

Đánh giá kết quả điều trị viêm đường mật cấp mức độ 3 theo Tokyo Guidelines tại Bệnh viện Bình Dân

Nguyễn Tạ Quyết, Nguyễn Việt Trung, Phạm Hải Triều, Hồ Chí Linh

Bệnh viện Bình Dân

Địa chỉ liên hệ:

Nguyễn Tạ Quyết,
Bệnh viện Bình Dân
371 Điện Biên Phủ, phường Bàn Cờ,
TP. Hồ Chí Minh
Điện thoại: 0989 596 615
Email: quyet.nt@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 16/9/2025

Ngày chấp nhận đăng:
20/10/2025

Ngày xuất bản: 03/11/2025

Tóm tắt

Đặt vấn đề: Viêm đường mật cấp độ 3 theo phân loại Tokyo Guidelines 2018 là tình trạng nhiễm trùng đường mật nặng, nguy cơ tử vong cao, đòi hỏi xử trí khẩn cấp và đa mô thức. Nghiên cứu này nhằm đánh giá đặc điểm lâm sàng, phương pháp và kết quả điều trị viêm đường mật cấp độ 3 tại Bệnh viện Bình Dân.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu hồi cứu, các người bệnh viêm đường mật cấp mức độ 3 theo Tokyo Guidelines 2018 được điều trị tại bệnh viện Bình Dân từ tháng 01/2023 đến tháng 01/2025.

Kết quả: Có 38 người bệnh viêm đường mật cấp độ 3 được điều trị tại bệnh viện Bình Dân. Trong đó tiếp cận đầu tiên để dẫn lưu đường mật khẩn có 28 người bệnh (73,7%) được can thiệp bằng ERCP, 9 người bệnh (23,6%) được dẫn lưu mật qua da (PTBD) và 1 người bệnh (2,6%) được phẫu thuật dẫn lưu mật. Tỷ lệ thành công dẫn lưu đường mật là 36/38 trường hợp (94,7%) và không ghi nhận tai biến trong lúc thực hiện. Thời điểm can thiệp dẫn lưu trung bình của cả 3 phương pháp là $8,1 \pm 2,9$ giờ. Biến chứng sau can thiệp ghi nhận ở 6 người bệnh (15,8%), trong đó phổ biến là viêm tụy cấp sau ERCP (4/6 trường hợp). Tỷ lệ đáp ứng điều trị cao lên đến 92,1% (35/38 trường hợp).

Kết luận: Can thiệp dẫn lưu mật sớm đóng vai trò quyết định trong cải thiện tiên lượng viêm đường mật cấp độ 3. Tỷ lệ thành công và đáp ứng điều trị cao, hiệu quả giải áp đường mật tốt góp phần làm giảm tình trạng bệnh.

Từ khóa: viêm đường mật cấp độ 3, ERCP, PTBD, phẫu thuật dẫn lưu mật, Tokyo Guidelines, tử vong

Management of Grade 3 acute cholangitis according to Tokyo Guidelines 2018: A study at Binh Dan Hospital

Nguyen Ta Quyet, Nguyen Viet Trung, Pham Hai Trieu, Ho Chi Linh

Binh Dan Hospital

Abstract

Introduction: Grade 3 acute cholangitis, as defined by the Tokyo Guidelines 2018, is a severe biliary tract infection with a high mortality risk, demanding urgent and multidisciplinary management. This study aims to evaluate the clinical characteristics, treatment methods, and outcomes of Grade 3 acute cholangitis at Binh Dan Hospital.

Patients and Methods: A retrospective study was conducted on patients with Grade 3 acute cholangitis according to the Tokyo Guidelines 2018 who were treated at Binh Dan Hospital from January 2023 to January 2025.

Results: 38 patients with Grade 3 acute cholangitis were treated at Binh Dan Hospital. For initial urgent biliary drainage, 28 patients (73.7%) underwent Endoscopic Retrograde Cholangiopancreatography (ERCP), 9 patients (23.6%) had Percutaneous Transhepatic Biliary Drainage (PTBD), and one patient (2.6%) underwent surgical biliary drainage. The success rate of biliary drainage was 94.7% (36/38 cases), with no procedural complications. The mean time to intervention for all three methods was 8.1 ± 2.9 hours. Post-procedural complications were noted in 6 patients (15.8%), with post-ERCP pancreatitis being the most common (4/6 cases). The treatment response rate was high at 92.1% (35/38 cases).

Conclusions: Early biliary drainage plays a decisive role in improving the prognosis of Grade 3 acute cholangitis. The high success and treatment response rates, along with effective biliary decompression, contribute to the reduction of disease severity.

Keywords: grade 3 acute cholangitis, ERCP, PTBD, surgical biliary drainage, Tokyo Guidelines, mortality.

Đặt vấn đề

Viêm đường mật cấp là nhiễm trùng đường mật do sự tắc nghẽn, thường do sỏi hoặc u, gây ứ trệ dịch mật và nhiễm khuẩn ngược dòng. Đây là một cấp cứu nội ngoại khoa nguy hiểm, đặc biệt khi diễn tiến tới suy đa tạng (viêm đường mật cấp độ III theo phân loại Tokyo 2018). Tỷ lệ tử vong do viêm đường mật cấp đã giảm nhiều nhờ tiến bộ điều trị nhưng vẫn còn đáng kể, khoảng 3–10%

trong các nghiên cứu gần đây [1-4]. Ở nhóm người bệnh nặng (độ III), tử vong có thể lên đến 9–30% [5, 6]. Hội chứng Charcot kinh điển (đau bụng, sốt, vàng da) không phải lúc nào cũng xuất hiện đầy đủ; nhiều báo cáo cho thấy chỉ một tỷ lệ không cao người bệnh có đủ tam chứng này [1-3]. Do đó, việc chẩn đoán đôi khi gặp khó khăn, đòi hỏi kết hợp triệu chứng lâm sàng và xét nghiệm, hình ảnh [1].

Để giảm nguy cơ tử vong, xử trí viêm đường mật cấp độ III phải nhanh chóng và tích cực. Tokyo Guidelines 2018 (TG18) xác định viêm đường mật cấp độ III (nặng) khi có dấu hiệu suy một hoặc nhiều cơ quan (sốc nhiễm khuẩn cần vận mạch, rối loạn tri giác, suy hô hấp, suy thận, suy gan hoặc rối loạn đông máu) [1]. Khi đã phân loại độ III, TG18 khuyến cáo phải tiến hành dẫn lưu đường mật khẩn cấp ngay lập tức, đồng thời hồi sức tích cực với kháng sinh, dịch truyền và các biện pháp hỗ trợ cơ quan [1]. Phương thức dẫn lưu tùy thuộc vào tình trạng người bệnh và nguồn lực sẵn có: nội soi mật tụy ngược dòng (ERCP) là lựa chọn hàng đầu nếu thực hiện được, trong khi dẫn lưu qua da qua gan (PTBD) hoặc phẫu thuật mở dẫn lưu được chỉ định khi ERCP thất bại hoặc không thể thực hiện [1, 2]. Tại Việt Nam, còn ít các nghiên cứu công bố về kết quả điều trị viêm đường mật cấp nặng theo hướng dẫn TG18. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm đánh giá đặc điểm lâm sàng, phương pháp can thiệp và kết quả điều trị viêm đường mật cấp mức độ 3 theo TG18 tại Bệnh viện Bình Dân.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu

Thiết kế: Nghiên cứu hồi cứu mô tả loạt ca. Chúng tôi thu thập dữ liệu bệnh án của tất cả người bệnh được chẩn đoán viêm đường mật cấp độ III (theo tiêu chuẩn Tokyo 2018) điều trị tại Bệnh viện Bình Dân từ tháng 01/2022 đến 01/2025.

Đối tượng: Bao gồm 38 người bệnh đủ tiêu chuẩn chẩn đoán viêm đường mật cấp độ III. Tiêu chuẩn chọn bệnh dựa theo hướng dẫn TG18 [1-3]. Loại trừ những trường hợp viêm đường mật nhẹ hoặc trung bình (độ I, II) hoặc có chẩn đoán khác kèm theo gây suy tạng.

Xử lý và phân tích số liệu: Số liệu được tổng hợp và phân tích bằng phương pháp thống kê mô tả. Các biến liên tục được trình bày dưới dạng trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn (hoặc trung vị và khoảng tứ phân vị nếu phân phối không chuẩn). Các biến phân loại được trình bày dưới dạng tần số và tỷ lệ phần trăm (%). Do cỡ mẫu nhỏ, chúng tôi không thực hiện so sánh suy luận thống kê mà chủ yếu mô tả

đặc điểm và kết cục điều trị của nhóm người bệnh nghiên cứu.

Kết quả

Bảng 1. Đặc điểm người bệnh (n = 38)

Đặc điểm	Kết quả
Tuổi (năm)	67,7 $\pm$ 12 (trung bình $\pm$ SD)
≥ 75 tuổi	19 người bệnh (50,0%)
Triệu chứng chính	Đau bụng 26/38 người bệnh (68,4%); Vàng da 26/38 người bệnh (68,4%); Sốt 12/38 người bệnh (31,5%)
Nguyên nhân tắc mật	Sỏi đường mật 28 người bệnh (73,7%); U ác tính 10 người bệnh (26,3%)
Suy tạng (theo tiêu chuẩn TG18)	Suy gan 14 người bệnh (36,8%); Rối loạn đông máu 13 người bệnh (34,2%); Suy tuần hoàn 10 người bệnh (26,3%); Rối loạn tri giác 8 người bệnh (21,1%); Suy hô hấp 6 người bệnh (15,8%); Suy thận 4 người bệnh (10,5%)

Bảng 2. Đặc điểm điều trị và kết quả

Phương pháp dẫn lưu mật:	Tỷ lệ thành công về mặt kỹ thuật
ERCP (nội soi mật tụy ngược dòng)	28 người bệnh (73,6%) 96,4%
Dẫn lưu mật qua da (PTBD)	9 người bệnh (23,7%) 100%
Phẫu thuật dẫn lưu mật	1 người bệnh (2,6%) 100%
Can thiệp ≥ 2 lần	12 người bệnh (31,6%)
Biến chứng sau can thiệp	8 người bệnh (21,1%) (bao gồm 6 ca viêm tụy cấp sau ERCP, 2 ca chảy máu PTBD)
Thời gian từ nhập viện đến can thiệp (giờ)	8,1 $\pm$ 2,9 (trung bình $\pm$ SD)
Thời gian nằm viện (ngày)	14 $\pm$ 4,5 (trung bình $\pm$ SD)
Đáp ứng điều trị	35 người bệnh (92,1%)
Tử vong	3 người bệnh (7,8%)

Bàn luận

Nghiên cứu của chúng tôi đã mô tả bức tranh toàn cảnh về nhóm người bệnh viêm đường mật cấp nặng (độ III) tại một bệnh viện phẫu thuật chuyên khoa. Kết quả cho thấy mặc dù đây là tình trạng bệnh lý rất nghiêm trọng với nguy cơ tử vong cao, nhưng với chiến lược điều trị tích cực, đa số người bệnh đã vượt qua được tình trạng nhiễm trùng nguy kịch. Tỷ lệ sống sót 92,1% (tương ứng tử vong 7,8%) trong nhóm nghiên cứu là một kết quả khả quan nếu so sánh với y văn quốc tế. Chẳng hạn, Lavillegrand et al. báo cáo tử vong trong ICU khoảng 21–29% ở các người bệnh viêm đường mật cấp nặng [7]. Sự khác biệt này có thể đến từ việc các người bệnh trong nghiên cứu của chúng tôi được can thiệp rất sớm và tích cực ngay khi nhập viện, nhờ đó kiểm soát nhiễm trùng trước khi suy đa tạng trở nên không hồi phục. Ngược lại, các nghiên cứu tại ICU thường bao gồm những người bệnh nặng hơn, nhiều trường hợp vào viện trễ hoặc đã suy tạng nặng mới được chuyển ICU [7]. Thật vậy, điểm chung đáng lưu ý là cả 3 người bệnh tử vong trong loạt ca của chúng tôi đều thuộc nhóm nhập viện muộn sau >72 giờ khởi phát – đây là yếu tố tiên lượng xấu đã được ghi nhận: nhiều nghiên cứu cho thấy việc trì hoãn dẫn lưu mật quá 48–72 giờ sẽ làm tăng rõ rệt nguy cơ tử vong và biến chứng. Khashab et al. báo cáo rằng trì hoãn can thiệp >72 giờ làm tăng gấp ~5,5 lần nguy cơ tử vong hoặc suy đa tạng so với can thiệp sớm [8]. Do đó, phát hiện này nhấn mạnh tầm quan trọng của thời gian: chẩn đoán và can thiệp càng sớm càng tốt để cải thiện tiên lượng cho người bệnh viêm đường mật cấp nặng [7].

Về đặc điểm lâm sàng, tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là 67,7, khá cao; một nửa người bệnh trên 75 tuổi. Tuổi cao là một yếu tố nguy cơ làm bệnh cảnh nặng hơn: theo Tokyo 2018, tuổi >75 được xem là một tiêu chí góp phần phân loại viêm đường mật mức độ trung bình (độ II) [1, 7], và các người bệnh lớn tuổi thường có nhiều bệnh lý nền, giảm dự trữ chức năng cơ quan nên dễ tiến triển suy tạng khi nhiễm trùng nặng. Trong loạt ca của chúng tôi, nhiều người bệnh có bệnh kèm như đái tháo

đường, bệnh tim mạch (số liệu không trình bày chi tiết), điều này có thể ảnh hưởng bất lợi đến kết quả điều trị. Tuy nhiên, nhờ kiểm soát tốt các bệnh lý nền trong quá trình điều trị (ví dụ: kiểm soát đường huyết ở người bệnh đái tháo đường, hỗ trợ tuần hoàn ở người bệnh tim mạch), hầu hết vẫn hồi phục.

Triệu chứng lâm sàng của viêm đường mật cấp nặng rất đa dạng và không phải lúc nào cũng điển hình. Chúng tôi nhận thấy có 68,4% người bệnh có triệu chứng đau bụng và sốt. Và chỉ 31,5% có sốt cao ghi nhận lúc vào viện; có thể do người bệnh tự dùng hạ sốt trước đó hoặc do một số trường hợp người già, suy giảm miễn dịch không sốt cao. Tỷ lệ tam chứng Charcot đầy đủ thấp trong nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với y văn: các nghiên cứu trước đây ghi nhận chỉ khoảng 20–50% người bệnh viêm đường mật cấp có đủ bộ ba triệu chứng kinh điển [1]. Lavillegrand et al. cũng ghi nhận chỉ 31% người bệnh viêm đường mật nặng có sốt >38°C, mặc dù phần lớn có đau bụng và vàng da [7]. Do đó, việc chẩn đoán cần dựa vào tổng thể: hội chứng viêm (sốt hoặc CRP tăng), dấu hiệu ứ mật (vàng da hoặc men mật tăng) và bằng chứng hình ảnh tắc mật là bộ tiêu chuẩn chẩn đoán Tokyo 2018 [1, 8]. Tất cả người bệnh trong nghiên cứu của chúng tôi đều được siêu âm hoặc CT bụng xác nhận có giãn đường mật, qua đó củng cố chẩn đoán ngay cả khi triệu chứng chưa đầy đủ.

Nguyên nhân gây viêm đường mật cấp ở nhóm người bệnh nghiên cứu không nằm ngoài quy luật chung. Sỏi đường mật chiếm ~74%, tương đồng với tỷ lệ khoảng 50–70% trong các nghiên cứu quốc tế. Sỏi thường gây tắc nghẽn hoàn toàn hoặc một phần ống mật chủ, tạo điều kiện vi khuẩn xâm nhập và ứ đọng mủ mật. Các trường hợp do nguyên nhân ác tính (26% trong nghiên cứu) thường là những ca bệnh nặng, vì u ác tính không chỉ gây tắc mật mà còn kèm theo thể trạng suy giảm do ung thư. Thật vậy, chúng tôi nhận thấy 3 ca tử vong đều thuộc nhóm nguyên nhân ác tính. Y văn cũng ghi nhận viêm đường mật do nguyên nhân ác tính có tiên lượng xấu hơn: Kiriya et al. báo cáo tỷ lệ tử vong 7,2% ở nhóm có bệnh ác tính nền, cao hơn so với

nhóm do sỏi. Nguyên nhân có thể do: (i) người bệnh ung thư thường đến muộn vì khó chẩn đoán sớm (triệu chứng vàng da tiến triển từ từ, ít đau hơn sỏi); (ii) bản thân ung thư giai đoạn tiến triển gây suy kiệt và giảm đáp ứng điều trị; (iii) dẫn lưu mật ở người bệnh u ác tính phức tạp hơn (tắc nghẽn cao, thường phải đặt nhiều stent hoặc phẫu thuật cầu nối). Do đó, nhóm nguyên nhân ác tính cần được chú ý theo dõi và có chiến lược dẫn lưu tích cực, nhiều trường hợp phải kết hợp đa mô thức (nội soi và can thiệp qua da, hoặc phẫu thuật sớm) để đạt hiệu quả.

Về phương thức điều trị, kết quả cho thấy vai trò quan trọng của can thiệp nội soi mật tụy (ERCP) trong xử trí viêm đường mật cấp. Trong nghiên cứu của chúng tôi, 73,6% người bệnh được giải quyết tắc mật qua ERCP. Đây là phương pháp xâm lấn tối thiểu nhưng hiệu quả cao, đã được khẳng định qua nhiều thập kỷ: ERCP vừa chẩn đoán vừa điều trị nguyên nhân (lấy sỏi, đặt stent giải phóng chỗ tắc) [1, 9]. Tỷ lệ thành công kỹ thuật của ERCP được báo cáo lên đến ~90–95% trong tay các trung tâm có kinh nghiệm [8, 9]. Trong loạt ca này, hầu hết các trường hợp ERCP đều thành công ngay lần đầu; chỉ một số ít cần làm lại do còn sót sỏi nhỏ. Đối với các người bệnh không thể ERCP, phương án thay thế là dẫn lưu qua da (PTBD) chiếm 23,7% trường hợp. PTBD đòi hỏi trang thiết bị và chuyên môn về chụp mạch can thiệp; may mắn là bệnh viện chúng tôi có sẵn nên nhiều người bệnh đã được giải quyết nhanh chóng bằng cách đặt ống dẫn lưu qua da vào đường mật ứ mủ.

Trong tắc nghẽn rốn gan ác tính, việc lựa chọn phương pháp dẫn lưu ban đầu (ERCP hay PTBD) được xác định bởi phân loại Bismuth-Corlette và mức độ phức tạp về giải phẫu. Đối với **Bismuth Loại I và II** (tắc nghẽn thấp), ERCP được ưu tiên hàng đầu do có tỷ lệ biến cố bất lợi tổng thể thấp hơn (8,6% so với 12,3% của PTBD) và mang lại chất lượng cuộc sống tốt hơn vì không cần ống dẫn lưu bên ngoài. Tuy nhiên, đối với **Bismuth Loại III và IV** (tắc nghẽn phức tạp, gần rốn gan), khả năng dẫn lưu của ERCP bị hạn chế về mặt kỹ thuật, với tỷ lệ thành công của stent nhựa có thể giảm xuống 40%

trong Loại IV. Trong các trường hợp phức tạp này, PTBD trở nên đáng tin cậy hơn về mặt kỹ thuật, đạt tỷ lệ thành công cao (94% – 100%) bất kể mức độ tắc nghẽn, và thường được khuyến nghị như liệu pháp cứu nguy sau khi ERCP thất bại. [8, 10]

Một trường hợp (2,6%) cần phẫu thuật mở dẫn lưu tương đối phù hợp so với các báo cáo gần đây (thường <10% trường hợp phải phẫu thuật) do sự phát triển của ERCP và PTBD. Tuy nhiên, nhóm phải phẫu thuật trong nghiên cứu chúng tôi đa phần do hoàn cảnh bất khả kháng (không ERCP/PTBD được hoặc có biến chứng ngoại khoa kèm theo). Trong kỷ nguyên hiện nay, phẫu thuật được xem là giải pháp cuối cùng cho viêm đường mật cấp, khi các biện pháp ít xâm lấn thất bại hoặc không thực hiện được [1]. Dù vậy, cần luôn chuẩn bị sẵn sàng can thiệp phẫu thuật, bởi có những tình huống như áp-xe lớn, viêm phúc mạc mật... phải mở bụng cấp cứu.

Theo TG18, viêm đường mật độ 3 được định nghĩa là có rối loạn chức năng ít nhất một cơ quan phản ánh tình trạng nhiễm trùng huyết nguy kịch. Trong tình huống này, chiến lược ưu tiên tuyệt đối là Can thiệp Hai Giai Đoạn (Staged Approach): Giai đoạn 1 là dẫn lưu mật cấp cứu (bằng cách đặt stent nội soi - EBS hoặc dẫn lưu mũi mật - ENBD) ngay sau khi người bệnh đã được hồi sức và ổn định huyết động/ hô hấp. Việc chỉ tập trung vào dẫn lưu mật mà không thực hiện lấy sỏi ống mật chủ hoặc cắt cơ vòng oddi (ES) trong phiên ERCP đầu tiên là nhằm giảm thiểu thời gian thủ thuật, giảm rủi ro chảy máu do rối loạn đông máu, và giảm nguy cơ biến cố nghiêm trọng ở người bệnh đang trong tình trạng sốc nhiễm trùng. Việc điều trị dứt điểm nguyên nhân (lấy sỏi) được khuyến nghị trì hoãn cho đến khi tình trạng bệnh cấp tính đã được giải quyết hoàn toàn. [1, 11]

Yếu tố thời gian can thiệp trong điều trị viêm đường mật cấp độ III là cực kỳ quan trọng. Hướng dẫn Tokyo 2018 nhấn mạnh cần dẫn lưu mật “càng sớm càng tốt” ngay khi chẩn đoán độ III [1]. Nghiên cứu của chúng tôi đã cụ thể hóa điều này: thời gian trung bình 8,1 giờ từ lúc nhập viện đến khi can thiệp

chứng tỏ sự nhanh chóng. Phần lớn người bệnh được can thiệp trong vòng <12 giờ, một số ca diễn tiến quá nặng thậm chí được đưa thẳng từ cấp cứu lên phòng thủ thuật ERCP chỉ sau 2–3 giờ nhập viện. Việc triển khai nhóm nội soi cấp cứu 24/24 và ê-kíp trực can thiệp đã góp phần rút ngắn thời gian chờ. So sánh với báo cáo khác, Iqbal et al. (2019) thực hiện tổng quan cho thấy can thiệp ERCP trong vòng ≤ 48 giờ giúp giảm một nửa tỷ lệ tử vong nội viện so với can thiệp muộn [8, 12]. Một số nghiên cứu thậm chí đề nghị mốc 24 giờ cho trường hợp nặng [8, 12]. Tại Pháp, do hạn chế về nhân lực ngoài giờ, nhiều ICU không có sẵn can thiệp ERCP/PTBD vào ban đêm hoặc cuối tuần [5]. Chính vì thế, Lavillegrand et al. nhận thấy thời gian chờ dẫn lưu >48 giờ làm tăng đáng kể nguy cơ tử vong (OR ~2,7 mỗi 48h trì hoãn) [8].

Một khía cạnh cần quan tâm là các biến chứng liên quan đến can thiệp. Với tỷ lệ 21% người bệnh gặp biến chứng, nghiên cứu của chúng tôi cho thấy điều trị xâm lấn trong hoàn cảnh nhiễm trùng nặng không phải hoàn toàn không rủi ro. Biến chứng thường gặp nhất là viêm tụy cấp sau ERCP, chiếm 15,7% tổng số người bệnh. Tỷ lệ này có cao hơn một chút so với tỷ lệ viêm tụy sau ERCP chung (~3–10% tùy định nghĩa) và so với báo cáo của Gomi et al. (~7,6%) [7]. Nguyên nhân có thể do thủ thuật ERCP trong viêm đường mật cấp thường khó khăn hơn (ống mật chủ có mũ, phù nề; phải đặt stent hoặc lấy sỏi nhiều thao tác), cộng với tình trạng người bệnh nặng sẵn nên dễ bị biến chứng hơn. Mặt khác, có thể do cỡ mẫu nhỏ nên tỷ lệ phần trăm dao động. Dù sao, tất cả trường hợp viêm tụy sau ERCP trong nghiên cứu đều nhẹ và hồi phục hoàn toàn. Hai trường hợp chảy máu PTBD những ngày đầu nhưng điều trị nội khoa thành công. Đáng mừng là không có trường hợp nào tử vong do biến chứng thủ thuật.

Cuối cùng, thời gian nằm viện trung bình 14 ngày phản ánh đúng bản chất bệnh nặng cần theo dõi điều trị lâu. Các nghiên cứu khác cũng cho thấy viêm đường mật cấp độ III thường kéo dài điều trị khoảng 10–15 ngày [7]. Yếu tố kéo dài chủ yếu do phải theo dõi các tạng suy hồi phục, điều chỉnh

kháng sinh theo nuôi cấy (nhiều trường hợp vi khuẩn Gram âm sinh ESBL cần đổi phác đồ phù hợp sau 3–5 ngày khi có kết quả) [7], và xử lý nguyên nhân triệt để. Những người bệnh có can thiệp lần 2, lần 3 rõ ràng phải nằm viện lâu hơn để hoàn tất các thủ thuật. Mặc dù vậy, với bệnh cảnh nặng như vậy, tổng thời gian 2 tuần trung bình là chấp nhận được. Trong nghiên cứu của Navaneethan et al., việc ERCP sớm còn giúp rút ngắn thời gian nằm viện khoảng 5–6 ngày so với ERCP muộn [8, 12]. Điều này cũng hợp lý khi so sánh: nhóm người bệnh tử vong hoặc biến chứng nặng trong nghiên cứu của chúng tôi thường nằm viện lâu, kéo dài >2 tuần hoặc hơn trước khi tử vong, kéo theo trung bình chung cao lên. Ngược lại, những người bệnh được can thiệp sớm, hồi phục tốt có thể xuất viện sau ~7-10 ngày, từ đó giảm gánh nặng thời gian nằm viện.

Kết luận

Viêm đường mật cấp độ III là tình trạng nguy kịch cần chẩn đoán và xử trí khẩn cấp. Dẫn lưu mật sớm trong 72 giờ đầu phối hợp hồi sức tích cực giúp cải thiện tiên lượng, với ERCP là lựa chọn chính và PTBD hay phẫu thuật khi ERCP thất bại. Xây dựng quy trình cấp cứu 24/7 với phối hợp liên chuyên khoa là chìa khóa giảm biến chứng và tử vong.

Tài liệu tham khảo:

1. Tokyo Classification of Cholangitis (Guidelines). Endoscopy Campus (P. Sauer). 2018.
2. Sokal A, Khalil K, and e.a. Meyer J, Acute cholangitis: Diagnosis and management. J Visc Surg, 2019. 156(7): p. 515-525.
3. Kiriyaama, S., et al., Tokyo Guidelines 2018: diagnostic criteria and severity grading of acute cholangitis (with videos). J Hepatobiliary Pancreat Sci, 2018. 25(1): p. 17-30.
4. Gomi, H., et al., Tokyo Guidelines 2018: antimicrobial therapy for acute cholangitis and cholecystitis. J Hepatobiliary Pancreat Sci, 2018. 25(1): p. 3-16.
5. Baykara, N., et al., Epidemiology of sepsis in intensive care units in Turkey: a multicenter, point-prevalence study. Crit Care, 2018. 22(1): p. 93.
6. Incidence of severe sepsis and septic shock in German intensive care units: the prospective, multicentre INSEP study. Intensive Care Med, 2016. 42(12): p. 1980-1989.

7. Lavillegrand, J.R., et al., Acute cholangitis in intensive care units: clinical, biological, microbiological spectrum and risk factors for mortality: a multicenter study. *Crit Care*, 2021. 25(1): p. 49.
8. Buxbaum, J.L., et al., ASGE guideline on the management of cholangitis. *Gastrointest Endosc*, 2021. 94(2): p. 207-221.e14.
9. Iqbal, S., D. Friedel, and M. Gupta, Endoscopic management of acute cholangitis: Current status and future directions. *World Journal of Gastrointestinal Endoscopy*, 2017. 9(9): p. 456–465.
10. Zhao, x.-q., et al., Comparison of percutaneous transhepatic biliary drainage (PTBD) and endoscopic biliary drainage (EBD) in the management of malignant biliary tract obstruction: a meta-analysis. *Digestive Endoscopy*, 2014. 27.
11. Miura, F., et al., Tokyo Guidelines 2018: initial management of acute biliary infection and flowchart for acute cholangitis. *J Hepatobiliary Pancreat Sci*, 2018. 25(1): p. 31-40.
12. Khashab, M.A., A. Tariq, and U. Tariq, et al. , Delayed vs early endoscopic intervention for acute cholangitis: A national cohort study. *Endoscopy*, 2016. 48(6): p. 536–543.