêm tụy cấp sau can thiệp nhận thấy sự tăng men tụy đáng kể sau can thiệp. Sự thay đổi 3 chỉ số này không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$. Đồng thời, men tụy chỉ được kiểm tra ngày thứ nhất sau đặt stent tụy, nên các chỉ số này chưa thể phản ánh hết mức độ giảm men tụy trong những ngày tiếp theo ở những bệnh nhân tắc nghẽn ống tụy.

Về tai biến, biến chứng của thủ thuật, chúng tôi gặp ở 13 bệnh nhân (chiếm tỷ lệ 29,5%), cao hơn đáng kể so với tỷ lệ ERCP can thiệp đường mật ở bệnh viện chúng tôi (10,7%) [1]. Điều này cho thấy tính phức tạp của can thiệp nội soi ống tụy. Có 1 trường hợp gặp 2 biến chứng là viêm tụy cấp và nhiễm khuẩn huyết. Viêm tụy cấp là biến chứng thường gặp nhất (7/13 bệnh nhân), sau đó đến nhiễm khuẩn huyết (4/13 bệnh nhân). 2 trường hợp xuất huyết tiêu hóa do chảy máu diện cắt cơ Oddi, trong đó có 1 trường hợp phải can thiệp nội soi cầm máu, trường hợp còn lại chỉ điều trị nội khoa bằng PPI và cầm máu. Có 1 bệnh

nhân đi ngoài ra stent 4 ngày sau can thiệp lấy sỏi tụy và đặt stent, bệnh nhân sau đó lâm sàng ổn định và không cần đặt lại stent. Hầu hết các bệnh nhân được điều trị nội khoa thành công, trừ 1 bệnh nhân nhiễm khuẩn huyết bội nhiễm viêm phổi, bệnh nhân sau đó xin ra viện. Mặc dù vậy, nếu so sánh với phẫu thuật tụy, can thiệp nội soi có ưu thế vượt trội hơn rõ rệt ở cả tỷ lệ tai biến biến chứng chung, biến chứng nghiêm trọng và tỷ lệ tử vong [3]. Điều đáng chú ý, nếu được chỉ định đúng và thực hiện bởi bác sĩ nội soi can thiệp có kinh nghiệm, can thiệp nội soi vẫn là lựa chọn nên được ưu tiên hơn so với phẫu thuật ở một số bệnh lý tụy, ví dụ như sỏi tụy, viêm tụy mạn... vì mức độ can thiệp tối thiểu, tỷ lệ tai biến cũng như cải thiện chất lượng cuộc sống của bệnh nhân [7].

Thời gian nằm viện trung bình của bệnh nhân là $14,2 \pm 9,5$ ngày. Thời gian nằm viện dài hơn ERCP tiêu chuẩn can thiệp đường mật tại bệnh viện chúng tôi [1], có thể do tỷ lệ tai biến, biến chứng cao hơn và cần được theo dõi lâu hơn.

5. KẾT LUẬN

ERCP đặt stent tụy là thủ thuật nên được cân nhắc lựa chọn để hỗ trợ điều trị một số bệnh lý liên quan đến ống tụy, đặc biệt là ở các bệnh lành tính, bởi tính chất xâm lấn tối thiểu và mức độ tai biến, biến chứng của nó so với phẫu thuật. Tuy nhiên do tính phức tạp của kỹ thuật, nên thực hiện đặt stent ở những trung tâm nội soi tiêu hóa lớn bởi các bác sĩ có nhiều kinh nghiệm. Ngoài ra, cần có các nghiên cứu với cỡ mẫu lớn hơn và thời gian theo dõi dài hơn để đánh giá chính xác hơn tính hiệu quả của thủ thuật.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Thái Doãn Kỳ và cộng sự (2023). Đánh giá hiệu quả và an toàn của phương pháp nội soi mật tụy ngược dòng điều trị sỏi đường mật tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108. Tạp chí Y dược Lâm sàng 108, 2023. 18.
2. Trần Duy Hưng và cộng sự (2022). Chẩn đoán và điều trị viêm tụy cấp do tụy đôi bằng đặt stent ống tụy qua nội soi mật tụy ngược dòng: nhân 1 ca lâm sàng. Tạp chí Nghiên cứu Y học, 2022. 160: tr. 330-334.
3. PancreasGroup.org, C., Pancreatic surgery outcomes: multicentre prospective snapshot study in 67 countries. Br J Surg, 2024. 111(1).
4. Phillip, V., et al., Pancreatic stenting to prevent post-ERCP pancreatitis: a randomized multicenter trial. Endosc Int Open, 2019. 7(7): p. E860-E868.
5. Sofuni, A., et al., Endoscopic pancreatic duct stents reduce the incidence of post-endoscopic retrograde cholangiopancreatography pancreatitis in high-risk patients. Clin Gastroenterol Hepatol, 2011. 9(10): p. 851-8; quiz e110.
6. Sung, H., et al., Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. CA Cancer J Clin, 2021. 71(3): p. 209-249.
7. Testoni, P.A., Endoscopic pancreatic duct stent placement for inflammatory pancreatic diseases. World J Gastroenterol, 2007. 13(45): p. 5971-8.
8. Wilcox, C.M., et al., Chronic pancreatitis pain pattern and severity are independent of abdominal imaging findings. Clin Gastroenterol Hepatol, 2015. 13(3): p. 552-60; quiz e28-9.
9. Zolotarevsky, E., et al., Prophylactic 5-Fr pancreatic duct stents are superior to 3-Fr stents: a randomized controlled trial. Endoscopy, 2011. 43(4): p. 325-30.