

trong đó 100% là nam giới.

- Thời gian mắc bệnh gút trung bình: $9,69 \pm 4,34$ (năm). Thời gian mắc hội chứng ống cổ tay trung bình: $12,94 \pm 8,6$ (tháng).

- Lý do đến khám chủ yếu là tê bì bàn tay (81,3%).

- Triệu chứng lâm sàng của tay bị bệnh: 53,7% đau cổ tay, bàn tay; 87,0% có yếu tố khởi phát, 96,3% dị cảm, 70,3% giảm cảm giác, 11,1% mất cảm giác, 44,4% cử động đối ngón, cầm nắm yếu, 42,6% teo cơ mô cái. Tỷ lệ nghiệm pháp Phalen (+) là 83,3% số ống cổ tay, dấu hiệu Tinel (+) là 72,2%, nghiệm pháp Ducan (+) là 68,5%.

- Có 75,9% ống cổ tay có dấu hiệu Notch (+), 16,7% ống cổ tay có dấu hiệu Notch đảo ngược (+), 79,6% phù dây thần kinh giữa. Diện tích dây thần kinh giữa đầu gần ống cổ tay trung bình là: $9,7 \pm 2,08$ (mm²). Đặc điểm tổn thương khớp cổ tay trên siêu âm ở bệnh nhân gút mạn: 72,2% viêm màng hoạt dịch, 87,0% hạt tophi, 25,9% hình ảnh đường đôi, 24,0% khuyết xương.

- Tỷ lệ bất thường về diện tích đầu gần dây thần kinh giữa ở người có hội chứng ống cổ tay mức độ trung bình, nặng và rất nặng theo phân độ Boston cao hơn so với những người có mức độ nhẹ, nhưng sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Rich JT, Bush DC, Lincoski CJ, Harrington TM. Carpal tunnel syndrome due to tophaceous gout. Orthopedics. 2004;27(8):862-863
2. Mondelli M, Farioli A, Mattioli S, et al. Severity of Carpal Tunnel Syndrome and Diagnostic Accuracy of Hand and Body Anthropometric Measures. PloS One. 2016;11(10):e0164715.
3. Đinh Thị Thuý Lan, 2021. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng hội chứng ống cổ tay ở bệnh nhân gút mạn tính. Thạc sĩ y học, Đại học Y Hà Nội, Việt Nam
4. Lê Thị Liễu, 2018. Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, điện cơ và siêu âm Doppler năng lượng trong hội chứng ống cổ tay. Luận án tiến sĩ y học, Đại học Y Hà Nội, Việt Nam.
5. Giannini F, Cioni R, Mondelli M, et al. A new clinical scale of carpal tunnel syndrome: validation of the measurement and clinical-neurophysiological assessment. Clin Neurophysiol Off J Int Fed Clin Neurophysiol. 2002;113(1):71-77.
6. Phan Hồng Minh (2019). Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, điện sinh lý thần kinh và điều trị hội chứng ống cổ tay vô căn ở người trưởng thành, Luận án tiến sĩ, Đại học Y Hà Nội.
7. Hiếu Đỗ Lập (2011). Nhận xét lâm sàng và các bất thường điện sinh lý thần kinh ở bệnh nhân mắc hội chứng ống cổ tay", Luận văn thạc sỹ Y học, Đại Học Y Hà Nội.
8. Đoàn Việt Trinh (2014). Đặc điểm hình ảnh và vai trò của siêu âm trong chẩn đoán và theo dõi kết quả sau phẫu thuật điều trị hội chứng ống cổ tay tại bệnh viện Đại học Y Hà Nội từ tháng 10/2013 đến tháng 7/2014, Luận văn Thạc sỹ Y học. Đại học Y Hà Nội.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT TÚI MẬT ĐIỀU TRỊ VIÊM TÚI MẬT CẤP

Đặng Quốc Ái^{1,2}, Nguyễn Văn Trường³, Nguyễn Văn Phước³,
Trần Nguyễn Bảo Tuấn¹, Trịnh Tuấn Dương⁴, Nguyễn Thị Minh⁴

TÓM TẮT

Mục tiêu nghiên cứu: Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi cắt túi mật điều trị viêm túi mật cấp tại bệnh viện Thanh Nhàn. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Hồi cứu tất cả bệnh nhân viêm túi mật cấp được phẫu thuật nội soi cắt túi mật tại Khoa ngoại Tổng hợp Bệnh viện Thanh Nhàn, từ tháng 1/2018 đến 12/2022. **Kết quả nghiên cứu:** Tuổi trung bình là $52,4 \pm 15,3$, nữ gấp 2 lần nam. Triệu chứng lâm sàng: Đau khu trú hạ sườn phải chiếm 86%, khám

dấu hiệu Murphy (+) chiếm 22%. Tất cả bệnh nhân đều phát hiện sỏi túi mật trên chẩn đoán hình ảnh, Tỷ lệ túi mật lớn và thành dày lặn lượt là 93,3% và 80%. Bệnh nhân chủ yếu được phẫu thuật trước 72 giờ từ khi có triệu chứng, chiếm 67,3%. Thời gian phẫu thuật trung bình là $93,45 \pm 11$ phút. Có 10% tai biến trong mổ, trong đó có 1 trường hợp tổn thương đường mật, 1 trường hợp chảy máu. Tỷ lệ chuyển mổ mở là 8%. Thời gian hậu phẫu trung bình là $4,8 \pm 1,8$ ngày. **Kết luận:** Phẫu thuật nội soi cắt túi mật là phương pháp an toàn và hiệu quả. Phẫu thuật càng sớm thì tỷ lệ phẫu thuật nội soi thành công cao, giảm các tai biến trong mổ, biến chứng sau mổ, rút ngắn thời gian nằm viện, chi phí điều trị cho người bệnh.

SUMMARY

EVALUATION OF THE RESULTS OF LAPAROSCOPIC CHOLECYSTECTOMY IN ACUTE CHOLECYSTITIS

Aim of the study: Evaluation of the results of laparoscopic cholecystectomy in acute cholecystitis at

¹Bệnh viện E

²Trường Đại học Y Hà Nội

³Bệnh viện Thanh Nhàn

⁴Bệnh viện Đa khoa Y Học Cổ Truyền Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Đặng Quốc Ái

Email: drdangquocai@gmail.com

Ngày nhận bài: 7.6.2024

Ngày phản biện khoa học: 11.7.2024

Ngày duyệt bài: 15.8.2024

Thanh Nhan Hospital. **Patients and methods:** A retrospective study of patients with acute cholecystitis who underwent laparoscopic cholecystectomy in the Department of General Surgery at Thanh Nhan Hospital from January 2018 to December 2022. **Results:** The mean age was 52.4 ± 15.3 years, with females/males is 2. Clinical symptoms: Pain localized to the right hypochondrium accounted for 86%, and a positive Murphy's sign was present in 22%. All patients had gallstones detected on imaging, with a large gallbladder and thickened wall in 93.3% and 80%, respectively. The majority of patients (67.3%) underwent surgery within 72 hours of symptom onset. The mean operative time was 93.45 ± 11 minutes. There were complications in 10% of cases, including one case of bile duct injury and one case of bleeding. The rate of conversion to laparotomy was 8%. The mean postoperative length of stay was 4.8 ± 1.8 days. **Conclusion:** Laparoscopic cholecystectomy is a safe and effective procedure. Early surgery increases the success rate of laparoscopic surgery, reduces intraoperative complications and postoperative complications, and shortens the length of hospital stay and treatment costs for patients.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm túi mật cấp (VTMC) là tình trạng viêm của túi mật, thường xảy ra do tình trạng tắc nghẽn ống cổ túi mật hoặc khả năng làm rỗng của túi mật bị suy giảm. Trong phần lớn trường hợp, sỏi túi mật là nguyên nhân chính⁶, với khoảng 95% trường hợp viêm túi mật có sỏi. Ước tính khoảng 20% bệnh nhân sỏi túi mật không triệu chứng sẽ xuất hiện triệu chứng trong vòng 20 năm và khoảng 1% bệnh nhân không triệu chứng sẽ xảy ra các biến chứng trước khi có các triệu chứng báo hiệu⁶. Bất kể nguyên nhân tắc nghẽn là gì, tình trạng viêm túi mật tiếp diễn sẽ dẫn tới sự phù nề, thiếu máu thành túi mật và dẫn tới các biến chứng nguy hiểm như hoại tử túi mật, thủng túi mật, viêm phúc mạc mất và có thể đe dọa tử vong. Tỷ lệ tử vong của viêm túi mật cấp ước tính khoảng 3,6% và tăng lên tỷ lệ thuận với độ tuổi bệnh nhân⁹.

Hiện nay, phẫu thuật cắt túi mật được chấp thuận rộng rãi là phương pháp điều trị hiệu quả và tối ưu đối với phần lớn bệnh nhân viêm túi mật cấp^{8,9}. Một số nghiên cứu được thực hiện trong thời kỳ cắt túi mật mở đã chứng được các lợi ích của phẫu thuật cắt túi mật sớm đối với bệnh nhân viêm túi mật cấp là an toàn, hiệu quả và hồi phục sớm (Mức độ bằng chứng 1b). Mặc dù viêm túi mật cấp ban đầu là một chống chỉ định đối với phẫu thuật nội soi (PTNS) cắt túi mật bởi vì tỷ lệ biến chứng cao hơn so với khi túi mật không viêm (Mức độ bằng chứng 2b), tuy nhiên hiện nay với sự nâng cao trình độ của các phẫu thuật viên và sự phát triển của các dụng cụ phẫu thuật nội soi, phẫu thuật nội soi cắt túi mật

hiện tại được chấp thuận là một phương pháp điều trị an toàn. Một số nghiên cứu thử nghiệm lâm sàng gần đây đã cho thấy phẫu thuật nội soi cắt túi mật điều trị viêm túi mật cấp cho thời gian nằm viện ngắn, hồi phục sớm và giảm chi phí điều trị, và đủ an toàn để có thể thực hiện thường quy^{8,9}.

Tại Việt Nam, bệnh lý về sỏi mật nói chung là một bệnh lý thường gặp trên lâm sàng, trong đó sỏi túi mật chiếm 10% dân số và viêm túi mật là một bệnh lý cấp cứu thường gặp. Vì vậy phẫu thuật nội soi cắt túi mật điều trị viêm túi mật cấp cũng đã được thực hiện thường quy tại các bệnh viện đầy đủ cơ sở vật chất và bác sĩ phẫu thuật có kinh nghiệm. Tại bệnh viện Thanh Nhân cũng đã triển khai thường quy phẫu thuật nội soi cắt túi mật điều trị viêm túi mật cấp từ lâu. Nghiên cứu này nhằm tổng kết lại và đánh giá kết quả của phẫu thuật nội soi cắt túi mật điều trị cho những bệnh nhân viêm túi mật cấp, từ đó rút ra các kinh nghiệm cũng như cải thiện chất lượng điều trị.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

2.1.1. Đối tượng. Gồm những bệnh nhân VTMC, được PTNS cắt túi mật tại Bệnh viện Thanh Nhân, từ tháng 1/2018 đến 12/2022.

2.1.2. Tiêu chuẩn lựa chọn

Những bệnh nhân đảm bảo các điều kiện:

- Chẩn đoán xác định VTMC trước mổ theo hướng dẫn của hội nghị Tokyo 2018⁹ (Tokyo Guideline 2018: TG18)
- Được tiến hành PTNS cắt túi mật điều trị.
- Chẩn đoán giải phẫu bệnh (GPB) sau mổ viêm túi mật cấp.
- Bệnh nhân không có chống chỉ định PTNS, bệnh lý toàn thân nặng
- Hồ sơ bệnh án đầy đủ các thông số phục vụ cho nghiên cứu.

2.1.3. Tiêu chuẩn loại trừ

- Bệnh nhân được PTNS cắt túi mật điều trị viêm túi mật cấp nhưng có kèm theo các phẫu thuật điều trị bệnh lý khác như sỏi đường mật chính...
- GPB sau mổ không phải là viêm túi mật.
- Các trường hợp bệnh nhân chống chỉ định PTNS.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế

- Nghiên cứu hồi cứu mô tả.
- Địa điểm, thời gian nghiên cứu: khoa ngoại Tổng hợp Bệnh viện Thanh Nhân, từ tháng 1/2018 đến tháng 12/2022.

2.2.2. Cỡ mẫu.

Cỡ mẫu bao gồm các bệnh

nhân chuẩn đoán VTMC được PTNS cắt túi mật tại khoa Ngoại tổng hợp, bệnh viện Thanh Nhàn trong khoảng thời gian nghiên cứu.

2.3. Các chỉ số nghiên cứu

2.3.1. Các chỉ số trước phẫu thuật

2.3.1.1. Đặc điểm chung

- Tuổi, giới.
- Tiền sử bệnh.
- Phân loại bệnh nhân: dựa theo tiêu chuẩn của Hiệp hội Gây mê Hoa Kỳ (ASA).

2.3.1.2. Triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng:

- Thời điểm phẫu thuật.
- Triệu chứng toàn thân.
- Triệu chứng cơ năng.
- Triệu chứng thực thể.
- Xét nghiệm sinh hoá.
- Chẩn đoán hình ảnh: Siêu âm ổ bụng, cắt lớp vi tính (CLVT), cộng hưởng từ (CHT)
- Phân loại mức độ VTMC cấp theo TG 2018⁹

2.3.2. Các chỉ số trong mổ

- Hình thể túi mật.
- Kỹ thuật cắt túi mật.
- Chuyển mổ mở: lý do
- Thời gian phẫu thuật:
- Tai biến: Chảy máu, thủng túi mật, tổn thương các tạng, mạch máu, đường mật.

2.3.3. Kết quả sớm sau mổ

- Thời gian phục hồi nhu động ruột sau mổ.
- Biến chứng sớm sau mổ: Chảy máu, nhiễm trùng, rò mật, tắc mật, tắc ruột.
- Thời gian hậu phẫu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Quan nghiên cứu 150 bệnh nhân viêm túi mật cấp và được phẫu thuật nội soi cắt túi mật tại bệnh viện Thanh Nhàn có kết quả như sau:

3.1. Đặc điểm chung của bệnh nhân

Bảng 1: Đặc điểm chung của bệnh nhân

Thông số	N	Tỉ lệ (%)
Giới (Nam/Nữ)	49/101	1/2
Tuổi trung bình	52,4 ± 15,3	
Chỉ số ASA		
I	105	70
II	45	30
Thời điểm phẫu thuật		
Trước 72 giờ	101	67,3
Sau 72 giờ	49	32,7

3.2. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng

Bảng 2: Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng

Thông số	N	Tỉ lệ (%)
Dấu hiệu toàn thân		
Sốt	125	83,3
Tăng CRP/WBC	120	80
Dấu hiệu tại chỗ		
Đau khu trú HSP	129	86,0

Phản ứng thành bụng HSP	30	20
Murphy (+)	33	22
Chẩn đoán hình ảnh		
Túi mật lớn (>4cm)	140	93,3
Túi mật thành dày (>4mm)	120	80
Sỏi túi mật	150	100
Tụ dịch quanh túi mật	25	16,7
Mức độ viêm túi mật (TG18)		
I	80	53,3
II	70	46,7

3.3. Đặc điểm phẫu thuật và hậu phẫu

Bảng 3: Đặc điểm phẫu thuật và hậu phẫu

Thông số	N	Tỉ lệ (%)
Hình ảnh đại thể	Viêm cấp	139 92,7
	Hoại tử	11 7,3
Thời gian phẫu thuật	93,45±11 (phút)	
Kỹ thuật cắt túi mật	Ngược dòng	111 74
	Xuôi dòng	27 18
	Hỗn hợp	12 8
Kỹ thuật hỗ trợ	Chọc hút dịch túi mật	57 38
	Khâu cột ống cổ túi mật	5 3,3
	Đặt spongel cầm máu	9 6
Tai biến	Thủng túi mật	13 8,6
	Chảy máu	1 0,7
	Tổn thương đường mật	1 0,7
Chuyển mổ mở	12	8
Thời gian trung tiện	22,9±2,5 (ngày)	
Thời gian hậu phẫu	4,8±1,8 (ngày)	

IV. BÀN LUẬN

Tương tự như các nghiên cứu khác trong nước^{1,2,3,4}, trong nghiên cứu của chúng tôi, tỉ lệ bệnh nhân chiếm đa số là nữ giới, tuổi trưởng thành (Nữ gấp 2 lần nam, độ tuổi trung bình là 52,4 ± 15,3). Điều này được giải thích là do 90% viêm túi mật là liên quan tới sỏi túi mật, ở phụ nữ trưởng thành do ảnh hưởng của nội tiết tố, tình trạng thai sản, khuynh hướng béo phì, đồng thời progesteron làm giảm co bóp của túi mật dẫn đến ứ mật tăng nguy cơ hình thành sỏi túi mật. Tuy vậy tuổi càng cao, mức độ nghiêm trọng của viêm túi mật cấp cũng sẽ càng tăng lên.

Trong nghiên cứu, bệnh nhân nhập viện với các triệu chứng đặc trưng của viêm túi mật cấp bao gồm: Sốt (83,3%), đau khu trú vùng hạ sườn phải (86,0%), khám có phản ứng vùng HSP (20%). Các dấu hiệu này là yếu tố làm bệnh nhân nhập viện sớm và giúp bác sĩ chẩn đoán bệnh và can thiệp phẫu thuật sớm, vì vậy trong nghiên cứu tỉ lệ bệnh nhân được phẫu thuật trước 72 giờ là 67,3%, tỉ lệ này ở một số nghiên

cứu khác là: Nguyễn Quang Huy⁴ (31,1%), Trần Đình Hoan² (38,9%). Phẫu thuật điều trị viêm túi mật cấp sớm trong vòng 72 giờ kể từ khi có triệu chứng đã được chứng minh là có hiệu quả, an toàn và đã được khuyến cáo trong các nghiên cứu lớn trên thế giới^{8,9}.

Vị trí đau thay đổi tùy theo giai đoạn của bệnh, giai đoạn đầu khi sỏi mới kẹt cổ ống túi mật làm tắc và căng túi mật bệnh nhân sẽ cảm giác đau vùng thượng vị và nôn mửa do phản xạ, khi vách túi mật bị viêm bệnh nhân sẽ cảm giác đau vùng HSP. Trong nghiên cứu này, bệnh nhân nhập viện triệu chứng cơ năng là đau bụng trong đó đã HSP là chủ yếu chiếm 86%. Kết quả của chúng tôi cũng tương đương với tác giả khác. Theo Đặng Quốc Ái¹ 83,7% bệnh nhân vào viện đau bụng vùng hạ sườn phải hoặc thượng vị hầu hết là đau âm ỉ, chỉ có 12,5% bệnh nhân đau dữ dội; Theo nghiên cứu của Trần Đình Hoan²: 85,2% bệnh nhân đau hạ sườn phải và chủ yếu đau âm ỉ chiếm 96,3%.

Túi mật to không phải lúc nào cũng sờ thấy trên lâm sàng, khi túi mật căng to trong VTMC có thể sờ chạm dưới bờ sườn phải, di động theo nhịp thở, ấn tay vào bệnh nhân rất đau, khối này có thể to xuống quá ngang rốn. Tỷ lệ sờ chạm túi mật trong nghiên cứu của chúng tôi là 22% và 20% số bệnh nhân có phản ứng rõ hạ sườn phải. Theo nghiên cứu Ngô Công Nghiễm⁵ các tỷ lệ này lần lượt là 11,2% và 13,6%; Trần Đình Hoan² lần lượt là 13,0% và 18,5%. Tỷ lệ sờ thấy túi mật to trên lâm sàng khác nhau tùy từng nghiên cứu do phụ thuộc nhiều yếu tố như: thành bụng của bệnh nhân dày hay mỏng, mức độ to của túi mật và kinh nghiệm thăm khám của thầy thuốc. Triệu chứng túi mật to khi khám lâm sàng không giống nhau giữa các nghiên cứu. Kết quả này phụ thuộc vào nhiều yếu tố như chúng tôi trình bày ở trên. Tuy nhiên, chúng tôi nhận thấy kinh nghiệm và kỹ năng khám lâm sàng đóng vai trò quan trọng.

Về dấu hiệu phản ứng viêm toàn thân, trong nghiên cứu của chúng tôi, phần lớn bệnh nhân có sốt và tăng bạch cầu hoặc CRP (lần lượt là 83,3% và 80%). Tỷ lệ này ở các nghiên cứu khác như nghiên cứu của Nguyễn Quang Huy⁴ tỷ lệ sốt chiếm 23%; Trần Đình Hoan² tỷ lệ bệnh nhân tăng bạch cầu là 55,6%; Thái Nguyên Hưng³ cho tỷ lệ sốt và tăng bạch cầu lần lượt là 14,1% và 16,1%.

Về phương tiện chẩn đoán hình ảnh: Theo khuyến cáo của TG18⁹ và hiệp hội phẫu thuật cấp cứu thế giới (WSES)⁸: Siêu âm vẫn là phương tiện chẩn đoán hình ảnh được chỉ định đầu tiên để chẩn đoán viêm túi mật cấp (Kích thước túi mật, độ dày thành túi mật), bởi vì tính

sẵn có, không xâm lấn, giá thành rẻ, và độ nhạy giao động từ 50-100%, độ đặc hiệu là 33-100%. Trong các trường hợp chẩn đoán chưa rõ ràng hoặc nghi ngờ biến chứng có thể chỉ định các phương tiện chẩn đoán hình ảnh cao hơn như CLVT hoặc CHT gan mật. Trong nghiên cứu, 100% bệnh nhân được thực hiện siêu âm và đều phát hiện sỏi túi mật, siêu âm túi mật to (93,3%) và dày thành túi mật (80%). Do đó, có thể thấy phần lớn nguyên nhân chủ yếu gây viêm túi mật cấp trong nghiên cứu của chúng tôi cũng như các nghiên cứu khác, vẫn là do sỏi túi mật. So sánh với một số nghiên cứu khác: Trần Đình Hoan² cho tỷ lệ túi mật to và thành dày lần lượt là 81,5% và 100%; Ngô Công Nghiễm⁵ cho tỷ lệ lần lượt là 82,1% và 84,3%.

Đánh giá mức độ viêm túi mật cấp theo phân độ của TG18⁹, phần lớn bệnh nhân trong nghiên cứu viêm túi mật cấp ở độ I (Chiếm 53,3%) và độ II (46,7%), cũng như theo đánh giá chỉ số ASA dùng để đánh giá và phân loại bệnh nhân trước mổ về mặt gây mê hồi sức. Trong nghiên cứu của chúng tôi chiếm đa số với 70% bệnh nhân có ASA loại I và số còn lại 30% là ASA loại II, không có bệnh nhân nào có phân loại ASA trước mổ \geq III. Do đó chỉ định phẫu thuật nội soi cắt túi mật trên bệnh nhân là hoàn toàn phù hợp theo TG18⁹, WSES⁸.

Đánh giá trong quá trình phẫu thuật, về mặt đại thể quan sát túi mật trong mổ chủ yếu là tình trạng viêm cấp chiếm 92,7%, hoại tử chiếm 7,3%. Các khó khăn và bất lợi gặp phải trong quá trình phẫu thuật túi mật bị viêm có thể là tình trạng viêm dính nhiều, viêm dính ở tam giác gan mật, viêm dính ở đáy túi mật gây dễ chảy máu, hạn chế quan sát các cấu trúc giải phẫu trong quá trình phẫu tích; túi mật căng lớn, khó cầm nắm, dễ thủng, ống cổ túi mật viêm phù nề do sỏi kẹt cổ có thể gây ra tình trạng sót sỏi, tổn thương ống cổ túi mật, ống mật chủ,... Trong nghiên cứu của chúng tôi, về mặt kỹ thuật, phương pháp phẫu thuật chủ yếu vẫn là cắt túi mật ngược dòng chiếm 74%. Ngoài ra do sự khó khăn gặp phải trong quá trình phẫu tích, một số kỹ thuật hỗ trợ bao gồm: Chọc hút dịch túi mật chủ động (38%), khâu cột ống cổ túi mật (3,3%), đặt spongel giường TM (6%).

Có 15 trường hợp có biến chứng trong mổ chiếm 10%, trong đó phần lớn là thủng túi mật (8,6%), 1 trường hợp chảy máu (0,6%) và 1 trường hợp tổn thương đường mật (0,6%). So sánh với nghiên cứu của Atsushi Kohga⁷ tỉ lệ biến chứng là: tổn thương đường mật (0,4%), rò mật (1,5%), sót sỏi ống mật chủ (4,1%); Thái Nguyên Hưng³ là: tổn thương ống mật chủ

0,4%, chảy máu là 1,2%.

Tổn thương đường mật trong quá trình phẫu tích là một biến chứng có thể gặp trong mổ. Nguyên nhân gây tổn thương đường mật do viêm dính nhiều vùng tam giác gan mật gây khó khăn cho phẫu tích, thêm vào đó viêm nề của đường mật cũng là yếu tố dễ gây tổn thương trong quá trình phẫu tích. Tỷ lệ tổn thương đường mật nói chung thay đổi từ 0-5% giữa các nghiên cứu⁷. Trong nghiên cứu của chúng tôi có 1 trường hợp bên nhân tổn thương ống gan chung do túi mật viêm dính biến đổi giải phẫu. Bệnh nhân đã được tiến hành mổ mở nối mật ruột. Hậu phẫu bệnh nhân được ra viện sau 10 ngày điều trị.

Tỉ lệ chuyển mổ mở là 12%, trong đó viêm dính là 9 trường hợp, 2 trường hợp chảy máu, 1 trường hợp tổn thương ống mật chủ. Tỉ lệ này theo Nguyễn Quang Huy⁴ là 2,7%, Thái Nguyên Hưng³ là 3,2%, Atsushi Kohga⁷ là 4,9%. Nguyên nhân chuyển mổ mở ở các nghiên cứu khác vẫn chủ yếu là do viêm dính nhiều, gặp biến chứng khi phẫu thuật nội soi.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy thời gian trung bình trung tiện của bệnh nhân $22,9 \pm 2,5$ giờ. Bệnh nhân chủ yếu trung tiện vào ngày đầu sau mổ chiếm 70,9%. Sau phẫu thuật có 2 bệnh nhân xuất hiện nhiễm trùng vết mổ chiếm 2,3%, tụ dịch dưới gan là 12,8%. Thời gian nằm viện sau mổ trung bình là $4,8 \pm 1,8$ ngày, khá tương đồng với các nghiên cứu khác như: Trần Đình Hoan² là $6,1 \pm 1,9$ ngày; Ngô Công Nghiê⁵ là $4,9 \pm 1,1$ ngày.

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật nội soi cắt túi mật là phương pháp an toàn và hiệu quả. Phẫu thuật càng sớm

thì tỉ lệ phẫu thuật nội soi thành công cao, giảm các tai biến trong mổ, biến chứng sau mổ, rút ngắn thời gian nằm viện, chi phí điều trị cho người bệnh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Đặng Quốc Ái** (2017). Nghiên cứu ứng dụng phẫu thuật cắt túi mật nội soi một lỗ tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội, Luận án Tiến sĩ, Đại học Y Hà Nội.
2. **Trần Đình Hoan, Nguyễn Minh An & Đỗ Mạnh Toàn** (2024). Kết quả sớm phẫu thuật nội soi điều trị viêm túi mật cấp do sỏi tại bệnh viện đa khoa tỉnh Thái Bình. Tạp chí Y học Việt Nam. 536(2): 62-66.
3. **Thái Nguyên Hưng & Trương Đức Tuấn** (2023). Đặc điểm dịch tễ học, lâm sàng, cận lâm sàng bệnh lý túi mật qua 248 trường hợp phẫu thuật cắt túi mật nội soi. Tạp chí Y học Việt Nam. 525(1A): 297-302.
4. **Nguyễn Quang Huy, Đặng Khải Toàn, Nguyễn Quốc Cường & Trần Thị Thu Hồng** (2023). Nhận xét kết quả sớm phẫu thuật nội soi điều trị viêm túi mật cấp do sỏi tại bệnh viện nhân dân 115. Tạp chí Y học Việt Nam. 529(8): 155-160.
5. **Ngô Công Nghiê^m** (2021). Đánh giá kết quả sớm phẫu thuật nội soi cắt túi mật viêm cấp do sỏi tại bệnh viện đa khoa tỉnh Thanh Hóa, Luận văn thạc sĩ, Đại học Y Hà Nội.
6. **Valerie Halpin** (2014). Acute cholecystitis. BMJ Clinical Evidence. 08.
7. **A. Kohga, K. Suzuki, T. Okumura, et alT. Kimura** (2019). Outcomes of early versus delayed laparoscopic cholecystectomy for acute cholecystitis performed at a single institution. Asian J Endosc Surg. 12(1): 74-80.
8. **M. Pisano, N. Allievi, K. Gurusamy, et all. Ansaloni** (2020). 2020 World Society of Emergency Surgery updated guidelines for the diagnosis and treatment of acute calculus cholecystitis. World J Emerg Surg. 15(1): 61.
9. **M. Yokoe, J. Hata, T. Takada, et al** (2018). Tokyo Guidelines 2018: diagnostic criteria and severity grading of acute cholecystitis (with videos). J Hepatobiliary Pancreat Sci. 25(1): 41-54.

KẾT QUẢ TRUNG HẠN ĐIỀU TRỊ BỆNH TẮC HỆP ĐỘNG MẠCH CHI DƯỚI ĐA TẦNG BẰNG CAN THIỆP NỘI MẠCH

Lâm Văn Nút¹, Trịnh Vũ Nghĩa¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá hiệu quả điều trị THĐMCDMTĐT bằng can thiệp nội mạch tại bệnh viện Chợ Rẫy. **Phương pháp:** Nghiên cứu không nhóm

¹Bệnh viện Chợ Rẫy

Chịu trách nhiệm chính: Lâm Văn Nút

Email: nutlamvan@yahoo.com

Ngày nhận bài: 7.6.2024

Ngày phản biện khoa học: 12.7.2027

Ngày duyệt bài: 16.8.2024

chứng, theo dõi trước và sau can thiệp trên 70 bệnh nhân THĐMCDMTĐT. **Kết quả:** 90% bệnh nhân cải thiện lâm sàng ngay cả khi chỉ tái thông một phần tổn thương với ABI tăng 0,25. Tỷ lệ biến chứng chu phẫu: 5,7%. Tỷ lệ cắt cụt chi chu phẫu: 4,3%. Tỷ lệ tử vong chu phẫu: 5,7%. Tỷ lệ cắt cụt chi sau 2 năm theo dõi: 14,3%. Tỷ lệ tử vong sau 2 năm theo dõi: 25,7%. Nguyên nhân tử vong thường gặp nhất: NMCT và suy kiệt do tuổi già. **Kết luận:** Can thiệp nội mạch giúp cải thiện về lâm sàng và giảm tỷ lệ cắt cụt chi cho BN THĐMCDMTĐT ngay cả khi chỉ tái thông một phần tổn thương.