

NHIỄM TRÙNG ĐƯỜNG MẬT DO SỎI BẰNG PHƯƠNG PHÁP LẤY SỎI VÀ DẪN LƯU ĐƯỜNG MẬT QUA NỘI SOI MẬT TỤY NGƯỢC DÒNG

KIỀU VĂN TUẤN, TRẦN HỮU VINH và cs

TÓM TẮT:

Nhiễm trùng đường mật do sỏi là vấn đề thường gặp, bệnh có tỷ lệ tai biến và tử vong cao khi phẫu thuật. Mục đích của đề tài nhằm so sánh tỷ lệ thành công, tỷ lệ tai biến khi tiến hành điều trị nhiễm trùng đường mật do sỏi qua nội soi cấp cứu và nội soi thường quy. 101 bệnh nhân được chia thành 2 nhóm, nhóm cấp cứu gồm 56 bệnh nhân nhóm thường quy gồm 45 bệnh nhân. Tỷ lệ thành công của nhóm 1 là 98,2%, nhóm 2 là 97,8%. Tỷ lệ tai biến của nhóm 1 là 7% nhóm 1 và 11% nhóm 2, sự khác biệt về tỷ lệ thành công và tỷ lệ tai biến giữa 2 nhóm nghiên cứu là không có ý nghĩa thống kê ($P>0,05$). Thời gian nằm viện nhóm 1 là 4,5 ngày so với thời gian nằm viện 11,7 ngày của nhóm 2 ($P<0,001$).

Từ khóa: Nhiễm trùng đường mật

SUMMARY

THE EVALUATE EFFECTIVE OF URGENT ENDOSCOPIC TREATMENT FOR ACUTE CHOLANGITIS DUE TO COMMON BILE DUCT STONES

Objective: Acute cholangitis due to common bile duct stone is threatening life condition. Early endoscopic treatment by bile duct drained and stone removed is the choice of treatment. The considering of early endoscopic treatment were the high rate of complication. The arm of this study was to compare the rate of successful and complications between urgent endoscopic treatment and schedule endoscopic treatment for acute cholangitis patients due to common bile duct stone. **Method:** Patients were 2 group: -Group 1: urgent endoscopic treatment: the acute cholangitis patients have duration for endoscopic treatment <72 h from the onset-Group II: the schedule acute cholangitis patient with endoscopic treatment Patient were diagnosis acute cholangitis due to common bile duct stone based on the fever, right quadrant pain, jaundice, white blood cell and bilirubine elevated. Ultrasound sonography was detected common bile duct (CBD) dilated and stone picture in CBD **Results:** 101 acute cholangitis patients (56 in urgent endoscopic treatment group and 45 in selective endoscopic treatment group) were included in this study. The success rate of procedure in group 1 was 98,2% and 97,8% in group II, the complication rate was 7% in group 1 and 11% in group II. The difference of success and complication rate between group 1 and group II were not significant. The hospital time (4,5 days) in group 1 was significant shorter than 11,7 days in group II. **Conclusions:** With the same experience endoscopist the were no significant difference successful and complications rate between the urgent endoscopic treatment acute cholangitis due to CBD stone and

schedule treatment patients.

Keywords: Acute cholangitis

ĐẶT VẤN ĐỀ:

Sỏi mật là một trong những bệnh phổ biến ở nước ta, trong đó sỏi đường mật chính chiếm tỷ lệ lớn [1], [3]. Viêm đường mật cấp là biến chứng thường gặp ở những bệnh nhân (BN) bị tắc mật do sỏi. Đây là một biến chứng nặng có tỷ lệ tử vong cao đặc biệt khi có nhiễm trùng huyết, hoặc sốc nhiễm trùng.

Tắc mật là yếu tố quan trọng trong bệnh sinh của viêm đường mật do sỏi do vậy giải áp đường mật là một mục đích quan trọng trong điều trị [2], [3], [5].

Hiện tại ở Việt Nam điều trị viêm đường mật do sỏi đặc biệt khi có biến chứng vẫn chủ yếu là lấy sỏi bằng phẫu thuật mổ mở hoặc nội soi qua ổ bụng. Phẫu thuật điều trị sỏi mật là một phẫu thuật nặng, dễ gặp nhiều tai biến trong mổ và biến chứng sau mổ, đòi hỏi bệnh nhân phải nằm viện nhiều ngày, hậu phẫu thuật nặng nề. Đặc biệt phẫu thuật thường có tiên lượng nặng khi tiến hành trên những BN cao tuổi và mắc các bệnh mãn tính kèm theo như tim mạch, hô hấp, nội tiết. Bệnh nhân sau mổ sỏi mật thường có tỷ lệ sốt sỏi hoặc sỏi tái phát, nhiều bệnh nhân phải mổ lại nhiều lần và khó khăn càng nhiều cho những lần phẫu thuật về sau.

Chụp mật tụy ngược dòng qua nội soi (ERCP) là kỹ thuật được ra đời từ những năm 1960 và phát triển nhanh bởi sự cải tiến liên tục về máy soi và các dụng cụ phục vụ cho chẩn đoán cũng như điều trị. Phương pháp này góp phần quan trọng trong chẩn đoán và điều trị các bệnh lý đường mật-tụy, đặc biệt trong điều trị bệnh sỏi đường mật.

Lấy sỏi đường mật qua nội soi đã tỏ ra là phương pháp ưu việt so với phương pháp phẫu thuật vì: thời gian làm thủ thuật ngắn hơn, sang chấn cho bệnh nhân ít hơn, thời gian nằm viện ngắn, chi phí thấp.

Các nghiên cứu ở nước ta từ trước đến nay về chụp ERCP chủ yếu tìm hiểu về giá trị chẩn đoán của phương pháp so với các phương pháp khác như siêu âm, chụp cắt lớp vi tính... Một số nghiên cứu về giá trị điều trị sỏi đường mật của phương pháp này nhưng áp dụng cho các bệnh nhân làm thủ thuật có tính chất thường quy.

Nhiều nghiên cứu cho thấy 20% các bệnh nhân nhiễm trùng đường mật do sỏi không đáp ứng với điều trị nội khoa và sẽ diễn biến nặng có thể dẫn tới sốc nhiễm trùng đường mật gây tỷ lệ tử vong cao [2], [3] [5] [7]. Xuất phát từ nhận xét này chúng tôi mạnh dạn đặt vấn đề nếu chúng ta tiến hành điều trị cho những BN bị nhiễm trùng đường mật do sỏi trong trường hợp cấp cứu bằng cách lấy sỏi và dẫn lưu đường mật qua nội soi thành công sẽ tránh được diễn biến xấu của bệnh nhân. Sau khi BN nhân ổn

định thì tiến hành phẫu thuật lấy sỏi sẽ chủ động hơn, cũng như tiết kiệm được thời gian và chi phí nằm viện cho BN. Chính vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài nhằm mục đích:

1. So sánh tỷ lệ thành công và tỷ lệ tai biến trong điều trị bệnh nhiễm trùng đường mật do sỏi qua nội soi của 2 phương pháp điều trị cấp cứu và điều trị thường quy.

2. Đánh giá khả năng áp dụng phương pháp lấy sỏi đường mật qua nội soi trong điều trị cấp cứu nhiễm trùng đường mật do sỏi.

ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU:

1. **Đối tượng nghiên cứu:** Bệnh nhân trong nghiên cứu là những BN được chẩn đoán là nhiễm trùng đường mật do sỏi ở đường mật chính và được chia làm 2 nhóm. Nhóm I là các BN được lấy sỏi mật cấp cứu khi thời gian từ khi vào viện cho tới khi tiến hành lấy sỏi mật dưới 72 giờ. Nhóm II là các BN được điều trị lấy sỏi mật thường quy. Đề tài được phối hợp thực hiện tại khoa Ngoại và khoa Thăm dò chức năng bệnh viện Bạch mai. Thời gian từ 2009 đến 2012.

2. Phương pháp nghiên cứu:

2.1. *Bệnh nhân được chẩn đoán nhiễm trùng đường mật do sỏi dựa trên các tiêu chuẩn sau:*

-Lâm sàng:

+ Sốt trên 37,5 độ C

+ Đau bụng vùng hạ sườn phải

+ Có thể có vàng mắt, vàng da

- Xét nghiệm:

+ Bạch cầu trong máu tăng

+ Billirubin máu tăng

+ Siêu âm đường mật (trong và ngoài gan) giãn, có hình ảnh sỏi trong đường mật

+ Trên phim ERCP đường mật giãn, có hình ảnh sỏi trong đường mật hoặc sỏi được lấy ra trong quá trình lấy sỏi qua nội soi

+ Dịch mật đục hoặc có mủ

2.2. *Bệnh nhân được lấy sỏi mật hoặc đặt stent qua nội soi bằng máy nội soi cửa sổ bên:*

Trước khi làm thủ thuật BN được dùng kháng sinh phổ rộng, gây tê tại vùng họng bằng xylocain 10% (dạng xịt), được tiền mê bằng hypnovel hoặc profolol, khi nhu động tá tràng tăng được dùng thuốc giảm co bóp cơ trơn buscopan.

Trong quá trình làm thủ thuật BN được ghi nhận các chỉ số: thời gian làm thủ thuật, đường kính OMC cũng như số lượng và kích thước viên sỏi trên phim ERCP (nếu có màn tăng sáng), thủ thuật được tiến hành (mở cơ oddi, lấy sỏi, đặt stent đường mật), biến chứng xảy ra trong khi làm thủ thuật theo mẫu bệnh án thống nhất.

Thủ thuật được cho là thành công khi lấy được sỏi hoặc giải phóng được tình trạng tắc mật bằng mở cơ vòng oddi hoặc đặt được stent vào đường mật. Sau thủ thuật tình trạng lâm sàng được cải thiện (hết đau, hết sốt, giảm đến hết vàng da)

Thủ thuật coi là thất bại khi không lấy được sỏi cũng như không giải quyết được tình trạng tắc mật,

tình trạng lâm sàng không cải thiện hoặc xấu đi sau khi làm thủ thuật.

Biến chứng của thủ thuật được ghi nhận như sau:

- Chảy máu:

+ Ngay trong khi làm thủ thuật: do chạm vào mạch máu vùng cơ oddi, máu rỉ hoặc đùn ra từ vết mổ cơ oddi có thể tự cầm hoặc cầm sau khi tiêm cầm máu bằng adrenalin.

+ Chảy máu sau khi làm thủ thuật

Mức độ nhẹ: khi lượng hemoglobin giảm < 3g/dL, không cần phải truyền máu

Mức độ trung bình: BN phải truyền dưới 4 đơn vị máu, không phải can thiệp mạch hoặc phẫu thuật.

Mức độ nặng: BN phải truyền từ 5 đơn vị máu trở lên hoặc phải can thiệp bằng nút mạch hoặc phẫu thuật

- Viêm tụy cấp: BN xuất hiện đau bụng sau khi làm thủ thuật đồng thời men amylase trong máu tăng ít nhất 3 lần bình thường và kéo dài trên 24 giờ, đòi hỏi BN phải nằm viện trên 1 ngày.

+ Viêm tụy cấp mức độ nhẹ: Thời gian nằm viện 2-3 ngày

+ Viêm tụy cấp mức độ trung bình: Thời gian nằm viện của 4-10 ngày

+ Viêm tụy cấp mức độ nặng: Thời gian nằm viện > 10 ngày

- Nhiễm trùng đường mật do thủ thuật được tính khi sau làm thủ thuật BN xuất hiện sốt > 38 độ C mà trước khi làm thủ thuật không có sốt và kéo dài > 24 giờ mà không tìm ra nguyên nhân nhiễm khuẩn nào khác.

+ Nhiễm trùng đường mật mức độ nhẹ: thời gian nằm viện < 3 ngày, không cần can thiệp bằng nội soi.

+ Nhiễm trùng đường mật mức độ trung bình: thời gian nằm viện > 3 ngày, đòi hỏi phải can thiệp bằng nội soi

+ Nhiễm trùng đường mật mức độ nặng như sốc đòi hỏi phải điều trị trong đơn vị điều trị tích cực hoặc ngoại khoa

- Thủng tá tràng:

+ Mức độ nhẹ: BN chỉ cần truyền dịch và đặt sonde dạ dày hút liên tục với thời gian < 3 ngày

+ Mức độ trung bình: BN truyền dịch và đặt sonde dạ dày hút liên tục với thời gian 4-10 ngày

+ Mức độ nặng: BN cần phải can thiệp bằng ngoại khoa

Làm lại ERCP lần 2 sau 2-3 tuần ở những BN trong lần đầu chỉ đặt stent dẫn lưu mật hoặc chưa lấy hết sỏi.

KẾT QUẢ:

Trong thời gian từ 2009-2012 có 101 BN nhiễm trùng đường mật trong diện nghiên cứu. Trong đó 56 BN thuộc nhóm can thiệp nội soi cấp cứu (nhóm I) và 45 BN được tiến hành điều trị nội soi thường quy (nhóm II) với các đặc điểm như sau

Bảng 1: Đặc điểm lâm sàng và xét nghiệm của bệnh nhân

Đặc điểm lâm sàng	Nhóm I (n=56)	Nhóm II (n=45)	P
-------------------	---------------	----------------	---

Tuổi	54 (24-91)	56 (22-82)	0,587
Giới (nam:nữ)	24:32	20:25	0,365
Tiền sử mổ mật	17 (30%)	11 (24%)	0,074
Nhiệt độ	38,9 (37,8-41)	38,4 (37,6-40)	0,003
Đau hạ sườn phải	56	45	
Vàng da	49 (87,5%)	42 (93,3%)	
Mạch	80 (64-120)	78 (70-100)	0,231
Shock	4	0	0,001
Bạch cầu	12,9 (8,6-25)	11,2 (8,1-16)	0,047
Bilirubine	63,3 (15-120)	62,1 (15-98)	0,092
ALT	123 (25-450)	82,1 (30-389)	0,04
AST	105,7 (41-379)	77,3 (35-270)	0,181
ĐK OMC (mm)	13,29 (8-25)	13,7 (9-21)	0,609
Số lượng sỏi	1,2 (1-3)	1,38 (1-4)	0,228
ĐK viên sỏi (mm)	11,8 (8-17)	10,7 (9-12,5)	0,150
Dịch mật mũ/đục	28/28	23/22	0,454

Nhận xét: Các chỉ số về lâm sàng và xét nghiệm của 2 nhóm BN tương đối giống nhau về các đặc điểm tuổi, giới, tiền sử bệnh, bilirubin máu, công thức bạch cầu, hình ảnh siêu âm chiếm tỷ lệ khá cao ở cả 2 nhóm nghiên cứu. Trong nhóm được can thiệp nội soi cấp cứu có 4 BN trong tình trạng sốc nhiễm trùng đường mật. Tất cả bệnh nhân trong nghiên cứu đều có tình trạng dịch mật đục hoặc có mũ chảy ra trong khi làm thủ thuật.

Bảng 2: Thời gian mắc bệnh, thời gian được can thiệp từ khi vào viện và thời gian nằm viện

Đặc điểm	Nhóm I (n=56)	Nhóm II (n=45)	P
Tiền sử bệnh (tháng)	35	33	0,668
Thời gian mắc bệnh lần này (ngày)	65	102	0,02
Thời gian chờ được nội soi (giờ)	39,9	116,5	0,001
Thời gian làm nội soi (phút)	45	56	0,538
Thời gian nằm viện (ngày)	4,5	11,7	0,001

Nhận xét: Thời gian từ khi vào viện đến khi được điều trị qua nội soi ở nhóm I là 39,9 giờ thấp hơn nhiều so với nhóm II là 116,5 giờ ($P<0,001$). Thời gian nằm viện của BN nhóm I là 4,5 ngày ngắn hơn so với 11,7 ngày ở nhóm 2 ($P<0,001$). Thời gian làm thủ thuật nhóm I là 45 phút ngắn hơn nhóm 2 là 56 phút, tuy nhiên sự khác biệt giữa 2 nhóm không có ý nghĩa thống kê.

Bảng 3: Các thủ thuật trong khi làm nội soi

Thủ thuật	Nhóm I (n=56)	Nhóm II (n=45)
Mở cơ oddi	53 (95%)	45 (100%)
Đặt stent	13 (23%)	3 (7%)
Lấy sỏi	51 (91%)	43 (96%)
Thất bại	1 (1,8%)	1(2,2%)
Không có màn tăng sáng	25	1

Nhận xét: Kết quả điều trị qua nội soi đạt tỷ lệ 98,2% ở nhóm I và 97,8% ở nhóm II với sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê. Mở cơ oddi được thực

hiện ở 53 (95%) BN của nhóm I và 45 (100%) BN nhóm 2 ($P>0,05$). Đặt stent được thực hiện cho 13 bệnh nhân (23%) ở nhóm I trong khi chỉ có 3 bệnh nhân (7%) ở nhóm II ($P<0,05$). Lấy sỏi được tiến hành cho 51 bệnh nhân (91%) ở nhóm I và 43 bệnh nhân (96%) ở nhóm II ($P>0,05$)

Bảng 4 Biểu chứng trong khi làm thủ thuật

Biểu chứng	Nhóm I (n=56)	Nhóm II (n=45)
Chảy máu	4	2
Viêm tụy cấp	0	3
Nhiễm trùng đường mật	0	0
Thủng tá tràng	0	0
Tổng số	4 (7,1%)	5 (11%)

Nhận xét: Có 4 BN (7,1%) có biểu chứng trong nhóm 1 trong khi có 5 BN (11%) có biểu chứng trong nhóm II với sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê. Tất cả 4 BN có biểu chứng trong nhóm I đều thuộc loại biểu chứng chảy máu mức độ nhẹ tự cầm hoặc chỉ cần tiêm dung dịch adrenalin. Trong nhóm II có 2 BN có biểu chứng chảy máu mức độ nhẹ, 3 BN viêm tụy cấp sau làm ERCP nhưng ở mức độ nhẹ xuất viện sau 2 ngày điều trị.

Trong nghiên cứu chúng tôi không gặp biểu chứng thủng. Có 26 bệnh nhân (25 BN thuộc nhóm I và 1 BN thuộc nhóm II) khi can thiệp nội soi không có màn tăng sáng, không có trường hợp nào thất bại hoặc bị biểu chứng trong nhóm này. Sau 2 tuần 13 BN trong nhóm I và 3 BN trong II được tiến hành làm lại ERCP rút stent và lấy sỏi mật ở những bệnh nhân chưa lấy sỏi hoặc lấy chưa hết sỏi lần 1. Trong lần làm ERCP lần 2 có 2 BN thuộc nhóm I phải chuyển mổ vì kích thước viên sỏi to và có nhiều sỏi và có hiện tượng viêm chít cơ Oddi, 1BN thất bại ở nhóm 2 vì có loét tá tràng ở hành tá tràng.

BÀN LUẬN:

Sỏi mật ở Việt nam là bệnh phổ biến khác với các nước phương tây, sỏi mật ở Việt nam chủ yếu là sỏi đường mật do vậy biểu chứng tắc mật do sự di chuyển của sỏi trong đường mật là điều hay gặp. Bệnh nhân có sỏi đường mật thường không có triệu chứng lâm sàng khi không có tắc mật, khi di chuyển trong đường mật viên sỏi mắc lại chỗ hẹp của đường mật so với đường kính của viên sỏi sẽ gây tắc mật và nhiễm trùng đường mật [8]. Biểu hiện lâm sàng điển hình là tam chứng Charcot: đau hạ sườn phải, sốt rét run và vàng da. Trong nghiên cứu của chúng tôi tất cả bệnh nhân ở cả 2 nhóm đều vào viện vì đau bụng hạ sườn phải và sốt, có 49 BN (87,5%) nhóm I và 42 BN (93,3%) nhóm II có biểu hiện vàng da trên lâm sàng và xét nghiệm có tăng bilirubine trong máu. Nhiễm trùng đường mật do sỏi là một cấp cứu thường gặp trong lâm sàng. Tỷ lệ mổ cấp cứu nhiễm trùng đường mật do sỏi từ 39%-50%. Tỷ lệ bệnh nhân phải mổ lại cũng rất cao từ 22%-25%. Trong nghiên cứu của chúng tôi có 30% số bệnh nhân nhóm I và 24% số bệnh nhân nhóm II ($P>0,05$) có tiền sử mổ sỏi mật. Dịch mật đục hoặc có mũ là một trong những dấu hiệu để nhận biết để chẩn đoán nhiễm trùng đường mật [3]. Các bệnh nhân trong

nghiên cứu của chúng tôi đều có tình trạng dịch mật đục hoặc có mũ chảy ra khi làm thủ thuật trong đó có tới 50% số bệnh nhân trong nhóm I và 53% số BN nhóm II có dịch mật lẫn mũ. Thời gian can thiệp được tính là cấp cứu của một số nghiên cứu ở nước ngoài từ 24-72 giờ [4]. Chúng tôi cũng áp dụng tiêu chuẩn cho thời gian can thiệp cấp cứu là ≤ 72 giờ. Thời gian được can thiệp nội soi kể từ khi nhập viện của nhóm I là 39,9 giờ so với của nhóm II là 116,5 giờ ($P < 0,001$). Thời gian làm nội soi ở nhóm I là 45 phút ngắn hơn so với 56 phút ở nhóm II tuy nhiên sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê. Sự khác nhau về thời gian giữa 2 nhóm có thể do trong nhóm I thủ thuật đặt stent được tiến hành nhiều hơn (13 BN nhóm I - 7 BN nhóm II), đây là thủ thuật đòi hỏi ít thời gian hơn so với thủ thuật lấy sỏi trong đường mật. Trong nhóm I có tỷ lệ BN được lấy sỏi ít hơn và đặt stent nhiều hơn nhóm II bởi lẽ một số BN nhóm I được tiến hành làm nội soi trong tình trạng nặng (sốc nhiễm trùng đường mật, bệnh kèm theo) không cho phép làm thủ thuật trong thời gian lâu do vậy những BN này chúng tôi chỉ đặt stent giảm áp đường mật, lấy sỏi mật sau 2-3 tuần sau khi tình trạng tốt lên. Tất cả bệnh nhân của nhóm II có tình trạng ổn định khi làm thủ thuật nên đều được mở cơ Oddi và lấy sỏi. Tỷ lệ tai biến khác biệt ở 2 nhóm là không có ý nghĩa thống kê, trong nhóm I chỉ có biến chứng chảy máu mức độ nhẹ xảy ra ngay trong khi làm thủ thuật máu tự cầm. Nhóm II có 3 BN có biến chứng viêm tụy cấp mức độ nhẹ sau khi làm thủ thuật. Sự khác biệt tai biến giữa 2 nhóm có lẽ do thủ thuật mở cơ Oddi và lấy sỏi được tiến hành ở nhóm II nhiều hơn. Trong khi làm ERCP thường phải có màn hình tăng sáng, tuy nhiên một số hoàn cảnh đặc biệt trong cấp cứu không phải khi nào cũng có màn hình tăng sáng (do thiếu máy móc, do điều kiện vận chuyển bệnh nhân, BN có thai). Một số nghiên cứu làm ERCP không có màn tăng sáng cũng đã được các tác giả công bố [8]. Trong khi làm ERCP chúng tôi nhận thấy việc đưa được catheter vào đường mật là động tác rất quan trọng tạo nên sự thành công của thủ thuật. Việc đưa catheter vào đường mật rất khó trong các trường hợp viêm chít Oddi, u đầu tụy, ung thư đường mật, u bóng Vater và vì vậy tỷ lệ thất bại khi làm ERCP ở những bệnh nhân này thường cao. Sỏi mật đặc biệt là sỏi đường mật ngoài gan khi có tắc mật thì việc đưa catheter vào đường mật khá đơn giản, chính vì vậy tỷ lệ đưa được catheter vào đường mật thành công trong nghiên cứu của chúng tôi khá cao 98,2% ở nhóm I và 97,8% ở nhóm II. Xuất phát từ nhận xét trên chúng tôi mạnh dạn tiến hành làm nội soi trong điều kiện thiếu màn tăng sáng ở một số bệnh nhân với sự trợ giúp của máy siêu âm tại giường bệnh. Bệnh nhân được đặt stent sau khi đó hút ra được dịch mật và hình ảnh siêu âm thấy catheter trong đường mật, độ dài của stent được xác định gián tiếp qua dây dẫn (wireguide). Chúng tôi đều đưa được catheter vào đường mật cho 26 bệnh nhân được làm nội soi trong điều kiện không có màn tăng sáng.

KẾT LUẬN:

1-Tỷ lệ thành công của điều trị nhiễm trùng đường mật do sỏi qua ERCP đối với BN nhóm I là 98,2%, đối với BN nhóm II là 97,8%. Trong đó tỷ lệ tai biến khác biệt ở hai nhóm bệnh nhân là không có ý nghĩa thống kê.

2-Thời gian nằm viện 4,5 ngày của bệnh nhân được điều trị nội soi cấp cứu ngắn hơn so với thời gian nằm viện 11,7 ngày của nhóm bệnh nhân được điều trị nội soi thường quy ($P < 0,001$)
3-Trong điều kiện cấp cứu có thể tiến hành điều trị nhiễm trùng đường mật qua nội soi mà không có màn tăng sáng dưới sự hướng dẫn của siêu âm.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Trần Gia Khánh, Đỗ Kim Sơn, Nguyễn Quang Nghĩa Và CS: "Thái độ xử trí cấp cứu sỏi mật: Kinh nghiệm trên 628 trường hợp mổ cấp cứu trong 4 năm (1990-1993) tại bệnh viện Việt Đức". *Tạp chí Ngoại khoa* 1996: 315-324.
2. Hui. C-K, Liu. C-L, Lai. K-C et al: "Outcome of emergency ERCP for acute cholangitis in patients 90 years of age and older. *Aliment Pharmacol Ther* 2004: 19:1153-1158.
3. A. Csendes, J. C. Diaz, P. Burdiles, F. Maluenda: "Risk factor and classification of acute suppurative cholangitis". *Br.J.Surg* 1992, vol 79, July: 655-658.
4. Edward C.S.Lai, Francis P.T.Mok, Eliza S.Y.Tan;" Endoscopic biliary drainage for severe acute cholangitis." *N Engl J Med* 1992;326:1582-6.
5. Howard K.Gogel, Bruce A.Runyon, Nicholas A. Volpicelli; " Acute suppurative cholangitis due to stone: Treatment by urgent endoscopic sphincterotomy."; *Gastrointest Endosc* 1987;33:210-213.
6. Jesse E. Thompson, Ronald K. William P. Longmire; "Factors in management of Acute cholangitis"; *Ann. Surg* 1982 Vol195(2):137-145.
7. Shashi Kumar, Stuart Sherman; " Success and yield of seconde attempt ERCP", *Gastrointest Endosc* 1995;41:445-447.
8. S.Stavropoulos, A.Larghi, E.Verna; "Therapeutic Endoscopic Retrograde Cholangiopancreatography without Fluoroscopy in four critically ill patients using wireguide intraductal ultrasound"; *Endoscopy* 2005;37(4):389-392.
9. T. Leese, J.Pneoptolemos; " Management of acute cholangitis and the impact of endoscopic sphincterotomy"; *Br.J.Surg* 1986 Vol 73: 988-992.