

NPNCTĐ, phù hợp với nhiều nghiên cứu quốc tế, và là công cụ hứa hẹn trong tối ưu hóa truyền dịch ở bệnh nhân sốc nhiễm khuẩn.

Chỉ số ΔSV (%) đo bằng TEB khi thực hiện NPNCTĐ cho thấy khả năng dự đoán đáp ứng dịch rất tốt với AUC = 0,95. Tại điểm cắt tối ưu khoảng 9%, ΔSV (%) có độ nhạy 100%, độ đặc hiệu 85,7%, PPV 73,7% và NPV đạt 100%, chứng tỏ giá trị chẩn đoán cao trong lâm sàng. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Richard và cộng sự (2015) khi sử dụng PICCO đo cung lượng tim khi thực hiện NPNCTĐ ở bệnh nhân sốc nhiễm khuẩn, nhóm tác giả cũng coi ΔSV tăng $\geq 10\%$ là tiêu chuẩn xác định bệnh nhân đáp ứng dịch [8]. Như vậy, kết quả của chúng tôi củng cố thêm bằng chứng rằng ΔSV (%) đo bằng TEB có thể được sử dụng thay thế cho các phương pháp xâm lấn như PiCCO, vừa đơn giản, không xâm lấn vừa đảm bảo độ chính xác, đặc biệt hữu ích đánh giá đáp ứng dịch khi thực hiện NPNCTĐ trong bối cảnh hồi sức tích cực tại Việt Nam, nơi nguồn lực còn hạn chế.

V. KẾT LUẬN

Phương pháp đo điện trở sinh học lồng ngực kết hợp nghiệm pháp nâng chân thụ động có độ chính xác cao trong dự đoán đáp ứng dịch ở bệnh nhân sốc nhiễm khuẩn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Hotchkiss RS, Moldawer LL, Opal SM, Reinhart K, Turnbull IR, Vincent JL. Sepsis and septic shock. Nat Rev Dis Primer. 2016 Jun 30;2:16045.
- Monnet X, Shi R, Teboul JL. Prediction of fluid responsiveness. What's new? Ann Intensive Care [Internet]. 2022 May 28 [cited 2025 Oct 1];12:46.

Available from: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9148319/>.

- Li L, Ai Y, Huang L, Ai M, Peng Q, Zhang L. Can bioimpedance cardiography assess hemodynamic response to passive leg raising in critically ill patients. Medicine (Baltimore) [Internet]. 2020 Dec 18 [cited 2025 Oct 1];99(51):e23764. Available from: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7748328/>.
- Singer M, Deutschman CS, Seymour CW, Shankar-Hari M, Annane D, Bauer M, et al. The Third International Consensus Definitions for Sepsis and Septic Shock (Sepsis-3). JAMA. 2016 Feb 23;315(8):801–10.
- Phạm Xuân Thắng. Đánh giá nghiệm pháp nâng chân thụ động trong dự đoán đáp ứng truyền dịch ở bệnh nhân sốc nhiễm khuẩn thở máy. Luận văn Thạc sĩ Y học. Trường Đại học Y Hà Nội; 2018.
- Koopmans NK, Stolmeijer R, Sijtsma BC, Beest PA van, Boerma CE, Veeger NJ, et al. Non-invasive assessment of fluid responsiveness to guide fluid therapy in patients with sepsis in the emergency department: a prospective cohort study. Emerg Med J [Internet]. 2021 Jun 1 [cited 2025 Oct 3];38(6):416–22. Available from: <https://emj.bmj.com/content/38/6/416>.
- Awadhare P, Patel R, McCallin T, Mainali K, Jackson K, Starke H, et al. Non-invasive Cardiac Output Monitoring and Assessment of Fluid Responsiveness in Children With Shock in the Emergency Department. Front Pediatr [Internet]. 2022 Apr 7 [cited 2025 Oct 3];10. Available from: <https://www.frontiersin.org/journals/pediatrics/articles/10.3389/fped.2022.857106/full>
- Richard JC, Bayle F, Bourdin G, Leray V, Debord S, Delannoy B, et al. Preload dependence indices to titrate volume expansion during septic shock: a randomized controlled trial. Crit Care [Internet]. 2015 Dec 1 [cited 2025 Oct 3];19(1):5. Available from: <https://doi.org/10.1186/s13054-014-0734-3>.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ CẬN LÂM SÀNG Ở BỆNH NHÂN BỊ SỎI TÚI MẬT KẾT HỢP SỎI ĐƯỜNG MẬT CHÍNH TẠI BỆNH VIỆN NHÂN DÂN 115

Nguyễn Quang Huy¹, Trần Thanh Hiền¹,
Đặng Duy Anh¹, Võ Trần Gia Hưng¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng ở bệnh nhân bị sỏi túi mật kết hợp sỏi đường mật chính.
Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên

cứu hồi cứu, mô tả loạt ca. Nghiên cứu hồi cứu tất cả các bệnh nhân có sỏi túi mật kết hợp sỏi đường mật chính được mổ cắt túi mật nội soi kết hợp nội soi mật tụy ngược dòng trong cùng một thì mổ từ tháng 6/2022 đến tháng 6/2024 tại khoa Ngoại Tổng quát, Bệnh viện Nhân dân 115. **Kết quả và kết luận:** Qua 122 trường hợp có sỏi kết hợp: sỏi túi mật và sỏi đường mật chính, chúng tôi nhận thấy: Bệnh lý sỏi đường mật gặp ở tất cả các lứa tuổi và độ tuổi trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là 60 ± 15 , đa số chúng tôi gặp ở nữ giới với tỉ lệ là: 59%. Về triệu chứng lâm sàng, có 25% bệnh nhân có đầy đủ 3 triệu chứng kinh điển đau bụng, sốt, vàng da. Độ nhạy

¹Bệnh viện 115, TP Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Quang Huy

Email: huyphat.vn115@gmail.com

Ngày nhận bài: 2.10.2025

Ngày phản biện khoa học: 21.10.2025

Ngày duyệt bài: 5.12.2025

phát hiện sỏi túi mật trên siêu âm là 95%. Tuy nhiên, độ nhạy của siêu âm trong phát hiện viêm túi mật là 41%. Độ nhạy của chụp cắt lớp điện toán trong phát hiện viêm túi mật là 79%. Tỷ lệ phần trăm bác sĩ điều trị chẩn đoán đúng viêm túi mật do sỏi trước mổ trên những bệnh nhân vừa có sỏi túi mật kèm sỏi OMC là 82%. **Từ khóa:** Sỏi túi mật, sỏi đường mật chính, đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng

SUMMARY

CLINICAL AND SUBCLINICAL FEATURES IN PATIENTS WITH GALLBLADDER STONES COMBINED WITH PRIMARY BILIARY STONES AT 115 PEOPLE’S HOSPITAL

Objectives: Clinical and subclinical features in patients with gallbladder stones combined with primary biliary stones. **Subjects and methods:** Retrospective study, describing a series of cases. A retrospective study of all patients with gallbladder stones combined with primary biliary stones who underwent laparoscopic cholecystectomy combined with endoscopic retrograde cholangiopancreatography (ERCP) in the same period of surgery from 6/2022 to 6/2024 at the Department of General Surgery, 115 People’s Hospital. **Results and conclusion:** Across 122 cases of combined stones gallbladder stones and primary biliary stones, we found: Biliary gallstones are common in all ages and the average in our study was 60 ± 15, majority we metwere females at a rate of 59%. In terms of clinical symptoms, 25% of patients have all 3 classic symptoms of abdominal pain, fever, and jaundice. The sensitivity of detecting gallbladderstones on ultrasound is 95%. However, the sensitivity of ultrasound in detecting cholecystitis is 41%. The sensitivity of computed tomography in detecting cholecystitis is 79%. The percentage of treating physicians who correctly diagnosed preoperative stone cholecystitis in patients who had just had gallbladder stones with OMC stones was 82%. **Keywords:** Gallbladder stones, primary biliary stones, clinical and subclinical features

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sỏi mật là bệnh khá phổ biến trong bệnh đường tiêu hóa, có liên quan tới tập quán vùng miền, chủng tộc, có xu hướng tăng lên do tuổi thọ kéo dài. Ở các nước phương Tây tỉ lệ mắc bệnh khoảng từ 10-12%, tại Việt Nam tỉ lệ sỏi đường mật từ 3,3 – 6,1%. Sỏi mật được chia ra thành sỏi túi mật và sỏi đường mật. Sỏi đường mật bao gồm sỏi đường mật trong gan và sỏi đường mật ngoài gan. Ở các nước phương Tây, sỏi ống mật chủ là sỏi từ túi mật đi xuống qua ống túi mật và là sỏi ống mật chủ thứ phát. Sỏi cũng có thể được hình thành ngay tại ống mật chủ và được gọi là sỏi nguyên phát. Tuy nhiên việc xác định sỏi ống mật chủ nguyên phát còn bàn cãi khi có sự tồn tại đồng thời sỏi túi mật. Khoảng 10 – 22% bệnh nhân sỏi túi mật kèm sỏi đường mật chính được phát hiện khi nhập viện.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

- Bệnh nhân điều trị sỏi mật tại bệnh viện Nhân Dân 115 được thực hiện đồng thời vừa phẫu thuật nội soi cắt túi mật vừa nội soi mật tụy ngược dòng lấy sỏi ống mật chủ trong cùng một thì gây mê từ 01/06/2022 đến 01/06/2024.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Nghiên cứu hồi cứu. Cỡ mẫu thuận tiện
- Các số liệu thu thập được xử lý trên máy vi tính theo phần mềm SPSS 20.

2.3. Vấn đề y đức. Nghiên cứu đã được thông qua Hội đồng Đạo đức của Bệnh viện Nhân dân 115 số 948/QĐ-BVND115 ký ngày 29 tháng 04 năm 2025.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Từ tháng 06/2022 đến tháng 06/2024, tại Khoa Ngoại tổng quát Bệnh viện Nhân Dân 115, số bệnh nhân được mổ cắt túi mật nội soi và NSMTND lấy sỏi ống mật chủ trong cùng một lần phẫu thuật thành công là 122 trường hợp.

3.1. Đặc điểm bệnh nhân

- Tổng số 122 bệnh nhân được mổ cắt túi mật nội soi và NSMTND lấy sỏi ống mật chủ trong cùng một lần phẫu thuật, có 50 bệnh nhân nam (41%) và 72 bệnh nhân nữ (59%).

- Tuổi trung bình là 60 ± 15 tuổi. Tuổi cao nhất là 88 tuổi. Tuổi nhỏ nhất là 19 tuổi.

- Trong tổng số bệnh nhân vừa có sỏi ống mật chủ kèm sỏi túi mật chỉ có 7% bệnh nhân có tiền sử nội soi mật tụy ngược dòng và không có bệnh nhân nào có tiền sử liên quan tới mổ mở về đường mật.

3.1.1. Lý do nhập viện

Bảng 1. Lý do nhập viện

Lý do nhập viện	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Đau bụng	106	87
Sốt	11	9
Vàng da	5	4

Nhận xét: Phần lớn các bệnh nhân nhập viện vì lý do đau bụng vùng thượng vị hoặc hạ sườn phải 106/122 (87%). Lý do sốt và vàng da chiếm tỷ lệ thấp 11/122 (9%) và 5/122 (4%).

3.1.2. Triệu chứng lâm sàng lúc nhập viện

Bảng 2. Triệu chứng lâm sàng lúc nhập viện

Triệu chứng	Số bệnh nhân (n=122)	Tỷ lệ %
Đau hạ sườn (P) hay TV	122	100
Sốt	52	43
Vàng da	83	68
Nôn	33	27

Nhận xét: Tất cả các bệnh nhân có triệu chứng đau bụng vùng thượng vị hoặc hạ sườn

phải lúc nhập viện. Trong đó có 52 bệnh nhân (43%) có dấu hiệu sốt và 83 bệnh nhân (68%) có dấu hiệu vàng da lúc nhập viện. Số bệnh nhân có đầy đủ 3 dấu hiệu đau bụng, sốt và vàng da là 30 bệnh nhân (25%). Chỉ có 33 bệnh nhân (27%) biểu hiện triệu chứng nôn lúc nhập viện.

3.1.3. Đánh giá ASA. Có 84/122 bệnh nhân (69%) được bác sĩ gây mê đánh giá ASA II trước mổ. Có 9/122 bệnh nhân (7%) được bác sĩ gây mê đánh giá ASA III trước mổ.

3.2. Đặc điểm cận lâm sàng

3.2.1. Kết quả xét nghiệm. Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 61 bệnh nhân có bạch cầu máu tăng, chiếm tỷ lệ 50%. Trong số đó, có 47 bệnh nhân có bạch cầu tăng trung bình, chiếm 38% và 14 bệnh nhân có bạch cầu tăng cao, chiếm 11%.

Bảng 3. Bilirubin toàn phần tại thời điểm nhập viện

Bilirubin toàn phần	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Bình thường	11	9
Tăng	111	91
Tổng	122	100

Nhận xét: Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 111 bệnh nhân có bilirubin toàn phần máu tăng, chiếm tỷ lệ 91%. Trong 11 bệnh nhân có bilirubin toàn phần không tăng có 3 bệnh nhân có SGOT và SGPT tăng cao trên gấp 4 lần giá trị bình thường.

3.2.2. Kết quả hình ảnh học

Bảng 4. Siêu âm bụng chẩn đoán viêm túi mật (n=122)

	Chẩn đoán viêm túi mật sau mổ		Tổng
	Viêm	Không viêm	
Siêu âm túi mật			
Viêm	38	0	38
Không viêm	54	30	84
Tổng	92	30	122

Nhận xét: Có 38/92 (41%) bệnh nhân có viêm túi mật được phát hiện trên siêu âm bụng tại thời điểm nhập viện phù hợp với chẩn đoán sau mổ. Có 30/30 (100%) bệnh nhân không ghi nhận viêm túi mật phù hợp với chẩn đoán sau mổ. Như vậy độ nhạy của siêu âm trong chẩn đoán viêm túi mật là 41%, độ chuyên là 100%. Giá trị tiên đoán dương là 38%, giá trị tiên đoán âm là 35,7%, độ chính xác là 55,7%.

Bảng 5. Chụp cắt lớp điện toán/MRI bụng chẩn đoán viêm túi mật (n=78)

	Chẩn đoán viêm túi mật sau mổ		Tổng
	Viêm	Không viêm	
Chụp cắt lớp điện toán/MRI bụng			
Viêm	45	0	45

Không viêm	12	21	33
Tổng	57	21	78

Nhận xét: Có 45/57 (79%) bệnh nhân có viêm túi mật được phát hiện trên cắt lớp điện toán bụng tại thời điểm nhập viện phù hợp với chẩn đoán sau mổ. Có 21/21 (100%) bệnh nhân không ghi nhận viêm túi mật phù hợp với chẩn đoán sau mổ. Độ nhạy trong chẩn đoán viêm túi mật là 79%, độ chuyên là 100%, độ chính xác là 84,6%

- So sánh phát hiện sỏi OMC trên siêu âm và chụp cắt lớp điện toán

Bảng 6. Chẩn đoán hình ảnh siêu âm. CT scan bụng

CĐHA	Số TH có sỏi OMC và TM	Số TH sỏi OMC đơn thuần	Tỷ lệ %
Siêu âm bụng (n=122)	41	23	52
CT Scan bụng/ MRI bụng (n=78)	58	6	82

Nhận xét: Siêu âm chẩn đoán có thể khảo sát được sỏi OMC với tỷ lệ 64/122 (52%), chụp CT scan và MRI tỷ lệ phát hiện sỏi OMC là 82%. Tỷ lệ này khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Bảng 7. Đường kính OMC

Đường kính	Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
<10 mm	5	4
10-20 mm	79	65
>20 mm	38	31
Tổng	122	100

Nhận xét: OMC thường giãn từ 10 - 20 mm.

Bảng 8. Đặc điểm về số lượng, kích thước sỏi đường mật chính

Đặc điểm sỏi	Giá trị		
	Trung bình \pm ĐLC	Nhỏ nhất	Lớn nhất
Số lượng sỏi (viên)	2,6 \pm 4,6	1	10
Kích thước sỏi (mm)	9,9 \pm 6,7	5	33

Nhận xét: Số lượng sỏi trung bình 2,6 \pm 4,6 (1 - 10 viên); kích thước sỏi lớn nhất trung bình 9,9 \pm 6,7 (5 - 33 mm).

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi 122 trường hợp được phẫu thuật cắt túi mật nội soi và NSMTND lấy sỏi trong cùng một lần gây mê. 50 trường hợp là bệnh nhân nam chiếm tỷ lệ 41%; 72 trường hợp bệnh nhân là nữ chiếm tỷ lệ 59%. Tỷ lệ nam/nữ là 0,69. Đặc điểm chung của sỏi đường mật trên thế giới cũng phù hợp với người bệnh ở tại Việt Nam sỏi mật có tính chất cộng đồng, một nghiên cứu tại Ấn Độ báo cáo năm 2014 bởi tác giả Manash Ranjan Sahoo cho thấy tỷ lệ người bệnh nam và nữ lần lượt là 36,1 % và

63,9%. Tại Việt Nam, nghiên cứu của Hồ Văn Kiên tỉ lệ sỏi mật ở nam giới là 46 % so với nữ giới là 54%. Nghiên cứu mổ sỏi đường mật qua nội soi ổ bụng của Nguyễn Hoàng Bắc tỉ lệ lần lượt là 77,1% và 22,9%. Theo y văn, giới tính nữ là một trong những yếu tố nguy cơ mắc phải sỏi túi mật do estrogen làm tăng tiết cholesterol và progesterol làm giảm co bóp túi mật.

Trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi, lứa tuổi bị sỏi mật gặp ở nhiều lứa tuổi khác nhau từ người trẻ tuổi cho đến người cao tuổi. Tuổi nhỏ nhất là 19 tuổi, và tuổi lớn nhất là 88 tuổi, tập trung nhiều ở lứa tuổi 60 – 80 tuổi, chiếm tỷ lệ 49%.

Tuổi là một yếu tố liên quan tới bệnh sỏi đường mật. Tần suất bệnh gia tăng sau 40 tuổi. Nhóm tuổi trên 40 chiếm tỷ lệ ưu thế chiếm 87%. Tuổi trung bình là 60 ± 15 . Kết quả này cao hơn so với độ tuổi trung bình của tác giả Nguyễn Hoàng Bắc với tuổi trung bình là 40,2 tuổi.

Trong tổng số 122 bệnh nhân ghi nhận được trong nghiên cứu của chúng tôi thì toàn bộ bệnh nhân (100%) nhập viện đều đau bụng thượng vị hoặc hạ sườn phải, nhưng chỉ có khoảng 30 bệnh nhân (25%) có đầy đủ các biểu hiện kinh điển của tam chứng Charcot (đau bụng, sốt, vàng da). Các triệu chứng thường gặp khác là sốt 52 bệnh nhân (43%), vàng da 83 bệnh nhân (68%) và nôn ói 33 bệnh nhân (27%).

Khi ống mật có sự tắc nghẽn do sỏi mật thì phía trên chỗ tắc nghẽn có xu hướng giãn to hơn, tình trạng ứ trệ dịch mật làm vi trùng phát triển tạo nên mũ đường mật và từ đó sự bí tắc lòng ống mật tăng lên, dịch mật không lưu thông được trào ngược vào máu gây nên tăng bilirubin trong máu. Trong nghiên cứu của Hồ Văn Kiên, có 86,8% số bệnh nhân có bilirubin toàn phần tăng trong máu, nghiên cứu của chúng tôi là 91% có dấu hiệu tắc mật với bilirubin toàn phần tăng trên 1,2 mg/dL ưu thế trực tiếp. Trong 11 trường hợp còn lại không có tăng bilirubin thì có 3 trường hợp có tăng men gan trên 4 lần. Qua đó cho thấy yếu tố tăng men gan và nhất là có tăng bilirubin ưu thế trực tiếp gợi ý tình trạng tắc mật có thể do sỏi đường mật để hạn chế bỏ sót sỏi trong chẩn đoán bệnh.

Việc chẩn đoán sỏi đường mật chủ yếu dựa vào siêu âm trước mổ, đây là kỹ thuật ít xâm lấn, dễ thực hiện ngay khi bệnh nhân nhập viện, siêu âm bụng có thể khảo sát tình trạng sỏi túi mật và ống mật chủ. Tuy nhiên khi sỏi nằm ở đoạn cuối ống mật chủ thì khi thực hiện siêu âm có thể cho kết quả âm tính nhưng dựa vào các triệu chứng gián tiếp như giãn đường mật trong và ngoài gan, bệnh nhân có dấu hiệu nhiễm trùng với tăng bilirubin trong máu có thể định hướng

có sỏi đoạn cuối ống mật chủ. Trong nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận 52% phát hiện sỏi ống mật chủ trên siêu âm bụng. Điều này cho thấy việc phát hiện sỏi OMC đối với siêu âm là khó khăn và có nguy cơ bỏ sót rất cao.

Siêu âm bụng còn là phương tiện chẩn đoán được lựa chọn hàng đầu trong viêm túi mật do sỏi hoặc không do sỏi. Các dấu hiệu siêu âm có ý nghĩa nhất bao gồm: dày vách túi mật, túi mật căng to, dấu Murphy trên siêu âm dương tính, dịch quanh túi mật. Siêu âm có ưu điểm là có thể thực hiện tại giường, nhưng kết quả thường bị ảnh hưởng bởi tình trạng bệnh đi kèm, liệt ruột và vết mổ. Trong nghiên cứu của chúng tôi, chúng tôi ghi nhận độ nhạy của siêu âm trong chẩn đoán viêm túi mật là 41%, độ nhạy của chụp cắt lớp điện toán và MRI bụng trong chẩn đoán viêm túi mật do sỏi là 79%.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 61/122 bệnh nhân (50%) được chẩn đoán viêm đường mật kèm viêm túi mật do sỏi trước mổ, 5/122 bệnh nhân (4%) được chẩn đoán sỏi đường mật không viêm và sỏi túi mật không viêm trước mổ. Số bệnh nhân có sỏi túi mật không viêm có kèm sỏi OMC được quyết định cắt túi mật nội soi là 45/122 (37%).

Tuy nhiên bệnh nhân có sỏi túi mật và sỏi OMC ở các nước phương Tây được chỉ định cắt túi mật kèm lấy sỏi OMC vì những đặc điểm riêng biệt của sỏi. Ở các nước phương Tây, đa số sỏi OMC là do sỏi từ túi mật đi xuống qua ống túi mật tới OMC và được gọi là sỏi OMC thứ phát. Sỏi cũng có thể hình thành ngay từ đầu tại OMC, được gọi là sỏi OMC nguyên phát.

Đối với người châu Á tỷ lệ sỏi OMC nguyên phát cao hơn ở các nước phương Tây. Trong trường hợp sỏi OMC là nguyên phát (không phải nguyên nhân từ sỏi túi mật) thì bệnh nhân có thể không cần cắt túi mật nếu đó là sỏi túi mật không triệu chứng. Tuy nhiên, xác nhận sỏi nguyên phát của OMC là không dễ trong trường hợp bệnh nhân vẫn còn túi mật. Tỷ lệ sỏi OMC nguyên phát rất thay đổi, từ 4% đến 56%.

Một công trình điều tra tại bệnh viện Đại học Quốc Gia Seoul cho thấy tỷ lệ phẫu thuật sỏi OMC giảm liên tục trong 20 năm qua (1981 – 2000). Các tác giả cho rằng điều này có thể do: (1) đa số sỏi OMC là từ túi mật rơi xuống, do đó tỷ lệ sỏi OMC giảm, đi đôi với số trường hợp mổ cắt túi mật tăng (mổ cắt túi mật nội soi đã trở nên phổ cập từ những năm 1990). Nghiên cứu trên cho thấy bệnh nhân sỏi OMC có tuổi trung bình lớn hơn bệnh nhân sỏi túi mật 4 – 10 tuổi, có thể đó là thời gian cần thiết cho sỏi di chuyển từ túi mật xuống đến OMC, (2) nội soi điều trị

được đưa vào Hàn Quốc từ đầu những năm 1980 và lấy sỏi OMC ngược dòng qua nội soi ngày nay được coi là thủ thuật lựa chọn cho sỏi OMC, số ca phẫu thuật do đó đã giảm rõ rệt, (3) nhờ có điều kiện kinh tế - xã hội và môi trường được cải thiện với giảm thiểu các yếu tố nguy cơ của sỏi sắc tố (chế độ ăn hydrat-carbon cao, ít mỡ, ít protein, nhiễm trùng đường mật, vệ sinh kém...), tỷ lệ mắc sỏi sắc tố đã giảm dần.

Như vậy, đối với bệnh nhân có sỏi mật 2 nơi OMC và túi mật, chỉ định cắt túi mật nội soi được cân nhắc trong trường hợp sỏi túi mật không triệu chứng. Quyền lựa chọn phẫu thuật cắt túi mật nội soi có thể do bệnh nhân quyết định. Đối với những trường hợp sỏi túi mật viêm kèm sỏi OMC, chỉ định cắt túi mật nội soi kèm NSMTND lấy sỏi OMC là hợp lý.

V. KẾT LUẬN

- Bệnh lý sỏi đường mật gặp ở tất cả các lứa tuổi và độ tuổi trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là 60 ± 15 đa số chúng tôi gặp ở nữ giới với tỉ lệ là: 59%.

- Về triệu chứng lâm sàng, có 25% bệnh nhân có đầy đủ 3 triệu chứng kinh điển đau bụng, sốt, vàng da.

- Độ nhạy phát hiện sỏi túi mật trên siêu âm là 95%. Tuy nhiên, độ nhạy của siêu âm trong phát hiện viêm túi mật là 41%.

- Độ nhạy của chụp cắt lớp điện toán trong phát hiện viêm túi mật là 79%.

- Tỷ lệ phần trăm bác sĩ điều trị chẩn đoán

đúng viêm túi mật do sỏi trước mổ trên những bệnh nhân vừa có sỏi túi mật kèm sỏi OMC là 82%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Ái ĐQ, Tuấn TĐ, Quyết HV.** Đánh giá kết quả cắt túi mật nội soi tại bệnh viện Đại Học Y HA Nội. Tạp chí ngoại khoa, 2012;62(2)
2. **Kiên HV.** Nghiên cứu ứng dụng nội soi mật tụy ngược dòng và phẫu thuật nội soi điều trị sỏi ống mật chủ kết hợp viêm túi mật. Luận văn tốt nghiệp chuyên khoa II, Học Viên Quân Y 2017;
3. **Phượng TNN, Sang HN, Vinh LT, Hiệp PN.** Điều trị sỏi đường mật chính bằng nội soi mật tụy ngược dòng tại BVTW Huế. Y học TP Hồ Chí Minh, Hội nghị ngoại khoa và phẫu thuật nội soi toàn quốc. 2008:329-332.
4. **Sahoo MR, Kumar AT, Patnaik A.** Randomised study on single stage-endoscopic rendezvous (intra-operative ERCP) laparoscopic versus two stage approach (Pre-operative ERCP followed by laparoscopic cholecystectomy) for the management of cholelithiasis with choledocholithiasis. Journal of Minimal Access Surgery 2014;10(3):139-143.
5. **Bắc NH.** Chỉ định phẫu thuật nội soi trong điều trị bệnh sỏi đường mật chính. Luận án tiến sĩ y học, thành phố Hồ Chí Minh. 2007;
6. **Park YH, Park SJ, Yang JY.** Changing patterns of gallstone disease in Korea. World J Surg. 2004;28:206-210
7. **Cường LH.** Kết quả phẫu thuật nội soi cắt túi mật phối hợp nội soi mật tụy ngược dòng một thì điều trị sỏi túi mật và sỏi ống mật chủ tại bệnh viện đa khoa trung tâm An Giang. Tạp chí y dược học Cần thơ. 2021;37:28-35.
8. **Ái ĐQ, Hào BA.** Kết quả phẫu thuật nội soi cắt túi mật kết hợp nội soi mật tụy ngược dòng lấy sỏi điều trị bệnh lý sỏi túi mật kèm sỏi ống mật chủ. Tạp chí y học Việt Nam. 2023;1A(526):32-36.

NHẬN THỨC VỀ RÀO CẢN ẢNH HƯỞNG ĐẾN QUẢN LÝ ĐAU CỦA ĐIỀU DƯỠNG LÀM VIỆC TẠI BỆNH VIỆN HẠNG I, TỈNH HẢI DƯƠNG NĂM 2022

Nguyễn Thị Nga¹, Lê Đức Thuận¹,
Ninh Vũ Thành¹, Phạm Thị Thuỳ Như¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: (1). Mô tả nhận thức của điều dưỡng về rào cản ảnh hưởng đến quản lý đau tại bệnh viện hạng I, tỉnh Hải Dương năm 2022; (2). Xác định một số yếu tố liên quan đến nhận thức rào cản quản lý đau của điều dưỡng. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang, 200 điều dưỡng được lựa chọn theo phương pháp ngẫu nhiên. Số liệu được

thu thập thông qua phát phiếu tự điền. **Kết quả:** Rào cản liên quan đến điều dưỡng và hệ thống y tế được báo cáo nhiều nhất, với điểm trung vị lần lượt là 4 (Q1-Q3 = 2-7) và 4 (Q1-Q3 = 2-5). Rào cản được trên 70% điều dưỡng báo cáo bao gồm: Rào cản liên quan đến việc điều dưỡng lo sợ người bệnh dùng thuốc giảm đau quá liều; Bệnh viện không có quy trình hướng dẫn quản lý đau; Điều dưỡng không đủ thời gian chăm sóc người bệnh; Điều dưỡng có ít cơ hội thảo luận với nhóm chăm sóc. Nhận thức về rào cản ảnh hưởng đến quản lý đau của điều dưỡng có liên quan đáng kể đến trình độ học vấn; khoa làm việc và tham gia khoá đào tạo về đau với $p < 0,05$. **Kết luận:** Điều dưỡng phải đổi mới với nhiều loại rào cản trong thực hiện quản lý đau cho người bệnh. Trình độ học vấn càng cao và được tham gia khoá đào tạo về đau trước đó có ý nghĩa thống kê làm giảm rào cản ảnh

¹Trường Đại học Kỹ thuật Y tế Hải Dương

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Nga

Email: nganursing80@gmail.com

Ngày nhận bài: 25.9.2025

Ngày phản biện khoa học: 23.10.2025

Ngày duyệt bài: 28.11.2025