

đúng giờ chiếm 75.33%. Tỷ lệ người bệnh chưa tuân thủ uống thuốc đúng giờ chiếm 24.67%.

Tỷ lệ người bệnh quên thuốc uống dài tháo đường chiếm 70.27%. Quên thuốc tiêm 17.57% và quên sử dụng cả thuốc uống và thuốc tiêm chiếm 12.16%.

Tỷ lệ người bệnh chưa tuân thủ quá trình điều trị do bận việc chiếm 52.7%, quên/ không ai nhắc uống thuốc chiếm 33.78% và một số người đi xa không mang thuốc theo chiếm 13.51%.

Mức độ tuân thủ điều trị chung của người bệnh chiếm 71.0%, bên cạnh đó vẫn còn 29.0% người bệnh chưa tuân thủ điều trị.

Để đạt được hiệu quả điều trị thì người bệnh cần phải tuân thủ tốt các chế độ, chỉ định, hướng dẫn của bác sĩ trong quá trình theo dõi điều trị bệnh đái tháo đường.

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Thị Thu Hà và Cs (2021), Tuân thủ dùng thuốc của người bệnh đái tháo đường type 2 của người bệnh ngoại trú tại khoa khám bệnh, bệnh viện Nội tiết Trung ương cơ sở Ngọc Hồi năm 2021. Tạp chí Y học Dự phòng, tập 31, số 8, 2021.
2. Đào Thị Hạnh (2017), Khảo sát kiến thức, thái độ và thực hành tuân thủ điều trị của người bệnh đái tháo đường type 2 điều trị nội trú tại Bệnh viện Nội tiết Yên Bái năm 2017” Đề tài cấp cơ sở, Sở Y tế Yên Bái năm 2017
3. Ong Tú Mỹ và Cs (2022), Nghiên cứu tình hình và sự tuân thủ trong sử dụng thuốc điều trị bệnh nhân đái tháo đường type 2 điều trị ngoại trú tại khoa khám bệnh bệnh viện đa khoa Bạc Liêu năm 2022, Tạp chí Y học Việt Nam tập 517, tháng 8, số 2, 2022.
4. Nguyễn Thị Phương Thùy và Cs (2021), Thực trạng tuân thủ điều trị ở người bệnh đái tháo đường cao tuổi điều trị ngoại trú tại bệnh viện đa khoa Đồng Đa, Tạp chí Y học Việt Nam, tập 507, tháng 10, số 1, năm 2021.
5. Lê Thúy Vân và Cs (2021), Thực trạng tuân thủ điều trị liên quan đến tình trạng lo âu và hoạt động quản lý người bệnh đái tháo đường type 2 điều trị ngoại trú tại bệnh viện quân y 105 năm 2021, Tạp chí Y học Cộng đồng, số 3 2022, p 36-42.
6. American Diabetes Association (2017), "Standards of Medical Care in Diabetes", Diabetes Care, Vol. 40 (1).
7. Plakas S., et al. (2016), "Validation of the 8-Item Morisky Medication Adherence Scale in Chronically Ill Ambulatory Patients in Rural Greece", Open Journal of Nursing, 6, pp. 158-169.

## NHẬN XÉT KẾT QUẢ SỚM PHẪU THUẬT NỘI SOI ĐIỀU TRỊ VIÊM TÚI MẬT CẤP DO SỎI TẠI BỆNH VIỆN NHÂN DÂN 115

Nguyễn Quang Huy<sup>1</sup>, Đặng Khải Toàn<sup>1</sup>,  
Nguyễn Quốc Cường<sup>1</sup>, Trần Thị Thu Hồng<sup>1</sup>

#### TÓM TẮT

**Đặt vấn đề:** Viêm túi mật cấp là tình trạng nhiễm khuẩn cấp ở túi mật, nguyên nhân thường do sỏi. Hiện nay phẫu thuật nội soi điều trị viêm túi mật cấp là phương pháp điều trị ngoại khoa lựa chọn hàng đầu. Tuy nhiên, chẩn đoán và điều trị viêm túi mật cấp do sỏi vẫn là vấn đề cần tiếp tục nghiên cứu. Một trong những vấn đề đó là thời gian chỉ định phẫu thuật, phương pháp điều trị và một số yếu tố ảnh hưởng tới sự thành công của phẫu thuật nội soi. Vì vậy, chúng tôi thực hiện đề tài này nhằm làm sáng tỏ vấn đề trên.

**Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, kết quả phẫu thuật và xem xét một số yếu tố liên quan các trường hợp viêm túi mật cấp do sỏi được phẫu thuật nội soi cắt túi mật tại Bệnh viện Nhân Dân 115. **Phương pháp:** Nghiên cứu hồi cứu mô tả hàng loạt ca, lựa chọn các hồ sơ bệnh án thỏa tiêu chí chọn mẫu từ 01/2018 tới 12/2021. Tất cả các bệnh nhân  $\geq$  16 tuổi được chẩn đoán xác định viêm túi mật cấp do

sỏi được phẫu thuật nội soi cắt túi mật dựa trên tiêu chuẩn chẩn đoán Tokyo Guidelines 2018. Thu thập và xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 26.0. **Kết quả:** Tuổi trung bình  $58,57 \pm 14,46$ , tỉ lệ nữ gấp 1,5 lần nam, bệnh kèm theo 58,1%. Triệu chứng đau bụng dưới sườn phải (95,9%). Các dấu hiệu cận lâm sàng: bạch cầu tăng  $10,1 - 18,0$  k/uL (40,5%). Hình ảnh siêu âm túi mật có sỏi là 98,6%, sỏi đường mật kết hợp 3,3%. Hình ảnh chụp cắt lớp vi tính phát hiện sỏi 100% và các biến chứng như hoại tử túi mật (6,6%), áp xe túi mật (3,3%). Tỷ lệ cắt túi mật nội soi thành công 97,3%, thời gian mổ trung bình  $94,64 \pm 34,11$  phút. Lượng máu mất ước tính trung bình 33,75 ml. Thời gian nằm viện trung bình của nhóm chỉ định phẫu thuật trước 72 giờ ( $3,26 \pm 1,14$  ngày) ngắn hơn so với nhóm sau 72 giờ ( $3,37 \pm 1,28$  ngày). **Kết luận:** Phẫu thuật nội soi điều trị viêm túi mật cấp do sỏi nên được thực hiện ưu tiên hơn phẫu thuật mổ hở và chỉ định phẫu thuật sớm trong vòng 72 giờ tính từ lúc có triệu chứng là lựa chọn tối ưu.

#### SUMMARY

**ASSESSING EARLY TREATMENT RESULTS OF LAPAROSCOPIC SURGERY FOR ACUTE CHOLECYSTITIS DUE TO GALLSTONES AT PEOPLE'S HOSPITAL 115**

<sup>1</sup>Bệnh viện Nhân dân 115, TP Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm: Nguyễn Quang Huy

Email: huyphat.vn115@gmail.com

Ngày nhận bài: 2.6.2023

Ngày phản biện khoa học: 17.7.2023

Ngày duyệt bài: 7.8.2023

**Background:** Acute cholecystitis refers to inflammation of the gallbladder, usually caused by gallstones. Currently, laparoscopic cholecystectomy is the first line surgical treatment. However, the diagnosis and treatment of acute cholecystitis due to gallstones is still a matter of further research. One of the issues is the operation time, treatment method and some factors affecting the success of laparoscopic surgery. Therefore, we carry out this study to clarify the above issues. **Objectives:** Describe clinical, subclinical, surgical results and consider some factors related to cases of acute cholecystitis due to gallstones undergoing laparoscopic cholecystectomy at People's Hospital 115. **Methods:** A retrospective descriptive study of a series of cases, selecting medical records that met the sampling criteria from January 2018 to December 2021. All patients  $\geq 16$  years old with confirmed acute gallstone cholecystitis underwent laparoscopic cholecystectomy based on diagnostic criteria Tokyo Guidelines 2018. Data collection and analyzing by SPSS 26.0 version software. **Results:** The mean age was  $58.57 \pm 14.46$ , the rate of female was 1.5 times higher than that of male, and comorbidities were 58.1%. Symptoms of right upper abdominal pain (95.9%). Subclinical signs: white blood cells increased from 10.1 to 18.0 k/uL (40.5%). Ultrasound image of gallstones is 98.6%, combined biliary stones 3.3%. Computed tomography images detected 100% of stones and complications such as gallbladder necrosis (6.6%), gallbladder abscess (3.3%). The rate of successful laparoscopic cholecystectomy was 97.3%, the average operation time was  $94.64 \pm 34.11$  minutes. The average blood loss was 33.75 ml. The mean inpatient hospital time of the group that indicated surgery before 72 hours ( $3.26 \pm 1.14$  days) was shorter than that of the group after 72 hours ( $3.37 \pm 1.28$  days). **Conclusion:** Laparoscopic surgery for acute cholecystitis due to gallstones should be performed prior to open surgery and early surgery within 72 hours of symptom onset is the optimal choice.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm túi mật cấp là tình trạng nhiễm khuẩn cấp ở túi mật, nguyên nhân thường do sỏi túi mật. Hiện nay phẫu thuật nội soi điều trị viêm túi mật cấp là phương pháp điều trị ngoại khoa lựa chọn hàng đầu, đang được nhiều bệnh viện thực hiện.

Các phẫu thuật viên Hoa Kỳ thường phẫu thuật nội soi cắt túi mật trong viêm túi mật cấp trước 72 giờ tính từ khi có triệu chứng khởi phát. Tuy nhiên, nghiên cứu của Masamichi Yokoe (2018) có chỉ định phẫu thuật sau 72 giờ nhưng cũng không làm tăng tỉ lệ biến chứng<sup>[1]</sup>. Trước đây, phẫu thuật nội soi cắt túi mật ít được chỉ định trong tình trạng viêm túi mật cấp do e ngại nguy cơ chảy máu, tỉ lệ tai biến và chuyển phẫu thuật mở cao<sup>[2]</sup>. Một số nghiên cứu cho thấy tiên sử phẫu thuật bụng trên, béo phì, thời gian viêm túi mật cấp sớm trước 72 giờ, mức độ nặng theo

Hướng dẫn Tokyo 2013 (TG13) có liên quan tới kết quả phẫu thuật<sup>[3]</sup>... Hiện nay, kỹ năng phẫu thuật của các phẫu thuật viên ngày càng được nâng cao nên có thể thực hiện phẫu thuật nội soi trong tình trạng viêm cấp mà vẫn an toàn, mang lại lợi ích cho bệnh nhân. Các lợi ích của phẫu thuật nội soi so với phẫu thuật mở là sẹo mổ nhỏ, ít đau sau mổ, thời gian hậu phẫu rút ngắn, người bệnh sớm trở lại hoạt động thường ngày.

Thực tế tại Bệnh viện Nhân Dân 115 đã phẫu thuật nội soi cắt túi mật điều trị viêm túi mật cấp do sỏi từ năm 2000 đến nay. Tuy nhiên, chẩn đoán và điều trị phẫu thuật viêm túi mật cấp vẫn còn là vấn đề tiếp tục cần nghiên cứu. Một trong những vấn đề đó là thời gian nào chỉ định phẫu thuật thì tối ưu cho bệnh nhân và yếu tố liên quan nào sẽ ảnh hưởng tới sự thành công của phẫu thuật? Vì vậy, chúng tôi thực hiện đề tài: "*Nhận xét kết quả sớm phẫu thuật nội soi cắt túi mật trong điều trị viêm túi mật cấp do sỏi túi mật tại Bệnh viện Nhân Dân 115*".

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**Thiết kế nghiên cứu.** Nghiên cứu hồi cứu mô tả hàng loạt ca được thực hiện tại Khoa Ngoại tổng quát – Bệnh viện Nhân Dân 115, từ tháng 01/2018 đến tháng 12/2021. Số liệu thu thập qua hồ sơ bệnh án theo mẫu bệnh án nghiên cứu. Xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 26.0

**Tiêu chuẩn chọn mẫu.** Các bệnh nhân được chẩn đoán xác định viêm túi mật cấp do sỏi túi mật được phẫu thuật nội soi cắt túi mật có độ tuổi  $\geq 16$  tuổi và thỏa tiêu chuẩn chẩn đoán viêm túi mật cấp theo hướng dẫn Tokyo Guidelines 2018.

**Tiêu chuẩn loại trừ.** Các bệnh nhân viêm túi mật cấp không do sỏi, do sỏi ống mật chủ và các hồ sơ bệnh án không có đầy đủ thông tin đáp ứng được mục tiêu nghiên cứu.

## III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong khoảng thời gian từ 01/2018 đến 12/2021, chúng tôi đã thu thập được 74 trường hợp được phẫu thuật nội soi cắt túi mật điều trị viêm túi mật cấp tại Bệnh viện Nhân Dân 115. Sau khi phân tích chúng tôi có được kết quả như sau:

**Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, hình ảnh học**

**Đặc điểm chung.** Nhóm tuổi thường gặp 60-80 tuổi (47%), tuổi nhỏ nhất là 28, tuổi cao nhất là 90, tuổi trung bình:  $58,57 \pm 14,46$ . Đa số đối tượng nghiên cứu nằm trong nhóm tuổi 40-59 và 60-80 tuổi (78,4%), trên 80 tuổi ít gặp (6,8%).

**Bảng 1: Các bệnh nội khoa kèm theo**

Bệnh nội khoa kèm theo	Số TH	Tỉ lệ (%)
Tăng huyết áp (THA)	10	13,5
Đái tháo đường (ĐTĐ2)	2	2,7%
Loét da dày – tá tràng	6	8,1%
Bệnh nội khoa khác	7	9,5%
THA-ĐTĐ2	6	8,1%

Số đối tượng có bệnh nội khoa kèm theo khá nhiều (43/74 trường hợp, chiếm tỉ lệ 58,1%)

**Bảng 2: Thời gian có chỉ định phẫu thuật**

Thời gian (giờ)	Số TH	Tỉ lệ (%)
Sau 72 giờ	51	68,9
Trước 72 giờ	23	31,1
<b>Tổng</b>	<b>74</b>	<b>100,0</b>

Đa số người tham gia nghiên cứu có triệu chứng khởi phát đến lúc nhập viện sau 72 giờ (68,9%), ở nhóm trước 72 giờ có người tham gia nghiên cứu ít hơn chiếm 31,1%.

**Đặc điểm lâm sàng****Bảng 3: Triệu chứng lâm sàng**

Lâm sàng	Số TH	Tỉ lệ (%)
Đau HSP	71	95,9
Nôn/buồn nôn	16	21,6
Sốt	17	23
Ấn điểm túi mật đau	71	95,9
Phản ứng thành bụng	3	4,1
Cảm ứng phúc mạc	2	2,7

Đa số người tham gia có chỉ số nhiệt độ bình thường lúc nhập viện (77%), chiếm phần ít đó là nhóm người chỉ số nhiệt độ cao hơn 37°C là 23%. Đau hạ sườn (P) gặp thường xuyên (95,9%), triệu chứng nôn, buồn nôn gặp ít (21,6%). Ấn điểm túi mật đau gặp thường xuyên. Dấu Murphy (95,9%); Các dấu hiệu phản ứng thành bụng, cảm ứng phúc mạc tỉ lệ gặp lần lượt là 4,1% và 2,7%.

**Đặc điểm cận lâm sàng****Bảng 4: Các chỉ số công thức máu – sinh hóa**

Chỉ số	TB	ĐLC
WBC (n=74)	12,35	5,8
Bilirubin TP (n=61)	18,80	16,70
BilirubinTT (n=61)	6,54	10,72
ALT (U/L) (n=67)	55,66	94,76
AST (U/l) (n=67)	60,21	125,40

Số bạch cầu trung bình của người tham gia nghiên cứu là 12,35 k/uL. ALT, AST tăng ở mức cao; Bilirubin TP và Bilirubin TT tăng ít.

**Đặc điểm hình ảnh học****Bảng 5: Dấu hiệu trên siêu âm**

Dấu hiệu	n	Đặc điểm	Số TH	Tỉ lệ (%)
Số lượng sỏi (viên)	74	Không sỏi	1	1,4
		1 viên	16	21,6

Kích thước sỏi	74	Nhiều viên	57	77,0
		Không sỏi	1	1,4
		<10mm	21	28,4
Thành túi mật (mm)	74	≥ 10mm	52	70,3
		Không dày	1	1,4
		<10mm	66	89,2
		≥ 10mm	7	9,50

Số lượng sỏi nhiều viên chiếm đa số (77%), kích thước sỏi ≥ 10mm gặp nhiều nhất (70,3%), tỉ lệ thành túi mật <10mm chiếm đa số là 89,2%.

**Bảng 6: Các dấu hiệu trên chụp cắt lớp vi tính**

Dấu hiệu	Số TH	Tỉ lệ (%)
Phù nề thành túi mật	14	23
Hoại tử túi mật	4	6,60
Áp xe túi mật	2	3,30
Thấm mật phúc mạc	1	1,60
Giãn đường mật	5	8,20
Sỏi đường mật kết hợp	2	3,30
Viêm tụy cấp	0	0

Phù nề thành túi mật chiếm đa số (23%); các dấu hiệu ít gặp như hoại tử túi mật (6,60%), áp xe túi mật (3,3%), thấm mật phúc mạc (1,60%), giãn đường mật (8,20%), sỏi đường mật kết hợp (3,3%).

**Kết quả sớm phẫu thuật nội soi cắt túi mật****Bảng 7: Phương pháp phẫu thuật**

Kết quả	Số TH	Tỉ lệ (%)
Phẫu thuật nội soi	72	97,3
Chuyển phẫu thuật mở	2	2,7
<b>Tổng</b>	<b>74</b>	<b>100,0</b>

Phẫu thuật nội soi cắt túi mật thành công ở đa số trường hợp (72/74 TH, chiếm 97,3%); chuyển phẫu thuật mở là 2,7%.

**Bảng 8: Đặc điểm phẫu thuật**

Đặc điểm	TB	ĐLC
Thời gian phẫu thuật (phút)	94,64	34,11
Lượng máu mất (ml)	33,78	24,87

Thời gian phẫu thuật trung bình 94,64 ± 34,11 phút; lượng máu mất ước lượng trung bình là 33,78 ± 24,87 ml.

**Bảng 9: Thời gian nằm viện trung bình**

TG chỉ định PT	n	TB	ĐLC	p
≤ 72 giờ	23	3,26	1,14	0,0001
>72 giờ	51	3,37	1,28	

Phép kiểm T-test,  $p < 0,001$

Thời gian nằm viện của nhóm được chỉ định phẫu thuật sớm (≤ 72 giờ) ngắn hơn nhóm chỉ định trễ (>72 giờ) khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,001$ .

Thời gian nằm viện trung bình của 74 TH phẫu thuật nội soi là 3,34 ± 1,23 ngày.

Không có tử vong (tỉ lệ tử vong: 0,0%).



**Hình 1: Xếp loại kết quả phẫu thuật**

Tỉ lệ xếp loại phẫu thuật tốt, khá lần lượt là 48,6%, 51,4%, không có kết quả trung bình (0,0%) và kém (0,0%).

Một số yếu tố liên quan giữa kết quả điều trị và đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, hình ảnh học

**Bảng 10: Liên quan giữa kết quả phẫu thuật với tiêu chuẩn chẩn đoán**

Kết quả Phân độ	Khá	Tốt	Tổng	p
I	27 (36,49%)	26 (35,14%)	53 (71,62%)	0,558
II	11 (14,86%)	9 (12,16%)	20 (27,03%)	
III	0 (0%)	1 (1,35%)	1 (1,35%)	
Tổng	38 (51,35%)	36 (48,65%)	74 (100%)	

Phép kiểm chi bình phương,  $p = 0,558$

So sánh tỉ lệ xếp loại kết quả phẫu thuật giữa các nhóm phân loại mức độ viêm theo Hướng dẫn Tokyo - 2018 khác biệt không có ý nghĩa thống kê với ( $p > 0,05$ ).

**Bảng 11: Liên quan giữa kết quả phẫu thuật với mức độ khó trong phẫu thuật**

Kết quả Độ khó	Khá	Tốt	Tổng	p
I	4 (5,41%)	1 (1,35%)	5 (6,76%)	0,339
II	30 (40,54%)	29 (39,19%)	59 (79,73%)	
III	4 (5,41%)	6 (8,11%)	10 (13,51%)	
Tổng	38 (51,35%)	36 (48,65%)	74 (100%)	

Phép kiểm chi bình phương,  $p > 0,05$

So sánh tỉ lệ xếp loại kết quả phẫu thuật giữa các nhóm phân loại mức độ khó trong phẫu thuật nội soi cắt túi mật theo Wennmacker S.Z. và cs. khác biệt không có ý nghĩa thống kê với  $p > 0,05$ .

**IV. BÀN LUẬN**

**Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, hình ảnh học**

**Đặc điểm chung.** Kết quả nghiên cứu cho thấy tuổi trung bình của BN là  $58,57 \pm 14,46$ , tuổi nhỏ nhất là 28 tuổi, tuổi cao nhất là 90 tuổi, độ tuổi gặp nhiều nhất 60-80. Kết quả thu được tương tự như số liệu của một số nghiên cứu trong nước, theo Lê Quang Minh tuổi trung bình là 61<sup>[4]</sup>, theo Nguyễn Văn Hải tuổi trung bình là 55,8 (31-87 tuổi)<sup>[5]</sup>.

Trong nghiên cứu chúng tôi ghi nhận tỉ lệ nữ mắc bệnh cao gấp 1.5 lần nam phù hợp với các báo cáo trong và ngoài nước.

**Bảng 12: Phân bố giới tính theo các tác giả**

Tác giả	Nam	Nữ
Lê Quang Minh (n=158) (2013) <sup>[4]</sup>	62,7%	37,3%
Trần Kiến Vũ (n=160) (2017) <sup>[6]</sup>	15%	85%
Hassaan Bari (n=356) (2017) <sup>[7]</sup>	48%	52%
Inam Pal (n=1153) (2019) <sup>[8]</sup>	45,2%	54,8%
Chúng tôi (n=74) (2022)	39,2%	60,8%

Trong nghiên cứu độ tuổi từ 60 trở lên chiếm >50% (54,1%), chính vì vậy tỷ lệ các bệnh mạn tính kèm theo là khá cao (58,1%). Ở người lớn tuổi có các bệnh nội khoa đi kèm là vấn đề trở ngại cho việc lựa chọn để mổ nội soi.

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy đa số BN được phẫu thuật sau 72 giờ (68,9%) tính từ khi khởi phát triệu chứng đầu tiên.

**Đặc điểm lâm sàng.** Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận 71 trường hợp (95,9%) ấn điểm túi mật đau tương tự với Lê Quang Minh<sup>[4]</sup>, Nguyễn Văn Hải<sup>[5]</sup>, thấy túi mật ấn đau gặp 87,1%-100%.

**Đặc điểm cận lâm sàng.** Kết quả cho thấy các đối tượng tham gia nghiên cứu có trung bình số lượng bạch cầu trong máu là 12,34 k/uL, trong đó 56,7% trường hợp bạch cầu tăng > 10 k/uL. Kết quả cho thấy sự tương đồng với nghiên cứu của tác giả Trần Kiến Vũ là 47,9%<sup>[6]</sup>. Chúng tôi ghi nhận tỉ lệ đối tượng có men gan tăng là 32,8% (AST) và 25,4% (ALT), kết quả này tương đương các nghiên cứu khác tại Việt Nam như tác giả Nguyễn Văn Hải<sup>[5]</sup>, Lê Quang Minh<sup>[4]</sup>, Trần Kiến Vũ<sup>[6]</sup> báo cáo với chỉ số men gan tăng trong khoảng từ 13% đến 40%. Nghiên cứu chúng tôi có 29,5% tăng bilirubin TP trước mổ, kết quả này tương đương báo cáo Trần Kiến Vũ là 31,9%<sup>[6]</sup>, Lê Quang Minh là 34,8%<sup>[4]</sup>.

**Đặc điểm hình ảnh học.** Trên siêu âm, chúng tôi ghi nhận dày thành túi mật trung bình <10 mm chiếm 89,2%, phát hiện sỏi 98,6%. Theo tác giả Trần Kiến Vũ cho thấy 91,5% trường hợp viêm túi mật do sỏi, thành dày > 6 mm chiếm 78,7%<sup>[6]</sup>. Lê Quang Minh ghi nhận phát hiện sỏi 88%, thành túi mật dày >5mm 79,8%<sup>[4]</sup>.

Kết quả chụp cắt lớp vi tính ghi nhận thành túi mật trung bình <10mm chiếm 88,5%, phát hiện sỏi 100%, áp xe túi mật 3,3%, hoại tử túi mật 6,6%, sỏi đường mật kèm theo 3,3%.

**Kết quả sớm phẫu thuật nội soi cắt túi mật.** Kết quả nghiên cứu cho thấy 31,1% bệnh nhân được mổ trước 72 giờ, 68,9% bệnh nhân mổ từ 72 giờ trở đi. Trong 74 TH, tất cả đều được phẫu thuật nội soi cắt túi mật, tuy nhiên có 2 trường hợp phải chuyển mổ mở, tỉ lệ chuyển mổ hở trong nghiên cứu của chúng tôi là 2,7%, cả 2 trường hợp đều phẫu thuật sau 72 giờ. Kết quả nghiên cứu Trần Kiến Vũ cho thấy tỷ lệ chuyển mổ mở ở nhóm mổ < 72 giờ là 11,6%, nhóm mổ  $\geq$  72 giờ là 22,0%, khác biệt có ý nghĩa ( $p = 0,043$ )<sup>[6]</sup>. Tỷ lệ mổ mở chung của Lê Quang Minh ở nhóm mổ < 72 giờ: 10,6%, nhóm mổ  $\geq$  72 giờ: 17,8% khác biệt có ý nghĩa với ( $p = 0,03$ )<sup>[4]</sup>.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, kết quả thời gian mổ trung bình của hai nhóm phẫu thuật trước 72 giờ là 92,39 phút và sau 72 giờ là 95,65 phút. So sánh thời gian mổ trung bình của hai nhóm chỉ định phẫu thuật trước đến 72 giờ và sau 72 giờ khác biệt không có ý nghĩa thống kê  $p > 0,05$  ( $p = 0,625$ , T - test). Theo tác giả Lê Quang Minh thời gian mổ trung bình  $56,81 \pm 19,35$  phút, ở nhóm mổ < 72 giờ là  $52,17 \pm 11$  phút, nhóm mổ  $\geq$  72 giờ là  $69,46 \pm 13$  phút, khác biệt có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,001$ )<sup>[4]</sup>.

Thời gian nằm viện trung bình của 74 TH phẫu thuật nội soi là  $3,34 \pm 1,23$  ngày; ngắn nhất là 1 ngày, dài nhất 7 ngày. Thời gian nằm viện của nhóm được chỉ định phẫu thuật sớm ( $3,26 \pm 1,14$  ngày) ngắn hơn nhóm chỉ định trễ ( $3,37 \pm 1,28$  ngày) khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,001$ .

Theo nghiên cứu của Trần Kiến Vũ kết quả tương đương chúng tôi thời gian điều trị sau mổ trung bình  $8,2 \pm 3,4$  ngày, có 138 TH (86,3%) nằm viện từ 4 – 6 ngày, 12 TH (7,5%) nằm viện từ 7 – 10 ngày và 10 TH (6,3%) nằm viện trên 10 ngày. Có 104 TH (91,2%) mổ < 72 giờ thời gian nằm viện 4 - 6 ngày, có 8 TH (17,4%) nằm viện trên 10 ngày ở nhóm mổ  $\geq$  72 giờ. So sánh thời gian nằm viện giữa 2 nhóm BN cho thấy ngày nằm viện trung bình của nhóm mổ < 72 giờ ( $7,1 \pm 1,4$  ngày) ngắn hơn nhóm mổ  $\geq$  72 giờ ( $9,3 \pm 2,6$ ), khác biệt có ý nghĩa với  $p = 0,03$ <sup>[6]</sup>.

Tỉ lệ xếp loại phẫu thuật tốt, khá lần lượt là 48,6%, và 51,4%.

Để đánh giá các yếu tố ảnh hưởng đến kết quả sớm phẫu thuật nội soi cắt túi mật điều trị viêm túi mật cấp do sỏi, chúng tôi khảo sát một

số mối liên quan. Qua phân tích chúng tôi nhận thấy kết quả sớm của PTNS cắt túi mật có liên quan với mức độ viêm theo Hướng dẫn Tokyo (2018) với  $p > 0,05$  và mức độ khó khi PTNS theo tiêu chuẩn đánh giá của Wennmacker S.Z. và cs. với  $p > 0,05$ .

## V. KẾT LUẬN

### Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, hình ảnh học

- Tuổi trung bình 58,57, nữ gấp 1.5 lần nam, bệnh đi kèm 58,1%.

- Triệu chứng thường gặp là đau bụng dưới sườn phải (95,9%) và ấn điểm túi mật đau (95,9%).

- Bạch cầu tăng chiếm 56,8 %; tỉ lệ ALT tăng 25,4%, AST tăng 32,8%, bilirubin toàn phần tăng 29,5%.

- Tỉ lệ phát hiện sỏi trên siêu âm là 98,6%.

- Hình ảnh chụp cắt lớp vi tính phát hiện sỏi 100% và các biến chứng như hoại tử túi mật (6,6%), áp xe túi mật (3,3%).

- Viêm túi mật cấp mức độ nhẹ, vừa và nặng có tỷ lệ lần lượt là 71,6%, 27%, và 1,4%.

### Kết quả sớm phẫu thuật nội soi cắt túi mật

- Đa số các trường hợp có chỉ định mổ sau 72 giờ (68,9%).

- Tỷ lệ cắt túi mật nội soi thành công 97,3%, (Các trường hợp cắt túi mật nội soi thất bại phải chuyển mổ hở chiếm 2,7% đều thuộc nhóm có chỉ định phẫu thuật sau 72 giờ).

- Thời gian phẫu thuật trung bình 94,64 phút

- Lượng máu mất trung bình là 33,78ml.

- Kết quả phẫu thuật tốt 48,6%, khá 51,4%.

- Thời gian nằm viện trung bình là 3,34 ngày.

### Một số yếu tố liên quan giữa kết quả điều trị với đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và hình ảnh học

- Thời gian phẫu thuật trung bình của nhóm phẫu thuật sớm trước 72 giờ ngắn hơn nhóm phẫu thuật sau 72 giờ nhưng sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ( $p > 0,05$ ).

- Thời gian nằm viện trung bình của nhóm có chỉ định phẫu thuật trước 72 giờ ngắn hơn so với nhóm có chỉ định phẫu thuật sau 72 giờ. ( $p < 0,001$ )

- Kết quả phẫu thuật liên quan với độ khó trong phẫu thuật theo Wennmacker S.Z và mức độ viêm theo Hướng dẫn Tokyo 2018.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Masamichi Yokoe, Jiro Hata, Tadahiro Takada, Steven M Strasberg, Horacio J Asbun, Go Wakabayashi, Kazuto Kozaka, Itaru Endo, Daniel J Deziel, Fumihiko Miura

- (2018), "Tokyo Guidelines 2018: diagnostic criteria and severity grading of acute cholecystitis (with videos)", *Journal of Hepato-Biliary-Pancreatic Sciences*, 25, (1), 41-54.
2. **Koetsu Inoue, Tatsuya Ueno, Daisuke Douchi, Kentaro Shima, Shinji Goto, Michinaga Takahashi, Takanori Morikawa, Takeshi Naitoh, Chikashi Shibata, Hiroo Naito** (2017), "Risk factors for difficulty of laparoscopic cholecystectomy in grade II acute cholecystitis according to the Tokyo guidelines 2013", *BMC surgery*, 17, (1), 1-8.
  3. **Tadahiro Takada, Steven M Strasberg, Joseph S Solomkin, Henry A Pitt, Harumi Gomi, Masahiro Yoshida, Toshihiko Mayumi, Fumihiko Miura, Dirk J Gouma, O James Garden** (2013), "TG13: Updated Tokyo Guidelines for the management of acute cholangitis and cholecystitis", *Journal of hepatobiliary-pancreatic sciences*, 20, (1), 1-7.
  4. **Lê Quang Minh, Nguyễn Cường Thịnh** (2009), "Lựa chọn thời gian cắt túi mật nội soi điều trị viêm túi mật cấp", *Ngoại khoa*, tr. 31-37.
  5. **Nguyễn Tuấn, Nguyễn Văn Hải** (2005), "Kết quả cắt túi mật nội soi trong viêm túi mật cấp do sỏi", *Y Học TP Hồ Chí Minh*, tr. 109-113.
  6. **Trần Kiên Vũ** (2017), Nghiên cứu ứng dụng phẫu thuật cắt túi mật nội soi trong điều trị viêm túi mật cấp tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Trà Vinh.
  7. **Hassan Bari, Muhammad Rizwan Khan, Amir Hafeez Shariff** (2017), "Antibiotics in acute calculous cholecystitis: do Tokyo guidelines influence the surgeons' practices?", *JPMA: Journal of the Pakistan Medical Association*, 67, (5), 670.
  8. **Inam Pal, Umar Bhatti, J Bari** (2019), "Changing trends in surgical management for acute cholecystitis, in light of Tokyo" guidelines-14 year experience", *JPMA The Journal of the Pakistan JPMA: Journal of the Pakistan Medical Association*, 69, (10), 1505-1508.

## KHẢO SÁT ĐẶC ĐIỂM MẪU ANTI-HCV CÓ PHẢN ỨNG TẠI PHÒNG XÉT NGHIỆM YÊU CẦU - BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT ĐỨC NĂM 2022

Trần Thị Ngọc Anh<sup>1</sup>, Nguyễn Thị Yến<sup>1</sup>, Trần Thị Hằng<sup>1</sup>

### TÓM TẮT

Nhiễm virus viêm gan C có thể tự khỏi khoảng 30-50% số còn lại chuyển thành viêm gan C mạn tính là nguyên nhân gây xơ gan, ung thư gan nguyên phát. Sàng lọc bằng xét nghiệm Anti-HCV và khẳng định bằng xét nghiệm HCV-RNA để phát hiện người nhiễm HCV mạn tính cần điều trị thuốc kháng virus trực tiếp DAAs. **Đôi tượng:** toàn bộ mẫu làm xét nghiệm Anti-HCV tại PXN theo yêu cầu – BV HN Việt Đức năm 2022. **Phương pháp:** Mô tả hồi cứu. **Kết quả:** Tỷ lệ mẫu Anti-HCV có phản ứng là 1,11% trong đó nam là 1,45% và nữ là 0,52%, cao nhất ở người 31-60 tuổi và không phát hiện trẻ <15 tuổi. Tỷ lệ HCV-RNA dương tính chiếm 42,3% tổng số mẫu Anti-HCV có phản ứng. Đặc trưng của mẫu Anti-HCV có phản ứng là giảm số lượng tiểu cầu (16,7%), giảm nồng độ PT% (2,7%), giảm protein (5,7%), giảm albumin (6,3%), tăng bilirubin toàn phần và trực tiếp lần lượt là 15,2% và 37,0%. Hoạt độ AST, ALT cao hơn 2 lần giới hạn tham chiếu trên (ULN) từ 19,4% đến 37,5%. **Kết luận:** Xét nghiệm Anti-HCV có phản ứng gặp ở nam cao hơn nữ, cao nhất ở người trong độ tuổi 31-60, không gặp ở trẻ em <15 tuổi. Một số mẫu có giảm số lượng tiểu cầu, nồng độ PT%, giảm albumin, protein và tăng bilirubin toàn phần và trực tiếp trong máu.

**Từ khóa:** virus viêm gan C, HCV-RNA, AST, ALT.

### SUMMARY

#### INVESTIGATION OF REACTIVE ANTI-HCV SAMPLES AT ON-DEMAND LABORATORY OF VIETDUC HOSPITAL UNIVERSITY IN 2022

Hepatitis C virus infection can be cured on its own for about 30–50%; the rest of it turns into chronic hepatitis C, which is the cause of cirrhosis and primary liver cancer. Screening by anti-HCV test and confirmed by HCV-RNA test to detect chronic HCV-infected persons in need of antiviral treatment with DAAs. **Subject:** all samples for anti-HCV testing at the on-demand laboratory at Vietduc Hospital in 2022. **Method:** retrospective, cross-sectional descriptive. **Results:** The rate of reactive anti-HCV samples was 1.11%, of which males were 1.45% and females were 0.52%; the highest was in the age group of 31 to 60. No children under 15 years of age were detected to be infected with HCV. The HCV-RNA-positive ratio accounted for 42.3% of the total anti-HCV-reactive samples. Patterns of the reactive anti-HCV sample were a decrease in the number of platelets (16.7%), a reduction in the concentration of PT% (2.7%), decreased protein (5.7%), reduced albumin (6.3%), and an increase in total and direct bilirubin of 15.2% and 37.0%, respectively. Activity levels of AST and ALT are two times higher than ULN, ranging from 19.4% to 37.5% depending on gender. **Conclusion:** Anti-HCV reactive were higher in men than women, the highest in people aged 31 to 60, not in children under 15 years old. Some samples had reduced platelets number, PT levels, reduced albumin, protein, and increased total and direct bilirubin in the blood.

**Keywords:** hepatitis C virus, HCV-RNA, AST, ALT

<sup>1</sup>Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức

Chịu trách nhiệm chính: Trần Thị Ngọc Anh

Email: ngocanhbm@gmail.com

Ngày nhận bài: 6.6.2023

Ngày phản biện khoa học: 18.7.2023

Ngày duyệt bài: 10.8.2023