

cần xem xét nhiều yếu tố. Kết quả nghiên cứu có thể hỗ trợ đánh giá tương đối giữa chi phí và hiệu quả tăng thêm khi so sánh từng cặp thuốc sử dụng, từ đó góp phần xây dựng chiến lược phù hợp nhất về lựa chọn quản lý sử dụng kháng sinh trong bối cảnh Việt Nam.

V. KẾT LUẬN

Từ quan điểm của cơ quan chi trả, việc sử dụng kháng sinh khởi đầu Ceftriaxone giúp làm tăng tỷ lệ điều trị thành công và tăng tổng chi phí điều trị lên so với Vancomycin + Carbapenem; Clindamycin + Carbapenem; vượt trội so với Tigecyclin; tiết kiệm chi phí và giảm tỷ lệ điều trị thành công hơn so với Linezolid + Carbapenem. Nghiên cứu áp dụng phương pháp phân tích chi phí - hệ quả trong đó không có một ngưỡng chi trả cụ thể nào được khuyến cáo để làm ngưỡng so sánh với kết quả phân tích của mô hình.

VI. LỜI CẢM ƠN

Nghiên cứu được thực hiện với sự tài trợ của Công ty TNHH Pfizer (Việt Nam). Nhóm tác giả chịu trách nhiệm đảm bảo các quy trình khoa học được thực thi từ khi lên kế hoạch, thực thi, viết báo cáo, kiểm tra, biên tập và xuất bản công trình khoa học tuân theo tiêu chuẩn hướng dẫn ICMJE dành cho tác giả bài báo.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Leong HN, Kurup A, Tan MY, Kwa ALH, Liao

- KH, Wilcox MH. Management of complicated skin and soft tissue infections with a special focus on the role of newer antibiotics. *Infect Drug Resist.* 2018;11:1959–74.
2. Bassetti M, Baguneid M, Bouza E, Dryden M, Nathwani D, Wilcox M. European perspective and update on the management of complicated skin and soft tissue infections due to methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* after more than 10 years of experience with linezolid. *Clinical Microbiology and Infection.* 2014;20(S4):3–18.
3. Corey GR, Wilcox M, Talbot GH, Friedland HD, Baculik T, Witherell GW, et al. Integrated analysis of CANVAS 1 and 2: Phase 3, multicenter, randomized, double-blind studies to evaluate the safety and efficacy of ceftaroline versus vancomycin plus aztreonam in complicated skin and skin-structure infection. *Clinical Infectious Diseases.* 2010;51(6):641–50.
4. Pfizer. Tờ hướng dẫn sử dụng thuốc Zinforo.
5. Torres A, Soriano A, Rivolo S, Remak E, Peral C, Kantecki M, et al. Ceftriaxone Fosamil for the Empiric Treatment of Hospitalized Adults with cSSTI: An Economic Analysis from the Perspective of the Spanish National Health System. *ClinicoEconomics and Outcomes Research.* 2022;14(March):149–61.
6. Karve S, Hackett J, Levinson J, Gibson E, Battersby A. Ceftriaxone fosamil treatment outcomes compared with standard of care among hospitalized patients with complicated skin and soft tissue infections. *J Comp Eff Res.* 2016;5(4):393–405.
7. Nga TTT. Kết quả khảo sát nồng độ ức chế tối thiểu của vancomycin trên 100 chủng *staphylococcus aureus* được phân lập tại BV Chợ Rẫy từ tháng 5-8/2008. *Tạp Chí Y Học TP HCM*, tập 13, phụ bản của số 1 tr 295-299. 2009;

KHẢO SÁT CÁC YẾU TỐ ẢNH HƯỞNG ĐẾN TỶ LỆ THÀNH CÔNG KHI THỰC HIỆN GÓC NHÌN AN TOÀN THIẾT YẾU TRONG PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT TÚI MẬT

Huỳnh Thanh Long^{1,2}, Nguyễn Lâm Trường An³, Nguyễn Mạnh Khiêm², Võ Văn Hùng^{3,4}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá các yếu tố ảnh hưởng đến tỷ lệ thành công khi thực hiện "Góc nhìn an toàn thiết yếu" (GNATY) trong phẫu thuật nội soi cắt túi mật

¹Trường ĐH Nguyễn Tất Thành

²Bệnh viện Nguyễn Tri Phương

³Bệnh viện Bình Dân

⁴Trường ĐH Y Dược TP.HCM

Chịu trách nhiệm chính: Huỳnh Thanh Long

Email: bs.huynhlong1967@gmail.com

Ngày nhận bài: 01.3.2024

Ngày phản biện khoa học: 18.4.2024

Ngày duyệt bài: 9.5.2024

(PTNSCTM). **Đôi tượng và phương pháp:** Nghiên cứu tiền cứu, mô tả hàng loạt ca trên bệnh nhân được phẫu thuật nội soi cắt túi mật có áp dụng GNATY điều trị sỏi TM tại Bệnh viện Bình Dân từ 1/2022 đến 10/2022. **Kết quả:** trong nghiên cứu có 89 bệnh nhân và ghi nhận kết quả như sau: tỷ lệ thành công cao, đạt 97,8%. Các trường hợp thất bại là do sỏi lớn kẹt cổ TM và viêm dính vùng tam giác gan mật quá nhiều trong viêm TM hoại tử. Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỷ lệ thành công đạt GNATY giữa các nhóm: mức độ dính của TM ($p=0,272$), kinh nghiệm phẫu thuật viên ($p=0,502$), thời điểm phẫu thuật với các trường hợp VTMC ($p=1$). Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỷ lệ thành công đạt GNATY giữa các nhóm: tình trạng túi mật ($p=0,02$), mức độ viêm dính của tam giác gan mật ($p=0,039$). **Kết luận:**

Việc áp dụng GNATTY trong PTNSCTM tại bệnh viện Bình Dân là hoàn toàn khả thi. Tỷ lệ thành công cao, đạt 97,8%.

Từ khóa: Góc nhìn an toàn thiết yếu, Viêm túi mật cấp do sỏi, phẫu thuật nội soi cắt túi mật.

SUMMARY

EVALUATING FACTORS AFFECTING SUCCESS RATE TO ACHIEVE THE CRITICAL VIEW OF SAFETY (CVS) IN LAPAROSCOPIC CHOLECYSTECTOMY

Aim: Evaluating the factors affecting the success rate when performing "The Critical View of Safety" (CVS) in laparoscopic cholecystectomy (LC). **Subjects and methods:** Prospective study, describing a series of cases of patients undergoing laparoscopic cholecystectomy with CVS applied to treat venous stones at Binh Dan Hospital from January 2022 to October 2022. **Results:** In the study there were 89 patients and the following results were recorded: high success rate, reaching 97.8%. Cases of failure are due to large stones blocking the neck of the vein and excessive adhesions in the hepatobiliary triangle in necrotizing vein inflammation. There is no statistically significant difference in the success rate of achieving CVS between groups: level of adhesion of the gallbladder ($p = 0.272$), surgeon experience ($p = 0.502$), time of surgery and condition of cholecystitis ($p=1$). There is a statistically significant difference in the success rate of achieving CVS between groups: gallbladder condition ($p=0.02$), degree of adhesion inflammation of the hepatobiliary triangle ($p=0.039$). **Conclusion:** Applying CVS in LC surgery at Binh Dan Hospital is completely feasible with high success rate, reaching 97.8%.

Keywords: Critical view of safety, acute gallstone cholecystitis, laparoscopic cholecystectomy.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Từ ca phẫu thuật nội soi cắt túi mật (PTNSCTM) đầu tiên của giáo sư người Đức Med Erich Mühe năm 1985, phẫu thuật nội soi (PTNS) đã dần thay thế mổ mở cắt túi mật (TM) kinh điển. Tuy có nhiều ưu điểm hơn phương pháp mổ mở cắt TM, PTNSCTM có tỷ lệ biến chứng tổn thương đường mật (TTĐM) cao hơn phương pháp mổ mở nhiều lần. Trong thời gian đầu triển khai, các biến chứng của PTNSCTM được nhận định là nghiêm trọng hơn so với mổ mở. Kết quả một số nghiên cứu đã chỉ ra rằng việc nhận định sai về cấu trúc giải phẫu là nguyên nhân chính trong xấp xỉ 93% các trường hợp TTĐM trong PTNSCTM¹. Từ đó đã có những nghiên cứu đề ra cách tiếp cận an toàn giúp phòng ngừa TTĐM trong PTNSCTM như: kỹ thuật tiếp cận từ ổ TM; PTNSCTM từ đáy TM; chụp hình đường mật trong phẫu thuật; "The Critical View of Safety (CVS), tạm dịch thuật ngữ này là "Góc nhìn an toàn thiết yếu" (GNATTY)².

Việc ứng dụng GNATTY từ khi được Steven M Strasberg và cộng sự giới thiệu lần đầu tiên năm 1995 được coi là phương pháp đáng tin cậy và an toàn để xác định OTM và động mạch TM. Do vậy, chúng tôi "Khảo sát các yếu tố ảnh hưởng đến tỷ lệ thành công khi thực hiện GNATTY trong PTNSCTM" tại bệnh viện Bình Dân.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Tất cả bệnh nhân (BN) được PTNSCTM do sỏi tại BV Bình Dân

2.1.1. Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân. BN được chẩn đoán sỏi TM dựa vào siêu âm, BN được chẩn đoán viêm túi mật cấp (VTMC) do sỏi theo Tokyo Guideline 2018, được mổ bằng phương pháp PTNSCTM, có thực hiện GNATTY.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ. BN VTMC có sỏi ống, mật chủ (OMC), sỏi gan, u đường mật, nang OMC, u đầu tụy, u dạ dày... kèm theo.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu và cỡ mẫu

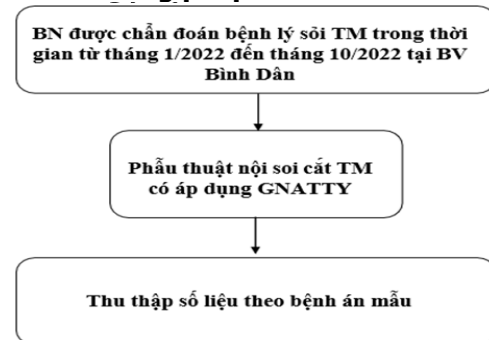
Thiết kế nghiên cứu: tiến cứu, mô tả hàng loạt ca.

Số lượng mẫu lấy tối đa số bệnh nhân có thể.

2.2.2. Thời gian và địa điểm

Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 1/2022 đến hết tháng 10/2022.

2.3. Phương pháp tiến hành



III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Các yếu tố nền

3.1.1. Tuổi. 89 trường hợp có tuổi trung bình là $53,2 \pm 13,1$, nhỏ tuổi nhất là 17 và lớn tuổi nhất là 83. Nhóm tuổi thường gặp nhất là 40-60 chiếm 50,6%, nhóm tuổi từ 17- 39 có tỷ lệ 21,3% và 60-83 có tỷ lệ 28,1%.

3.1.2. Giới tính. Có 60 nữ (67,4%) và 29 nam (32,6%). tỷ lệ nữ/nam xấp xỉ là 2/1

3.1.3. Tiền căn bệnh lý. Có 14 trường hợp có tiền căn phẫu thuật vùng bụng. Trong đó 10 trường hợp phẫu thuật vùng bụng trên rốn, 4 trường hợp phẫu thuật vùng bụng dưới rốn. 75 trường hợp chưa có tiền căn.

3.1.4. Thời điểm phẫu thuật (tính từ khi có triệu chứng đầu tiên) đối với các trường hợp VTMC do sỏi. Trong 28 trường hợp được chẩn đoán VTMC do sỏi, có 15 trường hợp (chiếm 53,6%) được phẫu thuật trước 72 giờ, 13 trường hợp (chiếm 46,4%) được phẫu thuật sau 72 giờ.

3.1.5. Nhóm phẫu thuật viên. Trong nghiên cứu này có 69 trường hợp phẫu thuật (chiếm 77,5%) thực hiện bởi các PTV có kinh nghiệm từ trên 30 ca.

Bảng 3.1. Số trường hợp phẫu thuật theo nhóm PTV

Nhóm PTV	Số trường hợp
PTV kinh nghiệm dưới 30 ca	20
PTV kinh nghiệm từ 30-50 ca	30
PTV kinh nghiệm trên 50 ca	39

3.2. Các yếu tố trong mổ. Kết hợp hình ảnh siêu âm, cắt lớp vi tính, cộng hưởng từ ổ bụng, tổn thương trong phẫu thuật để xác định tình trạng của TM.

Bảng 3.2. Thương tổn trong phẫu thuật

Nhóm PTV	Số trường hợp
Tình trạng TM	
TM không to, thành không dày	39
TM to thành dày	37
TM hoại tử	8
Sỏi kẹt cổ TM	5
Mức độ dính của TM	
Không dính	38
Dính ít	38
Dính nhiều	13
Mức độ viêm dính của tam giác gan mật	
Không viêm dính	52
Viêm dính ít	19
Viêm dính nhiều	18

3.3. Tỷ lệ đạt "Góc nhìn an toàn thiết yếu" và hình ảnh đánh giá thang điểm "Góc nhìn an toàn thiết yếu". Tổng số 89 trường hợp PTNSCTM có áp dụng GNATTY. Tỷ lệ thành công là 97,8% (87/89). 2 trường hợp thất bại trong quá trình phẫu tích để đạt GNATTY: 1 trường hợp sỏi lớn và 1 viêm TM hoại tử.

Bảng 3.4. So sánh tỷ lệ đạt GNATTY ở góc nhìn mặt trước, mặt sau và kết hợp hai mặt giữa các nhóm tình trạng TM

Tình trạng TM	Mặt trước		p	Mặt sau		p	Kết hợp hai mặt	
	Đạt	Không đạt		Đạt	Không đạt		Đạt	Không đạt
TM không to, thành không dày	39	0	<0,01	39	0	<0,01	39	0
TM to, thành dày	35	2		26	11		37	0
TM hoại tử	3	4		3	4		7	0
Sỏi kẹt cổ TM	4	0		3	1		4	0

Có sự khác biệt có ý nghĩa tỷ lệ đạt GNATTY ở góc nhìn mặt trước (p<0,01) và góc nhìn mặt sau (p<0,01) giữa các nhóm tình trạng TM.

Bảng 3.5. So sánh tỷ lệ đạt GNATTY ở góc nhìn mặt trước, mặt sau và kết hợp hai mặt

Bảng 3.3. Tỷ lệ thành công theo các nhóm thương tổn và thời điểm phẫu thuật

Thương tổn	Đạt GNATTY	Không đạt GNATTY	p
Tình trạng TM			
TM không to, thành không dày	39	0	p=0,02 (Kiểm định Fisher's)
TM to, thành dày	37	0	
TM hoại tử	7	1	
Sỏi kẹt cổ TM	4	1	
Mức độ dính của TM			
Không dính	38	0	p=0,272 (Kiểm định Fisher's)
Dính ít	37	1	
Dính nhiều	12	1	
Mức độ viêm dính của tam giác gan mật			
Không dính	52	0	p=0,039 (Kiểm định Fisher's)
Dính ít	19	0	
Dính nhiều	16	2	
Nhóm PTV			
PTV kinh nghiệm dưới 30 ca	20	0	p=0,502 (Kiểm định Fisher's)
PTV kinh nghiệm từ 30-50 ca	30	0	
PTV kinh nghiệm trên 50 ca	37	2	
Thời điểm phẫu thuật			
Trước 72 giờ	14	1	p=1 (Kiểm định Fisher's)
Sau 72 giờ	12	1	

Không có sự khác biệt có ý nghĩa về tỷ lệ thành công đạt GNATTY giữa các nhóm: mức độ dính của TM (p=0,272), kinh nghiệm PTV (p=0,502), thời điểm phẫu thuật với các trường hợp VTMC (p=1). Có sự khác biệt có ý nghĩa về tỷ lệ thành công đạt GNATTY giữa các nhóm: tình trạng túi mật (p=0,02), mức độ viêm dính của tam giác gan mật (p=0,039). Tỷ lệ đạt GNATTY cao nhất (100%) khi kết hợp cả 2 góc nhìn. Tỷ lệ đạt ở góc nhìn phía trước là 93,1%; ở góc nhìn phía sau là 81,6%.

giữa các nhóm mức độ dính của TM

Mức độ dính của TM	Mặt trước			Mặt sau			Kết hợp hai mặt	
	Đạt	Không đạt	p	Đạt	Không đạt	p	Đạt	Không đạt
Không dính	37	1	<0,01	37	1	<0,01	38	0
Dính ít	37	37		31	6		37	0
Dính nhiều	7	5		3	9		12	0

Có sự khác biệt có ý nghĩa về tỷ lệ đạt GNATTY ở góc nhìn mặt trước ($p < 0,01$) và góc nhìn mặt sau (Kiểm định Fisher's, $p < 0,542$) giữa các nhóm mức độ dính của TM.

Bảng 3.6. So sánh tỷ lệ đạt GNATTY ở góc nhìn mặt trước, mặt sau và kết hợp hai mặt giữa các nhóm viêm dính của tam giác gan mật

Mức độ viêm dính của tam giác gan mật	Mặt trước			Mặt sau			Kết hợp	
	Đạt	Không đạt	p	Đạt	Không đạt	p	Đạt	Không đạt
Không dính	52	0	<0,01	52	0	<0,01	52	0
Dính ít	19	0		16	3		19	0
Dính nhiều	10	6		13	3		16	0

Có sự khác biệt có ý nghĩa về tỷ lệ đạt GNATTY ở góc nhìn mặt trước (Kiểm định Fisher's, $p < 0,01$) và góc nhìn mặt sau (Kiểm định Fisher's, $p < 0,01$) giữa các nhóm mức độ viêm dính của tam giác gan mật.

Bảng 3.7. So sánh tỷ lệ đạt GNATTY ở góc nhìn mặt trước, mặt sau và kết hợp hai mặt giữa các nhóm PTV

Nhóm PTV	Mặt trước			Mặt sau			Kết hợp	
	Đạt	Không đạt	p	Đạt	Không đạt	p	Đạt	Không đạt
Nhóm PTV dưới 30 ca	20	0	0,421	19	1	0,157	20	0
Nhóm PTV từ 30-50 ca	28	2		22	8		30	0
Nhóm PTV trên 50 ca	33	4		30	7		37	0

Không có sự khác biệt có ý nghĩa về tỷ lệ đạt GNATTY ở góc nhìn mặt trước (Kiểm định Fisher's, $p = 0,421$) và góc nhìn mặt sau (Kiểm định Fisher's, $p = 0,157$) giữa các nhóm PTV.

Bảng 3.8. So sánh tỷ lệ đạt GNATTY ở góc nhìn mặt trước, mặt sau và kết hợp hai mặt giữa các thời điểm phẫu thuật trong các trường hợp VTMC

Thời điểm phẫu thuật	Mặt trước			Mặt sau			Kết hợp	
	Đạt	Không đạt	p	Đạt	Không đạt	p	Đạt	Không đạt
Trước 72 giờ	13	1	0,148	9	5	0,116	14	0
Sau 72 giờ	8	4		4	8		12	0

Không có sự khác biệt có ý nghĩa về tỷ lệ đạt GNATTY ở góc nhìn mặt trước giữa các nhóm VTMC được phẫu thuật trước và sau 72 giờ ($p = 0,148$).

Không có sự khác biệt có ý nghĩa về tỷ lệ đạt GNATTY ở góc nhìn mặt sau giữa các nhóm VTMC được phẫu thuật trước và sau 72 giờ ($p = 0,116$).

IV. BÀN LUẬN

4.1. Yếu tố nền

4.1.1. Tuổi. Tuổi trung bình của BN là $53,2 \pm 13,1$; tuổi nhỏ nhất là 17, tuổi cao nhất là 83. Độ tuổi từ 40-60 gặp nhiều nhất chiếm 50,6%. Cũng như nghiên cứu của Nassar³, có tuổi trung bình là 53,2. Các trường hợp thành công đạt GNATTY phân bố ở nhiều nhóm tuổi khác nhau nên tuổi không ảnh hưởng đến tỷ lệ thành công.

4.1.2. Giới tính. Có 60 trường hợp (67,4%) nữ và 28 trường hợp (32,6%) nam, tỷ lệ nữ/nam là xấp xỉ 2/1. Nghiên cứu của Đỗ Trọng Hải⁴ tỷ lệ

nữ/nam là 3/1. Điều này phù hợp với y văn. Gần như toàn bộ các trường hợp đều đạt GNATTY, vì vậy giới tính không ảnh hưởng đến tỷ lệ đạt GNATTY.

4.1.3. Phân loại bệnh nhân dựa theo tiêu chuẩn của Hiệp hội Gây mê Hoa Kỳ (ASA). Có 46 trường hợp (51,7%) phân loại ASA 1; 39 trường hợp (43,8%) phân loại ASA 2; 4 trường hợp (4,5%) phân loại ASA 3; tương tự nghiên cứu của Nguyễn Văn Hải, Nguyễn Tuấn⁵. Đây là một trong những yếu tố thuận lợi để đạt kết quả tốt trong PTNSCTM có áp dụng GNATTY.

4.1.4. Thời điểm phẫu thuật (từ khi có triệu chứng đầu tiên) đối với các trường hợp VTMC do sỏi. Trong 28 trường hợp VTMC có 15 trường hợp được mổ trước 72 giờ, 13 trường hợp sau 72 giờ.

Vũ Bích Hạnh⁶ thống kê 60 trường hợp PTNSCTM cấp cứu điều trị VTMC do sỏi: 27 trường hợp (45%) phẫu thuật < 72 giờ và 33 trường hợp (55%) phẫu thuật \geq 72 giờ, nhận

diện tam giác gan mật khó 26 trường hợp (43,3%): nhóm phẫu thuật < 72 giờ 8 trường hợp (29,62%), nhóm phẫu thuật ≥ 72 giờ 18 trường hợp (54,5%). Tỷ lệ biến chứng chung gặp 13,3%, chuyển phẫu thuật mở ở nhóm phẫu thuật < 72 giờ 2 trường hợp (7,4%), nhóm phẫu thuật ≥ 72 giờ 5 TH, tác giả khuyến cáo nên CTMNS sớm trong vòng 72 giờ để điều trị VTMC.

4.1.5. Nhóm phẫu thuật viên. Cả 2 trường hợp sỏi kẹt cổ và viêm TM hoại tử thất bại trong thực hiện GNATTY đều được tiến hành bởi các bác sĩ có nhiều kinh nghiệm với hơn 50 ca cắt TM. Các BS có kinh nghiệm dưới 30 ca và BS có kinh nghiệm 30-50 ca cắt TM đều thực hiện thành công. Do vậy, tỷ lệ thành công đạt GNATTY không bị ảnh hưởng bởi kinh nghiệm của PTV.

4.2. Các yếu tố trong mổ

4.2.1. Tình trạng TM và mức độ dính của TM với các cấu trúc xung quanh. Có 39 trường hợp TM không có dấu hiệu viêm. 37 trường hợp TM to, thành dày; đây là một trong những yếu tố gây nhiều khó khăn cho cuộc PT. Ngoài ra quá trình viêm sung huyết của các mạch máu trong VTMC luôn đe dọa chảy máu trên diện rộng khiến cho PTV mất nhiều thời gian cầm máu

Có 8 trường hợp viêm TM hoại tử. Trong đó 7 trường hợp (87,5%) thành công đạt GNATTY. Trong viêm TM hoại tử việc cắt bỏ TM qua nội soi là một thách thức đối với phẫu thuật viên vì TM bị viêm dính nhiều, mũn, hoại tử khó cầm nắm... Có 5 trường hợp sỏi kẹt cổ TM. Tỷ lệ thành công đạt GNATTY 80%. Một trường hợp thất bại (20%) do sỏi to kẹt cổ TM. Theo A.H.M.Nassar³, tỷ lệ đạt GNATTY chỉ 60% với nhóm TM có sỏi kẹt ở túi Hartmann. Tuy nhiên, nghiên cứu của tác giả này có 175 trường hợp ở nhóm sỏi kẹt cổ TM, lớn hơn nhiều so với nghiên cứu chúng tôi. Chúng tôi cho rằng, các trường hợp sỏi kẹt cổ TM đa số có tình trạng viêm vừa đến nhiều và nếu sỏi càng to sẽ càng gặp khó khăn khi phẫu tích rõ tam giác mật và bộc lộ 1/3 dưới giường TM nên khả năng thất bại tăng. Mức độ dính của TM cho thấy 13 trường hợp (14,6%) TM dính nhiều, 38 trường hợp (42,7%) TM dính ít và 38 trường hợp (42,7%) không dính. Tình trạng TM dính nhiều mạc nối lớn, tá tràng, đại tràng... làm xác định các mốc giải phẫu khó khăn, khó bóc tách mạch máu, ống TM và có nguy cơ gây ra các biến chứng nặng.

4.2.2. Mức độ viêm dính vùng tam giác gan mật. Trong nghiên cứu này có 18 trường hợp (20,2%) viêm dính nhiều, 19 trường hợp

(21,3%) viêm dính ít và 52 trường hợp (58,5%) không viêm dính.

4.3. Tỷ lệ thành công đạt "Góc nhìn an toàn thiết yếu" và hình ảnh đánh giá thang điểm "Góc nhìn an toàn thiết yếu". Tỷ lệ đạt GNATTY là 97,8%. Có 2 trường hợp thất bại trong quá trình phẫu tích để đạt GNATTY: 1 trường hợp không đạt GNATTY do sỏi to kẹt vùng cổ TM làm hẹp và che khuất vùng tam giác gan mật và 1 trường hợp viêm TM hoại tử, vùng tam giác gan mật viêm dính rất nhiều.

Tỷ lệ thành công đạt GNATTY không bị ảnh hưởng bởi mức độ dính của TM với các cấu trúc xung quanh, kinh nghiệm của PTV, thời điểm phẫu thuật với các trường hợp VTMC cũng như một số yếu tố khác như tuổi, giới tính, tiền căn phẫu thuật vùng bụng, ASA. Bên cạnh đó, các yếu tố: mức độ viêm dính tam giác gan mật nhiều, sỏi to kẹt cổ TM, TM viêm hoại tử làm giảm tỷ lệ thành công.

Khi tổn thương viêm TM càng nhiều, vùng tam giác gan mật khó bóc tách, thì khả năng thành công đạt GNATTY giảm đi. Trong trường hợp đó, PTV có thể lựa chọn các kỹ thuật khác như: chụp hình đường mật trong khi phẫu thuật, cắt TM từ đáy, chuyển mổ mở. Theo P. Sanjay⁷ khảo sát 447 trường hợp cắt TM nội soi với 40% trường hợp VTMC, 58% viêm TM mạn và 2% sỏi TM có triệu chứng. Có 388 (87%) trường hợp đạt GNATTY, 59 (13%) trường hợp không đạt GNATTY do viêm nhiều vùng tam giác gan mật, ngăn cản phân định rõ giải phẫu vùng này. Trong số đó 12 trường hợp không đạt GNATTY chuyển sang cắt bán phần ngược dòng TM. Số còn lại chuyển mổ mở.

Tỷ lệ đạt GNATTY trong nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với các nghiên cứu khác. Nghiên cứu của C. Avgerinos⁸ với 1046 trường hợp cắt TM. Trong đó, nhóm TM viêm vừa đến khó (viêm mạn, TM nước, vàng da, viêm mũ) chiếm 39%, nhóm TM không viêm hay viêm ít (đau quặn mật, ăn khó tiêu không đặc hiệu, tình cờ phát hiện sỏi TM) chiếm 61%. Tỷ lệ thành công GNATTY 998 trường hợp (95,4%), 26 trường hợp (2,5%) dùng kỹ thuật nhận định khác (tiếp cận tại phễu-infundibular approach, chụp hình đường mật), 22 trường hợp sau khi đặt kính soi phải chuyển mổ mở khi chưa áp dụng kỹ thuật phẫu thuật hay nhận định nào. Tác giả nhận thấy đây là kỹ thuật dễ thực hiện, chính xác và rất phù hợp trong PTNSCTM. Nhiều tác giả sử dụng kỹ thuật nhận định GNATTY với các tổn thương TM có tỷ lệ thành công hoàn toàn.

Tỷ lệ không đạt GNATTY ở hình ảnh mật

trước và mặt sau khi được đánh giá độc lập cao hơn hình ảnh cặp đôi ở cả 2 phía. Trong đó, tỷ lệ không đạt GNATTY ở mặt sau (18,4%) cao hơn ở mặt trước (6,9%). Không có sự khác biệt có ý nghĩa về tỷ lệ đạt GNATTY ở góc nhìn mặt trước và góc nhìn mặt sau giữa các nhóm PTV và thời điểm phẫu thuật trong các trường hợp VTMC.

Trong các nhóm tình trạng TM, tỷ lệ đạt GNATTY ở mặt trước và mặt sau đều cao nhất, đạt 100% ở nhóm TM không to, thành không dày và thấp nhất ở nhóm TM hoại tử chỉ đạt 42,8%.

Với các trường hợp TM dính nhiều các cấu trúc xung quanh, tỷ lệ không đạt ở GNATTY ở mặt trước là 41,6%, mặt sau là 75%.

Với các trường hợp có mức độ viêm dính tam giác gan mật ít thì tỷ lệ đạt GNATTY là 100%. Ở nhóm viêm dính tam giác gan mật nhiều thì tỷ lệ không đạt GNATTY ở mặt trước là 37,5%, mặt sau là 18,75%.

V. KẾT LUẬN

Việc áp dụng GNATTY trong PTNSCTM tại BV Bình Dân là khả thi, tỷ lệ thành công cao (97,8%). Các trường hợp thất bại là do sỏi lớn kẹt cổ TM và viêm dính vùng tam giác gan mật quá nhiều trong viêm TM hoại tử.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Chuang KI, Corley D, Postlethwaite DA, Merchant M, Harris HW.** Does increased experience with laparoscopic cholecystectomy yield more complex bile duct injuries? American

journal of surgery. Apr 2012;203(4):480-7. doi:10.1016/j.amjsurg.2011.08.018

2. **Brunt LM, Deziel DJ, Telem DA, et al.** Safe Cholecystectomy Multi-society Practice Guideline and State of the Art Consensus Conference on Prevention of Bile Duct Injury During Cholecystectomy. Annals of surgery. Jul 2020; 272(1):3-23. doi:10.1097/sla.00000000-00003791
3. **Nassar AHM, Ng HJ, Wysocki AP, Khan KS, Gil IC.** Achieving the critical view of safety in the difficult laparoscopic cholecystectomy: a prospective study of predictors of failure. Surgical endoscopy. Nov 2021;35(11):6039-6047. doi: 10.1007/s00464-020-08093-3
4. **Hải ĐT.** Cắt túi mật nội soi trong viêm túi mật cấp do sỏi. Kỷ yếu các đề tài khoa học Đại hội Ngoại khoa Việt Nam lần thứ XI. 2004:20-21.
5. **Hải NV.** Kết quả cắt túi mật nội soi trong viêm túi mật cấp. Y học Thành phố Hồ Chí Minh. 2005;9(2):109-113.
6. **Hạnh VB.** Nghiên cứu một số mẫu lâm sàng và kết quả phẫu thuật nội soi cắt túi mật trong điều trị viêm túi mật cấp do sỏi. Học viên Quân y; 2010.
7. **Sanjay P, Fulke JL, Exon DJ.** 'Critical view of safety' as an alternative to routine intraoperative cholangiography during laparoscopic cholecystectomy for acute biliary pathology. Journal of gastrointestinal surgery: official journal of the Society for Surgery of the Alimentary Tract. Aug 2010; 14(8):1280-4. doi:10.1007/s11605-010-1251-6
8. **Avgerinos C, Kelgiorgi D, Touloumis Z, Baltatzis L, Dervenis C.** One Thousand Laparoscopic Cholecystectomies in a Single Surgical Unit Using the "Critical View of Safety" Technique. Journal of Gastrointestinal Surgery. 2009/03/01 2009;13(3):498-503. doi:10.1007/s11605-008-0748-8

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ NỘI KHOA BÍ TIỂU DO TĂNG SẢN LÀNH TÍNH TUYẾN TIỀN LIỆT TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH THÁI BÌNH

Trần Thái Phúc¹, Lại Ngọc Thắng¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả điều trị nội khoa bí tiểu do tăng sản lành tính tuyến tiền liệt tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Thái Bình. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang, thực hiện trên 67 người bệnh bí tiểu do tăng sản lành tính được đặt sonde tiểu kết hợp điều trị nội khoa tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Thái Bình từ tháng 1 đến tháng 6 năm 2023. Ghi nhận các biến số: Tuổi, loại bí tiểu, lượng nước tiểu tồn dư trong bàng quang, kích thước tuyến tiền liệt trên siêu âm, điểm IPSS, điểm QoL-IPSS và kết quả sau rút sonde

tiểu. **Kết quả:** Tỷ lệ đi tiểu lại sau rút sonde là 67,2%. Có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa đi tiểu lại sau rút sonde tiểu với các yếu tố điểm IPSS, lượng nước tiểu tồn dư trong bàng quang và loại bí tiểu cấp. Sau 1 tháng điều trị nhóm đi tiểu lại sau rút sonde tiểu có điểm IPSS giảm (từ $13,73 \pm 5,79$ xuống $5,64 \pm 4,47$); Điểm QoL-IPSS giảm (từ $3,64 \pm 0,96$ xuống $1,60 \pm 1,21$). Kích thước tuyến tiền liệt giảm có ý nghĩa thống kê ở thời điểm vào viện và 1 tháng sau rút sonde tiểu. **Kết luận:** Điều trị bí tiểu cấp ở người bệnh tăng sản lành tính tuyến tiền liệt bằng đặt sonde tiểu kết hợp với nội khoa đạt tỷ lệ thành công là 67,2%. Kích thước tuyến tiền liệt; Điểm IPSS và điểm QoL-IPSS giảm 1 cách rõ rệt. **Từ khóa:** bí tiểu, tăng sản lành tính tuyến tiền liệt, điều trị nội khoa, Bệnh viện đa khoa tỉnh Thái Bình

¹Trường Đại học Y Dược Thái Bình

Chịu trách nhiệm chính: Trần Thái Phúc

Email: phuctbmu@gmail.com

Ngày nhận bài: 7.3.2024

Ngày phản biện khoa học: 19.4.2024

Ngày duyệt bài: 13.5.2024

SUMMARY

RESULTS OF MEDICAL TREATMENT OF