

YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN THỜI ĐIỂM NỘI SOI MẬT TỤY NGƯỢC DÒNG CẤP CỨU Ở BỆNH NHÂN VIÊM TỤY CẤP DO SỎI MẬT CÓ VIÊM ĐƯỜNG MẬT CẤP

Lưu Quốc Tín¹, Trần Đình Trí² và Nguyễn Thanh Liêm^{1,✉}

¹Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

²Bệnh viện Chợ Rẫy

Nghiên cứu được tiến hành trên 86 bệnh nhân viêm tụy cấp do sỏi mật có viêm đường mật cấp được nội soi mật tụy ngược dòng tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ từ tháng 06 năm 2024 đến tháng 09 năm 2025. Độ tuổi trung bình của bệnh nhân là $67,6 \pm 15,4$ trong đó nữ giới chiếm đa số 66,3%. 100% bệnh nhân vào viện đều có triệu chứng đau bụng và vàng da chiếm 57,7%. Viêm tụy cấp mức độ nặng theo Atlanta 2012 chiếm 26,7%. Tỷ lệ bệnh nhân nội soi mật tụy ngược dòng cấp cứu trong nghiên cứu chiếm 52,3%. Phân tích hồi quy logistic đa biến đã xác định được hai yếu tố liên quan độc lập đến thời điểm nội soi mật tụy ngược dòng cấp cứu, bao gồm: Nồng độ Bilirubin máu toàn phần trung bình lúc nhập viện ($p = 0,003$; $OR = 1,02$) và viêm đường mật cấp mức độ nặng theo Tokyo 2018 lúc nhập viện ($p = 0,001$; $OR = 5,92$).

Từ khoá: Nội soi mật tụy ngược dòng cấp cứu, viêm tụy cấp, viêm đường mật cấp, yếu tố liên quan.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm tụy cấp (VTC) do sỏi mật là một cấp cứu nội - ngoại khoa tiêu hóa thường gặp trên toàn cầu cũng như tại Việt Nam. Cơ chế bệnh sinh bắt nguồn từ sự di chuyển của sỏi từ túi mật hoặc ống mật chủ gây tắc nghẽn cơ học tại bóng Vater. Tình trạng này dẫn đến trào ngược dịch mật vào hệ thống ống tụy, kích hoạt sớm các men tụy ngay trong nhu mô, đồng thời gây ứ trệ và viêm đường mật (VĐM) cấp. Sự kết hợp đồng thời giữa VTC và VĐM cấp tạo ra một bệnh cảnh lâm sàng vô cùng phức tạp có nguy cơ rất cao diễn tiến thành hoại tử tụy, suy đa cơ quan và thậm chí tử vong. Trong chiến lược điều trị hiện đại, nội soi mật tụy ngược dòng (NSMTND) được công nhận là "tiêu chuẩn vàng" nhằm giải quyết triệt để nguyên nhân tắc nghẽn.

Việc xác định thời điểm NSMTND phù hợp, đặc biệt là NSMTND cấp cứu để tiến thành thực hiện sẽ mang lại nhiều kết quả và tiên lượng điều trị tốt cho bệnh nhân. Theo khuyến cáo từ Trường môn Tiêu hóa Hoa Kỳ năm 2024 và Hiệp hội Tụy tạng Quốc tế năm 2025, NSMTND cấp cứu được khuyến cáo cho các trường hợp VTC do sỏi mật có kèm VĐM cấp, hoặc VTC mức độ vừa đến nặng đi kèm tắc mật tiến triển (được xác định khi Bilirubin toàn phần $> 51,3 - 85,5 \mu\text{mol/L}$).^{1,2} Đồng thời, Hướng dẫn Tokyo 2018 khuyến cáo NSMTND cấp cứu với VĐM cấp mức độ nặng, VĐM cấp không nặng nhưng không đáp ứng với điều trị bảo tồn.³ Mặc dù các khuyến cáo quốc tế đã được đưa ra nhưng trên thực tế việc thực hiện thời điểm NSMTND cấp cứu lại đi kèm với nhiều yếu tố.

Nhìn vào các nghiên cứu đã diễn ra về thời điểm NSMTND cấp cứu chủ yếu tập trung nhiều vào kết quả điều trị và tiên lượng tử vong. Nghiên cứu Comoglu năm 2025 nhấn mạnh thời điểm NSMTND cấp cứu ảnh hưởng đến

Tác giả liên hệ: Nguyễn Thanh Liêm

Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

Email: ntlieam@ctump.edu.vn

Ngày nhận: 05/03/2026

Ngày được chấp nhận: 09/04/2026

kết cục lâm sàng người bệnh, nghiên cứu của Lee SY năm 2024 lại cảnh báo nguy cơ gia tăng biến chứng nếu NSMTND cấp cứu ở những bệnh nhân có triệu chứng quá sớm.^{4,5} Tại Việt Nam, các nghiên cứu của Dương Minh Thắng năm 2019 hay Nguyễn Thị Hoài năm 2025 tập trung đánh giá kết quả điều trị của thời điểm NSMTND cấp cứu.^{6,7} Vì vậy, còn ít nghiên cứu phân tích làm rõ các yếu tố liên quan đến thời điểm NSMTND cấp cứu. Xuất phát từ tính cấp thiết và ứng dụng, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu xác định các yếu tố liên quan đến thời điểm NSMTND cấp cứu ở bệnh nhân VTC do sỏi mật kèm VDM cấp.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

1. Đối tượng

Tất cả bệnh nhân VTC do sỏi mật có VDM cấp và được thực hiện NSMTND.

Tiêu chuẩn chọn mẫu

- Đối tượng từ 18 tuổi trở lên và đồng ý tham gia nghiên cứu.

- Bệnh nhân thỏa tiêu chuẩn chẩn đoán VTC theo Atlanta 2012 (có ít nhất 2/3 tiêu chuẩn: đau bụng kiểu tụy, men tụy tăng gấp 3 lần, hình ảnh học phù hợp) do sỏi mật (được xác định khi có sự tắc nghẽn ống tụy do sỏi từ đường mật di chuyển xuống kênh mật tụy trước khi đổ vào tá tràng).^{8,9}

- Bệnh nhân thỏa tiêu chuẩn chẩn đoán VDM cấp theo Hiệp hội Tokyo 2018 (có dấu hiệu viêm toàn thân, tắc mật và hình ảnh học giãn đường mật/nguyên nhân).¹⁰

- Bệnh nhân đồng ý và được thực hiện NSMTND.

Tiêu chuẩn loại trừ

- Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu.

- Bệnh nhân có chống chỉ định với NSMTND.

- Bệnh nhân VTC do những nguyên nhân khác như: rượu, triglyceride, sau NSMTND, rối

loạn chuyển hóa... và cả những trường hợp nguyên nhân phối hợp của sỏi mật với các nguyên nhân khác.

2. Phương pháp

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang có phân tích.

Thời gian và địa điểm nghiên cứu

Nghiên cứu được thực hiện tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ từ tháng 06/2024 đến tháng 09/2025.

Cỡ mẫu và chọn mẫu

Công thức tính cỡ mẫu: ước lượng 1 tỷ lệ

$$n = Z_{1-\alpha/2}^2 \frac{p(1-p)}{d^2}$$

Trong đó: n: cỡ mẫu tối thiểu; $Z_{1-\alpha/2}$: hệ số tin cậy với $Z_{1-\alpha/2} = 1,96$, tương ứng $\alpha = 0,05$, p: tỉ lệ VTC do sỏi mật có VDM cấp và thực hiện NSMTND cấp cứu và d: là sai số cho phép, $d = 0,09$. Theo nghiên cứu của Comoglu, tỉ lệ VTC do sỏi mật có VDM cấp và thực hiện NSMTND cấp cứu khoảng 19%.⁴ Từ đó, tính được cỡ mẫu tối thiểu 73 bệnh nhân. Thực tế, chúng tôi thu thập được số liệu là 86 bệnh nhân.

Phương pháp chọn mẫu: thuận tiện.

Nội dung nghiên cứu

- Các đặc điểm chung: tuổi, giới tính, BMI, tiền sử VTC, tiền sử sỏi mật.

- Các triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng của đối tượng nghiên cứu.

- Xác định các yếu tố liên quan đến thời điểm NSMTND cấp cứu trong VTC do sỏi mật kèm VDM cấp:

+ Đặc điểm chung: nhóm tuổi ≥ 75 và giới tính nữ.

+ Mức độ nặng của bệnh lúc nhập viện: VDM cấp mức độ nặng theo ToKyo 2018, VTC hoại tử xác định bằng CT – scan bụng có thuốc cản quang, nồng độ Bilirubin máu toàn phần trung bình.

+ Sự tiến triển của bệnh trong 24 giờ: VDM cấp mức độ không nặng lúc nhập viện theo Tokyo

2018 tiến triển nặng, nồng độ Bilirubin máu toàn phần tăng tiến triển.

Quy trình tiến hành nghiên cứu

Hỏi bệnh và ghi nhận từ hồ sơ bệnh án. Dựa vào thời điểm thực hiện NSMTND tính từ lúc nhập viện, bệnh nhân được chia làm hai nhóm:

+ Nhóm NSMTND cấp cứu: thực hiện trong vòng 24 giờ đầu sau nhập viện, áp dụng cho các ca bệnh đáp ứng với một số tiêu chí sau, dựa theo khuyến cáo của Trường môn tiêu hóa Hoa Kỳ năm 2024 và Hiệp hội Tokyo năm 2018: VĐM cấp mức độ nặng, VĐM cấp mức độ không nặng nhưng điều trị nội khoa không đáp ứng, VTC nhưng tắc nghẽn không cải thiện khi nồng độ Bilirubin máu toàn phần tiếp tục tăng > 51,3 – 85,5 $\mu\text{mol/L}$.^{1,3}

+ Nhóm NSMTND trì hoãn: thực hiện sau 24 giờ nhập viện, áp dụng cho các ca bệnh VTC có VĐM cấp không nặng theo Tokyo năm 2018 đáp ứng tốt với điều trị nội khoa khi tình trạng VTC đã ổn định hơn.³

Từ đây, chúng tôi tiến hành các nội dung nghiên cứu đã nêu bên trên.

Phương pháp xử lý số liệu

Số liệu thu thập được mã hoá và xử lý trên

phần mềm SPSS 20.0.

Các biến định tính được trình bày bằng tần suất, tỷ lệ phần trăm; các biến định lượng trình bày dưới dạng trung bình \pm độ lệch chuẩn (nếu phân phối chuẩn) hoặc trung vị (khoảng tứ phân vị) nếu không có phân phối chuẩn. Sử dụng các phép kiểm thống kê bao gồm Chi-square, Fisher's Exact Test, t-test độc lập hoặc Mann-Whitney U test phù hợp với từng loại và kiểu phân phối của các biến. Phép kiểm được xem là ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$. Sau khi phân tích đơn biến, chọn những biến có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$), tiến hành phân tích hồi quy đa biến Logistic.

3. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu đã được chấp thuận của hội đồng đạo đức trong nghiên cứu y sinh học Trường Đại học Y Dược Cần Thơ, số 24.238. HV/PCT-HĐĐĐ ngày 28/06/2024.

III. KẾT QUẢ

Nhóm tuổi ≥ 75 chiếm tỉ lệ 36,0%. Tỉ lệ nữ giới (66,3%). BMI $\geq 23 \text{ kg/m}^2$ chiếm tỉ lệ (36,0%). Đa số bệnh nhân không có tiền sử VTC (91,9%) hoặc sỏi mật (64,0%).

Bảng 1. Đặc điểm chung đối tượng nghiên cứu

Các đặc điểm chung		Tần số (n)	Tỉ lệ (%)
Nhóm tuổi	≥ 75	31	36,0
	< 75	55	64,0
Giới tính	Nữ	57	66,3
	Nam	29	33,7
BMI (kg/m^2)	< 23	55	64,0
	≥ 23	31	36,0
Tiền sử VTC	Có	7	8,1
	Không	79	91,9
Tiền sử sỏi mật	Có	31	36,0
	Không	55	64,0

Bảng 2. Đặc điểm lâm sàng của đối tượng nghiên cứu

Các triệu chứng lâm sàng	Tần số (n)	Tỉ lệ (%)
Đau bụng	86	100
Vàng da	49	57,7
Nôn	41	47,7
Sốt	32	37,2
Tam chứng Charcot	22	25,6
Huyết áp tâm thu ≤ 90 mmHg	11	12,8

Tỉ lệ các triệu chứng theo xuất độ thường gặp gồm đau bụng (100%), vàng da (57,7%), nôn (47,7%), sốt (37,2%), tam chứng Charcot (25,6%) và huyết áp tâm thu ≤ 90 mmHg (12,8%).

Bảng 3. Đặc điểm mức độ bệnh nặng giữa hai nhóm NSMTND cấp cứu và trì hoãn

Mức độ nặng của bệnh		Nhóm NSMTND cấp cứu (n = 45)		Nhóm NSMTND trì hoãn (n = 41)	
		Tần số (n)	Tỉ lệ (%)	Tần số (n)	Tỉ lệ (%)
<i>Atlanta 2012</i>	Nặng	12	26,7	0	0
	Không nặng	33	73,3	41	100
<i>BISAP ≥ 3 điểm</i>	Nặng	16	35,6	5	12,2
	Không nặng	29	64,4	36	87,8
<i>APACHE II ≥ 8</i>	Nặng	30	66,7	18	43,9
	Không nặng	15	33,3	23	56,1
<i>Suy 1 tạng lúc nhập viện</i>	Có	19	42,2	3	7,3
	Không	26	57,8	38	92,7
<i>Mức VĐM cấp theo Tokyo 2018</i>	Nặng	24	53,3	8	19,5
	Không nặng	21	46,7	33	80,5

Mức độ bệnh nặng ở nhóm NSMTND cấp cứu cao hơn nhóm NSMTND trì hoãn cả về VTC và VĐM cấp. Tỉ lệ thực hiện NSMTND cấp cứu là 52,3%.

Nhóm NSMTND cấp cứu có chỉ số số lượng bạch cầu, nồng độ bilirubin máu toàn phần lúc nhập viện cao hơn nhóm NSMTND trì hoãn.

Các chỉ số khác bào gồm số lượng tiểu cầu, PT, ure và creatin ở mức ổn định và không khác nhau nhiều giữa hai nhóm. Có 94,2% trường hợp tăng số lượng bạch cầu > 12.000 tế bào/ mm^3 . Có 86% bệnh nhân có tăng nồng độ bilirubin máu toàn phần lúc nhập viện $> 34,2$ $\mu\text{mol/l}$ (Bảng 4).

Bảng 4. Đặc điểm các chỉ số xét nghiệm giữa hai nhóm

Các chỉ số xét nghiệm	NSMTND cấp cứu (n = 45)	NSMTND trì hoãn (n = 41)
Số lượng bạch cầu (tế bào/mm ³)	20435 ± 6199	15614 ± 3894
Số lượng tiểu cầu (tế bào/mm ³)	234.000 (85.000 – 460.000)	209.000 (84.000 – 499.000)
Bilirubin toàn phần máu (μmol/l)	98,20 ± 58,50	65,40 ± 31,60
PT (%)	78,11 ± 22,78	86,53 ± 18,85
Ure (mmol/l)	6,20 (1,90 – 32,50)	4,90 (2,40 – 15,70)
Creatinin (μmol/l)	80 (25 – 549)	70 (50 – 526)

Bảng 5. Đặc điểm trên siêu âm bụng giữa hai đối tượng

Đặc điểm trên siêu âm bụng	NSMTND cấp cứu (n = 45)	NSMTND trì hoãn (n = 41)
Đường kính ống mật chủ (mm)	12 (4 – 27)	10 (6 – 26)
Số lượng sỏi ống mật chủ	0	13 (28,9%)
	1	27 (60,0%)
	≥ 2	5 (11,1%)
Kích thước sỏi ống mật chủ (mm)	11,32 ± 4,22	9,33 ± 4,32
Hình ảnh sỏi túi mật	Có	30 (66,7%)
	Không	15 (33,3%)
Hình ảnh VTC	Có	10 (24,4%)
	Không	33 (73,3%)

Về hình ảnh học, 100% bệnh nhân được siêu âm bụng. Có sự khác biệt về đường kính ống mật chủ và kích thước sỏi ống mật chủ giữa hai nhóm. Tỷ lệ bệnh nhân có đường kính ống mật chủ của đối tượng nghiên cứu > 6 mm chiếm tới 98,7%. Có 51 bệnh nhân được chụp CT-scan bụng chiếm 59,3% trong đó 66,7% bệnh nhân

có hình ảnh VTC và 100% bệnh nhân có hình ảnh sỏi ống mật chủ. Có 4 trường hợp VTC hoại tử được phát hiện qua CT – scan bụng.

Bilirubin máu toàn phần trung bình (μmol/l) và VDM cấp mức độ nặng theo Tokyo 2018 lúc nhập viện là các yếu tố liên quan (p < 0,05) (Bảng 6).

Bảng 6. Yếu tố liên quan đến thời điểm NSMTND cấp cứu trong VTC do sỏi mật có VDM cấp

Các yếu tố liên quan	NSMTND cấp cứu (n = 45)	NSMTND trì hoãn (n = 41)	OR (95% của CI)	p
<i>Nhóm tuổi</i>				
≥ 75	17 (37,8%)	14 (34,1%)	1,17 (0,48 – 2,83)	0,73
< 75	28 (62,2%)	27 (65,9%)		
<i>Giới tính</i>				
Nữ	31 (68,9%)	26 (63,4%)	1,28 (0,52 – 3,13)	0,59
Nam	14 (31,1%)	15 (36,6%)		
Bilirubin máu toàn phần trung bình lúc nhập viện (μmol/l)	98,2 ± 58,5	65,4 ± 31,6	1,02 (1,01 – 1,03)	0,005
<i>VTC hoạt tử xác định trên CT – san bụng có cản quang lúc nhập viện</i>				
Có	2 (4,40%)	2 (4,9%)	0,91 (0,12 – 6,75)	1,00
Không	43 (95,6%)	39 (95,1%)		
<i>Bilirubin máu toàn phần tăng tiến triển trong 24 giờ</i>				
Có	8 (17,8%)	11 (26,8%)	0,59 (0,21 – 1,65)	0,31
Không	37 (82,2%)	30 (73,2%)		
<i>VDM cấp mức độ nặng theo Tokyo 2018 lúc nhập viện</i>				
Có	24 (53,3%)	8 (19,5%)	4,71 (1,79 – 12,4)	0,001
Không	21 (46,7%)	33 (80,5%)		
<i>VDM cấp mức độ không nặng theo Tokyo 2018 lúc nhập viện tiến triển nặng trong 24 giờ</i>				
Có	13 (61,9%)	14 (42,4%)	2,21 (0,72 – 6,75)	0,16
Không	8 (38,1%)	19 (57,6%)		

Bảng 7. Phân tích hồi quy đa biến các yếu tố liên quan đến thời điểm NSMTND cấp cứu

Các yếu tố liên quan	p	OR	KTC 95% của CI
Bilirubin máu toàn phần trung bình (μmol/l) lúc nhập viện	0,003	1,02	1,01 – 1,04
VDM cấp mức độ nặng theo Tokyo 2018 lúc nhập viện	0,001	5,92	2,07 – 17,0

Phân tích hồi quy logistic đa biến trong nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận hai yếu tố liên quan độc lập đến thời điểm NSMTND cấp cứu.

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận

tỉ lệ nữ giới chiếm ưu thế (66,3%) và nữ/nam xấp xỉ 2/1. Kết quả này tương đồng với tác giả Nguyễn Duy Đông (2024) khi ghi nhận tỉ lệ nữ giới (66,7%) và nữ/nam là 2,1/1.¹¹ Về độ tuổi, tuổi trung bình của bệnh nhân trong nghiên cứu là 67,6 ± 15,4. Kết quả này có sự khác biệt với nghiên cứu của Lee (2024) khi có độ tuổi trung

binh là $60,35 \pm 16,79$.⁵ Sự khác biệt này có thể do cỡ mẫu, đặc điểm về dân cư và địa lý.⁵ Tỷ lệ BMI trung bình là $22,12 \pm 3,23$ (kg/m^2) khác biệt với nghiên cứu của tác giả Lee (2024) là $24,57 \pm 3,62$ (kg/m^2).⁵ Tỷ lệ bệnh nhân có tiền sử VTC (8,10%) và sỏi mật (36,0%). Kết quả tương đồng với nghiên cứu của Comoglu (2025) với tiền sử VTC (9,03%)⁴. Điều này phù hợp với dịch tễ VTC tái phát hay vô căn thường do sỏi mật gây ra. Về đặc điểm lâm sàng, nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận 100% bệnh nhân có triệu chứng đau bụng, tiếp theo là vàng da (57,7%), nôn (47,7%), sốt (37,2%). Kết quả này khá tương đồng với xu hướng xuất hiện của triệu chứng trong nghiên cứu của Comoglu (2025) khi tỷ lệ đau bụng (99,3%) và vàng da (45,1%).⁴ Nghiên cứu của Dương Minh Thắng (2019) cũng cho kết quả khá tương đồng về các triệu chứng bao gồm đau bụng (72,6%), vàng da (45,1%) và sốt (48,3%).⁶ Nhìn chung, mặc dù tỷ lệ cụ thể giữa các nghiên cứu có sự dao động nhưng triệu chứng đau bụng vẫn được ghi nhận là triệu chứng lâm sàng điển hình ở nhóm bệnh nhân bệnh lý mật – tụy.

Kết quả nghiên cứu cho thấy nhóm bệnh nhân được NSMTND cấp cứu có bệnh cảnh lâm sàng nặng nề hơn đáng kể so với nhóm trì hoãn. Cụ thể, tỷ lệ VDM cấp mức độ nặng theo tiêu chuẩn Tokyo 2018 ở nhóm cấp cứu đạt 53,3%, vượt trội so với mức 19,5% ở nhóm trì hoãn. Xu hướng này hoàn toàn đồng thuận với công bố của Comoglu 2025 (35,5% ở nhóm cấp cứu so với 20,7% ở nhóm trì hoãn).⁴ Tương tự, các thang điểm đánh giá mức độ nặng của VTC cũng phản ánh tình trạng nặng hơn ở nhóm NSMTND cấp cứu: 66,7% bệnh nhân có điểm APACHE II ≥ 8 và 35,6% đạt điểm BISAP ≥ 3 . Ghi nhận này nhất quán với dữ liệu của Comoglu (2025).⁴ Tuy nhiên, điểm khác biệt đáng chú ý trong nghiên cứu của chúng tôi nằm ở sự phân hóa về mức độ VTC theo Atlanta 2012 và biến chứng suy tạng. Tại thời điểm

nhập viện, tỷ lệ VTC nặng ở nhóm cấp cứu lên tới 26,7% (trong khi nhóm trì hoãn không ghi nhận trường hợp nào), đi kèm với tỷ lệ suy 1 tạng chiếm 42,2%. Dữ liệu này có sự tương phản với nghiên cứu của Comoglu (2025), khi tác giả không tìm thấy sự khác biệt về số lượng bệnh nhân VTC nặng giữa hai nhóm và tỷ lệ suy tạng ở nhóm cấp cứu cũng ở mức thấp hơn (17,7%).⁴ Điều này phản ánh đặc điểm quần thể nghiên cứu của chúng tôi bao gồm những bệnh nhân có biểu hiện lâm sàng diễn tiến nguy kịch nhanh chóng, do đó việc ra quyết định giải áp cấp cứu là hoàn toàn phù hợp. Riêng đối với biến chứng hoại tử tụy, nghiên cứu ghi nhận 4 trường hợp (4,7%). Mặc dù, số ca bệnh tuyệt đối tương đương với báo cáo của Lee (2024), tỷ lệ xuất độ lại cao hơn (4,7% so với 2,5%), nguyên nhân chủ yếu xuất phát từ giới hạn về cỡ mẫu trong nghiên cứu của chúng tôi.⁵

Về đặc điểm các chỉ số xét nghiệm lúc nhập viện, nhóm NSMTND cấp cứu ghi nhận mức độ viêm mạnh mẽ. Cụ thể, số lượng bạch cầu trung bình đạt 20.435 ± 6.199 tế bào/ mm^3 , với 94,2% số ca vượt ngưỡng 12.000 tế bào/ mm^3 . Mức độ tăng bạch cầu này nổi bật hơn hẳn so với báo cáo của Comoglu (2025) (trung vị ở mức 12.300 tế bào/ mm^3).⁴ Bên cạnh phản ứng viêm, tình trạng tắc nghẽn đường mật cũng biểu hiện rõ nét. Ở nhóm NSMTND cấp cứu, nồng độ Bilirubin máu toàn phần tăng rất cao ($98,2 \pm 58,5$ $\mu\text{mol}/\text{L}$), chênh lệch rõ rệt so với nhóm trì hoãn ($65,4 \pm 31,6$ $\mu\text{mol}/\text{L}$). Dữ liệu này tương đồng với ghi nhận của Comoglu ở phân nhóm cấp cứu (trung vị khoảng 89 $\mu\text{mol}/\text{L}$).⁴ Tính chung trên toàn bộ mẫu nghiên cứu, 86% bệnh nhân có nồng độ Bilirubin máu toàn phần lúc nhập viện $> 34,2$ $\mu\text{mol}/\text{L}$. Kết quả này hoàn toàn phù hợp với bệnh cảnh lâm sàng của VDM cấp lúc tiếp nhận và nhất quán với nghiên cứu của Hasegawa với giá trị trung vị 34,2 $\mu\text{mol}/\text{L}$.¹² Mặc dù tình trạng viêm và tắc mật diễn tiến nặng nề, các chỉ số đánh giá đồng máu và chức

năng thận ban đầu lại tương đối khả quan. Số lượng tiểu cầu và ure máu duy trì ở mức ổn định, tương đương với công bố của Comoglu (2025).⁴ Đáng chú ý, nồng độ creatinin máu ở nhóm NSMTND cấp cứu trong nghiên cứu của chúng tôi có trung vị là 80 $\mu\text{mol/l}$, thấp hơn so với mức 106 $\mu\text{mol/l}$ trong nghiên cứu của Comoglu. Điều này cho thấy quần thể nghiên cứu của chúng tôi dù có biểu hiện viêm và ứ mật trầm trọng, nhưng nguy cơ tổn thương thận cấp ở thời điểm nhập viện lại ít nghiêm trọng hơn so với nhóm chứng của tác giả Comoglu.⁴

Về đặc điểm chẩn đoán hình ảnh, kết quả siêu âm bụng cho thấy phần lớn bệnh nhân có tình trạng tắc nghẽn cơ học rõ rệt với 98,7% trường hợp đường kính ống mật chủ > 6 mm. Trong đó, đường kính ống mật chủ trung vị ở nhóm cấp cứu lên tới 12 mm, lớn hơn so với mức 10 mm ở nhóm trì hoãn. Tỷ lệ này cao hơn hẳn so với dữ liệu của Comoglu (2025) (chỉ dao động từ 37,1% đến 50%).⁴ Hình ảnh học này hoàn toàn phù hợp với bệnh cảnh lâm sàng, đồng thời giải thích logic cho nồng độ Bilirubin máu trung bình tăng rất cao (98,2 $\mu\text{mol/L}$) được ghi nhận ở nhóm cấp cứu. Đánh giá chi tiết về đặc điểm sỏi, khả năng phát hiện sỏi ống mật chủ qua siêu âm đạt 69,8%, tương đồng với tỷ lệ 67,8% trong báo cáo của Liu (2025).¹³ Tuy nhiên, kích thước sỏi trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi lớn hơn đáng kể, dao động từ 9,33 đến 11,32 mm, so với kích thước trung vị chỉ từ 5,6 đến 6,8 mm trong nghiên cứu của Liu.¹³ Bên cạnh đó, tỷ lệ đồng mắc sỏi túi mật trên siêu âm ở nhóm cấp cứu và nhóm trì hoãn lần lượt là 66,7% và 56,1%, khá nhất quán với mức 69,5% do Comoglu công bố.⁴ Đáng chú ý nhất, CT-scan bụng trong nghiên cứu của chúng tôi cho thấy hiệu suất chẩn đoán vượt trội với tỷ lệ phát hiện sỏi ống mật chủ đạt 100%. Kết quả này cao hơn rất nhiều so với khả năng phát hiện của CT-scan trong các báo cáo của Liu với 64,4% và Hasegawa với

55%.^{12,13}

Về các yếu tố không mang ý nghĩa dự báo, kết quả phân tích đơn biến cho thấy đặc điểm nhân chung của đối tượng như nhóm tuổi ≥ 75 tuổi ($p = 0,73$) và giới tính ($p = 0,59$) không liên quan đến thời điểm NSMTND cấp cứu. Phát hiện này hoàn toàn phù hợp với các nghiên cứu của Ngô Thị Hoài (2025) và Comoglu (2025).^{4,7} Tương tự, tình trạng VTC thể hoại tử lúc nhập viện cũng không cho thấy mối liên quan thống kê với thời điểm NSMTND cấp cứu ($p > 0,05$), tương đồng với kết quả của Comoglu ($p = 1,000$).⁴ Trên lâm sàng, VTC hoại tử thường kèm theo tình trạng nhiễm trùng nặng và huyết động không ổn định. Do đó, chiến lược ưu tiên ở giai đoạn này là tập trung hồi sức nội khoa tích cực thay vì vội vàng giải áp đường mật, dẫn đến việc thủ thuật thường được chuyển sang thực hiện ở thời điểm trì hoãn. Đáng chú ý, diễn tiến bệnh lý trong 24 giờ đầu bao gồm sự chuyển độ của VDM cấp từ không nặng sang nặng hoặc tình trạng tăng nồng độ Bilirubin máu toàn phần tiến triển cũng không tác động đến thời điểm NSMTND cấp cứu ($p > 0,05$). Sự không liên quan của việc chuyển độ này cũng được Hasegawa (2021) ghi nhận ($p = 0,426$).¹² Tình trạng này có thể được lý giải thông qua thực hành lâm sàng: bệnh nhân thường được thiết lập điều trị nội khoa và theo dõi sát ngay từ khi nhập viện. Khoảng thời gian cần thiết để đánh giá đáp ứng điều trị đã vô hình trung kéo dài vượt qua thời điểm cấp cứu. Ngược lại, mức độ bệnh lý nặng lúc nhập viện lại đóng vai trò then chốt. Phân tích đơn biến ghi nhận VDM cấp mức độ nặng theo Tokyo 2018 ($p = 0,001$) và nồng độ Bilirubin máu toàn phần trung bình lúc nhập viện ($p = 0,005$) có mối liên quan chặt chẽ với thời điểm NSMTND cấp cứu. VDM cấp mức độ nặng hoàn toàn đồng thuận với nghiên cứu của Comoglu ($p = 0,033$) và Ngô Thị Hoài ($p = 0,003$).^{4,7} Mặc dù vậy, nồng độ Bilirubin máu toàn phần trung bình lúc nhập viện trong

nghiên cứu của chúng tôi thể hiện sự khác biệt so với Comoglu ($p = 0,475$) nguyên nhân có thể bắt nguồn từ sự không đồng nhất về mức độ nặng ban đầu, đặc điểm quần thể cũng như cỡ mẫu giữa các nghiên cứu. Từ các biến số tiềm năng, mô hình hồi quy logistic đa biến với độ chính xác 70,9% đã khẳng định hai yếu tố dự báo độc lập đối với thời điểm NSMTND cấp cứu. Trong đó, VDM cấp mức độ nặng lúc nhập viện là yếu tố tác động mạnh mẽ nhất ($OR = 5,92$; $p = 0,001$), tiếp theo là nồng độ Bilirubin toàn phần trung bình lúc nhập viện ($OR = 1,02$; $p = 0,003$). Kết quả này cung cấp thêm bằng chứng thực chứng ủng hộ mạnh mẽ các khuyến cáo từ Hướng dẫn Tokyo 2018 và Trường môn Tiêu hóa Hoa Kỳ (ACG) năm 2024. Dữ liệu một lần nữa tái khẳng định: giải áp đường mật cấp cứu là mang tính bắt buộc đối với bệnh cảnh VDM cấp nặng nhằm cắt đứt vòng xoắn bệnh lý nhiễm trùng, ngăn ngừa suy đa cơ quan và cải thiện tiên lượng sống cho người bệnh.

V. KẾT LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi trên 86 bệnh nhân VTC do sỏi mật kèm VDM cấp, nữ giới và người cao tuổi là nhóm đối tượng phổ biến nhất. Đa số bệnh nhân có biểu hiện lâm sàng điển hình và nhập viện với mức độ bệnh nặng. Thời điểm NSMTND cấp cứu xác định được hai yếu tố liên quan độc lập chính bao gồm: nồng độ Bilirubin toàn phần trung bình trong máu lúc nhập viện và mức độ nặng của VDM cấp lúc nhập viện theo Tokyo 2018.

Lời cảm ơn

Chúng tôi chân thành cảm ơn Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ đã hỗ trợ trong thời gian nghiên cứu này được tiến hành. Các tác giả khẳng định không có xung đột lợi ích đối với các nghiên cứu, tác giả, và xuất bản bài báo.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Tenner S, Vege SS, Sheth SG, et

al. American College of Gastroenterology Guidelines: Management of Acute Pancreatitis. *Official journal of the American College of Gastroenterology. ACG.* 2024;119(3):419.

2. Párniczky A, Mikó A, Uc A, et al. International Association of Pancreatology Revised Guidelines on Acute Pancreatitis 2025: Supported and Endorsed by the American Pancreatic Association, European Pancreatic Club, Indian Pancreas Club, and Japan Pancreas Society. *Pancreatology.* 2025;25(6):770-814.

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

4. Comoglu M, Acehan F, Sahiner ES, et al. Effect of Urgent ERCP on Clinical Outcomes in Acute Cholangitis With Concurrent Acute Gallstone Pancreatitis: A Propensity Score Matching Analysis. *J Hepatobiliary Pancreat Sci.* 2025;32(8):591-601.

5. Lee SY, Park SH, Do MY, et al. Increased ERCP-related adverse event from premature urgent ERCP following symptom onset in acute biliary pancreatitis with cholangitis. *Sci Rep.* 2024;14:13663.

6. Dương Minh Thắng, Phạm Minh Ngọc Quang, Vũ Thị Phượng. Kết quả nội soi mật tụy ngược dòng cấp cứu điều trị viêm đường mật và viêm tụy cấp thể phù nề do sỏi ống mật chủ. *Journal of 108 - Clinical Medicine and Pharmacy.* 2019;14(7):7-12.

7. Ngô Thị Hoài, Nguyễn Lâm Tùng, Trần Văn Thanh, và cs. Kết quả can thiệp nội soi mật tụy ngược dòng cấp cứu điều trị viêm đường mật cấp do sỏi ống mật chủ ở những bệnh nhân cao tuổi. *Journal of 108 - Clinical Medicine and Pharmacy.* 2025;20(1):28-33.

8. Banks PA, Bollen TL, Dervenis C, et al. Classification of acute pancreatitis-2012:

revision of the Atlanta classification and definitions by international consensus. *Gut*. 2013;62(1):102-11.

9. Williams E, Beckingham I, Sayed GE, et al. Updated guideline on the management of common bile duct stones (CBDS). *Gut*. 2017;66(5):765-782.

10. Kiriya S, Kozaka K, Takada T, et al. Tokyo Guidelines 2018: diagnostic criteria and severity grading of acute cholangitis (with videos). *Journal of Hepato-Biliary-Pancreatic Sciences*. 2018;25(1):17-30.

11. Nguyễn Duy Đông, La Văn Phú, Nguyễn Văn Hai, và cs. Kết quả sớm điều trị

sỏi đường mật chính bằng phương pháp nội soi mật tụy ngược dòng tại Cần Thơ. *ctump*. 2024;(77):92-98.

12. Hasegawa S, Koshita S, Kanno Y, et al. Endoscopic Interventions for the Early and Remission Phases of Acute Biliary Pancreatitis: What are the More Concrete and Practical Situations for Performing Them? *Clin Endosc*. 2021;54(6):888-898.

13. Liu KT, Lee MH, Lin CH, et al. Acute cholangitis due to common bile duct stones: Clinical outcomes in patients with and without concurrent acute pancreatitis. *World J Clin Cases*. 2025;13(32):110553.

Summary

FACTORS ASSOCIATED WITH THE TIMING OF EMERGENCY ENDOSCOPIC RETROGRADE CHOLANGIOPANCREATOGRAPHY IN PATIENTS WITH GALLSTONE-INDUCED ACUTE PANCREATITIS COMPLICATED BY ACUTE CHOLANGITIS

A study was conducted on 86 patients with gallstone-induced acute pancreatitis complicated by acute cholangitis who underwent endoscopic retrograde cholangiopancreatography (ERCP) at Can Tho Central General Hospital from June 2024 to September 2025. The mean age of the patients was 67.6 ± 15.4 years with a female predominance of 66.3%. Upon admission, 100% of patients presented with abdominal pain, and jaundice accounted for 57.7%. According to the 2012 Atlanta classification, severe acute pancreatitis accounted for 26.7%. The rate of emergency ERCP in the study was 52.3%. Multivariable logistic regression analysis identified two independent factors associated with the indication for emergency ERCP, including: Mean total serum bilirubin concentration at admission ($p = 0.003$; OR = 1.02) and severe acute cholangitis based on the Tokyo Guidelines 2018 at admission ($p = 0.001$; OR = 5.92).

Keywords: Emergency ERCP, acute pancreatitis, acute cholangitis, associated factors.