

- Surgery. Journal of Craniofacial Surgery, 35(2), 495–501.
4. **Agarwal, R., & Chandra, R. (2023).** Alar Web in Cleft Lip Nose Deformity: Study in Adult Unilateral Clefts. Journal of Plastic, Reconstructive & Aesthetic Surgery, 76(8), 1420–1426.
 5. **Zhao, S., et al. (2023).** Application of Auricular Cartilage-Skin Graft in the Reconstruction of Unilateral Cleft Lip Nasal Deformity. Aesthetic Plastic Surgery, 47(6), 2543–2551.
 6. **Park, Y. W., et al. (2014).** Corrective Rhinoplasty with Combined Use of Autogenous Auricular Cartilage and Permacol™ for Cleft Lip Nose Deformity. Journal of Craniofacial Surgery, 25(5), 1794–1797.
 7. **Dong, S., et al. (2024).** Comparison of Two Different Secondary Rhinoplasties in Unilateral Cleft Lip Nasal Deformity: Nasal Septal Cartilage Implantation vs. Alar Cartilage Suspension. BMC Surgery, 24(1), 1–7.
 8. **Zuo, J., et al. (2024).** Clinical Effect of Combining Auricular Cartilage, Full-Thickness Skin Graft, and Local Flap in Nasal Reconstruction for Complex Nasal Defects. Frontiers in Surgery, 11, 1440418.

TỶ LỆ VIÊM PHỨC MẠC DO VIÊM TÚI MẬT VÀ CÁC YẾU TỐ LIÊN QUAN TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA CÀ MAU GIAI ĐOẠN 2023–2024

Huỳnh Ngọc Linh¹, Nguyễn Thế Tân¹,
Phù Văn Thùy², Nguyễn Văn Hải²

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Viêm phúc mạc là biến chứng nguy hiểm của viêm túi mật cấp, có thể dẫn đến tử vong nếu không can thiệp kịp thời. **Mục tiêu:** Xác định tỷ lệ viêm phúc mạc do viêm túi mật và các yếu tố liên quan tại Bệnh viện Đa khoa Cà Mau giai đoạn 2023–2024. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 643 bệnh nhân chẩn đoán viêm túi mật, thu thập 01/2023–12/2024. Phân tích bằng phần mềm stata 18.0 và phân tích hồi quy logistic đa biến. **Kết quả:** Tỷ lệ viêm phúc mạc là 23,79% (153/643). Kết quả nghiên cứu với 65,94% người bệnh cư trú nông thôn; nữ 67,97%; tuổi ≥60 là 43,23%; thời gian từ khởi phát đến nhập viện ≥72 giờ 30,64%; bạch cầu ≥15 G/L 74,80%; CRP >10 mg/L 72,78%. Phân tích hồi quy logistic cho thấy các yếu tố liên quan gồm: cư trú nông thôn (OR hiệu chỉnh=1,53; KTC95%: 1,03–2,56; p=0,01), tuổi ≥60 (1,94; 1,12–2,83; p=0,003), khởi phát >72 giờ (2,35; 1,15–3,58; p<0,0001), có bệnh mắc kèm (1,64; 1,31–2,93; p=0,002), bạch cầu >15 G/L (1,48; 1,11–3,43; p=0,009) và CRP >50 mg/L (1,39; 1,14–2,68; p=0,03). **Kết luận:** Viêm phúc mạc do viêm túi mật chiếm tỷ lệ đáng kể. Cần nhấn mạnh chẩn đoán sớm, nhập viện trong <72 giờ, quản lý bệnh nền và theo dõi chỉ số viêm để giảm biến chứng và cải thiện kết cục. **Từ khóa:** viêm phúc mạc, viêm túi mật, các yếu tố liên quan.

SUMMARY

INCIDENCE OF PERITONITIS DUE TO CHOLECYSTITIS AND RELATED RISK FACTORS AT CA MAU GENERAL HOSPITAL, 2023–2024

¹Trường Cao đẳng Y tế Cà Mau

²Bệnh viện Đa Khoa Cà Mau

Chịu trách nhiệm chính: Huỳnh Ngọc Linh

Email: drlinhcm78@gmail.com

Ngày nhận bài: 22.9.2025

Ngày phản biện khoa học: 23.10.2025

Ngày duyệt bài: 24.11.2025

Introduction: Peritonitis is a severe complication of acute cholecystitis that can lead to mortality if not intervened in a timely manner. **Objective:** To determine the incidence of peritonitis due to cholecystitis and its associated factors at Cà Mau General Hospital during the period of 2023–2024. **Subjects and Methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted on 643 patients diagnosed with cholecystitis, with data collected from January 2023 to December 2024. Analysis was performed using Stata 18.0 software and multivariate logistic regression. **Results:** The incidence of peritonitis was 23.79% (153/643). The study results indicated that 65.94% of patients resided in rural areas; 67.97% were female; 43.23% were aged ≥60 years; the duration from onset to hospitalization was ≥72 hours in 30.64% of cases; leukocyte count ≥15 G/L was observed in 74.80%; and CRP levels >10 mg/L were found in 72.78%. Multivariate logistic regression analysis revealed the following associated factors: rural residency (adjusted OR=1.53; 95% CI: 1.03–2.56; p=0.01), age ≥60 years (1.94; 1.12–2.83; p=0.003), onset >72 hours (2.35; 1.15–3.58; p<0.0001), presence of comorbidities (1.64; 1.31–2.93; p=0.002), leukocyte count >15 G/L (1.48; 1.11–3.43; p=0.009), and CRP >50 mg/L (1.39; 1.14–2.68; p=0.03). **Conclusion:** Peritonitis due to cholecystitis constitutes a significant proportion. Early diagnosis, hospitalization within <72 hours, management of underlying conditions, and monitoring of inflammatory markers are essential to reduce complications and improve outcomes. **Keywords:** peritonitis, cholecystitis, associated factors.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm túi mật cấp là một cấp cứu ngoại khoa thường gặp, chủ yếu do sỏi túi mật, chiếm tới 90–95% trường hợp. Nếu không được chẩn đoán và điều trị kịp thời, bệnh có thể dẫn đến nhiều biến chứng nặng nề như hoại tử, áp xe túi mật, thủng túi mật gây viêm phúc mạc, thậm chí tử vong [1], [3]. Trên thế giới, tỷ lệ viêm phúc

mạc mạc sau viêm túi mật được ghi nhận dao động từ 0,8% đến 11% các trường hợp viêm túi mật cấp [7]. Trong khi đó, các tổng quan quốc tế khẳng định phẫu thuật cắt túi mật nội soi sớm vẫn là phương pháp điều trị tối ưu nhằm giảm biến chứng và tử vong cho bệnh nhân viêm túi mật và các biến chứng liên quan [8]. Tại Việt Nam, nhiều nghiên cứu đã đánh giá hiệu quả của phẫu thuật nội soi cắt túi mật trong điều trị viêm túi mật cấp, song các nghiên cứu tập trung chuyên biệt về tỷ lệ và đặc điểm lâm sàng của viêm phúc mạc do viêm túi mật còn rất hạn chế. Xuất phát từ thực tế trên, việc nghiên cứu "Tỷ lệ viêm phúc mạc do viêm túi mật và các yếu tố liên quan tại Bệnh viện Đa khoa Cà Mau giai đoạn 2023–2024" là cần thiết, nhằm cung cấp số liệu dịch tễ tại địa phương, góp phần định hướng chẩn đoán sớm và lựa chọn phương pháp điều trị hiệu quả, giảm thiểu biến chứng và tử vong. Vì vậy, chúng tôi thực hiện đề tài này với các mục tiêu sau:

1. Xác định tỷ lệ viêm phúc mạc do viêm túi mật tại Bệnh viện Đa Khoa Cà Mau giai đoạn 2023-2024.

2. Tìm hiểu một số yếu tố liên quan đến tình trạng viêm phúc mạc do viêm túi mật tại Bệnh viện Đa Khoa Cà Mau giai đoạn 2023-2024.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

- **Tiêu chuẩn chọn mẫu:** người bệnh được chẩn đoán xác định viêm túi mật được phẫu thuật tại bệnh viện đa khoa Cà Mau.

- **Tiêu chuẩn loại trừ:** Hồ sơ bệnh án của người bệnh phẫu thuật viêm túi mật thiếu thông tin cần thiết.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- **Thiết kế nghiên cứu:** Mô tả cắt ngang

- **Cỡ mẫu:** Lấy trọn mẫu từ tháng 01 năm 2023 đến tháng 12 năm 2024

- **Phương pháp chọn mẫu:** Từ phần mềm quản lý bệnh viện (<https://yte-camau.vnptthis.vn/>) của bệnh viện đa khoa Cà Mau chúng tôi xuất dữ liệu ra excel và chọn những người bệnh có phẫu thuật viêm túi mật. Chọn mẫu toàn bộ, khảo sát tất cả các bệnh nhân đủ tiêu chuẩn trong thời gian nghiên cứu.

- **Nội dung nghiên cứu:**

+ Chẩn đoán viêm túi mật, viêm phúc mạc dựa trên theo tường trình phẫu thuật và giấy chẩn đoán ra viện.

+ Đặc điểm mẫu nghiên cứu: chẩn đoán ra viện người bệnh phẫu thuật viêm tui mật có hoặc không có viêm phúc mạc, các biến số liên quan như tuổi, giới tính, địa chỉ, thời gian khởi

phát đến lúc nhập viện, bệnh mắc kèm theo (tăng huyết áp, đái tháo đường, bệnh tim mạch, COPD, xơ gan...). Các chỉ số xét nghiệm: bạch cầu, CRP.

- **Xử lý và phân tích số liệu:** Nhập số liệu bằng phần mềm Epidata 3.02 và thống kê số liệu bằng phần mềm STATA 18.0; Đo lường mối liên quan bằng chỉ số OR phân tích đa biến bằng hồi qui logistic, các thống kê có ý nghĩa khi giá trị $p < 0,05$.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung mẫu nghiên cứu

Bảng 3.1. Đặc điểm chung của mẫu nghiên cứu (n=643)

Đặc điểm	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Nơi cư trú		
Nông thôn	424	65,94
Thành thị	219	34,06
Giới tính		
Nam	206	32,03
Nữ	437	67,97
Nhóm tuổi		
<60	365	56,76
≥60	278	43,23
Thời gian có triệu chứng đến lúc nhập viện (giờ)		
<72	446	69,36
≥72	197	30,64
Bệnh mắc kèm		
0	161	25,04
1	184	28,62
2	219	34,06
≥ 3	79	12,28
Số lượng bạch cầu (G/L)		
<15.000	162	25,20
≥15.000	481	74,80
CRP (mg/L)		
≤10	175	27,22
>10	468	72,78

Nhận xét: Hầu hết bệnh nhân là nữ (67,97%), sống ở nông thôn và dưới 60 tuổi. Đa số nhập viện trong vòng 72 giờ kể từ khi xuất hiện triệu chứng. Tỷ lệ bệnh mắc kèm từ 1–2 bệnh chiếm cao.

3.2. Tỷ lệ viêm phúc mạc do viêm túi mật và các yếu tố liên quan

Bảng 3.2. Tỷ lệ viêm phúc mạc do viêm túi mật

Viêm phúc mạc	Tần suất (n)	Tỷ lệ (%)
Có	153	23,79
Không	490	76,21
Tổng	643	100

Nhận xét: Trong 643 ca, 23,79% bệnh nhân có viêm phúc mạc, cho thấy tỷ lệ biến

chứng này vẫn còn đáng lo ngại.

Bảng 3.3. Mối liên quan giữa một số yếu tố và viêm phúc mạc do viêm túi mật

Đặc điểm	Viêm phúc mạc		OR [KTC95%]	P
	Có	Không		
Nơi cư trú				
Nông thôn	114(26,89)	310(73,11)	1,69 (1,11-2,62)	0,01
Thành thị	39(17,81)	180(82,19)		
Giới tính				
Nam	54(26,21)	152(73,79)		0,32
Nữ	99(22,65)	338(77,35)		
Nhóm tuổi				
<60	69(18,90)	296(81,10)	1,85 (1,26-2,72)	0,001
≥60	84(30,22)	194(69,78)		
Thời gian có triệu chứng đến lúc nhập viện (giờ)				
<72	88(19,73)	358(80,27)	2,00 (1,34-2,06)	<0,001
≥72	65(32,99)	132(67,01)		
Bệnh mắc kèm				
0	26(16,15)	135(83,85)	1	-
1	39(21,20)	145(78,80)	1,39((1,02-2,52)	0,03
2	61(27,85)	158(72,15)	2,00(1,16-3,49)	0,007
≥3	27(34,18)	52(65,82)	2,69(1,37-5,28)	0,001
			OR _{KH} =1,42* (1,24-2,68)	0,008
Số lượng bạch cầu (G/L)				
<15.000	26(16,05)	136(83,95)	1,87 (1,16-3,11)	0,007
≥15.000	127(26,40)	354(73,60)		
CRP (mg/L)				
≤10	32(18,29)	143(81,71)	1,55 (1,01-2,49)	0,04
>10	121(25,85)	347(74,15)		

Nhận xét: Một số yếu tố liên quan có ý nghĩa đến nguy cơ viêm phúc mạc. Người sống ở nông thôn, tuổi ≥60, nhập viện sau 72 giờ, có bệnh kèm nhiều (≥2), bạch cầu ≥15.000 G/L và CRP >10 mg/L đều có tỷ lệ viêm phúc mạc cao hơn. OR tăng dần theo số bệnh mắc kèm, chứng tỏ nguy cơ có tính khuynh hướng.

Bảng 3.4. Phân tích hồi quy logistic các yếu tố liên quan

Yếu tố nguy cơ	OR (thô)	KTC 95%	OR hiệu chỉnh	KTC 95%	p
Nông thôn	1,69	(1,11-2,62)	1,53	(1,03-2,56)	0,01
Tuổi ≥ 60	1,85	(1,26-2,72)	1,94	(1,12-2,83)	0,003
Thời gian khởi phát > 72 giờ	2,00	(1,34-2,06)	2,35	(1,15-3,58)	<0,0001
Bệnh mắc kèm theo	1,42	(1,24-2,68)	1,64	(1,31-2,93)	0,002
Bạch cầu > 15 G/L	1,87	(1,16-3,11)	1,48	(1,11-3,43)	0,009
CRP > 50 mg/L	1,55	(1,01-2,49)	1,39	(1,14-2,68)	0,03

Nhận xét: Sau khi phân tích đa biến các yếu tố làm tăng chênh lệch gồm: sống nông thôn, tuổi ≥60, nhập viện muộn (>72 giờ), có bệnh kèm, tăng bạch cầu và CRP cao, trong đó thời gian khởi phát >72 giờ là yếu tố ảnh hưởng mạnh nhất.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung của mẫu nghiên cứu. Mẫu nghiên cứu ghi nhận phần lớn bệnh nhân cư trú nông thôn (65,94%) và nữ giới (67,97%), điều này phù hợp với nhận định của Ismoil và cộng sự (2022) rằng phụ nữ và bệnh nhân vùng xa có nguy cơ gặp biến chứng cao hơn[5]. Dù đa số nhập viện trong vòng 72 giờ

(69,36%), vẫn có 30,64% đến muộn, tương tự kết quả của La Văn Phú khi tỷ lệ biến chứng tăng rõ ở nhóm nhập viện sau 72 giờ [1]. Bệnh mắc kèm phổ biến (62,68% có 1-2 bệnh), gợi ý gánh nặng bệnh nền, phù hợp nghiên cứu của Sol Lee và cộng sự cho thấy tăng huyết áp, đái tháo đường làm nặng tiến triển viêm túi mật. Tỷ lệ bạch cầu ≥15 G/L (74,80%) và CRP >10 mg/L (72,78%) phản ánh tình trạng viêm nặng, tương tự phát hiện của Nguyễn Hữu Trí trong nhóm viêm túi mật cấp. Những kết quả này củng cố tầm quan trọng của chẩn đoán sớm, quản lý bệnh kèm và chuyển tuyến kịp thời để giảm nguy cơ biến chứng [3], [9].

4.2. Tỷ lệ viêm phúc mạc trong nghiên cứu. Trong nghiên cứu, tỷ lệ viêm phúc mạc được ghi nhận là 23,79%, tương ứng với 153 trường hợp trên tổng số 643 bệnh nhân. Con số này phản ánh mức độ biến chứng không nhỏ, cho thấy viêm phúc mạc là hậu quả thường gặp và có ý nghĩa lâm sàng quan trọng trong các bệnh lý ổ bụng cấp tính. Tỷ lệ này tương đồng với báo cáo của Ismoil và cộng sự [5], khi biến chứng viêm phúc mạc chiếm tỷ lệ đáng kể ở bệnh nhân viêm túi mật hoại tử, và cũng phù hợp với số liệu trong nước như La Văn Phú [1], ghi nhận khoảng 18% trường hợp viêm túi mật cấp có biến chứng phúc mạc. Điều này nhấn mạnh nhu cầu phát hiện sớm, xử trí kịp thời nhằm hạn chế biến chứng nặng, giảm gánh nặng cho điều trị và tử vong.

4.3. Các yếu tố liên quan đến viêm phúc mạc trong nghiên cứu. Nghiên cứu cho thấy nơi cư trú có liên quan đáng kể đến nguy cơ viêm phúc mạc. Người bệnh sống ở nông thôn có tỷ lệ viêm phúc mạc là 26,9%, cao hơn so với 17,8% ở thành thị, với nguy cơ gấp 1,69 lần (OR=1,69; KTC95%: 1,11–2,62; p=0,01). Kết quả này phù hợp với báo cáo của Nguyễn Hữu Trí (2020), trong đó 63,2% bệnh nhân đến từ nông thôn, thường nhập viện muộn hơn và do đó biến chứng nhiều hơn [3].

Nhóm tuổi ≥ 60 có tỷ lệ viêm phúc mạc 30,2%, cao hơn rõ rệt so với 18,9% ở nhóm < 60 tuổi. Phân tích cho thấy nguy cơ viêm phúc mạc tăng 1,85 lần ở nhóm ≥ 60 (OR=1,85; KTC95%: 1,26–2,72; p=0,001). Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Trần Kiến Vũ và La Văn Phú, cũng như nhận định của Mencarini, đều nhấn mạnh tuổi cao là yếu tố tiên lượng nặng của viêm túi mật và biến chứng [1], [4], [8].

Thời gian từ khởi phát triệu chứng đến khi nhập viện cũng là yếu tố nguy cơ quan trọng. Bệnh nhân nhập viện muộn ≥ 72 giờ có tỷ lệ viêm phúc mạc 33,0%, cao hơn so với 19,7% ở nhóm nhập viện sớm, nguy cơ tăng gấp 2 lần (OR=2,00; KTC95%: 1,34–2,06; p<0,001). Kết quả này phù hợp với khuyến cáo Tokyo Guidelines 2018 do Mencarini (2024) tổng hợp, trong đó phẫu thuật sớm trong 72 giờ giúp giảm đáng kể biến chứng [8]. Trần Kiến Vũ (2014) cũng ghi nhận tỷ lệ biến chứng ở nhóm nhập viện muộn lên tới 66,1%, cao hơn nhiều so với nhóm nhập viện sớm [4].

Số lượng bệnh nền đi kèm ảnh hưởng rõ rệt đến nguy cơ viêm phúc mạc. Tỷ lệ viêm phúc mạc tăng dần từ 16,2% ở bệnh nhân không có bệnh nền, 21,2% ở bệnh nhân có 1 bệnh nền, 27,9% khi có 2 bệnh nền và 34,2% ở bệnh nhân

có ≥ 3 bệnh nền. Nguy cơ tăng tương ứng từ OR=1,39 (KTC95%: 1,02–2,52; p=0,03) đến OR=2,69 (KTC95%: 1,37–5,28; p=0,001). Các bệnh nền phổ biến nhất là tăng huyết áp và đái tháo đường, phù hợp với nghiên cứu của Sol Lee và La Văn Phú [9], [1].

Về xét nghiệm, bệnh nhân có bạch cầu ≥ 15 G/L có tỷ lệ viêm phúc mạc là 26,4%, cao hơn so với 16,1% ở nhóm < 15 G/L, với nguy cơ gấp 1,87 lần (OR=1,87; KTC95%: 1,16–3,11; p=0,007). Tương tự, bệnh nhân có CRP > 10 mg/L có tỷ lệ viêm phúc mạc là 25,9%, so với 18,3% ở nhóm CRP ≤ 10 mg/L, với nguy cơ tăng 1,55 lần (OR=1,55; KTC95%: 1,01–2,49; p=0,04). Các kết quả này phù hợp với báo cáo của Nguyễn Hữu Trí, Trần Quế Sơn và Mencarini, đều khẳng định bạch cầu và CRP là chỉ số tiên lượng quan trọng trong chẩn đoán mức độ nặng của viêm túi mật [2], [3], [8].

Kết quả nghiên cứu cho thấy các yếu tố liên quan đến viêm phúc mạc mật gồm: tuổi ≥ 60 , sống ở nông thôn, nhập viện muộn > 72 giờ, có bệnh kèm, bạch cầu và CRP tăng cao. Trong thực hành lâm sàng, cần chú trọng sàng lọc sớm nhóm bệnh nhân cao tuổi, nhiều bệnh nền, đồng thời tăng cường truyền thông y tế tại cộng đồng, đặc biệt vùng nông thôn, nhằm rút ngắn thời gian nhập viện. Việc theo dõi sát chỉ số viêm và can thiệp kịp thời sẽ góp phần giảm biến chứng và cải thiện kết cục điều trị viêm túi mật.

4.4. Phân tích đa biến. Sau khi điều chỉnh các yếu tố qua mô hình hồi quy logistic, kết quả phân tích cho thấy một số yếu tố có liên quan chặt chẽ đến viêm phúc mạc. Người bệnh sống ở nông thôn có chênh lệch cao hơn so với thành thị (OR hiệu chỉnh=1,53; KTC 95%: 1,03–2,56; p=0,01). Tuổi ≥ 60 cũng là yếu tố nguy cơ rõ rệt, làm tăng khả năng mắc bệnh gấp 2 lần (OR hiệu chỉnh = 1,94; KTC 95%: 1,12–2,83; p=0,003). Đặc biệt, bệnh nhân nhập viện sau 72 giờ kể từ khi khởi phát triệu chứng có nguy cơ cao nhất (OR hiệu chỉnh=2,35; KTC 95%: 1,15–3,58; p<0,0001), khẳng định vai trò quan trọng của chẩn đoán và can thiệp sớm. Ngoài ra, số lượng bệnh mắc kèm cũng liên quan có ý nghĩa, với nguy cơ tăng dần theo số bệnh (OR hiệu chỉnh = 1,64; KTC 95%: 1,31–2,93; p=0,002). Tình trạng viêm toàn thân thể hiện qua bạch cầu > 15 G/L làm tăng nguy cơ (OR hiệu chỉnh = 1,48; KTC 95%: 1,11–3,43; p=0,009), và CRP > 50 mg/L cũng góp phần làm gia tăng khả năng mắc viêm phúc mạc (OR hiệu chỉnh = 1,39; KTC 95%: 1,14–2,68; p=0,03). Kết quả này phù hợp với các nghiên cứu trước: Ismoil và cộng sự cho thấy người cao tuổi dễ gặp biến chứng nặng,

trong khi Kankaria và Christina Lee, nhấn mạnh nhập viện muộn làm tăng tỷ lệ thủng túi mật và phúc mạc mật [5], [6], [7]. Nghiên cứu trong nước của La Văn Phú và Nguyễn Hữu Trí cũng ghi nhận thời gian nhập viện >72 giờ và bệnh kèm nhiều liên quan chặt chẽ đến biến chứng [1], [3]. Điều này củng cố bằng chứng rằng kiểm soát yếu tố dịch tễ, phát hiện sớm, và điều trị kịp thời là chìa khóa giảm thiểu nguy cơ viêm phúc mạc.

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 02 năm 2023–2024 tại Bệnh viện Đa khoa Cà Mau trên 643 bệnh nhân viêm túi mật, tỷ lệ viêm phúc mạc chiếm 23,79% (153 ca).

Sau khi phân tích hồi quy logistic, các yếu tố liên quan đến viêm phúc mạc gồm: thời gian nhập viện muộn >72 giờ (OR hiệu chỉnh = 2,35; $p < 0,0001$), cư trú nông thôn ($OR_{HC} = 1,53$; $p = 0,01$), tuổi ≥ 60 ($OR_{HC} = 1,94$; $p = 0,003$), có bệnh mắc kèm ($OR_{HC} = 1,64$; $p = 0,002$), bạch cầu > 15 G/L ($OR = 1,48$; $p = 0,009$) và CRP > 50 mg/L ($OR_{HC} = 1,39$; $p = 0,03$).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. La Văn Phú (2025), "Kết quả điều trị viêm túi mật cấp do sỏi bằng phẫu thuật nội soi cắt túi mật ở bệnh nhân cao tuổi", Tạp chí Y học Việt Nam, 548(2), tr: 228-232.
2. Trần Quế Sơn, Nguyễn Ngọc Hùng, Trần

- Hiếu Học, và cs. (2024), "Kết quả phẫu thuật nội soi cắt túi mật do viêm túi mật cấp có sử dụng ống hút nội soi", Tạp chí Nghiên cứu Y học, 178 (5), tr. 204–210.
3. Nguyễn Hữu Trí, Trương Minh Tuấn (2020), "Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị viêm túi mật cấp do sỏi", Tạp chí Y Dược học – Trường Đại học Y Dược Huế, 10 (1), tr. 58–62.
4. Trần Kiên Vũ (2014), "Nghiên cứu ứng dụng phẫu thuật nội soi cắt túi mật trong điều trị viêm túi mật cấp tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Trà Vinh", Luận án Tiến sĩ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
5. Arziyev Ismoil (2021), "Risk factors and outcomes of acute cholecystitis", Journal of Surgery, 12 (3), pp: 3525-3531.
6. Christina Lee, Chung C. W., Ko K. H., Kwon S. W. (2011), "Risk factors for the clinical course of cholecystitis in patients who undergo cholecystectomy", Korean Journal of Hepato-Biliary-Pancreatic Surgery, 15 (3), tr. 164–170.
7. Jeevan Kankaria (2023), "Gallbladder perforation with biliary peritonitis treated laparoscopically: a case report", International Surgery Journal, 10 (4), pp: 1851-1853.
8. Lara Mencarini, Vestito A., Zagari R. M., Montagnani M. (2024), "The Diagnosis and Treatment of Acute Cholecystitis: A Comprehensive Narrative Review for a Practical Approach", Journal of Clinical Medicine, 13 (2695), doi.org/10.3390/jcm13092695.
9. Sol Lee, Bae H. J., Hong S. G. (2020), "A Rare Fatal Bile Peritonitis after Malposition of Endoscopic Ultrasound-Guided Naso-Gallbladder Drainage", Clinical Endoscopy, 53 (2), pp: 97–100.

VAI TRÒ CỦA SIÊU ÂM VI MẠCH TRONG CHẨN ĐOÁN VÀ ĐÁNH GIÁ ĐÁP ỨNG ĐIỀU TRỊ TÂN BỔ TRỢ BỆNH LÝ UNG THƯ VÚ

Nguyễn Thu Hương¹, Bùi Thị Phương Thảo¹, Nguyễn Ngọc Trung²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Trình bày tổng quan về kỹ thuật siêu âm vi mạch (MVUS), bao gồm nguyên lý, triệu chứng học và ứng dụng trong chẩn đoán và theo dõi sau điều trị tân bổ trợ bệnh lý ung thư vú. **Phương pháp:** Tổng quan luận điểm, thu thập và phân tích các nghiên cứu gần đây về MVUS. Các tài liệu được truy cập từ PubMed, Google Scholar và các nguồn y văn liên quan. **Kết quả:** MVUS cho phép hiển thị mạch máu rất nhỏ ($< 0,1$ mm) và dòng chảy chậm mà Doppler truyền thống khó phát hiện. Các hình ảnh định tính về mạch máu phát hiện trên MVUS gồm có: có hoặc không có mạch máu, các hình thái mạch máu (dạng thẳng, dạng nhánh cây, dạng rễ cây, dạng cang

cu). Chỉ số định lượng gồm có chỉ số mạch máu Vascular index (VI) được tính bằng tỷ lệ giữa số pixel có tín hiệu mạch/tổng số pixel của khối, giúp phân biệt u lành với ung thư vú. MVUS có tiềm năng cản âm (CEUS) giúp đánh giá thêm tưới máu, u ác tính thường có tăng sáng không đồng nhất, khuyết tưới máu, ngấm thuốc nhanh... Ứng dụng chính của MVUS gồm: (1) Phân biệt u lành và u ác: ung thư vú có các mạch máu phân bố hỗn hợp trung tâm và ngoại vi, ngoằn ngoèo, phân nhánh hỗn loạn, xuyên thấu, đường kính không đồng đều; u lành thường có ít mạch, phân bố ngoại vi, mạch thẳng, phân nhánh đồng đều... Chỉ số mạch máu VI cao thường gợi ý ác tính, với ngưỡng báo cáo trong y văn khoảng 3–9%. (2) Theo dõi điều trị tân bổ trợ (NAC): giảm VI, số lượng, đường kính và độ ngoằn ngoèo mạch xuất hiện sớm, có tiềm năng dự báo đáp ứng với điều trị hoặc phát hiện kháng thuốc. **MVUS** là phương pháp không xâm lấn, dễ lặp lại, chi phí thấp, bổ sung giá trị chẩn đoán cho siêu âm B-mode, tuy nhiên còn phụ thuộc vào phần mềm phát hiện vi mạch của từng hãng máy; VI chưa thực sự đồng thuận ngưỡng. **Kết luận:** MVUS là kỹ thuật hứa hẹn, đang trở thành thành phần quan

¹Bệnh viện Đa Khoa Quốc Tế Vinmec Times City

²Trường Đại học Y Dược Thái Bình

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thu Hương

Email: v.huongnt202@vinmec.com

Ngày nhận bài: 16.9.2025

Ngày phản biện khoa học: 20.10.2025

Ngày duyệt bài: 27.11.2025