DẪN LƯU ĐƯỜNG MẬT QUA DA CẤP CỨU TRONG ĐIỀU TRỊ VIÊM ĐƯỜNG MẬT CẤP DO SỎI TẠI BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y HÀ NỘI

Tô Quang Hưng[1], Trần Bảo Long[1,2], Vũ Đình Hùng[2] và Hoàng Bùi Hải[1,2,✉]

[1]Trường Đại học Y Hà Nội
[2]Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

Mục tiêu của nghiên cứu là đánh giá kết quả điều trị nội khoa kết hợp với dẫn lưu đường mật qua da cấp cứu ở bệnh nhân viêm đường mật cấp do sỏi tại Khoa Cấp cứu, Bệnh viện Đại học Y Hà Nội. Đây là một nghiên cứu mô tả, hồi cứu 32 bệnh nhân viêm đường mật cấp do sỏi, được điều trị nội khoa và dẫn lưu đường mật qua da. Kết quả có 31/32 (96,9%) bệnh nhân ổn định, có 1 trường hợp diễn biến nặng và tử vong tại nhà. Thời gian nằm tại khoa Cấp cứu và Hồi sức tích cực từ 2 - 20 ngày. Dẫn lưu qua đường mật gan trái được thực hiện ở 18/32 (65%) bệnh nhân. Có 3/32 (9,4%) bệnh nhân xuất hiện biến chứng chảy máu đường mật và 1 bệnh nhân biến chứng nhiễm trùng chân dẫn lưu. Nghiên cứu cho thấy kết hợp dẫn lưu đường mật qua da cấp cứu với điều trị nội khoa ở bệnh nhân viêm đường mật cấp do sỏi tại khoa Cấp cứu cho kết quả tốt, tỷ lệ biến chứng thấp và thời gian nằm hồi sức cấp cứu ngắn.

Từ khóa: Viêm đường mật cấp do sỏi, dẫn lưu đường mật qua da, khoa Cấp cứu & Hồi sức tích cực, Bệnh viện Đại học Y Hà Nội.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm đường mật là một bệnh lý hay gặp ở Việt Nam cũng như ở các nước khác trên khắp thế giới, diễn biến bệnh phức tạp, có nhiều biến chứng nặng, thậm chí tử vong nếu không được điều trị kịp thời.[1] Viêm đường mật cấp tính là hậu quả của cả tắc nghẽn ống mật và nhiễm khuẩn. Nguyên nhân gây tắc nghẽn đường mật phổ biến nhất của tắc nghẽn đường mật là do sỏi đường mật.[2] Viêm đường mật cấp tính có khả năng đe dọa tính mạng, đặc trưng bởi nhiễm trùng đường mật. Viêm đường mật cấp tính có tỷ lệ tử vong cao hơn 50% vào những năm 1970. Từ năm 2007, hướng dẫn về chẩn đoán và điều trị nhiễm trùng đường mật "Tokyo Guideline" được xây dựng và cập nhật mỗi 5 năm đã giúp cho bác sĩ lâm sàng kiểm soát nhiễm trùng đường mật kịp thời và phù hợp hơn.[3-6] Cùng với sự tiến bộ của các can thiệp y học và hồi sức tích cực, tỷ lệ tử vong đã giảm còn 5 - 10% sau 30 năm. Tuy nhiên, tỷ lệ tử vong vẫn còn cao, đặc biệt ở nhóm bệnh nhân cao tuổi (lớn hơn 65 tuổi), không được can thiệp giảm áp đường mật hoặc phẫu thuật, nhóm bệnh nhân nhiễm trùng đường mật nặng (Nhiễm trùng đường mật độ II và độ III theo phân độ nặng của Tokyo Guideline).[7] Điều trị sớm bằng kháng sinh tiêm tĩnh mạch và giải áp đường mật bằng dẫn lưu là cơ bản trong điều trị viêm đường mật cấp tính.[8]

Một trong những mục tiêu điều trị nhiễm trùng đường mật cấp là phải giải áp đường mật, có nhiều phương pháp được thực hiện như phẫu thuật, dẫn lưu đường mật qua da hoặc nội soi mật tụy ngược dòng. Dẫn lưu đường mật qua da (DLĐMQD) là một trong những phương pháp giải áp đường mật. Nó đã được thực hiện từ những năm 30 của thế kỷ

Tác giả liên hệ: Hoàng Bùi Hải
Bệnh viện Đại học Y Hà Nội
Email: hoangbuihai@hmu.edu.vn
Ngày nhận: 27/09/2022
Ngày được chấp nhận: 03/11/2022

trước, tuy nhiên các biến chứng của thủ thuật khá nhiều.[9] Với sự ra đời của siêu âm, tỷ lệ thành công của thủ thuật cao và biến chứng đã giảm đi. So với phẫu thuật hoặc nội soi mật tụy ngược dòng, đây là thủ thuật ít xâm lấn hơn. Tuy nhiên trong tình huống bệnh nhân nhiễm trùng đường mật nặng, bệnh nhân cao tuổi với nhiều bệnh nền hoặc bệnh nhân có nguy cơ cao trong phẫu thuật, thì dẫn lưu đường mật qua da có thể là lựa chọn cứu cánh phù hợp nhất để giải áp đường mật cấp cứu nhằm giải quyết ổ mủ và tình trạng nhiễm trùng cho bệnh nhân. Từ hướng dẫn của Tokyo 2007, 2013 và cập nhật gần nhất năm 2018, vai trò của dẫn lưu đường mật qua da càng được khẳng định, qua đó kỹ thuật này ngày càng được thực hiện phổ biến hơn trong tình huống cấp cứu bệnh nhân nhiễm trùng đường mật nặng.[3-6] Ở Bệnh viện Đại học Y Hà Nội, kỹ thuật dẫn lưu đường mật qua da đã được áp dụng từ vài năm nay để kết hợp điều trị viêm đường mật cấp do sỏi, đặc biệt là các bệnh nhân viêm đường mật cấp nặng, có nhiều bệnh phối hợp, cơ địa già yếu, đã phẫu thuật lấy sỏi nhiều lần mà việc phẫu thuật cấp cứu để điều trị có nguy cơ làm cho tình trạng bệnh nhân nặng nề hơn. Hiện nay ở Việt Nam dẫn lưu đường mật qua da cấp cứu đã được thực hiện ở một số cơ sở y tế lớn, tuy nhiên vẫn chưa có nghiên cứu nào ở đánh giá kết quả điều trị của bệnh nhân được thực hiện kỹ thuật này. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài nhằm mục tiêu đánh giá kết quả điều trị nội khoa kết hợp với dẫn lưu đường mật qua da cấp cứu ở bệnh nhân viêm đường mật cấp do sỏi tại Khoa Cấp cứu, Bệnh viện Đại học Y Hà Nội.

II. ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP

1. Đối tượng

Tiêu chuẩn lựa chọn

- Bệnh nhân trên 18 tuổi.

- Bệnh nhân được chẩn đoán viêm đường mật cấp do sỏi theo tiêu chuẩn Tokyo Guideline 2018 (TG2018): đáp ứng đủ 3 tiêu chuẩn bao gồm biểu hiện viêm hệ thống, tắc mật và có bằng chứng giãn đường mật có thể kèm nguyên nhân tắc nghẽn trên chẩn đoán hình ảnh. bệnh nhân được chỉ dẫn lưu đường mật qua da cấp cứu trong trường hợp viêm đường mật nặng (nhiễm trùng đường mật độ II và độ III theo phân loại độ nặng của TG2018).

Tiêu chuẩn loại trừ

- Hồ sơ bệnh án không đầy đủ thông tin nghiên cứu.

- Các bệnh nhân xơ gan giai đoạn cuối.

2. Phương pháp

Thời gian, địa điểm

Nghiên cứu được thực hiện tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội trong thời gian từ tháng 1/2017 đến hết tháng 6/2020.

Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả.

Chọn mẫu và cỡ mẫu: tất cả các bệnh án của bệnh nhân viêm đường mật cấp do sỏi được điều trị nội khoa kết hợp dẫn lưu đường mật cấp cứu.

Biến số và chỉ số nghiên cứu

Bao gồm kết quả điều trị tại Khoa Cấp cứu: điều trị thành công khi tình trạng lâm sàng và xét nghiệm của bệnh nhân cải thiện hơn so với trước khi thực hiện thủ thuật, điều trị thất bại khi tình trạng bệnh nhân diễn biến xấu hơn so với trước can thiệp, bệnh nhân tử vong hoặc thủ thuật thực hiện thất bại phải chuyển sang biện pháp can thiệp khác; biến chứng của dẫn lưu: chảy máu đường mật, nhiễm trùng chân dẫn lưu; số ngày điều trị tại Khoa Cấp cứu; các can thiệp kèm theo; loại kháng sinh sử dụng; sự thay đổi các chỉ số xét nghiệm sau dẫn lưu 24 giờ.

Quy trình nghiên cứu

Chọn các bệnh án phù hợp các tiêu chuẩn lựa chọn và loại trừ; tiến hành thu thập thông tin nghiên cứu; xử lý số liệu sau thu thập và báo cáo kết quả về đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, phương pháp điều trị và kết quả điều trị.

3. Xử lý số liệu

Số liệu sau thu thập được xử lý bằng thuật toán thống kê bằng phần mềm SPSS 20.0.

4. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được thực hiện theo phương pháp mô tả, thu thập hồi cứu số liệu, không can thiệp trực tiếp đến các bệnh nhân được khảo sát. Mọi thông tin về người bệnh đều được giữ bí mật. Dữ liệu thu thập từ hồ sơ bệnh án chỉ nhằm mục đích nghiên cứu khoa học.

III. KẾT QUẢ

Nghiên cứu đã thu thập thông tin từ 32 bệnh nhân viêm đường mật cấp được điều trị nội khoa kết hợp dẫn lưu đường mật qua da cấp cứu tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nôi, và ghi nhận một số đặc điểm chung như sau:

Tuổi trung vị là 65 (62 - 67); có tiền sử phẫu thuật đường mật do sỏi chiếm 43,8%. Triệu chứng cơ năng thường gặp là đau bụng (50% ở nữ và 42,9% ở nam); sốt (21,4% ở nam và 11,1% ở nữ). Có 18,5% nữ và 7,4% nam đủ tam chứng Charcot và 6% bệnh nhân đủ ngũ chứng Raynold. Nhóm bệnh nhân trong nghiên cứu được chỉ định thực hiện dẫn lưu đường mật qua da cấp cứu, vì vậy các bệnh nhân đều có tình trạng viêm đường mật nặng (độ 2, và độ 3 theo phân loại mức độ của hướng dẫn TG2018) trong đó, nhóm độ 2 chiếm 43,8% và nhóm độ 3 chiếm 56,2%.

Về đặc điểm điều trị nội khoa: nhóm bệnh nhân trong nghiên cứu cứu là nhóm bệnh nhân nhiễm trùng đường mật nặng, 100% bệnh nhân trong nghiên cứu đều được điều trị nội khoa tích cực dựa theo hướng dẫn của TG2018 bằng các biện pháp: Hồi sức dịch, hỗ trợ oxy khi có suy hô hấp, thuốc kháng sinh, điều trị thay thế thận khi có tình trạng suy thận cấp. 100% bệnh nhân được hồi sức dịch tích cực, truyền dịch tinh thể với thể tích tối thiểu 30 ml/kg cân nặng trong thời gian 3 giờ đầu tiên kể từ khi được chẩn đoán; 81,1% bệnh nhân trong nghiên cứu có tình trạng suy hô hấp được sử dụng liệu pháp oxy; 40,6% số bệnh nhân được chẩn đoán sốc nhiễm trùng đường mật khi không đáp ứng với hồi sức dịch ban đầu và được dùng vận mạch. Tỷ lệ bệnh nhân được lọc máu liên tục thấp với chỉ 3,1%. Có 65% bệnh nhân được dẫn lưu đường mật gan trái. 100% bệnh nhân đều được sử dụng kháng sinh sớm theo kinh nghiệm trong vòng 1 giờ kể từ khi được chẩn đoán. Trong đó, 50% bệnh nhân được sử dụng nhóm Cephalosporin thế hệ 3, còn lại 18,8% bệnh nhân đươc sử dụng kháng sinh Piperacilin-tazobactam và 31,2% được sử dụng kháng sinh nhóm Carbapenem.

Bảng 1. Sự thay đổi chỉ số cận lâm sàng sau dẫn lưu

Chỉ số	Trước dẫn lưu Trung vị (tứ phân vị 25 - 75)	Sau dẫn lưu Trung vị (tứ phân vị 25 - 75)	Khác biệt trước và sau dẫn lưu (Kiểm định Wilcoxon)
Bạch cầu (G/l)	22,8 (12,4 - 25,5)	15,6 (9,4 - 18,4)	< 0,05
PCT (ng/ml)	10,9 (1,3 - 38,5)	8,5 (1,2 - 25,5)	< 0,05
GOT (U/l)	129 (46,3 - 228,7)	64 (35 - 110,5)	< 0,05
GPT (U/l)	127 (50 - 199,5)	66,5 (40 - 120,5)	< 0,05
Billirubin toàn phần (µmol/l)	50,5 (22,8 - 95,2)	35,4 (14,5 - 64,8)	< 0,05
Billirubin trực tiếp (µmol/l)	44,9 (14,2 - 67,4)	28,5 (11,2 - 40,3)	< 0,05

Kết quả điều trị nội khoa kết hợp với dẫn lưu đường mật qua da cấp cứu ở bệnh nhân viêm đường mật cấp do sỏi tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội, chúng tôi nhận thấy chỉ số Bạch cầu, Pro-Calcitonin, GOT, GPT, bilirubin toàn phần, trực tiếp đều giảm có ý nghĩa sau dẫn lưu 24 giờ.

Đa số bệnh nhân cải thiện về lâm sàng và sau đó được chuyển lên các khoa điều trị thông thường; còn lại 1 ca có diễn biến nặng được về tử vong tại nhà theo mong muốn của gia đình.

Tỷ lệ xuất hiện biến chứng chảy máu đường mật xuất hiện ở 3/32 (9,4%) trường hợp; có 1/32 (3,1%) trường hợp nhiễm trùng chân dẫn lưu.

Bảng 2. Thời gian điều trị tại khoa Cấp cứu

Chỉ số	Thời gian điều trị - ngày	Thấp nhất	Cao nhất
Trung vị (Tứ phân vị 25% - 75%)	3 (1,25 - 6,75)	2	20

Số ngày nằm điều trị tại Khoa Cấp cứu của bệnh nhân trong nghiên cứu trung vị là 3 (1,25 - 6,75) ngày. Bệnh nhân có thời gian nằm điều trị tại Khoa Cấp cứu dài nhất là 20 ngày, sau đó bệnh nhân này xin về trong tình trạng sốc nhiễm nhiễm khuẩn, các bệnh nhân khác nằm tại Khoa Cấp cứu dưới 7 ngày.

IV. BÀN LUẬN

Dẫn lưu đường mật qua da từ lâu được xem như là một phương pháp xâm nhập tối thiểu để điều trị những biến chứng liên quan đến tắc mật, làm giảm tỷ lệ tử vong ở các bệnh nhân viêm đường mật do sỏi và tắc đường mật do bệnh lý ác tính hoặc những bệnh ác tính từ nới khác như ung thư dạ dày, ung thư đại tràng di căn đến hạnh rốn gan gây tác đường mật thường gặp trong ngoại khoa. Bệnh thường ở giai đoạn muộn, việc phẫu thuật hầu hết đã không còn được đặt ra, lúc này cần có phương pháp điều trị nhẹ nhàng hơn nhằm cải thiện cuộc sống cho bệnh nhân. Sử dụng dẫn lưu mật nội soi hay qua da như một thủ thuật tạm thời, một phẫu thuật có thể thực hiện khi tình trạng viêm đã giảm và tình trạng bệnh nhân được cải thiện tốt hơn.[6]

Trong nghiên cứu của chúng tôi, các chỉ số đánh giá tình trạng nhiễm trùng và đánh giá

chức năng gan đều giảm có ý nghĩa sau dẫn lưu đường mật 24 giờ. Điều đó chứng tỏ việc giảm áp lực đường mật, dẫn lưu mật ra ngoài thì sau khi dẫn lưu đường mật có hiệu quả trong việc giảm ứ mật và cải thiện tình trạng chức năng gan cho bệnh nhân. Ngoài ra, dẫn lưu được ổ nhiễm trùng từ đường mật ra ngoài, phối hợp với sử dụng kháng sinh đã giúp cho tình trạng nhiễm trùng của bệnh nhân cải thiện sớm sau 24 giờ. Tương tự nghiên cứu của chúng tôi, đối với nhóm bệnh nhân tắc mật do u, nghiên cứu của tác giả Phạm Hoàng Hà, Lê Thanh Dũng (2016) thực hiện trên 29 bệnh nhân được chẩn đoán tắc mật do u và được dẫn lưu đường mật trước mổ dẫn lưu đường mật, kết quả cũng cho thấy GOT, billirubin toàn phần và trực tiếp, aPTT cải thiện có ý nghĩa thống kê.[10] Trong nghiên cứu của tác giả Trần Bảo Long (2004), các bệnh nhân viêm đường mật có sốc nghiễm trùng nếu không được phẫu thuật thì tỷ lệ tử vong lớn hơn 90%, ngay cả khi được phẫu thuật, tỷ lệ tử vong vẫn hơn 27,6%, tử vong do sốc chiếm 50% các nguyên nhân tử vong do sỏi đường mật.[11] Kết quả này cho thấy, bệnh nhân nhiễm trùng đường mật nặng có tỷ lệ tử vong rất cao, ngay cả phẫu thuật. Trái lại, tỷ lệ điều trị thành công trong nghiên cứu của chúng tôi rất cao (96,9%) mà không trường hợp nào phải chuyên sang biện pháp can thiệp khác, điều này thể hiện rằng việc kết hợp điều trị nội khoa tích cực kết hợp với dẫn lưu mật cấp cứu mang lại hiệu quả cao hơn nhiều so với chỉ điều trị nội khoa đơn thuần hoặc triển khai phẫu thuật cấp cứu ngay trong khi tình trạng bệnh nhân còn chưa ổn định. Hơn nữa, trong nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ tử vong thấp có thể là do các bệnh nhân được điều trị nội khoa tích cực ngay từ đầu theo hướng dẫn của TG2018, với tất cả bệnh nhân đều được hồi sức dịch sớm, sử dụng kháng sinh theo kinh nghiệm sớm trong vòng 1 giờ từ khi được chẩn đoán. Nghiên cứu của chúng tôi thực hiện trên nhóm bệnh nhân viêm đường mật do sỏi, cho kết quả thành công về mặt kỹ thuật và kết quả điều trị rất khả quan. Tuy nhiên, ngay cả đối với nhóm bệnh nhân có u đường mật giai đoạn muộn, cũng cho thấy kết quả tốt.[12]

Thời gian nằm điều trị tại Khoa Cấp cứu trong nghiên cứu của chúng tôi là tương đối ngắn, tình trạng của các bệnh nhân ổn định nhanh và được chuyển khoa để tiếp tục can thiệp thì hai. Có thể thấy, đây là một biện pháp can thiệp có hiệu quả và tỷ lệ thành công cao. Tỷ lệ xuất hiện biến chứng chảy máu đường mật xuất hiện ở 3/32 trường hợp; có 1/32 trường hợp nhiễm trùng chân dẫn lưu. Theo Joseph T. Ferrucci khuyến cáo trong trường hợp ống dẫn lưu không vào đường mật nên rút ống ra khỏi nhu mô gan sau 24 - 48 giờ để tránh chảy máu.[13] Tỷ lệ xuất hiện các biến chứng trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn so với nghiên cứu của Phạm Hoàng Hà, Lê Thanh Dũng (2016) với tỷ lệ biến chứng là 20,7% trong đó tắc dẫn lưu 10,3%; không có biến chứng nặng dẫn đến tử vong hoặc phải phẫu thuật.[14]

V. KẾT LUẬN

Kết hợp dẫn lưu đường mật qua da cấp cứu phối hợp với điều trị nội khoa tích cực cho bệnh nhân viêm đường mật cấp nặng do sỏi tại Khoa Cấp cứu là phương pháp điều trị hiệu quả an toàn với tỷ lệ thành công cao, tỷ lệ tử vong thấp, tỷ lệ biến chứng thấp và thời gian nằm hồi sức cấp cứu ngắn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. J.Schneider, A.Hapfelmeier, S.Thores, et al (2016). Mortality Risk for Acute Cholangitis (MAC): a risk prediction model for in-hospital mortality in patients with acute cholangitis. *BMC Gastroenterol*, 16, 1-8.

2. Lan Cheong Wah (2017). Acute cholangitis: current concepts. *ANZ Journal of Surgery,* 87 (7), 554–559.

3. Y. Kimura, T. Takada, Y. Kawarada et al (2007). Definitions, pathophysiology, and epidemiology of acute cholangitis and cholecystitis: Tokyo Guidelines. *Journal of Hepato-Biliary-Pancreatic Surgery*, 14 (1), 15-26.

4. B. M. Reynolds, E. L. Dargan (1958). Acute obstructive cholangitis – a distinct clinical syndrome. *Annals of Surgery*, 150, 289–303.

5. M. Sekimoto, T. Takada, Y. Kawarada et al (2007). Need for criteria for the diagnosis and severity assessment of acute cholangitis and cholecystitis: Tokyo Guidelines. *Journal of Hepato-Biliary-Pancreatic Surgery*, 14(1), 11–14.

6. F. Miura, K. Okamoto, T. Takada et al (2018). Tokyo Guidelines 2018: initial management of acute biliary infection and flowchart for acute cholangitis. *Journal of Hepato-Biliary-Pancreatic Sciences*, 25(1), 31–40.

7. B. D. Yıldız, S. Özden, B. Saylam, et al (2018). Simplified scoring system for prediction of mortality in acute suppurative cholangitis. *The Kaohsiung Journal of Medical Sciences*, 34(7), 415–419.

8. Buyukasik K, Toros AB, Bektas H, et al (2013). Diagnostic and therapeutic value of ERCP in acute cholangitis. *ISRN Gastroenterol*. 4.

9. Nennstiel S, Weber A, Frick G, et al (2015). Drainage-related Complications in Percutaneous Transhepatic Biliary Drainage: An Analysis Over 10 Years. *Journal of clinical gastroenterology*, 49(9), 764–770.

10. Phạm Hoàng Hà, Lê Thanh Dũng (2016). Dẫn lưu đường mật qua da trước mổ ở bệnh nhân tắc mật do u. *Tạp chí Nghiên cứu Y học*, 101 (3), 64-71.

11. Trần Bảo Long (2014). Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, nguyên nhân và kết quả điều trị các trường hợp sỏi mật mổ lại. Luận án tiến sĩ y học, Trường Đại học Y Hà Nội, Hà Nội.

12. Chung Hoàng Phương, Nguyễn Đình Luân, Trần Minh Hiền và cộng sự (2017). Kết quả dẫn lưu, đặt stent kim loại đường mật xuyên gan qua da ở bệnh nhân tắc mật do ung thư tiến xa. *Tạp chí Y học thành phố Hồ Chí Minh*, 21(1), 18-35.

13. Harumi Gomi, Joseph S. Solomkin, David Schlossberg et al (2018). Tokyo Guidelines 2018: Antimicrobial therapy for acute cholangitis and cholecystitis. *Journal of Hepato - Biliary - Pancreatic Sciences*, 25 (1), 3 - 16.

14. Phạm Hoàng Hà, Lê Thanh Dũng (2016). Dẫn lưu đường mật qua da trước mổ ở bệnh nhân tắc mật do u. *Tạp chí Nghiên cứu Y học*, 101 (3), 64-71.

Summary

THE PERCUTANEOUS BILIARY DUCT DRAINAGE IN TREATMENT OF ACUTE CHOLANGITIS DUE TO GALLBLADER STONES

This study aimed to evaluate the effectiveness of treating acute gallstone cholangitis using a combination of non-surgical treatment and emergency percutaneous biliary drainage in patients at the Emergency Department of Hanoi Medical University Hospital. This is a descriptive, retrospective study of 32 patients with acute gallstone cholangitis who received medical treatment and percutaneous biliary drainage. As a result, 31/32 (96.9%) patients were stable; there was 1 case of severe development which led to death at home. The length of stay in the Emergency and Intensive Care Department was between 2 and 20 days. Left hepatic biliary drainage was performed in 18/32 (65%) of the patients. There were 3/32 (9.4%) patients with complications of biliary tract bleeding and 1 patient had infection of the skin draining site. The study showed that the combination of emergency percutaneous biliary drainage with medical treatment in patients with acute gallstone cholangitis in the Emergency Department had low complication rate and short length of ICU stay.

Keywords: Acute cholangitis due to stones, percutaneous biliary drainage, department of emergency & intensive care, Hanoi Medical University Hospital.