

chứng lâm sàng trong thời kỳ toàn phát thường gặp là liệt nửa người và rối loạn ngôn ngữ.

- Hầu hết bệnh nhân có mức độ hồi phục kém sau điều trị với thời gian nằm viện trung bình là từ 1 đến 2 tuần.

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **GBD 2016 Stroke Collaborators (2019).** Global, regional, and national burden of stroke, 1990-2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *Lancet Neurol*, **18**(5), 439-458.
2. **2020 ESC Guidelines for the diagnosis and management of atrial fibrillation developed in collaboration with the European Association of Cardio-Thoracic Surgery (EACTS) | European Heart Journal | Oxford Academic.** <<https://academic.oup.com/eurheartj/advance-article/doi/10.1093/eurheartj/ehaa612/5899003>>, accessed: 18/10/2020.
3. **Đỗ Minh Chi C.P.P. (2014).** Nghiên cứu các yếu tố tiên lượng trên bệnh nhân nhồi máu não có rung nhĩ.
4. **Kongbunkiat K., Kasemsap N., Travanchakul S. và cộng sự. (2015).** Hospital mortality from atrial fibrillation associated with ischemic stroke: a national data report. *Int J Neurosci*, **125**(12), 924-928.
5. **Lê Thị Thúy Hồng L.V.T. (2015).** Đặc điểm lâm sàng, chụp cắt lớp vi tính và các yếu tố tiên lượng của bệnh nhân nhồi máu não có bệnh lý tim mạch.
6. **Akanksha W.G., Paramdeep K., Gagandeep S. và cộng sự. (2017).** Clinical Features, Risk Factors, and Short-term Outcome of Ischemic Stroke, in Patients with Atrial Fibrillation: Data from a Population-based Study. *Ann Indian Acad Neurol*, **20**(3), 289-293.
7. **Chu Bá Chung (2017).** Nghiên cứu các yếu tố tiên lượng tử vong trên bệnh nhân nhồi máu não trong bốn tuần đầu. .
8. **Arauz A., Ruiz-Navarro F., Barboza M.A. và cộng sự. (2017).** Outcome, Recurrence and Mortality after Non-Valvular Atrial Fibrillation Stroke: Long-Term Follow-Up Study. *J Vasc Interv Neurol*, **9**(6), 5-11.
9. **Goel D., Gupta R., Keshri T. và cộng sự. (2020).** Prevalence of atrial fibrillation in acute ischemic stroke patients: A hospital-based study from India. *Brain Circ*, **6**(1), 19-25.

## NHẬN XÉT ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG BỆNH NHÂN SỎI ỐNG MẬT CHỦ CÓ TÚI THỪA TÁ TRÀNG VÀ KHÔNG CÓ TÚI THỪA TÁ TRÀNG

Nguyễn Công Long<sup>1</sup>, Nguyễn Thị Dân<sup>2</sup>

#### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Túi thừa quanh papilla (PAD) không phải ít gặp khi tiến hành nội soi mật tụy ngược dòng (ERCP), nhưng đặc điểm lâm sàng bệnh nhân sỏi mật có túi thừa ít được nghiên cứu, do vậy chúng tôi nghiên cứu đặc điểm lâm sàng bệnh nhân có sỏi mật chủ ở bệnh nhân có túi thừa. **Đối tượng và phương pháp:** 60 bệnh nhân sỏi ống mật chủ được tiến hành ERCP quan sát túi thừa quanh papilla từ tháng 7 năm 2019 đến tháng 9 năm 2020 được đưa vào nghiên cứu ghi nhận đặc điểm lâm sàng, xét nghiệm, mô tả đặc điểm và phân loại túi thừa. **Kết quả:** Tuổi trung bình bệnh nhân, kích thước sỏi ống mật chủ ở bệnh nhân có sự khác biệt giữa nhóm bệnh nhân sỏi ống mật chủ có hoặc không có túi thừa, và loại túi thừa hay gặp nhất là type II. Triệu chứng lâm sàng khá tương đồng giữa nhóm có túi thừa và không có túi thừa. Độ nặng viêm đường mật theo phân loại Tokyo thì ở nhóm có túi thừa PAD có biểu hiện nặng hơn nhóm không có túi thừa tuy nhiên khác biệt không có ý nghĩa thống kê. **Kết luận:** Nghiên cứu cho thấy túi thừa quanh papilla thường gặp ở người cao tuổi và thường gây

nhễm trùng đường mật nặng hơn ở bệnh nhân có sỏi ống mật chủ.

**Từ khóa:** Viêm đường mật, sỏi ống mật chủ, túi thừa

#### SUMMARY

#### CHARACTERISTICS OF CLINICALLY IN COMMON BILE DUCT STONE PATIENTS ARE ASSOCIATED WITH PERIAMPULLARY DUODENAL DIVERTICULAR

**Objective:** Periapillary diverticula (PAD) are not uncommon findings during endoscopic retrograde cholangiopancreatography, but its clinical significance had not been established. To investigate the clinical characteristics associated with PAD and their relationships with the type and size of PAD in patients with common bile duct (CBD) stones was aimed. **Subjects and methods:** Sixty patients undergoing endoscopic retrograde cholangiopancreatography between July 2019 and September 2020 were consecutively enrolled, and their demographics, laboratory data, and CBD stone-related characteristics according to PAD type and PAD size were analyzed. **Results:** Mean age, mean size of CBD stones in patients with CBD stones differed in patients with CBD stones according to the presence or absence of PAD. The commonly presence of PAD was PAD type II, cholangitis symptoms were the similar in two groups with PAD or without PAD. The severity of cholangitis according to Tokyo classification was higher in the group with PAD than in the group without PAD, but

<sup>1</sup>Trung tâm tiêu hóa gan mật Bệnh viện Bạch mai

<sup>2</sup>Bệnh huyện Văn Giang, Hưng Yên

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Công Long

Email: nguyenconglongbvbm@gmail.com

Ngày nhận bài: 20.10.2021

Ngày phản biện khoa học: 20.12.2021

Ngày duyệt bài: 28.12.2021

not statistically significant. **Conclusions:** PAD are associated with older patients CBD stones and severe cholangitis with CBD stones.

**Keywords:** Cholangitis, common bile duct gallstones, diverticulum

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Túi thừa tá tràng là một loại dị dạng của tá tràng nguyên nhân do bẩm sinh hoặc mắc phải[1]. Bệnh lý sỏi ống mật chủ khá phổ biến ở nước ta cũng như các nước đang phát triển và là bệnh lý đặc trưng của các nước nhiệt đới. Cho đến nay, tại Việt Nam tình trạng vệ sinh ăn uống và dự phòng có tiến bộ nhiều nhưng sỏi ống mật chủ vẫn còn phổ biến và gây ra nhiều biến chứng trầm trọng. Tỷ lệ mắc bệnh sỏi ống mật chủ từ 50-60% trong số bệnh lý sỏi mật và là nguyên nhân chính gây tắc mật, nhiễm trùng đường mật cấp tính tỷ lệ tử vong cao. Cơ chế bệnh sinh của sỏi mật khá phức tạp, thường liên quan đến nhiễm trùng và ký sinh trùng đường mật đặc biệt là giun đũa. Nhưng một nguyên nhân sỏi ống mật chủ khá thường gặp nhưng ít được chú ý đến đó là túi thừa tá tràng quanh bóng Vater. Lotveit T[2] nghiên cứu và nhận thấy ở bệnh nhân có túi thừa tá tràng cạnh nú thì trương lực cơ và hoạt động co thắt của cơ vòng ống mật chủ tá tràng giảm nhiều so với người bình thường, đây cũng là yếu tố góp phần hình thành sỏi mật. Chính vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu: đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng bệnh nhân sỏi ống mật chủ có túi thừa tá tràng và không có túi thừa tá tràng tại khoa tiêu hóa bệnh viện Bạch Mai.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**Đối tượng:** 60 bệnh nhân được chẩn đoán ống mật chủ tại khoa tiêu hóa bệnh viện Bạch Mai.

### **Các tiêu chuẩn lựa chọn:**

+ Lâm sàng: Có tam chứng Charcot điển hình hoặc không điển hình.

+ Cận lâm sàng: có hình ảnh sỏi ống mật chủ (SOMC) trên ít nhất một phương pháp chẩn đoán (Siêu âm/CT scan).

+ Quan sát đánh giá túi thừa qua chụp mật tụy ngược dòng (ERCP).

Các bệnh nhân lựa chọn được chia thành 2 nhóm:

+ Nhóm I: 30 bệnh nhân sỏi ống mật chủ có túi thừa tá tràng.

+ Nhóm II: 30 bệnh nhân sỏi ống mật chủ không có túi thừa tá tràng

### **Phương pháp nghiên cứu:**

Chỉ số nghiên cứu

- Tuổi: thời điểm nghiên cứu trừ đi năm sinh của đối tượng nghiên cứu.

- Giới: tỷ lệ % nam, tỷ lệ % nữ trên tổng số BN nghiên cứu.

- Lý do vào viện: sốt, đau bụng, vàng da...

- Tiền sử bệnh lý:

+ Không có tiền sử

+ Sỏi đường mật từ trước không được điều trị gì.

+ Bệnh lý nội khoa khác.

+ Can thiệp đường mật từ trước

- Các triệu chứng lâm sàng:

+ Đau hạ sườn phải

+ Sốt (nhiệt độ  $\geq 37,5^{\circ}\text{C}$ )

+ Vàng da: da niêm mạc vàng

+ Túi mật to: khám lâm sàng sờ thấy túi mật to

+ Rối loạn tiêu hóa: nôn, ỉa lỏng, chướng bụng.

- Các triệu chứng cận lâm sàng: Ghi nhận các kết quả xét nghiệm bạch cầu, bạch cầu trung tính, số lượng tiểu cầu, GOT, GPT, GGT, ALP, CRP, Bilirubin.

- **Siêu âm:**

+ Nhận định mức độ giãn của OMC: giãn nhẹ 7-10mm, giãn vừa 11-20mm, giãn to  $>20\text{mm}$

+ Xác định sỏi trên siêu âm: là nốt, đám tăng âm kèm bóng cản trong lòng ống mật chủ và chia làm 3 mức độ dựa trên kích thước sỏi (đo theo đường kính ngang viên sỏi lớn nhất): sỏi nhỏ 1-10mm, trung bình 11-20mm, sỏi to  $>20\text{mm}$

+ số lượng sỏi: 1 viên, 2 viên,  $\geq 3$  viên.

- **Chụp CT scan:**

+ Nhận định mức độ giãn của OMC: giãn nhẹ 7-10mm, giãn vừa 11-20mm, giãn to  $>20\text{mm}$

+ Xác định sỏi trên CT: là nốt, đám tăng âm mạnh trong lòng ống mật chủ và chia làm 3 mức độ dựa trên kích thước sỏi (viên lớn nhất, đo theo đường kính ngang): sỏi nhỏ 1-10mm, trung bình 11-20mm, sỏi to  $>20\text{mm}$

+ Số lượng sỏi: 1 viên, 2 viên,  $\geq 3$  viên.

- Đặc điểm sự phối hợp của sỏi OMC với: sỏi túi mật, sỏi trong gan.

- Mức độ nặng nhiễm trùng đường mật khi vào viện theo Tokyo 2018

- Đặc điểm về túi thừa tá tràng (TTTT) chia làm 3 loại:

Type I: Papilla nằm trong túi thừa

Type II: Papilla nằm cạnh túi thừa

Type III: Papilla nằm ngoài túi thừa

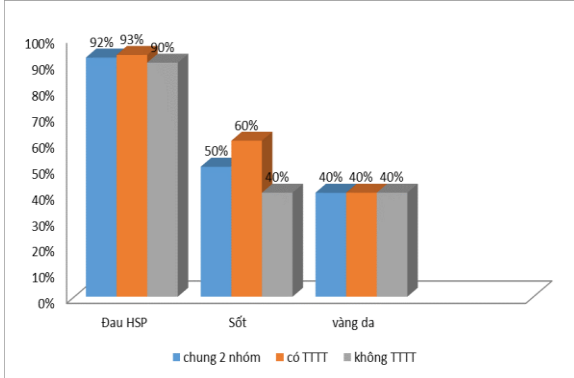
**Xử lý số liệu :** Sau khi thu thập đầy đủ các số liệu, quá trình xử lý được làm trên máy tính với phần mềm xử lý số liệu SPSS 16.0, tính hệ số tương quan r, giá trị P  $<0,05$  được xác định là mức khác biệt có ý nghĩa thống kê.

## III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

**Bảng 1. Đặc điểm tuổi, giới bệnh nhân nghiên cứu**

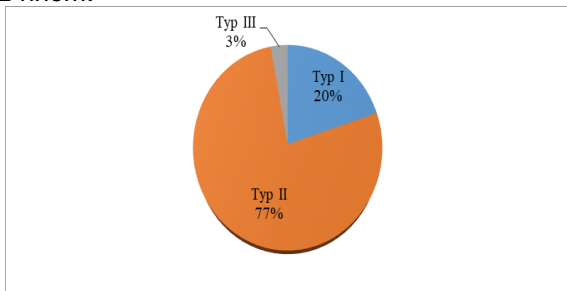
Tuổi	Tần số (n=60)	Tỷ lệ (%)
≤ 30	4	6,7
31-40	3	5,0
41-50	5	8,3
51-60	10	16,7
61-70	17	28,3
71-80	7	11,7
>80	14	23,3
Tuổi trung bình 2 nhóm (n=60)	64 ± 17	
Tuổi TB nhóm có TTTT (n=30)	58.3±16.9	P=0.003
Tuổi TB nhóm không TTTT (n=30)	71.4±15.1	
Nam/nữ (n=60)	42%/58%	

Tuổi trung bình của nhóm bệnh nhân có TTTT là 71.4 tuổi cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm không có TTTT là 58.3 tuổi (P=0.003).



**Biểu đồ 1.** Đặc điểm tần suất xuất hiện các triệu chứng lâm sàng

Tỷ lệ đau hạ sườn phải (HSP) của cả 2 nhóm chiếm tỷ lệ cao >90%, không có sự khác biệt về tần suất xuất hiện các triệu chứng lâm sàng giữa 2 nhóm.



**Biểu đồ 2.** Đặc điểm túi thừa

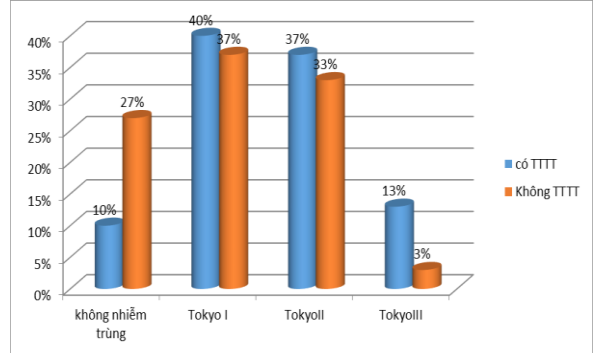
Tỷ lệ túi thừa tá tràng type II chiếm tỷ lệ rất cao 77%. Thấp nhất là typ III 3% (P=0,000).

**Bảng 2.** Kết quả xét nghiệm máu của 2 nhóm

Nhóm	Có TTTT (n=30)	Không có TTTT (n=30)	P
Chỉ số			
BC	11.7± 5.6	14.1± 19	0.516

BCTT	76.6±13	72.5± 14	0.253
TC	240± 120	272± 107	0.288
Bilirubin TP	63.6± 110	65.3± 106	0.952
GOT	156± 251	90± 120	0.209
GPT	125± 146	117± 119	0.810
ALP	241± 259	157± 124	0.414
CRP	12.4±27	38.0± 89	0.246

Ở nhóm sỏi OMC có TTTT T có giá trị trung bình của BCTT, GOT, GPT, ALP cao hơn nhóm không có TTTT, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê.



**Biểu đồ 3.** Mức độ nhiễm trùng theo Tokyo 2018  
**Bảng 3.** Đặc điểm kích thước sỏi trên CTscan

	Có TTTT (n=22)		Không TTTT (n=19)		P
≤10mm	7	32%	7	37%	1.000
11- 20mm	11	50%	10	52%	0.827
>20mm	4	18%	2	11%	0.414
Mean	13.8±6.9		12.3±5.6		0.465

Kích thước sỏi trung bình 2 nhóm là: 13.15±6.3mm. Kích thước trung bình của sỏi ống mật chủ của nhóm có túi thừa (13.8±6.9mm) cao hơn nhóm không có túi thừa (12.3±5.6mm). Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê.

**Bảng 4.** Đặc điểm số lượng viên sỏi trên CT scan

	Có TTTT (n=22)		Không TTTT (n=19)		P
1 viên	13	59%	9	48%	0.394
2 viên	2	9%	5	26%	0.257
≥3 viên	7	<b>32%</b>	5	<b>26%</b>	0.564

Nhóm có túi thừa có số lượng viên sỏi lớn hơn 3 cao hơn nhóm không có túi thừa (32% so với 26%). Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê.

#### IV. BÀN LUẬN

Qua nghiên cứu 60 bệnh nhân chúng tôi thấy độ tuổi mắc bệnh trung bình là 64 tuổi, thấp nhất 28 tuổi và tuổi cao nhất được can thiệp là 92 tuổi. Sỏi ống mật chủ có tỷ lệ mắc gia tăng theo tuổi trong đó nhóm ≥ 60 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất 63.3%. Tuổi trung bình của nhóm có TTTT là 71.4±5.1 tuổi cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm không có TTTT là 58.3±16.9 tuổi

với  $P=0.003$ . Theo Egawa N và cộng sự, nghiên cứu trên 1386 bệnh nhân có hình ảnh ERCP rõ ràng chia làm 2 nhóm: Nhóm có TTTT và không có TTTT kết quả là  $64.7 \pm 10.9$  tuổi với  $56.2 \pm 13.6$  tuổi có ý nghĩa thống kê với  $p < 0.01$  [3]. TTTT là một bất thường của giải phẫu tá tràng, là một tổn thương lõm 5mm trở lên so với niêm mạc bình thường trong vòng bán kính 2.5cm của núu Vater. Tỷ lệ mắc túi thừa tá tràng ở bệnh nhân sỏi mật được các tác giả trong và ngoài nước công bố thường từ 10-28,8% [4]. Theo kết quả nghiên cứu của chúng tôi: tỷ lệ túi thừa tá tràng typ II chiếm tỷ lệ rất cao 77%. Thấp nhất là typ III 3%. ( $P=0,000$ ), phù hợp với các nghiên cứu trong và ngoài nước. Trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ bệnh nhân có triệu chứng đau, sốt, vàng da của nhóm có TTTT là 93%, 60%, 40% có xu hướng cao hơn so với nhóm không có TTTT là 90%, 40%, 40%. Tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê do cỡ mẫu còn nhỏ. Chứng tỏ rằng mức độ nhiễm trùng ở nhóm có túi thừa có xu hướng cao hơn. Ở nhóm sỏi OMC có TTTT có giá trị trung bình của BCTT, GOT, GPT, ALP cao hơn nhóm không có TTTT, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê. Trong nghiên cứu thấy trung bình CRP của nhóm có TTTT là  $12.4 \pm 27$ mg/dl thấp hơn so với nhóm không có túi thừa  $38.0 \pm 89$ mg/dl. Kết quả này trái ngược với nghiên cứu của C. W.Kim [5] là  $80 \pm 74$  với  $53 \pm 86$ mg/dl. Tỷ lệ bệnh nhân không có nhiễm trùng ở nhóm không có TTTT cao hơn nhóm có TTTT (27%/10%). Còn tỷ lệ

nhiễm trùng mức độ Tokyo III của nhóm có túi thừa 13% cao hơn nhóm không có túi thừa 3%. Tuy nhiên sự khác biệt này chưa có ý nghĩa thống kê do cỡ mẫu nhỏ. Nó gợi ý cho chúng ta rằng phải chăng TTTT là yếu tố thúc đẩy biến chứng nhiễm trùng đường mật.

## V. KẾT LUẬN

Qua kết quả nghiên cứu 60 đối tượng 30 bệnh nhân sỏi OMC có TTTT và 30 bệnh nhân sỏi OMC không có TTTT chúng tôi rút ra kết luận sau: tỷ lệ túi thừa gặp chủ yếu là type II chiếm 70%, và bệnh nhân có túi thừa có xu hướng nhiễm trùng đường mật nặng hơn nhóm không có túi thừa.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Tyagi, P., et al.,** Periampullary diverticula and technical success of endoscopic retrograde cholangiopancreatography. *Surgical endoscopy*, 2008. **23**: p. 1342-5.
2. **Løvteit, T., et al.,** Studies of the choledochoduodenal sphincter in patients with and without juxta-papillary duodenal diverticula. *Scand J Gastroenterol*, 1980. **15**(7): p. 875-80.
3. **Egawa, N., et al.,** The role of juxtapapillary duodenal diverticulum in the formation of gallbladder stones. *Hepatogastroenterology*, 1998. **45**(22): p. 917-20.
4. **Osnès, M., et al.,** Duodenal diverticula and their relationship to age, sex, and biliary calculi. *Scand J Gastroenterol*, 1981. **16**(1): p. 103-7.
5. **Okuno, M., et al.,** Significance of Endoscopic Sphincterotomy Preceding Endoscopic Papillary Large Balloon Dilation in the Management of Bile Duct Stones. *Dig Dis Sci*, 2016. **61**(2): p. 597-602.

## KINH NGHIỆM QUA 689 CHI BỊ SUY TĨNH MẠCH NÔNG CHI DƯỚI ĐƯỢC ĐIỀU TRỊ BẰNG LASER 1470NM

Vũ Minh Phúc\*, Hoàng Văn Quân\*,  
Nguyễn Văn Sơn\*, Trần Đức Hùng\*

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Khảo sát một số đặc điểm lâm sàng và kết quả điều trị suy tĩnh mạch nông chi dưới bằng phương pháp laser 1470nm tại Trung tâm Tim mạch, Bệnh viện Quân y 103, từ tháng 7/2016 đến tháng 8/2020. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang 498 bệnh nhân (689 chi) được chẩn đoán suy tĩnh mạch nông chi dưới được điều trị bằng

laser nội mạch. **Kết quả:** tuổi trung bình  $58,8 \pm 11,6$ . Nữ giới 317 (63,7%), nam giới 161 (36,3%). Phân loại CEAP: giai đoạn C2 53,8%, C3 26,3%, C4 18,6%. Tổn thương một bên 65,3%, tổn thương hai bên 34,7%. Tổn thương tại tĩnh mạch hiển lớn và hiển bé lần lượt là 92,2% và 7,8%. Điểm VCSS và CIVIQ 20 lần lượt là  $4,6 \pm 1,8$  và  $54,0 \pm 7,8$ . Chiều dài tĩnh mạch được điều trị của tĩnh mạch hiển lớn và hiển bé trung bình là  $41,5 \pm 8,7$  và  $17,6 \pm 2,1$  cm với năng lượng trung bình trên đoạn mạch (LEED) lần lượt là 67,6 J/cm và 68,5 J/cm. Sau can thiệp, tỷ lệ giai đoạn C1 72,3%, tỷ lệ giai đoạn đoạn C2, C3 giảm rõ rệt so với trước can thiệp. Điểm VCSS và CIVIQ 20 lần lượt là  $1,1 \pm 0,7$  và  $27,8 \pm 3,5$ , giảm so với trước can thiệp. Tỷ lệ thành công 99,3%. Các biến chứng gồm: bầm tím 25%, sẹo cứng 4,1%, rối loạn cảm giác 1,7%, không có biến

\**Bệnh viện Quân y 103*

Chịu trách nhiệm chính: Trần Đức Hùng

Email: tranduchung2104@gmail.com

Ngày nhận bài: 25.10.2021

Ngày phản biện khoa học: 23.12.2021

Ngày duyệt bài: 30.12.2021