

V. KẾT LUẬN

Trên người bệnh suy tim phân suất tống máu giảm, suy giảm chức năng thất phải xuất hiện đáng kể trong nghiên cứu của chúng tôi và vì vậy cần được quan tâm. Khả năng phát hiện rối loạn chức năng thất phải có sự thay đổi đáng kể tùy theo thông số siêu âm tim được sử dụng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Butler J, Yang M, Manzi MA, et al.** Clinical Course of Patients With Worsening Heart Failure With Reduced Ejection Fraction. *J Am Coll Cardiol.* Mar 5 2019; 73(8):935-944. doi:10.1016/j.jacc.2018.11.049
2. **Sciaccaluga C, D'Ascenzi F, Mandoli GE, et al.** Traditional and Novel Imaging of Right Ventricular Function in Patients with Heart Failure and Reduced Ejection Fraction. *Curr Heart Fail Rep.* Apr 2020;17(2):28-33. doi:10.1007/s11897-020-00455-1
3. **Iglesias-Garriz I, Olalla-Gómez C, Garrote C, et al.** Contribution of right ventricular dysfunction to heart failure mortality: a meta-analysis. *Rev Cardiovasc Med.* 2012;13(2-3):e62-9. doi:10.3909/ricm0602
4. **Tadic M, Nita N, Schneider L, et al.** The Predictive Value of Right Ventricular Longitudinal Strain in Pulmonary Hypertension, Heart Failure, and Valvular Diseases. *Front Cardiovasc Med.* 2021;8:698158. doi:10.3389/fcvm.2021.698158
5. **Mitchell C, Rahko PS, Blauwet LA, et al.** Guidelines for Performing a Comprehensive Transthoracic Echocardiographic Examination in Adults: Recommendations from the American Society of Echocardiography. *J Am Soc Echocardiogr.* 2019 Jan;32(1):1-64. doi: 10.1016/j.echo.2018.06.004.
6. **Konstam MA, Kiernan MS, Bernstein D, et al.** Evaluation and Management of Right-Sided Heart Failure: A Scientific Statement From the American Heart Association. *Circulation.* May 15 2018; 137(20): e578-e622. doi:10.1161/cir.0000000000000560
7. **Motoki H, Borowski AG, Shrestha K, et al.** Right ventricular global longitudinal strain provides prognostic value incremental to left ventricular ejection fraction in patients with heart failure. *J Am Soc Echocardiogr.* Jul 2014;27(7): 726-32. doi:10.1016/j.echo.2014.02.007
8. **Lundorff IJ, Sengeløv M, Pedersen S, et al.** Prognostic value of right ventricular echocardiographic measures in patients with heart failure with reduced ejection fraction. *J Clin Ultrasound.* Nov 2021;49(9):903-913. doi:10.1002/jcu.23050
9. **Carluccio E, Biagioli P, Lauciello R, et al.** Superior Prognostic Value of Right Ventricular Free Wall Compared to Global Longitudinal Strain in Patients With Heart Failure. *J Am Soc Echocardiogr.* Jul 2019;32(7):836-844.e1. doi:10.1016/j.echo.2019.02.011
10. **Houard L, Benaets MB, de Meester de Ravenstein C, et al.** Additional Prognostic Value of 2D Right Ventricular Speckle-Tracking Strain for Prediction of Survival in Heart Failure and Reduced Ejection Fraction: A Comparative Study With Cardiac Magnetic Resonance. *JACC Cardiovasc Imaging.* Dec 2019;12(12):2373-2385. doi:10.1016/j.jcmg.2018.11.028

KẾT QUẢ PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT TÚI MẬT ĐIỀU TRỊ VIÊM TÚI MẬT CẤP TẠI BỆNH VIỆN E GIAI ĐOẠN 2019 - 2023

Nguyễn Thị Minh¹, Đặng Quốc Ái^{1,2}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi cắt túi mật điều trị viêm túi mật cấp tại bệnh viện E giai đoạn 2019- 2023. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả hồi cứu trên 150 bệnh nhân được chẩn đoán là viêm túi mật cấp được phẫu thuật nội soi cắt túi mật tại khoa Ngoại tổng hợp Bệnh viện E từ 1/2019 đến 12/2023. **Kết quả:** Trong khoảng thời gian từ tháng 1 năm 2019 đến tháng 12 năm 2023 chúng tôi thu thập được 150 bệnh nhân đủ tiêu chuẩn nghiên cứu. Tuổi trung bình nhóm nghiên cứu là $59,5 \pm 16,6$ tuổi. Trong đó có 57% là nam giới

và 43% là nữ giới. Bệnh kèm theo 50%. Triệu chứng lâm sàng (LS): 100% bệnh nhân có triệu chứng đau bụng trong đó 98,6% đau dưới sườn phải. 70% có sốt >37,5 độ, túi mật căng to 15,33%. Phản ứng dưới sườn phải 88%. Murphy (+) 18%. 88,66% có BC >10G/L. Siêu âm ổ bụng thành túi mật dày 100%, dịch quanh túi mật 36%. Tỷ lệ cắt túi mật nội soi thành công 100%. Thời gian mổ trung bình của nhóm phẫu thuật trước 72 giờ $65,7 \pm 20,8$ phút. Thời gian mổ trung bình của nhóm phẫu thuật sau 72 giờ $79,8 \pm 29,3$ phút. 100% không xảy ra tai biến trong quá trình phẫu thuật. Có 1 trường hợp xảy ra biến chứng sau mổ. Thời gian nằm viện trung bình của nhóm phẫu thuật trước 72 giờ $(5,4 \pm 1,6)$ ngày ngắn hơn so với nhóm sau 72 giờ $(6,8 \pm 2)$ ngày). **Kết luận:** Phẫu thuật nội soi cắt túi mật điều trị viêm túi mật cấp là phương pháp điều trị an toàn, thuận lợi và cho kết quả tốt và chỉ định phẫu thuật sớm trong vòng 72 giờ tính từ lúc có triệu chứng là lựa chọn tối ưu.

Từ khóa: Viêm túi mật cấp, điều trị, phẫu thuật nội soi, cắt túi mật.

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện E

Chịu trách nhiệm chính: Đặng Quốc Ái

Email: drdangquocai@gmail.com

Ngày nhận bài: 25.6.2024

Ngày phản biện khoa học: 20.8.2024

Ngày duyệt bài: 6.9.2024

SUMMARY**SURGICAL TREATMENT RESULTS OF LAPAROSCOPIC CHOLECYSTECTOMY FOR ACUTE CHOLECYSTITIS AT E HOSPITAL DURING THE PERIOD 2019-2023**

Objective: Assessing treatment results of laparoscopic surgery for acute cholecystitis at E Hospital. **Materials and Methods:** Retrospective and prospective study from 1/2019 to 12/2023, including 150 patients (85 men and 65 women) who underwent laparoscopic cholecystectomy for acute cholecystitis. **Results:** The mean age was 59.5 ± 16.6 years. Of these, 57% were male and 43% were female. The average BMI was 21.97 ± 2.58 kg/m². Clinical findings included abdominal pain in all patients, with 98.6% experiencing right upper abdominal pain and 70% having a fever (more than 37.5°C). Elevated leukocyte levels were found in 88.66% of patients (more than 10 G/L). Abdominal ultrasound revealed a thickness of the gallbladder wall in 100% of patients (more than 4 mm) and the presence of pericholecystic fluid in 36%. The success rate of laparoscopic cholecystectomy was 100%. The average operation time for the group that underwent surgery within 72 hours was 65.7 ± 20.8 minutes, shorter than the group after 72 hours (79.8 ± 29.3 minutes). The mean time of post-operative defecation was 1.36 ± 0.45 days and re feeding was 1.33 ± 0.76 days. Post-surgery complications occurred in 1 case. The mean inpatient hospital stay for the group that had surgery within 72 hours (5.4 ± 1.6 days) was shorter than that of the group after 72 hours (6.8 ± 2 days). The results of the pathology show that the purulent cholecystitis accounts for the highest percentage at 53.3%, followed by edematous cholecystitis at 37.3%, and gangrenous cholecystitis at 9.4%. **Conclusions:** Laparoscopic cholecystectomy for acute cholecystitis is a safe and effective treatment. Early surgery within 72 hours of symptom onset is the optimal choice.

Keywords: Acute cholecystitis, laparoscopic cholecystectomy.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm túi mật cấp tính là tình trạng nhiễm khuẩn cấp ở túi mật thường do sỏi túi mật chiếm 90 – 95%, phần còn lại do nhiều nguyên nhân khác như thiếu máu, rối loạn co bóp túi mật, viêm do vi khuẩn, do ký sinh trùng hay do hóa chất, bệnh hệ thống,... Viêm túi mật cấp là một bệnh thường gặp, chiếm 3 – 10% các bệnh nhân đau bụng (6,3% ở tuổi <50% và 20,9% ở tuổi > 50), nếu không chẩn đoán và điều trị kịp thời, có thể gây ra những biến chứng nghiêm trọng như: hoại tử, viêm mủ, áp xe túi mật, thủng mật phúc mạc, thậm chí viêm phúc mạc[1]

Phẫu thuật nội soi cắt túi mật được Philip Mouret (Pháp) thực hiện thành công lần đầu tiên năm 1987. Sau đó ngày càng được áp dụng rộng rãi trên toàn thế giới điều trị các bệnh lý túi mật nhờ những ưu việt của nó so với cắt túi mật

mở: giảm đau sau mổ, tính thẩm mỹ cao, người bệnh sớm trở về hoạt động bình thường [5]. Hiện nay, theo hướng dẫn Tokyo 2018 về điều trị VTMC đã đưa ra khuyến cáo VTMC do sỏi nên được chỉ định mổ nội soi sớm trong vòng 72 giờ kể từ khi khởi phát triệu chứng sẽ giảm được nguy cơ biến chứng, giảm thời gian nằm viện và giảm chi phí điều trị. Đối với trường hợp VTMC đến muộn sau 72 giờ hoặc có bệnh lý toàn thân nặng không tiến hành cắt túi mật sớm được thì tiến hành điều trị nội khoa tích cực mổ trì hoãn hoặc dẫn lưu túi mật.

Tại Việt Nam, phẫu thuật nội soi cắt túi mật điều trị viêm túi mật cấp đã áp dụng tại nhiều bệnh viện lớn như: Bệnh viện Việt Đức, Bệnh viện Đại học Y Hà Nội, Bệnh viện Trung ương Quân đội 108, Bệnh viện Quân y 103, Bệnh viện Trung ương Huế, Bệnh viện Chợ Rẫy ... Tại bệnh viện E phẫu thuật nội soi cắt túi mật điều trị viêm túi mật cấp đã được triển khai nhiều năm qua. Nhằm đánh giá lại hiệu quả của phẫu thuật nội soi cắt túi mật điều trị viêm túi mật cấp, chúng tôi tổng kết lại số liệu trong 5 năm gần đây để có cái nhìn khách quan trong việc điều trị, góp phần nâng cao hiệu quả điều trị bệnh. Vì vậy chúng tôi thực hiện đề tài: "*Kết quả phẫu thuật nội soi cắt túi mật điều trị viêm túi mật cấp tại bệnh viện E giai đoạn 2019 - 2023*".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Gồm những bệnh nhân viêm túi mật cấp, được cắt túi mật nội soi tại Khoa ngoại Tổng hợp Bệnh viện E giai đoạn 2019 – 2023.

Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân

Những bệnh nhân đảm bảo các điều kiện:

- Chẩn đoán xác định VTMC, được điều trị bằng phẫu thuật nội soi cắt túi mật
- Chẩn đoán giải phẫu bệnh sau mổ viêm túi mật cấp.
- Hồ sơ bệnh án đầy đủ các thông số phục vụ cho nghiên cứu

Tiêu chuẩn loại trừ bệnh nhân

- Được phẫu thuật nội soi 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...

2.2. Phương pháp nghiên cứu.**Nghiên cứu hồi cứu mô tả****2.3. Các biến số nghiên cứu**

- Các chỉ tiêu về đặc điểm chung: tuổi, giới tính, BMI, các bệnh lý đi kèm.
- Các chỉ tiêu về kết quả trong mổ: thời gian phẫu thuật, tai biến trong mổ, chuyển mổ mở.
- Các chỉ tiêu về kết quả sau mổ: thời gian

trung tiện, các biến chứng sau mổ, thời gian hậu phẫu, kết quả giải phẫu bệnh,.

2.4. Phương pháp xử lý số liệu. Tất cả số liệu được thu thập theo mẫu bệnh án và được xử lý bằng phần mềm thống kê SPSS 22.0.

2.5. Đạo đức nghiên cứu. Tất cả các số liệu thu thập được chỉ phục vụ cho mục đích nghiên cứu và sử dụng dưới dạng ẩn danh.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung đối tượng nghiên cứu. Từ tháng 1 năm 2019 đến tháng 12 năm 2023 có 150 bệnh nhân viêm túi mật cấp được phẫu thuật nội soi cắt túi mật đủ tiêu chuẩn nghiên cứu. Tuổi trung bình của nhóm bệnh nhân là $59,5 \pm 16,6$ (từ 25 đến 96) tuổi. Tỷ lệ bệnh nhân nhóm ≥ 70 tuổi chiếm cao nhất với 33%. Số bệnh nhân nam chiếm 57%, nữ chiếm 43%. Bệnh kết hợp và tiền sử phẫu thuật vùng bụng: 92% chưa có tiền sử phẫu thuật vùng bụng. Tỷ lệ mắc bệnh nội khoa kết hợp là 50%. Triệu chứng cơ năng: đau hạ sườn phải chiếm 98,6%, mức độ đau âm ỉ chiếm 38,6%, mức độ đau dữ dội chiếm 42,6%, 70% có sốt $>37,5$ độ. Triệu chứng thực thể: có 66% bệnh nhân có điểm đau túi mật dương tính, sờ thấy túi mật to có 15,33%, phản ứng thành bụng hạ sườn phải dương tính chiếm 88%. Kết quả xét nghiệm máu: Có 88,66% bạch cầu tăng trên 10 G/l. Trong đó tỷ lệ bạch cầu trung tính tăng trên 80% là 29,3%.

Có 10 bệnh nhân siêu âm viêm túi mật cấp nhưng không có sỏi. Có 111 (77%) bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu có sỏi nằm ở trong lòng túi mật, 14 (9,7%) bệnh nhân có sỏi nằm ở vị trí cổ túi mật.

100% bệnh nhân có thành túi mật dày, đa số bệnh nhân nhập viện có kết quả siêu âm túi mật to và dịch trong túi mật không đồng nhất khi khảo sát trên siêu âm trước mổ. Chỉ có 36% bệnh nhân có biểu hiện viêm cấp có dịch xuất tiết quanh túi mật khi quan sát trên siêu âm.

3.2. Kết quả trong mổ. Trong nghiên cứu của chúng tôi phần lớn bệnh nhân được phẫu thuật trong 72 giờ đầu từ khi có khởi phát triệu chứng đầu tiên là 69,8%.

Quan sát trong mổ có hình thái túi mật to, thành dày quan sát được trong mổ chiếm 100%. Đại thể túi mật trong mổ chủ yếu là tình trạng viêm mũ chiếm 55,3%, túi mật ứ nước chiếm 35,3%, hoại tử chiếm 9,4%. Có 52(34,7%) bệnh nhân viêm túi mật cấp với biểu hiện thành túi mật viêm dày sung huyết, túi mật căng to và dính với các cơ quan khác đặc biệt là mạc nối lớn, khi gỡ dính dễ gây chảy máu. Có 37(25,6%)

bệnh nhân có sỏi kẹt cổ túi mật. Trong nghiên cứu của chúng tôi, 100% bệnh nhân được cắt túi mật ngược dòng. Có 9,3% trường hợp có các hình thái bất thường về giải phẫu của túi mật. Tỷ lệ chọc hút túi mật 8%, đặt spongel giường túi mật là 6%. Tổng tỷ lệ tai biến trong nghiên cứu là 3,4%. Tỷ lệ thành công của thực hiện kỹ thuật cắt túi mật nội soi là 100%, không có trường hợp nào phải chuyển mổ mở. Có 89 bệnh nhân được đặt dẫn lưu dưới gan (chiếm 59,3%). Thời gian phẫu thuật trung bình của nhóm phẫu thuật trước 72 giờ $65,7 \pm 20,8$ phút ngắn hơn thời gian phẫu thuật trung bình của nhóm phẫu thuật sau 72 giờ $79,8 \pm 29,3$ phút (ngắn nhất là 30 phút và dài nhất là 140 phút), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p = 0,003$.

3.2. Kết quả sau mổ. Kết quả sau phẫu thuật có 3 trường hợp sốt nhẹ sau mổ. Hầu hết trường hợp chỉ đau ít sau mổ, gồm 105 trường hợp (70%). Có 2 trường hợp đau nhiều sau mổ. Thời gian trung tiện sau mổ trung bình là $1,36 \pm 0,45$ ngày và cho ăn lại là $1,33 \pm 0,76$ ngày. Phần lớn bệnh nhân sau mổ chỉ dùng 2 loại kháng sinh (83,3%). 25 trường hợp dùng 3 kháng sinh. Thời gian rút dẫn lưu của nhóm mổ trước 72 giờ là $4 \pm 1,6$ ngày ngắn hơn nhóm mổ sau 72 giờ là $4,75 \pm 0,93$ phút, khác biệt không có ý nghĩa với $p = 0,306$. Tỷ lệ biến chứng sau mổ là 0,7%. Thời gian hậu phẫu trung bình của nhóm phẫu thuật trước 72 giờ là $5,4 \pm 1,6$ ngày ngắn hơn thời gian hậu phẫu trung bình của nhóm phẫu thuật sau 72 giờ là $6,8 \pm 2$ ngày), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$.

Kết quả giải phẫu bệnh viêm túi mật mũ chiếm cao nhất 53,3%, viêm túi mật phù nề chiếm 37,3% và túi mật viêm hoại tử chiếm 9,4%.

3.4. Đánh giá kết quả khi ra viện. Có 117 bệnh nhân chiếm 78% được đánh giá tốt sau mổ xuất viện, kết quả trung bình có 22% bệnh nhân và không có bệnh nhân nào có kết quả xấu khi ra viện. Kết quả tái khám ở thời điểm sau mổ 1 tháng có 7,3% bệnh nhân đau vết mổ, 8,6% rối loạn tiêu hóa, không có người bệnh nào các các triệu chứng vàng da, trào ngược dạ dày thực quản và suy giảm khả năng lao động. Sau mổ 3 tháng tất cả 100% bệnh nhân bình phục tốt.

IV. BÀN LUẬN

Kết quả nghiên cứu cho thấy tuổi trung bình của bệnh nhân là $59,5 \pm 16,6$, tuổi nhỏ nhất là 25, tuổi lớn nhất là 96 tuổi. Độ tuổi ≥ 70 gặp nhiều nhất chiếm tỷ lệ 33%. Kết quả thu được tương tự như số liệu của một số nghiên cứu trong nước, theo Ngô Công Nghiêm (2021) tuổi trung bình là $60,3 \pm 1,5$ tuổi, bệnh nhân nhỏ

nhất là 17 tuổi và lớn nhất là 94 tuổi [4]. Theo Trần Kiên Vũ (2016) tuổi trung bình là $56,12 \pm 10,84$, thấp nhất 16 tuổi và cao nhất là 84 tuổi [2]. Theo Đặng Quốc Ái (2017) tuổi trung bình là $43,28 \pm 11,34$ tuổi, bệnh nhân nhỏ nhất là 18 tuổi và lớn nhất là 63 tuổi. Sự khác nhau có thể do sự khác nhau về vùng địa lý, đặc điểm nhân chủng học của từng nhóm bệnh nhân [5]. Trong nghiên cứu độ tuổi từ 60 trở lên chiếm > 50% (52%), vì vậy tỉ lệ các bệnh kèm theo khá cao 50%. Ở người lớn tuổi có các bệnh nội khoa đi kèm là vấn đề trở ngại cho việc lựa chọn để mổ nội soi.

Trên siêu âm, chúng tôi ghi nhận túi mật to là 84,6% và 100% dày thành túi mật. Túi mật có sỏi chiếm 96%, có 6 bệnh nhân túi mật không có sỏi, sỏi kẹt cổ túi mật chiếm 9,3% và dịch quanh túi mật trên siêu âm chiếm 36%. Kết quả của chúng tôi tương tự các tác giả khác: Theo Ngô Công Nghiêm (2021), có 82,1% siêu âm bệnh nhân có túi mật to, 84,3% có dày thành túi mật, dịch quanh túi mật chiếm 18,6% và có 3% sỏi kẹt cổ túi mật [4]. Theo Trần Kiên Vũ (2017), 100% bệnh nhân có túi mật to, túi mật thành dày chiếm 78,8%, dịch quanh túi mật chiếm 38,3%, sỏi kẹt cổ túi mật chiếm 15,4% [2]. Theo Phan Khánh Việt (2016), kích thước túi mật to trên siêu âm chiếm 86,4%, thành túi mật dày chiếm 87,4%, sỏi kẹt cổ hay ống túi mật chiếm 33%, dịch quanh túi mật chiếm 12,6%. Theo Lê Văn Duy (2017) thấy túi mật to chiếm 98,28%, túi mật thành dày chiếm 37,93% [8].

Về thời điểm phẫu thuật, nhiều tác giả cho rằng: thời gian cửa sổ vàng để thực hiện phẫu thuật này là trong 72 giờ xuất hiện có triệu chứng và đã có nhiều nghiên cứu so sánh kết quả cắt túi mật nội soi điều trị viêm túi mật cấp trước và sau mổ này đã cho kết quả ủng hộ quan điểm cắt túi mật trong vòng 72 giờ đầu sẽ làm giảm nguy cơ chuyển sang mổ mở, giảm biến chứng cũng như thời gian nằm viện. Trong nghiên cứu của chúng tôi phần lớn bệnh nhân được phẫu thuật trong 72 giờ đầu từ khi có khởi phát triệu chứng đầu tiên là 69,8%. Theo Trần Kiên Vũ 129 (69%) bệnh nhân được phẫu thuật trong 72 giờ đầu sau khi có triệu chứng đầu tiên, 59 (31%) bệnh nhân được phẫu thuật sau 72 giờ [2].

Sự bất thường giải phẫu đường mật ngoài gan là một trong những nguyên nhân chính gây ra các tai biến trong cắt túi mật nội soi. Chúng tôi ghi nhận bất thường giải phẫu đường mật gặp 8 (5,3%) trường hợp và 6 (4%) trường hợp có động mạch túi mật phụ. Tổng có 9,3% bệnh nhân có những bất thường giải phẫu tác động

trực tiếp đến kỹ thuật cắt túi mật nội soi, tuy nhiên không có trường hợp nào xảy ra tai biến do những bất thường này. Khi phân tích các trường hợp tổn thương đường mật trong cắt túi mật nội soi thì Suhochi P.V và Meyers W.C thấy có đến 17% các trường hợp tổn thương đường mật trong cắt túi mật nội soi có bất thường về giải phẫu đường mật [10].

Chúng tôi ghi nhận trong 4 trường hợp gặp tai biến chảy máu thì 1 trường hợp chảy máu từ động mạch chính, 3 trường hợp còn lại chảy máu do có thêm nhánh động mạch phụ chạy trong tam giác gan mật. Có 1 trường hợp gặp tai biến rách mạc nối lớn. Tổng tỷ lệ tai biến trong nghiên cứu là 3,4%. Các trường hợp tai biến chảy máu và tổn thương rách mạc nối lớn đều được xử lý nhanh chóng bằng đốt điện cầm máu qua nội soi. Theo nghiên cứu của Ngô Công Nghiêm (2021) tỉ lệ tổn thương đường mật chiếm 0,8% [4].

Thời gian phẫu thuật trung bình của nhóm phẫu thuật trước 72 giờ $65,7 \pm 20,8$ phút ngắn hơn thời gian phẫu thuật trung bình của nhóm phẫu thuật sau 72 giờ $79,8 \pm 29,3$ phút, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p = 0,003$. Qua nghiên cứu chúng tôi thống nhất với nhận định của một số tác giả về thời gian mổ trung bình của cắt túi mật nội soi trong viêm túi mật cấp thường dài hơn so với cắt túi mật nội soi nói chung. Trường hợp mổ < 72 giờ có thời gian mổ ngắn hơn trường hợp mổ ≥ 72 giờ có thể do tổn thương của túi mật chưa quá nặng, mức độ viêm dính chưa nhiều, bóc tách dễ hơn, nên thời gian mổ rút ngắn đáng kể. Theo tác giả Trần Kiên Vũ Thời gian phẫu thuật trung bình của nhóm phẫu thuật trước 72 giờ $52,17 \pm 11$ phút, ngắn hơn thời gian phẫu thuật trung bình của nhóm phẫu thuật sau 72 giờ $69,46 \pm 13$ phút, khác biệt có ý nghĩa với $P < 0,001$ [2].

Thời gian hậu phẫu trung bình của nhóm phẫu thuật trước 72 giờ là $5,4 \pm 1,6$ ngày ngắn hơn thời gian hậu phẫu trung bình của nhóm phẫu thuật sau 72 giờ là $6,8 \pm 2$ ngày), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$. Thời gian nằm viện trung bình của chúng tôi tương tự một số khác nhau tác giả đã nghiên cứu trước. Theo Ngô Công Nghiêm (2021), thời gian hậu phẫu trung bình là $4,93 \pm 1,1$ ngày [4]. Theo Phan Khánh Việt (2016) thời gian hậu phẫu sau mổ trung bình là $5,58 \pm 2,54$ ngày [6].

Tại thời điểm ra viện, có 117 (78%) bệnh nhân chiếm được đánh giá tốt sau mổ xuất viện, kết quả trung bình có 22% bệnh và không có bệnh nhân nào có kết quả xấu khi ra viện. Theo Ngô Công Nghiêm (2021), có 93,3% bệnh nhân

đánh giá tốt khi xuất viện, 6,7% kết quả trung bình, không có trường hợp nào kém [4]. Theo Nguyễn Vũ Phương (2017), có 95,95% bệnh nhân đánh giá tốt khi xuất viện, kết quả trung bình chiếm 4,05% [9]. Theo Phan Khánh Việt (2016), kết quả tốt khi xuất viện chiếm 84,6%, trung bình 14,2% do có các biến chứng nhiễm trùng vết mổ [4].

Tổn thương vi thể của viêm túi mật cấp trong nghiên cứu được chia 03 mức độ: viêm túi mật thể phù nề, viêm túi mật mủ và viêm túi mật hoại tử. Thống kê cho thấy viêm túi mật mủ chiếm cao nhất 53,3%, viêm túi mật phù nề chiếm 37,3% và túi mật viêm hoại tử chiếm 9,4%. Theo Trịnh Kiến Vũ tỉ lệ viêm túi mật cấp là 54,2%, viêm túi mật hoại tử 34,6% [2]. Tỉ lệ viêm túi mật hoại tử vẫn còn cao, do nguyên nhân bệnh nhân bệnh nhân thường đến viện muộn, triệu chứng lâm sàng không điển hình, ngoài ra còn nhiều trường hợp đến viện trước 72 giờ đầu tuy nhiên bệnh nhân được điều trị kháng sinh ở tuyến dưới, không đỡ mới chuyển lên, hoặc có những bệnh nhân nằm tại khoa nội sau đó mới hội chẩn bác sĩ ngoại khoa.

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật nội soi cắt túi mật điều trị viêm túi mật cấp là phương pháp điều trị an toàn, thuận lợi và cho kết quả tốt và chỉ định phẫu thuật sớm trong vòng 72 giờ tính từ lúc có triệu chứng là lựa chọn tối ưu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Trần Bảo Long** (2021), Viêm túi mật cấp tính, Nhà xuất bản y học, 403 – 410
2. **Trần Kiên Vũ** (2016), Nghiên cứu ứng dụng phẫu thuật cắt túi mật nội soi trong điều trị viêm túi mật cấp tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Trà Vinh, Luận án tiến sĩ y học, Đại học Y Hà Nội.
3. **Yokoe M, Hata J, Takada T, et al.** (2018). Tokyo Guidelines 2018: diagnostic criteria and severity grading of acute cholecystitis (with videos). J Hepatobiliary Pancreat Sci. 25(1), 41-54.
4. **Ngô Công Nghiêm** (2021), Đánh giá kết quả sớm phẫu thuật nội soi cắt túi mật viêm cấp do sỏi tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Thanh Hoá, Luận văn bác sĩ chuyên khoa II, Đại học Y Hà Nội.
5. **Đặng Quốc Ai, Hà Văn Quyết** (2017), Nghiên cứu ứng dụng phẫu thuật cắt túi mật nội soi một lỗ tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội, Luận văn Tiến sĩ Y học, Đại Học Y Hà Nội.
6. **Phan Khánh Việt, Lê Trung Hải, Phạm Như Hiệp** (2016). Nghiên cứu thời điểm mổ và đánh giá kết quả điều trị viêm túi mật cấp do sỏi bằng phẫu thuật cắt túi mật nội soi. Tạp chí Y học Việt Nam. 421(1), 38-42.
7. **Terho PM, Leppaniemi AK, Mentula PJ** (2016). Laparoscopic cholecystectomy for acute calculous cholecystitis: a retrospective study assessing risk factors for conversion and complications. World J Emerg Surg. 11, 54.
8. **Lê Văn Duy** (2017), Đánh giá kết quả phẫu thuật sỏi túi mật ở người cao tuổi tại bệnh viện Bạch Mai, Luận văn Thạc sĩ Y Học, Đại Học Y Hà Nội.
9. **Nguyễn Vũ Phương, Nguyễn Công Bình, Mạc Xuân Huy, et al.** (2017). Kết quả điều trị sỏi túi mật bằng phương pháp cắt túi mật nội soi tại bệnh viện trường Đại học y khoa Thái Nguyên. Tạp chí KHOA HỌC & CÔNG NGHỆ. 165(05), 73-6.
10. **Suhocki P.V, Meyers W.C** (1999). Injury to aberrant bile ducts during cholecystectomy: a common cause of diagnostic error and treatment delay. AJR Am J Roentgenol, 172 (4), 955-959.

KẾT QUẢ BƯỚC ĐẦU ĐIỀU TRỊ THOÁT VỊ BỆNH NHÂN BẰNG PHẪU THUẬT NỘI SOI XUYÊN PHỨC MẠC TIẾP CẬN KHOANG TRƯỚC PHỨC MẠC (TAPP) TẠI BỆNH VIỆN CHỢ RẪY

Dương Minh Tân¹, Trần Phùng Dũng Tiến¹, Lâm Việt Trung¹,
Nguyễn Ngọc Huấn¹, Tiêu Loan Quang Lâm¹,
Đặng Chí Tùng¹, Huỳnh Thanh Huỳnh¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Thoát vị bẹn là một bệnh lý ngoại khoa phổ biến và có nhiều kỹ thuật mổ để điều trị cả mổ hở lẫn nội soi, trong đó phẫu thuật xuyên phúc

mạc tiếp cận khoang trước phúc mạc (TAPP) với nhiều ưu điểm như tiếp cận phẫu trường nội soi rộng rãi, các mốc giải phẫu rõ ràng, có thể quan sát, đánh giá và xử trí tạng thoát vị khá dễ dàng, có thể phát hiện thoát vị bẹn đối diện nhất là trường hợp không biểu hiện lâm sàng, ưu thế ở các trường hợp thoát vị bẹn tái phát, đường kính lỗ thoát vị lớn, tạng thoát vị kết hoặc nghẹt, điều trị cả thoát vị bẹn, đùi, bịt trọng một lần phẫu thuật và có thời gian huấn luyện phẫu thuật viên ngắn. **Mục tiêu:** Đánh giá hiệu quả phẫu thuật nội soi xuyên phúc mạc tiếp cận khoang trước phúc mạc điều trị thoát vị bẹn. **Đối tượng và phương**

¹Bệnh viện Chợ Rẫy

Chịu trách nhiệm chính: Dương Minh Tân

Email: bsduongminhtan@gmail.com

Ngày nhận bài: 25.6.2024

Ngày phản biện khoa học: 19.8.2024

Ngày duyệt bài: 6.9.2024