

- preterm premature rupture of membranes (PPROM): etiology, diagnosis, classification, international recommendations of treatment options and outcome. *J Perinat Med*, 46(5), 465–488.
- Sweet D.G., Carnielli V., Greisen G. và cộng sự.** (2013). European consensus guidelines on the management of neonatal respiratory distress syndrome in preterm infants--2013 update. *Neonatology*, 103(4), 353–368.
 - Maternal serum C-reactive protein concentration and intra-amniotic inflammation in women with preterm prelabor rupture of membranes - PubMed.** <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28813455/>>, accessed: 01/07/2023.
 - Nguyễn Đình Đông** (2018), Nghiên cứu kết quả xử trí ối vỡ non, ối vỡ sớm giai đoạn IA ở tuổi thai từ 28 tuần tại bệnh viện phụ sản Trung Ương, .
 - Siegler Y., Weiner Z., và Solt I.** (2020). ACOG Practice Bulletin No. 217: Prelabor Rupture of Membranes. *Obstetrics & Gynecology*, 136(5), 1061.
 - Serdar Kutuk M., Bastug O., Ozdemir A. và cộng sự.** (2016). Relationship between maternal c-reactive protein level and neonatal outcome in patients with preterm premature rupture of membranes treated with Ampicillin and Azithromycin. *J Obstet Gynaecol*, 36(6), 772–777.
 - Baser E., Aydogan Kirmizi D., Ulubas Isik D. và cộng sự.** (2020). The effects of latency period in PPRM cases managed expectantly. *J Matern Fetal Neonatal Med*, 33(13), 2274–2283.
 - Lê Thu Thủy** (2015), Nhận xét về xử trí và kết quả điều trị ra nước ối ở thai non tháng tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương, .
 - Yu H., Wang X., Gao H. và cộng sự.** (2015). Perinatal outcomes of pregnancies complicated by preterm premature rupture of the membranes before 34 weeks of gestation in a tertiary center in China: A retrospective review. *Biosci Trends*, 9(1), 35–41.

DÁNH GIÁ KẾT QUẢ PHẪU THUẬT ĐIỀU TRỊ VIÊM TÚI MẬT CẤP Ở NGƯỜI CAO TUỔI

Vũ Tuấn Dũng¹, Đỗ Tuấn Anh², Trần Bảo Long³

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả phẫu thuật điều trị viêm túi mật cấp ở người cao tuổi tại Bệnh viện Việt Đức. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** 86 bệnh nhân là người cao tuổi (trên 60 tuổi) đã được chẩn đoán bệnh lý viêm túi mật và được phẫu thuật cắt túi mật tại Bệnh viện Việt Đức, từ tháng 01 năm 2020 đến tháng 06 năm 2022. Các dữ liệu về phương pháp phẫu thuật và sẹo mổ được đưa vào nghiên cứu. **Kết quả:** 93,02% phẫu thuật nội soi trong đó 3,49% phẫu thuật nội soi chuyển mở, 6,98% phẫu thuật mở. 76,74% được hậu phẫu từ 3 – 5 ngày, 63,95% trung tiện sau 2 ngày. Thời gian nằm viện sau phẫu thuật trung bình $4,48 \pm 3,27$, bệnh nhân nằm viện sau phẫu thuật 3 – 5 ngày là 65,12%. Tỷ lệ biến chứng sau phẫu thuật là 10,46%. Kết quả chung sau phẫu thuật: tốt 83,37%, trung bình 16,63%. **Kết luận:** Phẫu thuật điều trị viêm túi mật cấp ở người cao tuổi cho kết quả điều trị tốt, tỷ lệ biến chứng thấp. **Từ khóa:** viêm túi mật cấp, người cao tuổi, cắt túi mật

SUMMARY

EVALUATION OF SURGICAL OUTCOMES IN THE TREATMENT OF ACUTE CHOLECYSTITIS IN ELDERLY PATIENTS

¹Bệnh viện Đa khoa tỉnh Hải Dương

²Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

³Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm nội dung: Vũ Tuấn Dũng

Email: vutuanandung0310@gmail.com

Ngày nhận bài: 4.10.2023

Ngày phản biện khoa học: 21.11.2023

Ngày duyệt bài: 14.12.2023

Purposes: Evaluating the surgical outcomes of acute cholecystitis treatment in elderly patients at Viet Duc Hospital. **Subjects and method:** 86 elderly patients (over 60 years) were diagnosed with acute cholecystitis and underwent cholecystectomy at Viet Duc Hospital, from 01/2020 to 6/2022. Data regarding the surgical procedure and postoperative period were collected for analysis. **Results:** Laparoscopic surgery accounted for 93,02% of cases, with 3,49% requiring a conversion from laparoscopic to open surgery, 6,98% undergoing open surgery. The postoperative period ranged from 3 to 5 days for 76,74% of patients, with 63,95% having their first bowel movement after 2 days. The average hospital stay after surgery was $4,48 \pm 3,27$ days, and 65,12% of patients were hospitalized for 3 to 5 days. The postoperative complication rate was 10,46%. Overall postoperative results were categorized as follows: good in 83,37% of cases and moderate in 16,63% of cases. **Conclusions:** Surgical treatment of acute cholecystitis in elderly patients yields favorable treatment outcomes with a low complication rate.

Keywords: Acute cholecystitis, cholecystectomy, elderly patients.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm túi mật cấp (VTMC) là bệnh lý viêm nhiễm cấp tính của túi mật, nguyên nhân thường gặp là do sỏi túi mật. Đây là một cấp cứu ngoại khoa thường gặp. VTMC ở người cao tuổi thường gặp khó khăn về chẩn đoán bởi tuổi tác, tâm lý, khả năng phối hợp của bệnh nhân (BN) với thầy thuốc khi thăm khám, các bệnh mạn tính kèm theo, triệu chứng lâm sàng không điển hình, dẫn đến chẩn đoán muộn, xử trí chậm và kết quả

điều trị hạn chế. Ở người cao tuổi, chức năng của các cơ quan thường bị suy giảm, các chức năng sinh lý của cơ thể bị rối loạn nên khi có phẫu thuật thì phản ứng bảo vệ và khả năng tự điều chỉnh sinh lý chậm hơn so với người trẻ¹. Mặt khác người cao tuổi thường mắc các bệnh phối hợp nên dễ dẫn đến các tai biến và biến chứng trong mổ. Ngày nay, phẫu thuật nội soi (PTNS) cắt túi mật là tiêu chuẩn vàng trong điều trị VTMC do sỏi,² do có nhiều ưu điểm như: giảm tỉ lệ biến chứng nhiễm trùng vết mổ, ít đau sau mổ, thời gian nằm viện ngắn. Chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài này nhằm mục tiêu: "Đánh giá kết quả phẫu thuật điều trị viêm túi mật cấp ở người cao tuổi tại Bệnh viện Việt Đức".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Người cao tuổi (trên 60 tuổi) đã được chẩn đoán bệnh lý viêm túi mật và được phẫu thuật cắt túi mật tại Bệnh viện Việt Đức, từ tháng 01 năm 2020 đến tháng 06 năm 2022.

Tiêu chuẩn chẩn đoán viêm túi mật cấp theo tiêu chuẩn Tokyo Guideline 2018 bao gồm:

A. Đáp ứng viêm nhiễm toàn thân: Sốt, tăng bạch cầu.

B. Đáp ứng viêm tại chỗ: Dấu hiệu Murphy; Mass/ấn đau/ đề kháng HSP.

C. Hình ảnh học: Hình ảnh điển hình của VTMC qua siêu âm, CT, hoặc MRI

- Tiêu chuẩn siêu âm VTM cấp

+ Dịch quanh túi mật.

+ Túi mật to: đường kính ngang ≥ 4 cm, đường kích dọc ≥ 8 cm

+ Thành dày > 3 mm.

+ Sỏi túi mật +/-

+ Dấu hiệu SonoMurphy (+).

+ Tăng dòng chảy Doppler màu.

- Chẩn đoán xác định VTMC khi:

+ A + B + C \rightarrow Chẩn đoán xác định.

+ A + B \rightarrow Chẩn đoán nghi ngờ

2.2. Phương pháp nghiên cứu. Mô tả cắt ngang, hồi cứu.

2.3. Các chỉ tiêu nghiên cứu

- Đặc điểm lâm sàng, siêu âm trước phẫu thuật, mức độ viêm túi mật cấp.

- Các phương pháp điều trị: dẫn lưu túi mật, phẫu thuật nội soi, phẫu thuật mở và phẫu thuật nội soi chuyển mở

- Thời gian hậu phẫu, thời gian có trung tiện.

- Thời gian nằm viện sau phẫu thuật.

- Biến chứng sau phẫu thuật.

- Kết quả tại thời điểm ra viện:

+ Tốt: Bệnh nhân trung tiện từ 24-48 giờ,

không có biến chứng và ra viện trong vòng 6 ngày.

+ Trung bình: Bệnh nhân trung tiện sau 48 giờ, có biến chứng nhưng điều trị bảo tồn khỏi và ra viện bình thường sau 6-10 ngày.

+ Bệnh nhân trung tiện sau 48 giờ, có biến chứng phải mổ lại và ra viện sau 10 ngày hoặc bệnh nhân tử vong sau mổ.

2.4. Tiêu chuẩn phân loại mức độ nặng và chỉ định phẫu thuật VTMC

***Phân loại mức độ nặng của viêm túi mật cấp theo TG 2018:**

- Độ III: Viêm túi mật kèm theo suy chức năng 1 trong các cơ quan/hệ cơ quan sau:

+ Suy chức năng tim mạch: tụt huyết áp cần dùng dopamine liều ≥ 5 mg/kg/min hoặc bất kì liều norepinephrine.

+ Suy chức năng thần kinh: Suy giảm tri giác.

+ Suy hô hấp: Tỷ số PaO₂/FiO₂ < 300

+ Suy chức năng thận: thiếu niệu, creatinine máu > 2 mg/dl

+ Suy chức năng gan: Pt – INR $> 1,5$

+ Rối loạn huyết học: Số lượng tiểu cầu $< G/l$.

- Độ II: Viêm túi mật kèm theo bất kì dấu hiệu sau:

+ Tăng số lượng bạch cầu $> 18 G/l$.

+ Sờ được mass ở hạ sườn P

+ Thời gian khởi phát bệnh $> 72h$

+ Viêm túi mật hoại tử/ Áp xe quanh túi mật/ Áp xe gan/Viêm phúc mạc mật/Hoại thư sinh hơi túi mật.

- Độ I: Viêm túi mật mức độ nhẹ: Không bao gồm tiêu chuẩn độ II và độ III

***Chỉ định điều trị viêm túi mật cấp theo TG 2007:**

- Mức độ I: Phẫu thuật nội soi cắt túi mật sớm được khuyến cáo

- Mức độ II: Phẫu thuật cắt túi mật được khuyến cáo thực hiện tại các trung tâm chuyên khoa.

Tuy nhiên, nếu bệnh nhân có tình trạng viêm túi mật nặng, dẫn lưu túi mật sớm được chỉ định, bởi vì việc cắt túi mật sớm có thể khó khăn, việc điều trị nội khoa và trì hoãn phẫu thuật cắt túi mật là cần thiết.

- Mức độ III: Kiểm soát khẩn cấp các rối loạn chức năng các cơ quan và tình trạng viêm túi mật bằng dẫn lưu túi mật được khuyến cáo thực hiện.

▪ Việc trì hoãn phẫu thuật cắt túi mật nên được thực hiện

2.5. Xử lý số liệu: Số liệu được xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

* Tuổi và giới: Độ tuổi trung bình là 72,09 \pm

9,06 tuổi, độ tuổi từ 60 – 69 chiếm tỷ lệ cao nhất 47,67%. Nam chiếm tỷ lệ 47,67%, nữ chiếm tỷ lệ 52,33%. Tỷ lệ Nam/Nữ: 1/1,09.

* Tiền sử bệnh mạn tính: trong nhóm nghiên cứu có 68,61% BN có bệnh mạn tính trong đó THA 51,16%, đái tháo đường 34,89%, các bệnh lý khác 19,77%; Không có tiền sử bệnh mạn tính 31,39%.

Bảng 1. Đặc điểm triệu chứng lâm sàng trước phẫu thuật

Nhóm	Triệu chứng	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Triệu chứng cơ năng	Rối loạn tiêu hóa	30	34,88
	Đau bụng	86	100
	Sốt	86	100
	Vàng da và niêm mạc	6	6,97
	Hội chứng nhiễm khuẩn	86	100
Triệu chứng thực thể	Túi mật to	22	25,58
	Bụng chướng	25	29,07
	Phản ứng HSP	72	83,72
	Murphy	86	100

Nhận xét: 100% bệnh nhân có hội chứng nhiễm trùng, đau bụng, BN có phản ứng HSP chiếm tỷ lệ thấp hơn 83,72%. Các triệu chứng khác chiếm tỷ lệ thấp.

Bảng 2. Đặc điểm siêu âm trước phẫu thuật

Đặc điểm	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Kích thước TM lớn	62	72,09
Thành túi mật dày	80	93,02
Sỏi túi mật	76	88,37
Sỏi kẹt cổ túi mật	28	32,56
Dịch quanh túi mật	47	54,65

Nhận xét: Các dấu hiệu hay gặp trên siêu âm là thành túi mật dày 93,02%, sỏi túi mật 88,37%, kích thước túi mật lớn 72,09%.

***Mức độ viêm túi mật cấp:** Đánh giá mức độ viêm túi mật cấp theo Tokyo Guideline 2007. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi thấy rằng mức độ nhẹ chiếm tỷ lệ 58,14%, mức độ vừa 41,86%, không có bệnh nhân mức độ nặng.

***Chỉ định điều trị trong nghiên cứu:**

- DLTM: Được chỉ định cho các trường hợp có bệnh lý phổi hợp nặng, lớn tuổi, không thể gây mê cần thiết cho phẫu thuật.

- PTNS: Được chỉ định cho hầu hết các BN nếu không có chống chỉ định.

- PT mở: Được chỉ định cho các BN chống chỉ định với PTNS như bệnh tim mạch nặng, đặt stent mạch vành, BN có tiền sử cắt ¾ dạ dày, khâu lỗ thủng dạ dày.

- PTNS chuyển mổ mở: chủ yếu do xuất hiện các tai biến và biến chứng trong phẫu thuật.

Kết quả nghiên cứu chúng tôi thấy rằng: Có 11 bệnh nhân được dẫn lưu túi mật trước phẫu thuật chiếm tỷ lệ 12,79%.

Phương pháp phẫu thuật: bệnh nhân được phẫu thuật nội soi chiếm tỷ lệ 93,02%, trong đó có 3,49% phải chuyển mổ mở; 6,98% phẫu thuật mở

Bảng 1. Diễn biến hậu phẫu

Đặc điểm	Phân loại	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)	X ± SD
Thời gian hậu phẫu	< 3 ngày	11	12,79	3,77 ± 1,86
	3 – 5 ngày	66	76,74	
	> 5 ngày	9	10,47	
Thời gian có trung tiện	1 ngày	11	12,79	2,37 ± 1,68
	2 ngày	55	63,95	
	> 3 ngày	20	23,26	

Nhận xét: Thời gian hậu phẫu trung bình là 3,77 ± 1,86 ngày, trong đó đa số BN được hậu phẫu từ 3 – 5 ngày. Thời gian có trung tiện sau phẫu thuật trung bình là 2,37 ± 1,68 ngày, trong đó trung tiện sau 2 ngày chiếm tỷ lệ cao nhất 63,95%.

Bảng 2. Thời gian nằm viện sau phẫu thuật

Số ngày nằm viện sau phẫu thuật	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)	X ± SD
< 3 ngày	12	13,95	4,48 ± 3,27
3 - 5 ngày	56	65,12	
> 5 ngày	18	20,93	

Nhận xét: Thời gian nằm viện sau phẫu thuật trung bình 4,48 ± 3,27, trong đó bệnh nhân nằm viện sau phẫu thuật 3 – 5 ngày chiếm tỷ lệ cao nhất 65,12%.

***Biến chứng sau phẫu thuật:** Bệnh nhân gặp biến chứng sau phẫu thuật chiếm tỷ lệ thấp 10,46%. Trong đó viêm phổi chiếm tỷ lệ 4,65%, nhiễm trùng vết mổ 6,97%.

Bảng 5. Kết quả phẫu thuật tại thời điểm ra viện

PPPT phẫu thuật	Tốt n (%)	Trung bình n (%)	P
Nội soi	69 (89,61)	8 (10,39)	>0,05
Mở	5 (83,33)	1 (16,67)	
NS chuyển mổ	2 (66,67)	1 (33,33)	
Tổng	76 (83,37)	10 (16,63)	

Nhận xét: Kết quả phẫu thuật tại thời điểm ra viện: bệnh nhân đạt kết quả tốt chiếm đa số với tỷ lệ 83,37%, trong đó phẫu thuật nội soi đạt kết quả tốt chiếm tỷ lệ cao nhất 83,33%, kết quả trung bình chiếm tỷ lệ thấp 16,63%.

IV. BÀN LUẬN

* **Dẫn lưu túi mật qua da.** Trong nghiên

cứu của chúng tôi, có 12,79% bệnh nhân được dẫn lưu túi mật trước phẫu thuật. Đây là các bệnh nhân cao tuổi, có nhiều bệnh lý phức tạp nặng, không thể đáp ứng tình trạng phù hợp để gây mê trước phẫu thuật, do đó chúng tôi đã tiến hành đặt dẫn lưu túi mật dưới hướng dẫn siêu âm.

Sau khi tiến hành DLTM, các bệnh nhân đều có đáp ứng tốt với các triệu chứng lâm sàng, nhiễm trùng, cải thiện trong vòng 48 – 72 giờ sau dẫn lưu (hết sốt, triệu chứng giảm dần và bạch cầu giảm). Không có trường hợp nào thất bại phải can thiệp phẫu thuật ngay hoặc phải dẫn lưu lại túi mật. Tất cả các bệnh nhân sau khi cải thiện về tình trạng toàn thân, được khám lại khoa gây mê, đáp ứng được với phẫu thuật cắt túi mật.

***Phương pháp phẫu thuật.** Lựa chọn phương pháp phẫu thuật hợp lý giúp giảm tai biến, biến chứng ở bệnh nhân cao tuổi có nhiều bệnh lý nội khoa kết hợp. Trong nghiên cứu này BN được PTNS cắt túi mật chiếm tỷ lệ rất cao 93,02%. Có 6 BN được phẫu thuật mở (6,98%). Phẫu thuật mở cắt túi mật trong nghiên cứu của chúng tôi gặp ở các bệnh nhân chống chỉ định với phẫu thuật nội soi như bệnh lý tim mạch nặng, đặt stent mạch vành, có tiền sử cắt ¾ dạ dày, phẫu thuật khâu lỗ thủng dạ dày. Một nghiên cứu được thực hiện trên 30.000 BN từ 66 tuổi trở lên bị VTMC điều trị theo các phương pháp phẫu thuật khác nhau, 75% BN cắt túi mật ngay sau khi nhập viện, trong đó 71% cắt túi mật nội soi và 29% cắt túi mật mở. Kết quả nghiên cứu cho thấy cắt túi mật nội soi là lựa chọn hàng đầu trong điều trị viêm túi mật cấp³

Tuy nhiên, có 3 BN (3,49%) phải chuyển từ PTNS sang phẫu thuật mở. Chuyển đổi từ PTNS sang phẫu thuật mở không phải là tai biến phẫu thuật, việc chuyển đổi là cần thiết khi PTNS không thể tiếp tục được một cách an toàn hoặc xảy ra tai biến và biến chứng trong cuộc mổ¹. Tất cả các BN chuyển mổ mở đều có thời gian phẫu thuật sau 72 giờ, nguyên nhân chủ yếu là do viêm dính, chảy máu, không phân biệt được ống cổ túi mật và OMC và tại biến trong phẫu thuật.

***Thời gian hậu phẫu và trung tiện.** Thời gian hậu phẫu trung bình là $3,77 \pm 1,86$ ngày, 3 – 5 ngày chiếm tỷ lệ cao nhất (76,74%). Thời gian có trung tiện trung bình là $2,37 \pm 1,68$ ngày, trong đó 63,95% bệnh nhân có trung tiện sau 2 ngày phẫu thuật. Theo nghiên cứu của Bhandari (2010) không thấy sự khác biệt giữa thời gian hậu phẫu và thời gian lặp lại lưu thông ruột giữa nhóm người ≥ 60 tuổi nhóm < 60 tuổi.

Thời gian phục hồi nhu động ruột sớm sau mổ rất có giá trị trong chăm sóc hậu phẫu đối với người cao tuổi. Sau khi trung tiện được, BN có thể ăn uống được, không cần truyền dịch, đi lại và vận động được, BN có cảm giác dễ chịu. Nhiều kết quả trong và ngoài nước thấy rằng, PTNS có thời gian lặp lại lưu thông ruột nhanh hơn và thời gian hậu phẫu ngắn hơn so với mổ mở 4,5.

***Biến chứng sau phẫu thuật.** Viêm phổi và nhiễm trùng vết mổ là hai biến chứng gặp trong nghiên cứu này với tỷ lệ lần lượt là 4,65% và 6,97%. Annamaneri R. (2005) nhận thấy các biến chứng sau mổ của phẫu thuật cắt túi mật ở người cao tuổi là 13%, chủ yếu là viêm phổi⁶; Hartwig (2014) cũng nhận định rằng tuổi càng cao thì biến chứng càng tăng⁷, Bhandari nhận thấy tỷ lệ biến chứng trong VTMC ở người cao tuổi ≥ 60 tuổi là 17,9 cao hơn so với người trẻ⁴.

***Đánh giá kết quả sau phẫu thuật.** Tại thời điểm ra viện, BN đạt kết quả tốt chiếm đa số với tỷ lệ 83,37%, kết quả trung bình chiếm tỷ lệ thấp 16,63%, không có bệnh nhân đạt kết quả xấu, trong đó trong đó CTMNS đạt kết quả tốt chiếm tỷ lệ cao nhất 89,61%. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương tự như các nghiên cứu trong và ngoài nước như nghiên cứu của Skouras Ch.j Omar J. (2012)⁸; Trần Kiến Vũ (2016)⁵ về CTMNS điều trị viêm túi mật cấp đều khẳng định CTMNS điều trị VTMC là phương pháp an toàn, hiệu quả với thời gian nằm viện ngắn, giảm các tai biến, biến chứng và tỷ lệ tử vong. Kết quả nghiên cứu một lần nữa góp phần khẳng định PTCTMNS điều trị VTMC là an toàn và hiệu quả

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật điều trị viêm túi mật cấp ở người cao tuổi cho kết quả điều trị tốt. Tỷ lệ đạt kết quả tốt 83,37%, tỷ lệ biến chứng 10,46%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Ekić U, Yılmaz S, Tatlı F.** Comparative Analysis of Laparoscopic Cholecystectomy Performed in the Elderly and Younger Patients: Should We Abstain from Laparoscopic Cholecystectomy in the Elderly? *Cureus*. Jun 27 2018;10(6):e2888. doi:10.7759/cureus.2888
2. **Bingener-Casey J, Richards ML, Strodel WE, Schwesinger WH, Sirinek KR.** Reasons for conversion from laparoscopic to open cholecystectomy: a 10-year review. *Journal of gastrointestinal surgery: official journal of the Society for Surgery of the Alimentary Tract*. Nov-Dec 2002;6(6): 800-5. doi: 10.1016/s1091-255x(02)00064-1
3. **Riall TS, Zhang D, Townsend CM, Jr., Kuo YF, Goodwin JS.** Failure to perform cholecystectomy for acute cholecystitis in elderly

- patients is associated with increased morbidity, mortality, and cost. Journal of the American College of Surgeons. May 2010;210(5):668-77, 677-9. doi:10.1016/j.jamcollsurg.2009.12.031
4. **Bhandari TR, Shahi S, Bhandari R, Poudel R.** Laparoscopic Cholecystectomy in the Elderly: An Experience at a Tertiary Care Hospital in Western Nepal. Surgery research and practice. 2017;2017: 8204578. doi:10.1155/2017/8204578
 5. **Trần Kiên V.** 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. Luận án tiến sỹ Y học. Trường đại học Y Hà Nội; 2016.
 6. **Annamaneni RK, Moraitis D, Cayten CG.** Laparoscopic cholecystectomy in the elderly. JSL: Journal of the Society of Laparoendoscopic Surgeons. Oct-Dec 2005;9(4):408-10.
 7. **Hartwig W, Büchler MW.** Acute cholecystitis: early versus delayed surgery. Advances in surgery. 2014;48: 155-64. doi: 10.1016/ j.yasu. 2014.05.008
 8. **Skouras C, Jarral O, Deshpande R, Zografos G, Habib N, Zacharakis E.** Is early laparoscopic cholecystectomy for acute cholecystitis preferable to delayed surgery?: Best evidence topic (BET). International journal of surgery (London, England). 2012;10(5): 250-8. doi: 10.1016/ j.jisu.2012.04.012

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG BỆNH NHÂN GHÉP MÀNG ỒI ĐIỀU TRỊ LOÉT GIÁC MẠC TẠI KHOA GIÁC MẠC - BỆNH VIỆN MẮT TRUNG ƯƠNG TRONG 5 NĂM (2018-2022)

Đỗ Ngọc Toàn¹, Lê Xuân Cung²,
Nguyễn Thị Thu Thủy², Dương Mai Nga²

TÓM TẮT

Mục tiêu: mô tả đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân được phẫu thuật ghép màng ối điều trị loét giác mạc tại khoa giác mạc bệnh viện mắt trung ương trong 5 năm (2018-2022). **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu hồi cứu mô tả trên hồ sơ bệnh án của 88 bệnh nhân với 95 mắt loét giác mạc đã được phẫu thuật ghép màng ối tại khoa Giác mạc- bệnh viện mắt trung ương trong thời gian từ tháng 1/2018 đến hết tháng 12/2022. **Kết quả:** Trên tổng số 88 bệnh nhân có 53 bệnh nhân nam và 35 bệnh nhân nữ với 65,9% bệnh nhân > 40 tuổi. Đa số bệnh nhân (81,7%) có thị lực ở mức mù lòa (<20/400) và nguyên nhân phổ biến nhất của bệnh nhân loét giác mạc được ghép màng ối là loét do virus với 43/95 mắt. Thời gian khởi phát và điều trị trung bình của bệnh nhân trước phẫu thuật kéo dài nhiều tháng (84,2 ± 9,9 ngày). **Kết luận:** Nguyên nhân phổ biến của viêm loét giác mạc cần phải phẫu thuật ghép màng ối là do virus, với phần lớn bệnh nhân nằm trong độ tuổi lao động.

Từ khóa: loét giác mạc, ghép màng ối.

SUMMARY

CLINICAL FEATURES OF CORNEAL ULCERS PATIENTS HAD AMNIOTIC MEMBRANE TRANSPLANT AT THE CORNEA DEPARTMENT - VIET NAM NATIONAL EYE HOSPITAL

¹Bệnh viện mắt Thái Bình

²Bệnh viện Mắt Trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Đỗ Ngọc Toàn

Email: toanak49@gmail.com

Ngày nhận bài: 5.10.2023

Ngày phản biện khoa học: 17.11.2023

Ngày duyệt bài: 14.12.2023

Purpose: To describe the clinical features of patients with amniotic membrane transplantation (AMT) for treating corneal ulcers at the Cornea department - Viet Nam National Eye Hospital in 5 years (2018-2022). **Methods:** Retrospective study description on the medical records of 88 patients (95 eyes) who underwent amniotic membrane transplant at the Cornea department- Viet Nam National Eye Hospital from January 2018 to December 2022. **Result:** 88 patients, including 53 male and 35 female patients, 65.9% patients had age of over 40 years. The majority of patients (81.7%) had visual acuity worse than 20/400 and the most common causative microb of corneal ulcer was virus in 43/95 eyes. The average treatment duration before surgery had lasted for many months (84.2 ± 9.9 days). **Conclusion:** The main causative agent of of corneal ulcers which had to undergo AMT is virus. Almost of patients are in the labour age. **Keywords:** Corneal ulcer, amniotic membrane transplantation.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Màng ối là một bộ phận của màng rau thai, được nghiên cứu và sử dụng trong nhiều lĩnh vực khác nhau của Y học. Trong nhãn khoa màng ối bắt đầu được nghiên cứu và sử dụng từ những năm 40 của thế kỉ XX. Hiện nay, ứng dụng của màng ối trong nhãn khoa chủ yếu trong các bệnh lý bề mặt nhãn cầu. Dựa vào cơ chế tác dụng, màng ối có vai trò thay thế cho màng đáy ở bề mặt nhãn cầu và tác động vào quá trình liền vết thương như thúc đẩy biểu mô hóa, chống viêm, ức chế tân mạch và tạo sẹo...¹

Tại Bệnh viện Mắt trung ương màng ối bắt đầu được đưa vào sử dụng từ những năm 2000.