

Bài dịch:

Biến chứng sau nội soi mật tụy ngược dòng, các yếu tố nguy cơ và điều trị biến chứng

Tóm tắt

- *Giới thiệu:* Nội soi mật tụy ngược dòng là một thủ thuật can thiệp dùng để chẩn đoán và điều trị các bệnh của hệ thống gan-mật –tụy. Mục đích của nghiên cứu này là đánh giá các biến chứng sau ERCP, các yếu tố nguy cơ và điều trị các biến chứng của thủ thuật ở khoa nội soi của bệnh viện chúng tôi

- *Vật liệu và phương pháp:* Nghiên cứu hồi cứu đánh giá số liệu của 765 bệnh nhân đã làm ERCP bởi cùng một bác sĩ nội soi để chẩn đoán và điều trị các bệnh gan-mật –tụy ở một trung tâm từ tháng 4/2019 đến tháng 2/2021 . Trong thủ thuật can thiệp này chúng tôi nghiên cứu các vấn đề như chỉ định của ERCP, các biến chứng liên quan đến thủ thuật, các yếu tố nguy cơ của biến chứng và điều trị.

- *Kết quả:* Tổng số có 765 thủ thuật được thực hiện. Tỷ lệ đặt ống thành công là 91,9% (Được hiểu là đặt ống vào đường mật- Người dịch). Chỉ định phổ biến nhất của ERCP là sỏi OMC (43,6%), nông đường mật trong và ngoài gan (19%) và lấy bỏ Stent đường mật (12,5%) khi có dấu hiệu tắc mật rõ. Các yếu tố nguy cơ hay gặp nhất đối với viêm tụy cấp sau ERCP là Nữ giới (60,9%), người trẻ (42,3%). Đối với biến chứng chảy máu là Pre-cut (Cắt trước) (10,9%) và liệu pháp chống đông (7,5%), đối với biến chứng thủng là bất thường của Papillary (22,4%) , đối với viêm đường mật thì yếu tố cao tuổi là (42,8%). Các biến chứng phổ biến nhất là tăng Amylase máu và viêm tụy (17,2)%, viêm đường mật (1,83%), và thủng (0,65%). Tỷ lệ tử vong xảy ra 0,26% ở các bệnh nhân do viêm đường mật sau ERCP.

- *Kết luận:* Hiểu rõ các yếu tố nguy cơ , chẩn đoán và điều trị sớm các biến chứng là cách để làm giảm tỉ lệ mắc và tử vong trong điều trị các biến chứng sau thủ thuật ERCP.

Giới thiệu

Nội soi mật tụy ngược dòng (ERCP) là một thủ thuật nội soi được sử dụng rộng rãi, hiệu quả, an toàn để chẩn đoán và điều trị bệnh lý của hệ thống mật tụy. Các biến chứng thông thường sau ERCP nhiều hơn gấp 20 lần và biến chứng nặng nhiều hơn gấp 4 lần so với các thủ thuật nội soi tiêu chuẩn. Nhìn chung, biến chứng sau ERCP là 10% , tỉ lệ tử vong là 0,33-1%

Các biến chứng trong ERCP có thể xảy ra do nhiều yếu tố như việc chọn lựa bệnh nhân, kinh nghiệm của bác sĩ nội soi và các biến đổi giải phẫu. Các yếu tố nguy cơ liên quan đến bệnh nhân (như liệu pháp chống đông, xơ gan , suy thận

giai đoạn cuối , tuổi cao vvv) cần phải được xem xét trước khi làm thủ thuật để đề phòng , làm giảm các biến chứng.

Mục đích nghiên cứu của chúng tôi là đánh giá các biến chứng do thủ thuật ERCP được thực hiện tại khoa nội soi của bệnh viện, các yếu tố nguy cơ đối với thủ thuật ERCP, cũng như điều trị các biến chứng sau ERCP.

Vật liệu và phương pháp

Chúng tôi đã thu thập và nghiên cứu hồi cứu số liệu của 765 bệnh nhân được làm ERCP để chẩn đoán và điều trị tại khoa nội soi trong bệnh viện từ tháng 4/2019 đến 2/2021. Các thông số nghiên cứu trong thủ thuật bao gồm các thông tin về hành chính của bệnh nhân, các chỉ định làm thủ thuật, các biến chứng của thủ thuật, các yếu tố nguy cơ của biến chứng, và việc điều trị các biến chứng này. Các thủ thuật do cùng một bác sĩ nội soi thực hiện. Tất cả các bệnh nhân đã gửi chấp thuận cho nghiên cứu sau khi được thông báo . Nghiên cứu của chúng tôi tiến hành phù hợp với tuyên bố Helsinki của hiệp hội y tế thế giới . Chúng tôi cũng có được sự chấp thuận của ủy ban đạo đức từ bệnh viện bang Bursa cho phép nghiên cứu. (Số : 2021-7/17) (Ngày 21/4/2021)

Liệu pháp chống đông phải dừng trước thủ thuật 5 ngày, các bệnh nhân này được cho dùng Heparin có trọng lượng phân tử thấp để thay thế. Mỗi bệnh nhân đều được bác sĩ gây mê thăm khám trước khi làm thủ thuật. bác sĩ gây mê tiến hành vô cảm. Các bệnh nhân được theo dõi nhịp tim, độ bão hòa oxy, huyết áp. Trong thủ thuật bệnh nhân được cho thở Oxy tốc độ 2-4 l/phút. Tê vùng họng hầu của bệnh nhân bằng thuốc xịt lidocaine 10%. Các bệnh nhân có nhu động ruột cao được cho dùng Hyoscine N- butylbromide (Buscopan) để đặt ống dễ dàng. Bệnh nhân nằm ngửa trong lúc làm thủ thuật. Sau khi đặt ống vào đường mật, sử dụng Urografin pha loãng với dung dịch muối đẳng trương tỉ lệ 1:3 để chụp đường mật. Sau thủ thuật, giữ bệnh nhân lại theo dõi khoảng 1h dù có biến chứng hay không. Các bệnh nhân không có biểu hiện lâm sàng bất lợi sau ERCP sẽ được cho về và thăm khám thực thể, làm xét nghiệm vào ngày hôm sau. Các bệnh nhân có các triệu chứng như đau bụng, buồn nôn, nôn hoặc sốt được cho vào viện .

Trong nghiên cứu này, test Shapiro- Wilk được sử dụng để đánh giá biến số tuổi theo phân phối chuẩn. Theo test Shapiro- Wilk, biến số tuổi được biểu diễn với các giá trị trung bình, nhỏ nhất và lớn nhất, trong khi các biến số phân loại được báo cáo với tần số và các giá trị phần trăm liên quan. Phần mềm SPSS (IBM Corp. released 2012. IBM SPSS Statistics for Windows. Version 20.0. Armonk. NY: IBM Corp.) được sử dụng để phân tích thống kê. $P < 5\%$ được xem là có ý nghĩa thống kê.

Kết quả

Tổng số thủ thuật là 765 . Tỉ lệ đặt ống thành công là 91,9%. Có 60,9% là nữ, độ tuổi trung bình là 58,6 (18-88). Chỉ định phổ biến nhất cho ERCP là sỏi ống mật chủ (43,6%), xét nghiệm thấy mức độ ứ mật tăng và giãn đường mật trong –ngoài gan (19%), rút stent là 12,5% (Bảng 1). Các chỉ định khác cho

ERCP bao gồm bệnh ác tính, viêm tụy do nguyên nhân đường mật, dò mật, viêm đường mật, và bệnh ký sinh trùng đường mật.

Bảng 1: Các chỉ định của ERCP

| Chỉ định | n | % |
|---|-----|------|
| Sỏi OMC | 334 | 43,6 |
| Các enzyme ứ mật tăng /và giãn đường mật trong – ngoài gan | 146 | 19 |
| U ác ống mật-tụy | 73 | 9,5 |
| Viêm tụy do nguyên nhân đường mật | 67 | 8,7 |
| Tổn thương đường mật/ dò mật/viêm đường mật (ERCP cấp cứu) | 42 | 54 |
| Rút Stent | 96 | 12,5 |
| Bệnh ký sinh trùng đường mật | 7 | 0,91 |

Các biến chứng hay gặp nhất sau khi làm ERCP là tăng Amylaza máu và viêm tụy (17,2%), chảy máu (2%), viêm đường mật (1,83%), và thủng (0,65%) (Bảng 2) . Ngoài ra, có một bệnh nhân bị kẹt giỏ, một bệnh nhân bị rách thực quản, một bệnh nhân bị tràn khí màng phổi, hai bệnh nhân tử vong (0,26%) do viêm đường mật sau làm ERCP

Các yếu tố nguy cơ liên quan đến bệnh nhân phổ biến nhất đối với viêm tụy sau ERCP là nữ giới (60,9), tuổi trẻ (42,3%), và bất thường tại nhú (Papillary) (22,4%), trong khi đó các yếu tố nguy cơ liên quan đến thủ thuật phổ biến là Pre-cut (*cắt trước*)(10,9%) và đặt ống vào tụy (8,8%) (Bảng 3). Các yếu tố nguy cơ phổ biến nhất : đối với chảy máu là pre-cut (10,9%) và dùng liệu pháp chống đông (7,5%), đối với viêm đường mật là tuổi (42,8%) và tiền sử làm ERCP trước đây (10,7%), đối với biến chứng thủng thì bất thường Papilla (22,4%) và có tổn thương nhú (papillary) 11,2%) (Bảng 4)

Bàn luận

Có một số yếu tố ảnh hưởng đến sự phát sinh của biến chứng sau ERCP . Những biến chứng này, đặc biệt là PEP (viêm tụy sau ERCP), có thể xảy ra do các yếu tố nguy cơ liên quan đến bệnh nhân, liên quan đến thủ thuật, và liên quan đến bác sĩ nội soi. Điều trị các biến chứng và chiến lược điều trị dựa vào mức độ nặng của biến chứng (Hình 1)

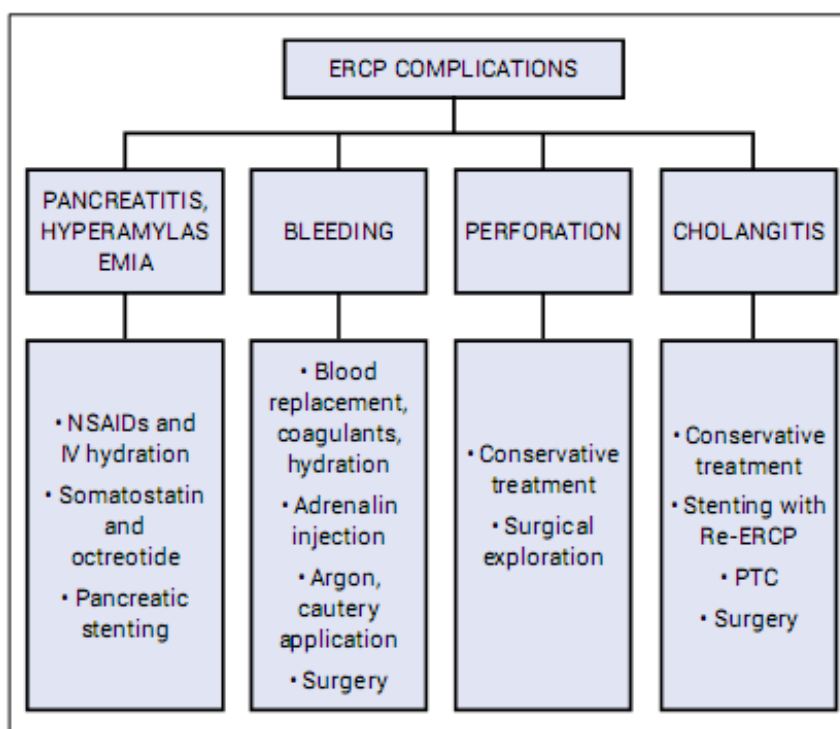


Figure 1. Management of ERCP complications. NSAIDs: Non-steroidal anti-inflammatory drugs; IV: Intravenous; PTC: Percutaneous transhepatic cholangiography.

Tỉ lệ của PEP từ 3-10%. Đau thượng vị, men tụy tăng cao (gấp hơn ba lần) và nhập viện cấp cứu làm cho người thầy thuốc chẩn đoán là PEP. Viêm tụy mức độ nhẹ cần nằm viện 1-3 ngày và viêm tụy mức độ vừa cần nằm viện từ 4-10 ngày. Cần phẫu thuật hoặc can thiệp thủ thuật và nằm viện trên 10 ngày đối với viêm tụy mức độ nặng. Ở nghiên cứu của chúng tôi, tỉ lệ PEP là 3,6%. Các yếu tố nguy cơ đối với biến chứng đặc thù này hầu hết liên quan đến bệnh nhân. Không có bệnh nhân nào của chúng tôi bị viêm tụy cấp nặng. Đối với điều trị bệnh nhân viêm tụy nhẹ và trung bình, chúng tôi cho nhịn ăn, truyền tĩnh mạch nước và điện giải , Cephalosporin thế hệ ba, thuốc chống viêm

Bảng 2: Các biến chứng của ERCP

| Biến chứng | n | % |
|--------------------------------------|-----|------|
| Amylase trong huyết thanh tăng | 132 | 17,2 |
| . Dưới hai lần | 72 | 9,4 |
| . Trên hai lần | 60 | 7,8 |
| Viêm tụy cần phải nhập viện điều trị | 28 | 3,6 |
| Thủng: | 5 | 0,65 |
| . Cần phải phẫu thuật | 2 | 0,26 |
| . Không cần phẫu thuật | 3 | 0,39 |
| Chảy máu: | 16 | 2 |
| . Xử trí bằng nội soi | 3 | 0,39 |

| | | |
|--------------------|----|------|
| . Điều trị bảo tồn | 13 | 1,6 |
| Viêm đường mật | 14 | 1,83 |
| Tràn khí màng phổi | 1 | 0,13 |
| Kẹt sỏi | 1 | 0,13 |
| Rách thực quản | 1 | 0,13 |
| Tử vong | 2 | 0,26 |

Bảng 3: Các yếu tố nguy cơ đối với viêm tụy cấp sau ERCP

| Các yếu tố liên quan đến bệnh nhân: | n | % |
|--------------------------------------|-----|------|
| . Bất thường của Papilla | 172 | 22,4 |
| . Mất chức năng cơ Oddi | 38 | 4,9 |
| . Nữ giới | 466 | 60,9 |
| . Trẻ tuổi | 324 | 42,3 |
| . tiền sử viêm tụy | 23 | 3 |
| . Ống mật không giãn | 58 | 7,5 |
| . Bilirubin huyết thanh bình thường | 73 | 9,5 |
| . Suy thận giai đoạn cuối | 5 | 0,65 |
| Các yếu tố liên quan đến thủ thuật: | | |
| . Luồn ống vào tụy | 68 | 8,8 |
| . Tiêm vào tụy | 7 | 0,9 |
| . Mở cơ thắt vào tụy | 34 | 4,4 |
| . Pre- cut (Cắt trước) | 84 | 10,9 |
| . Giãn cơ thắt do bóng chèn được mật | | |

Không chứa Steroid (NSAID), tất cả các bệnh nhân này đã hồi phục bằng điều trị nội khoa và nằm viện < 10 ngày.

Bảng 4: Các yếu tố nguy cơ của những biến chứng khác

| | n | % |
|---|----|------|
| Các yếu tố nguy cơ của chảy máu | | |
| . Dùng thuốc chống đông | 58 | 7,5 |
| . Số lượng tiểu cầu thấp | 6 | 0,78 |
| . Xơ gan | 3 | 0,39 |
| . Suy thận giai đoạn cuối | 5 | 0,65 |
| . Bác sĩ nội soi ít kinh nghiệm với Pre-cut | 84 | 10,9 |
| Các yếu tố nguy cơ đối với viêm đường mật | | |
| . Giãn đường mật không hoàn toàn | 18 | 2,3 |
| . Tắc nghẽn ở rốn gan | 12 | 1,5 |

| | | |
|----------------------------------|-----|------|
| . Tiền sử đã làm ERCP | 82 | 10,7 |
| . Tuổi > 60 | 328 | 42,8 |
| Các yếu tố nguy cơ đối với thủng | | |
| . Bất thường Papilla | 172 | 22,4 |
| . Pre- cut | 84 | 10,9 |
| . Tồn thương ở Papilla | 86 | 11,2 |
| . OMC không giãn | 58 | 7,6 |
| . Mất chức năng cơ Oddi | 38 | 4,9 |

Chiến lược làm giảm nguy cơ PEP có thể liệt kê ra là tránh thủ thuật ERCP không cần thiết, hạn chế việc cố gắng đặt ống (vào đường mật), giảm lượng thuốc cản quang đưa vào ống tụy, đặt stent tụy dự phòng và sử dụng NSAID đường hậu môn. Chiến lược điều trị ở các bệnh nhân nằm điều trị do PEP không có gì khác với điều trị viêm tụy chuẩn. Nền tảng của điều trị là nhịn ăn uống đường miệng và truyền nước điện giải đường tĩnh mạch, kháng sinh phù hợp, NSAID và khi cần thì nuôi dưỡng ngoài đường tiêu hóa. Các trường hợp viêm tụy nặng có thể cần phải phẫu thuật hoặc can thiệp thủ thuật. Ở phòng khám của chúng tôi, tỉ lệ PEP mức độ nhẹ và vừa là 3,6% và tất cả số bệnh nhân này đều được điều trị bảo tồn.

Tỉ lệ chảy máu sau cắt cơ thắt nội soi (EST) thay đổi từ 0,3% đến 9,6%. Biến chứng này hầu hết được kiểm soát bằng nội soi trong thủ thuật và điều trị bảo tồn sau thủ thuật, nhưng có một tỉ lệ thấp, có thể cần can thiệp phẫu thuật hoặc nội soi bổ sung. Các yếu tố nguy cơ liên quan đến bệnh nhân bao gồm liệu pháp chống đông, bệnh đông máu (tỉ số chuẩn quốc tế cao hơn 1,5), giảm tiểu cầu (số lượng tiểu cầu thấp hơn 50,000/microliter), viêm đường mật, suy thận mạn, và xơ gan. Các yếu tố nguy cơ liên quan đến thủ thuật bao gồm đặt ống khó, dị dạng của nhú (Papillary), sỏi kẹt ở Ampulla, tiến hành cắt trước (pre-cut) hoặc cắt kiểu mở khóa (zipper cut). Kiểu cách và tính năng của thiết bị đốt điện là rất quan trọng. Thiết bị năng lượng thế hệ mới cung cấp dòng cắt, đốt thuần túy và tính năng này đảm bảo an toàn hơn thiết bị đốt điện kiểu cũ, làm giảm nguy cơ cho cắt kiểu mở khóa. Mặc dù vẫn đang dùng thiết bị đốt điện thế hệ cũ trong khoa nội soi của chúng tôi, tỉ lệ cắt kiểu mở khóa ở lô nghiên cứu này là 1% và không xảy ra chảy máu ở các bệnh nhân này.

Tiến hành EST hướng về phía 11-13 giờ. Khi papilla không thể để ở 12 giờ do thiếu kinh nghiệm, chảy máu có thể xảy ra sau EST. Trong trường hợp không thể cầm máu bằng cách tưới rửa dung dịch mặn đẳng trương qua nội soi, tiêm adrenalin pha loãng và đốt điện có thể được sử dụng, tỉ lệ thành công là 93%. Khi mọi cố gắng đều không thể cầm được máu, có thể phải thực hiện đông tụ bằng argon plasma, bơm bóng chèn papilla, đặt stent kim loại đường mật, và clip nội soi. Nếu không thể kiểm soát chảy máu bằng các can thiệp nội soi này, có thể lựa chọn thủ thuật làm tắc mạch, hoặc phẫu thuật để cứu mạng. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỉ lệ chảy máu sau EST là 2%, tất cả được cầm máu trong thủ thuật bằng

bơm bóng chèn papilla, tiêm adrenalin và đốt điện. Can thiệp nội soi *lại* đã phải thực hiện ở 20% các bệnh nhân này do chảy máu tái phát và tất cả đều được điều trị bằng can thiệp nội soi, không cần can thiệp bằng phẫu thuật.

Biến chứng đáng sợ nhất sau ERCP là thủng. Các yếu tố như thao tác trong nội soi đường mật, cắt cơ thắt, định vị papilla không chuẩn và cắt trước (pre-cut) có thể gây ra thủng. Tỷ lệ thủng sau ERCP với các bác sĩ nội soi có kinh nghiệm <1%. Tỷ lệ tử vong của các bệnh nhân bị thủng là 7,8-9%. Hầu hết thủng xảy ra sau ở khoang sau phúc mạc cho nên chẩn đoán thường chậm. Việc phát hiện được thủng trong *thủ thuật* hoặc một thời gian ngắn sau *thủ thuật* có thể cải thiện tiên lượng và giảm sự cần thiết can thiệp phẫu thuật. Sau *thủ thuật*, 44% bệnh nhân có thể biểu hiện triệu chứng của thủng trên lâm sàng. Có thể đặt ra chẩn đoán này khi có dấu hiệu và triệu chứng như đau bụng, tim đập nhanh, kích thích phúc mạc, tăng bạch cầu, có khí tự do trong khoang phúc mạc hoặc thoát thuốc cản quang trên phim chụp có độ tương phản cao. Việc điều trị các bệnh nhân bị thủng bao gồm ngừng ăn uống đường miệng, giảm áp đường mật qua ống mũi-dạ dày, dùng kháng sinh phổ rộng, truyền nước điện giải (và dinh dưỡng nếu cần). Nếu chẩn đoán được thủng trong *thủ thuật* và vị trí thủng ở tá tràng, cần phải phục hồi bằng cặp clip. Khi có biểu hiện bụng cấp tính và tình trạng bệnh nhân đang xấu đi, phải trì hoãn phẫu thuật thăm dò. Trong nghiên cứu của chúng tôi, thủng xảy ra ở 0,6% số bệnh nhân và rách thực quản ở một bệnh nhân. Bệnh nhân rách thực quản được điều trị bằng đặt stent thực quản và rút bỏ sau 3 tuần. Một trong số các bệnh nhân thủng bị tràn khí màng phổi và được điều trị bằng *mở ngực tối thiểu đặt ống hút*. Hai trong năm bệnh nhân bị thủng phải phẫu thuật thăm dò trong khi ba bệnh nhân khác được điều trị bảo tồn. Trong nghiên cứu của chúng tôi, không có bệnh nhân nào tử vong do thủng.

Một biến chứng khác sau ERCP là viêm đường mật. Các yếu tố như tắc đường mật, lưu thông mật kém, sự xâm nhập của vi trùng là một phần trong bệnh sinh của viêm đường mật. Đặt stent đường mật được khuyến cáo ở các bệnh nhân lấy sỏi mật không hết để ngăn ngừa viêm đường mật. Số liệu cho thấy tỷ lệ viêm đường mật sau ERCP là 1-2,4% và tỷ lệ tử vong là 0,1%. Phương pháp bảo tồn là lựa chọn hàng đầu để điều trị các bệnh nhân được chẩn đoán viêm đường mật sau ERCP, và phương pháp này đem lại sự hồi phục cho hầu hết các bệnh nhân. Dẫn lưu bằng cách đặt stent đường mật (nhựa hoặc kim loại), chỉnh sửa stent, chụp đường mật qua gan qua da cần phải làm ở những bệnh nhân không đáp ứng với điều trị bảo tồn. Nếu các biện pháp này thất bại, có thể cần phải phẫu thuật thăm dò. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ viêm đường mật là 1,83%. Trong số 16 bệnh nhân phát sinh viêm đường mật, tỷ lệ tử vong là 12,5%. Đặt stent đường mật ở hai bệnh nhân sau khi được chẩn đoán là viêm đường mật sau ERCP, nhưng các can thiệp này không ngăn chặn được tử vong.

Kết luận

ERCP là một *thủ thuật* có hiệu quả đối với chẩn đoán và điều trị các bệnh của hệ thống gan mật tụy. Do ERCP là một *thủ thuật* có xâm lấn, *trước khi tiến*

hành phải xác định được các yếu tố nguy cơ, theo dõi sát trong và sau khi làm thủ thuật giúp làm giảm tỉ lệ biến chứng và tăng khả năng thành công trong điều trị.

Lào cai, ngày 30/6/2022
Người dịch: Đinh Ngọc Dũng









Bài gốc:

LESS

Laparosc Endosc Surg Sci 2021;28(2):93-98
DOI: 10.14744/less.2021.58966

Orç

Post-ERCP complications, risk factors and management of complications

 [Ufuk Arslan](#)¹,  [Hacı Murat Cayci](#)²,  [Gözde Doğan](#)³,  [Umut Eren Erdogdu](#)⁴,
 [Ali Tardu](#)⁵,  [Direnç Yiğit](#)¹,  [Yurdakul Deniz Firat](#)⁴,  [Müfit Şansal](#)¹

¹Department of Gastroenterological Surgery, Bursa State Hospital, Bursa, Turkey

²Department of Gastroenterological Surgery, Private Medical Office, Bursa, Turkey

³Department of General Surgery, Doruk Hospital, Bursa, Turkey

⁴Department of General Surgery, Bursa Yüksek İhtisas Training and Research Hospital, Bursa, Turkey

⁵Department of Gastroenterological Surgery, İrmed Hospital, Tekirdağ, Turkey