

chúng tôi cao hơn so trong chấn thương nhãn cầu nói chung (27-65%)³.

Trong nghiên cứu, có 24 trong tổng số 33 mắt có dị vật nội nhãn, chiếm 72,7%. Tỷ lệ dị vật nội nhãn trong chấn thương nhãn cầu nói chung là khoảng 40%⁴. Nghiên cứu về chấn thương nhãn cầu do máy cắt cỏ cầm tay trên thế giới cho kết quả này là 51,4%⁵, thấp hơn trong nghiên cứu của chúng tôi. Nguyên nhân có thể do ý thức bảo hộ lao động của người dân nước ta còn thấp hơn so với các nước khác. Dị vật nội nhãn trong nghiên cứu của chúng tôi có kích thước trung bình nhỏ (2,9mm), thường nằm trong buồng dịch kính hoặc cầm hắc võng mạc và đa phần là không có tử tính vì lẫn trong cây cỏ có nhiều hòn đá hơn là kim loại.

Tỷ lệ viêm mủ nội nhãn trong nghiên cứu của chúng tôi là 36,4% (12/33 mắt). Tỷ lệ này cũng cao hơn trong chấn thương xuyên nhãn cầu nói chung là 5-14% và trong chấn thương nhãn cầu do máy cắt cỏ nói riêng là 25%^{5,6}. Theo kết quả của nhiều nghiên cứu trên thế giới, yếu tố nguy cơ của viêm mủ nội nhãn là đến muộn sau 24 giờ, đục võ thủy tinh thể và dị vật nội nhãn. Ba yếu tố này đều tồn tại trong nghiên cứu của chúng tôi và chiếm tỷ lệ cao, dẫn tới làm tăng tỷ lệ viêm mủ nội nhãn.

V. KẾT LUẬN

Chấn thương nhãn cầu do máy cắt cỏ cầm tay là chấn thương nhãn cầu nặng. Nhìn chung, có khoảng 2/3 số ca có tổn thương đục võ thủy tinh thể, 2/3 có dị vật nội nhãn và 1/3 bị viêm mủ nội nhãn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Đỗ Thị Nhung.** Đánh giá đặc điểm lâm sàng ở bệnh nhân chấn thương nhãn cầu tại Bệnh viện Mắt Trung ương. Luận văn thạc sĩ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội, 2021.
2. **Y Zhang, M N Zhang, C H Jiang et al.** Endophthalmitis following open globe injury. Br J Ophthalmol 2010; 94 (1): 111-114. Doi: 10.1136/bjo.2009.164913
3. **Michael P Smith, Marcus H Colyer, Eric D Weichel et al.** Traumatic cataracts secondary to combat ocular trauma. J Cataract Refract Surg, 2015 Aug;41(8):1693-8. Doi: 10.1016/j.jcrs.2014.12.059.
4. **Shock JP, Adams D.** Long-term visual acuity results after penetrating and perforating ocular injuries. Am J Ophthalmol. 1985;100(5):714-718.
5. **Yan Yang, Juan Chen, Jingyi Hu.** Ocular trauma from Lawn mower accidents: Clinical insights, visual outcomes and microbial profiles. Am J Emerg Med. 2024 Jun;80:18-23. doi: 10.1016/j.ajem.2024.02.023.
6. **Lê Minh Thông, Trần Thị Phương Thu, Bùi Thị Thanh Hương,** 2002. Viêm mủ nội nhãn sau chấn thương: tác nhân gây bệnh, yếu tố nguy cơ và kết quả điều trị. Tạp chí Y học Thành Phố Hồ Chí Minh 6; 8-15.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ VIÊM TÚI MẬT CẤP ĐỘ III DO SỎI TÚI MẬT THEO HƯỚNG DẪN TOKYO 2018 TẠI BỆNH VIỆN NHÂN DÂN 115

Nguyễn Quang Huy¹, Phan Lương Huy¹,
Đặng Khải Toàn¹, Phan Ngọc Phát¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng viêm túi mật cấp độ III và đánh giá kết quả điều trị, xác định các tai biến, biến chứng viêm túi mật cấp độ III theo hướng dẫn Tokyo 2018 tại Bệnh viện Nhân Dân 115 từ tháng 01/2020 đến tháng 12/2022. **Phương pháp:** Hồi cứu, mô tả hàng loạt ca. **Kết quả:** Có 37 bệnh nhân thỏa yêu cầu của nghiên cứu, độ tuổi trung bình là 72,15 ± 13,56 tuổi, tỷ lệ nam:nữ là 0,85:1. Triệu chứng lâm sàng chính: đau bụng (100%), sốt và chán ăn (54,05%), buồn nôn và nôn (51,35%). Khám bụng: đau hạ sườn phải (97,3%),

nghiêm pháp Murphy dương tính (89,19%). Siêu âm: sỏi túi mật (86,49%), sỏi ≥1cm (62,5%), túi mật dày ≥1cm (54,05%). Chụp cắt lớp vi tính: phù nề túi mật (75,68%), hoại tử túi mật (32,43%), áp xe túi mật (24,32%). Phương pháp điều trị khởi đầu: điều trị nội khoa với kháng sinh (64,86%), phẫu thuật nội soi cắt túi mật (13,51%), mổ mở cắt túi mật (10,81%), dẫn lưu túi mật qua da (8,11%). Tỷ lệ tử vong chung là 16,22%, cao hơn ở bệnh nhân có sốc trước can thiệp (p=0,003). **Kết luận:** Điều trị nội khoa, hồi sức tích cực kiểm soát suy tạng từ ban đầu sau đó kết hợp dẫn lưu túi mật trước khi quyết định phẫu thuật cắt túi mật là phương pháp hiệu quả an toàn, giúp giảm nguy cơ tử vong và các biến chứng hậu phẫu,

Từ khóa: Viêm túi mật cấp độ III, sỏi túi mật, hướng dẫn Tokyo 2018

SUMMARY

TO ASSESS TREATMENT OUTCOMES THE ACUTE CHOLECYSTITIS OF GRADE III BY

¹Bệnh viện Nhân dân 115, TP Hồ Chí Minh
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Quang Huy
Email: Huyphat.vn115@gmail.com
Ngày nhận bài: 6.2.2025
Ngày phản biện khoa học: 20.3.2025
Ngày duyệt bài: 9.4.2025

GALLSTONES ACCORDING TO THE TOKYO GUIDELINES 2018 AT PEOPLE'S HOSPITAL 115

Objectives: Describe the clinical and subclinical characteristics of Grade III acute cholecystitis and assess treatment outcomes, complications and adverse events of Grade III acute cholecystitis according to the Tokyo Guidelines 2018 at People's Hospital 115 from January 2020 to December 2022.

Methods: Retrospective, descriptive case series.

Results: There were 37 patients meeting the study criteria, with a mean age of 72.15 ± 13.56 years and a male-to-female ratio of 0.85:1. Main clinical symptoms included abdominal pain (100%), fever and anorexia (54.05%), nausea and vomiting (51.35%). Abdominal examination revealed right hypochondrial tenderness (97.3%) and a positive Murphy's sign (89.19%). Ultrasound findings showed gallstones (86.49%), stones ≥ 1 cm (62.5%), and gallbladder wall thickening ≥ 1 cm (54.05%). Computed tomography scans indicated gallbladder edema (75.68%), gallbladder necrosis (32.43%), and gallbladder abscess (24.32%). Initial treatment methods were medical therapy with antibiotics (64.86%), laparoscopic cholecystectomy (13.51%), open cholecystectomy (10.81%), and percutaneous cholecystostomy (8.11%). The overall mortality rate was 16.22%, higher in patients with pre-intervention shock ($p=0.003$). **Conclusion:** Initial medical treatment with intensive resuscitation focusing on early organ failure control, followed by combining percutaneous cholecystostomy before deciding on cholecystectomy, is an effective and safe method. This approach helps reduce the risk of mortality and postoperative complications.

Keywords: Grade III acute cholecystitis, gallstones, Tokyo Guidelines 2018

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sỏi túi mật là bệnh hay gặp nhất trong các bệnh tiêu hóa ở người lớn. Sỏi túi mật 80% là không có triệu chứng, khi sỏi gây tắc ống túi mật làm túi mật căng, gây cơn đau quặn mật, nhiễm trùng, thiếu máu thành túi mật gây nên tình trạng viêm túi mật cấp¹. Hàng năm, ước tính 1-2% người có sỏi mật sẽ có triệu chứng, 10% trong số đó là viêm túi mật cấp². Điều trị tối ưu viêm túi mật cấp là cắt bỏ túi mật sớm, và cần thiết phải lựa chọn một phương pháp thích hợp cho từng mức độ viêm của túi mật. Viêm túi mật cấp độ III (nặng) theo phân loại của Tokyo Guideline 2018 là mức độ nghiêm trọng nhất, được đặc trưng bởi tình trạng viêm nhiễm gây suy tạng hoặc tổn thương các cơ quan khác như suy hô hấp, suy tim mạch, hoặc rối loạn chức năng đông máu... Đây là một thách thức lớn trong điều trị do yêu cầu kết hợp giữa hồi sức tích cực, dẫn lưu túi mật, và can thiệp phẫu thuật sau khi tình trạng toàn thân của bệnh nhân ổn định. Tokyo Guideline 2018 đã đưa ra các khuyến cáo rõ ràng về chẩn đoán, phân tầng

mức độ nặng, và lựa chọn chiến lược điều trị, trong đó điều trị viêm túi mật cấp độ III tập trung vào việc kiểm soát suy tạng trước khi quyết định phẫu thuật cắt túi mật.

Mặc dù các hướng dẫn của Tokyo Guideline 2018 đã được áp dụng rộng rãi, thực tế lâm sàng cho thấy các trường hợp viêm túi mật cấp độ III thường mang nhiều thách thức, đặc biệt trong việc cải thiện kết quả điều trị, lựa chọn thời điểm và phương pháp can thiệp phù hợp. Tại Bệnh viện Nhân Dân 115, chúng tôi đã ghi nhận nhiều ca bệnh viêm túi mật cấp mức độ nặng với đặc điểm đa dạng về lâm sàng và kết cục điều trị. Tuy nhiên, các nghiên cứu chuyên sâu đánh giá hiệu quả điều trị theo Tokyo Guidelines 2018 tại cơ sở này vẫn còn hạn chế.

Do đó, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm tạo điều kiện cho các bác sĩ ngoại khoa thêm cơ sở để đánh giá và cải thiện kết quả điều trị trong tương lai, với các mục tiêu sau:

1. Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng viêm túi mật cấp độ III theo hướng dẫn Tokyo 2018 tại Bệnh viện Nhân Dân 115.

2. Đánh giá kết quả điều trị, xác định các tai biến, biến chứng viêm túi mật cấp độ III theo hướng dẫn Tokyo 2018 tại Bệnh viện Nhân Dân 115.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Các bệnh nhân được chẩn đoán viêm túi mật cấp độ III do sỏi túi mật được điều trị trong thời gian từ tháng 01/2020 đến tháng 12/2022 tại khoa Ngoại Tổng Hợp, Bệnh viện Nhân Dân 115. Tổng cộng có 37 trường hợp

Tiêu chuẩn chọn mẫu

- Bệnh nhân ≥ 16 tuổi
- Các bệnh nhân được chẩn đoán xác định viêm túi mật cấp độ III do sỏi túi mật theo hướng dẫn Tokyo Guidelines 2018.

Tiêu chuẩn loại trừ

- Các bệnh nhân viêm túi mật cấp không do sỏi.
- Các bệnh nhân viêm túi mật cấp độ I, II do sỏi túi mật
- Hồ sơ bệnh án không có đầy đủ thông tin đáp ứng được mục tiêu nghiên cứu.

2.2. Thiết kế nghiên cứu: Hồi cứu, mô tả hàng loạt ca

2.3. Phương pháp tiến hành:

- Lập danh sách các BN được chẩn đoán viêm túi mật cấp độ III do sỏi túi mật được điều trị tại Bệnh viện Nhân Dân 115 trong thời gian từ tháng 01/2020 đến tháng 12/2022.

- Sàng lọc và chọn các hồ sơ thoả tiêu chí chọn mẫu và loại trừ.

- Thu thập dữ liệu nghiên cứu bằng mẫu

bệnh án định sẵn.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

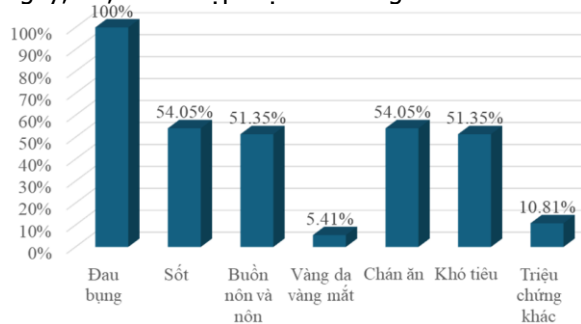
3.1. Đặc điểm chung:

* Đặc điểm nhân khẩu học:

- Nghiên cứu được thực hiện trên 37 bệnh nhân viêm túi mật cấp độ III tại Bệnh viện Nhân dân 115 từ tháng 01/2020 đến tháng 12/2022.
- Độ tuổi trung bình là 72,15 tuổi, nhóm tuổi 81-90 chiếm tỷ lệ cao nhất (27,03%).
- Tỷ lệ nam/nữ là 0,85:1.

* Triệu chứng cơ năng:

- 100% bệnh nhân đau bụng, 97,3% đau vùng hạ sườn phải.
- Thời gian nhập viện trung bình là 2,65 ngày, 45,95% nhập viện sau 72 giờ.



Biểu đồ 1. Triệu chứng cơ năng

* Triệu chứng thực thể nhập viện:

- Nhịp tim trung bình: 89,7 lần/phút, Huyết áp trung bình: 127,57 mmHg, Nhiệt độ trung bình: 37,11 độ C, BMI trung bình: 22,25 kg/m².
- 97,3% bệnh nhân tỉnh táo, tiếp xúc tốt.

Bảng 1. Triệu chứng ghi nhận khi khám bụng

Triệu chứng	Số trường hợp	Tỷ lệ (%)
Đau hạ sườn phải	36	97,3
Nghiệm pháp Murphy dương tính	33	89,19
Cảm ứng phúc mạc ¼ bụng trên phải	22	59,46
Co cứng thành bụng ¼ bụng trên phải	3	8,11
Phản ứng thành bụng ¼ bụng trên phải	25	67,57

* Triệu chứng cận lâm sàng:

- Xét nghiệm máu: Số lượng bạch cầu trung bình: 17,44 K/uL, 94,59% bệnh nhân tăng bạch cầu.
- Siêu âm: 72,98% bệnh nhân có nhiều hơn một viên sỏi, 62,5% có sỏi kích thước từ 1cm trở lên, 72,97% có đường kính túi mật dưới 4cm, 54,05% có vách túi mật dày từ 1cm trở lên.
- Chụp CLVT: 43,24% không ghi nhận sỏi trên phim chụp; 71,43% có sỏi kích thước dưới 1cm.

Bảng 2. Đặc điểm viêm túi mật trên phim chụp CLVT

Đặc điểm	Số trường hợp	Tỷ lệ (%)
Phù nề túi mật	28	75,68
Áp xe túi mật	9	24,32
Hoại tử túi mật	12	32,43
Thấm mật phúc mạc	5	13,51
Viêm phúc mạc mật	5	13,51
Sỏi đường mật chính	2	5,41
Giãn đường mật chính	5	13,51
Viêm tụy cấp	1	2,7

Xét nghiệm vi sinh: 72,97% trường hợp cấy không mọc vi khuẩn; 18,92% dương tính với E. coli; 30% trường hợp có vi khuẩn đa kháng kháng sinh.

3.2. Kết quả điều trị

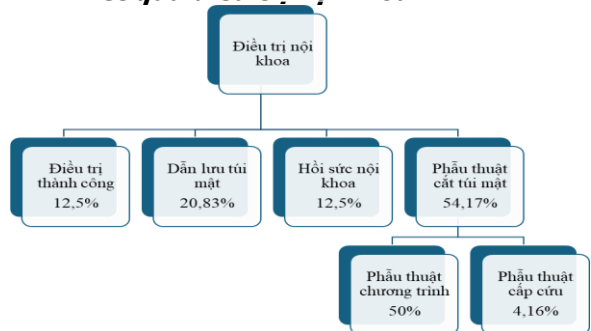
* Phương pháp điều trị khởi đầu

- 100% bệnh nhân được điều trị nội khoa với kháng sinh
- 13,51% phẫu thuật nội soi cắt túi mật, 10,81% mổ mở cắt túi mật.
- 8,11% dẫn lưu túi mật xuyên gan qua da.
- Một trường hợp mổ mở cắt túi mật, mổ OMC lấy sỏi do sỏi túi mật kèm sỏi OMC gây giãn đường mật chính.

* Thời gian điều trị

- Thời gian trung bình từ nhập viện đến can thiệp ngoại khoa đầu tiên là 38,08 giờ.
- Thời gian nằm viện sau can thiệp trung vị là 5,5 ngày.

* Kết quả điều trị nội khoa



* Kết quả điều trị phẫu thuật

- 27,03% bệnh nhân khởi trị bằng phẫu thuật, 40,54% chuyển sang phẫu thuật trong quá trình điều trị.
- 80% phẫu thuật nội soi thành công, không có trường hợp chuyển từ nội soi sang mổ mở.
- Không ghi nhận biến chứng nhiễm trùng vết mổ, áp xe dưới hoành, rò mật hay tổn thương đường mật sau mổ.
- Ba trường hợp chẩn đoán tụ dịch dưới gan sau mổ.

- Một trường hợp tử vong sau mổ do suy hô hấp.

*** Yếu tố ảnh hưởng tử vong**

- 16,22% (6 ca) bệnh nhân tử vong
- Ba nhóm tử vong: sau thất bại hồi sức nội khoa, sau DLTM, sau phẫu thuật.
- Sốc trước can thiệp ngoại khoa là yếu tố liên quan đến tử vong ($p=0,003$).
- Sốc trước can thiệp ($p=0,011$) và thời gian từ khi có triệu chứng đến khi nhập viện ($p=0,0074$) liên quan đến biến chứng.

IV. BÀN LUẬN

- Đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân viêm túi mật cấp độ III tại Bệnh viện Nhân Dân 115: Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng cho thấy tương tự như nghiên cứu của Trần Kiến Vũ, Inam Pal và Thái Nguyên Hưng, đa số bệnh nhân là nữ giới.

- Về triệu chứng cơ năng, nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận tất cả các trường hợp đều có triệu chứng khởi phát là đau bụng HS(P) với 97,3%. Tương tự, nghiên cứu của tác giả Thái Nguyên Hưng và cộng sự, tác giả Trần Đình Hoan và cộng sự cũng chỉ ghi nhận triệu chứng đau bụng gặp trong 100% trường hợp, ngoài ra là triệu chứng sốt. Trong một nghiên cứu công bố năm 2016 của tác giả Sangma và cộng sự trên tạp chí International Surgery Journal, tác giả này ghi nhận các triệu chứng lâm sàng gần giống với nghiên cứu của chúng tôi,

- Về triệu chứng thực thể, qua thăm khám bụng, nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận triệu chứng đau hạ sườn phải là thường gặp nhất với tỷ lệ 97,3%, Kết quả này tương tự với nghiên cứu của tác giả Trần Đình Hoan, Thái Nguyên Hưng và Sangma. Về các triệu chứng của phúc mạc qua khám bụng, nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận phản ứng thành bụng gặp nhiều nhất với 67,57%, tiếp đó là cảm ứng phúc mạc bụng trên phải với 59,46% và co cứng thành bụng chỉ ghi nhận trong 8,11% trường hợp. Trong nghiên cứu của Vũ Tuấn Dũng và cộng sự, các tác giả chỉ ghi nhận chung triệu chứng phản ứng hạ sườn phải trong 83,72%.

- Đặc điểm chụp CLVT trước mổ: chúng tôi ghi nhận 100% trường hợp nghiên cứu được chụp CLVT trước mổ. Trong đó, có sỏi túi mật trong 56,76% trường hợp, đa số là sỏi dưới 1cm (71,43%). Ngoài ra, chúng tôi còn ghi nhận hai trường hợp có sỏi ống mật chủ, 5 trường hợp giãn ống mật chủ và một trường hợp có hình ảnh viêm tụy cấp đồng thời. Trong nghiên cứu của tác giả Thái Nguyên Hưng và cộng sự, các trường hợp được chụp CLVT trong quá trình

chẩn đoán chỉ chiếm 20% trường hợp, tất cả đều có sỏi túi mật và không ghi nhận sỏi ống mật chủ hay giãn đường mật đồng thời.

- Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận 100% số các trường hợp người bệnh được điều trị bằng kháng sinh trị liệu, 24,32% trường hợp được kết hợp điều trị bằng phẫu thuật cắt túi mật – với 13,51% là phẫu thuật nội soi và 10,81% mổ mở. Các bệnh nhân còn lại được dẫn lưu túi mật xuyên gan qua da. Tác giả Antti Kivivuori và cộng sự đã báo cáo kết quả nghiên cứu so sánh giữa phẫu thuật nội soi cắt túi mật và điều trị kháng sinh cho bệnh nhân viêm túi mật cấp trên 75 tuổi ghi nhận có 57,14% trường hợp khởi trị với phẫu thuật nội soi và 42,96% trường hợp khởi trị với kháng sinh.

- Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận tất cả 6 trường hợp tử vong đều thuộc nhóm bệnh nhân khởi trị với kháng sinh. Trong đó, có 50% trường hợp tình trạng bệnh nặng, hồi sức nội khoa không đáp ứng và không thể phẫu thuật. 40% trường hợp bệnh nhân diễn tiến nặng sau khi hồi sức nội khoa, được dẫn lưu túi mật xuyên gan qua da nhưng không đáp ứng, dẫn đến tử vong sau dẫn lưu. Một trường hợp khởi trị với kháng sinh, phẫu thuật cắt túi mật theo chương trình và tử vong sau mổ hai ngày do suy hô hấp.

- Yếu tố liên quan tử vong: sốc trước can thiệp ngoại khoa.

- Yếu tố liên quan biến chứng: sốc trước can thiệp và thời gian nhập viện muộn.

V. KẾT LUẬN

- Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng viêm túi mật cấp độ III theo hướng dẫn Tokyo 2018

+ Tuổi trung bình: 72,15 tuổi, nhóm 81-90 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất.

+ Tỷ lệ nam:nữ: 0,85:1.

+ Đa số có nhiều bệnh nền, phổ biến nhất là tăng huyết áp và đái tháo đường.

+ Đau hạ sườn phải: triệu chứng nổi bật (97,3%).

+ Siêu âm phát hiện sỏi (86,49%), trong đó 62,5% sỏi ≥ 1 cm.

+ CT scan: 43,24% không phát hiện sỏi, nhưng hữu ích trong chẩn đoán biến chứng.

+ Cây vi khuẩn dương tính ở 27,03%, chủ yếu là E. coli, 30% có đa kháng kháng sinh.

- Kết quả điều trị viêm túi mật cấp độ III theo hướng dẫn Tokyo 2018:

+ Điều trị nội khoa ban đầu: 64,86%, trong đó 12,5% không cần can thiệp, 20,83% dẫn lưu túi mật (DLTM), 54,17% cắt túi mật, 12,5% tử vong do không đáp ứng.

+ Yếu tố liên quan tử vong: sốc trước can thiệp ngoại khoa.

+ Yếu tố liên quan biến chứng: sốc trước can thiệp và thời gian nhập viện muộn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Đặng Văn Sơn, Nguyễn Văn Hai, Nguyễn Minh Hiệp.** Đặc điểm lâm sàng và một số kết quả trong điều trị viêm túi mật cấp bằng phẫu thuật nội soi cắt túi mật ở bệnh nhân có bệnh mạn tính. *Tạp chí Y Dược học Cần Thơ*. 12/25 2023; (69):112-120. doi:10.58490/ctump.2023i69. 1997
2. **Lê Trung Hải.** Phẫu thuật nội soi cắt túi mật các kỹ thuật và tiến bộ mới. *Nhà Xuất Bản Y Học*; 2010:111.
3. **Nguyễn Đình Hồi, Nguyễn Mậu Anh.** Viêm túi mật cấp. *Nhà Xuất Bản Y Học*; 2003.
4. **Nguyễn Quang Quyền.** Túi mật và các đường dẫn mật ngoài gan. *Nhà Xuất Bản Y Học*; 1997.
5. **Mou D., Tesfasilassie T., Hirji S., Ashley S. W.** Advances in the management of acute cholecystitis. *Annals of gastroenterological surgery*. May 2019;3(3): 247-doi:10.1002/ ags3.12240
6. **Trần Kiến Vũ.** 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. *Trường Đại học Y Hà Nội*; 2017.
7. **Na B. G., Yoo Y. S., Mun S. P., Kim S. H., Lee H. Y., Choi N. K.** The safety and efficacy of percutaneous transhepatic gallbladder drainage in elderly patients with acute cholecystitis before laparoscopic cholecystectomy. *Annals of surgical treatment and research*. Aug 2015;89(2):68-73. doi:10.4174/ast.2015.89.2.68
8. **Bouassida M., Hamzaoui L., Mroua B., et al.** Should acute cholecystitis be operated in the 24 h following symptom onset? A retrospective cohort study. *International journal of surgery (London, England)*. Jan 2016;25:88-90. doi:10.1016/j.ijsu.2015.11.049
9. **Nguyễn Tấn Cường.** Điều trị sỏi túi mật bằng phẫu thuật cắt túi mật qua soi ổ bụng. *Đại học Y dược Thành phố Hồ Chí Minh*; 1997.
10. **Thái Nguyên Hưng Trương Đức Tuấn, Phan Văn Linh.** Đánh giá kết quả phẫu thuật cắt túi mật nội soi cấp cứu điều trị viêm túi mật cấp. *Tạp Chí Y Học Việt Nam*. 2023;2:47-51.

SỐT XUẤT HUYẾT DENGUE NẶNG CÓ TỔN THƯƠNG GAN NẶNG: LÂM SÀNG, XÉT NGHIỆM VÀ ĐIỀU TRỊ N-ACETYLCYSTEINE

Nguyễn Quang Trung¹, Huỳnh Phạm Nhật¹,
Phạm Kim Oanh¹, Nguyễn Lê Như Tùng²

TÓM TẮT

Mục tiêu nghiên cứu: Mô tả diễn tiến lâm sàng, cận lâm sàng, kết cục điều trị của BN sốt xuất huyết dengue (SXH-D) nặng người lớn tổn thương gan nặng có và không điều trị N-acetylcysteine (NAC). **Đối tượng- Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả hàng loạt ca, người bệnh từ 16 tuổi trở lên SXH-D có tổn thương gan nặng điều trị nội trú tại bệnh viện Bệnh Nhiệt đới từ tháng 8/2022 đến tháng 3/2024. **Kết quả:** 178 BN SXH-D nặng có tổn thương gan nặng. Trong 43 BN có chỉ định dùng NAC, 24 BN được sử dụng NAC và 19 BN không được sử dụng. BN được điều trị NAC có tuổi trung vị 39 tuổi (IQR: 31 – 47), so với trung vị 31,5 tuổi, (IQR: 23 – 40) ở nhóm không điều trị. Tỷ lệ vàng da 70,8% ở nhóm dùng NAC so với 14,3% ở nhóm không dùng. Xuất huyết và gan to ở nhóm điều trị NAC, lần lượt là 62,5% và 62,5% khác biệt $p < 0,01$ so với nhóm không điều trị. Trung vị AST nhóm BN điều trị NAC lúc vào nghiên cứu là 3806 U/L (IQR 1809 – 8165) và giảm nhanh hơn ALT từ sau ngày 7 và hồi phục hoàn toàn sau 2 tuần khỏi bệnh. Có khác biệt ý nghĩa giữa hai nhóm với $p < 0,01$ trong

nhều khía cạnh quan trọng như lọc máu, hỗ trợ hô hấp, phòng chống hôn mê gan. Tử vong trong nghiên cứu là 10 BN ở nhóm không sử dụng NAC, và 2 BN ở nhóm sử dụng NAC, tất cả các BN này đều có bệnh não gan kèm INR $\geq 1,5$. **Kết luận:** NAC nên được xem là biện pháp điều trị quan trọng cho BN SXH-D nặng người lớn tổn thương gan nặng có chỉ định sử dụng NAC theo hướng dẫn của Bộ Y tế, đặc biệt những BN có kèm biểu hiện sốc do thoát huyết tương, vàng da và xuất huyết. **Từ khóa:** sốt xuất huyết dengue, tổn thương gan nặng.

SUMMARY

SEVERE DENGUE HEMORRHAGIC FEVER WITH SEVERE LIVER INJURY: CLINICAL, LABORATORY FINDINGS AND TREATMENT WITH N-ACETYLCYSTEINE

Objectives: To describe the clinical and paraclinical progression and treatment outcomes of adult patients with severe dengue hemorrhagic fever (DHF) and severe liver damage with and without N-acetylcysteine (NAC) treatment. **Methods:** A descriptive case series study was conducted on patients aged 16 and older diagnosed with severe liver injury caused by severe DHF, who were hospitalized at the Hospital for Tropical Diseases from August 2022 to March 2024. **Results:** 178 adult patients with severe DHF and severe liver injury were included. Of the 43 patients indicated for NAC, 24 were treated with NAC and 19 were not. Patients treated with NAC had a median age of 39 years (IQR: 31 – 47), compared to a

¹Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh

²Bệnh viện Bệnh Nhiệt đới

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Quang Trung

Email: bsquangtrung@gmail.com

Ngày nhận bài: 5.2.2025

Ngày phản biện khoa học: 18.3.2025

Ngày duyệt bài: 10.4.2025