

KẾT QUẢ DẪN LƯU ĐƯỜNG MẬT XUYÊN GAN QUA DA ĐIỀU TRỊ TẮC MẬT DO UNG THƯ

Võ Văn Kha[✉], Hồ Long Hiền, Trần Trọng Hữu, Đặng Quang Tùng
Bệnh viện Ung bướu Thành phố Cần Thơ

Nghiên cứu nhằm đánh giá kết quả ứng dụng kỹ thuật dẫn lưu đường mật xuyên gan qua da (DLĐMXGQD) trong điều trị tắc mật do ung thư tại Bệnh viện Ung Bướu Thành phố Cần Thơ. Nghiên cứu mô tả loạt ca trên 34 bệnh nhân tắc mật do ung thư được thực hiện DLĐMXGQD từ tháng 3/2023 đến tháng 9/2025. Kết quả cho thấy tỷ lệ thành công kỹ thuật đạt 94,2%. Sau can thiệp 1 tuần, nồng độ Bilirubin toàn phần giảm trung bình 40 – 50%, từ $187,6 \pm 40 \mu\text{mol/L}$ xuống $108,8 \pm 44 \mu\text{mol/L}$ ($p < 0,001$). Các chỉ số men gan (AST, ALT) giảm và tỷ lệ Prothrombin tăng từ $54 \pm 9\%$ lên $64 \pm 9\%$ ($p < 0,001$). Tai biến chảy máu đường mật chiếm 3,1%. Biến chứng thường gặp gồm tắc ống dẫn lưu (9,3%), rò mật (6,3%) và nhiễm trùng đường mật (6,3%). Đáng chú ý, 15,6% bệnh nhân rút được ống dẫn lưu sau điều trị ung thư đặc hiệu. Kết luận, dẫn lưu đường mật xuyên gan qua da là phương pháp can thiệp an toàn, hiệu quả trong điều trị tắc mật do ung thư, góp phần cải thiện chức năng gan, toàn trạng và tạo điều kiện cho các điều trị ung thư tiếp theo.

Từ khóa: Dẫn lưu đường mật xuyên gan qua da, tắc mật do ung thư.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tắc mật do ung thư là một bệnh cảnh thường gặp ở bệnh nhân ung thư, đặc biệt ở giai đoạn tiến triển. Ứ trệ dòng chảy mật dẫn đến vàng da, nhiễm trùng đường mật, rối loạn đông máu và suy chức năng gan, gia tăng tỷ lệ tử vong, ảnh hưởng nghiêm trọng đến chất lượng cuộc sống của người bệnh. Ngoài ra, tắc mật còn là yếu tố hạn chế việc triển khai các phương pháp điều trị đặc hiệu như phẫu thuật, hóa trị hoặc xạ trị do nguy cơ biến chứng cao và giảm khả năng dung nạp điều trị.¹

Hiện nay, các phương pháp điều trị tắc mật bao gồm phẫu thuật nối mật – ruột, dẫn lưu đường mật qua nội soi mật tụy ngược dòng (NSMTND) và dẫn lưu đường mật xuyên gan qua da (DLĐMXGQD). Trong đó, NSMTND thường được ưu tiên do tính ít xâm lấn; tuy

nhiên, phương pháp này gặp nhiều hạn chế trong các trường hợp tắc mật cao, thay đổi giải phẫu sau phẫu thuật, khối u chèn ép nặng hoặc khi thể trạng bệnh nhân không cho phép gây mê. Hơn nữa, NSMTND vẫn tiềm ẩn các nguy cơ tai biến và rủi ro không mong muốn, đòi hỏi phải có các phương pháp can thiệp thay thế an toàn hơn trong một số tình huống lâm sàng cụ thể. Trong những tình huống này, DLĐMXGQD đóng vai trò là phương pháp thay thế hiệu quả nhằm giảm áp lực đường mật, cải thiện chức năng gan và kiểm soát nhiễm trùng.^{2,3}

Trên thế giới, nhiều nghiên cứu đã chứng minh DLĐMXGQD có tỷ lệ thành công kỹ thuật cao, dao động từ 77% đến gần 100%, giúp cải thiện nồng độ bilirubin máu và các chỉ số chức năng gan sau can thiệp.³ Ngoài ra, mức giảm bilirubin sau thủ thuật và khả năng tiếp tục điều trị ung thư là các yếu tố quan trọng ảnh hưởng đến thời gian sống và chất lượng cuộc sống của bệnh nhân.^{4,5}

Tại Việt Nam, DLĐMXGQD đã được triển khai tại nhiều cơ sở y tế và đã ghi nhận hiệu

Tác giả liên hệ: Võ Văn Kha

Bệnh viện Ung bướu Thành phố Cần Thơ

Email: vovankha1975@gmail.com

Ngày nhận: 06/03/2026

Ngày được chấp nhận: 27/03/2026

quả khả quan trong xử trí tắc mật do ung thư.

Bệnh viện Ung Bướu Thành phố Cần Thơ là cơ sở chuyên khoa trong khu vực, tiếp nhận số lượng lớn bệnh nhân ung thư có biến chứng tắc mật. Việc đánh giá một cách hệ thống kết quả ứng dụng kỹ thuật DLĐMXGQD tại đây là cần thiết nhằm cung cấp bằng chứng thực tiễn, góp phần chuẩn hóa quy trình điều trị và nâng cao chất lượng chăm sóc người bệnh.

Mục tiêu nghiên cứu này nhằm đánh giá kết quả và tính an toàn của kỹ thuật dẫn lưu đường mật xuyên gan qua da trong điều trị tắc mật do ung thư tại Bệnh viện Ung Bướu Thành phố Cần Thơ.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

1. Đối tượng

Nghiên cứu được thực hiện trên 34 bệnh nhân được chẩn đoán tắc mật do ung thư dựa trên lâm sàng (hội chứng vàng da tắc mật) và hình ảnh học (siêu âm, chụp cắt lớp vi tính có hình ảnh giãn đường mật trên vị trí tắc). Có chỉ định dẫn lưu đường mật xuyên gan qua da tại Bệnh viện Ung Bướu Thành phố Cần Thơ.

Tiêu chuẩn lựa chọn

- Bệnh nhân có chỉ định thực hiện DLĐMXGQD với một hoặc cả hai mục đích:

- Giải áp và hạ bilirubin để bệnh nhân đủ điều kiện sức khỏe tiếp tục các điều trị đặc hiệu tiếp theo (phẫu thuật, hóa trị, điều trị đích).

- Giảm nhẹ triệu chứng (vàng da, ngứa) và tình trạng nhiễm trùng do tắc mật cho bệnh nhân ung thư giai đoạn muộn, không còn khả năng điều trị triệt căn.

- Bệnh nhân đã được giải thích và đồng ý thực hiện kỹ thuật này.

Tiêu chuẩn loại trừ

Bệnh nhân mắc các bệnh phối hợp nặng khác như rối loạn đông máu nặng không thể kiểm soát. Nhiễm trùng toàn thân nặng chưa được điều trị ổn định. Hồ sơ bệnh án không đầy

đủ thông tin hay thất lạc.

2. Phương pháp

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả loạt ca, tiền cứu.

Phương pháp chọn mẫu: chọn tất cả bệnh nhân thỏa điều kiện chọn mẫu từ tháng 3/2023 đến tháng 9/2025 điều trị tại Bệnh viện Ung bướu Thành phố Cần Thơ.

Biến số nghiên cứu

Biến số lâm sàng, cận lâm sàng:

- Biến số về tuổi, giới, bệnh lý gây tắc mật.
- Triệu chứng lâm sàng, đánh giá chức năng gan theo Child – Pugh.⁶

- Đặc điểm giãn đường mật trên siêu âm: được đánh giá và đo đạc trực tiếp qua siêu âm (ngay trước khi tiến hành can thiệp) nhằm đánh giá tình trạng giãn đường mật thực tế và định vị trực tiếp đường chọc kim an toàn.

Biến số đánh giá kết quả điều trị:

- Đặt dẫn lưu thành công: được định nghĩa là luồn thành công ống dẫn lưu vào đúng vị trí đường mật qua hướng dẫn hình ảnh, và ghi nhận có dịch mật chảy ra ngoài ống ngay sau thủ thuật.

- Cải thiện các chỉ số lâm sàng trước và sau thủ thuật: các chỉ số sinh hóa (Bilirubin toàn phần, AST, ALT, tỷ lệ Prothrombin, số lượng Bạch cầu) được thu thập tại 2 thời điểm cố định: (1) Trước can thiệp trong vòng 24 - 48 giờ và (2) Sau can thiệp 7 ngày.

- Tai biến và biến chứng của thủ thuật: (1) Chảy máu: Có máu tươi chảy ra theo ống dẫn lưu ngay lúc can thiệp hoặc tụ máu dưới bao gan phát hiện qua siêu âm kiểm tra. (2) Tắc ống dẫn lưu: dịch mật không chảy ra bình thường, siêu âm thấy đường mật giãn lại hoặc bơm rửa qua catheter thấy tắc nghẽn. (3) Tụt ống dẫn lưu: ống catheter bị dịch chuyển một phần hoặc tuột hoàn toàn ra khỏi đường dẫn mật trên phim chụp kiểm tra. (4) Rò mật: có dịch mật chảy rỉ ra

quanh chân ống thông qua da, thấm ướt bằng gạc kéo dài. (5) Nhiễm trùng đường mật: sốt mới xuất hiện sau thủ thuật (> 38°C) kèm bạch cầu tăng, dịch mật qua ống có màu đục hoặc lẫn mủ.

- Tiêu chuẩn rút ống dẫn lưu: Bệnh nhân được chỉ định kẹp và rút ống khi thỏa mãn đồng thời: (1) Đáp ứng tốt với điều trị đặc hiệu (hóa trị/điều trị đích) làm teo nhỏ khối u; (2) Chụp hình đường mật thấy thuốc cản quang lưu thông tốt xuống tá tràng, không còn bít tắc; (3) Hết vàng da lâm sàng, bilirubin máu về mức bình thường.

Xử lý số liệu: Số liệu được nhập và phân tích bằng phần mềm SPSS 20.0. Các biến định

lượng được trình bày dưới dạng trung bình \pm độ lệch chuẩn; các biến định tính được trình bày dưới dạng tần số và tỷ lệ phần trăm. So sánh trước và sau can thiệp bằng ANOVA và kiểm định T-test của Student, hoặc các kiểm định phi tham số tương ứng nếu phân bố không chuẩn. Mức có ý nghĩa thống kê được chọn với $p < 0,05$.

3. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu áp dụng quy trình kỹ thuật đã được Bộ Y Tế ban hành và đã được thông qua Hội đồng y đức của Bệnh Viện Ung Bướu Thành phố Cần Thơ số 06/HĐĐĐ ngày 14/04/2023.

III. KẾT QUẢ

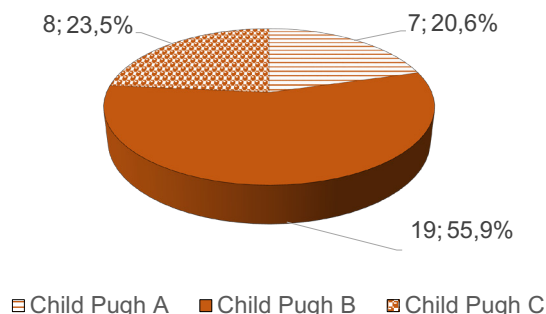
Bảng 1. Một số đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của nhóm nghiên cứu

Biến số	Số lượng (%)
<i>Tuổi</i>	
Tuổi trung bình (nhỏ nhất – lớn nhất)	59,1 \pm 10,8 (31 - 79)
< 40	1 (2,9)
40 - 50	7 (20,6)
51 - 60	11 (32,4)
> 60	15 (44,1)
<i>Giới</i>	
Nam	21 (61,8)
Nữ	13 (38,2)
<i>Bệnh lý gây tắc mật</i>	
Ung thư tế bào gan chèn ép đường mật rốn gan	2 (5,9)
Ung thư đường mật	8 (23,5)
Ung thư di căn gan hoặc hạch rốn gan	10 (29,4)
Lymphoma	3 (8,9)
Ung thư đầu tụy	7 (20,6)
Ung thư bóng Vater	4 (11,8)

Biến số	Số lượng (%)
<i>Triệu chứng lâm sàng</i>	
Sốt	14 (41,2)
Vàng da	27 (79,4)
Đau hạ sườn phải	15 (44,1)
Khối u ổ bụng	1 (2,9)
Nhiễm trùng đường mật	11 (32,4)
<i>Đường kính ống mật chủ trên siêu âm</i>	
< 10 mm	8 (23,5)
≥ 10 – 20 mm	26 (76,5)

Tuổi trung bình trong nghiên cứu là 59,1 ± 10,8 tuổi. Nhỏ nhất là 31 tuổi, lớn nhất là 79 tuổi. Nhóm tuổi trên 60 chiếm tỷ lệ cao nhất (44,1%). Tỷ lệ nam/nữ là 1,6/1. Tổn thương gây tắc mật nhiều nhất được ghi nhận là ung thư di căn (29,4%). Vàng da là triệu chứng thường

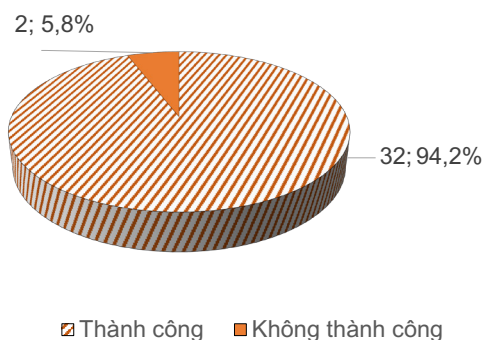
gặp nhất chiếm 79,4%, đau hạ sườn phải chiếm 44,1%, sốt chiếm 41,2%. Nhiễm trùng đường mật được ghi nhận ở 11 trường hợp (32,4%). Đường kính ống mật chủ chủ yếu nằm trong khoảng 10 – 20 mm (76,5%), không có trường hợp nào > 20 mm.



Biểu đồ 1. Phân loại chức năng gan theo Child – Pugh

Phần lớn bệnh nhân nhập viện trong tình trạng chức năng gan ở mức trung bình đến nặng. Nhóm Child A với 7 trường hợp (20,6%),

trong khi đó nhóm Child B chiếm đa số với 19 trường hợp chiếm tỉ lệ 55,9% và nhóm Child C có 8 trường hợp (23,5%).



Biểu đồ 2. Tỉ lệ đặt dẫn lưu đường mật thành công

Tỷ lệ đặt dẫn lưu thành công đạt 94,2%, chỉ có 2 trường hợp thất bại (5,8%).

Tất cả các chỉ số xét nghiệm như số lượng

bạch cầu, Bilirubin toàn phần, men gan giảm có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$); Tỷ lệ prothrombin tăng so với trước dẫn lưu có ý nghĩa ($p < 0,001$).

Bảng 2. Cải thiện các chỉ số cận lâm sàng trước và sau thủ thuật

Chỉ số cận lâm sàng	Trước	Sau 1 tuần	p
Bạch cầu (tế bào/mm ³)	10900 ± 2800	8900 ± 2400	< 0,001
Bilirubin toàn phần (μmol/L)	187,6 ± 40	108,8 ± 44	< 0,001
AST (UI/L)	126 ± 53	84 ± 39	< 0,001
ALT (UI/L)	133 ± 52	80 ± 38	< 0,001
PT (%)	54 ± 9	64 ± 9	< 0,001

Bảng 3. Tai biến và biến chứng

Biến số	Số lượng (%)
<i>Tai biến</i>	
Chảy máu đường mật	1 (3,1)
<i>Biến chứng</i>	
Rò mật	2 (6,3)
Tụt dẫn lưu	1 (3,1)
Tắc dẫn lưu	3 (9,3)
Nhiễm trùng đường mật	2 (6,3)

Tai biến có 1 trường hợp chảy máu đường mật (3,1%). Tắc ống dẫn lưu là biến chứng thường gặp với 3 trường hợp (9,3%).

Bảng 4. Tỷ lệ được rút ống dẫn lưu sau điều trị thành công

Biến số	Số lượng (%)
Rút được	5 (15,6)
Không rút được	27 (84,4)

Có 5 bệnh nhân được rút ống dẫn lưu thành công sau điều trị đặc hiệu bệnh lý ung thư, chiếm tỷ lệ 15,6%.

IV. BÀN LUẬN

Qua nghiên cứu trên 34 bệnh nhân được dẫn lưu đường mật xuyên gan qua da do ung thư tại Bệnh viện Ung bướu Thành phố Cần

thơ, chúng tôi ghi nhận tuổi trung bình trong nghiên cứu là 59,1 ± 10,8 tuổi. Nhỏ nhất là 31 tuổi, lớn nhất là 79 tuổi. Bệnh lý gây tắc mật nhiều nhất là ung thư di căn gan hoặc hạch rốn gan gây tắc mật (29,4%). Trong nghiên cứu của chúng tôi, vàng da vàng mắt được ghi nhận ở 79,4% bệnh nhân. Đây là triệu chứng lâm sàng phổ biến nhất, và cũng là lý do chính khiến bệnh nhân nhập viện. Tắc nghẽn đường mật, dù do u trong gan, u đường mật, u tụy hay u bóng Vater, đều gây ứ mật, làm tăng bilirubin trong máu, dẫn đến vàng da. Vàng da không chỉ là dấu hiệu giúp phát hiện bệnh mà còn là yếu tố quyết định đến chỉ định DLĐMXGQD. Khi bilirubin tăng quá cao, bệnh nhân có nguy cơ suy gan, giảm đông máu, nhiễm trùng đường mật, và không thể tiến hành các phương pháp điều trị triệt căn khác. DLĐMXGQD giúp giảm nhanh bilirubin, từ đó cải thiện chức năng gan và tạo điều kiện cho điều trị bổ sung.^{1,3}

Bên cạnh đó, chức năng gan trước can thiệp (phân độ Child-Pugh) là yếu tố then chốt quyết định chiến lược tiếp cận và tiên lượng lâm sàng. Trong nghiên cứu của chúng tôi, khoảng 2/3 số bệnh nhân thuộc nhóm Child B và Child C, phản ánh tình trạng suy gan vừa đến nặng do tắc mật kéo dài. Qua thực tế lâm sàng, chúng tôi ghi nhận sự khác biệt giữa hai nhóm này trên nhiều phương diện. Về mục đích

dẫn lưu, đối với nhóm Child B, PTBD hướng tới mục tiêu giải áp hiệu quả để phục hồi chức năng gan, tạo cơ hội tiếp cận các liệu pháp điều trị ung thư đặc hiệu tiếp theo. Ngược lại, đối với nhóm Child C, bệnh nhân đã ở giai đoạn suy gan cuối, mục đích của PTBD chủ yếu mang tính chất cứu vãn và điều trị triệu chứng (giảm ngứa ngáy dữ dội do ứ mật, kiểm soát nhiễm trùng đường mật), chứ không đặt nặng mục tiêu kéo dài thời gian sống lâu dài. Về công tác chuẩn bị, bệnh nhân Child B thường chỉ cần chuẩn bị theo quy trình can thiệp tiêu chuẩn. Tuy nhiên, nhóm Child C luôn đi kèm với tình trạng rối loạn đông máu nặng (tỷ lệ Prothrombin giảm sâu, tiểu cầu thấp) và đôi khi có báng bụng lượng nhiều. Do đó, khâu chuẩn bị cho bệnh nhân Child C phải điều chỉnh rối loạn đông máu trước can thiệp (truyền bù huyết tương tươi đông lạnh, tiểu cầu, vitamin K). Đồng thời, nếu bệnh nhân có báng bụng căng to, cần chọc tháo dịch ổ bụng trước để giảm áp lực. Khi theo dõi sau thủ thuật, bệnh nhân Child B thường có đáp ứng nồng độ bilirubin sụt giảm nhanh và chức năng gan phục hồi. Trái lại, ở nhóm Child C, mặc dù kỹ thuật đặt ống thành công và dịch mật chảy tốt, lượng bilirubin giảm chậm hoặc chậm cải thiện chức năng gan do nhu mô gan đã cạn kiệt khả năng dự trữ và bài tiết. Điều này khẳng định chỉ định PTBD cho nhóm Child C cần được hội chẩn đa chuyên khoa kỹ lưỡng, cân nhắc lợi ích giảm nhẹ triệu chứng.

Dẫn lưu đường mật xuyên gan qua da là phương pháp can thiệp xâm lấn tối thiểu được áp dụng rộng rãi trên thế giới trong điều trị tắc mật do ung thư không còn khả năng phẫu thuật triệt căn. Theo Wang Y. và cộng sự (2023) qua đánh giá tổng quan các thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên, các phương pháp dẫn lưu đường mật đã được chứng minh rõ rệt vai trò trong việc giải áp, cải thiện triệu chứng và nâng cao chất lượng sống cho nhóm bệnh nhân này.⁷ Trong nghiên cứu của chúng tôi trên 34 bệnh nhân,

các kết quả thủ thuật được đánh giá toàn diện, bao gồm thành công kỹ thuật, khả năng đặt ống dẫn lưu, cải thiện xét nghiệm sinh hóa sau 1 tuần, cũng như các biến chứng liên quan. Tỷ lệ thành công kỹ thuật đạt 94,2% (32/34 bệnh nhân). Thành công kỹ thuật được định nghĩa là đặt được ống dẫn lưu vào hệ thống đường mật và ghi nhận dịch mật chảy ra qua catheter ngay sau thủ thuật. Hai trường hợp thất bại xảy ra do u di căn vùng rốn gan phức tạp làm thay đổi giải phẫu đường mật, không thể tìm được đường chọc thích hợp an toàn. Trong số 32 ca thành công kỹ thuật, tất cả đều đặt được ống dẫn lưu vào đường mật và ghi nhận dịch mật chảy ra qua catheter. Lượng dịch mật dẫn lưu trong 24 giờ đầu trung bình khoảng 400 – 600 ml, dao động 250 – 800 ml. Sau 2 – 3 ngày, lượng dịch ổn định ở mức 300 – 500 ml/ngày. So sánh với các nghiên cứu trong nước, kết quả này có phần thấp hơn. Tác giả Lê Nguyên Pôn (2022), Chung Hoàng Phương báo cáo tỷ lệ thành công kỹ thuật 100%.^{1,8} So sánh với các nghiên cứu trên thế giới, tỷ lệ thành công kỹ thuật thường dao động 90 – 98%. Cụ thể, các báo cáo đa trung tâm đã khẳng định DLĐMXGQD dưới hướng dẫn của siêu âm không chỉ đem lại hiệu quả giải áp đường mật cao mà còn đảm bảo tính an toàn vượt trội trong thực hành lâm sàng. Điều này chứng minh DLĐMXGQD là thủ thuật có độ an toàn và khả năng thành công cao, ngay cả trong bối cảnh bệnh nhân có tắc mật do ung thư giai đoạn muộn.⁹

Về thời điểm đánh giá sự phục hồi chức năng gan, theo y văn thế giới, sự sụt giảm bilirubin sau dẫn lưu là một quá trình động. Đánh giá sớm trong tuần đầu tiên (từ ngày thứ 3 đến ngày thứ 7) có giá trị quan trọng nhằm xác nhận hiệu quả giải áp tức thì của ống dẫn lưu và cảnh báo sớm các trường hợp tắc nghẽn. Trong khi đó, đánh giá muộn (sau 4 - 6 tuần) thường được sử dụng để xác định sự phục hồi chức năng gan nhằm lên kế hoạch điều trị đặc

hiệu ung thư tiếp theo. Trong nghiên cứu của chúng tôi, việc lựa chọn mốc thời gian đánh giá vào ngày thứ 7 sau can thiệp là phù hợp để đánh giá mức độ đáp ứng lâm sàng sớm. Nghiên cứu có 28/32 bệnh nhân (87,5%) ghi nhận giảm bilirubin rõ rệt (trung bình giảm 40 – 50% so với trước thủ thuật). AST và ALT giảm ở 70% bệnh nhân, tỷ lệ prothrombin cải thiện ở 65%. Số lượng bạch cầu giảm ở các trường hợp có nhiễm trùng đường mật trước đó. So sánh với nghiên cứu khác, tác giả Lê Nguyên Pôn (2022) báo cáo tỷ lệ giảm bilirubin sau 1 tuần đạt 82%, AST/ALT giảm 68%.¹ Đỗ Quang Út (2021) ghi nhận bilirubin giảm trung bình từ 190 xuống 110 $\mu\text{mol/L}$ sau 1 tuần.¹⁰

Mặc dù DLĐMXGQD được coi là phương pháp xâm lấn tối thiểu, khả thi và hiệu quả trong giảm nhẹ tắc mật do ung thư, nhưng các biến chứng vẫn có thể xảy ra, từ mức độ nhẹ đến nặng, ảnh hưởng trực tiếp đến chất lượng sống, tiên lượng và khả năng tiếp tục điều trị của bệnh nhân. Thực tế, y văn thế giới cũng ghi nhận một tỷ lệ nhất định các biến chứng liên quan đến dẫn lưu đường mật ở bệnh nhân tắc mật do ung thư, chủ yếu là các vấn đề cơ học hoặc nhiễm trùng.^{2,11} Trong nghiên cứu của chúng tôi, tai biến có 1 trường hợp chảy máu đường mật (3,1%), tình trạng bệnh nhân cải thiện sau khi bơm rửa ống bằng nước muối sinh lý và sử dụng thuốc cầm máu nội khoa. Về biến chứng sau thủ thuật có 8/32 ca, gồm các nhóm biến chứng cơ học và nhiễm trùng. Biến chứng phổ biến nhất là tắc ống dẫn lưu, chiếm 9,3%. Nguyên nhân chủ yếu bao gồm cố định catheter chưa chắc chắn, bệnh nhân vận động nhiều, mật đặc làm tắc dòng chảy hoặc sự sai lệch nhẹ trong quá trình chọc đường mật. Chúng tôi xử trí thông catheter bằng nước muối sinh lý và hướng dẫn chăm sóc ống dẫn lưu, cố định lại theo chiều catheter và ghi nhận xử trí thành công cả 3 ca tắc ống dẫn lưu. Rò mật quanh chân ống thông chiếm tỷ lệ 6,3%

trong nghiên cứu. Nguyên nhân thường do đường hầm dẫn lưu chưa khít, áp lực đường mật vẫn cao, hoặc catheter đặt xuyên qua một nhánh gan nhỏ, dẫn đến mật tràn ra mô quanh ống. Biến chứng này có thể gây viêm mô mềm tại chỗ, rò mật kéo dài hoặc nhiễm trùng nếu không xử trí kịp thời.^{3,5} Trong nghiên cứu còn 1 ca tụt ống được can thiệp đặt lại và 2 ca nhiễm trùng đường mật đáp ứng tốt với kháng sinh tĩnh mạch.

Nghiên cứu được thực hiện đa số trên nhóm bệnh nhân ung thư giai đoạn muộn, không còn chỉ định phẫu thuật cắt u hay phẫu thuật nối mật - ruột. Do đó, phần lớn (84,4%) bệnh nhân phải mang ống dẫn lưu lâu dài với mục đích giải quyết tình trạng tắc mật để tiến hành hóa trị hoặc chăm sóc giảm nhẹ cuối đời. Trong nghiên cứu, 5/32 bệnh nhân (15,6%) được rút ống dẫn lưu mật thành công sau điều trị đặc hiệu, gồm 3 lymphoma và 2 ung thư dạ dày di căn được điều trị hóa trị. Kết quả này cho thấy ở một nhóm bệnh nhân chọn lọc, tắc mật do ung thư có thể hồi phục khi khối u đáp ứng tốt với điều trị toàn thân. Đặc biệt ở các bệnh nhân Lymphoma, với đặc tính nhạy hóa trị cao, có khả năng làm giảm nhanh tình trạng chèn ép đường mật. Ở ung thư dạ dày di căn, việc rút ống phản ánh đáp ứng điều trị thuận lợi. Theo ghi nhận trong y văn, đối với một số loại u đặc biệt nhạy cảm với hóa trị như Lymphoma, việc giải áp đường mật kịp thời bằng DLĐMXGQD sẽ tạo cơ hội để bệnh nhân phục hồi chức năng gan, từ đó đủ điều kiện tiếp nhận hóa trị. Khi khối u đáp ứng và teo nhỏ, tình trạng chèn ép cơ học được giải phóng, đường mật thông thoáng trở lại, cho phép rút ống dẫn lưu hoàn toàn.¹² Bên cạnh đó, đánh giá của Zhang G.Y. (2014) cũng chỉ ra rằng việc đạt được các kết quả lâm sàng khả quan sau dẫn lưu có mối tương quan chặt chẽ với khả năng kéo dài thời gian sống, khẳng định giá trị tiên lượng của DLĐMXGQD bên cạnh vai trò giải áp đơn thuần.⁴

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu cho thấy dẫn lưu đường mật xuyên gan qua da dưới hướng dẫn siêu âm là một phương pháp can thiệp xâm lấn tối thiểu có hiệu quả và độ an toàn cao trong điều trị tắc mật do ung thư tại Bệnh viện Ung Bướu Thành phố Cần Thơ. Kỹ thuật này giúp giảm áp đường mật nhanh chóng, cải thiện toàn trạng người bệnh, qua đó tạo điều kiện thuận lợi cho việc tiếp tục các phương pháp điều trị ung thư đặc hiệu. Cần thiết lập quy trình hướng dẫn bệnh nhân và người nhà cách tự chăm sóc, vệ sinh và cố định ống dẫn lưu tại nhà nhằm giảm thiểu tối đa biến chứng cơ học (tắc, tụt ống) đối với các ca mang ống vĩnh viễn. Kết quả nghiên cứu góp phần khẳng định vai trò thực tiễn của DLĐMXGQD trong điều trị tắc mật do ung thư tại các cơ sở ung bướu tuyến khu vực, đồng thời cung cấp thêm bằng chứng để chuẩn hóa chỉ định và quy trình kỹ thuật trong thực hành lâm sàng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Lê Nguyễn Pôn, Trần Văn Khôi, Ngô Đắc Hồng Ân, và cs. Dẫn lưu đường mật qua da xuyên gan trong xử trí tắc mật ác tính: kết quả bước đầu. *Tạp chí Y học Lâm sàng*. 2022;77(1):62-67. doi:10.38103/jcmhch.77.9
- Freeman ML. Adverse outcomes of ERCP. *Gastrointest Endosc*. 2002;56(6 Suppl):S273-S282. doi:10.1067/mge.2002.129028
- Das M, van der Leij C, Kato M, et al. CIRSE Standards of Practice on Percutaneous Transhepatic Cholangiography, Biliary Drainage and Stenting. *Cardiovasc Intervent Radiol*. 2021;44(10):1499-1509. doi:10.1007/s00270-021-02903-4
- Zhang GY, Li WT, Peng WJ, et al. Clinical outcomes and prediction of survival following percutaneous biliary drainage for malignant obstructive jaundice. *Oncol Lett*. 2014;7(4):1185-1190. doi:10.3892/ol.2014.1860
- Saad WE, Wallace MJ, Wojak JC, et al. Quality improvement guidelines for percutaneous transhepatic cholangiography, biliary drainage, and percutaneous cholecystostomy. *J Vasc Interv Radiol*. 2010;21(6):789-795. doi:10.1016/j.jvir.2010.01.012
- Pugh RN, Murray-Lyon IM, Dawson JL, et al. Transection of the oesophagus for bleeding oesophageal varices. *Br J Surg*. 1973;60(8):646-649. doi:10.1002/bjs.1800600817
- Wang Y, Wen N, Xiong X, et al. Biliary drainage in malignant biliary obstruction: an umbrella review of randomized controlled trials. *Front Oncol*. 2023;13:1235490. Published 2023 Sep 5. doi:10.3389/fonc.2023.1235490
- Chung Hoàng Phương, Nguyễn Đình Luân, Trần Minh Hiền, và cs. 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*. 2017;21(1):18-35.
- Giurazza F, Corvino F, Contegiacomo A, et al. Safety and effectiveness of ultrasound-guided percutaneous transhepatic biliary drainage: a multicenter experience. *J Ultrasound*. 2019;22:437-445.
- Đỗ Quang Út, Nguyễn Tiến Thịnh, Nguyễn Khánh Trạch. Đánh giá kết quả đặt stent đường mật qua nội soi mật tụy ngược dòng trong điều trị tắc mật do ung thư. *Tạp chí Y Dược Lâm sàng 108*. 2021;16(8):27-37. doi:10.52389/ydls.v16i8.954
- Ferraz Gonçalves JA, Rosendo E, Sousa L, et al. Complications of Biliary Drainage in Patients with Malignant Biliary Obstruction. *J Gastrointest Cancer*. 2021;52(3):1067-1072. doi:10.1007/s12029-020-00541-6
- Ravindra KV, Stringer MD, Prasad KR, et al. Non-Hodgkin lymphoma presenting with obstructive jaundice. *Br J Surg*. 2003;90(7):845-849. doi:10.1002/bjs.4119

Summary

CLINICAL OUTCOMES OF PERCUTANEOUS TRANSHEPATIC BILIARY DRAINAGE IN THE MANAGEMENT OF MALIGNANT BILIARY OBSTRUCTION

This study aimed to evaluate the clinical outcomes of percutaneous transhepatic biliary drainage (PTBD) in the management of malignant biliary obstruction at Can Tho Oncology Hospital. A descriptive case series was conducted on 34 patients with malignant obstructive jaundice who underwent PTBD between March 2023 and September 2025. The technical success rate was 94.2%. One week after the intervention, the total bilirubin level decreased by an average of 40 – 50%, from $187.6 \pm 40 \mu\text{mol/L}$ to $108.8 \pm 44 \mu\text{mol/L}$ ($p < 0.001$). Liver enzyme levels (AST, ALT) decreased, and the prothrombin ratio significantly improved from $54 \pm 9\%$ to $64 \pm 9\%$ ($p < 0.001$). Intraprocedural biliary bleeding occurred in 3.1% of cases. Common post-procedural complications included catheter occlusion (9.3%), bile leakage (6.3%), and biliary tract infection (6.3%). Notably, 15.6% of patients successfully had their drainage catheters removed following specific oncologic treatments. In conclusion, PTBD is a safe and effective intervention for the treatment of malignant biliary obstruction, contributing to the improvement of liver function and general condition, and facilitating subsequent oncologic treatments.

Keywords: Percutaneous transhepatic biliary drainage, malignant biliary obstruction.