

chúng tôi nhận thấy như sau:

Bảng 7: Thân nhiệt và nồng độ PCT trong dự đoán loại vi khuẩn phân lập được

	Gram âm	Gram dương	P
Thân nhiệt $\leq 38^{\circ}\text{C}$ và PCT $< 0,671$	3 (25%)	9 (75%)	<0,001
Thân nhiệt $> 38^{\circ}\text{C}$ hoặc PCT $\geq 0,671$	22 (95,7%)	1 (4,3%)	
Thân nhiệt $> 38^{\circ}\text{C}$ và PCT $\geq 0,671$	11 (100%)	0	

Nhóm có thân nhiệt $\leq 38^{\circ}\text{C}$ và PCT $< 0,671$ ng/ml cho kết quả tỉ lệ vi khuẩn phân lập được là gram dương cao gấp 3 lần gram âm; trong khi nhóm còn lại có thân nhiệt $> 38^{\circ}\text{C}$ và/hoặc PCT $\geq 0,671$ ng/ml phân lập được vi khuẩn phần lớn là gram âm với tỉ lệ cao hơn gấp 33 lần gram dương.

IV. KẾT LUẬN

qSOFA là yếu tố lâm sàng liên quan đến kết quả cấy máu. Nhóm có qSOFA ≥ 2 cho kết quả cấy máu với tỉ lệ dương tính là 21,6% cao gần gấp đôi nhóm còn lại. 2 yếu tố liên quan đến loại vi khuẩn phân lập được là thân nhiệt và nồng độ PCT trong huyết tương.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bùi Thị Hồng Châu, Lê Xuân Trường và cộng sự.** Giá trị của xét nghiệm Procalcitonin trong chẩn đoán nhiễm trùng huyết, Y học TP.HCM. 2010; 14(1), 476–479.
2. **Lê Huy Thạch, Lê Văn Thanh và cs.** Nồng độ procalcitonin huyết thanh và mối liên quan với kết quả cấy máu tại bệnh viện đa khoa tỉnh Ninh Thuận năm 2021. Tạp Chí Y học Việt Nam. 2022; 511(1).
3. **Erica M. Caffarini, Joshua DeMott, et al.** (2017). Determining the Clinical Utility of an Absolute Procalcitonin Value for Predicting a Positive Culture Result. ASM Journals, Antimicrobial Agents and Chemotherapy, Vol. 61, No. 5.
4. **Shun Yuan Guo, et al.** Procalcitonin Is a Marker of Gram-Negative Bacteremia in Patients With Sepsis. The American Journal of the Medical Sciences. 2015; Volume 349, Issue 6, Pages 499-504.
5. **Takao Arai MD, et al.** Prediction of blood culture results by measuring procalcitonin levels and other inflammatory biomarkers. The American Journal of Emergency Medicine. 2014; Volume 32, Issue 4, Pages 330-333.
6. **Ying Yu, Xia-Xi Li, et al.** Procalcitonin levels in patients with positive blood culture, positive body fluid culture, sepsis, and severe sepsis: a cross-sectional study. Infectious Diseases. 2016; Volume 48, Issue 1.

GIÁ TRỊ CỦA CẮT LỚP VI TÍNH TRONG CHẨN ĐOÁN VÀ PHÂN ĐỘ CHẤN THƯƠNG TỤY

Nguyễn Thị Nguyệt¹, Lê Thanh Dũng², Nguyễn Duy Hùng^{1,2}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá vai trò của cắt lớp vi tính (CLVT) trong chẩn đoán và phân độ chấn thương tụy. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 70 bệnh nhân ≥ 18 tuổi có chấn thương tụy được xác định bằng CLVT, điều trị tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức từ 01/2022 đến 07/2025. Thu thập dữ liệu lâm sàng, xét nghiệm, hình ảnh CLVT và so sánh với kết quả phẫu thuật khi có. **Kết quả:** Nam giới chiếm 78,6%, tuổi trung bình $37,7 \pm 15,69$. Tai nạn giao thông là nguyên nhân phổ biến nhất (84,3%). Triệu chứng chủ yếu là đau bụng (100%); tăng amylase máu gặp ở 88,1%. Tổn thương trên CLVT gồm: dịch ổ bụng (100%), dịch quanh tụy (97,1%), đưng dập nhu mô (91,4%), đường rách nhu mô (85,7%), tụ máu nhu mô (20%), nghi ngờ tổn thương ống tụy (52,9%). Trong 46 bệnh nhân phẫu

thuật, có 40 bệnh nhân (87,0%) được xác nhận chấn thương tụy. Giá trị chẩn đoán của các dấu hiệu: dịch quanh tụy (độ nhạy 97,5%, đặc hiệu 16,7%), đưng dập tụy (97,4%; 25%), tụ máu trong tụy (85,7%; 100%), đường vỡ tụy (97,1%; 72,7%), đứt rời tụy (52%; 95,2%), nghi ngờ tổn thương ống tụy (93,8%; 64,3%). CLVT xác định chính xác vị trí tổn thương (100% ở tất cả các vị trí). So sánh phân độ cho thấy CLVT thường đánh giá thấp mức độ tổn thương, nhất là ở phân độ I và III; các phân độ cao (IV, V) thường trùng khớp với phẫu thuật. **Kết luận:** CLVT là phương tiện hình ảnh có giá trị cao trong phát hiện sớm, xác định vị trí và phân độ chấn thương tụy, qua đó hỗ trợ lập kế hoạch điều trị và quyết định phẫu thuật.

Từ khóa: Chấn thương tụy, Cắt lớp vi tính, Phân độ chấn thương.

SUMMARY

THE VALUE OF COMPUTED TOMOGRAPHY IN DIAGNOSING AND GRADING PANCREATIC TRAUMA

Objective: To evaluate the role of computed tomography (CT) in the diagnosis and grading of pancreatic trauma. **Materials and Methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted on 70 patients aged ≥ 18 years with CT-confirmed pancreatic

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Nguyệt

Email: nguyenthinguyet2101.bg@gmail.com

Ngày nhận bài: 10.9.2025

Ngày phản biện khoa học: 23.10.2025

Ngày duyệt bài: 21.11.2025

trauma, treated at Viet Duc University Hospital from January 2022 to July 2025. Clinical, laboratory, and CT imaging data were collected and compared with surgical findings when available. **Results:** Males accounted for 78.6% of cases, with a mean age of 37.7 ± 15.69 years. Road traffic accidents were the most common cause (84.3%). The predominant symptom was abdominal pain (100%), with elevated serum amylase in 88.1% of cases. CT findings included: ascites (100%), peripancreatic fluid (97.1%), parenchymal contusion (91.4%), parenchymal laceration (85.7%), intraparenchymal hematoma (20%), and suspected pancreatic duct injury (52.9%). Among 46 patients who underwent surgery, 40 (87.0%) were confirmed to have pancreatic injury. Diagnostic performance of CT signs compared to surgery was as follows: peripancreatic fluid (sensitivity 97.5%, specificity 16.7%), pancreatic contusion (97.4%; 25%), intraparenchymal hematoma (85.7%; 100%), pancreatic laceration (97.1%; 72.7%), transection (52%; 95.2%), suspected ductal injury (93.8%; 64.3%). CT accurately identified the injury location in 100% of cases (head, neck, body, and tail of the pancreas). Grading comparison revealed that CT tended to underestimate the severity, particularly in grade I and III injuries; higher grades (IV, V) were generally consistent with surgical findings. **Conclusion:** CT is a highly valuable imaging modality for early detection, precise localization, and grading of pancreatic trauma, particularly in identifying pancreatic duct injuries, thereby supporting treatment planning and surgical decision-making.

Keywords: Pancreatic trauma, Computed tomography, Trauma grading.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Chấn thương tụy là một tổn thương bụng hiểm gặp nhưng nặng nề, thường do lực tác động mạnh trực tiếp vào vùng bụng trên. Do vị trí tụy nằm sâu sau phúc mạc và sát với nhiều cấu trúc quan trọng, việc chẩn đoán tổn thương tụy gặp nhiều khó khăn¹. Đặc biệt, các triệu chứng lâm sàng thường nghèo nàn và không đặc hiệu.

Trong chẩn đoán hình ảnh, cắt lớp vi tính (CLVT) là phương tiện phổ biến nhất hiện nay, cho phép đánh giá toàn diện ổ bụng, phát hiện tổn thương tụy cũng như các cơ quan liên quan. So với siêu âm, CLVT có độ phân giải không gian cao hơn, giúp phát hiện sớm các dấu hiệu trực tiếp như đường rách rách, tụ máu, đưng dập tụy và gián tiếp như dịch quanh tụy, phù tổ chức mỡ cạnh tụy. Tuy nhiên, việc phát hiện tổn thương ống tụy chính (MPD) qua CLVT vẫn còn hạn chế, với tỷ lệ chỉ khoảng 43% theo một số nghiên cứu trước đây^{2,3}. Tuy nhiên những nghiên cứu gần đây cho thấy CLVT với lát cắt mỏng hơn và với sự tái tạo đa mặt phẳng có thể cải thiện khả năng quan sát ống tụy⁴. Đặc biệt, ở các chấn thương độ cao, phát hiện sớm và chính xác tổn thương MPD là yếu tố quyết định trong chỉ định

cần thiệp, giảm tỷ lệ biến chứng và tử vong.

Gần đây, nhiều nghiên cứu trong và ngoài nước đã khẳng định giá trị của CLVT trong chẩn đoán và phân độ chấn thương tụy theo hệ thống AAST-OIS. Tuy nhiên, mức độ tương đồng giữa hình ảnh CLVT và kết quả phẫu thuật vẫn còn nhiều tranh cãi. Vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu "Giá trị của cắt lớp vi tính trong chẩn đoán và phân độ chấn thương tụy" nhằm mục đích đánh giá giá trị của CLVT trong chẩn đoán và phân độ chấn thương tụy, bao gồm độ nhạy, độ đặc hiệu, giá trị dự báo và độ chính xác của từng dấu hiệu tổn thương trên hình ảnh học.



Hình 15. Phân độ tổn thương tụy theo AAST-OIS

Độ I: Đụng dập nhẹ không tổn thương ống tụy, hoặc đường rách nông không tổn thương ống tụy. Độ II: Đụng dập nặng không tổn thương ống tụy hoặc đường rách lớn không tổn thương ống tụy. Độ III: Đứt đoạn xa (bên trái tĩnh mạch mạc treo tràng trên) hoặc tổn thương nhu mô kèm tổn thương ống tụy. Độ IV: Đứt đoạn gần (bên phải tĩnh mạch mạc treo tràng trên hoặc tổn thương nhu mô liên quan đến bóng Vater). Độ V: Vỡ đầu tụy nghiêm trọng.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Bệnh nhân (>18 tuổi) được chụp CLVT ổ bụng có tiêm thuốc cản quang được chẩn đoán chấn thương tụy. Chúng tôi thu thập phân tích trên 70 bệnh nhân từ tháng 1/2022 đến tháng 7/2025 được chụp CLVT và được điều trị tại bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức, trong đó có 46 bệnh nhân được phẫu thuật.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

2.2.2. Chọn mẫu nghiên cứu: Mẫu nghiên cứu được chọn theo phương pháp chọn mẫu thuận tiện.

2.2.3. Công cụ và phương pháp thu thập thông tin nghiên cứu:

- Phương tiện nghiên cứu: Máy chụp cắt lớp vi tính 16 dãy hãng GE Healthcare.

- Sử dụng tư liệu có sẵn: phim chụp trên hệ thống PACS và sử dụng bệnh án để làm bệnh án nghiên cứu.

- Quan sát: Đọc kết quả chụp CLVT bởi ít nhất hai bác sĩ chẩn đoán hình ảnh có kinh nghiệm.

2.2.4. Phân tích và xử lý số liệu

- Số liệu của nghiên cứu được xử lý bằng phần mềm SPSS 16.0 với các thuật toán mô tả

tính trung bình, độ lệch chuẩn, tính tỉ lệ, so sánh tương quan sử dụng Fisher's exact test, chi-square test. Kết quả được coi là có ý nghĩa thống kê với giá trị $p < 0,05$.

- Các giá trị được tính theo bảng 2x2, từ đó tính được độ nhạy, độ đặc hiệu, giá trị dự báo dương tính, giá trị dự báo âm tính và độ chính xác của CLVT so sánh với tổn thương được mô tả trên biên bản phẫu thuật.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung

- Tuổi trung bình: $37,74 \pm 15,69$ tuổi; nhóm <25 tuổi chiếm 31.4%.
- Giới tính: Nam giới chiếm đa số (78,6%).
- Nguyên nhân: Tai nạn giao thông chiếm tỷ lệ cao nhất (84,3%).

3.2. Đặc điểm lâm sàng và xét nghiệm

- Đau bụng vùng thượng vị và hạ sườn trái: gặp ở 74,2%.
- Chướng bụng (42,9%), phản ứng thành bụng (71,4%) là những dấu hiệu nổi bật.
- Amylase tăng trong 88,1% trường hợp.

3.3. Đặc điểm tổn thương trên CLVT

3.3.1. Đặc điểm tổn thương trên CLVT:

Bảng 1. Đặc điểm tổn thương trên CLVT

CLVT		n	%
Dịch ổ bụng		70	100
Dịch quanh tụy		68	97,1
Tổn thương tụy	Đụng dập	64	91,4
	Tụ máu	14	20,0
	Đường vỡ	60	85,7
	Đứt rời	14	20,0
	Nghi ngờ tổn thương ống tụy	37	52,9
Tổn thương mạch	Ổ giả phình mạch	1	1,4
	Thoát thuốc	2	2,9
	Huyết khối	2	2,9

Nhận xét: 100% bệnh nhân có dịch ổ bụng. Dịch quanh tụy xuất hiện ở 97.1%. Về loại tổn thương tụy, đụng dập chiếm tỷ lệ cao nhất (91.4%), tiếp theo là đường vỡ (85.7%). Tụ máu và đứt rời tụy cùng chiếm 20%. Nghi ngờ tổn thương ống tụy ở 52.9% trường hợp. Tổn thương mạch máu hiếm gặp (giả phình mạch 1.4%, thoát thuốc 2.9%, huyết khối 2.9%).

3.3.2. Vị trí tổn thương tụy trên CLVT:

Bảng 2. CLVT vị trí tổn thương

Vị trí tổn thương tụy trên CLVT	N	%
Đầu tụy	19	27,1
Eo tụy	12	17,1
Thân tụy	15	21,4
Đuôi tụy	24	34,3

Nhận xét: Đuôi tụy là vị trí tổn thương phổ biến nhất (34.3%), tiếp theo là đầu tụy (27.1%),

thân tụy (21.4%), và eo tụy (17.1%).

3.3.3. Tổn thương phối hợp trên CLVT:

Bảng 3. Tổn thương phối hợp trên CLVT

Tổn thương	N	%
Chấn thương gan	19	27,1
Chấn thương lách	25	35,7
Chấn thương thận	21	30,0
Chấn thương tạng rỗng	15	21,4

Nhận xét: Chấn thương tụy thường đi kèm với các chấn thương tạng khác trong ổ bụng: chấn thương lách (35.7%), chấn thương thận (30%), chấn thương gan (27.1%), chấn thương tạng rỗng (21.4%).

3.3.4. Phân độ tổn thương AAST qua CLVT:

Bảng 4. Phân độ tổn thương AAST qua chụp CLVT

Phân độ	n	%
I	8	11,4
II	24	34,3
III	25	35,7
IV	9	12,9
V	4	5,7
Tổng	70	100

Nhận xét: Độ III chiếm tỷ lệ cao nhất (35.7%), tiếp theo là độ II (34.3%). Độ IV (12.9%), độ I (11.4%), và độ V (5.7%).

3.4. Giá trị chẩn đoán của CLVT

Trong số 46 bệnh nhân được phẫu thuật, có 40 trường hợp xác nhận chấn thương tụy và 6 trường hợp không có chấn thương tụy.

3.4.1. Giá trị của các dấu hiệu:

Bảng 5. Giá trị của các dấu hiệu tổn thương trên CLVT

Dấu hiệu	Độ nhạy	Độ đặc hiệu	PPV	NPV
Dịch quanh tụy	97.5%	16.7%	88.6%	50%
Đụng dập tụy	97.4%	25%	86%	66.7%
Tụ máu nhu mô tụy	85.7%	100%	100%	94.1%
Đường vỡ tụy	97.1%	72.7%	91.9%	88.9%
Đứt rời tụy	52%	95.2%	92.9%	62.5%
Nghi ngờ tổn thương ống tụy	93.8%	64.3%	85.7%	81.8%

Nhận xét: Dịch quanh tụy và đụng dập tụy có độ nhạy rất cao (>97%) nhưng độ đặc hiệu thấp, dễ gây dương tính giả, do đó chỉ có giá trị gợi ý. Tụ máu nhu mô tụy có độ đặc hiệu và PPV đạt 100%, là dấu hiệu đặc hiệu nhất để khẳng định chấn thương tụy. Nghi ngờ tổn thương ống tụy có độ nhạy cao (93,8%) và độ đặc hiệu trung bình (64,3%), đóng vai trò quan trọng trong gợi ý đứt ống tụy nhưng vẫn cần phối hợp với các phương tiện khác để khẳng định.

3.4.2. Chẩn đoán vị trí tổn thương: Độ chính xác 100% ở cả 4 vị trí (đầu, eo, thân, đuôi tụy).

3.4.3. Khác biệt giữa phân độ chấn thương tụy trước và sau mổ:

Bảng 6. Khác biệt giữa phân độ chấn thương tụy trước và sau mổ

Phân độ PT \ Phân độ CLVT	I	II	III	IV	V	Tổng
I	1	4	1	0	0	6
III	0	3	15	3	0	21
IV	0	1	0	8	0	9
V	0	0	0	0	4	4
Tổng	1	8	16	11	4	40

Nhận xét: Trong 46 bệnh nhân được mổ, có 40 bệnh nhân có chấn thương tụy, 6 bệnh nhân không ghi nhận tổn thương tụy sau phẫu thuật (trong đó có 1 bệnh nhân độ I, 3 bệnh nhân độ II, 2 bệnh nhân độ III). Có 6 bệnh nhân độ I được mổ do nguyên nhân chấn thương tạng kèm theo mà có tổn thương tụy sau phẫu thuật, có 1 ca giữ nguyên độ I, 4 ca tăng lên độ II, 1 ca tăng lên độ III. Trong 21 bệnh nhân độ III có tổn thương tụy sau phẫu thuật, có 15 ca được chẩn đoán đúng, 3 ca giảm xuống độ II, 3 ca tăng lên độ IV. Các bệnh nhân độ IV và V, phần lớn trùng khớp với phẫu thuật.

IV. BÀN LUẬN

4.1. So sánh về độ nhạy và độ đặc hiệu với các nghiên cứu quốc tế. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ máu trong tụy có độ đặc hiệu và giá trị dự báo dương tính (PPV) đạt 100%, tương tự nhận xét của Gupta và cộng sự² khi cho rằng đây là dấu hiệu có độ đặc hiệu cao dù tần suất gặp thấp, khẳng định đây là dấu hiệu có giá trị nhất để chẩn đoán chắc chắn chấn thương tụy. Ngược lại, dịch quanh tụy có độ nhạy cao nhưng độ đặc hiệu thấp, phù hợp với kết quả của Godon và cộng sự⁶ khi nhận định đây là dấu hiệu gián tiếp, dễ gặp trong nhiều loại chấn thương bụng khác. Các dấu hiệu trực tiếp như đường vỡ tụy (97,1%), đưng dập tụy (97,4%) và nghi ngờ tổn thương ống tụy (93,8%) đều có độ nhạy rất cao, tương tự báo cáo của Ananya Panda và cộng sự⁷. Kết quả này cũng tương đồng với kết quả của Hamidi và cộng sự⁸ cho thấy CLVT có độ nhạy và độ đặc hiệu cao trong đánh giá chấn thương tụy.

4.2. Khả năng định vị tổn thương. Khả năng định vị tổn thương tụy trong nghiên cứu này đạt 100% so với phẫu thuật, phù hợp với báo cáo của Gupta và cộng sự². Điều này đặc biệt quan trọng trong quyết định điều trị, nhất là khi tổn thương liên quan đến ống tụy chính (MPD)⁹.

4.3. Phân độ tổn thương – sự khác biệt giữa CLVT và phẫu thuật. Kết quả cho thấy CLVT có xu hướng đánh giá thấp mức độ tổn

thương ở phân độ thấp (I và III). Trong nhóm phân độ I trên CLVT, chỉ 1/6 trường hợp giữ nguyên phân độ sau mổ, còn lại tăng lên II hoặc III. Hiện tượng này cũng được Debi và cộng sự¹⁰ ghi nhận, với khoảng 20%–40% tổn thương nhu mô bị che khuất trên CT được thực hiện trong vòng 12 giờ sau chấn thương, nguyên nhân chủ yếu do hạn chế phát hiện sớm tổn thương MPD hoặc các vết rách nhỏ khi phù nề kèm theo. Ở các phân độ cao (IV, V), CLVT và phẫu thuật thường trùng khớp.

4.4. Giá trị bổ sung của các phương tiện chẩn đoán khác. Đối với tổn thương nặng như đứt rời tụy, CLVT chỉ đạt độ nhạy 52% trong nghiên cứu này. Do đó, chúng tôi đồng thuận với khuyến nghị kết hợp CLVT với cộng hưởng từ mật tụy (MRCP) hoặc nội soi mật tụy ngược dòng (ERCP) để tăng khả năng phát hiện tổn thương MPD, đặc biệt ở các ca nghi ngờ⁵.

V. KẾT LUẬN

Cắt lớp vi tính (CLVT) là phương tiện chẩn đoán hình ảnh có giá trị cao trong phát hiện và đánh giá chấn thương tụy. Nghiên cứu này cho thấy CLVT đạt độ nhạy rất cao đối với các dấu hiệu trực tiếp như đường vỡ tụy, đưng dập tụy và nghi ngờ tổn thương ống tụy, đồng thời có độ đặc hiệu tuyệt đối đối với dấu hiệu tụ máu trong tụy. CLVT cũng xác định chính xác vị trí tổn thương trong 100% trường hợp được phẫu thuật xác nhận, qua đó hỗ trợ hiệu quả cho lập kế hoạch điều trị và quyết định can thiệp ngoại khoa.

Tuy nhiên, CLVT vẫn có xu hướng đánh giá thấp mức độ tổn thương ở một số trường hợp, đặc biệt là phân độ thấp (I và III) và các tổn thương ống tụy chính, điều này phù hợp với nhận định của nhiều nghiên cứu quốc tế. Do đó, trong các trường hợp lâm sàng nghi ngờ nhưng hình ảnh CLVT chưa khẳng định, nên phối hợp với cộng hưởng từ mật tụy (MRCP) hoặc nội soi mật tụy ngược dòng (ERCP) để tăng độ chính xác chẩn đoán.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Petrone P, Moral Álvarez S, González Pérez M, Ceballos Esparragón J, Marini CP.** Management of pancreatic trauma: a literature review. *Cir Esp Engl Ed.* 2017;95(3):123-130. doi:10.1016/j.cireng.2016.05.012
2. **Gupta A, Stuhlfaut JW, Fleming KW, Lucey BC, Soto JA.** Blunt Trauma of the Pancreas and Biliary Tract: A Multimodality Imaging Approach to Diagnosis. *RadioGraphics.* 2004;24(5):1381-1395. doi:10.1148/rg.245045002
3. **Bradley EL, Young PR, Chang MC, et al.** Diagnosis and initial management of blunt pancreatic trauma: guidelines from a multiinstitutional review. *Ann Surg.* 1998;227(6):

- 861-869. doi:10.1097/0000658-199806000-00009
4. **Anderson SW, Soto JA.** Pancreatic duct evaluation: accuracy of portal venous phase 64 MDCT. *Abdom Imaging.* 2009;34(1):55-63. doi:10.1007/s00261-008-9396-4
 5. **Ayoub AR, Lee JT, Herr K, et al.** Pancreatic Trauma: Imaging Review and Management Update. *RadioGraphics.* 2021;41(1):58-74. doi:10.1148/rg.2021200077
 6. **Gordon RW, Anderson SW, Ozonoff A, Rekhi S, Soto JA.** Blunt pancreatic trauma: evaluation with MDCT technology. *Emerg Radiol.* 2013; 20(4):259-266. doi:10.1007/s10140-013-1114-z
 7. **Panda A, Kumar A, Gamanagatti S, et al.** Evaluation of diagnostic utility of multidetector computed tomography and magnetic resonance imaging in blunt pancreatic trauma: a prospective study. *Acta Radiol Stockh Swed.* 2015; 56(4): 387-396. doi:10.1177/ 0284185114529949
 8. **Hamidi MI, Aldaoud KM, Qtaish I.** The Role of Computed Tomography in Blunt Abdominal Trauma. *Sultan Qaboos Univ Med J.* 2007; 7(1):41-46.
 9. **Braden LA, Minas-Alexander R, Love A, Hashem E, Karuman P, Jones AL.** Traumatic pancreatic injuries and treatment outcomes: An observational retrospective study from a high-volume tertiary trauma center. *Am J Surg.* 2025;242. doi:10.1016/j.amjsurg.2024.116142
 10. **Debi U, Kaur R, Prasad KK, Sinha SK, Sinha A, Singh K.** Pancreatic trauma: A concise review. *World J Gastroenterol WJG.* 2013;19(47):9003-9011. doi:10.3748/wjg.v19.i47.9003

ĐÁNH GIÁ TAI BIẾN VÀ BIẾN CHỨNG CỦA PHẪU THUẬT NỘI SOI ĐIỀU TRỊ VIÊM TÚI MẬT CẤP DO SỎI TẠI BỆNH VIỆN NGUYỄN TRÃI

Phạm Quốc Cường¹, Nguyễn Thị Kim Anh¹, Nguyễn Thị Linh Huệ¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Viêm túi mật cấp là tình trạng nhiễm khuẩn cấp ở túi mật mà hầu hết có nguyên do sỏi túi mật (90-95%)¹. Đây là một cấp cứu ngoại khoa thường gặp, nếu không chẩn đoán và điều trị kịp thời có thể gây ra những biến chứng như viêm túi mật hoại tử, viêm mủ, viêm phúc mạc, nhiễm khuẩn huyết, tử vong. Phẫu thuật nội soi ngày càng được áp dụng rộng rãi điều trị viêm túi mật cấp do sỏi và hiện nay đây là phương pháp điều trị ngoại khoa lựa chọn hàng đầu. Bên cạnh những lợi ích của phẫu thuật nội soi cắt túi mật, cũng có những tai biến và biến chứng từ mức độ nghiêm trọng đến mức độ ít nghiêm trọng. Chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm làm sáng tỏ hơn về những tai biến và biến chứng của phẫu thuật nội soi cắt túi mật điều trị viêm túi mật cấp do sỏi trong 5 năm (từ 01.01.2016 đến 31.12. 2020) tại Bệnh viện Nguyễn Trãi. **Mục tiêu:** Xác định tỉ lệ tai biến và biến chứng của phẫu thuật nội soi cắt túi mật, xác định mối liên quan giữa một số yếu tố liên quan với tai biến và biến chứng nặng của phẫu thuật nội soi cắt túi mật điều trị viêm túi mật cấp do sỏi. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 249 bệnh nhân nhập viện khoa Ngoại tổng hợp, bệnh viện Nguyễn Trãi được chẩn đoán là viêm túi mật cấp do sỏi được phẫu thuật nội soi cắt túi mật từ 01/01/2016 đến 31/12/2020. **Kết quả:** Kết quả cho thấy 100 trường hợp (40,16%) có các tai biến và biến chứng, trong đó biến chứng nặng là 14 trường hợp (5,6%). Các biến chứng nhẹ gồm: thủng túi mật, ổ dịch mật, sỏi vào ổ bụng là có tỷ lệ cao nhất 15,2%, theo sau đó là chảy máu (thành bụng ở lỗ trocar, tử cung tử

mật) chiếm 11,2%. Tai biến và biến chứng nặng gồm: chảy máu cần phải chuyển mổ mở cầm máu và tổn thương đường mật chiếm lớn nhất với 2,0%, sau đó là rò mật với 1,2%. Kết quả cũng cho thấy có mối liên quan giữa tai biến và biến chứng nặng với các yếu tố: giới tính, đặc điểm đau quặn bụng từng cơn, chẩn đoán trên siêu âm và trên kết quả chụp cắt lớp vi tính, tình trạng vùng túi mật và cuống gan bị phù nề- viêm dính, tình trạng hoại tử thành túi mật. **Kết luận:** Các tai biến và biến chứng nặng xảy ra nhiều hơn ở các đặc điểm: nam giới, đau quặn từng cơn và có kết quả siêu âm hoặc cắt lớp điện toán là viêm cấp/mạn, có hiện tượng vùng túi mật và cuống gan bị phù nề, viêm dính, hoại tử thành túi mật. Khi phẫu thuật cần chú ý trong bệnh lý viêm túi mật cấp được phẫu thuật nội soi cắt túi mật cần phẫu tích xác định giải phẫu học tam giác gan mật để tránh các tai biến chứng nặng.

Từ khóa: viêm túi mật, phẫu thuật nội soi cắt túi mật, viêm túi mật do sỏi.

SUMMARY

ASSESSMENT OF COMPLICATIONS AND RESULTS OF LAPAROSCOPIC SURGERY FOR THE TREATMENT OF ACUTE CHOLECYSTITIS CAUSED BY STONES AT NGUYEN TRAI HOSPITAL

Introduction: Acute cholecystitis is an acute infection of the gallbladder, most commonly caused by gallstones (90-95%)¹. It is a common surgical emergency. If not diagnosed and treated promptly, it can lead to complications such as necrotic cholecystitis, suppuration, peritonitis, sepsis, and even death. Laparoscopic surgery is increasingly used to treat acute cholecystitis caused by gallstones and is currently the first-choice surgical treatment. Although laparoscopic cholecystectomy offers many benefits, it also carries complications, ranging from severe to less severe. This study aims to clarify the complications and adverse events associated with laparoscopic

¹Bệnh viện Nguyễn Trãi TP.HCM

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Linh Huệ

Email: nguyennlinhhue.yds@gmail.com

Ngày nhận bài: 15.9.2025

Ngày phản biện khoa học: 23.10.2025

Ngày duyệt bài: 18.11.2025