

ĐẶC ĐIỂM CẬN LÂM SÀNG, GIẢI PHẪU BỆNH VÀ KẾT QUẢ PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT TÚI MẬT DO POLYP TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT ĐỨC GIAI ĐOẠN 2021-2024

Dương Xuân Tùng¹, Nguyễn Thị Lan², Trần Bảo Long³

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm cận lâm sàng, giải phẫu bệnh và kết quả phẫu thuật nội soi cắt túi mật trên các bệnh nhân polyp túi mật.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả hồi cứu, 103 bệnh nhân được chẩn đoán polyp túi mật và được phẫu thuật nội soi cắt túi mật tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức từ tháng 01/2021 đến tháng 12/2024.

Kết quả: Đa polyp chiếm 76,7%. Tỷ lệ polyp kích thước $\geq 10\text{mm}$ là 35,0%. Polyp cholesterol chiếm 83,5%. Tỷ lệ ung thư biểu mô tuyến là 1,9%, tất cả đều ở nhóm polyp $\geq 10\text{mm}$. Thời gian phẫu thuật trung bình là $58,09 \pm 19,1$ phút. Thời gian nằm viện trung bình là $3,7 \pm 1,1$ ngày. Hội chứng sau cắt túi mật giảm đáng kể từ 34% (1 tháng) xuống 9,9% (6 tháng). Chất lượng cuộc sống sau mổ tốt hơn trước mổ.

Kết luận: Polyp đơn độc và có kích thước $\geq 10\text{mm}$ có nguy cơ ác tính cao hơn. Phẫu thuật nội soi cắt túi mật là phương pháp điều trị an toàn và hiệu quả, giúp cải thiện rõ rệt chất lượng cuộc sống của người bệnh có polyp túi mật.

Từ khóa: Polyp túi mật, ung thư túi mật, phẫu thuật nội soi cắt túi mật, hội chứng sau cắt túi mật, chất lượng cuộc sống sau mổ.

SUMMARY

PARACLINICAL AND HISTOPATHOLOGICAL CHARACTERISTICS AND OUTCOME OF LAPAROSCOPIC SURGERY FOR POLYP AT VIET DUC UNIVERSITY HOSPITAL PERIOD 2021- 2024

Objectives: To describe the paraclinical and histopathological characteristics and to evaluate the postoperative outcomes of laparoscopic cholecystectomy in patients diagnosed with gallbladder polyps.

Subjects and Methods: A retrospective descriptive study was conducted on 103 patients diagnosed with gallbladder polyps who underwent laparoscopic cholecystectomy at Viet Duc University Hospital from January 2021 to December 2024.

Results: Multiple polyps were predominant (76.7%). The rate of polyps $\geq 10\text{mm}$ in size was 35.0%. Cholesterol polyps were the most common type (83.5%). The incidence of adenocarcinoma was 1.9%, with all cases found in the polyp group $\geq 10\text{mm}$. The mean operative time was 58.09 ± 19.1 minutes, and the mean length of hospital stay was 3.7 ± 1.1 days. Post-cholecystectomy syndrome significantly decreased from 34% (at 1 month) to 9.9% (at 6 months). Postoperative quality of life was better than preoperative levels.

Conclusion: Solitary polyps and those $\geq 10\text{mm}$ in size carry a higher risk of malignancy. Laparoscopic cholecystectomy is a safe and effective treatment that significantly improves the quality of life for patients with gallbladder polyps.

Keywords: Gallbladder polyp, gallbladder cancer, laparoscopic cholecystectomy, post-cholecystectomy syndrome, postoperative quality of life.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Polyp túi mật là tổn thương u hoặc giả u xuất phát từ niêm mạc túi mật và phát triển vào trong lòng túi mật. Polyp túi mật thường được phát hiện tình cờ qua siêu âm ổ bụng với độ nhạy là 63,27% và độ đặc hiệu là 70%¹. Đa số là polyp không tân sinh chiếm 90%, chủ yếu là polyp cholesterol chiếm 60 - 70%, polyp tân sinh chiếm 10%, đáng lưu ý là polyp ung thư hóa chiếm < 1%².

Do vậy chỉ định cắt túi mật do polyp túi mật vẫn đang là vấn đề được quan tâm. Đa số các tác giả đều đồng ý với quan điểm: đối với polyp có triệu chứng hoặc kích thước $\geq 10\text{mm}$ thì có chỉ định phẫu thuật do nguy cơ ung thư hóa cao dao động từ 5,9 - 10%³, tuy nhiên với các polyp không triệu chứng và hoặc có kích thước < 10mm, các ý kiến chưa thống nhất về chỉ định mổ và theo dõi⁴.

Phẫu thuật nội soi cắt túi mật là phương pháp điều trị phổ biến nhất hiện nay với nhiều ưu điểm vượt trội như mức độ đau ít, thời gian nằm viện và thời gian hồi phục ngắn. Tuy nhiên vẫn còn nguy cơ chảy máu, tổn thương đường mật. Để góp phần nâng cao chất lượng điều trị polyp túi mật chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài nhằm mục tiêu: “Mô tả đặc điểm cận lâm sàng, giải phẫu bệnh của polyp túi mật và đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi cắt túi mật do polyp tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức giai đoạn 2021-2024”.

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

³Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

Tác giả chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Lan

Email: dr.nguyenlanvd@gmail.com

Mã bài: N784

Ngày nhận bài: 15/5/2026

Ngày phản biện khoa học: 12/5/2026

Ngày duyệt bài: 25/6/2026

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

2.1. Đối tượng: Nghiên cứu được thực hiện trong thời gian từ tháng 01/2021 đến tháng 12/2024 trên 103 người bệnh phẫu thuật nội soi cắt túi mật do polyp tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức.

- Tiêu chuẩn lựa chọn: Bệnh nhân được chẩn đoán polyp túi mật và được điều trị bằng phẫu thuật nội soi cắt túi mật tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức; Có chẩn đoán giải phẫu bệnh sau mổ là polyp túi mật.

- Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân được cắt túi mật do polyp bằng phẫu thuật nhưng không thăm khám hoặc liên lạc được; Không có đầy đủ thông tin hồ sơ bệnh án.

- Căn cứ chỉ định phẫu thuật: Chỉ định cắt túi mật được đặt ra khi có ít nhất một trong các tiêu chí sau: (1) polyp túi mật có triệu chứng (đau hạ sườn phải, rối loạn tiêu hóa sau ăn không giải thích được bằng nguyên nhân khác); (2) polyp kích thước $\geq 10\text{mm}$ trên siêu âm; (3) polyp $< 10\text{mm}$ không triệu chứng nhưng kèm yếu tố nguy cơ ác tính (Chủng tộc châu Á; Viêm đường mật xơ cứng nguyên phát; Tuổi > 60 ; Tổn thương polyp không cuống gồm đầy thành túi mật khu trú $> 4\text{mm}$).

2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu

Nghiên cứu tại khoa Phẫu thuật Gan - Mật - Tụy, Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức từ tháng 01/2021 đến tháng 12/2024.

2.3 Phương pháp nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả hồi cứu

2.4. Cỡ mẫu nghiên cứu

Sử dụng phương pháp chọn mẫu thuận tiện, chọn toàn bộ bệnh nhân đủ tiêu chuẩn nghiên cứu tại khoa Phẫu thuật Gan - Mật - Tụy, Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Về chỉ định phẫu thuật: 35,0% (36/103) bệnh nhân có polyp $\geq 10\text{ mm}$, trong đó 44,4% (16/36) có triệu chứng; 50,5% (52/103) có polyp 6-9 mm kèm yếu tố nguy cơ chủng tộc châu Á; 14,5% (15/103) có polyp $\leq 5\text{ mm}$, gồm 6 trường hợp có triệu chứng nhưng chưa loại trừ được bệnh lý dạ dày - tá tràng và 9 trường hợp không triệu chứng.

Bảng 1: Số lượng và kích thước polyp trên siêu âm

Đặc điểm	N	%	Kích thước				
			$\leq 5\text{mm}$	6-9mm	$\geq 10\text{mm}$	Mean SD	Giá trị Min-Max
Đơn polyp	24	23,3	3	7	14	12,2 $\pm$ 6,1	3-31
Đa polyp	79	76,7	12	45	22	8,4 $\pm$ 4,2	4-35
Tổng	103	100	15	52	36		
P=0,001							

Trên siêu âm, đa polyp chiếm 76,7% (79/103); polyp 6-9 mm chiếm 50,5% (52/103), $\leq 5\text{ mm}$ chiếm 14,6% (15/103) và $\geq 10\text{ mm}$ chiếm 35,0% (36/103).

Trong thời gian nghiên cứu, nhóm nghiên cứu thu nhận được 103 bệnh nhân đáp ứng đủ tiêu chuẩn nghiên cứu.

2.5. Chỉ số nghiên cứu

- Đặc điểm số lượng và kích thước của polyp trên siêu âm.

- Kết quả giải phẫu bệnh polyp túi mật và mối liên quan giữa đặc điểm số lượng và kích thước polyp với kết quả giải phẫu bệnh.

- Kết quả phẫu thuật nội soi cắt túi mật, hội chứng sau cắt túi mật và chất lượng cuộc sống sau mổ.

2.6. Công cụ và phương pháp thu thập số liệu

Tất cả các đối tượng nghiên cứu được lấy thông tin qua hồ sơ bệnh án và kết quả thăm khám sau mổ thời điểm 1 và 6 tháng. Các yếu tố liên quan được ghi chép theo mẫu bệnh án nghiên cứu đã chuẩn bị trước. Hội chứng sau cắt túi mật được ghi nhận theo mẫu bệnh án nghiên cứu với các biểu hiện: tiêu chảy, đau hạ sườn phải, sốt, vàng da và buồn nôn/nôn.

2.7. Phương pháp phân tích số liệu

- Số liệu xử lý bằng SPSS 20.0

- So sánh các biến định tính bằng Chi-square test; sử dụng Fisher's exact test khi có ô kỳ vọng < 5 . So sánh giá trị trung bình của biến định lượng giữa hai nhóm độc lập bằng Mann-Whitney test do phân bố không chuẩn. So sánh điểm chất lượng cuộc sống trước và sau mổ trên cùng một người bệnh bằng test Wilcoxon ghép cặp. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

2.8. Đạo đức nghiên cứu

Người bệnh được giải thích rõ về mục đích, quy trình và ký phiếu đồng ý tham gia nghiên cứu. Thông tin cá nhân được mã hóa và bảo mật.

Kích thước trung bình của đơn polyp là $12,2 \pm 6,1$ mm (3-31 mm), lớn hơn có ý nghĩa so với đa polyp $8,4 \pm 4,2$ mm (4-35 mm) ($p = 0,001$).

Bảng 2: Đối chiếu số lượng polyp và kết quả giải phẫu bệnh

GPB \ Số lượng polyp	Đơn polyp		Đa polyp		Tổng		P
	N	%	N	%	N	%	
Polyp cholesterol	15	17,4	71	82,6	86	100	0,004
Adenoma	5	41,7	7	58,3	12	100	0,144
U nhú tân sinh trong lòng túi mật	2	66,7	1	33,3	3	100	0,135
Ung thư biểu mô tuyến	2	100	0	0	2	100	0,053

Trong 86 bệnh nhân polyp cholesterol chỉ có 17,4% (15/86 bệnh nhân) là đơn polyp còn đa số là đa polyp với 82,6% (71/86 bệnh nhân). Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Bảng 3: Đối chiếu kích thước polyp và kết quả giải phẫu bệnh

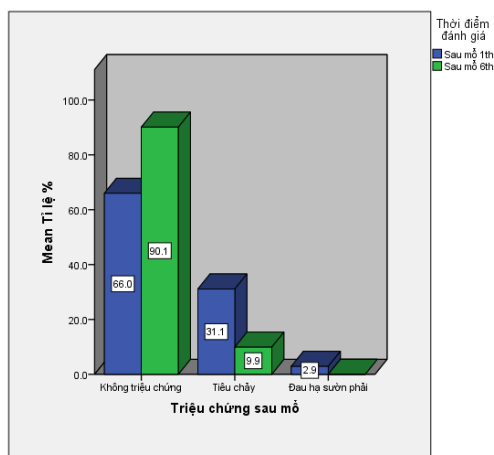
Kết quả GPB	Kích thước polyp (N)						Tổng	%
	≤ 5mm		6-9 mm		≥ 10 mm			
	N	%	N	%	N	%		
Polyp cholesterol	14	16,3	49	57	23	26,7	86	100
Adenoma	1	8,3	3	25	8	66,7	12	100
U nhú tân sinh trong lòng túi mật	0	0	0	0	3	100	3	100
Ung thư biểu mô tuyến	0	0	0	0	2	100	2	100
Tổng	15	14,6	52	50,5	36	35,0	103	100

Trong 103 bệnh nhân nghiên cứu polyp cholesterol chủ yếu có kích thước polyp < 10 mm chiếm 61,2% (63/103 bệnh nhân). Tất cả bệnh nhân có kết quả giải phẫu bệnh là u nhú tân sinh trong lòng túi mật và ung thư biểu mô tuyến đều có polyp kích thước ≥ 10 mm chiếm tỉ lệ lần lượt là 3% và 2%.

Bảng 4: Thời gian phẫu thuật theo tiền sử phẫu thuật ổ bụng và BMI

Yếu tố	N	%	Thời gian phẫu thuật (phút)			
			Mean	SD	Min	Max
Tiền sử phẫu thuật ổ bụng						
Không	87	84,5	58,3	19,2	30	100
Có	16	15,5	56,8	18,4	30	85
			P=0,77			
BMI						
<23	70	68	55,5	18,4	30	100
≥23	33	32	64,1	19,3	30	95
			P=0,038			
Tổng	103	100	58,1	19,1	30	100
Thời gian hậu phẫu và nằm viện						
Hậu phẫu	103	100	2,7	1,04	1	7
Nằm viện	103	100	3,7	1,1	2	8

Thời gian phẫu thuật trung bình $58,1 \pm 19,1$ phút; thời gian hậu phẫu $2,7 \pm 1,04$ ngày (1-7 ngày); thời gian nằm viện $3,7 \pm 1,1$ ngày.



Biểu đồ 1: Hội chứng sau cắt túi mật

Sau mổ 1 tháng, tỉ lệ tiêu chảy là 31,1% và đau hạ sườn phải 2,9%. Sau 6 tháng, tiêu chảy còn 9,9% và không còn bệnh nhân đau hạ sườn phải.

Bảng 5: Đánh giá chất lượng cuộc sống trước và sau mổ.

Trạng thái	N	Chất lượng cuộc sống			
		Mean	SD	Min	Max
Trước mổ	103	142,3	2,1	136	144
Sau mổ	103	143,8	0,8	140	144
P < 0,001					

Điểm chất lượng cuộc sống trung bình tăng từ $142,3 \pm 2,1$ trước mổ lên $143,8 \pm 0,8$ sau mổ. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm của polyp trên siêu âm

Chủ yếu là bệnh nhân đa polyp túi mật chiếm 76,7% (79/103 bệnh nhân). Kết quả này phù hợp với tỉ lệ 74,2% (118/159) trong nghiên cứu của Trần Ngọc Thanh⁵ và lớn hơn tỉ lệ 51,4% trong nghiên cứu của Nguyễn Thị Phương⁶. Sự khác biệt có thể liên quan đến tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân.

Về kích thước, polyp <10 mm chiếm 65% (67/103 bệnh nhân), trong đó nhóm 6-9 mm chiếm 50,5% (52/103 bệnh nhân); polyp ≥ 10 mm chiếm 35,0% (36/103 bệnh nhân). Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Trần Ngọc Thanh⁵ nhưng tỷ lệ polyp ≥ 10 mm thấp hơn nghiên cứu của Nguyễn Thị Phương (70,3%)⁶.

4.2. Đối chiếu đặc điểm của polyp với kết quả giải phẫu bệnh

Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận 4 hình thái tổn thương: Polyp cholesterol; Adenoma; U nhú tân sinh trong lòng túi mật (ICPN) và Ung thư biểu mô tuyến. Trần Ngọc Thanh ghi nhận 6 hình thái tổn thương trên 159 bệnh nhân⁵. Đa polyp cholesterol chiếm tỉ lệ cao nhất 68,9% (71/103), phù hợp với nghiên cứu của Trần Ngọc Thanh và Nguyễn Thị Phương lần lượt là 89,2% và 81,8%^{5,6}. Inzunza và cộng sự (2023) ghi nhận 84,3% (333/395)⁷. Ung thư biểu mô tuyến chỉ gặp ở nhóm đơn polyp với tỉ lệ là 1,9% (2/103 bệnh nhân). Nghiên cứu của Trần Ngọc Thanh và của Inzunza và cộng sự năm 2023 lần lượt là 0,6% (1/159 bệnh nhân) và 1% (4/395 bệnh nhân)^{5,7}.

Về kích thước của polyp so với kết quả giải phẫu bệnh: Tất cả polyp có kết quả giải phẫu bệnh là u nhú tân sinh trong lòng túi mật (ICPN) và ung thư biểu mô tuyến đều có kích thước ≥ 10 mm. Kết quả

của Inzunza và cộng sự năm 2023 thì tỉ lệ này là 1% (4/395 bệnh nhân) ⁷. Như vậy, những polyp đơn độc và có kích thước $\geq 10\text{mm}$ có giá trị cảnh báo cao nguy cơ ác tính.

Hai trường hợp ung thư hóa đầu từ 60 tuổi trở lên, phát hiện tình cờ qua siêu âm với hình ảnh đơn polyp $> 10\text{ mm}$. Sau mổ, 1 bệnh nhân được điều trị hóa chất, bệnh nhân còn lại tiến triển nhanh và điều trị hỗ trợ không hiệu quả. Như vậy, ngoài số lượng và kích thước polyp, tuổi cao cũng là yếu tố tiên lượng quan trọng.

4.3. Chỉ định phẫu thuật cắt túi mật do polyp

Về chỉ định phẫu thuật: trong nghiên cứu của chúng tôi có 85,5% bệnh nhân được chỉ định phẫu thuật là hợp lý. Tuy nhiên 14,5% (15/103) người bệnh được chỉ định cắt túi mật khi polyp $\leq 5\text{mm}$ không có triệu chứng hoặc chưa loại trừ được các nguyên nhân gây triệu chứng như do viêm loét dạ dày-tá tràng.

Tỉ lệ polyp cholesterol cao trong bệnh phẩm sau mổ không nên được hiểu là bằng chứng ủng hộ phẫu thuật, mà ngược lại cho thấy một tỉ lệ đáng kể người bệnh có thể đã được cắt túi mật khi chưa thực sự cần thiết. Kết quả của chúng tôi do đó không ủng hộ việc mở rộng chỉ định cắt túi mật cho các polyp nhỏ không triệu chứng; với nhóm này, theo dõi bằng siêu âm định kỳ vẫn là lựa chọn hợp lý và cần được tư vấn đầy đủ cho người bệnh trước khi quyết định phẫu thuật.

4.4. Thời gian phẫu thuật và thời gian nằm viện

Thời gian phẫu thuật trung bình của 103 bệnh nhân là $58,1 \pm 19,1$ phút (30-100 phút). Kết quả nghiên cứu của Trần Ngọc Thanh là $43,8 \pm 12,6$ phút, của Nguyễn Thị Phương là $44,5 \pm 13,9$ phút ^{5,6}.

16 bệnh nhân có tiền sử phẫu thuật trước đó đều ở vùng tiểu khung và thời gian phẫu thuật không khác biệt so với nhóm không có tiền sử. Ngược lại, nhóm BMI ≥ 23 có thời gian mổ dài hơn nhóm BMI < 23 ($64,1 \pm 19,3$ so với $55,5 \pm 18,4$ phút). Như vậy, tiền sử mổ vùng tiểu khung không ảnh hưởng, trong khi thừa cân làm kéo dài thời gian cắt túi mật nội soi.

Thời gian nằm viện là $3,7 \pm 1,1$ ngày (2-8 ngày). Trường hợp nằm viện dài nhất là bệnh nhân nam 75 tuổi hạ kali máu gây chướng bụng, hồi phục tốt sau bù kali và hướng dẫn dinh dưỡng. Kết quả này tương tự Trần Ngọc Thanh ($3,7 \pm 0,9$ ngày) nhưng dài hơn Nguyễn Thị Phương ($2,41 \pm 0,7$ ngày) ^{5,6}.

4.5. Hội chứng sau cắt túi mật

Tỉ lệ tiêu chảy giảm từ 31,1% sau 1 tháng xuống 9,9% sau 6 tháng và không còn bệnh nhân đau hạ

sườn phải. Tỉ lệ bệnh nhân tiêu chảy sau 1 tháng trong nghiên cứu của Trần Ngọc Thanh và Nguyễn Thị Phương lần lượt là 64,2% và 37,8% ^{5,6}. Kết quả của Thunnissen và cộng sự theo dõi sau 6 tháng gồm đầy hơi chiếm 17,8% (146/820 bệnh nhân); chậm tiêu 14,5% (119/820 bệnh nhân); tiêu chảy 8,4% (69/820 bệnh nhân) ⁸. Nghiên cứu chỉ ghi nhận tiêu chảy, đau hạ sườn phải, sốt, vàng da và buồn nôn/nôn, không khảo sát các rối loạn tiêu hóa khác như đầy chướng, khó tiêu, trào ngược hay thay đổi thói quen đại tiện; do đó tỉ lệ 9,9% ở thời điểm 6 tháng gần như chắc chắn thấp hơn tỉ lệ thực tế và không thể coi là bằng chứng cho thấy hội chứng sau cắt túi mật là không đáng kể do vậy chỉ định phẫu thuật vẫn cần chặt chẽ

4.6. Đánh giá chất lượng cuộc sống sau mổ

Điểm GIQLI tăng từ $142,3 \pm 2,1$ trước mổ lên $143,8 \pm 0,8$ sau mổ ($p < 0,001$). Atif và cộng sự ghi nhận mức tăng từ $94,64 \pm 2,24$ lên $106,09 \pm 2,40$ sau 6 tuần ⁹; Nguyễn Thị Phương, sử dụng EQ-5D-5L, cũng ghi nhận chất lượng cuộc sống cải thiện ⁶. Tuy nhiên, mức tăng trong nghiên cứu này chỉ là 1,5 điểm trên thang 144 điểm, trong bối cảnh điểm trước mổ đã rất cao. Khác biệt có ý nghĩa thống kê nhưng chưa được chứng minh vượt ngưỡng tối thiểu có ý nghĩa lâm sàng; do đó chưa thể khẳng định phẫu thuật cải thiện rõ rệt chất lượng cuộc sống, nhất là ở người bệnh có polyp nhỏ không triệu chứng.

Nghiên cứu có hạn chế như nghiên cứu mô tả hồi cứu, không có nhóm đối chứng theo dõi không phẫu thuật, nên không thể so sánh kết cục giữa phẫu thuật và theo dõi định kỳ.

V. KẾT LUẬN

Đa polyp và kích thước 6-9 mm là hình thái siêu âm thường gặp nhất. Polyp cholesterol chiếm 83,5%; ung thư biểu mô tuyến chiếm 1,9% và đều ở polyp $\geq 10\text{ mm}$. Phẫu thuật nội soi cắt túi mật không ghi nhận biến chứng trong mổ, thời gian nằm viện trung bình 3,7 ngày. Hội chứng sau cắt túi mật giảm từ 34,0% sau 1 tháng xuống 9,9% sau 6 tháng. Điểm GIQLI tăng có ý nghĩa thống kê, nhưng mức tăng nhỏ nên chưa khẳng định được phẫu thuật giúp cải thiện chất lượng cuộc sống.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Li Y, Wang Y, Chi M. The diagnostic value of high-frequency ultrasound combined with color Doppler ultrasound versus surgical pathology in gallbladder polyps. *Am J Transl Res*. 2021;13(7):7990-7996.
2. Matos ASB de, Baptista HN, Pinheiro C, Martinho F. Gallbladder polyps: how should they be treated and when? *Rev Assoc Med Bras* (1992). 2010;56(3):318-

321. doi:10.1590/s0104-42302010000300017

3. **Hajibandeh S, Ashar S, Parry C, Ellis-Owen R, Kumar N.** The risk and predictors of gallbladder cancer in patients with gallbladder polyps: A retrospective cohort study with an insight into confounding by indication. *J Gastroenterol Hepatol.* 2023;38(12):2247-2253. doi:10.1111/jgh.16399
4. **Foley KG, Riddell Z, Coles B, Roberts SA, Willis BH.** Risk of developing gallbladder cancer in patients with gallbladder polyps detected on transabdominal ultrasound: a systematic review and meta-analysis. *Br J Radiol.* 2022;95(1137):20220152. doi:10.1259/bjr.20220152
5. **Trần Ngọc Thanh, Nguyễn Thanh Long:** *Kết quả điều trị polyp túi mật bằng phẫu thuật nội soi tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức.* Luận văn thạc sỹ - Trường Đại Học Y Hà Nội.
6. **Trần Bảo Long, Nguyễn Thị Phương:** *Kết quả phẫu thuật nội soi cắt túi mật do polyp tại Bệnh viện Đại Học Y Hà Nội giai đoạn 2021-2022.* Luận văn chuyên khoa cấp II- Trường Đại Học Y Hà Nội.
7. **Inzunza M, Irarrazaval MJ, Pozo P, Pimentel F, Crovari F, Ibañez L.** Correlation and agreement between ultrasonographic and histopathological findings in a population with high incidence of gallbladder cancer R. *Arq Bras Cir Dig.* 2023;36:e1732. doi:10.1590/0102-672020230002e1732 PubMed PMID: 37162074; PubMed Central PMCID: PMC10168665.
8. **Thunnissen FM, Baars C, Arts R, et al.** Persistent and new-onset symptoms after cholecystectomy in patients with uncomplicated symptomatic cholecystolithiasis: A post hoc analysis of 2 prospective clinical trials. *Surgery.* 2023;174(4):781-786. doi:10.1016/j.surg.2023.06.010
9. **Atif QAA, Khan MA, Nadeem F, Ullah M.** Health-Related Quality of Life After Laparoscopic Cholecystectomy. *Cureus.* 14(7):e26739. doi:10.7759/cureus.26739