

Trung ương được phòng bệnh tốt và y tế tiếp cận dịch vụ y tế và ở tuyến Trung ương nên bệnh tật ít hơn. Về tham gia quản lý sức khỏe của đối tượng: Tỷ lệ cán bộ tham gia khám quản lý sức khỏe hàng năm là rất cao (98,1%), chấp hành quy định KCB là 98,1%; 97,9% thực hiện đầy đủ theo tư vấn SK của CBYT. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng tương đồng với kết quả nghiên cứu của Nguyễn Văn Hưng ở Hà Nội và Ngô Thị Vân ở Yên Bái [6][7].

Một số yếu tố liên quan: Kết quả nghiên cứu cho thấy có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa tuổi, giới, dân tộc với phân loại tình trạng sức khỏe. Cụ thể tỷ lệ cán bộ đương chức có thực trạng sức khỏe tốt hơn cán bộ đã về hưu với $p < 0,05$. Giới Nam có tỷ lệ sức khỏe loại tốt là 23,1% thấp hơn Nữ là 37,2% ($p < 0,05$), tuổi từ 60 trở lên sức khỏe đạt loại tốt là 10,4% tuổi ≥ 60 là 51,5%. Sức khỏe cán bộ đương chức đạt loại tốt là 51,5% cao hơn cán bộ hưu là 12,5% với $p < 0,05$. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với kết quả nghiên cứu của Nguyễn Văn Hưng ở Hà Nội [6]. Không tìm thấy mối liên quan giữa vị trí công tác với thực trạng sức khỏe của cán bộ.

V. KẾT LUẬN

Thực trạng sức khỏe của cán bộ đương chức tỉnh Cao Bằng tốt. Các cán bộ về hưu sức khỏe chưa tốt.

Có mối liên quan giữa tuổi, giới, dân tộc và đối tượng là cán bộ đang đương chức với tình trạng sức khỏe.

VI. KHUYẾN NGHỊ

- Cần tiếp tục duy trì và nâng cao chất lượng công tác quản lý sức khỏe cho cán bộ thuộc diện tình ủy quản lý tại Phòng khám quản lý sức khỏe cán bộ- Bệnh viện đa khoa tỉnh Cao Bằng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Ban Tổ chức Trung ương (2008)**, Hướng dẫn về chức năng, nhiệm vụ, tổ chức bộ máy của ban Bảo vệ, chăm sóc sức khỏe cán bộ tỉnh, thành phố, Hà Nội.
- Ban Tổ chức Trung ương** -Hướng dẫn 23-HD/BTCTW năm 2008 về chức năng, nhiệm vụ, tổ chức bộ máy của Ban Bảo vệ, chăm sóc sức khỏe cán bộ tỉnh, thành phố do Ban Tổ chức Trung ương ban hành
- Bộ Y tế (2007)**, Chỉ thị số 06/2007/CT-BYT của Bộ trưởng Bộ Y tế về nâng cao chất lượng khám chữa bệnh, Hà Nội.
- Tỉnh ủy Cao Bằng**- Quyết định số 06-OĐ/TU ngày 14/3/2019 –Quy định chức năng,nhiệm vụ,tổ chức bộ máy của Ban Bảo vệ, chăm sóc sức khỏe cán bộ tỉnh Cao Bằng.
- Nguyễn Văn Phong (2016)**, Nghiên cứu mức độ hài lòng của người bệnh khám chữa bệnh tại y tế cơ sở thị xã Từ Sơn tỉnh Bắc Ninh, Luận văn chuyên khoa 2 chuyên ngành y tế công cộng, Trường đại học Y- Dược Thái Nguyên.
- Nguyễn Văn Hưng (2012)**, Đánh giá thực trạng sức khỏe cán bộ thuộc diện Bộ chính trị, Ban bí thư trung ương quản lý tại phòng bảo vệ sức khỏe trung ương 2 và đề xuất giải pháp chủ yếu, Đề tài cấp Ban Đảng, Hà Nội.
- Ngô Thị Vân (2008)**, Thực trạng và những giải pháp chủ yếu nâng cao chất lượng chăm sóc sức khỏe cán bộ thuộc diện tình quản lý tại tỉnh Yên Bái, Ban Bảo vệ chăm sóc sức khỏe cán bộ - Tỉnh ủy Yên Bái.

ĐẶC ĐIỂM DỊCH TỄ HỌC, LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG BỆNH LÝ TÚI MẬT QUA 248 TRƯỜNG HỢP PHẪU THUẬT CẮT TÚI MẬT NỘI SOI

Thái Nguyên Hưng¹, Trương Đức Tuấn¹

TÓM TẮT

Mục tiêu nghiên cứu (NC): NC hồi cứu trên 248 trường hợp phẫu thuật nội soi (PTNS) cắt túi mật với 3 mục tiêu: 1. Mô tả đặc điểm dịch tễ học bệnh lý túi mật. 2. Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng bệnh lý túi mật. 3. Kết quả PTNS cắt túi mật. **Đối tượng và phương pháp NC:** Tất cả những BN không phân biệt tuổi, giới, được PTNS cắt túi mật do bệnh lý túi mật tại

BV Đại học Y HN (tiêu chuẩn loại trừ là BN ung thư túi mật). + Phương pháp NC: Mô tả hồi cứu. Thời gian 2008-2011. - **Kết quả NC:** Có 248 BN đủ tiêu chuẩn, Nữ 165, Nam 83, tuổi TB là $51,4 \pm 14,3$, nghề làm ruộng 19,4%, trí thức và nghề khác 80,6%, Số BN ở thành thị 70,2%, Nông thôn 29,8%. Có 11,7% có bệnh nội khoa phối hợp. Triệu chứng lâm sàng (LS): 100% đau DSP, 14,1% sốt. 7,3% túi mật căng to, 8,5% phản ứng DSP, Murphy (+) 6,5%. BC tăng 16,1%, Bilirubin tăng: 13,7%. Siêu âm bụng (SA): 90,0% sỏi túi mật, 10,0% VTM không do sỏi. Mổ cấp cứu do VTM cấp 10,0%. Mổ phiên 90,0%. Thời gian mổ: $58,2 \pm 20,7$ thời gian nằm viện: $5,02 \pm 2,36$ ngày. Không có BN tử vong. Biến chứng chủ yếu là nhiễm trùng và chảy máu chân trocar. **Kết luận:** 1. Đặc điểm dịch tễ học: Tuổi TB $51,4 \pm 14,3$, Nữ chiếm 66,5%, nam chiếm 33,5%, trí thức và nghề khác

¹Bệnh viện K

Chịu trách nhiệm chính: Thái Nguyên Hưng

Email: thainguyenhung70@gmail.com

Ngày nhận bài: 9.01.2023

Ngày phản biện khoa học: 20.3.2023

Ngày duyệt bài: 30.3.2023

80,6%, nghề nông 19,4%, Thành thị 70,2%, nông thôn 29,8%. 2. Đặc điểm lâm sàng - cận lâm sàng: 11,7% có bệnh nội khoa phối hợp, Đau DSP 100%, sốt 7,3% túi mật căng to 8,5%, Murphy (+) 6,5%. BC tăng 16,1%, 90% viêm túi mật do sỏi, 10% viêm túi mật không do sỏi. 3. Kết quả phẫu thuật: 90,0% mổ phiến PTNS cắt túi mật, 10,0% mổ cấp cứu. Tỷ lệ chuyển mổ mở 24,0% với mổ cấp cứu (6 BN), 0,9% với mổ phiến (2 BN). Nguyên nhân chủ yếu do chảy máu, tổn thương đường mật chính, viêm dính, cấu trúc giải phẫu không rõ. Thời gian mổ 58,2±20,7, Thời gian nằm viện: 5,02±2,36. Không có tử vong. Biến chứng chủ yếu là chảy máu và nhiễm trùng chân trocar 3,2%).

SUMMARY

EPIDEMIOLOGY, CLINICAL AND PARACLINICAL FEATURE OF GALLSTONES CHOLECYSTITIS AND ACALCULOUS CHOLECYSTITIS IN 248 CHOLECYSTECTOMY LAPAROSCOPIQUE PATIENTS

Study aims: + Evaluation of Epidemiology of cholelithiasis, gallstones cholecystitis and also acalculous cholecystitis. + Clinical and paraclinical feature of gallstone cholecystitis and acalculous cholecystitis. + The results of laparoscopic cholecystectomy in 248 patients. + Patient and method: + Retrospective study. + Time: 2008-2011. **Result:** There were 248 patients, female were 165 patients (66,5%), male were 83 patients (33,5%), mean age was 51,4±14,3 (range 20-89 years old). Profession: farmer was 19,2%, others occupations: 80,2%. Burgher were 70,2%, native village were 29,8%. Concomitant chronic disease was 11,4%. Symptoms: pain in right upper quadrant was 100%, fever in 7,3%. Murphy's Sign positive in 6,5%. Abdominal ultrasound revealed the gallstones in 90,0%, acalculous gallbladder in 10%, thickness of the gallbladder wall more than 3mm in 6,9%, pericholecystic fluid in 6,5%. Urgent laparoscopic cholecystectomy were performed in 10,0%, elective procedure were held in 90,0%, conversion to open surgery in 8 patients (of them, 6 conversions in urgent operation). The reason to conversion were mainly due to bleeding, adhesive to surrounding tissues and injury to common bile duct. The average operation time was: 58,2±20,7 minutes. The average hospital stays was 5,02±2,36 (Range 2-15 days). There was no death per and post operation. Complication were bleeding and suppuration of trocar site (8 patients, 3,2%). **Conclusion:** We concluded that 1. Epidemiology: Mean age was 51,4±14,3; There were 66,5% female, 33,5% male, farmer 19,2%, others 80,2%. Burgher were 70,2%, native village were 29,8%. Concomitant chronic disease was 11,4%. 2. Clinical and paraclinical feature: Symptoms: pain in right upper quadrant was 100%, fever in 7,3%. Murphy's Sign positive in 6,5%. + Abdominal ultrasound revealed the gallstones in 90,0%, acalculous gallbladder in 10%, thickness of the gallbladder wall more than 3mm in 6,9%, pericholecystic fluid in 6,5%. 3. Surgical management: Urgent laparoscopic cholecystectomy were performed in 10,0%, elective procedure were held in

90,0%, conversion to open surgery in 8 patients (3,2%). + The average operation time was: 58,2±20,7 minutes. The average hospital stays was 5,02±2,36 (Range 2-15 days). + There was no death per and post operation. Complications were bleeding and suppuration of trocar site (8 patients, 3,2%).

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sỏi mật và bệnh lý túi mật là bệnh lý khá phổ biến. Trong khi ở các nước Tây Âu chủ yếu là sỏi túi mật, sỏi đường mật và trong gan hiếm gặp thì ở nước ta chủ yếu là sỏi đường mật và sỏi trong gan. Trong những năm gần đây, cùng với sự phát triển kinh tế, xã hội chế độ sinh hoạt, vệ sinh và chế độ ăn cũng có nhiều thay đổi. Chế độ ăn giàu đạm, chất béo ngày càng thay thế dần chế độ ăn nghèo năng lượng. Bởi vậy bệnh lý túi mật như sỏi túi mật, polip túi mật, bệnh lý túi mật không do sỏi xuất hiện ngày càng nhiều. Tuy nhiên đặc điểm về dịch tễ học, lâm sàng và cận lâm sàng còn chưa được nghiên cứu nhiều. Các nghiên cứu tập trung chủ yếu vào chỉ định và kỹ thuật mổ cũng như phẫu thuật nội soi (PTNS) cắt túi mật bởi vậy chúng tôi nghiên cứu đề tài này nhằm mục tiêu:

1. Mô tả các đặc điểm về dịch tễ học của bệnh lý túi mật qua 248 trường hợp PTNS cắt túi mật
2. Mô tả các đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh lý túi mật.
3. Đánh giá kết quả PTNS cắt túi mật.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

+ Đối tượng NC: Tất cả những BN, không phân biệt tuổi, giới, được chẩn đoán là bệnh lý túi mật: viêm túi mật do sỏi (VTMDS), viêm túi mật không do sỏi, sỏi túi mật, polip túi mật, được PTNS cắt túi mật (hoặc PTNS chuyển mổ mở) tại BV Đại học Y HN.

Tiêu chuẩn loại trừ: Các bệnh nhân được chẩn đoán là ung thư túi mật.

+ Phương pháp NC: Mô tả hồi cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Có 248 BN đủ tiêu chuẩn được đưa vào NC trong đó có 165 nữ, 83 nam. Tuổi trung bình (TB) là 51,4+ 14,3 (thấp nhất 20-cao nhất 89).

Phân bố lứa tuổi như sau:

- + 20-30: 8,5%.
- + 31-50: 33,9%.
- + 51-70: 48,4%.
- + >70: 9,2%.

Phân bố nghề nghiệp:

Bảng 1: Phân bố nghề

Nghề nghiệp	n	%
Làm ruộng	48	19,4
Trí thức	107	43,1

Nghề khác	93	37,5
Tổng	248	100,0

Địa dư**Bảng 2: Địa dư**

Địa dư	n	%
Nông thôn	74	29,8
Thành thị	174	70,2
Tổng	248	100,0

Đặc điểm về tiền sử**Bảng 3: Tiền sử đã phẫu thuật (PT) bụng:**

Vị trí đường mổ	n	%
Đường giữa trên rốn	8	3,2
Các đường mổ dưới rốn	11	4,5
Tổng	19	7,7

+ Đường mổ bụng trên rốn: 8 BN (4 BN đã mổ cắt dạ dày, 2 BN mổ mật, 2 BN mổ chấn thương bụng kín).

+ Mổ bụng dưới rốn có 11 BN: 4 BN mổ sản khoa, 5 BN mổ ruột thừa Macburney, 2 BN mổ tiết niệu

+ Tiền sử các bệnh nội khoa phối hợp

Bảng 4: Các bệnh nội khoa

Các bệnh nội khoa	n	%
Tăng huyết áp	8	3,2
Đái tháo đường	5	2,0
Các bệnh khác	16	6,5
Tổng	29	11,7

+ Triệu chứng lâm sàng

Bảng 5: Triệu chứng lâm sàng

Triệu chứng lâm sàng	n	%
Đau bụng DSP	248	100,0
Sốt	35	14,1
Túi mật căng to	18	7,3
Phản ứng thành bụng(DSP)	21	8,5
Murphy (+)	16	6,5

Các xét nghiệm cận lâm sàng**Bảng 6: Các xét nghiệm cận lâm sàng**

Các xét nghiệm	n	%
BC>10.000/mm ³	40	16,1
Bilirubile>17mmol/l	34	13,7
SGOT>37 mmol/l	25	10,1
SGPT>40	36	14,5
SGOT+SGPT tăng	32	12,9
Ure>7,5 mmol/l	7	2,8
Glucose>6,4mmol/l	29	11,7
Amylaze>220	13	5,2

Bảng 7: Siêu âm bụng

Tổn thương	n	%
Sỏi túi mật	223	90,0
Viêm túi mật không sỏi	25	10,0
Polip túi mật	17	6,9
Sỏi+Polip túi mật	11	4,4
Túi mật căng to	19	7,7
Thành túi mật dày> 3mm	17	6,9
Sỏi kẹt cổ túi mật	12	4,8

Dịch quanh túi mật	16	6,5
Túi mật teo	5	2,0
Túi mật viêm teo+Sỏi	3	1,2

Chẩn đoán trước mổ**Bảng 8: Chẩn đoán trước mổ**

Chẩn đoán	n	%
Viêm túi mật cấp do sỏi	22	8,9
Viêm túi mật cấp không sỏi	3	1,2
Viêm túi mật mạn do sỏi	187	75,4
Polip túi mật	17	6,9
Sỏi+polip túi mật	11	4,4
Túi mật viêm teo	3	1,2
Túi mật viêm teo+sỏi túi mật	5	2,0

+ Phương pháp mổ:

Mổ cấp cứu: 25 BN (10,0%).

Mổ phiên: 223 BN (90,0%).

+ Số lượng trocar:

Đặt 3 trocar: 237 BN (95,6%).

Đặt 4 trocar: 11 BN (4,4%).

+ Tai biến trong mổ:

Mổ cấp cứu: Chảy máu 5/25 BN, tổn thương đường mật chính (OMC) là 1/25.

Mổ phiên: Chảy máu 2/223 (0,9%), không có tổn thương OMC.

+ Tỷ lệ mổ mở:

25 trường hợp PTNS cắt túi mật cấp cứu có 6 BN mổ mở (24%).

223 BN được mổ phiên chuyển mổ mở 2 BN (2/223=0,9%).

Tỷ lệ chuyển mổ mở chung là 8/248 BN (3,2%).

Bảng 9: Nguyên nhân chuyển mổ mở

Tổn thương	Mổ cấp cứu	Mổ phiên	%
Chảy máu	2	1	1,2
Tổn thương OMC	1	0	0,4
Biến dạng giải phẫu	2	1	1,2
Dính, phù nề, hoại tử TM	1	0	0,4
Tổn thương các tạng	0	0	0
Tổng	6	2	3,2

Thời gian mổ**Bảng 10: Thời gian mổ**

Thời gian mổ (phút)	Mổ cấp cứu (n=25)	Mổ phiên (n=195)	N
20-30	2	34	36
31-60	7	148	155
61-90	11	37	48
> 90	5	4	9
Trung bình	68,4±22,6 (28-125)	52,1±21,6 (22-120)	58,2±20,7 (22-125)

+ Ngày nằm viện sau mổ: 5,02±2,36 (2-15 ngày).

+ Biến chứng sau mổ: Nhiễm trùng lỗ trocar 6 BN (2,4%), chảy máu lỗ trocar: 2 BN (0,8%)

Không có BN tử vong trong và sau mổ.

IV. BÀN LUẬN

Thống kê tại Mỹ cho thấy có 6% nam và 9% nữ có sỏi túi mật, phần lớn trong số họ không có biểu hiện lâm sàng (LS). Trong số bệnh nhân sỏi túi mật không triệu chứng hàng năm có 1%-2% xuất hiện triệu chứng và biến chứng của sỏi túi mật. Các nghiên cứu cho thấy khoảng 20% những BN không biểu hiện lâm sàng sẽ xuất hiện triệu chứng trong vòng 15 năm và có biến chứng như viêm túi mật do sỏi, viêm đường mật, sỏi OMC, viêm tụy cấp do sỏi mật và có thể dẫn tới ung thư đường mật với tỷ lệ thấp.[8]

Các nghiên cứu về bệnh nguyên cho thấy nguyên nhân tạo sỏi là do 3 cách chính:

+ Do sự tăng cholesterol trong máu: Thông thường mật có thể hòa tan một lượng cholesterol do gan tiết ra. Khi gan sản xuất ra quá nhiều cholesterol sẽ lắng đọng và kết hợp với chất nhầy của dịch túi mật tạo thành sỏi gây tắc ống cổ túi mật gây ra bệnh lý sỏi túi mật.

+ Tăng bilirubin máu: Bilirubin là sản phẩm giáng hóa từ tiêu hủy hồng cầu được tế bào gan tiết vào dịch mật. Một số bệnh máu do hủy hồng cầu quá nhiều làm tăng bilirubin. Những bilirubin này nếu không được liên hợp (Bilirubin liên hợp tan trong nước) sẽ lắng đọng và tạo sỏi.

Men β glucuronidase của vi khuẩn cũng thủy phân bilirubin liên hợp tan trong nước thành bilirubin tự do không tan, lắng đọng và kết hợp với ứ đọng dịch mật tạo thành sỏi bilirubin. Có 2 loại sỏi bilirubin là sỏi sắc tố đen (Black pigment stones) và sỏi sắc tố nâu (Brown pigment stone). Sỏi sắc tố nâu có thành phần chủ yếu là canxi-bilirubinate. Là sỏi chiếm tỷ lệ cao ở châu Á và Đông nam Á.

+ Điều kiện thuận lợi: Túi mật giảm trương lực (hypomotility) hoặc co bóp kém sẽ không đẩy được dịch mật xuống ruột, mật được cô đặc sinh sỏi.

Như vậy có 3 loại sỏi chính theo phân loại của Ertingger S:

+ Sỏi cholesterol: Khi thành phần cholesterol chiếm > 50,0%.

+ Sỏi bilirubin: Khi thành phần canxi bilirubinate > 50,0%.

+ Còn lại là sỏi hỗn hợp.

Các nghiên cứu về thành phần hóa học của sỏi mật ở Nhật bản của Maki T [9] cho thấy có từ sau chiến tranh thế giới II đến những năm gần đây, sỏi bilirubinate đã giảm từ 70-80% tới 30-40%. Thành phần hóa học của sỏi canxi-bilirubinate 40,2-57,1% Bilirubin. Thành phần cholesterol chiếm 2,9-25,6%. Phân tích thành phần sỏi cholesterol cho thấy có >96% là cholesterol. Thành phần của sỏi hỗn hợp cũng >

71,3% là cholesterol. Thành phần Bilirubin chỉ chiếm 0,02-5% ở loại sỏi này. Các tác giả cho rằng 2 loại sỏi này khác nhau về biểu hiện lâm sàng, cơ chế tạo sỏi, thành phần hóa học. Sự khác nhau này cơ bản do sự khác nhau giữa chủng tộc, thức ăn giữa người châu Á và người phương Tây.[9].

- Ở nước ta có nhiều công trình nghiên cứu về thành phần cấu tạo của sỏi túi mật và sỏi mật:

+ Phạm Duy Hiển: Phân tích thành phần hóa học của sỏi OMC bằng phương pháp quang phổ hồng ngoại cho thấy: Có 5 chất chính trong thành phần sỏi mật (sỏi OMC) là Bilirubin, cholesterol, Calcite, Apatite và Protein. 100% các mẫu là sỏi hỗn hợp từ 2-3 thành phần trong đó dạng kết hợp Bilirubin + Cholesterol + Calcite chiếm tỷ lệ cao nhất 40% [3]

Bảng 11: Thành phần định tính của sỏi OMC

TT	Dạng thành phần	Số mẫu	%
1	Bilirubin+Cholesterol+Calcite	12	40
2	Bilirubin+Cholesterol	8	26,7
3	Bilirubin+Calcite	4	13,3
4	Bilirubin+Protein	3	10,0
5	Bilirubin+Cholesterol+Apatit	1	8,3
6	Bilirubin+Cholesterol+Protein	1	8,3
7	Bilirubin+Calcite+Protein	1	8,3
Tổng		30	100

+ Đỗ Kim Sơn và CS[5] phân tích thành phần hóa học của sỏi túi mật (30 mẫu) và sỏi đường mật (40 mẫu) bằng quang phổ hồng ngoại kết quả như sau:

Bảng 12: Tỷ lệ các loại sỏi túi mật và sỏi đường mật

Loại sỏi	Sỏi sắc tố	Sỏi cholesterol	Sỏi hỗn hợp	N (%)
Sỏi đường mật (N=40)	32/40 (80%)	5/40 (12,5%)	3/40 (7,5%)	40 (100)
Sỏi túi mật (N=30)	15/30 (50,%)	15/30 (50%)	0	30 (100)

Nhận xét các yếu tố liên quan về nghề nghiệp với thành phần sỏi, các tác giả nhận thấy rằng sỏi đường mật gặp ở 80% người làm ruộng (32/40 BN) và có 31 BN là sỏi sắc tố (97,5%). Sỏi Cholesterol gặp ở 12,5% số BN và 100% sỏi cholesterol gặp ở người cán bộ, công nhân. So sánh sự liên quan giữa chỉ số BMI (body mass index) với thành phần các loại sỏi, tác giả nhận thấy ở BN sỏi cholesterol có BMI cao nhất (21,96) - sỏi sắc tố (20,08). Về tình trạng nhiễm trùng, cấy VK(-) trong 100% số BN sỏi cholesterol, trong khi sỏi sắc tố và hỗn hợp cấy VK(+) tất cả số mẫu (100%, 33 mẫu).

Báo có 79 BN được PTNS cắt túi mật tại Bệnh viện (BV) Hoàn Mỹ Đà Nẵng cho thấy tuổi TB là 57,3, nữ 53 BN (67%), nam 26 BN (33%) trong đó có 58,2% có các bệnh nội khoa phối hợp. Tuy nhiên lô nghiên cứu này không có BN nào viêm túi mật không do sỏi [7].

+ Số liệu 540 BN được PTNS cắt túi mật tại BV Bạch mai cho thấy tỷ lệ sỏi túi mật có triệu chứng LS là 77,7%, sỏi túi mật có biến chứng viêm tụy cấp là 11,4%, Polyps túi mật 3,7%, viêm túi mật cấp chiếm 12,5% [1].

+ Đánh giá kết quả PTNS cắt túi mật tại BV. Saint Paul qua 341 trường hợp, tỷ lệ các bệnh lý túi mật như sau: Tỷ lệ nữ/nam là 2,5:1 (243/98). Có 65,4% sỏi túi mật có triệu chứng LS; 2,93% polyps túi mật (10 BN); 19,1% viêm túi mật mạn do sỏi (VTM), 12% VTM cấp do sỏi [6].

So sánh với NC của tác giả Bray Madoue Kaimba, tuổi TB của 22 BN viêm túi mật cấp do sỏi được PTNS cắt túi mật là 42 (từ 16-65t), trong khi các báo cáo PTNS cắt túi mật ở nước ta có tuổi TB > 50 và chiếm tỷ lệ cao là độ tuổi 50-70t. Tuổi khởi phát bệnh ở VN cũng thường > 20t. Về giới cũng có sự khác biệt. Trong khi ở VN, tỷ lệ nam nữ mắc bệnh lý túi mật khoảng 2:1 thì ở các nước Âu Mỹ, tỷ lệ nữ mắc bệnh sỏi túi mật lên tới 90,0% [10].

+ Số liệu của chúng tôi cho thấy tuổi TB là $51,4 \pm 14,3$ trong đó lứa tuổi mắc chiếm tỷ lệ cao nhất là 51-70 chiếm 48,4%. Phần lớn bệnh nhân mắc sỏi túi mật ở thành thị và là trí thức hoặc làm nghề không liên qua đến nghề nông. Bảng 1 và Bảng 2 cho thấy nghề trí thức và nghề khác chiếm 81,0% và có tới 70,2% số BN ở thành thị. Như vậy nghề nông và môi trường nông thôn nơi có điều kiện kinh tế, xã hội và vệ sinh thấp lại có tỷ lệ mắc bệnh lý túi mật thấp.

+ NC của Thái Nguyên Hưng cho thấy đối lập với bệnh lý sỏi túi mật, tỷ lệ sỏi đường mật và sỏi trong gan ở Việt nam lại cao ở nông thôn và người nông dân (chiếm 61,2%) [4]. Như vậy điều kiện kinh tế, xã hội và nghề nghiệp là những yếu tố có ảnh hưởng lớn tới 2 loại bệnh lý túi mật, sỏi, viêm túi mật và sỏi trong gan.

+ Các NC cho thấy VTM không do sỏi chiếm tỷ lệ 5-10% các trường hợp viêm túi mật, thường được chẩn đoán muộn hơn viêm túi mật do sỏi, hay được phát hiện khi có biến chứng hoại tử hay thủng túi mật. Nguyên nhân của VTM không do sỏi thường do ứ mật hay thiếu máu cục bộ hoặc phối hợp cả 2 nguyên nhân và thường xảy ra khi bệnh nhân có các điều kiện thuận lợi như chấn thương, truyền nhiều máu (>12 ĐV), sau mổ bụng, sốc, bỏng, nhiễm trùng

(vi khuẩn hay ký sinh trùng hoặc virus) bệnh nặng (BN nằm ở ICU), nuôi dưỡng toàn thân kéo dài, nhịn đói kéo dài và một số điều kiện khác hiếm gặp hơn (sau nội soi mật tụy ngược dòng ERCP), bệnh AIS, ghép tạng, bệnh mãn tính như ĐTĐ, cao HA, xơ vữa mạch máu, viêm nút quanh động mạch (Shonlein Henoch), hẹp bóng Vater hay giun chui ống mật. Bởi vậy các tác giả khuyến luôn phải nghĩ tới VTM không do sỏi ở BN đau bụng, sốt, BC tăng chưa rõ nguyên nhân. Viêm túi mật không do sỏi chiếm tỷ lệ 10,0% trong NC của chúng tôi

Tiền sử mắc bệnh nội khoa trong NC này là 11,7% (29 BN) trong đó chủ yếu là cao HA, đái tháo đường (ĐTĐ). Bệnh lý phối hợp trong lô 79 BN viêm túi mật cấp tại BV Hoàn Mỹ, Đà Nẵng lên tới 58,2%. Các NC đều cho thấy có thể cao HA, ĐTĐ, bệnh lý toàn thân, đặc biệt là bệnh hệ thống có liên qua tới cấp máu cho túi mật trên nền tuổi cao, bởi vậy thiếu máu và ứ mật hay nhiễm khuẩn hoặc nhiễm KST hay virus có nguy cơ xảy ra với tỷ lệ cao hơn.

Tác giả Jose F Patino và CS [8] đã chia bệnh lý sỏi túi mật làm 3 nhóm:

+ Nhóm 1: Sỏi túi mật không triệu chứng. Nhóm này chia thành 2 nhóm nhỏ gồm nhóm 1a là nhóm nguy cơ thấp, không có triệu chứng và biến chứng, không cần điều trị thuốc và PT, nhóm 1b là nhóm nguy cơ cao, xuất hiện triệu chứng theo tuổi và có nhiều bệnh phối hợp.

+ Nhóm 2: Sỏi túi mật có triệu chứng lâm sàng, nhóm này nên chỉ định PTNS cắt túi mật.

+ Biến chứng của VTM do sỏi: Thường vào viện cấp cứu, có thể chỉ định mổ cấp cứu cắt túi mật NS hoặc chuyển mổ [8].

Như vậy trong NC của chúng tôi có 100% các trường hợp PTNS cắt túi mật có triệu chứng lâm sàng trong đó có 10,0% phẫu thuật cấp cứu, 90,0% là mổ phiến. 90,0% số BN được PTNS cắt túi mật có sỏi túi mật, 10,0% viêm túi mật không do sỏi.

V. KẾT LUẬN

5.1. Đặc điểm dịch tễ học:

+ Tuổi TB mắc bệnh $51,4 \pm 14,3$ (từ 20-89 T), lứa tuổi mắc bệnh chiếm tỷ lệ cao nhất là 51-70 (48,4%)

+ Tỷ lệ giới: Nữ 66,5% (165 BN), nam 33,5% (83BN)

+ Nghề: Làm ruộng 19,4%, Trí thức và nghề khác 80,6%.

+ Địa dư: Thành thị 70,2%, Nông thôn 29,8%.

5.2. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng

+ TS các bệnh nội khoa phối hợp 11,7%. TS

đã mổ bụng 7,7%.

+ Đặc điểm lâm sàng: Đạu DSP: 100%, sốt 14,1%, túi mật căng to 7,3%, DSP có phản ứng 8,5%, Murphy(+) 6,5%.

+ Siêu âm: Sỏi túi mật 90,0%, không sỏi 10,0%, túi mật căng to 7,7%, sỏi kẹt cổ TM 4,8%, dịch quanh túi mật 6,5%, túi mật thành dày > 3mm 6,9%.

+ Xét nghiệm BC >10.000/mm³ 16,1%, GOT>37 U/l 10,1, GPT>40 U/l 14,5, (GOP+GPT) tăng 12,9%, Bilirubin >17 mmol/l 13,7%.

5.3. Kết quả phẫu thuật:

+ Mổ cấp cứu: 10,0%, mổ phiên 90,0%, Viêm túi mật do sỏi 90,0%, viêm túi mật không sỏi 10,0%.

+ Thời gian mổ: 58,2±20,7 (từ 22-125 phút). Mổ cấp cứu: 68,4±22,6 (từ 28-125 ph), mổ phiên: 52,1±21,6 (từ 22-120 ph)

+ Tỷ lệ chuyển mổ mở: PTNS cấp cứu 24,0% (6/25BN), mổ phiên: 0,9% (2/221 BN). Tỷ lệ chuyển mổ mở chung là 3,2%. Nguyên nhân chuyển mổ mở là chảy máu (3/8 BN, tổn thương đường mật 1/8 BN, Giải phẫu không rõ 4/8 BN)

+ Thời gian nằm viện: 5,02±2,36 ngày.

+ Không có tử vong, biến chứng chủ yếu là nhiễm trùng và chảy máu chân trocart (3,2%)

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Ngọc Bích và CS: Những nhận xét về

phẫu thuật cắt túi mật nội soi tại BV Bạch mai. Tạp chí hội nghị phẫu thuật nội soi và nội soi toàn quốc (2006): 53-54.

2. Nguyễn Văn Hải: Viêm túi mật cấp. Cấp cứu tiêu hóa. NXB Thanh Niên. 2108:91-101.

3. Phạm Duy Hiền: Thành phần hóa học của sỏi và dịch mật trong bệnh sỏi ống mật chủ. Ngoại khoa tập XXXI (2) 1997: 9-13.

4. Thái Nguyên Hưng: Nghiên cứu ứng dụng nội soi đường mật bằng ống soi mềm kết hợp với tán sỏi điện thủy lực trong mổ mở để chẩn đoán và điều trị sỏi đường mật. Luận văn Tiến Sĩ Y học 2009.

5. Đỗ Kim Sơn, Đỗ Ngọc Thanh, Trần Đình Thơ: Thành phần hóa học của sỏi đường mật chính và một số yếu tố liên quan qua phân tích bằng phương pháp quang phổ hồng ngoại. Ngoại khoa tập XXVIII (1) 1998:22-28.

6. Đào Tuấn, Phan Ngọc Chúc: Kết quả cắt túi mật nội soi tại BV Saint Paul Hà nội. Tạp chí hội nghị phẫu thuật nội soi và nội soi toàn quốc (2006):67-68

7. Nguyễn Tuấn, Phan Thanh Nguyên: Kết quả cắt túi mật nội soi trong viêm túi mật cấp do sỏi phẫu thuật. Tạp chí hội nghị phẫu thuật nội soi và nội soi toàn quốc (2006):54-55

8. José F. Patifio, GA Quintero: Asympomatic Cholelithiasis Revisited. World J. Surg 22,1119-1124.1998.

9. Maki T: Pathogenesis calcium bilirubinate gallstone role Ecoli Bglucuronidase coagulation by inorganic ions polyelectrolytes agitation. ANNALS OF SURGERY. 1966(164):90-100.

10. Bray Madoue Kaimba, Youssouf Mahamat et Seid Dounia Akouya: Cholecystectomy pour cholecystite aigue lithiasique: A propose de 22 cas à l'hospital de la Renaissance

HIỆU QUẢ CỦA VIỆC QUẢN LÝ TƯƠNG TÁC THUỐC TIM MẠCH – BỆNH TRÊN BỆNH NHÂN ĐIỀU TRỊ NỘI TRÚ THÔNG QUA PHỐI HỢP HOẠT ĐỘNG DƯỢC LÂM SÀNG VÀ HỆ THỐNG CẢNH BÁO TRÊN PHẦN MỀM KÊ ĐƠN (HIS) TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA XANH PÔN

Nguyễn Thành Hải¹, Trần Thu Phương¹, Đỗ Đình Tùng², Nguyễn Tứ Sơn¹, Nguyễn Thị Dừa², Vũ Bích Hạnh², Nguyễn Đình Hiến²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá hiệu quả của việc quản lý tương tác thuốc tim mạch – bệnh trên bệnh nhân điều trị nội trú thông qua phối hợp hoạt động dược lâm sàng và hệ thống cảnh báo trên phần mềm kê đơn (HIS), nhằm nâng cao hiệu quả phòng tránh các

tương tác thuốc tim mạch - bệnh trên lâm sàng. **Phương pháp và kết quả nghiên cứu:** Nghiên cứu can thiệp có so sánh trước sau dựa trên rà soát dữ liệu kê đơn thuốc nội trú điện tử tại Bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn từ tháng 8/2021 - 10/2021 và tháng 1/2022 - 3/2022. Kết quả cho thấy bệnh nhân có tương tác thuốc tim mạch – bệnh trong mẫu nghiên cứu đều là bệnh nhân cao tuổi (trước can thiệp là 67,2 ± 14,4 và sau can thiệp là 53,0 ± 8,6) và sử dụng nhiều thuốc (trước can thiệp 7,6 ± 2,0 và sau can thiệp 6,2 ± 1,3). Tổng số tương tác thuốc tim mạch - bệnh trước khi can thiệp là 71 lượt tương tác (1,055%) giảm còn 7 lượt (0,101%) sau can thiệp. Các cặp tương tác còn xuất hiện sau can thiệp là: clopidogrel - loét đường tiêu hóa có kèm chảy máu, lợi

¹Trường Đại học Dược Hà Nội

²Bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn

Chịu trách nhiệm chính: Đỗ Đình Tùng

Email: bsdinhtung@gmail.com

Ngày nhận bài: 10.01.2023

Ngày phản biện khoa học: 20.3.2023

Ngày duyệt bài: 30.3.2023