

Nhân 2 trường hợp có bệnh lý đường mật được can thiệp qua ercp kết hợp sử dụng Spyglass

2 cases of biliary tract disease intervention through ercp combined with the use of Spyglass

Lê Văn Thiệu¹, Nguyễn Văn Đức¹,
Nguyễn Trường Giang¹, Phan Thục Anh¹
và Ngô Thị Thu Thủy²

¹Bệnh viện Hữu Nghị Việt Tiệp,
²Bệnh viện Đại học Y Hải Phòng

Tóm tắt

Nội soi mật tụy ngược dòng (ERCP) kết hợp nội soi đường mật trực tiếp bằng hệ thống SpyGlass là một bước tiến quan trọng, là kỹ thuật tiên tiến nhất hiện nay trong chẩn đoán và điều trị bệnh lý đường mật. Hai ca lâm sàng của chúng tôi đã áp dụng thành công kỹ thuật này để tán sỏi kích thước lớn ống mật chủ, phát hiện tổn thương u sùi đường mật và tiến hành sinh thiết có định hướng. Việc sử dụng SpyGlass giúp quan sát trực tiếp tổn thương, nâng cao độ chính xác của chẩn đoán ung thư đường mật, điều trị sỏi lớn đường mật, giúp bệnh nhân tránh được các phương pháp xâm lấn có nhiều nguy cơ như nhiễm trùng, chảy máu và chít hẹp đường mật.

Từ khóa: ERCP, SpyGlass, sỏi ống mật chủ, sinh thiết u đường mật, nội soi đường mật trực tiếp.

Summary

Endoscopic retrograde cholangiopancreatography (ERCP) combined with direct cholangiography using the SpyGlass system is an important step forward, the most advanced technique currently in the diagnosis and treatment of biliary tract diseases. Our two clinical cases have successfully applied this technique to crush large common bile duct stones, detect biliary polyps and perform targeted biopsies. The use of SpyGlass helps to directly observe the lesions, improve the accuracy of diagnosing biliary tract cancer, treat large biliary tract stones, and help patients avoid invasive methods with many risks such as infection, bleeding and biliary stricture.

Keywords: ERCP, SpyGlass, Bile duct stones, Biliary tumor biopsy, Direct peroral cholangioscopy.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh sỏi ống mật chủ (OMC), u đường mật, viêm chít hẹp đường mật là những bệnh lý thường gặp trên thực hành lâm sàng. Các bệnh lý này thường có các triệu chứng lâm sàng tương tự nhau như vàng da, đau bụng và rối loạn chức năng gan.

Với sự phát triển vượt bậc của ngành nội soi tiêu hóa can thiệp, nội soi mật tụy ngược dòng (Endoscopic Retrograde Cholangio-Pancreatography: ERCP) đã trở thành kỹ thuật thường qui trên thế giới cũng như ở Việt Nam, phương pháp này đã mang lại nhiều thành công trong chẩn đoán và điều trị bệnh lý sỏi OMC, u đường mật và viêm chít hẹp đường mật. Tuy nhiên, phương pháp ERCP tiêu chuẩn còn có những hạn chế trong việc đánh giá chính xác tổn thương trong lòng ống mật và điều trị sỏi kích thước lớn OMC như: Do sinh thiết mù nên tỉ lệ dương tính thấp, lấy sỏi kích thước lớn, vị trí khó tỉ lệ thành công

Ngày nhận bài: 16/9/2025, ngày chấp nhận đăng: 26/9/2025

* Tác giả liên hệ: thieuly@gmail.com

Bệnh viện Hữu Nghị Việt Tiệp

không cao. Nội soi đường mật trực tiếp bằng hệ thống SpyGlass đã khắc phục được những hạn chế của phương pháp ERCP tiêu chuẩn trong chẩn đoán và điều trị bệnh lý đường mật^{1,2}.

Trên thế giới đã có nhiều báo cáo kết quả ứng dụng kỹ thuật nội soi đường mật trực tiếp bằng công nghệ SpyGlass. Từ tháng 2/2025, kỹ thuật nội soi đường mật trực tiếp bằng công nghệ SpyGlass đã được ứng dụng thành công tại Bệnh viện Hữu Nghị Việt Tiệp và đây cũng là những ca bệnh lần đầu tiên áp dụng kỹ thuật nội soi đường mật trực tiếp bằng công nghệ SpyGlass trong chẩn đoán ung thư đường mật, kết hợp Lazer tán sỏi lớn OMC tại Việt Nam. Chúng tôi xin báo cáo hai trường hợp bệnh nhân (BN) được điều trị sỏi lớn OMC và sinh thiết trực tiếp khối u đường mật bằng kỹ thuật nội soi đường mật trực tiếp công nghệ SpyGlass.

II. TRƯỜNG HỢP LÂM SÀNG

Ca lâm sàng 1

Bệnh nhân nam, 79 tuổi. Lý do nhập viện: Đau bụng vùng thượng vị, hạ sườn phải, kèm phân bạc màu ngày thứ 7. Khám lâm sàng: da, củng mạc mắt vàng đậm, nắn đau hạ sườn phải, bụng chướng nhẹ,

sốt 37,5°C. Xét nghiệm ban đầu: Bilirubin toàn phần: 443μmol/L. Bilirubin trực tiếp: 284μmol/L. AST/ALT: 103/56U/L. Chụp cộng hưởng từ ổ bụng: Hình ảnh theo dõi U đường mật đoạn ngã ba trên đường mật, nhiều sỏi OMC. Nội soi dạ dày tá tràng: Viêm xuất huyết dạ dày, túi thừa D2 tá tràng.

Bệnh nhân được tiến hành nội soi đường mật bằng hệ thống SpyGlass: BN nằm sấp, mặt nghiêng phải, vô cảm bằng phương pháp gây mê tĩnh mạch. Đưa dây soi của sổ bên qua miệng vào D2 tá tràng tiếp cận nhú Vater nằm cạnh túi thừa. Dùng dao cung thông nhú, luồn guidewire vào đường mật, bơm thuốc cản quang chụp hình đường mật thấy OMC dẫn đường kính khoảng 12mm, có 3 viên sỏi kích thước từ 5mm đến 8 mm, ống gan chung có tổn thương gây hẹp khít, cắt rộng và nong bóng cơ vòng Oddi, dùng bóng kéo được hết sỏi OMC. Sử dụng hệ thống nội soi đường mật SpyGlass phát hiện tổn thương dạng u sùi đoạn ống gan chung gây hẹp khít đường mật. Tiến hành sinh thiết tổn thương u làm xét nghiệm mô bệnh học. Đặt stent Double Pigtails 7Fr-5cm vào đường mật, kiểm tra sau thủ thuật thấy dịch mật thoát tốt.



Hình 1. Hình ảnh sỏi OMC trên C-Arm và trên nội soi.
(Nguồn: BN Nguyễn Mạnh H, sinh năm 1946, Mã BN: 2500222182)

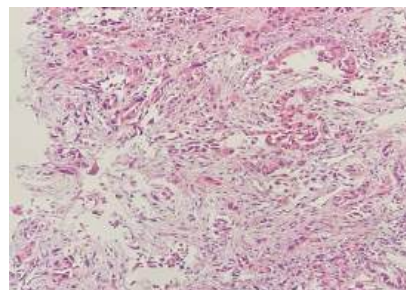
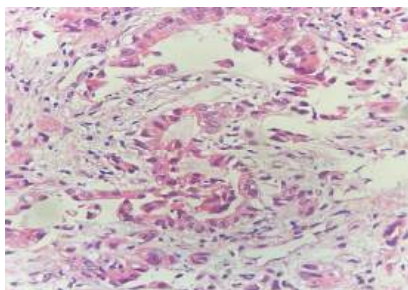


Hình 2. Hình ảnh khối u đường mật trên C-Arm và trên nội soi đường mật SpyGlass
(Nguồn: BN Nguyễn Mạnh H, sinh năm 1946, Mã BN: 2500222182)

Theo dõi sau thủ thuật 3 ngày: Lâm sàng: BN hết đau bụng, không sốt, da và củng mạc mắt giảm vàng nhiều, niêm mạc hồng, phân và nước tiểu trở lại màu bình thường. Xét nghiệm: Bilirubin toàn

phần: 114 $\mu\text{mol/L}$; Bilirubin trực tiếp: 65 $\mu\text{mol/L}$; AST/ALT: 57/28 U/L.

Kết quả giải phẫu bệnh: Ung thư biểu mô đường mật.



Hình 3. Hình ảnh vi thể ung thư biểu mô đường mật
(Nguồn: BN Nguyễn Mạnh H, sinh năm 1946, Mã BN: 2500222182)

Kết quả: chẩn đoán xác định được bệnh ngay khi nội soi đường mật bằng hệ thống SpyGlass lần đầu, không ghi nhận biến chứng, các triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng của BN được cải thiện rõ rệt.

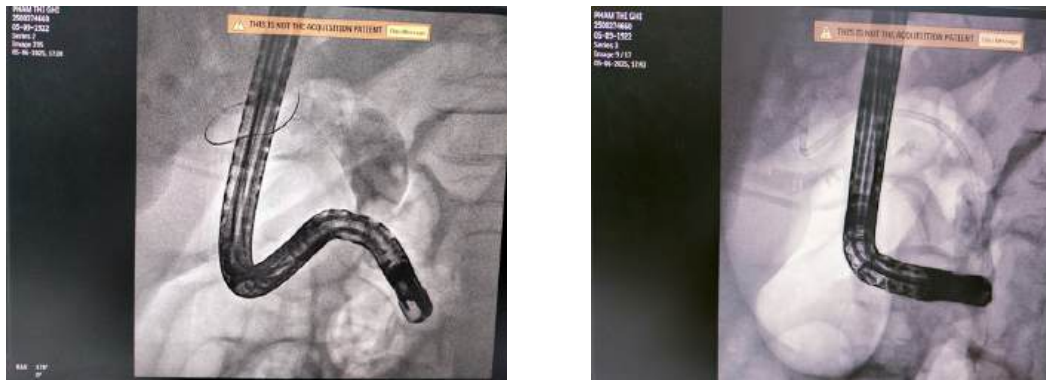
Ca lâm sàng 2:

Bệnh nhân nữ, 103 tuổi. Lý do nhập viện: Đau bụng vùng thượng vị, hạ sườn phải ngày thứ 10. Khám lâm sàng: Da, củng mạc mắt vàng, nắn đau hạ sườn phải, bụng chướng nhẹ, sốt 38,3°C, phân bạc màu. Xét nghiệm ban đầu: Bilirubin toàn phần: 133,7 $\mu\text{mol/L}$; Bilirubin trực tiếp: 82,4 $\mu\text{mol/L}$; AST/ALT: 81/49 U/L. Chụp cắt lớp vi tính ổ bụng: Hình ảnh tắc mật do sỏi OMC, đường mật trong và ngoài gan giãn, OMC giãn 22mm, trong lòng có nhiều sỏi nằm dọc theo lòng OMC trên một đoạn dài khoảng 70mm, viên lớn nhất kích thước ~ 25x16mm. Nội soi dạ dày tá tràng: Viêm xuất huyết dạ dày.

Bệnh nhân được tiến hành nội soi đường mật bằng hệ thống SpyGlass: BN nằm sấp, mặt nghiêng phải, vô cảm bằng phương pháp gây mê tĩnh mạch. Đưa dây soi cửa sổ bên qua miệng đến D2 tá tràng: như Vater bình thường, dùng dao cung thông nhú, luồn guidewire vào đường mật, bơm thuốc cản quang chụp hình đường mật thấy nhánh gan phải - trái dẫn, túi mật không hiện hình. OMC giãn lớn, đường kính 28mm, có nhiều sỏi lớn kích thước từ 2cm đến 3cm. Tiến hành cắt, nong bóng cơ vòng Oddi, đưa SpyGlass vào đường mật, tán vỡ sỏi lớn bằng Laser. Dùng bóng kéo được sỏi. Tiến hành đặt 01 stent Double Pigtailed 7Fr-7cm vào ống gan chung. Kiểm tra stent đúng vị trí, dịch mật thoát tốt. Thủ thuật an toàn, lấy dịch mật làm xét nghiệm.



Hình 4. Hình ảnh sỏi OMC trên C-Arm và trên nội soi đường mật SpyGlass
(Nguồn: BN Phạm Thị G, sinh năm 1922, Mã BN: 2500274600)



Hình 5. Hình ảnh sau lấy sỏi và đặt stent đường mật trên C-Arm
(Nguồn: BN Phạm Thị G, sinh năm 1922, Mã BN: 2500274600)

Theo dõi sau thủ thuật 3 ngày: Lâm sàng: BN hết đau bụng, không sốt, da niêm mạc hồng nhạt, phân - nước tiểu trở lại màu bình thường. Xét nghiệm sau: Bilirubin toàn phần: 63,6 $\mu\text{mol/L}$; Bilirubin trực tiếp: 23,8 $\mu\text{mol/L}$; AST/ALT: 33/28 U/L.

Kết quả: Sỏi lớn OMC đã được lấy hết ngay khi nội soi đường mật bằng hệ thống SpyGlass lần đầu kết hợp tán sỏi bằng Laser, không ghi nhận biến chứng, các triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng của BN được cải thiện rõ rệt.

III. BÀN LUẬN

Hệ thống nội soi đường mật công nghệ SpyGlass kết hợp ERCP đã được chứng minh có giá trị chẩn đoán và điều trị trên thực hành lâm sàng. Với giá trị chẩn đoán: đánh giá các hẹp không xác định ở những BN có hoặc không có viêm đường mật xơ cứng nguyên phát (Primary Sclerosing Cholangitis - PSC), các tổn thương đường mật chưa xác định được thấy trong hình ảnh chụp cộng hưởng từ mật tụy (Magnetic Resonance Cholangiopancreatography - MRCP) hoặc ERCP, sinh thiết các tổn thương mà ERCP không tiếp cận được, định vị chính xác vị trí khối u trong ống mật trước phẫu thuật, đánh giá trực tiếp và sinh thiết để chẩn đoán xác định ung thư đường mật, đánh giá hẹp đường mật sau ghép gan, chẩn đoán khối u nhầy trong ống mật, đánh giá nhiễm trùng cytomegalovirus, nấm, ký sinh trùng và đánh giá những BN bị chảy máu đường mật^{3, 4}. Với giá trị điều trị, hệ thống SpyGlass kết hợp laser, thủy lực có thể được sử dụng để điều trị sỏi mật khó không lấy

ra được bằng các kỹ thuật ERCP tiêu chuẩn, có thể là phương pháp thay thế cho phẫu thuật ở những BN mắc hội chứng Mirizzi loại II, cho phép đặt stent vào ống túi mật, liệu pháp quang đông đối với ung thư đường mật và quang đông laser, argon trong trường hợp tân sinh nhầy ống dẫn mật. Lấy dị vật (clip phẫu thuật) đã được một số trường hợp mô tả trong tài liệu. Sỏi bị kẹt là một biến chứng quen thuộc của kỹ thuật lấy sỏi ống mật qua nội soi có thể được xử lý bằng phương pháp tán sỏi trong ống mật để giải phóng sỏi bị kẹt^{1, 5}.

Kết quả của hai trường hợp chúng tôi báo cáo tương tự với các loạt ca và phân tích hệ thống trên thế giới đã được báo cáo, theo đó ERCP kết hợp SpyGlass đạt tỉ lệ sạch sỏi ống mật cao (khoảng 80 - 93%) trong 1 lần thực hiện và cải thiện khả năng lấy mẫu bệnh phẩm chính xác trong các tổn thương nghi ngờ ác tính⁶. Trong trường hợp sỏi lớn (ca lâm sàng 2), việc sử dụng SpyGlass phối hợp Laser cho phép phá vỡ và lấy sỏi kích thước tới 2 - 3cm, tránh chuyển phẫu thuật mở ở BN có nguy cơ cao. Ở ca lâm sàng số 1, khả năng quan sát trực tiếp và sinh thiết có định hướng đã cho phép chẩn đoán mô bệnh học mà ERCP tiêu chuẩn khó đạt được, tương đồng với các báo cáo có khoảng 88% được chẩn đoán mô bệnh học dương tính ngay từ lần đầu làm nội soi đường mật bằng công nghệ SpyGlass ở các đối tượng nghiên cứu⁶.

Hai ca bệnh của chúng tôi có một số điểm đặc biệt so với các báo cáo khác. Ở ca bệnh thứ hai, BN cao tuổi kèm sỏi lớn nhiều viên, trải dài trên đoạn dài của OMC, làm cho việc tiếp cận và tán sỏi bằng

ERCP tiêu chuẩn gần như không khả thi. Việc sử dụng SpyGlass đã cho phép quan sát trực tiếp, định vị chính xác vị trí sỏi và thực hiện tán sỏi Laser hiệu quả. Kích thước sỏi lớn (tới 3 cm) và giãn ống mật 28 mm tạo nguy cơ cao kẹt sỏi hoặc thất bại khi dùng các phương pháp cơ học thông thường. SpyGlass giúp tán vụn sỏi và dẫn lưu qua stent an toàn, hạn chế nguy cơ phải phẫu thuật. Cả 2 ca bệnh của chúng tôi thực hiện kỹ thuật ERCP kết hợp SpyGlass đều cho kết quả tốt về chẩn đoán ung thư đường mật và điều trị sỏi lớn OMC, không ghi nhận biến chứng trong và sau thủ thuật, các triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng được cải thiện tốt sau 3 ngày làm thủ thuật.

Về mặt chi phí: Nội soi đường mật bằng hệ thống SpyGlass là một thủ thuật tốn kém do giá bộ xử lý cao và do SpyScope cùng tất cả các thiết bị khác đều chỉ dùng một lần. Cần phải phân tích để đánh giá khía cạnh tài chính của thủ thuật và xác định xem liệu nó có hiệu quả về mặt chi phí hay không. Theo Deprez và cộng sự (2018), đánh giá hiệu quả kinh tế của SpyGlass bằng cách sử dụng dữ liệu từ hai bệnh viện lớn của Bỉ, chuyên về các thủ thuật nội soi đường mật. Họ đã tạo ra 2 mô hình cây quyết định - một để điều trị sỏi đường mật khó và một để chẩn đoán hẹp đường mật không xác định. Ở nhóm sỏi đường mật khó, việc sử dụng SpyGlass liên quan đến việc giảm 27% số lần thủ thuật, giảm 11% chi phí. Ở nhóm chẩn đoán hẹp đường mật không xác định cho thấy kết quả tương tự - giảm 31% số lần thủ thuật và giảm 5% chi phí. Nội soi đường mật SpyGlass có thể hiệu quả về mặt chi phí hơn so với ERCP đơn thuần tùy thuộc vào tiêu chí lựa chọn¹.

Cuối cùng, mặc dù chi phí tiêu hao trên từng ca của SpyGlass cao, các phân tích chi phí-lợi ích cho thấy SpyGlass giúp giảm tổng số lần thủ thuật và giảm tổng chi phí trong những tình huống cụ thể (ví dụ sỏi khó, hẹp không rõ). Vì vậy phương pháp này được khuyến nghị như một công cụ chiến lược cho các ca đã thất bại với ERCP thông thường hoặc có nguy cơ phẫu thuật cao.

V. KẾT LUẬN

Sử dụng hệ thống nội soi đường mật SpyGlass kết hợp với ERCP là giải pháp hiệu quả trong chẩn đoán và điều trị bệnh lý đường mật phức tạp, đặc biệt khi có nghi ngờ tổn thương ác tính và các trường hợp sỏi kích thước lớn ống mật chủ. Kỹ thuật này nên được áp dụng rộng rãi trong các trung tâm có đủ điều kiện trang thiết bị và chuyên môn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Deprez PH et al (2018) *The economic impact of using single-operator cholangioscopy for the treatment of difficult bile duct stones and diagnosis of indeterminate bile duct strictures*. Endoscopy, 50(2): 109-118.
2. Tanisaka Y and Hawes R (2025) *Peroral cholangioscopy: past, present and future*. Clin Endosc 58(3): 360-369.
3. Sung MJ et al (2025) *Diagnostic cholangioscopy for surgical planning of extrahepatic cholangiocarcinoma*. Sci Rep 15(1): 3654.
4. Skenteris G et al (2025) *Effectiveness of cholangioscopy guided biopsy versus ERCP guided brushings in diagnosing malignant biliary strictures*. Surg Endosc 39(2): 1140-1146.
5. E Guarner et al (2025) *Cholangioscopy-Guided Lithotripsy in Complex Biliary Lithiasis: Fully Covered Metal Stents to Facilitate Extraction*. Endoscopy, 57(S 02): 95.
6. Korrapati P et al (2020) *Digital single-operator cholangioscopy for diagnosis and management of biliary disorders: A systematic review and meta-analysis*. Gastrointest Endosc 91(4): 893-902.