

Đánh giá một số yếu tố nguy cơ gây viêm tụy cấp sau ERCP có tác động vào ống tụy

Assessment of some risk factors causing acute pancreatitis post-ERCP with impact on the pancreatic duct

Phạm Minh Ngọc Quang, Nguyễn Thị Huyền Trang
Nguyễn Thị Huế, Lê Thị Thuận, Vũ Hồng Phong,
Lê Thị Thu Hằng, Nguyễn Mạnh Cường và Mai Thanh Bình*

Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

Tóm tắt

Mục tiêu: Đánh giá một số yếu tố nguy cơ gây viêm tụy cấp (VTC) sau nội soi mật tụy ngược dòng (ERCP) có tác động vào ống tụy tại Bệnh viện Trung ương Quân đội (TƯQĐ) 108. **Đối tượng và phương pháp:** Hồi cứu 170 bệnh nhân được can thiệp ERCP có tác động vào ống tụy tại Bệnh viện TƯQĐ 108 từ 01/2021 đến 03/2024, chia làm 2 nhóm: Nhóm VTC và nhóm không VTC. **Kết quả:** Tuổi trung bình của nhóm VTC là $60,6 \pm 20,0$, ở nhóm không VTC là $63,4 \pm 14,9$. Tỷ lệ nam/nữ ở nhóm VTC là 1/1, ở nhóm không VTC là 2,57/1 ($p < 0,05$). Đối tượng can thiệp chủ yếu là nhóm bệnh lành tính. Kích thước sỏi và số lượng sỏi không có sự khác biệt giữa 2 nhóm. Type núm 2 và 4 hay gặp ở nhóm VTC (69,6%), nhóm không VTC hay gặp type núm 1 và 3. Túi thừa và ERCP cắt cơ Oddi tương đương ở 2 nhóm. Thông nhú vào ống tụy nhiều lần ở nhóm VTC là 58,6% và ở nhóm không VTC là 28,0%. Về kỹ thuật, nong cơ Oddi có sự khác biệt giữa 2 nhóm ($p < 0,002$); pre-cut và đặt stent không có sự khác biệt. Thời gian can thiệp ở nhóm VTC dài hơn so với nhóm không VTC ($44,49 \pm 13,83$ phút so với $41,25 \pm 16,32$ phút). **Kết luận:** Giới tính nữ, type núm, thông nhú vào tụy nhiều lần và nong cơ Oddi là các yếu tố nguy cơ gây ra VTC sau ERCP.

Từ khóa: Viêm tụy cấp, biến chứng sau nội soi mật tụy ngược dòng.

Summary

Objective: To evaluate some risk factors for acute pancreatitis (AP) after endoscopic retrograde cholangiopancreatography (ERCP) with pancreatic duct involvement at the 108 Military Central Hospital. **Subject and method:** A retrospective study of 170 patients undergoing ERCP with pancreatic duct involvement at the 108 Military Central Hospital from January 2021 to March 2024, divided into the PEP (post-ERCP pancreatitis) and non-PEP groups. **Result:** The average age of the PEP group was 60.6 ± 20.0 , and that of the non-PEP group was 63.4 ± 14.9 . The male/female ratio in the PEP group was 1/1, and that ratio in the non-PEP group was 2.57/1 ($p < 0.05$). The subjects of intervention were mainly benign patients. There was no difference in the size and the number of the stones between the two groups. Papilla type 2 and 4 were common in the PEP group (69.6%), papilla type 1 and 3 were standard in the non-PEP group. Diverticulosis and ERCP sphincterotomy were similar in the two groups. Multiple papillary catheterization into the pancreatic duct was 58.6% in the PEP group and 28.0% in the non-PEP group. Technically, Oddi dilation differed between the two groups ($p < 0.002$); pre-cut and stent

Ngày nhận bài: 23/12/2024, ngày chấp nhận đăng: 6/01/2025

* Tác giả liên hệ: maibinhhtieuhoa108@gmail.com - Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

placement were not different. Intervention time in the PEP group was longer than in the non-PEP group (44.49 ± 13.83 minutes vs. 41.25 ± 16.32 minutes). *Conclusion:* Female gender, type of papilla, multiple papillary catheterization into the pancreas, and Oddi muscle dilation were risk factors for PEP.

Keywords: Acute Pancreatitis, complication post endoscopic retrograde cholangiopancreatography.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nội soi mật tụy ngược dòng (ERCP) ngày càng trở thành công cụ đắc lực và chỉ định rộng rãi hơn, không chỉ trong chẩn đoán mà còn trong điều trị các bệnh lý đường mật - tụy. ERCP cũng được coi là một thủ thuật an toàn hơn so với phẫu thuật bởi mức độ xâm lấn tối thiểu, giúp bệnh nhân (BN) phục hồi nhanh chóng và ít để lại di chứng sau can thiệp. Tuy nhiên, bất chấp những tiến bộ về công nghệ, tuân thủ các hướng dẫn an toàn và các chương trình đào tạo nội soi được cải thiện, ERCP vẫn có liên quan đến tỷ lệ mắc các tai biến, biến chứng cao hơn so với hầu hết các thủ thuật nội soi khác¹. Nhiều nghiên cứu đã báo cáo rằng nguy cơ biến chứng sau ERCP dao động từ 5 đến 12%, ngay cả ở những người có kinh nghiệm^{2, 3}. Trong đó, viêm tụy cấp (VTC) là biến chứng thường gặp nhất, dao động trong khoảng 2 - 10%, có thể cao tới 30 - 50% trong các trường hợp có nguy cơ cao⁴.

Trước đây, PEP được coi là không thể đoán trước và không thể tránh khỏi. Tuy nhiên, ngày càng có nhiều nghiên cứu chỉ ra các yếu tố nguy cơ cao gây ra PEP. Nghiên cứu này nhằm đánh giá khả năng gây ra biến chứng viêm tụy cấp ở những BN bị tác động vào ống tụy trong quá trình ERCP, đồng thời từ đó giúp các bác sĩ can thiệp nội soi tiêu hóa có thể tiên lượng, theo dõi và có giải pháp để hạn chế PEP.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

2.1. Đối tượng

Đối tượng nghiên cứu: Bệnh nhân có chỉ định can thiệp ERCP điều trị bệnh lý đường mật, quá trình can thiệp có tác động không chủ đích vào ống tụy.

Địa điểm: Bệnh viện Trung ương Quân đội 108.

Thời gian: Từ 01/2021 đến 03/2024.

Tiêu chuẩn lựa chọn

Bệnh nhân có chỉ định và đã được can thiệp ERCP lấy sỏi, đặt stent đường mật điều trị bệnh lý đường mật.

Quá trình can thiệp có tác động vào ống tụy (thông vào ống tụy, bơm cản quang ống tụy).

Sau can thiệp, bệnh nhân được đánh giá đầy đủ nguy cơ viêm tụy cấp (cả về lâm sàng và cận lâm sàng).

Bệnh nhân và gia đình đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ

Bệnh nhân can thiệp ERCP thất bại.

Trong quá trình can thiệp ERCP được đặt stent ống tụy dự phòng viêm tụy cấp.

Bệnh nhân trước can thiệp đã có tình trạng viêm tụy cấp.

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 axit, phình động mạch chủ, rối loạn đông máu...

Phụ nữ có thai.

Bệnh nhân thiếu dữ kiện về quy trình can thiệp, cũng như lâm sàng và cận lâm sàng đánh giá nguy cơ viêm tụy cấp sau can thiệp.

Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn chẩn đoán VTC sau ERCP

Đồng thuận Cotton năm 1991 định nghĩa viêm tụy cấp sau ERCP (PEP): Sau khi ERCP liên quan đến sự gia tăng gấp ba lần amylase huyết thanh sau ≥ 24 giờ và cần phải nhập viện hoặc nằm viện kéo dài⁵. Sau đó, vào năm 1996, Freeman bổ sung cơn đau (tức là đau bụng mới hoặc nặng hơn) như một tiêu chí tiếp theo cho định nghĩa PEP⁶. Hướng dẫn ESGE năm 2020 về các biến cố liên quan đến ERCP định nghĩa PEP là một tình trạng liên quan đến đau bụng mới hoặc nặng hơn kết hợp với men tụy tăng cao (amylase hoặc lipase $\geq$ gấp 3 lần giới hạn trên bình thường hoặc so với trước can thiệp), làm kéo dài thời gian nhập viện theo kế hoạch hoặc cần nhập viện sau khi ERCP⁴.

2.2. Phương pháp

Thiết kế 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 hoá 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 đường mật ...

Quy trình tiến hành nghiên cứu: Hồi cứu hồ sơ bệnh án các bệnh nhân đáp ứng đầy đủ tiêu chuẩn lựa chọn. Sau đó chia làm 2 nhóm: Viêm tụy cấp sau ERCP (Theo Cotton 1991 hoặc Atlanta 2012) và không có viêm tụy cấp. Lập bảng số liệu các về tuổi, giới, chẩn đoán, đặc điểm liên quan đến kỹ thuật, thời gian nằm viện, tai biến, biến chứng của từng nhóm, sau đó tiến hành phân tích.

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.

2.3. Đạo đức nghiên cứu**3.1. Đặc điểm về tuổi, giới****Bảng 1. Đặc điểm tuổi, giới ở 2 nhóm**

Đặc điểm		Nhóm VTC (n = 70)		Nhóm không VTC (n = 100)		OR (95% CI)	p value
		Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %		
Nhóm tuổi	< 45	16	22,8	16	16,0	-	0,5
	45 - 60	13	18,6	18	18,0		
	> 60	41	58,6	66	66,0		
	Tổng	70	100	100	100		
Tuổi (năm) $\bar{X} \pm SD$		60,6 $\pm$ 20,0		63,4 $\pm$ 14,9			
Giới	Nam	35	50,0	72	72,0	0,39 (0,2 – 0,74)	0,003
	Nữ	35	50,0	28	28,0		
	Tổng	70	100	100	100		

Tỷ lệ bệnh nhân trên > 60 tuổi chiếm đa số ở cả 2 nhóm (58,6% với nhóm VTC và 66,0% với nhóm không VTC). Tỷ lệ bệnh nhân trẻ tuổi (< 45 tuổi) ở nhóm VTC cao hơn so với nhóm không VTC (22,8% so với 16,0%). Tuổi trung bình của nhóm VTC là 60,6 $\pm$ 20,0 và ở nhóm không VTC là 63,4 $\pm$ 14,9. Tỷ lệ nam/nữ ở nhóm VTC là 1,0/1,0, ở nhóm không VTC là 2,57/1,0.

Nghiên cứu được thực hiện theo các nguyên tắc của Tuyên bố Helsinki năm 1975. Tất cả các bệnh nhân có chỉ định ERCP đều được hội chẩn từ tiểu ban can thiệp nội soi chuyên sâu của viện điều trị các bệnh tiêu hoá. Sau đó, các bệnh nhân đều được giải thích rõ về quy trình can thiệp, lợi ích và rủi ro có thể gặp, những biến chứng có thể gặp sau can thiệp và những vấn đề khác liên quan tới kinh phí điều trị. Nếu bệnh nhân đồng thuận, bệnh nhân sẽ ký cam đoan thủ thuật. Bệnh án được sơ tổng kết, ký chỉ huy khoa, viện tiêu hoá và phòng kế hoạch tổng hợp. Dữ liệu được thu thập hồi cứu trên những bệnh nhân đã thực hiện ERCP, chấp hành nghiêm quy định về mã hoá và bảo mật dữ liệu.

III. KẾT QUẢ

Tổng cộng có 170 bệnh nhân đáp ứng đủ tiêu chí được đưa vào nghiên cứu. Trong đó có 70 bệnh nhân (chiếm tỷ lệ 41,2%) đủ tiêu chuẩn chẩn đoán viêm tụy cấp (VTC) sau ERCP và 100 bệnh nhân (chiếm tỷ lệ 58,8%) không đủ tiêu chuẩn chẩn đoán. Kết quả nghiên cứu trên từng nhóm như sau:

3.2. Đặc điểm về bệnh lý đường mật và các yếu tố liên quan đến thông nhũ

Lý do can thiệp ERCP

Bảng 2. Lý do can thiệp ERCP ở 2 nhóm

Đặc điểm		Nhóm VTC (n = 70)		Nhóm không VTC (n = 100)		OR (95% CI)	p value
		Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %		
Lành tính	Sỏi OMC	38	54,3	46	46,0	1,38 (0,54 - 3,49)	0,41
	Hẹp không do sỏi OMC	9	12,8	15	15,0		
Ác tính	U đường mật	11	15,7	12	12,0	-	
	U đầu tụy	6	8,6	10	10,0		
	Khác	6	8,6	17	17,0		
	Tổng	70	100	100	100		

Sỏi ống mật chủ là nguyên nhân can thiệp chính ở cả 2 nhóm (38/70 bệnh nhân ở nhóm VTC và 46/100 ở nhóm không VTC). Các nguyên nhân gây hẹp đường mật lành tính không do sỏi như hẹp đường mật sau ghép gan, viêm chít hẹp cơ Oddi, hội chứng Mirizzi... chiếm tỷ lệ 12,8% ở nhóm VTC và 15,0% ở nhóm không VTC. Trong số các bệnh lý ác tính, u đường mật chiếm tỷ lệ cao nhất ở nhóm VTC với tỷ lệ 15,7%, ở nhóm không VTC là 12,0%. Các nguyên nhân ác tính gây tắc mật khác bao gồm u đầu tụy, u gan, hạch di căn, u tá tràng, u nhầy nhú nội ống đường mật – tụy...

Đặc điểm liên quan đến bệnh lý

Bảng 3. Đặc điểm liên quan đến bệnh lý ở 2 nhóm

Đặc điểm đường mật, tụy		Nhóm VTC (n = 70)		Nhóm không VTC (n = 100)		OR (95% CI)	p value
		Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %		
Kích thước ống mật	≤ 10mm	38	54,3	56	56,0	0,93 (0,5 - 1,72)	0,82
	> 10mm	32	45,7	44	44,0		
	Tổng	70	100	100	100		
Kích thước ống tụy	≤ 3mm	65	92,9	92	92,0	1,13 (0,35 - 3,61)	0,83
	> 3mm	5	7,1	8	8,0		
	Tổng	70	100	100	100		
Đặc điểm sỏi OMC		Nhóm VTC (n = 38)		Nhóm không VTC (n = 46)		OR (95% CI)	p value
		Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %		
Kích thước sỏi	≤ 10mm	16	42,1	24	52,2	0,67 (0,28 - 1,58)	0,36
	> 10mm	22	57,9	22	47,8		
	Tổng	38	100	46	100		
Số lượng sỏi	≤ 1 viên	24	63,1	32	69,6	0,75 (0,3 - 1,86)	0,53
	> 1 viên	14	36,9	14	30,4		
	Tổng	38	100	46	100		

Đa số bệnh nhân ở cả 2 nhóm không có hoặc giãn nhẹ ống mật chủ (54,3% với nhóm VTC, 56,0% với nhóm không VTC) và không có giãn ống tụy (92,9% với nhóm VTC, 92,0% với nhóm không VTC). Về đặc điểm sỏi, có sự khác biệt về kích thước sỏi giữa 2 nhóm, nhưng sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê. Ở nhóm VTC, đa số bệnh nhân có sỏi lớn trên 10mm (chiếm 57,9%). Ở nhóm không VTC, bệnh nhân có sỏi $\leq$ 10mm chiếm ưu thế hơn (chiếm 52,2%). Về số lượng sỏi, ở cả 2 nhóm, đa số bệnh nhân có 1 viên sỏi (63,1% ở nhóm VTC và 69,6% ở nhóm không VTC).

Đặc điểm liên quan đến thông nhú

Bảng 4. Đặc điểm liên quan đến thông nhú ở 2 nhóm

Đặc điểm về giải phẫu		Nhóm VTC (n = 70)		Nhóm không VTC (n = 100)		OR (95% CI)	p value
		Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %		
Type núm	Type 1, 3	22	31,4	53	53,0	0,41 (0,21 – 0,77)	0,005
	Type 2, 4	48	69,6	47	47,0		
	Tổng	70	100	100	100		
Túi thừa	Có	18	25,7	19	19,0	1,24 (0,6 – 2,55)	0,56
	Không	62	74,3	81	81,0		
	Tổng	70	100	100	100		
ERCP cắt cơ	Có	4	5,7	7	7,0	0,81 (0,23 – 2,86)	0,74
	Không	66	94,3	93	93,0		
	Tổng	70	100	100	100		
Đặc điểm tác động ống tụy		Nhóm VTC (n = 70)		Nhóm không VTC (n = 100)		OR (95% CI)	p value
		Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %		
Thông nhú vào tụy	1 lần	29	41,4	72	72,0	0,28 (0,14 - 0,52)	< 0,001
	Nhiều lần	41	58,6	28	28,0		
	Tổng	70	100	100	100		
Bơm thuốc ống tụy	Có	14	20,0	22	22,0	0,89 (0,42 - 1,88)	0,75
	Không	56	80,0	78	78,0		
	Tổng	70	100	100	100		
Lưu guidewire tụy	Có	37	52,6	44	44,0	1,43 (0,77 - 2,63)	0,25
	Không	33	47,4	54	54,0		
	Tổng	70	100	100	100		

Có sự khác biệt về đặc điểm type núm giữa 2 nhóm: Nhóm VTC hay gặp núm type 2 hoặc 4 (chiếm 69,6%), nhóm không VTC hay gặp núm type 1 hoặc 3 (chiếm 53,0%). Tỷ lệ túi thừa gặp ở 25,7% số BN trong nhóm VTC và 19,0% trong nhóm không VTC. Ở cả 2 nhóm, đa số BN đều chưa được can thiệp ERCP trước đó, với 94,3% ở nhóm VTC và 93,0% ở nhóm không VTC.

Tỷ lệ thông nhú vào tụy nhiều lần ở nhóm VTC là 58,6%, trong khi ở nhóm không VTC chỉ là 28,0%. Có 20,0% BN trong nhóm VTC có bơm cản quang vào ống tụy, tỷ lệ đó ở nhóm không VTC là 22,0%. 52,6% BN trong nhóm VTC có lưu guidewire tụy (sử dụng kỹ thuật double guidewire), ở nhóm không VTC là 44,0%.

3.3. Đặc điểm liên quan đến kỹ thuật

Bảng 5. Đặc điểm liên quan đến kỹ thuật ở 2 nhóm

Đặc điểm về kỹ thuật		Nhóm VTC (n = 70)		Nhóm không VTC (n = 100)		OR (95% CI)	p value
		Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %		
Sử dụng Pre-cut	Có	11	15,7	14	14,0	1,15 (0,49 - 2,7)	0,75
	Không	59	84,3	86	86,0		
	Tổng	70	100	100	100		
Nong cơ Oddi	Có	31	44,3	22	22,0	2,82 (1,44 - 5,5)	0,002
	Không có	39	55,7	78	78,0		
	Tổng	70	100	155	100		
Đặt stent đường mật	Nhựa	26	37,1	40	40,0	-	0,77
	Kim loại	16	22,9	17	17,0		
	Cả hai	2	2,9	2	2,0		
	Không	26	37,1	41	41,0		
	Tổng	70	100	100	100		
Thời gian can thiệp (phút) $\bar{X} \pm SD$		44,49 $\pm$ 13,83		41,25 $\pm$ 16,32			

Tỷ lệ sử dụng kỹ thuật Pre-cut ở nhóm VTC và không VTC lần lượt là 15,7% và 14,0%. Tỷ lệ nong cơ Oddi ở nhóm VTC cao hơn đáng kể ở nhóm không VTC (44,3% so với 22,0%)

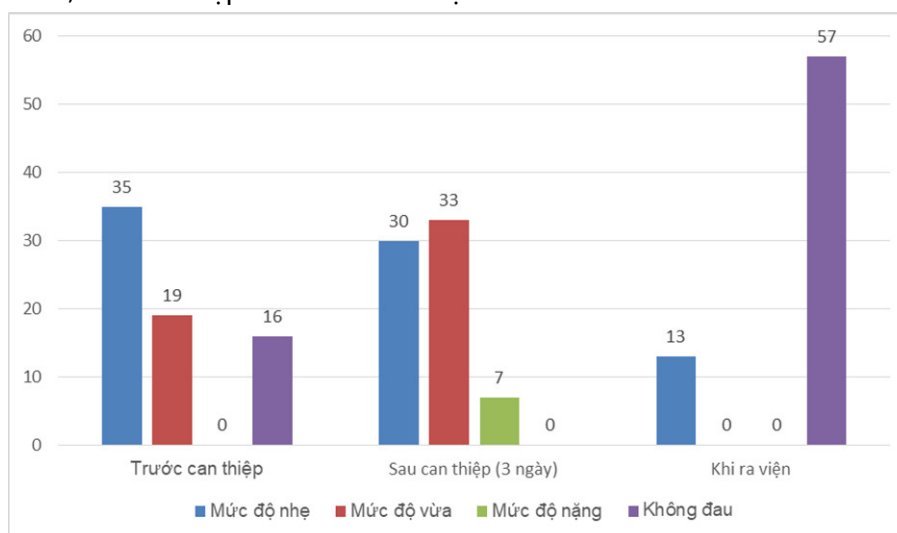
Tỷ lệ đặt stent và không đặt stent không có sự chênh lệch đáng kể ở cả 2 nhóm: 62,9% đặt stent và

37,1% không đặt stent ở nhóm VTC; 59,0% đặt stent và 41,0% không đặt stent ở nhóm không VTC. Trong đó, stent nhựa là loại được dùng chủ yếu (37,1% ở nhóm VTC và 40,0% ở nhóm không VTC).

Thời gian can thiệp ở nhóm VTC là 44,49 $\pm$ 13,83 phút, ở nhóm không VTC là 41,25 $\pm$ 16,32 phút.

Đặc điểm về mức độ bệnh của nhóm VTC

Mức độ đau trước, sau can thiệp và trước khi ra viện của nhóm VTC



Biểu đồ 1. Đánh giá mức độ đau của nhóm VTC (n = 70)

Đánh giá về mức độ đau của nhóm BN VTC (n = 70), chúng tôi dựa vào thang điểm VAS (1-3 điểm: Đau nhẹ, 4-6 điểm: Đau vừa, 7-10 điểm: Đau nặng). Trước can thiệp, có 35 BN đau mức độ nhẹ, 19 BN mức độ vừa, không có BN nào đau mức độ nặng. Trong vòng 3 ngày sau can thiệp, có 30 BN đau mức độ nhẹ, 33 BN đau mức độ vừa và 7 BN đau mức độ nặng. Tại thời điểm ra viện, đa số BN không còn triệu chứng đau, chỉ còn 13 BN đau mức độ nhẹ.

Thời gian nằm viện trung bình của nhóm VTC là $10,4 \pm 6,02$ ngày, BN nằm viện lâu nhất là 27 ngày. Trong khi đó thời gian nằm viện trung bình của nhóm không VTC là $9,6 \pm 6,45$ ngày, BN nằm viện lâu nhất là 35 ngày.

IV. BÀN LUẬN

Tổng cộng 170 BN được can thiệp ERCP từ 01/2021 đến tháng 03/2024 tại Bệnh viện QĐTƯ 108 đáp ứng các tiêu chí của nghiên cứu, chia làm 2 nhóm: Nhóm VTC (70 BN) và nhóm không VTC (100 BN). Ở cả 2 nhóm, BN > 60 tuổi chiếm đa số (58,6% ở nhóm VTC và 66,0% ở nhóm không VTC), tỷ lệ BN < 45 tuổi ở nhóm VTC cao hơn nhóm còn lại (22,8% so với 16,0%) nhưng không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Kết quả này cho thấy tuổi không phải là một yếu tố nguy cơ của PEP, phù hợp với kết luận của Ding X và cộng sự trong một nghiên cứu hệ thống gồm 28 nghiên cứu nhỏ với hơn 54000 BN⁷. Liên quan đến giới, tỷ lệ nữ ở nhóm VTC cao hơn có ý nghĩa so với nhóm không VTC (50,0% so với 28,0%). Như vậy, nữ giới là một yếu tố nguy cơ của PEP trong nghiên cứu này, phù hợp với nghiên cứu của Ding X và cộng sự⁷.

Về chỉ định can thiệp ERCP ở 2 nhóm, bệnh lành tính (sỏi OMC, hẹp đường mật sau phẫu thuật, viêm chít hẹp đoạn cuối OMC...) chiếm ưu thế hơn so với nhóm bệnh ác tính, nhưng không có sự khác biệt có ý nghĩa liên quan đến PEP.

Đa số BN can thiệp ở cả 2 nhóm có không có tình trạng giãn hoặc chỉ giãn nhẹ đường mật ngoài gan (54,3% ở nhóm VTC và 56,0% ở nhóm không có VTC). Về tình trạng ống tụy, đa số BN không có giãn ống tụy (92,9% ở nhóm VTC và 92,0% ở nhóm không VTC). Không có sự khác biệt có ý nghĩa về mức độ

giãn ống mật và không giãn ống tụy ở cả 2 nhóm, cho thấy đây không phải yếu tố nguy cơ của PEP. Kết quả về mối liên quan giữa PEP và đường kính ống mật của chúng tôi khác với nghiên cứu của Ayman El Nakeeb và cộng sự⁸. Nghiên cứu này chỉ ra rằng ống mật chủ không giãn là một yếu tố nguy cơ của PEP, với cỡ mẫu gồm 996 bệnh nhân.

Ở nhóm VTC, có 38/70 BN được can thiệp ERCP lấy sỏi OMC. Con số này ở nhóm không VTC là 46/100 BN. Liên quan đến đặc điểm sỏi OMC, 57,9% BN có sỏi lớn trên 10mm ở nhóm VTC, trong khi đó chỉ có 47,8% BN có sỏi trên 10mm ở nhóm không VTC. Sự khác biệt này có không ý nghĩa với $p > 0,05$, cho thấy sỏi lớn chưa hẳn đã là một yếu tố nguy cơ PEP. Tuy vậy, kích thước sỏi có thể liên quan đến việc cần thiết nong cơ Oddi để lấy sỏi, một yếu tố được cho là yếu tố nguy cơ của PEP theo kết quả ở *Bảng 5*. Về số lượng sỏi, ở cả 2 nhóm, đa phần BN chỉ có 1 viên sỏi (63,1% ở nhóm VTC và 69,6% ở nhóm không VTC), sự khác biệt là không có ý nghĩa thống kê.

Về đặc điểm liên quan đến giải phẫu, nghiên cứu này đánh giá 3 yếu tố: type núm, túi thừa tá tràng và tiền sử ERCP có cắt cơ Oddi trước đó. Đa phần BN ở nhóm VTC có núm type 2 hoặc 4 (chiếm 69,6%), còn ở nhóm không VTC chủ yếu là núm type 1 hoặc 3 (chiếm 53,0%). Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê, cho thấy đặc điểm type núm là 1 yếu tố nguy cơ của PEP. Nghiên cứu của chúng tôi cho kết quả khá tương đồng với nghiên cứu của Chen và cộng sự. Nghiên cứu này chỉ ra rằng, type 2 và type 4 là những type thông nhú khó, tỷ lệ thông nhú thất bại cao và nguy cơ PEP cũng cao hơn so với 2 type còn lại⁹. Túi thừa tá tràng và tiền sử ERCP cắt cơ Oddi không phải là một yếu tố nguy cơ của PEP trong nghiên cứu của chúng tôi, tương tự với tổng hợp nghiên cứu của Ding X và cộng sự⁷.

Tất cả BN trong nghiên cứu ở cả 2 nhóm đều có tác động thông nhú vào ống tụy. Tuy nhiên ở nhóm VTC, có tới 58,6% BN thông vào ống tụy nhiều lần (trên 2 lần), trong khi tỷ lệ này ở nhóm còn lại chỉ là 28,0%. Điều này cho thấy thông nhú vào ống tụy nhiều lần là yếu tố nguy cơ của PEP. Tỷ lệ bơm cản quang vào ống tụy trong nghiên cứu của chúng tôi là không nhiều (20,0% ở nhóm VTC và 22,0% ở

nhóm không VTC). Kết quả này có phần khác với một số nghiên cứu chỉ ra rằng bơm cản quang vào ống tụy là một yếu tố nguy cơ gây PEP¹⁰, có thể do lượng cản quang chúng tôi bơm vào không nhiều và số BN tiêm cản quang vào ống tụy của chúng tôi không quá lớn để thấy sự khác biệt. Việc sử dụng kỹ thuật lưu guidewire tụy (double guidewire) cũng không cho thấy sự khác biệt có ý nghĩa ở 2 nhóm.

Về các yếu tố liên quan đến kỹ thuật, chúng tôi nhận thấy sử dụng pre-cut không phải là yếu tố nguy cơ của PEP. Khác với tổng hợp của Ding X và cộng sự, cho thấy pre-cut làm tăng khả năng của PEP, tuy nhiên họ nhận thấy không có sự nhất quán giữa các kết quả nghiên cứu trong tổng hợp của họ⁷. Tuy nhiên, thủ thuật nong cơ Oddi lại có sự khác biệt giữa 2 nhóm (44,3% có nong ở nhóm VTC và chỉ 22,0% có nong ở nhóm không VTC). Điều này có thể lý giải rằng, khi nong cơ Oddi, bóng nong sẽ chèn vào ống tụy gây tổn thương ống tụy, làm tăng nguy cơ gây ra PEP. Việc đặt stent nhựa hay kim loại dường như không phải là yếu tố nguy cơ gây ra PEP theo nghiên cứu của chúng tôi, khi sự khác biệt là không có ý nghĩa.

Thời gian can thiệp ở nhóm VTC là $44,49 \pm 13,83$ phút, cao hơn tương đối so với nhóm không VTC ($41,25 \pm 16,32$ phút). Điều này có thể đến từ việc thời gian thông nhú kéo dài ở nhóm VTC do chủ yếu là type núm khó thông như kết quả ở trên. Việc thông nhú kéo dài là một yếu tố nguy cơ gây ra PEP trong nhiều nghiên cứu, với thời gian thông nhú > 5 phút^{11,12}.

Trong số 70 BN của nhóm VTC sau ERCP, đa số BN đau ở mức độ nhẹ trước can thiệp. Sau can thiệp, các BN có tình trạng đau bụng tăng lên hoặc mới xuất hiện đau bụng, phù hợp với tiêu chuẩn chẩn đoán PEP. Tại thời điểm ra viện, hầu hết BN đều hết hoặc giảm đau. Chúng tôi thiếu dữ liệu về cận lâm sàng và chẩn đoán hình ảnh để đánh giá chính xác mức độ VTC của BN, tuy nhiên dựa vào biểu hiện lâm sàng, có thể nói rằng đa số BN được chẩn đoán là VTC mức độ nhẹ - vừa sau ERCP.

Thời gian nằm viện trung bình của nhóm VTC là $10,4 \pm 6,02$ ngày và của nhóm không VTC là $9,6 \pm 6,45$ ngày. Theo lý thuyết, nhóm BN VTC cần thêm thời

gian theo dõi sau ERCP nên thời gian nằm viện dài hơn so với nhóm không VTC. Tuy nhiên, dữ liệu của chúng tôi bị gây nhiễu bởi một số yếu tố như: BN sau ERCP chuyển PT (cắt túi mật, cắt khối tá tụy, ...), điều trị hóa chất, nhóm ghép gan cần theo dõi lâu dài, biến chứng nhiễm khuẩn huyết điều trị dài ngày...

V. KẾT LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi, giới tính nữ, type núm khó thông nhú (type 2, 4), thông vào ống tụy nhiều lần và nong cơ Oddi là các yếu tố nguy cơ cao gây PEP. Khi can thiệp ERCP cho các BN có yếu tố nguy cơ cao, chúng ta cần có chiến lược dự phòng kỹ cả trong và sau can thiệp. Ngoài ra, cần có kế hoạch theo dõi và chăm sóc sát sao hơn cho nhóm đối tượng này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Loganathan P, Mohan B, Baraka A, Gajendran M, Saligram S, Aloysius M, Echavarria J, Goyal H (2024) *Trainee Involvement and ERCP Complications: A Systematic Review and Meta-Analysis*. Dig. Dis. Sci 69: 2363-2369.
2. Jang DK, Kim J, Paik CN, Kim JW, Lee TH, Jang JY, Yoon SB, Lee JK (2022) *Endoscopic retrograde cholangiopancreatography-related adverse events in Korea: A nationwide assessment*. United Eur. Gastroenterol. J 10: 73-79.
3. Kienbauer M, Duller C, Gschwantler M, Puspok A, Schofl R, Kapral C (2018) *Austrian benchmarking project for ERCP: A 10-year report*. Z. Gastroenterol 56: 1227-1236.
4. Dumonceau JM, Kapral C, Aabakken L, Papanikolaou IS, Tringali A, Vanbiervliet G, Beyna T, Dinis-Ribeiro M, Hritz I, Mariani A et al (2020) *ERCP-related adverse events: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Guideline*. Endoscopy 52: 127-149.
5. Cotton PB, Lehman G, Vennes J, Geenen JE, Russell RC, Meyers WC, Liguory C, Nickl N (1991) *Endoscopic sphincterotomy complications and their management: An attempt at consensus*. Gastrointest. Endosc 37: 383-393.
6. Freeman ML, Nelson DB, Sherman S, Haber GB, Herman ME, Dorsher PJ, Moore JP, Fennerty MB,

- Ryan ME, Shaw MJ et al (1996) *Complications of endoscopic biliary sphincterotomy*. N. Engl. J. Med 335: 909-918.
7. Ding X, Zhang F, Wang Y (2015) *Risk factors for post-ERCP pancreatitis: A systematic review and meta-analysis*. Surgeon 13: 218-229.
8. El Nakeeb A, El Hanafy E, Salah T, Atef E, Hamed H, Sultan AM, Hamdy E, Said M, El Geidie AA, Kandil T, El Shobari M, El Ebidy G (2016) *Post-endoscopic retrograde cholangiopancreatography pancreatitis: Risk factors and predictors of severity*. World J Gastrointest Endosc 8(19): 709-715.
9. Chen PH, Tung CF, Peng YC, Yeh HZ, Chang CS, Chen CC (2020) *Duodenal major papilla morphology can affect biliary cannulation and complications during ERCP, an observational study*. BMC Gastroenterol 20: 310.
10. Cheng CL, Sherman S, Watkins JL, Barnett J, Freeman M, Geenen J (2006) *Risk factors for post-ERCP pancreatitis: A prospective multicenter study*. Am J Gastroenterol 101(2006): 139-147.
11. Lee YS, Cho CM, Cho KB, Heo J, Jung MK, Kim SB, Kim KH, Kim TN, Lee DW, Han J et al (2021) *Difficult Biliary Cannulation from the Perspective of Post-Endoscopic Retrograde Cholangiopancreatography Pancreatitis: Identifying the Optimal Timing for the Rescue Cannulation Technique*. Gut Liver 15: 459-465.
12. Testoni PA, Mariani A, Aabakken L, Arvanitakis M, Bories E, Costamagna G, Devière J, Dinis-Ribeiro, M, Dumonceau JM, Giovannini M et al (2016) *Papillary cannulation and sphincterotomy techniques at ERCP: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Clinical Guideline*. Endoscopy 48: 657-683.