

- 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: nguyennhinhue.yds@gmail.com

Ngày nhận bài: 15.9.2025

Ngày phản biện khoa học: 23.10.2025

Ngày duyệt bài: 18.11.2025

cholecystectomy for the treatment of acute cholecystitis caused by gallstones over a 5-year period (from January 1, 2016, to December 31, 2020) at Nguyen Trai Hospital. **Objectives:** To determine the rate of complications and adverse events associated with laparoscopic cholecystectomy, and to examine the relationship between factors related to complications and severe complications of laparoscopic cholecystectomy for acute cholecystitis due to gallstones. **Methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted on 249 patients admitted to the General Surgery Department of Nguyen Trai Hospital, all of whom were diagnosed with acute cholecystitis due to gallstones and underwent laparoscopic cholecystectomy between January 1, 2016, and December 31, 2020. **Results:** The results showed that 100 cases (40.16%) experienced complications and adverse events, of which 14 cases (5.6%) had severe complications. Mild complications, including gallbladder perforation, bile leakage, and stones in the abdominal cavity, had the highest rate at 15.2%, followed by bleeding (from the abdominal wall at the trocar hole and from the gallbladder bed), which accounted for 11.2%. Serious complications included bleeding requiring open surgery to stop the hemorrhage and biliary tract injury, both of which accounted for the largest number at 2.0%, followed by bile leakage at 1.2%. The results also showed a correlation between complications and severe complications with the following factors: gender, characteristics of intermittent abdominal pain, diagnosis based on ultrasound and CT scan results, gallbladder and hepatic pedicle edema-adhesions, and gallbladder wall necrosis. **Conclusion:** Severe complications and adverse events occur more frequently in individuals with the following characteristics: male gender, intermittent abdominal pain, and ultrasound or computed tomography findings suggestive of acute or chronic inflammation, along with edema, adhesions, and necrosis in the gallbladder and hepatic pedicle area. During surgery, it is crucial to ensure careful dissection in cases of acute cholecystitis, as laparoscopic cholecystectomy requires precise identification of the anatomy of the hepatobiliary triangle to avoid serious complications.

Keywords: cholecystitis, laparoscopic cholecystectomy, cholecystitis due to stones

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ở Mỹ, hàng năm có khoảng 750.000 trường hợp phẫu thuật nội soi cắt túi mật điều trị sỏi (chiếm 90% các trường hợp cắt túi mật)². 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. Đặc biệt những tai biến và biến chứng nặng chiếm từ 0,5-6% (tổn thương đường mật, mạch máu, tạng rỗng, rò mật) mặc dù tỉ lệ thấp nhưng ảnh hưởng đến sức khỏe người bệnh, chất lượng cuộc sống, chi phí điều trị thậm chí có thể đe dọa tính mạng người bệnh. Các tai biến và biến chứng nhẹ như thủng túi mật, chảy

máu lỗ trocar, nhiễm khuẩn vết mổ lỗ trocar, áp xe tồn lưu,... chiếm tỉ lệ thấp^{3,4}.

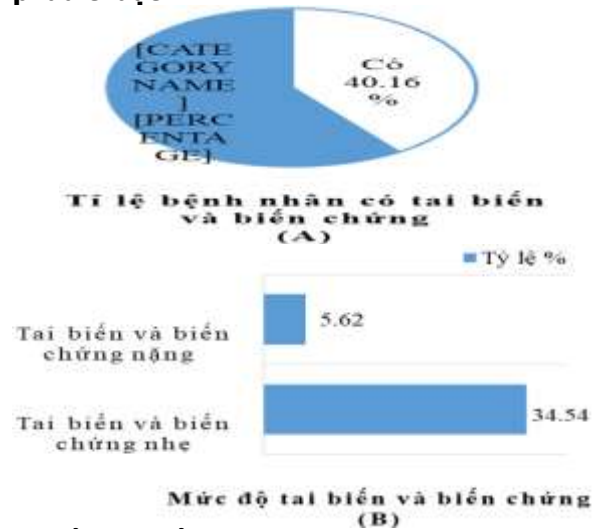
Chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm làm sáng tỏ hơn về những tai biến và biến chứng của phẫu thuật nội soi cắt túi mật điều trị viêm túi mật cấp do sỏi trong 5 năm (từ 01.01.2016 đến 31.12. 2020) tại Bệnh viện Nguyễn Trãi.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu mô tả cắt ngang, hồi cứu bệnh nhân nhập viện khoa 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.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Tỉ lệ tai biến và biến chứng trong phẫu thuật



Biểu đồ thể hiện tỉ lệ bệnh nhân có tai biến và biến chứng (A), mức độ tai biến và biến chứng (B) của phẫu thuật nội soi cắt túi mật

Trong tổng số 249 bệnh nhân bị viêm túi mật cấp được điều trị bằng phẫu thuật nội soi cắt túi mật, có 40,16% bệnh nhân bị tai biến/biến chứng do phẫu thuật gây ra. Trong đó có 5,62% là tai biến và biến chứng nặng.

Bảng 1. Đặc điểm tai biến, biến chứng nhẹ

Đặc điểm	Tần số	Tỷ lệ
Tai biến và biến chứng nhẹ (có)	86	34,5
Thủng túi mật, đổ dịch mật, sỏi vào ổ bụng (có)	39	15,1
Chảy máu (có)	28	11,2
Nhiễm khuẩn lỗ trocar (có)	11	4,4
Tụ dịch dưới gan (có)	6	2,4
Tắc ruột sớm (có)	2	0,8

Có 86 trường hợp có các tai biến và biến chứng nhẹ. Trong đó thủng túi mật, đổ 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, từ giường túi mật) chiếm 11,2%.

Bảng 2: Đặc điểm tai biến, biến chứng nặng

Đặc điểm	Tần số	Tỷ lệ %
Tai biến và biến chứng nặng (có)	14	5,6
Tổn thương đường mật	5	2,0
Chảy máu	5	2,0
Rò mật	3	1,2
Thủng tạng rỗng	1	0,4

Có 5,6% trường hợp có tai biến và biến chứng nặng. Trong đó tai biến chảy máu cần phải chuyển mổ mở cầm máu và tổn thương đường mật chiếm lớn nhất với 2,0.

Bảng 3: Kết quả điều trị tai biến và biến chứng

Đặc điểm	Tần số	Tỷ lệ %
Kết quả điều trị tai biến và biến chứng nặng (n=14)	13	92,8
Phục hồi tốt	1	7,8
Chuyển viện		
Kết quả điều trị tai biến biến		

Bảng 4: Mối liên quan giữa tai biến và biến chứng nặng của phẫu thuật nội soi cắt túi mật điều trị viêm túi mật cấp với các yếu tố

Đặc điểm	Tai biến và biến chứng nặng		Giá trị P	PR (KTC95%)
	Có (%) (n=14)	Không (%) (n=235)		
Giới tính: Nam	10 (10,1)	89 (90,9)	0,02	3,8(1,2-11,7) 1
Nữ	4 (2,8)	146 (96,7)		
Nhóm tuổi: <60 tuổi	11(6,8)	149(93,1)	0,39	0,5(0,1-1,7) 1
≥60 tuổi	3(3,5)	84(96,5)		
Nơi cư trú: Trong thành phố	11(5,1)	203(94,9)	0,425	0,6(0,2-2,1) 1
Ngoài thành phố	3(8,6)	32(91,4)		
Bệnh đi kèm: Có	10(5,8)	162(94,2)	1,0	0,93(0,3-2,8) 1
Không	4(6,3)	60(93,7)		
Bệnh khởi phát (ngày)			0,229	1 0,6(0,07-5,3) 1,2(0,2-6,3) 2,8(0,8-9,3)
<24 giờ	5(4,7)	102(95,3)		
25-48 giờ	1(2,9)	34(97,1)		
49-72 giờ	2(5,7)	33(94,3)		
>72 giờ	6(13,3)	40(86,7)		
Mạch (lần/phút): Chậm	0(0,0)	21(100)	0,307	
Bình thường	13(6,2)	203(93,9)		
Nhanh	1(14,3)	6(85,7)		
Huyết áp Cao huyết áp	4(8,2)	45(91,8)	0,658	
Bình thường	10(5,9)	158(94,1)		
Huyết áp thấp	0(0,0)	5(100)		
Nhiệt độ (°C): 36-37	12(5,6)	203(94,4)	0,67	1,1(0,5-2,3) 1
>37,5	2(6,9)	27(93,1)		
Tình trạng dinh dưỡng			0,943	1,02(0,54-1,9) 1
<18,5 kg/m ²	0(0,0)	6(100,0)		
18,5 - <23 kg/m ²	7(6,8)	96(93,2)		
23 - <25 kg/m ²	4(6,2)	61(93,8)		
≥25 kg/m ²	3(6,3)	45(83,7)		
Đau âm ỉ: Có	8(8,0)	92(92,0)	0,157	2,2(0,7-6,5) 1
Không	5(3,6)	134(96,4)		

chứng ít nghiêm trọng (n=86)		
Điều trị nội khoa	86	100
Phục hồi tốt	86	100
Thời gian phát hiện tai biến và biến chứng (ngày)	3 (1-7)*	
Thời gian mổ lại sau khi phát hiện tai biến và biến chứng	7 ngày	
Tổng thời gian nằm viện	8 (6-11)	
Nhỏ nhất- lớn nhất	3-24	

*Trung vị (khoảng tứ phân vị)

Với điều trị tai biến và biến chứng nặng thì có 92,8% các ca được điều trị phục hồi tốt, không có trường hợp nào tử vong, có một trường hợp ERCP không thành công ở bệnh nhân có tổn thương đường mật loại D và được chuyển tuyến.

Với điều trị tai biến và biến chứng nhẹ thì 100% các ca được điều trị phục hồi tốt.

Thời gian phát hiện biến chứng sau mổ thấp nhất là 1 ngày và lớn nhất là 7 ngày.

Tổng thời gian nằm viện trung vị là 8 ngày.

3.2 Mối liên quan giữa tai biến và biến chứng nặng của phẫu thuật nội soi cắt túi mật điều trị viêm túi mật cấp với các yếu tố

Đau liên tục: Có Không	7(7,4) 6(40,9)	21(67,7) 123(59,1)	0,285	1,7(0,6-5,1) 1
Đau quặn từng cơn: Có Không	0(0,0) 13(7,0)	54(100) 172(93,0)	0,04	
Buồn nôn, nôn: Có Không	7(7,0) 6(4,4)	93(93,0) 130(95,6)	0,389	1,5(0,5-4,6) 1
Vàng da: Có Không	0(0,0) 12(5,3)	2(100) 214(94,7)	1,0	
Đau bụng hạ sườn phải: Có Không	12(6,3) 1(2,1)	179(93,7) 46(97,9)	0,47	2,9(0,4-22,1) 1
Đau thượng vị: Có Không	3(4,1) 10(6,1)	70(95,9) 155(93,9)	0,75	0,6(0,2-2,4) 1
Số lượng bạch cầu*	10,6(8,1-13,1)	11,7(11,2-12,3)	0,338**	0,93(0,81-1,07)
Tỉ lệ Neutro*	71,4(62,7-79,9)	70,2(68,1-72,3)	0,798**	1,0(0,97-1,03)
Túi mật to: Có Không	7(5,3) 7(6,6)	126(94,7) 99(93,4)	0,78	1,7(0,3-2,2) 1
Vách dày: Có Không	9(6,7) 5(4,8)	126(93,3) 99(95,2)	0,59	1,3(0,5-4,1) 1
Dịch quanh túi mật: Có Không	7(6,9) 7(5,0)	95(93,1) 132(95,0)	0,58	1,4(0,5-3,7) 1
Vị trí sỏi ở đáy túi mật: Có Không	12(6,6) 2(3,6)	169(93,4) 54(96,4)	0,529	1,8(0,4-8,0) 1
Vị trí sỏi vùng cổ túi mật: Có Không	12(9,3) 2(1,8)	117(90,7) 106(98,2)	0,024	5,2(1,4-21,9) 1
Chẩn đoán trên siêu âm Viêm cấp Viêm mãn Viêm cấp/mạn	8(12,3) 1(16,7) 4(13,8)	195(86,2) 5(83,3) 25(96,1)	0,229 0,012	1 4,2(0,52-33,8) 3,5(1,0-11,6)
Chẩn đoán trên CT scan bụng Viêm cấp Viêm mãn Viêm cấp/mạn	9(5,6) 1(20) 3(30)	151(94,4) 4(80) 7(70)	0,72 0,018	1 3,5(0,5-28,0) 5,3(1,4-19,7)
Thời gian nhập viện trước mổ (giờ) <24 24-48 48-72 >72	8(6,45) 2(14,3) 2(8,3) 1(2,6)	116(93,5) 12(85,7) 22(91,7) 38(97,4)	0,342	1 2,2(0,4-10,4) 1,3(0,3-6,8) 0,4(0,4-3,2)
Thời gian nhập viện mổ*	24(10-48)	24(12-72)	0,38	0,9(0,98-1,02)
Vùng túi mật và cuống gan bị phù nề, viêm dính Có Không	9(18,7) 5(2,6)	39(81,3) 185(97,4)	<0,01	7,1(2,5-20,3) 1
Túi mật căng to, phù nề: Có Không	6(4,0) 8(9,4)	144(96,0) 77(90,6)	0,14	0,4(0,15-1,2) 1
Hoại tử thành túi mật: Có Không	5(13,5) 9(4,5)	32(85,5) 189(95,5)	0,034	2,9(1,1-8,4) 1
Nung mủ: Có Không	0(25,0) 14(6,2)	12(100) 209(93,7)	1,0	
Dịch ổ bụng: Dịch trong Dịch đục	8(8,5) 6(4,2)	86(91,5) 137(95,8)	0,168	2,02(0,7-5,6) 1
Dịch trong túi mật: Đen sẫm Mủ Dịch mật bùn Khác	3(6,1) 4(8,5) 1(1,6) 0(0)	46(93,9) 43(91,5) 61(98,4) 4(100)	0,37	
Nhiều sỏi nhỏ: Có Không	7(6,8) 6(4,7)	96(93,2) 121(95,3)	0,57	1,4(0,5-4,2) 1
Vị trí sỏi				

Vùng đáy túi mật: Có	11(6,6)	156(93,4)	0,56	1,5(0,4-5,4)
Không	3(4,2)	68(95,8)		1
Cổ túi mật: Có	12(8,4)	131(91,6)	0,05	3,9(0,91-17,4)
Không	2(2,1)	93(97,8)		1
Chụp đường mật trong lúc mổ				
Có	0(0)	1(100)	1	
Không	14(5,8)	227(94,2)		
Đặt dẫn lưu vùng mổ: Có	12(6,2)	181(93,8)	0,72	1,5(0,3-6,7)
Không	2(4,0)	48(96,0)		1

*Trung vị (khoảng tứ phân vị); ** kiểm định xếp hạng Mann-Whitney

Có sự khác biệt giữa tỷ lệ tai biến và biến chứng nặng ở các đặc điểm:

- Giới tính: Tỷ lệ tai biến và biến chứng nặng ở nam giới là 10,1%, nữ là 2,8%, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p=0,02$.

- Tỷ lệ tai biến và biến chứng nặng ở nhóm có đặc điểm đau quặn bụng từng cơn 0% và nhóm không có đặc điểm đau quặn bụng từng cơn là 7%, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p=0,04$.

- Những bệnh nhân có chẩn đoán trên siêu âm và cắt lớp vi tính là cấp/mạn thì có tỷ lệ xảy ra tai biến và biến chứng nặng cao hơn bệnh nhân có chẩn đoán siêu âm và cắt lớp vi tính là Viêm cấp là 3,5 và 5,3 lần.

- Bệnh nhân có vùng túi mật và cuống gan bị phù nề, viêm dính có tỷ lệ xảy ra tai biến và biến chứng nặng cao hơn 7,1 lần so với bệnh nhân không có đặc điểm trên.

- Bệnh nhân có đặc điểm đại thể túi mật là hoại tử thành túi mật có tỷ lệ xảy ra tai biến biến chứng nghiêm trọng cao gấp 2,9 lần so với bệnh nhân không có đặc điểm đại thể túi mật là hoại tử thành túi mật.

Chưa ghi nhận sự khác biệt về tai biến và biến chứng nặng ở các yếu tố: nhóm tuổi, nơi cư trú, bệnh lý đi kèm, thời gian khởi phát bệnh, mạch, huyết áp, nhiệt độ, tình trạng dinh dưỡng, tính chất đau, buồn nôn/nôn, vàng da, đau hạ sườn phải, đau thượng vị, số lượng bạch cầu, túi mật to, vách túi mật dày, dịch quanh túi mật, thời gian nhập viện trước mổ, thời gian chờ mổ, tính chất dịch trong túi mật, đặt dẫn lưu vùng mổ.

IV. BÀN LUẬN

Kết quả cho thấy 14 bệnh nhân (5,6%) gặp phải tai biến và biến chứng nặng trong quá trình thực hiện phẫu thuật nội soi, trong đó cụ thể có 5 trường hợp (2,0%) chảy máu, 5 trường hợp (2,0%) tổn thương đường mật, 3 trường hợp rò mật (1,2%), 1 trường hợp (0,4%) thủng tạng rỗng. Các nghiên cứu của Nguyễn Vũ Phương⁵ (2016) đồng thời có báo cáo về tai biến như có 2 (2,7%) trường hợp tổn thương đường mật.

Tổn thương đường mật chủ yếu là tổn thương thành bên ống mật chủ gây ra 4 trường

hợp (Loại D) và đứt ống mật 1 trường hợp (loại E1). Hai trường hợp mổ mở; một trường hợp loại E1 là trường hợp bệnh nhân được mổ sau 72 giờ, trong lúc mổ vùng cuống gan viêm dính phù nề, phẫu thuật viên phẫu tích làm đứt ống gan chung. Khoảng cách từ điểm đứt đến ngã ba đường mật lớn hơn 2cm, do đó phẫu thuật viên chuyển mổ mở nối ống gan chung hồng tràng.

Những trường hợp tai biến và biến chứng nghiêm trọng là chảy máu (2%) được xác định vị trí thường gặp nhất là do tổn thương động mạch túi mật với 3 trường hợp (60%) và còn lại là do rách gan 1 trường hợp hoặc giương túi mật, tất cả đều được phát hiện ngay trong phẫu thuật và được chuyển mổ mở 5 ca và tiến hành khâu cầm máu.

Xét đến những tai biến và biến chứng nhẹ trong quá trình thực hiện phẫu thuật, có 86 trường hợp (34,5%) có tai biến và biến chứng nhẹ. Trong đó nhiều nhất là tai biến và biến chứng thủng túi mật 39 trường hợp (15,1%). Nghiên cứu của Nguyễn Vũ Phương⁵ (2016) thống kê được có 9 trường hợp (12,16%) thủng túi mật, 1 trường hợp (1,35%) nhiễm khuẩn ổ Trocar. Nghiên cứu của FNU Amreek⁶ (2019) thực hiện tại Pakistan trên 855 bệnh nhân ghi nhận biến chứng như 23 trường hợp (2,7%) nhiễm khuẩn vết mổ, 11 trường hợp (1,3%) vàng da, 10 trường hợp (1,2%) viêm phúc mạc mật. Có những tai biến hoặc biến chứng nhẹ do nguyên nhân chính là phẫu thuật nội soi viêm túi mật cấp do sỏi gây ra hoặc do xuất hiện trong quá trình ở lại bệnh viện điều trị bệnh nhân phơi nhiễm với các yếu tố gây bệnh.

Kết quả điều trị của bệnh nhân có tai biến và biến chứng do phẫu thuật nội soi cắt túi mật điều trị viêm túi mật cấp do sỏi hầu hết đạt kết quả phục hồi tốt và không có trường hợp tử vong. Thời gian phát hiện các tai biến và biến chứng sau mổ trung vị là 3 ngày (1 -7 ngày).

Nghiên cứu của chúng tôi người nữ tham gia nhiều hơn, nhưng có tỷ lệ bị tai biến và biến chứng nặng thấp hơn nam giới, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p=0,02$. Cũng có kết quả tương tự là tác giả Miodrag Radunovic⁷ cho thấy

sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với giới tính là nam thì có nguy cơ xảy ra tai biến và biến chứng cao hơn là nữ ($p < 0,01$).

Chúng tôi tìm thấy mối liên quan giữa tỷ lệ tai biến và biến chứng nặng trong mổ với đặc điểm là vùng túi mật và cuống gan bị phù nề, viêm dính quanh túi mật, hoại tử thành túi mật. Bệnh nhân có đặc điểm này thì có tỷ lệ xảy ra tai biến và biến chứng nghiêm trọng cao hơn bệnh nhân không có đặc điểm này. Tác giả Petra Maria Terho⁸ cũng cho thấy có hoại tử túi mật, hoặc áp xe túi mật và được xác định bằng phẫu thuật viên thì có nguy cơ xảy ra tai biến và biến chứng nặng biến chứng xảy ra cao hơn. Điều này có thể hiểu rằng vùng cuống gan bị phù nề và viêm dính quanh túi mật cũng sẽ làm cho quá trình phẫu tích lúc mổ của phẫu thuật viên sẽ khó hơn từ đó nguy cơ xảy ra biến chứng sẽ cao hơn. Cũng tương đồng với kết quả của siêu âm và chụp cắt lớp vi tính ổ bụng có kết quả là viêm cấp/mạn cho tỷ lệ tai biến và biến chứng cao hơn.

V. 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.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Wakabayashi G, Iwashita Y, Hibi T, et al.** Tokyo Guidelines 2018 surgical management of acute cholecystitis: safe steps in laparoscopic cholecystectomy for acute cholecystitis (with videos). J Hepato-Biliary-Pancreat Sci. 2017;25. doi:10.1002/jhbp.517
2. **Khan MH, Howard TJ, Fogel EL, et al.** Frequency of biliary complications after laparoscopic cholecystectomy detected by ERCP: experience at a large tertiary referral center. Gastrointest Endosc. 2007;65(2):247-252. doi:10.1016/j.gie.2005.12.037
3. **Yokoe M, Takada T, Strasberg SM, et al.** TG13 diagnostic criteria and severity grading of acute cholecystitis (with videos). J Hepato-Biliary-Pancreat Sci. 2013;20(1):35-46. doi:10.1007/s00534-012-0568-9
4. **Trần Văn Phơi, Nguyễn Hoàng Bắc.** Thủng túi mật trong cắt túi mật nội soi. Y Học TP Hồ Chí Minh. 2003;1(7):39-42.
5. **Nguyễn Công Bình, Nguyễn Vũ Phương.** 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. Bệnh Viện Trường Đại Học Khoa Thái Nguyên. 2016;2(34):78
6. **Amreek F, Hussain SZM, Mnagi MH, Rizwan A.** Retrospective Analysis of Complications Associated with Laparoscopic Cholecystectomy for Symptomatic Gallstones. Cureus. 11(7):e5152. doi:10.7759/cureus.5152
7. **Radunovic M, Lazovic R, Popovic N, et al.** Complications of Laparoscopic Cholecystectomy: Our Experience from a Retrospective Analysis. Open Access Maced J Med Sci. 2016;4(4):641-646. doi:10.3889/oamjms.2016.128
8. **Terho PM, Leppäniemi AK, Mentula PJ.** Laparoscopic cholecystectomy for acute calculous cholecystitis: a retrospective study assessing risk factors for conversion and complications. World J Emerg Surg WJES. 2016;11:54. doi:10.1186/s13017-016-0111-4

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ CÁC YẾU TỐ LIÊN QUAN TRÊN BỆNH NHÂN VIÊM MÔ BÀO HÀM MẬT ĐIỀU TRỊ NỘI TRÚ TẠI BỆNH VIỆN NGUYỄN TRÃI THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH

Nguyễn Thị Diễm¹, Phùng Minh Thịnh¹, Nguyễn Minh Tiến¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và khảo sát mối liên quan với mức độ nặng trên bệnh nhân viêm mô bào hàm mật điều trị nội trú tại bệnh viện Nguyễn Trãi Tp.HCM. **Phương pháp:**

¹Bệnh viện Nguyễn Trãi

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Diễm

Email: tydn124@yahoo.com

Ngày nhận bài: 11.9.2025

Ngày phản biện khoa học: 22.10.2025

Ngày duyệt bài: 18.11.2025

Nghiên cứu cắt ngang mô tả thực hiện trên bệnh nhân từ 18 tuổi đến khám và điều trị viêm mô bào hàm mật tại bệnh viện Nguyễn Trãi Tp. HCM từ 03/2024 đến 9/2024. Dựa trên phân loại mức độ nhiễm trùng căn cứ vào các yếu tố tuổi, giới, dấu hiệu lâm sàng, nguyên nhân, diễn tiến, cách thức điều trị và diễn tiến lành thương trong quá trình theo dõi. Tiêu chí mức độ nghiêm trọng sử dụng trong nghiên cứu này là cấu trúc giải phẫu, chứng khó nuốt, khó nói, khó thở, sốt, nhiễm trùng huyết và hoại tử mô. Phân tích dữ liệu bằng phép kiểm Chi bình phương, kiểm định chính xác Fisher và kiểm định T-test, với $p < 0,05$ với KTC 95%. **Kết quả:** Mẫu nghiên cứu gồm 46 bệnh nhân viêm