

cho thấy bất thường nhu mô phổi ở 76 bệnh nhân (72,3%), tổn thương kính mờ ở 61 bệnh nhân (58%), dải xơ ở 31 bệnh nhân (29,5%), đông đặc ở 10 bệnh nhân (10%), giãn phế quản ở 5 bệnh nhân (4,7%). Hầu hết các trường hợp cho thấy ưu thế vùng dưới của phổi (50 bệnh nhân, 65,8%) và ngoại vi phổi (60 bệnh nhân, 79%) [8]. Theo Nguyễn Văn Sang và cộng sự, trong nghiên cứu về CLVT bệnh nhân hậu Covid-19, có 265 BN, chiếm 51,2% có tổn thương phổi, hay gặp nhất là dày tổ chức kẽ (169 BN; 32,6%) và tổn thương kính mờ (90 BN; 17,4%), ít gặp nhất là tổn thương lát đá (2 BN; 0,4%) [10].

Luc Morin và cộng sự (2021), trên một nghiên cứu tổng hợp về các bệnh nhân kiểm tra hậu Covid-19. Chụp CT phổi được thực hiện cho 171 bệnh nhân và cho thấy những bất thường ở 37 trong số 49 người được đặt nội khí quản (75,5%) và 71 trong số 122 người không đặt nội khí quản (58,2%). Những bất thường thường gặp nhất là tổn thương kính mờ. Tổn thương xơ hóa được quan sát thấy ở 19,3% bệnh nhân (33/171), với ưu thế dưới màng phổi ở 30 trên 33 cá nhân (90,9%). Tổn thương xơ ảnh hưởng đến 4 thùy (IQR, 3-5) và chiếm ít hơn 25% nhu mô phổi trong tất cả trừ 1 trường hợp. Trong 49 bệnh nhân được chẩn đoán mắc hội chứng suy hô hấp cấp tính, các tổn thương xơ hóa và lưới được quan sát lần lượt ở 38,8% (19/49) và 69,4% (34/49) [9].

V. KẾT LUẬN

Từ kết quả nghiên cứu trên có thể đưa ra một số kết luận sau. Triệu chứng lâm sàng hay gặp nhất ở bệnh nhân hậu Covid-19 mức độ nhẹ là ho. Hình ảnh X quang bệnh nhân hậu Covid-19 hay gặp tổn thương ở vùng ngoại vi, tổn thương chủ yếu là kính mờ và dải xơ. X quang ngực

đóng vai trò quan trọng trong chẩn đoán, theo dõi bệnh nhân Covid-19 và hậu Covid-19.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Huang Y., Tan C., Wu J. và cộng sự.** (2020). Impact of coronavirus disease 2019 on pulmonary function in early convalescence phase. *Respir Res*, 21(1), 163.
2. **BỘ Y TẾ,** (2022). Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị COVID-19.
3. **Hansell D.M., Bankier A.A., MacMahon H. và cộng sự.** (2008). Fleischner Society: glossary of terms for thoracic imaging. *Radiology*, 246(3), 697–722.
4. **Điền V.M., Anh N.T., và Thạch P.N.** (2020). Đặc điểm dịch tễ, lâm sàng, tổn thương trên xq và ct ngực ở bệnh nhân covid-19 tại bệnh viện bệnh nhiệt đới trung ương (26/1/2020 – 26/4/2020). *vjid*, 2(30), 24–32.
5. **Davies N.G., Klepac P., Liu Y. và cộng sự.** (2020). Age-dependent effects in the transmission and control of COVID-19 epidemics. *Nat Med*, 26(8), 1205–1211.
6. **Grasselli G., Zangrillo A., Zanella A. và cộng sự.** (2020). Baseline Characteristics and Outcomes of 1591 Patients Infected With SARS-CoV-2 Admitted to ICUs of the Lombardy Region, Italy. *JAMA*, 323(16), 1574–1581.
7. **Lomoro P., Verde F., Zerboni F. và cộng sự.** (2020). COVID-19 pneumonia manifestations at the admission on chest ultrasound, radiographs, and CT: single-center study and comprehensive radiologic literature review. *Eur J Radiol Open*, 7, 100231.
8. **Linh L.T., Cường N.N., và Quê N.V.** (2023). Đặc điểm hình ảnh tổn thương phổi trên cắt lớp vi tính của những bệnh nhân hậu covid-19. *VMJ*, 528(1).
9. **Writing Committee for the COMEBAC Study Group, Morin L., Savale L. và cộng sự.** (2021). Four-Month Clinical Status of a Cohort of Patients After Hospitalization for COVID-19. *JAMA*, 325(15), 1525–1534.
10. **Sang N.V., Kiên N.V., Ninh T.P. và cộng sự.** (2023). Nghiên cứu hình ảnh tổn thương phổi trên cắt lớp vi tính đa dãy ở bệnh nhân hậu covid-19. *VMJ*, 530(1).

KẾT QUẢ PHẪU THUẬT NỘI SOI ĐIỀU TRỊ VIÊM TÚI MẬT CẤP Ở NGƯỜI CAO TUỔI TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH QUẢNG NINH

Nguyễn Thanh Phương¹, Trịnh Văn Tuấn², Đặng Quốc Ái³

TÓM TẮT

¹Bệnh Viện Đa Khoa Tỉnh Quảng Ninh

²Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức

³Bệnh Viện E

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thanh Phương

Email: bsphuongubqn@gmail.com

Ngày nhận bài: 6.3.2024

Ngày phản biện khoa học: 19.4.2024

Ngày duyệt bài: 20.5.2024

Mục tiêu: Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi điều trị viêm túi mật cấp ở người cao tuổi tại Bệnh viện Đa Khoa Tỉnh Quảng Ninh từ 1/2020-12/2022.

Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu mô tả hồi cứu 70 bệnh nhân cao tuổi được chuẩn đoán viêm túi mật cấp và được phẫu thuật nội soi cắt túi mật ở nhóm bệnh trên. **Kết quả:** Độ tuổi trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là $74,7 \pm 9,509$ tuổi, Tỷ lệ Nam/Nữ: 1/1,09. Sỏi túi mật là nguyên nhân hay gặp nhất của viêm túi mật cấp (82,9%), Đa số bệnh nhân được phẫu thuật nội soi cắt túi mật (92,85%). Bệnh

nhân phẫu thuật nội soi chuyển mổ mở chiếm tỷ lệ rất thấp (7,15%). Thời gian phẫu thuật trung bình ở nhóm nội soi (73,25±18,85), nhóm nội soi chuyển mổ dài hơn (114±19,49), Thời gian nằm viện sau phẫu thuật trung bình 6,15±2,5, biến chứng trong phẫu thuật chiếm tỷ lệ thấp (4,28%), biến chứng sau phẫu thuật chiếm tỷ lệ thấp (12,9%), Có 27,1% bệnh nhân được nuôi cấy vi khuẩn, trong đó mọc VK chiếm tỷ lệ 78,94%, cao hơn so với không mọc VK 21,06%. BN có E.Coli dương tính chiếm tỷ lệ cao nhất 73,33%, bệnh nhân bị viêm túi mật phù nề chiếm tỷ lệ cao nhất 62,9%, tiếp theo là viêm túi mật hoại tử 31,4%, nhân viêm túi mật mũ chiếm tỷ lệ thấp (5,7%), Kết quả phẫu thuật tại thời điểm ra viện: BN đạt kết quả tốt chiếm tỷ lệ 87,1%, kết quả trung bình chiếm tỷ lệ thấp 12,9%, không có bệnh nhân đạt kết quả xấu.

Từ khóa: Viêm túi mật cấp, Phẫu thuật nội soi.

SUMMARY

RESULTS OF ENDOSCOPIC SURGERY FOR TREATMENT OF ACUTE APPENDICITIS IN ELDERLY PATIENTS AT QUANG NINH PROVINCIAL GENERAL HOSPITAL

Objective: To evaluate the results of endoscopic surgery for the treatment of acute appendicitis in elderly patients at Quang Ninh Provincial General Hospital from 1/2020 to 12/2022. **Subjects and methods:** A retrospective descriptive study was conducted on 70 elderly patients diagnosed with acute appendicitis and underwent endoscopic appendectomy. **Results:** The average age in our study was 74.7 ± 9.509 years, Male/Female ratio: 1/1.09. Gallstones were the most common cause of acute appendicitis (82.9%). The majority of patients underwent endoscopic appendectomy (92.85%). The rate of conversion to open surgery was very low (7.15%). The average operation time in the endoscopic group was 73.25±18.85 minutes, longer in the converted open group (114±19.49 minutes). The average postoperative hospital stay was 6.15±2.5 days. The complication rate during surgery was low (4.28%), and the postoperative complication rate was also low (12.9%). Bacterial culture was performed in 27.1% of patients, with positive growth of bacteria in 78.94% of cases, higher than cases with negative bacterial growth (21.06%). E. Coli was the most common positive bacteria (73.33%), followed by suppurative appendicitis (62.9%) and gangrenous appendicitis (31.4%). The rate of abscess formation was low (5.7%). Surgical outcomes at the time of discharge: Good outcomes were achieved in 87.1% of patients, while a small proportion had fair outcomes (12.9%), and no patients had poor outcomes.

Keywords: Acute appendicitis, Endoscopic surgery

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. Viêm túi mật là một cấp cứu ngoại khoa đứng hàng đầu trong cấp cứu bụng ở các nước phát triển, ở Việt Nam những năm gần đây ngày càng gặp nhiều. Bệnh gặp ở

nữ nhiều hơn nam, có thể gặp ở mọi lứa tuổi, tuy nhiên hay gặp ở tuổi trung niên và người cao tuổi, Ngày nay, phẫu thuật nội soi (PTNS) cắt túi mật là tiêu chuẩn vàng trong điều trị VTMC do sỏi^{1 2}. PTNS cắt túi mật có nhiều ưu điểm như: giảm tỉ lệ biến chứng nhiễm trùng vết mổ, ít đau sau mổ, thời gian nằm viện ngắn, Viêm túi mật ở người cao tuổi thường gặp khó khăn về chẩn đoán bởi ngoài những lý do chung giống như người bình thường (sự thay đổi vị trí của túi mật, ảnh hưởng của việc dùng thuốc giảm đau, kháng sinh...), còn có thêm những đặc thù riêng về tuổi tác, tâm lý, khả năng phối hợp của bệnh nhân (BN) với thầy thuốc khi thăm khám, các bệnh mạn tính kèm theo, các phản ứng của cơ thể suy giảm làm cho các triệu chứng lâm sàng không điển hình, dẫn đến chẩn đoán muộn, xử trí chậm và kết quả điều trị hạn chế, Xuất phát từ tình hình trên, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài: "*Kết quả phẫu thuật nội soi điều trị viêm túi mật cấp ở người cao tuổi tại Bệnh viện Đa Khoa Tỉnh Quảng Ninh từ 1/2020-12/2022*".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Đối tượng nghiên cứu, bệnh nhân trong người cao tuổi (trên 60 tuổi) đã được chẩn đoán bệnh lý viêm túi mật. Tại Bệnh viện Tỉnh Quảng Ninh, từ tháng 01 năm 2020 đến tháng 12 năm 2022.

Tiêu chuẩn lựa chọn: Tất cả bệnh nhân >=60 tuổi, được chuẩn đoán viêm túi mật cấp theo Tokyo Guideline 2018 được phẫu thuật nội soi cắt túi mật tại Bv Đa khoa tỉnh Quảng Ninh.

Tiêu chuẩn loại trừ: Có sỏi đường mật trong và ngoài gan, Có các bệnh lý ngoại khoa khác kèm theo như u đường mật, u tụy, u dạ dày, hoặc chống chỉ định của phẫu thuật nội soi.

2.2. Phương pháp nghiên cứu:

- ❖ Thiết kế nghiên cứu: mô tả hồi cứu.
- ❖ Cỡ mẫu và chọn mẫu: Thuận tiện (tất cả bệnh nhân đủ tiêu chuẩn)
- ❖ Các biến số nghiên cứu:
 - Đặc điểm tuổi, giới, nghề nghiệp, tỉ lệ các bệnh nội khoa đồng mắc.
 - Kết quả phẫu thuật: thời điểm phẫu thuật, phương pháp phẫu thuật, thời gian phẫu thuật, các biến chứng trong và sau mổ, kết quả giải phẫu bệnh và nuôi cấy vi khuẩn, đánh giá kết sớm sau mổ.

2.3. Xử lý số liệu:

 Phần mềm SPSS 20.0

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

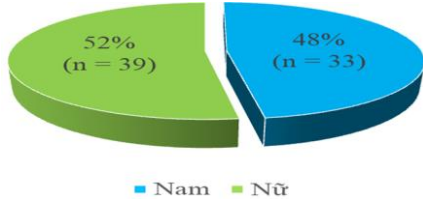
Có 70 bệnh nhân đạt tiêu chuẩn lựa chọn vào nghiên cứu. Kết quả phân bố như sau

3.1. Đặc điểm về tuổi

Bảng 1. Phân bố theo tuổi

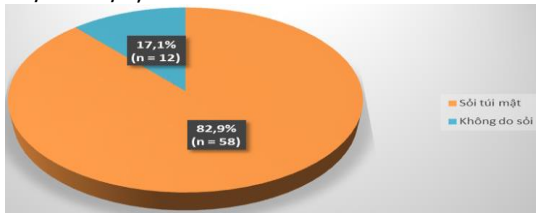
Nhóm tuổi	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
60 – < 70	31	44,3%
70 – < 80	21	30%
≥ 80	18	25,7%
X ± SD	74,7 ± 9,509	

Nhận xét: Độ tuổi trung bình là 74,7 ± 9,509 tuổi, trong đó, độ tuổi từ 60 – 69 chiếm tỷ lệ cao nhất 44,3%, thấp nhất là 62 và cao nhất là 97 tuổi.



Biểu đồ 1: Phân bố theo giới

Nhận xét: Trong nghiên cứu của chúng tôi, nam chiếm tỷ lệ 48%, nữ chiếm tỷ lệ 52%. Tỷ lệ Nam/Nữ: 1/1,09.



Biểu đồ 2. Nguyên nhân viêm túi mật cấp

Nhận xét: Sỏi túi mật là nguyên nhân hay gặp nhất của viêm túi mật cấp (82,9%). Các nguyên nhân khác gây viêm túi mật cấp chiếm tỷ lệ thấp (17,1%).

3.2. Đặc điểm tiền sử

Bảng 2. Tiền sử ngoại khoa

Phẫu thuật	Vị trí	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Phẫu thuật	Dưới rốn	2	2,9
	Trên rốn	2	2,9
	Cả trên và dưới rốn	0	0
Tổng		4	5,8

Nhận xét: Đa số bệnh nhân không có tiền sử phẫu thuật ổ bụng. Chỉ có 5,8% bệnh nhân có tiền sử phẫu thuật bụng.

Bảng 3. Tiền sử nội khoa đồng mắc

Tiền sử bệnh nội khoa	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Viêm gan mạn, xơ gan	3	4,28
Tăng huyết áp	32	45,71
Bệnh phổi mạn tính	2	2,85
Suy tim	2	2,85
Đái tháo đường	24	34,28
Bệnh nội khoa khác	5	7,14

Nhận xét: THA là bệnh lý mạn tính kết hợp thường gặp nhất với tỷ lệ 45,71%, tiếp theo là ĐTĐ với tỷ lệ 34,28%. Các bệnh lý khác chiếm tỷ lệ thấp.

3.3. Kết quả phẫu thuật

Bảng 4. Phương pháp phẫu thuật

Phương pháp phẫu thuật	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Nội soi	65	92,85
Nội soi chuyển mổ	5	7,15

Nhận xét: Đa số bệnh nhân được phẫu thuật nội soi cắt túi mật (92,85%). Bệnh nhân phẫu thuật nội soi chuyển mổ chiếm tỷ lệ rất thấp (7,15%).

Bảng 5. Thời gian mổ

Thời gian	Nội soi (n=65)	NS chuyển mổ (n=5)	Tổng (n=70)
min	45	80	
max	110	130	
X ± SD	73,25±18,85	114±19,49	
p	0.008		

Nhận xét: + Thời gian phẫu thuật trung bình ở nhóm nội soi (73,25±18,85), nhóm nội soi chuyển mổ dài hơn (114±19,49).

+ Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỷ lệ thời gian trung tiện giữa nhóm mổ nội soi và nội soi chuyển mổ (p < 0,05).

Bảng 6. Thời điểm phẫu thuật

Thời điểm	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
< 72 giờ	25	35,7
> 72 giờ	45	64,3

Nhận xét: Bệnh nhân được phẫu thuật trong khoảng sau 72 giờ từ khi có triệu chứng tỷ lệ cao nhất 64,3%. Bệnh nhân được phẫu thuật trước 72 giờ chiếm tỷ lệ thấp hơn 35,7%.

Bảng 7. Dẫn lưu túi mật trước phẫu thuật

Dẫn lưu túi mật	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Có	2	2,86
Không	68	97,14
Tổng	70	100

Nhận xét: Bệnh nhân được dẫn lưu túi mật trước phẫu thuật chiếm tỷ lệ rất thấp 2,86% do , đều là bệnh nhân viêm túi mật cấp độ 3 theo Tokyo 2018, cả 2 bệnh nhân được điều trị kháng sinh 2 loại phối hợp 15 ngày đáp ứng tốt và được phẫu thuật nội soi cắt túi mật sau đó.

Bảng 8. Tình trạng túi mật trong phẫu thuật

Tình trạng túi mật	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)	
Có sỏi túi mật	58	82,9	
Kích thước túi mật lớn	56	80	
Thành túi mật dày	61	87,1	
Đại thể	Viêm cấp	58	67,44
	Hoại tử	28	32,55

Nhận xét: Tình trạng túi mật khi phẫu thuật. 87,1% bệnh nhân có thành túi mật dày, đa số bệnh nhân có kích thước túi mật lớn (80%). Hình ảnh đại thể khi phẫu thuật, bệnh nhân viêm túi mật cấp chiếm tỷ lệ 67,44% cao hơn so với viêm túi mật hoại tử 32,55%. Đa số bệnh nhân phát hiện sỏi túi mật trong phẫu thuật 82,9%.

Bảng 9. Đặt dẫn lưu dưới gan

Đặt dẫn lưu dưới gan	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)	p
Nội soi (n=65)	37	56,9	<0,05
Nội soi chuyển mổ (n=5)	5	100	
Tổng (n=70)	42	60	

Nhận xét: Bệnh nhân được đặt dẫn lưu dưới gan chiếm tỷ lệ 56,9%. Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỷ lệ BN phải đặt dẫn lưu dưới gan giữa hai nhóm mổ nội soi và Nội soi chuyển mổ (p < 0,05).

Bảng 10. Tai biến trong mổ

Tai biến phẫu thuật	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Chảy máu	3	3,48
Thủng đại tràng	0	0,00
Tai biến khác	0	0,00

Nhận xét: Tai biến trong phẫu thuật chiếm 3,48% chủ yếu là chảy máu trong mổ, 3 có 2 trường hợp phải chuyển mổ mở để cầm máu, 1 trường hợp xử lý được bằng nội soi.

Bảng 11. Thời gian nằm viện sau phẫu thuật

Số ngày	Nội soi (n=65)	NS chuyển mổ (n=5)	Tổng (n=70)
<6 ngày	45 (69,2)	0	45 (64,2)
>6 ngày	20(30,8)	5(100)	25 (35,8)
X ± SD	6,15±2,563	11,6±4,879	
p	0,014		
X ± SD	6,54 ± 3,07		

Nhận xét: + Thời gian nằm viện sau phẫu thuật trung bình 6,54 ± 3,07 ngày, nằm viện sau phẫu thuật ít nhất là 2 ngày và nhiều nhất là 19 ngày.

+ Nhóm phẫu thuật nội soi có số ngày nằm viện thấp hơn so với nhóm mổ mở và nội soi chuyển mổ (p < 0,05).

Bảng 12. Biến chứng sau phẫu thuật

Biến chứng	Nội soi (n=65)	NS chuyển mổ (n=5)	Tổng (n=70)
Viêm phổi	4	2	6 (8,57)
Nhiễm khuẩn vết mổ	0	0	0
Tụ dịch dưới gan	3	0	3 (4,28)
Tổng	7	2	9 (12,8)
P	< 0,05		

Nhận xét: Bệnh nhân có biến chứng sau phẫu thuật chiếm tỷ lệ thấp (12,8%). Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỷ lệ biến chứng giữa

nhóm PTNS và nhóm mổ mở/Nội soi chuyển mổ (p < 0,05).

Bảng 13. Kết quả nuôi cấy vi khuẩn

Kết quả	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Có vi khuẩn	15	78,94
Không có vi khuẩn	4	21,06
Tổng	19	100

Nhận xét: Có 27,14% bệnh nhân được nuôi cấy vi khuẩn, trong đó có vi khuẩn chiếm tỷ lệ 78,94%, cao hơn so với không mọc vi khuẩn 21,06%.

Bảng 14. Loại vi khuẩn

Loại vi khuẩn	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
E.Coli	11	73,33
Klebsiella	2	13,33
Clostridium Perfringens	1	6,67
Citrobacter freundii	1	6,67
Enterococcus faecalis	1	6,67

Nhận xét: Trong 21 bệnh nhân được cấy khuẩn, bệnh nhân có E.Coli dương tính chiếm tỷ lệ cao nhất 73,33%, các loại vi khuẩn khác chiếm tỷ lệ thấp.

Bảng 15. Tổn thương giải phẫu bệnh

Tổn thương giải phẫu bệnh	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Viêm túi mật phù nề	44	62,9
Viêm túi mật hoại tử	22	31,4
Viêm túi mật mũ	4	5,7
Tổng	70	100

Nhận xét: Hình ảnh tổn thương giải phẫu bệnh, bệnh nhân bị viêm túi mật phù nề chiếm tỷ lệ cao nhất 62,9%, tiếp theo là viêm túi mật hoại tử 31,4%. Bệnh nhân viêm túi mật mũ chiếm tỷ lệ thấp (5,7%).

Bảng 16. Kết quả phẫu thuật tại thời điểm ra viện

Kết quả phẫu thuật	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Tốt	61	87,1
Trung bình	9	12,9
Xấu	0	0,00
Tổng	70	100

Nhận xét: Kết quả phẫu thuật tại thời điểm ra viện thấy rằng, bệnh nhân 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

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm về giới. Chúng tôi thấy rằng, nam chiếm tỷ lệ 48%, nữ chiếm tỷ lệ 52%; tỷ lệ Nam/Nữ: 1/1,09. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương tự như các nghiên cứu khác trong nước và trên thế giới. Ở trong nước nghiên cứu của Vũ Văn Hải (2018), nam chiếm tỷ lệ

42,6%, nữ chiếm tỷ lệ 57,4%, tỷ lệ Nam/Nữ: 1/1; nghiên cứu của Hoàng Việt Dũng (2007), tỷ lệ Nam/Nữ là 1,838; nghiên cứu của Lê Trung Hải (2010), nghiên cứu trên 71 bệnh nhân viêm túi mật cấp ở người cao tuổi thấy rằng nam chiếm tỷ lệ 32,4%, nữ chiếm tỷ lệ 67,6%, tỷ lệ Nam/Nữ: 1/2. Như vậy, các nghiên cứu trong nước và trên thế giới đều thấy rằng, nữ mắc bệnh viêm túi mật cấp cao hơn nam giới. Theo Bingener J. và cộng sự (2003) cho rằng nội tiết tố nữ (Oestrogen) làm tăng cholesterol trong dịch mật, mặt khác progesterol làm giảm khả năng co bóp của túi mật dẫn đến sự ứ trệ ở túi mật làm tăng nguy cơ tạo sỏi. Điều này giải thích phụ nữ có tỷ lệ bị sỏi túi mật cao hơn nam giới.

4.2. Đặc điểm tiền sử. Chúng tôi thấy rằng, bệnh nhân có tiền sử bệnh nội khoa chiếm tỷ lệ cao 68,6%. Trong đó hay gặp nhất là tăng huyết áp 45,71% và ĐĐTĐ 34,28%, các bệnh lý khác ít gặp. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương tự như nghiên cứu của Vũ Văn Hải (2018) với 64,8% bệnh nhân có tiền sử mắc bệnh nội khoa mạn tính, trong đó THA và ĐĐTĐ chiếm tỷ lệ cao nhất 48,1% và 25,9%; nghiên cứu của Nguyễn Đình Quang (2020) trên bệnh nhân viêm túi mật cấp do sỏi ở người cao tuổi, tác giả thấy rằng có 51% bệnh nhân có bệnh lý mạn tính đi kèm, trong đó THA chiếm tỷ lệ cao nhất 25%

4.3. Đặc điểm thời điểm phẫu thuật. Về thời điểm phẫu, nhiều tác giả cho rằng, thời gian vàng để thực hiện phẫu thuật cắt túi mật là trong vòng 72 giờ từ khi xuất hiện các triệu chứng và đã có nhiều nghiên cứu so sánh kết quả cắt túi mật nội soi điều trị VTMC trước và sau 72 giờ đã cho kết quả thấy rằng, phẫu thuật cắt túi mật trong vòng 72 giờ đầu sẽ làm giảm tỷ lệ chuyển sang mổ mở, giảm biến chứng cũng như thời gian nằm viện^{3 4 5}. Casilla R. (2008) nghiên cứu CTMNS cho 173 bệnh nhân VTMC đã kết luận, phẫu thuật trong thời gian < 72 giờ điều trị VTMC an toàn và hiệu quả, tỷ lệ biến chứng và tử vong thấp, thời gian mổ ngắn hơn, tránh được các biến chứng của mổ muộn: viêm mù, thủng, hoại tử hay tái nhập viện do tái phát⁶; Condilis N., Sikalias N. (2008) đã khảo sát về thời điểm tốt nhất để chỉ định CTMNS điều trị VTMC cho thấy tiến hành phẫu thuật < 72 giờ đem lại kết quả tốt hơn \geq 72 giờ⁷. Trong nghiên cứu của chúng tôi theo bảng 3.3, bệnh nhân được phẫu thuật trong vòng 72 giờ từ khi vào viện chiếm tỷ lệ 35,7%. Bệnh nhân được phẫu thuật sau 72 giờ chiếm tỷ lệ cao hơn 64,3%.

4.4. Phương pháp phẫu thuật. Nhiều nghiên cứu trong nước và trên thế giới thấy

rằng, phẫu thuật nội soi là an toàn ở người cao tuổi kể cả các bệnh nhân trên 80 tuổi^{8 9 10}. 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 của chúng tôi, bệnh nhân được phẫu thuật nội soi cắt túi mật chiếm tỷ lệ rất cao 92,85% (bảng 3.1). Có 5 bệnh nhân được phẫu thuật mở chiếm tỷ lệ 7,15%. Phẫu thuật mở cắt túi mật trong nghiên cứu của chúng tôi gặp ở các bệnh nhân có tiền lượng khó với phẫu thuật nội soi như bệnh lý tim mạch nặng, đặt stent mạch vành, bệnh nhân có tiền sử cắt 3/4 dạ dày, phẫu thuật khâu lỗ thủng dạ dày.

4.5. Tai biến trong mổ. Trong nghiên cứu của chúng tôi có 3 bệnh nhân chảy máu trong mổ: 2 bệnh nhân chảy máu giường túi mật, 1 chảy máu động mạch túi mật, 2 bệnh nhân chảy máu giường túi mật được cầm máu qua nội soi, TH chảy máu động mạch túi mật chuyển mổ mở cầm máu vì không rõ là động túi mật hay động gan, Trong các nghiên cứu về phẫu thuật cắt túi mật thì tai biến chảy máu cũng là tai biến hay gặp nhất như nghiên cứu của Vũ Văn Hải (2018), tỷ lệ biến chứng chảy máu là 5,6%¹¹; nghiên cứu của Thái Nguyên Hưng (2023), tỷ lệ tai biến trong phẫu thuật là 24,0%, trong đó 20,0% là chảy máu¹⁰

V. KẾT LUẬN

Độ tuổi trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là $74,7 \pm 9,509$ tuổi, Tỷ lệ Nam/Nữ: 1/1,09. Sỏi túi mật là nguyên nhân hay gặp nhất của viêm túi mật cấp (82,9%), Đa số bệnh nhân được phẫu thuật nội soi cắt túi mật (92,85%). Bệnh nhân phẫu thuật nội soi chuyển mổ mở chiếm tỷ lệ rất thấp (7,15%). Thời gian phẫu thuật trung bình ở nhóm nội soi ($73,25 \pm 18,85$), nhóm nội soi chuyển mở dài hơn ($114 \pm 19,49$), Thời gian nằm viện sau phẫu thuật trung bình $6,15 \pm 2,5$, biến chứng trong phẫu thuật chiếm tỷ lệ thấp (4,28%), biến chứng sau phẫu thuật chiếm tỷ lệ thấp (12,9%), Có 27,1% bệnh nhân được nuôi cấy vi khuẩn, trong đó mọc VK chiếm tỷ lệ 78,94%, cao hơn so với không mọc VK 21,06%. BN có E.Coli dương tính chiếm tỷ lệ cao nhất 73,33%, bệnh nhân bị viêm túi mật phụ nề chiếm tỷ lệ cao nhất 62,9%, tiếp theo là viêm túi mật hoại tử 31,4%, nhân viêm túi mật mù chiếm tỷ lệ thấp (5,7%), Kết quả phẫu thuật tại thời điểm ra viện: BN đạt kết quả tốt chiếm tỷ lệ 87,1%, kết quả trung bình chiếm tỷ lệ thấp 12,9%, không có bệnh nhân đạt kết quả xấu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bingener-Casey J.** Reasons for Conversion From Laparoscopic to Open Cholecystectomy, A 10-Year Review. *Journal of Gastrointestinal Surgery*. 2022; 6(6): 800-805. doi: 10.1016/ S1091-255X(02) 00064-1
2. **Borzellino G, Sauerland S, Minicozzi AM, et al.** Laparoscopic cholecystectomy for severe acute cholecystitis. A meta-analysis of results. *Surg Endosc*. 2008; 22(1):8-15. doi: 10.1007/s00464-007-9511-6
3. **Lê Quang Minh.** Nghiên Cứu Chỉ Định và Kết Quả Điều Trị Viêm Túi Mật Cấp Bằng Phẫu Thuật Cắt Túi Mật Nội Soi. Luận án tiến sỹ Y học. Viện nghiên cứu khoa học Y dược lâm sàng 108; 2012.
4. **Al-Mulhim AA.** Timing of early laparoscopic cholecystectomy for acute cholecystitis. *JLS*. 2018;12(3):282-287.
5. **González-Rodríguez FJ, Paredes-Cotoré JP, Pontón C, et al.** Early or delayed laparoscopic cholecystectomy in acute cholecystitis? Conclusions of a controlled trial. *Hepatogastroenterology*. 2019;56(89):11-16.
6. **Casillas RA, Yegiyants S, Collins JC.** Early laparoscopic cholecystectomy is the preferred management of acute cholecystitis. *Arch Surg*. 2008; 143(6): 533-537. doi: 10.1001/archsurg.143.6.533
7. **Condilis N, Sikalias N, Mountzalia L, Vasilopoulos J, Koynnos C, Kotsifas T.** Acute cholecystitis: when is the best time for laparoscopic cholecystectomy? *Ann Ital Chir*. 2018;79(1):23-27.
8. **Caglià P, Costa S, Tracia A, et al.** Can laparoscopic cholecystectomy be safely performed in the elderly? *Ann Ital Chir*. 2012;83(1):21-24.
9. **Malik AM, Laghari AA, Talpur KAH, Memon A, Pathan R, Memon JM.** Laparoscopic cholecystectomy in the elderly patients. An experience at Liaquat University Hospital Jamshoro. *J Ayub Med Coll Abbottabad*. 2017; 19(4):45-48.
10. **Ekici U, Yilmaz 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*. Published online June 27, 2018. doi:10.7759/cureus.2888

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ HÌNH ẢNH CỘNG HƯỞNG TỪ CỦA BỆNH CƠ TIM XỐP TẠI BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y HÀ NỘI

Mai Thị Quỳnh¹, Đoàn Tiên Lưu^{1,2},
Phạm Văn Điệp¹, Hoàng Đình Âu¹

Từ khóa: bệnh cơ tim xốp, cộng hưởng từ tim, tỷ lệ NC/C

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu nhằm mô tả đặc điểm lâm sàng và hình ảnh cộng hưởng từ (CHT) tim của bệnh nhân bệnh cơ tim xốp (NCCM) được chẩn đoán tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả chùm ca bệnh được thực hiện tại Bệnh viện Đại Học Y Hà Nội từ tháng 6/2022 đến tháng 6/2023 trên các BN bệnh cơ tim xốp được chụp CHT tim tại BV Đại học Y Hà Nội. **Kết quả:** Có 3 bệnh nhân tuổi trung bình là 35,6±10,2; gồm 1 BN nam và 2 BN nữ. 2 BN vào viện vì khó thở, 1 BN không có triệu chứng lâm sàng. 3/3 BN có rối loạn nhịp tim gồm 2/3 có block nhánh trái, 1/3 có ngoại tâm thu thất. Trên CHT, 3/3 BN có tổn thương ở thất trái, trong đó chủ yếu ở vùng giữa và mỏm tim, tỷ lệ bề dày cơ tim không lên chặt/ lên chặt (NC/ C): 4,5 ± 2,9; 1/3 BN có phân suất tống máu (EF) giảm. Không BN nào có tổn thương ngấm thuốc muộn (LGE) cơ tim. **Kết luận:** Cộng hưởng từ tim là phương pháp hình ảnh không xâm lấn có vai trò quan trọng trong chẩn đoán bệnh cơ tim xốp.

¹Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

²Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Hoàng Đình Âu

Email: hoangdinhou@gmail.com

Ngày nhận bài: 11.3.2024

Ngày phản biện khoa học: 22.4.2024

Ngày duyệt bài: 22.5.2024

SUMMARY

CLINICAL CHARACTERISTICS AND CARDIAC MAGNETIC RESONANCE IMAGING OF PATIENTS WITH NON-COMPACTION CARDIOMYOPATHY AT HANOI MEDICAL UNIVERSITY HOSPITAL

Purpose: Describe clinical characteristics and cardiac magnetic resonance imaging (MRI) of patients with non-compaction cardiomyopathy at Hanoi Medical University Hospital. **Material and methods:** Descriptive study conducted at Hanoi Medical University Hospital from June 2022 to June 2023 on patients with non-compaction cardiomyopathy, having cardiac magnetic resonance imaging at Hanoi medical university. **Results:** There were 3 patients with a mean age of 35.6±10.2; including of 2 female patients and 1 male patient. 2 patients had shortness of breath, 1 patients had no symptom. All 3 patients had arrhythmia among them 2 patients had left bundle branch block, 1 patient had ventricular extrasystoles. On MRI, all 3 patients had left ventricular non-compaction cardiomyopathy, mainly found in the middle and apex area, NC/C ratio of 4.5 ± 2.9. 1 patient had decreased ejection fraction. No one had the late myocardial enhancement. **Conclusion:** Cardiac magnetic resonance imaging was an important non-invasive imaging method in the diagnosis of non-