

chuyển tuyến/ bệnh nhân tử vong hoặc điều trị tối ưu không đáp ứng gia đình xin cho bệnh nhân ra viện tử vong tại nhà). Kết quả có 138 bệnh nhân sống sót tại thời điểm ra viện, chiếm 36,2% và chỉ có 53 bệnh nhân sống sót có kết quả hồi phục thần kinh tốt CPC 1-2 điểm. Kết quả này thấp hơn so với nghiên cứu của Nguyễn Thị Cẩm Ly (2023) với 23 bệnh nhân sống sót chiếm 51,1% và 36,8%<sup>7</sup> bệnh nhân có kết cục thần kinh tốt. Khác biệt này có thể do sự khác nhau trong việc chọn cỡ mẫu giữa 2 nghiên cứu. Tỷ lệ bệnh nhân hồi phục chức năng thần kinh cũng thấp hơn so với nghiên cứu của Nguyễn Tuấn Đạt trên nhóm bệnh nhân hạ thân nhiệt với 36,7%<sup>2</sup> bệnh nhân có CPC tốt. Điều này có thể thấy do trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ bệnh nhân được can thiệp hạ thân nhiệt chiếm tỷ lệ nhỏ chỉ 9,3%.

## V. KẾT LUẬN

Cho dù với tiến bộ càng ngày càng cao của y học cũng như chất lượng chăm sóc sức khỏe của hệ thống y tế, kết cục điều trị của bệnh nhân ngừng tuần hoàn vẫn còn ở mức hạn chế với tỷ lệ tử vong khi xuất viện cao. Cùng với đó, trên nhóm bệnh nhân may mắn sống sót khi ra viện thì số bệnh nhân hồi phục chức năng thần kinh sau 30 ngày vẫn chiếm tỷ lệ thấp 14,8%.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Do SN, Luong CQ, Pham DT, et al.** Survival after out-of-hospital cardiac arrest, Viet Nam: multicentre prospective cohort study. *Bulletin of the World Health Organization*. 2021;99(1):50
2. Nguyễn Tuấn Đạt. Đánh giá hiệu quả bảo vệ não ở bệnh nhân hôn mê sau ngừng tuần hoàn bằng phương pháp hạ thân nhiệt chỉ huy. Trường đại học Y Hà Nội; 2022.
3. **Đặng Thành Khấn and Nguyễn Đạt Anh,** (2014) nghiên cứu thực trạng cấp cứu ngừng tuần hoàn ngoại viện tại Hà Nội.
4. **Eng Hock Ong M, Chan Yh Fau - Anantharaman V., et al.** Cardiac arrest and resuscitation epidemiology in Singapore (CARE I study). (1090-3127).
5. **Nguyễn Đức Phúc, Nguyễn Hữu Tân,** Đánh giá tình trạng bệnh nhân ngừng tuần hoàn ngoại viện vào khoa cấp cứu - Bệnh viện Hữu nghị đa khoa Nghệ An. 2017.
6. **Wu MY., Lee MY., et al.** (2012). Resuscitation of non-postcardiotomy cardiorespiratory shock or cardiac arrest with extracorporeal life support: the role of bridging to intervention. *Resuscitation*, 83(8), 976-981.
7. **Nguyễn Anh Tuấn, Nguyễn Quốc Linh.** Đặc điểm lâm sàng và kết quả điều trị bệnh nhân sau ngừng tuần hoàn ngoại viện tại khoa cấp cứu bệnh viện Bạch Mai. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 03/07 2023;523(2).
8. **Nguyễn Thị Cẩm Ly..** (2023). Đánh giá hiệu quả hồi phục thần kinh ở người bệnh sau cấp cứu ngừng tuần hoàn theo thang điểm CPC tại khoa cấp cứu bệnh viện đa khoa hữu nghị Nghệ An. *Tạp Chí Y học Việt Nam*, 530(1).

## KẾT QUẢ SỚM PHẪU THUẬT NỘI SOI ĐIỀU TRỊ VIÊM TÚI MẬT CẤP DO SỎI TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH THÁI BÌNH

Trần Đình Hoan<sup>1</sup>, Nguyễn Minh An<sup>2</sup>, Đỗ Mạnh Toàn<sup>1</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu nghiên cứu:** Đánh giá kết quả sớm phẫu thuật nội soi điều trị viêm túi mật cấp do sỏi. **Phương pháp nghiên cứu:** Hồi cứu kết hợp tiền cứu từ tháng 6/2022 đến tháng 6/2023 chúng tôi có 54 bệnh nhân gồm 24 nam và 30 nữ đã được phẫu thuật nội soi cắt túi mật. **Kết quả nghiên cứu:** Tuổi trung bình là 60,5 ± 17,2 tuổi. Tỷ lệ nữ gấp 1,25 lần nam. Bệnh kèm theo 59,3%. Triệu chứng lâm sàng (LS): 100% bệnh nhân có triệu chứng đau bụng trong đó 85,2% đau dưới sườn phải. 9,3% có sốt. Phản ứng dưới sườn phải 18,5%. 55,6% có BC > 10G/L. Siêu

âm ổ bụng thành túi mật dày 100%, dịch quanh túi mật 16,7%. Tỷ lệ cắt túi mật nội soi thành công 100%. Thời gian mổ trung bình 75,6 ± 24,6 phút. 9,3% xảy ra tai biến trong quá trình phẫu thuật. Có 2 trường hợp xảy ra biến chứng sau mổ. Thời gian nằm viện trung bình của nhóm phẫu thuật trước 72 giờ (6,1 ± 2,6 ngày) ngắn hơn so với nhóm sau 72 giờ (6,2 ± 2,3 ngày). **Kết luận:** Phẫu thuật nội soi cắt túi mật điều trị viêm túi mật cấp do sỏi là phương pháp điều trị an toàn, thuận lợi và cho kết quả tốt và chỉ định phẫu thuật sớm trong vòng 72 giờ tính từ lúc có triệu chứng là lựa chọn tối ưu. **Từ khóa:** Viêm túi mật cấp so sỏi, điều trị, phẫu thuật nội soi, cắt túi mật.

### SUMMARY

#### EARLY TREATMENT RESULTS OF LAPAROSCOPIC SURGERY FOR ACUTE CHOLECYSTITIS DUE TO GALLSTONES AT THAI BINH GENERAL HOSPITAL

**Objective:** Assessing early treatment results of

<sup>1</sup>Đại học Y Dược Thái Bình

<sup>2</sup>Trường Cao đẳng Y tế Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Trần Đình Hoan

Email: trandinhhoan21071995@gmail.com

Ngày nhận bài: 4.01.2024

Ngày phản biện khoa học: 20.2.2024

Ngày duyệt bài: 6.3.2024

laparoscopic surgery for acute cholecystitis due to gallstones at Thai Binh General Hospital. **Materials and Methods:** Restrospective and prospective study from 6/2022 though 5/2023, we had 54 patients, including 24 men and 30 women, who had laparoscopic cholecystectomy. **Results:** The mean age was  $60,5 \pm 17,2$  years. the rate of female was 1.25 times higher than that of male, and comorbidities were 59.3%. Clinical finding were abdominal pain in all patient. Symptoms of right upper abdominal pain 85,2%; fever (more than  $37,5^{\circ}$ ) in 9,3%. Elevation of leucocyte in 55,6% (more than 10 G/L). Adominal ultrasound: thickness of gallblader wall in 54 patients (68,0%, more than 4mm), presence of pericholecystic fluid in 16,7%. The rate of successful laparoscopic cholecystectomy was 100%. The average operation time was  $75,6 \pm 24,6$  minutes. 9,3% complications occurred during surgery. Post-surgery complications happen in 2 cases. The mean inpatient hospital time of the group that indicated surgery before 72 hours ( $6,1 \pm 2,6$  days) was shorter than that of the group after 72 hours ( $6,2 \pm 2,3$  days). **Conclusions:** Laparoscopic cholecystectomy for acute cholecystitis due to gallstones is a safe, favorable treatment with good results and early surgery within 72 hours of symptom onset is the optimal choice.

**Keywords:** Acute cholecystitis due to gallstones, treatment, laparoscopic, cholecystectomy.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm túi mật cấp (VTMC) là tình trạng nhiễm khuẩn cấp tính của túi mật, do sự xâm nhập của vi khuẩn. Triệu chứng của VTMC điển hình gồm đau hạ sườn phải, sốt, bạch cầu trong máu ngoại vi tăng, siêu âm, chụp cắt lớp vi tính thấy thành túi mật dày và thường có sỏi trong túi mật. VTMC là một trong những cấp cứu ngoại tiêu hóa thường gặp, thấy ở cả nam và nữ, phần lớn ở độ tuổi trung niên và người lớn tuổi, bệnh có xu hướng gia tăng trong những năm gần đây [1], [2], [4]

Phẫu thuật nội soi cắt túi mật được Philip Mouret (Pháp) thực hiện thành công lần đầu tiên năm 1987. Sau đó ngày càng được áp dụng rộng rãi trên toàn thế giới điều trị các bệnh lý túi mật nhờ những ưu việt của nó so với cắt túi mật mở: giảm đau sau mổ, tính thẩm mỹ cao, người bệnh sớm trở về hoạt động bình thường [4]. Hiện nay, theo hướng dẫn Tokyo 2018 về điều trị VTMC đã đưa ra khuyến cáo VTMC do sỏi nên được chỉ định mổ nội soi sớm trong vòng 72 giờ kể từ khi khởi phát triệu chứng sẽ giảm được nguy cơ biến chứng, giảm thời gian nằm viện và giảm chi phí điều trị. Đối với trường hợp VTMC đến muộn sau 72 giờ hoặc có bệnh lý toàn thân nặng không tiến hành cắt túi mật sớm được thì tiến hành điều trị nội khoa tích cực mổ trì hoãn hoặc dẫn lưu túi mật. Tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Thái Bình từ năm 2019 đến nay các phẫu thuật viên chủ trương mổ cắt túi mật nội soi sớm khi bệnh nhân

bị viêm túi mật cấp do sỏi đến viện trước 72 giờ kể từ khi có triệu chứng, tuy nhiên chưa có nghiên cứu nào đánh giá về hiệu quả cụ thể của phương pháp này. Vì vậy chúng tôi thực hiện đề tài "*Kết quả sớm phẫu thuật nội soi điều trị viêm túi mật cấp do sỏi tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Thái Bình giai đoạn 06/2022 – 06/2023*"

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1. Đối tượng nghiên cứu:** Gồm các bệnh nhân được chẩn đoán viêm túi mật cấp do sỏi, được chỉ định mổ cắt túi mật nội soi tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Thái Bình, trong thời gian từ tháng 06/2022 đến tháng 06/2023.

### 2.1.1. Tiêu chuẩn chọn mẫu:

- Chẩn đoán xác định viêm túi mật cấp do sỏi trước mổ theo hướng dẫn của Hội nghị Tokyo 2018 [2].

- Được tiến hành mổ cắt túi mật nội soi và cả những trường hợp nội soi chuyển mổ mở trong quá trình điều trị.

- Kết quả giải phẫu bệnh sau mổ là viêm túi mật cấp do sỏi.

- Bệnh nhân không có chống chỉ định của phẫu thuật nội soi ổ bụng, bệnh lý toàn thân nặng.

- Hồ sơ bệnh án đầy đủ.

### 2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ:

- Các trường hợp VTMC không do sỏi.

- Bệnh nhân có sỏi ống mật chủ, nang ống mật chủ, u đường mật, u tụy, u dạ dày... kèm theo.

- Tiền sử phẫu thuật vùng bụng trên (cắt dạ dày, mổ sỏi ống mật chủ, mổ cắt gan ...).

**2.2. Phương pháp nghiên cứu:** Mô tả cắt ngang kết hợp hồi cứu và tiền cứu.

**2.3. Thu thập và xử lý số liệu:** Số liệu nghiên cứu thu thập theo bệnh án mẫu được nhập vào máy tính, xử lý theo các toán trong chương trình toán thống kê y học chuẩn SPSS 20.0.

**2.4. Phương tiện nghiên cứu:** Sử dụng trang thiết bị nội soi của hãng Karl-Storz.

### 2.5. Kỹ thuật tiến hành:

- **Tư thế bệnh nhân và vị trí kẹp mổ**

+ Bệnh nhân nằm ngửa, hai chân khẹp, cố định chắc chắn vào bàn mổ.

+ PTV, phụ 1 đứng ở bên trái cầm camera, phụ 2 đứng ở bên phải, dụng cụ viên đứng bên phải, màn hình đặt bên phải, hướng về phía PTV.

Cắt túi mật

- **Thì 1:** vào ổ bụng (đặt 4 Trocar)

+ Đặt Trocar số 1: đường kính 10mm, đặt trên rốn, qua trocar này đưa nguồn sáng và camera vào ổ bụng. Tiến hành bơm khí CO<sub>2</sub> cho đến khi áp lực ổ bụng đạt 10 - 12mmHg. Qua camera quan sát ổ bụng, kiểm tra gan, ống mật

chủ, xác định tổn thương túi mật, các tổn thương kết hợp nếu có. Lựa chọn vị trí và kiểm soát quá trình đặt các trocar tiếp theo.

+ Trocar số 2: trocar 5mm dưới sườn phải trên đường nách giữa để đưa dụng cụ vào kẹp vùng cổ túi mật.

+ Trocar số 3: trocar 5mm dưới hạ sườn phải đường nách trước để đưa dụng cụ vào kẹp, kéo đáy túi mật.

+ Trocar số 4: trocar 10mm ở thượng vị bên trái mũi ức để đưa dụng cụ vào phẫu tích túi mật, cổ túi mật (kéo, kẹp clip).

+ Chính bàn tư thế đầu cao, nghiêng trái tối đa (để mạc nối lớn, dạ dày, đại tràng ngang đổ sang trái và xuống dưới, làm lộ rõ vùng gan, giúp phẫu trường rộng hơn)

**- Thi 2: Cắt túi mật**

+ Dùng pince có răng đưa qua lỗ trocar dưới sườn phải đường nách trước cầm vào đáy túi mật đẩy lên trên và sang phải để bộc lộ vùng cổ túi mật và củng gan.

+ Dùng pince không răng đưa qua lỗ trocar dưới sườn phải đường nách giữa cầm vào phễu túi mật, quan sát xem có bất thường ống mật chủ, ống cổ túi mật.

+ Dùng móc dao điện phẫu tích vào tam giác Calot ở mặt sau và mặt trước, bộc lộ được động mạch túi mật, ống cổ túi mật.

+ Cặp clip vào động mạch túi mật và ống cổ túi mật, phải nhìn rõ ống gan chung khi cặp, dùng kéo cắt động mạch túi mật và ống cổ túi mật giữa các clip.

+ Dùng móc điện giải phóng giường túi mật tỉ mỉ, cầm máu giường túi mật.

+ Cho túi mật vào túi nylon, lau sạch ổ bụng, cầm máu kỹ. Trường hợp viêm nhiễm, dịch mật đục bẩn có thủng túi mật nên đặt dẫn lưu dưới gan và đưa vào ở lỗ trocar dưới sườn phải.

**- Thi 3: Kết thúc phẫu thuật**

+ Lấy túi mật qua lỗ trocar rốn

+ Rút trocar, xả hết khí CO<sub>2</sub> trong ổ bụng.

+ Khâu các lỗ trocar, dán băng vết mổ.

**III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

**3.1. Đặc điểm chung đối tượng nghiên cứu**

- Tuổi: Tuổi trung bình của nhóm bệnh nhân là 60,5 ± 17,2 (từ 22 đến 92) tuổi. Tỷ lệ bệnh nhân nhóm 61-79 tuổi chiếm cao nhất với 38,9%

- Giới: Số bệnh nhân nam chiếm 44,4%, nữ chiếm 55,6%, tỷ lệ nữ/nam = 1,25

- Bệnh kết hợp và tiền sử phẫu thuật vùng bụng: 88,9% chưa có tiền sử phẫu thuật vùng bụng. Tỷ lệ mắc bệnh nội khoa kết hợp là 59,3%.

- Triệu chứng cơ năng: đau hạ sườn phải

chiếm 85,2%, mức độ đau âm ỉ chiếm 96,3%, có 90,7% bệnh nhân không có sốt

- Triệu chứng thực thể: có 94,4% bệnh nhân có điểm đau túi mật dương tính, sờ thấy túi mật to có 13,0%, phản ứng thành bụng hạ sườn phải dương tính chiếm 18,5%.

- Kết quả xét nghiệm máu: Có 55,6% bạch cầu tăng trên 10 G/l. Trong đó tỷ lệ bạch cầu trung tính tăng trên 80% là 59,3%.

**Bảng 3.1. Đặc điểm túi mật trên siêu âm**

Siêu âm ổ bụng		Số lượng	%
Số lần	1 lần	16	29,6
	2 lần	38	70,4
Kích thước túi mật	To	44	81,5
	Không to	10	18,5
Dày thành túi mật	> 4mm	54	100
Xung quanh túi mật	Không	41	75,9
	Cổ dịch	9	16,7
	Thâm nhiễm mỡ	3	5,6
	Dịch + thâm nhiễm mỡ	1	1,9
Số lượng sỏi túi mật	1 viên	17	31,5
	Nhiều viên	37	68,5
Vị trí sỏi túi mật	Đáy túi mật	4	7,4
	Thân túi mật	38	70,4
	Cổ, ống túi mật	12	22,2
<b>Tổng</b>		<b>54</b>	<b>100</b>

**3.2. Kết quả phẫu thuật**

- Thời gian phẫu thuật: Thời gian phẫu thuật trung bình nhóm nghiên cứu của chúng tôi là 72,1 ± 22,8 phút (ngắn nhất là 50 phút và dài nhất là 150 phút).

**Bảng 3.2. Thời gian nằm viện sau mổ**

Thời gian nằm viện	Mổ <72 giờ	Mổ ≥72 giờ	Tổng X ± sd	P
	X ± sd	X ± sd		
Ngày nằm viện	6,1±2,6	6,2±1,3	6,11±1,9	0,84

**Nhận xét:** Thời gian nằm viện trung bình là 6,11±1,9 ngày, sự khác biệt giữa hai nhóm không có ý nghĩa thống kê với p>0,05.

**Bảng 3.3. Kết quả ngay tại thời điểm ra viện**

Kết quả điều trị	Nhóm bệnh nhân		Tổng	p
	Mổ <72 giờ(n,%)	Mổ ≥72 giờ(n,%)		
Tốt	20(95,2%)	32(97,0%)	52(96,3%)	0,74
Trung bình	1 (4,8%)	1 (3,0%)	2 (3,7%)	

**Nhận xét:** Có 52 bệnh nhân chiếm 96,3% được đánh giá tốt sau mổ xuất viện, kết quả trung bình có 3,7% bệnh nhân. Không có trường hợp nào kết quả kém.

**3.3. Kết quả khám lại sau 1 tháng**

**Bảng 3.4. Kết quả khám lại sau 01 tháng**

Kết quả điều trị	Nhóm bệnh nhân		Tổng	p
	Mổ <72 giờ (n,%)	Mổ ≥72 giờ(n,%)		
Tốt	20(95,2%)	30(90,9%)	50(92,6%)	0,17
Trung bình	0	3(9,1%)	3(5,6%)	
Kém	1(4,8%)	0	1(1,8%)	

**Nhận xét:** Có 92,6% bệnh nhân được đánh giá tốt sau tái khám 01 tháng, kết quả trung bình có 5,6% bệnh nhân, có 1,9% trường hợp nào kết quả kém.

#### IV. BÀN LUẬN

**4.1. Đặc điểm chung đối tượng nghiên cứu.** Kết quả nghiên cứu cho thấy tuổi trung bình của bệnh nhân là  $60,5 \pm 17,2$ , tuổi nhỏ nhất là 22, tuổi lớn nhất là 92 tuổi. Độ tuổi từ 61-79 gặp nhiều nhất chiếm tỉ lệ 38,9%. Kết quả thu được tương tự như số liệu của một số nghiên cứu trong nước, theo Ngô Công Nghiêm (2021) tuổi trung bình là  $60,3 \pm 1,5$  tuổi, bệnh nhân nhỏ nhất là 17 tuổi và lớn nhất là 94 tuổi [3]. Theo Trần Kiến Vũ (2016) tuổi trung bình là  $56,12 \pm 10,84$ , thấp nhất 16 tuổi và cao nhất là 84 tuổi [1]. Theo Đặng Quốc Ái (2017) tuổi trung bình là  $43,28 \pm 11,34$  tuổi, bệnh nhân nhỏ nhất là 18 tuổi và lớn nhất là 63 tuổi. Sự khác nhau có thể do sự khác nhau về vùng địa lý, đặc điểm nhân chủng học của từng nhóm bệnh nhân [4].

Trong nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận tỉ lệ nữ mắc bệnh cao gấp 1,25 lần nam phù hợp với các báo cáo trong nước và ngoài nước.

Trong nghiên cứu độ tuổi từ 60 trở lên chiếm > 50% (51,9%), vì vậy tỉ lệ các bệnh kèm theo khá cao 59,3%. Ở người lớn tuổi có các bệnh nội khoa đi kèm là vấn đề trở ngại cho việc lựa chọn để mổ nội soi.

**4.2. Đặc điểm lâm sàng.** Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận 85,2% trường hợp đau bụng hạ sườn phải và chủ yếu đau âm ỉ với 96,3%. Kết quả của chúng tôi tương tự các tác giả khác: Theo Ngô Công Nghiêm (2021), 88,8% bệnh nhân vào viện đau bụng vùng hạ sườn phải và hầu hết bệnh nhân đau âm ỉ với 96,3% [2]. Theo Đặng Quốc Ái (2017), 83,7% bệnh nhân vào viện có triệu chứng đau bụng vùng hạ sườn phải hoặc thượng vị và hầu hết bệnh nhân đau âm ỉ chiếm 87,5% [4]. Theo Phan Khánh Việt (2016), đau hạ sườn phải chiếm 87,4% và đau âm ỉ chiếm 95,1% [5].

Trong nghiên cứu của chúng tôi, bệnh nhân khám thực thể có điểm đau túi mật chiếm 94,4% tương tự với nghiên cứu của Ngô Công Nghiêm (2021), đa số bệnh nhân khám có điểm đau túi mật chiếm 85,1% [3]. Theo Petra Maria Terho

(2016), khám thực thể có điểm đau túi mật chiếm 95,2% [6].

**4.3. Đặc điểm cận lâm sàng.** Đa số bệnh nhân có bạch cầu cao hơn 10 G/L với 35,2% bạch cầu ở mức 10-15 G/L và 20,4% bạch cầu lớn hơn 15 G/L. Đa số bệnh nhân không rõ tăng bilirubin máu khi nhập viện với 68,5% bệnh nhân có bilirubin  $\leq 17\mu\text{mol/l}$ , có 31,5% tăng  $>17\mu\text{mol/l}$ . Số bệnh nhân có chỉ số men gan tăng gấp hai lần giá trị bình thường ở một trong hai chỉ số chiếm 16,7%. Kết quả của chúng tôi tương tự các tác giả khác: Theo Ngô Công Nghiêm (2021), bạch cầu tăng chiếm 56,7%, men gan tăng chiếm 16,4%, Bilirubin toàn phần tăng chiếm 9% [3]. Theo Lê Văn Duy (2017), bạch cầu tăng chiếm 50%, men gan tăng chiếm 24,13%, Bilirubin toàn phần tăng chiếm 1,72% [7]. Theo Nguyễn Vũ Phương (2017), bạch cầu tăng chiếm 17,57%, men gan chiếm 9,46%, Bilirubin toàn phần tăng chiếm 12,16% [8].

**4.4. Đặc điểm hình ảnh học.** Trên siêu âm, chúng tôi ghi nhận túi mật to là 81,5% và 100% dày thành túi mật. Vị trí phổ biến của sỏi là thân túi mật với 70,4%, có 8 bệnh nhân sỏi kẹt cổ túi mật chiếm 14,8% và dịch quanh túi mật trên siêu âm chỉ chiếm 18,6%.

Kết quả của chúng tôi tương tự các tác giả khác: Theo Ngô Công Nghiêm (2021), có 82,1% siêu âm bệnh nhân có túi mật to, 84,3% có dày thành túi mật, dịch quanh túi mật chiếm 18,6% và có 3% sỏi kẹt cổ túi mật [3]. Theo Trần Kiến Vũ (2017), 100% bệnh nhân có túi mật to, túi mật thành dày chiếm 78,8%, dịch quanh túi mật chiếm 38,3%, sỏi kẹt cổ túi mật chiếm 15,4% [1]. Theo Phan Khánh Việt (2016), kích thước túi mật to trên siêu âm chiếm 86,4%, thành túi mật dày chiếm 87,4%, sỏi kẹt cổ hay ống túi mật chiếm 33%, dịch quanh túi mật chiếm 12,6%. Theo Lê Văn Duy (2017) thấy túi mật to chiếm 98,28%, túi mật thành dày chiếm 37,93% [7].

**4.5. Kết quả sớm phẫu thuật.** Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy đa số bệnh nhân được phẫu thuật sau 72h (61,1%) tính từ khi khởi phát triệu chứng đầu tiên. Tất cả các trường hợp được tiến hành mổ nội soi thành công, không có trường hợp nào chuyển mổ mở.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, Thời gian nằm viện trung bình của bệnh nhân đến khi xuất viện là  $6,11 \pm 1,9$  ngày, sự khác biệt giữa hai nhóm không có ý nghĩa thống kê với  $p = 0,84$ . Thời gian nằm viện trung bình của chúng tôi tương tự một số khác nhau tác giả đã nghiên cứu trước. Theo Ngô Công Nghiêm (2021), thời gian nằm viện trung bình là  $4,93 \pm 1,1$  ngày [3].

Theo Phan Khánh Việt (2016) thời gian nằm viện sau mổ trung bình là  $5,58 \pm 2,54$  ngày [5]. Theo Trần Kiến Vũ (2016), số ngày nằm viện trung bình là  $8,2 \pm 3,4$  ngày, nhóm mổ < 72 giờ là  $7,1 \pm 1,4$  ngày, nhóm mổ > 72 ở là  $9,3 \pm 2,6$  ngày [1].

Tại thời điểm ra viện, có 52 bệnh nhân chiếm 96,3% được đánh giá tốt sau mổ xuất viện, kết quả trung bình có 3,7% bệnh nhân (do biến chứng viêm phổi, loét cùng cụt, nhiễm trùng chân trocart). Không có trường hợp nào kết quả kém.

Kết quả của chúng tôi tương đương các tác giả khác. Theo Ngô Công Nghiêm (2021), có 93,3% bệnh nhân đánh giá tốt khi xuất viện, 6,7% kết quả trung bình, không có trường hợp nào kém [3]. Theo Nguyễn Vũ Phương (2017), có 95,95% bệnh nhân đánh giá tốt khi xuất viện, kết quả trung bình chiếm 4,05% [8]. Theo Phan Khánh Việt (2016), kết quả tốt khi xuất viện chiếm 84,6%, trung bình 14,2% do có các biến chứng nhiễm trùng vết mổ [5].

Tại thời điểm 1 tháng sau xuất viện, có 50 bệnh nhân chiếm 92,6% được đánh giá tốt sau mổ xuất viện, kết quả trung bình có 5,6% bệnh nhân và có 1,9% kết quả kém.

## V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật nội soi cắt túi mật điều trị viêm túi mật cấp do sỏi là phương pháp điều trị an toàn, thuận lợi và cho kết quả tốt và chỉ định phẫu thuật sớm trong vòng 72 giờ tính từ lúc có triệu chứng là lựa chọn tối ưu.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Trần Kiên Vũ** (2016), 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 sĩ y học, Đại học Y Hà Nội.
2. **Yokoe M, Hata J, Takada T, et al.** (2018). Tokyo Guidelines 2018: diagnostic criteria and severity grading of acute cholecystitis (with videos). J Hepatobiliary Pancreat Sci. 25(1), 41-54.
3. **Ngô Công Nghiêm** (2021), Đánh giá kết quả sớm phẫu thuật nội soi cắt túi mật viêm cấp do sỏi tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Thanh Hoá, Luận văn bác sĩ chuyên khoa II, Đại học Y Hà Nội.
4. **Đặng Quốc Ai, Hà Văn Quyết** (2017), Nghiên cứu ứng dụng phẫu thuật cắt túi mật nội soi một lỗ tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội, Luận văn Tiến sĩ Y học, Đại Học Y Hà Nội.
5. **Phan Khánh Việt, Lê Trung Hải, Phạm Như Hiệp** (2016). Nghiên cứu thời điểm mổ và đánh giá kết quả điều trị viêm túi mật cấp do sỏi bằng phẫu thuật cắt túi mật nội soi. Tạp chí Y học Việt Nam. 421(1), 38-42.
6. **Terho PM, Leppaniemi AK, Mentula PJ** (2016). Laparoscopic cholecystectomy for acute calculous cholecystitis: a retrospective study assessing risk factors for conversion and complications. World J Emerg Surg. 11, 54.
7. **Lê Văn Duy** (2017), Đánh giá kết quả phẫu thuật sỏi túi mật ở người cao tuổi tại bệnh viện Bạch Mai, Luận văn Thạc sĩ Y Học, Đại Học Y Hà Nội.
8. **Nguyễn Vũ Phương, Nguyễn Công Bình, Mạc Xuân Huy, et al.** (2017). Kết quả điều trị sỏi túi mật bằng phương pháp cắt túi mật nội soi tại bệnh viện trường Đại học y khoa Thái Nguyên. Tạp chí KHOA HỌC & CÔNG NGHỆ. 165(05), 73-6.

## KẾT QUẢ VÀ BIẾN CHỨNG PHẪU THUẬT CỐ ĐỊNH SAI KHỚP CÙNG ĐÒN CẤP TÍNH BẰNG NỆP MÓC

Nguyễn Năng Giới<sup>1</sup>, Nguyễn Văn Lượng<sup>1</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Đánh giá kết quả và biến chứng sau điều trị phẫu thuật cố định sai khớp cùng đòn cấp tính bằng nẹp móc. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả hồi cứu, đánh giá kết quả và biến chứng 42 bệnh nhân sai khớp cùng đòn độ III – V được phẫu thuật cố định bằng nẹp móc từ 6/2011 đến 6/2020. Các BN được đánh giá lâm sàng và Xquang trước - sau mổ và tại thời điểm theo dõi xa nhất. Đánh giá kết quả lâm sàng dựa vào thang điểm Constant Score và UCLA. Đánh giá kết quả trên xquang dựa vào so sánh

khoảng cách quạ đòn bên mổ so với bên lành tính theo tỉ lệ phần trăm. **Kết quả:** 28 BN nam và 07 BN nữ, tuổi trung bình là  $36 \pm 7$  tuổi (từ 18- 62 tuổi), 11 BN sai khớp cùng đòn độ III và 31 BN sai khớp độ V. Thời gian theo dõi trung bình là 38,8 tháng. Điểm Constant trung bình là 86,8 điểm, điểm UCLA trung bình là 31,2 điểm. Khoảng cách quạ - đòn bên lành là  $7,6 \pm 2,1$  mm, bên mổ là  $7,9 \pm 1,9$  mm, sự khác biệt là  $0,3 \pm 0,2$  mm ( $p > 0,05$ ). 14/42 BN có hình ảnh tiêu xương dưới mỏm cùng vai. **Kết luận:** Phẫu thuật cố định khớp cùng đòn sai khớp cấp tính bằng nẹp móc cho phép cố định vững, BN tập vận động sớm, khôi phục chức năng tốt. Tuy nhiên, cần lựa chọn nẹp phù hợp giải phẫu và cần tháo nẹp sớm để hạn chế biến chứng tiêu xương dưới mỏm cùng vai.

**Từ khóa:** Sai khớp cùng đòn, cấp tính, nẹp móc.

### SUMMARY

#### CLINICAL OUTCOMES AND

<sup>1</sup>Bệnh viện Trung ương quân đội 108  
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Lượng  
Email: luongnv108@gmail.com  
Ngày nhận bài: 5.01.2024  
Ngày phản biện khoa học: 21.2.2024  
Ngày duyệt bài: 8.3.2024