

KẾT QUẢ PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT TÚI MẬT DO VIÊM TÚI MẬT CẤP CÓ SỬ DỤNG ống HÚT NỘI SOI ĐỂ PHẪU TÍCH: HỒI CỨU 198 CA BỆNH TẠI BỆNH VIỆN BẠCH MAI

Trần Quế Sơn^{1,2,✉}, Nguyễn Ngọc Hùng², Trần Hiếu Học^{1,2}
Vũ Thị Phương Anh², Lương Văn Quý³, Trần Thu Hương²

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Bạch Mai

³Bệnh viện Đa khoa Tỉnh Lào Cai

Viêm túi mật cấp là tổn thương phức tạp do biến đổi về giải phẫu, viêm dính, sỏi kẹt cổ gây khó khăn khi mổ nội soi ngay cả với các phẫu thuật viên có kinh nghiệm. Nghiên cứu nhằm đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi có sử dụng ống hút nội soi trong điều trị viêm túi mật cấp. Chúng tôi thực hiện nghiên cứu mô tả các ca bệnh được mổ từ tháng 1/2020 đến 4/2024 tại Bệnh viện Bạch Mai. Tổng số 198 người bệnh (gồm 144 nam và 54 nữ). Tuổi trung vị là 62 tuổi, (IQR, 47,2 - 73,5). Tiêu chuẩn an toàn (Critical View of Safety - CVS) đạt được ở 135 bệnh nhân (68,1%). Tổn thương trong mổ của túi mật với đặc điểm viêm phù nề, viêm mũ và viêm hoại tử lần lượt là 70,1%, 11,2% và 18,7%. Thời gian phẫu tích tam giác Calot và thời gian mổ lần lượt là 34 phút (IQR, 26 - 41) và 56,5 phút (IQR, 49,2 - 67). Tỷ lệ cắt túi mật toàn bộ và cắt túi mật gần toàn bộ (sub total cholecystectomy) lần lượt là 89,8% và 10,2%. Biến chứng chảy máu phải mổ lại và rò mật lần lượt là 0,5% và 1,01%. Thời gian nằm viện là 4 ngày (IQR, 3 - 5). Nghiên cứu cho thấy ống hút nội soi được sử dụng hiệu quả để cắt bỏ túi mật viêm cấp. Biến chứng ít, nhẹ, tỷ lệ mổ lại thấp và không tử vong.

Từ khóa: Viêm túi mật cấp, phẫu thuật nội soi, ống hút nội soi, biến chứng, rò mật, chảy máu.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm túi mật cấp do sỏi là một cấp cứu ngoại khoa bệnh phổ biến, tỷ lệ mắc 20.000.000 người/năm, khoảng 1,8 triệu lượt cần phải can thiệp cấp cứu mỗi năm ở Hoa Kỳ. Cắt túi mật là phẫu thuật phổ biến nhất, ước tính 750.000 ca phẫu thuật/năm, phần lớn trong số đó là phẫu thuật nội soi.¹ Phẫu thuật nội soi (PTNS) cắt túi mật mang lại nhiều lợi ích như ít đau, thẩm mỹ, ít nhiễm trùng vết thương và hồi phục sớm.²⁻⁴ Tuy nhiên, PTNS sẽ gặp những khó khăn nhất định khi túi mật viêm cấp, khó đạt được tiêu

chuẩn an toàn nên có thể gặp biến chứng như tổn thương ống mật, chảy máu, phải chuyển mổ mở.^{5,6} Các nghiên cứu phân tích tổng hợp cho thấy tỷ lệ biến chứng của cắt túi mật nội soi là 0,3 - 1,5%, trong đó biến chứng nghiêm trọng dao động từ 0,08 đến 0,5%.^{2,7,8} Biến chứng này có thể tăng lên khi phẫu thuật viên ít kinh nghiệm, viêm túi mật cấp trên 72 giờ, túi mật khó như hội chứng Mirizzi. Tỷ lệ tử vong do các biến chứng nặng là 2 - 4%.^{6,9} Chính vì vậy, mục tiêu của PTNS vừa phải đảm bảo tính chất ít xâm lấn vừa phải đảm bảo an toàn và hiệu quả điều trị.

Trong quá trình mổ, chúng tôi nhận thấy túi mật viêm luôn có dịch tiết quanh túi mật, thành nề dày, xung huyết dễ chảy máu, khó cầm nắm bằng dụng cụ nội soi. Viêm túi mật cấp làm các

Tác giả liên hệ: Trần Quế Sơn

Trường Đại học Y Hà Nội

Email: tranqueson@hmu.edu.vn

Ngày nhận: 06/05/2024

Ngày được chấp nhận: 27/05/2024

mô dễ vỡ, vùng mô viêm dính làm cho việc bộc lộ ống cổ túi mật, động mạch trở nên khó khăn. Vì vậy, tiêu chuẩn an toàn (CVS) không dễ để xác định. Để quá trình phẫu tích được thuận lợi, chúng tôi dùng ống hút nội soi để hút xẹp túi mật, bộc lộ ống cổ túi mật, động mạch túi mật là một trong những bước rất quan trọng để xác định tiêu chuẩn an toàn (CVS) nhằm tránh tai biến và biến chứng. Tìm kiếm trên y văn, không có nhiều các bài báo mô tả chi tiết các bước phẫu tích thế nào trong trường hợp túi mật viêm cấp để đảm bảo tính an toàn, giảm tỷ lệ tai biến và chuyển mổ mở.¹⁰ Nghiên cứu này nhằm mô tả kỹ thuật sử dụng ống hút nội soi và kết quả điều trị viêm túi mật cấp được đúc kết từ kinh nghiệm cá nhân trên 198 trường hợp tại Bệnh viện Bạch Mai.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

1. Đối tượng

Bao gồm 198 bệnh nhân được chẩn đoán viêm túi mật cấp được phẫu thuật cắt túi mật nội soi từ 1/2020 đến 4/2024. Tất cả các bệnh nhân đều được thực hiện bởi một phẫu thuật viên chuyên khoa Tiêu hóa Gan Mật trên 10 năm kinh nghiệm.

Tiêu chuẩn lựa chọn

Người bệnh được chẩn đoán xác định viêm túi mật cấp dựa vào tiêu chuẩn Tokyo 2018 (Dấu hiệu viêm tại chỗ, dấu hiệu viêm toàn thể, dấu hiệu chẩn đoán hình ảnh); được mổ cắt túi mật nội soi; hồ sơ đáp ứng các yêu cầu cơ bản của nghiên cứu; tuổi ≥ 18 tuổi; giải phẫu bệnh là viêm túi mật cấp.¹¹

Tiêu chuẩn loại trừ

Không đủ dữ kiện nghiên cứu (thiếu siêu âm hoặc cắt lớp vi tính ổ bụng); không mô tả kỹ thuật mổ có sử dụng ống hút phẫu tích.

2. Phương pháp

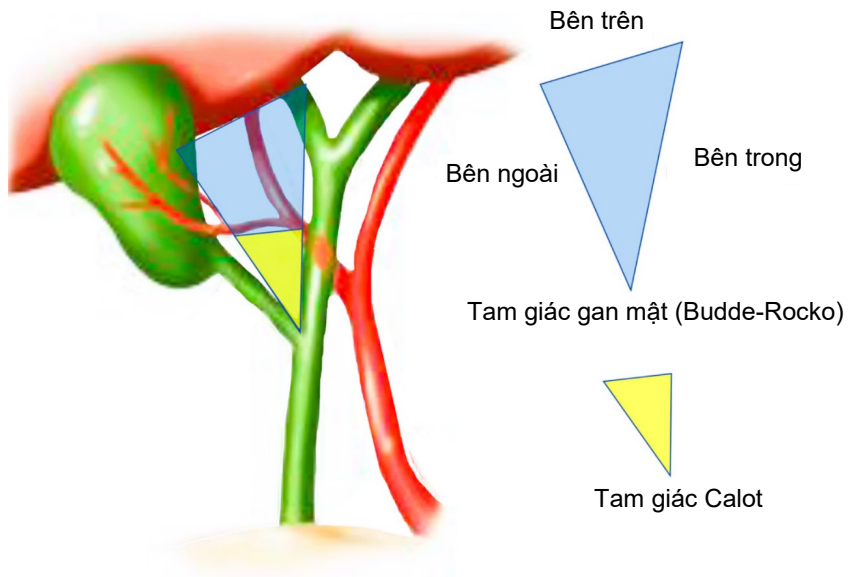
Thiết kế nghiên cứu: mô tả, hồi cứu. Mẫu số toàn bộ, chọn mẫu thuận tiện gồm tất cả

người bệnh đáp ứng tiêu chuẩn ở trên trong thời gian nghiên cứu. Đánh giá kết quả sau mổ bằng siêu âm bụng sau mổ một tháng.

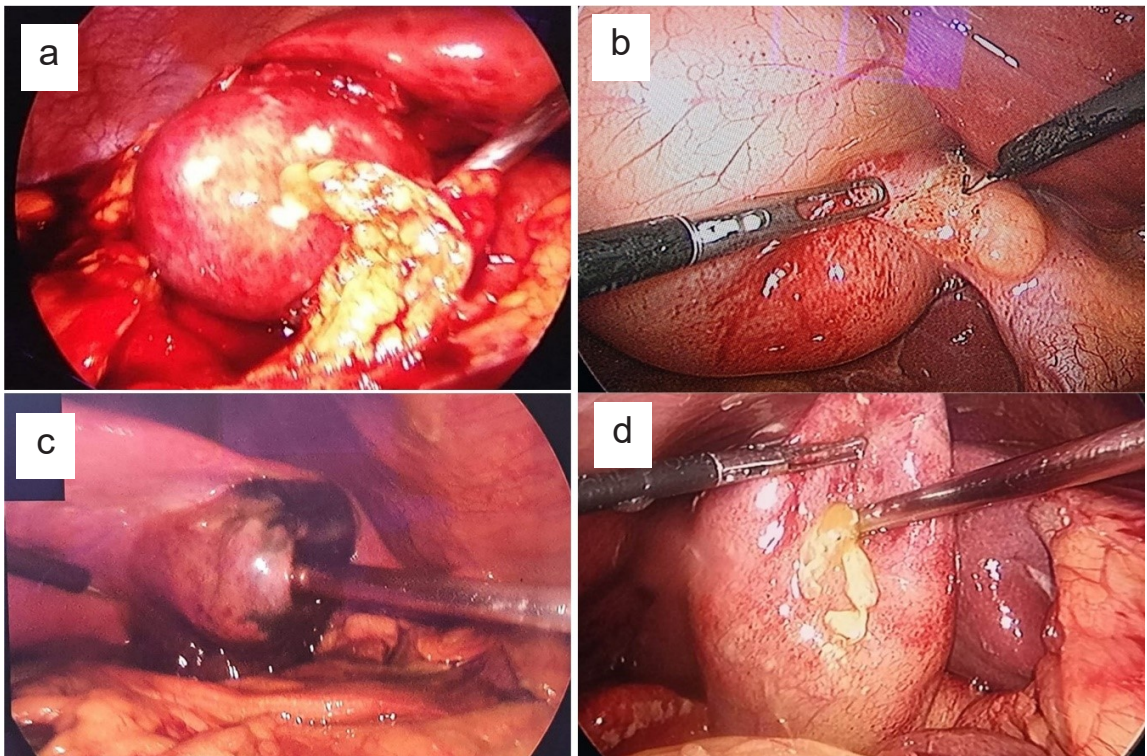
Chỉ tiêu nghiên cứu bao gồm: (i) Đặc điểm chung như tuổi, giới, ASA; (ii) Đặc điểm lâm sàng bao gồm lý do vào viện, giá trị xét nghiệm máu trước mổ (Bilirubin toàn phần, GOT, GPT, bạch cầu, hồng cầu, tiểu cầu...); (iii) Đặc điểm viêm túi mật trên siêu âm và chụp cắt lớp vi tính; (iv) Tổn thương túi mật, viêm phúc mạc và kỹ thuật mổ (chuyển mổ mở, phương tiện kẹp ống túi mật và động mạch túi mật, tai biến, thời gian phẫu tích kẹp được ống cổ túi mật, thời gian mổ...); (v) Biến chứng sau mổ (chảy máu, rò mật, nhiễm khuẩn vết mổ...).

Kỹ thuật cắt túi mật nội soi sử dụng ống hút để phẫu tích

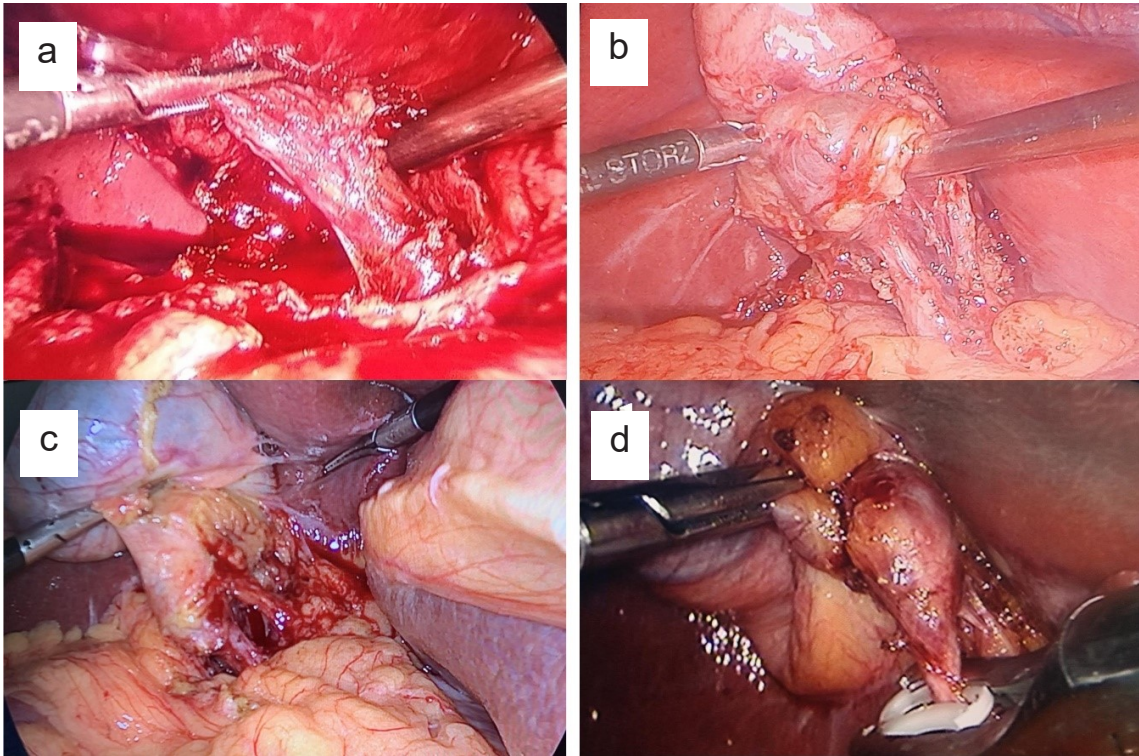
Phẫu thuật cắt túi mật nội soi được thực hiện bằng kỹ thuật phẫu thuật 3 trocar (10 mm ở vùng dưới rốn - camera, 10mm ở vùng dưới xương ức và 5-mm mạng sườn phải ngang rốn) với ống nội soi góc 30°. Kiểm tra toàn bộ ổ bụng từ vòm hoành, bề mặt gan, hố lách, phúc mạc tiểu khung. Sử dụng dụng cụ và ống hút nội soi tách các thành phần xung quanh để bộc lộ túi mật (Hình 2a). Dùng móc mở phúc mạc ở bờ trên và dưới của phễu túi mật (Hình 2b). Chủ động dùng dao điện mở một lỗ nhỏ ở đáy túi mật. Dùng ống hút hút dịch mật làm xẹp túi mật (Hình 2c, 2d). Sau đó, dùng ống hút bóc tách tổ chức mỡ nằm ở trong vùng tam giác gan mật (Hình 1) để bộc lộ ống cổ túi mật và động mạch túi mật (Hình 3a,b,c). Động mạch và ống túi mật được kẹp bằng hem-o-lok nhựa (Weck/Teleflex) (Hình 3d). Túi mật được giải phóng ra khỏi mặt dưới nhu mô gan bằng móc đốt điện và ống hút nội soi. Cầm máu diện bóc tách bằng dao điện đơn cực. Một dẫn lưu silicon được đặt dưới gan và thường được rút sau 24 - 72h nếu dịch chảy ra màu hồng nhạt, dưới 50 mL/ngày. Túi mật được cho vào túi nilon lấy ra qua vết trocar ở rốn.



Hình 1. Tam giác gan mật và tam giác Calot ứng dụng trong phẫu thuật nội soi cắt túi mật⁶



Hình 2. Bộc lộ và làm xẹp túi mật trước khi phẫu tích tam giác Calot. a. thăm dò ổ bụng, giải phóng các tổ chức quanh túi mật; b. mờ phúc mạc quanh cổ túi mật (bước này có thể thực hiện trước hoặc sau khi đã làm xẹp túi mật); c-d. mờ túi mật và hút dịch mật làm xẹp túi mật (1c-túi mật viêm hoại tử, 1d-túi mật viêm mũ)



Hình 3. Bộc lộ các cấu trúc trong tam giác gan mật, tam giác Calot để đạt tiêu chuẩn an toàn. 2a-b: Vùng cổ túi mật viêm dính, chỉ thấy được ống cổ túi mật sau khi dùng ống hút tách tổ chức liên kết quanh ống cổ túi mật mà không thấy được động mạch túi mật. 2c: Đạt được tiêu chuẩn an toàn khi bộc lộ được ống cổ túi mật, động mạch túi mật và phần thấp của phễu túi mật. 2d: Sử dụng hem-o-lok nhựa để kẹp ống cổ túi mật, động mạch túi mật

Chăm sóc sau phẫu thuật và thu thập dữ liệu

Tất cả bệnh nhân được vận động và được cho ăn lỏng vào giờ thứ sáu ngay sau phẫu thuật. Cephalosporin thế hệ thứ ba 1g được dùng hai hoặc ba lần một ngày trong thời gian nằm viện. Ống dẫn lưu được rút khi lượng dẫn lưu giảm xuống 50 mL/ngày. Tất cả bệnh nhân được xuất viện khi đã được rút dẫn lưu, lưu thông ruột được, ăn được đường miệng. Đơn thuốc ra viện gồm kháng sinh, thuốc chống viêm và thuốc giảm đau non-steroid. Bệnh nhân được khám định kỳ tại phòng tái khám tuần thứ tư sau mổ bằng siêu âm ổ bụng, tế bào máu ngoại vi, bilirubin toàn phần, GOT,

GPT, amylase máu.

Phương pháp thu thập và xử lý số liệu:

Sử dụng phần mềm quản lý bệnh nhân FPT. eHospital của Bệnh viện Bạch Mai để tra cứu các trường bệnh nhân có mã ICD10 là K80, ngày vào viện, ngày ra viện, mã bệnh án, mã lưu trữ. Các biến liên tục được biểu thị dưới dạng giá trị trung vị (median), khoảng tứ phân vị (IQR) hoặc giá trị trung bình \pm phương sai; so sánh giá trị trung bình bằng t-test. Các biến phân loại được biểu thị dưới dạng số (tỷ lệ phần trăm). Tất cả các phân tích thống kê được thực hiện bằng phần mềm SPSS 20.0 (SPSS Inc., Chicago, IL).

3. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu này đã được thông qua Hội đồng đạo đức của Bệnh viện Bạch Mai. Quyết

định số 7213/QĐ-BM, mã số: BM_2023_215 ký ngày 7/12/2023.

III. KẾT QUẢ**Bảng 1. Đặc điểm lâm sàng của nhóm nghiên cứu (n = 198)**

Đặc điểm	Kết quả
Tuổi, median (IQR)	62 (47,2 - 73,5)
Giới (nam/nữ)	144/54 (72,7/29,3)
ASA (I/II/III), n (%)	89/62/47 (44,9/31,3/23,8)
Thời gian đau bụng, median (IQR), ngày	2 (1,75 - 3,25)
1 - 3 ngày, n (%)	160 (80,8)
> 3 ngày, n (%)	38 (19,2)
Bệnh phối hợp, n (%)	96 (48,5)
Sốt (thân nhiệt $\geq 37,5^{\circ}\text{C}$), n (%)	157 (79,3)
ERCP, n (%)	8 (12,5)

Giá trị trung vị độ tuổi nhóm nghiên cứu là 62, IQR 47,2 - 73,5. Nam gấp 2,5 lần nữ (72,7% so với 29,3%). Phần lớn các ca bệnh được mổ

trong 3 ngày đầu (80,8%); 48,5% số ca bệnh có bệnh phối hợp.

Bảng 2. Đặc điểm xét nghiệm máu (n = 198)

Chỉ số, median (IQR)	Kết quả
Hồng cầu (T/L)	4,6 (4,1 - 4,9)
Bạch cầu (G/L)	13,4 (8,9 - 17,0)
Tiểu cầu (G/L)	260,5 (207 - 312)
Prothrombin%	88 (78,8 - 101)
Fibrinogen (g/L)	4,4 (3,6 - 5,6)
Glucose (mmol/L)	6,5 (5,4 - 8)
SGOT (U/L)	28 (20,9 - 46,4)
SGPT (U/L)	30,8 (20 - 46,5)
Bilirubin toàn phần (n = 62) ($\mu\text{mol/L}$)	15,6 (8,5 - 22,2)
Amylase (n = 34) (U/L)	34 (25 - 61,5)
CRP (n = 19) (mg/dL)	23 (3,5 - 45)

Yếu tố viêm, nhiễm trùng tăng ở phần lớn các ca bệnh với giá trị trung vị của bạch cầu và

CRP lần lượt là 13,4 (8,9 - 17) G/L và 23 (3,5 - 45) mg/dL. Số lượng hồng cầu máu ngoại vi,

tiểu cầu, prothrombin% và fibrinogen đều có giá trị bình thường với giá trị trung vị và khoảng tứ phân vị là 4,6 (4,1 - 4,9) T/L, 260,5 (207 - 312) G/L, 88 (78,8 - 101) % và 4,4 (3,6 - 5,6) g/L.

Men gan GOT, GPT có giá trị bình thường với giá trị trung vị là 28 và 30,8. Giá trị trung vị của bilirubin toàn phần và amylase lần lượt là 15,6 μ mol/L và 34 U/L.

Bảng 3. Đặc điểm tổn thương túi mật trên siêu âm và cắt lớp vi tính (n = 198)

Đặc điểm, n (%)	Siêu âm	CT-scanner	p-value
Túi mật chưa hoại tử, n (%)	54 (84,4)	54 (84,4)	1,000
Túi mật hoại tử, n (%)	10 (15,6)	10 (15,6)	1,000
Độ dày thành túi mật, median (IQR)	5,9 \pm 2,5 (4 - 14)	6,1 \pm 2,3 (4 - 13)	0,000
Thâm nhiễm quanh túi mật, n (%)	54 (84,4)	59 (92,2)	0,115

Đặc điểm túi mật viêm không có sự khác biệt giữa siêu âm và chụp cắt lớp vi tính ổ bụng (p > 0,05). Thành túi mật đều tăng kích thước

trên siêu âm và chụp cắt lớp vi tính (5,9 so với 6,1mm, p = 0,000).

Bảng 4. Đặc điểm tổn thương, kỹ thuật mổ và kết quả sớm (n = 198)

CVS, n (%)	135 (68,1)
<i>Tổn thương túi mật, n (%)</i>	
Túi mật viêm phù nề - chưa hoại tử	139 (70,1)
Túi mật viêm mũ	22 (11,2)
Túi mật viêm hoại tử - viêm phúc mạc	37 (18,7)
Sỏi kẹt cổ túi mật	49 (24,7)
<i>Kỹ thuật cắt túi mật</i>	
Cắt túi mật ngược dòng	177 (89,3)
Cắt túi mật xuôi dòng	1 (0,5)
Cắt gần toàn bộ túi mật	20 (10,2)
Thời gian phẫu thuật tam giác Calot, median (IQR)	34 (26 - 41)
Chảy máu động mạch túi mật > 250mL	3 (4,7)
<i>Kết quả sớm, n (%)</i>	
Thời gian mổ (phút), median (IQR)	56,5 (49,2 - 67)
Thời gian ăn lại sau mổ, median (IQR)	1 (1 - 2)
Thời gian nằm viện (ngày), median (IQR)	4 (3 - 5)
Tỷ lệ chuyển mổ mở, n (%)	0 (0)
Biến chứng chảy máu mổ lại, n (%)	1 (0,5)
Rò mật, n (%)	2 (1,01)

Túi mật viêm với các tổn thương khác nhau trong đó túi mật phù nề, viêm mũ và viêm hoại tử lần lượt là 70,1%, 11,2% và 18,7%. Tỷ lệ sỏi kẹt ở cổ túi mật là 24,7%. Phần lớn các trường hợp túi mật viêm được cắt ngược dòng (89,3%), 10,2% số trường hợp để lại một phần thành túi mật dính vào dưới gan. Thời gian phẫu tích tam giác Calot và thời gian mổ là 34 phút (IQR, 26 - 41) và 56,5 phút (IQR, 49,2 - 67). Ba trường hợp chảy máu nhiều hơn 250mL nhưng không phải chuyển mổ. Biến chứng chảy máu mổ lại, rò mật lần lượt là 0,5% và 0,5%. Người bệnh ăn đường miệng và nằm viện lần lượt là 1 và 4 ngày.

IV. BÀN LUẬN

Phẫu thuật cắt túi mật nội soi cắt túi mật viêm cấp khó hơn so với túi mật không viêm do viêm dính dẫn đến sự biến dạng của giải phẫu đường mật. Đây là một yếu tố nguy cơ làm tăng tỷ lệ chuyển mổ mở và biến chứng.^{12,13} Theo Yuval JB, tỷ lệ chuyển mổ mở là 5,8%, biến chứng xảy ra ở 9,8% bệnh nhân và tỷ lệ tử vong trong 30 ngày là 0,6% khi mổ viêm túi mật cấp.¹⁴ Mặc dù, tỷ lệ tổn thương ống mật chính khoảng 0,58% - 0,79% nhưng là “*thâm họa*” trong phẫu thuật nội soi.^{11,15} Tổn thương đường mật có thể gây ra các biến chứng nặng như viêm phúc mạc, mổ lại để nối mật ruột và nguy cơ tử vong.^{15,16} Vào năm 1995, Strasberg đưa ra khái niệm “*Tiêu chuẩn an toàn - Critical View of Safety hay viết tắt là CVS*” để giảm thiểu nguy cơ tổn thương đường mật trong phẫu thuật nội soi cắt túi mật.¹⁷ Đây là tiêu chuẩn vàng trong việc tiếp cận cắt túi mật nội soi.^{17,18} Tiêu chuẩn này gồm ba bước đó là: (i) tam giác gan mật phải được làm sạch mô mỡ, (ii) phễu túi mật phải được tách ra khỏi giường túi mật và (iii) chỉ có hai cấu trúc đi vào túi mật (đó là ống cổ túi mật và động mạch túi mật), không cần thiết phải nhìn thấy ống mật chính.^{8,16,19} Ngoài ra, khu vực mổ an toàn (*Safe dissection zone*)

là mặt phẳng ở phía trên đường R4U được nối từ rãnh Rouviere (*Rouviere's sulcus - RS*) đến đáy hạ phân thùy IV.⁶

Các biến chứng điển hình của phẫu thuật nội soi cắt túi mật như tổn thương đường mật chính, chảy máu và tổn thương cơ quan lân cận lần lượt là 0,54 - 0,79%, 0,52 - 0,72% và 0,14 - 0,43% (Bảng 5).

Tuy nhiên, khi túi mật viêm cấp, một số yếu tố khiến cho việc xác định CVS, tam giác Calot vô cùng khó khăn do: (i) túi mật căng to, thành nề dày khó kẹp bằng dụng cụ nội soi; (ii) ống cổ túi mật - nơi sỏi bị kẹt lại bị viêm dính khó bóc tách ra khỏi đường mật và động mạch túi mật; (iii) chảy máu từ động mạch túi mật và vùng viêm dính làm phẫu trường không rõ ràng.^{5,9} Tỷ lệ chuyển mổ mở liên quan đến sự hiện diện của dịch quanh túi mật, phù nề và dày lên của thành túi mật là 18,5%.²⁰ Prakash khi phân tích đa biến cho thấy chỉ có tụ dịch quanh túi mật ($p < 0,015$) và độ dày thành túi mật $> 5\text{mm}$ ($p < 0,013$) làm tăng cơ hội chuyển đổi cắt túi mật mở.²⁰ Sự chậm trễ trong phẫu thuật cắt túi mật nội soi có thể làm cho việc bóc tách khó khăn hơn do sự kết dính giữa túi mật viêm và các cấu trúc xung quanh. Túi mật to là đặc điểm tổn thương luôn gặp trong viêm túi mật cấp. Đây là một trong những yếu tố gây nhiều khó khăn cho cuộc phẫu thuật như làm phẫu trường hẹp, khó kẹp túi mật. Vì vậy, một số thủ thuật thường được các phẫu thuật viên áp dụng như chọc hút làm xẹp túi mật chủ động, cắt túi mật xuôi dòng, cắt gần toàn bộ túi mật (để lại giường túi mật). Ngoài ra quá trình viêm xung huyết của túi mật luôn đe dọa chảy máu trên diện rộng khiến cho phẫu thuật viên mất nhiều thời gian hơn để cầm máu. Sự viêm dính của túi mật trong mổ ít hay nhiều phụ thuộc vào thời gian chỉ định sớm hay muộn.²¹ Vào năm 2018, Madni T.D và cộng sự đã đưa ra một phân loại Parkland gồm năm mức độ khó của viêm túi mật cấp (Bảng 6).²²

Bảng 5. Các biến chứng cắt túi mật nội soi ở Nhật Bản. Nguồn Yamashita⁷

Tỷ lệ %	1990 - 2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Tổn thương đường mật	0,66	0,79	0,77	0,66	0,77	0,65	0,58	0,54	0,62
Tổn thương các cơ quan	0,25	0,43	0,17	0,17	0,22	0,14	0,14	0,20	0,20
Chảy máu	0,65	0,72	0,72	0,72	0,69	0,56	0,58	0,52	0,55
Tổng số BN	176294	19557	19084	19067	20203	21550	22599	25174	26140

Một số tác giả trên thế giới đã ứng dụng phân độ này và cho thấy phân loại này đơn giản, dễ áp dụng, có thể giúp phẫu thuật viên tiên lượng nguy cơ chuyển mổ, thời gian mổ. Bệnh nhân có Parkland độ 4 hoặc 5 thì có nguy cơ cao bị viêm túi mật cấp mức trung bình hoặc nặng theo phân độ Tokyo 2018.²³ Theo Shrestha A, tỷ lệ chuyển mổ mở khi túi mật viêm cấp Parkland độ 1, độ 2, độ 3, độ 4 và độ 5 lần lượt là 1,5%, 1,3%, 7,1%, 26,7% và 42,9%.²⁴

Nghiên cứu cho thấy ở nhóm mổ < 72 giờ viêm dính của túi mật chưa nhiều, thường gặp mạc nối lớn dính vào túi mật; trong khi nhóm mổ \geq 72 giờ, ngoài mạc nối lớn có thể thấy tá tràng, đại tràng dính vào túi mật. Do túi mật viêm dính nhiều, xác định các mốc giải phẫu khó khăn, bóc tách mạch máu, ống túi mật là một thách thức đối với phẫu thuật viên và có nguy cơ gây ra các tai biến nặng như chảy máu, tổn thương đường mật chính. Các nghiên cứu khuyến cáo nên chỉ định cắt túi mật trước 72 giờ từ khi có triệu chứng đầu tiên.^{2,14,16} Với các đặc điểm giải phẫu bệnh lý như vậy, chúng tôi sử dụng ống hút nội soi để phẫu tích, khắc phục được những khó khăn của viêm túi mật cấp như: (i) làm xẹp túi mật thuận lợi khi kẹp bằng dụng cụ nội soi; (ii) bóc tách được tổ chức mỡ quanh ống cổ túi mật; (iii) do đầu ống hút tù nên hạn chế làm thủng phễu túi mật và ống gan; (iv) hút dịch và máu chảy ra khi phẫu tích; (v) là cách xác định tam giác Calot trong trường hợp viêm dính.

Chọc hút làm xẹp túi mật chủ động trong mổ được thực hiện bằng móc điện và ống hút nội soi. Để phẫu tích cổ túi mật và tam giác Calot, bước đầu tiên chúng tôi dùng móc điện mở lớp phúc mạc ở quanh ống cổ, sau đó mới sử dụng ống hút để tách tổ chức liên kết xung quanh cho đến khi ống hút xuyên qua được tam giác Calot. Thời gian cho quá trình phẫu tích này là 34 phút (IQR, 26 - 41) (Bảng 4). Phẫu tích để bộc lộ phần phễu túi mật ra khỏi nhu mô gan,

Bảng 6. Phân loại Parkland²²

Mức độ nặng	Đặc điểm tổn thương
1	Túi mật bình thường/không dính.
2	Dính ít ở cổ túi mật hoặc phễu túi mật.
3	Có bất kỳ dấu hiệu nào sau đây: sung huyết, dịch quanh túi mật, viêm dính thân túi mật, túi mật căng phồng.
4	Có sự hiện diện của bất kỳ dấu hiệu nào sau đây: viêm dính che khuất phần lớn túi mật hoặc độ I-III với giải phẫu gan bất thường, túi mật trong gan hoặc sỏi gây hội chứng (Mirizzi).
5	Có sự hiện diện của bất kỳ dấu hiệu nào sau đây: thủng, hoại tử, không thể nhìn thấy túi mật do dính.

làm rõ vùng an toàn CVS cũng được thực hiện với sự kết hợp của móc điện và ống hút nội soi. Low S.W và cộng sự đưa ra chiến lược thay đổi kỹ thuật mổ trong viêm túi mật cấp nhằm giảm tỷ lệ chuyển mổ mở bao gồm: giảm áp lực túi mật, cầm giữ bằng dụng cụ có răng, sử dụng hệ thống tưới rửa bằng nước.^{10,25} Kim J.H và cộng sự khi đánh giá kết quả PTNS cho viêm túi mật cấp nặng, nhóm người bệnh được chọc hút túi mật có tỷ lệ chuyển mổ mở thấp hơn nhóm không chọc hút túi mật (2,7% so với 6,5%, $p < 0,05$).¹³ Nghiên cứu của chúng tôi, 100% các trường hợp được hút xẹp túi mật, không trường hợp nào phải chuyển mổ mở. Ba trường hợp chảy máu trong mổ > 250mL (khoảng một đơn vị máu) nhưng đều xử trí được bằng nội soi. *Trường hợp thứ nhất*, viêm túi mật cấp ở bệnh nhân gan xơ, tiểu cầu 65 G/L, prothrombin 56%, trong mổ chảy 700mL nhưng được cầm máu bằng đốt điện đơn cực cường độ cao, đốt điện lưỡng cực, nhét 3 miếng surgicel và chèn meches nội soi. Gạc nội soi được rút sau mổ 3 ngày. *Trường hợp thứ hai* là bệnh nhân nữ 84 tuổi, tăng áp lực tĩnh mạch cửa (giãn 14mm), xơ gan, lách to, tiểu cầu 59 G/L, prothrombin 55%, xung quanh đầy tuần hoàn bàng hệ, chảy 500ml máu. Chúng tôi sử dụng dao hàn mạch

Ligasure để cầm máu động mạch túi mật, để lại giường túi mật. Nguyên nhân chảy máu do tình trạng xơ gan, các yếu tố đông máu giảm. Vì vậy, người bệnh nên được truyền máu, huyết tương tươi, và tiền lượng nguy cơ chảy nhiều máu để dự trữ máu trước mổ, phẫu tích tỉ mỉ trong mổ. *Trường hợp thứ ba* là nam giới 68 tuổi, túi mật viêm hoại tử trên nền nhu mô gan nhiễm mỡ. Trong mổ chảy khoảng 350 - 400mL từ động mạch túi mật, được cầm máu bằng đốt điện và kẹp hem-o-lok. Trong trường hợp này, chúng tôi đặt thêm một trocar để kẹp nhấc túi mật. Sau đó, dùng ống hút để làm sạch phẫu trường, xác định chính xác vị trí chảy máu để cầm máu tránh đốt hoặc kẹp mò mẫm làm tổn thương ống gan.

Biến chứng rò mật gặp hai trường hợp (1,01%). *Trường hợp thứ nhất* là nam 49 tuổi có tiền sử mổ mở cắt dạ dày, nối polya do ung thư dạ dày 4 năm. Túi mật viêm hoại tử, vùng mổ dính. Sau mổ rò 500 ml dịch mật/ngày qua dẫn lưu dưới gan nhưng không viêm phúc mạc. Số lượng dịch rò này duy trì khoảng 200 - 250ml trong 17 ngày nằm viện và hết rò sau 30 ngày. *Trường hợp thứ hai* là nam 47 tuổi, nhiều bệnh nền như gút mạn, suy thận mạn độ II, prothrombin 46%. Túi mật viêm hoại tử, dính

hiều, khó xác định vùng phẫu thuật an toàn. Hậu phẫu ổn định và người bệnh được xuất viện ở ngày thứ 4 sau mổ. Sau một tháng tái khám, người bệnh có biểu hiện đau và sờ thấy khối dưới sườn phải; siêu âm và chụp cắt lớp vi tính có khối dịch kích thước 6x8 cm dưới gan thông với đường mật nhưng không mất đoạn đường mật chính. Bệnh nhân này được nhập viện, dẫn lưu ổ dịch dưới siêu âm, đồng thời được đặt stent nhựa vào ống mật chủ qua nội soi tiêu hóa. Người bệnh hết rò sau 3 tháng. Qua các tình huống trên có thể thấy, sử dụng ống hút để phẫu tích vẫn không tránh khỏi chảy máu hoặc rò mật khi túi mật viêm cấp, hoại tử, dính nhiều nhưng có thể tránh được các tổn thương nặng của đường mật chính như mất đoạn ống mật chủ. Chính điều này giúp cho phẫu thuật viên dễ lựa chọn các phương pháp ít xâm lấn để điều trị khi có biến chứng xảy ra. Theo y văn, một số phương pháp được áp dụng nhằm hạn chế các tai biến và chuyển mổ mở như: can thiệp sớm trước 72 giờ; sử dụng ICG trong mổ; sử dụng hệ thống tưới nước liên tục.¹⁰ Trong bối cảnh bệnh viện của chúng tôi chưa có ICG, chỉ với các phương tiện mổ nội soi thông thường thì kỹ thuật phẫu tích bằng ống hút được mô tả như trên là một giải pháp khả thi khi cắt túi mật viêm cấp.

Bài báo này có một số hạn chế nhất định. Thứ nhất, đây là nghiên cứu hồi cứu, kết quả mới chỉ được đánh giá sau mổ trong vòng 30 - 90 ngày. Thứ hai, kết quả do một phẫu thuật viên thực hiện, chưa đánh giá được mối liên quan giữa tỷ lệ biến chứng, chuyển mổ, thời gian mổ với kinh nghiệm của phẫu thuật viên và mức độ khó dễ của túi mật viêm.

V. KẾT LUẬN

Với các phương tiện mổ thông thường, sử dụng ống hút nội soi để phẫu tích là một kỹ thuật khả thi và hiệu quả khi mổ nội soi cắt túi mật viêm cấp với tỷ lệ biến chứng thấp.

Lời cảm ơn

Nhóm tác giả chân thành cảm ơn Đảng ủy, Ban lãnh đạo Bệnh viện, nhân viên Trung tâm Phẫu thuật Tiêu hóa, Trung tâm Gây mê hồi sức, Trung tâm chẩn đoán hình ảnh, Trung tâm Tiêu hóa Gan Mật - Bệnh viện Bạch Mai đã tham gia điều trị, can thiệp, chăm sóc và theo dõi sau mổ những người bệnh trong nhóm nhóm nghiên cứu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Gallaher JR, Charles A. Acute Cholecystitis: A Review. *JAMA*. 2022;327(10):965-975.
2. Pisano M, Allievi N, Gurusamy K, et al. 2020 World Society of Emergency Surgery updated guidelines for the diagnosis and treatment of acute calculus cholecystitis. *World J Emerg Surg*. 2020;15(1):61.
3. Coccolini F, Solaini L, Binda C, et al. Laparoscopic Cholecystectomy in Acute Cholecystitis: Refining the Best Surgical Timing Through Network Meta-Analysis of Randomized Trials. *Surg Laparosc Endosc Percutan Tech*. 2022;32(6):755-763.
4. Chatterjee A, Kumar R, Chatteraj A. Three-Port Laparoscopic Cholecystectomy as a Safe and Feasible Alternative to the Conventional Four-Port Laparoscopic Cholecystectomy. *Cureus*. 2024;16(1):e52196.
5. Gupta V, Jain G. Safe laparoscopic cholecystectomy: Adoption of universal culture of safety in cholecystectomy. *World J Gastrointest Surg*. 2019;11(2):62-84.
6. Mischinger H-J, Wagner D, Kornprat P, et al. The "critical view of safety (CVS)" cannot be applied-What to do? Strategies to avoid bile duct injuries. *European Surgery*. 2021;53(3):99-105.
7. Yamashita Y, Takada T, Strasberg SM, et al. TG13 surgical management of acute cholecystitis. *J Hepatobiliary Pancreat Sci*. 2013;20(1):89-96.

8. Alius C, Serban D, Bratu DG, et al. When Critical View of Safety Fails: A Practical Perspective on Difficult Laparoscopic Cholecystectomy. *Medicina (Kaunas)*. 2023;59(8).
9. Bhandari TR, Khan SA, Jha JL. Prediction of difficult laparoscopic cholecystectomy: An observational study. *Ann Med Surg (Lond)*. 2021;72:103060.
10. Ozsan I, Yoldas O, Karabuga T, et al. Early laparoscopic cholecystectomy with continuous pressurized irrigation and dissection in acute cholecystitis. *Gastroenterol Res Pract*. 2015;2015:734927.
11. Wakabayashi G, Iwashita Y, Hibi T, et al. Tokyo Guidelines 2018: surgical management of acute cholecystitis: safe steps in laparoscopic cholecystectomy for acute cholecystitis (with videos). *J Hepatobiliary Pancreat Sci*. 2018;25(1):73-86.
12. Teixeira JP, Saraiva AC, Cabral AC, et al. Conversion factors in laparoscopic cholecystectomy for acute cholecystitis. *Hepatogastroenterology*. 2000;47(33):626-630.
13. Kim JH, Kim JW, Jeong IH, et al. Surgical outcomes of laparoscopic cholecystectomy for severe acute cholecystitis. *J Gastrointest Surg*. 2008;12(5):829-835.
14. Yuval JB, Mizrahi I, Mazeh H, et al. Delayed Laparoscopic Cholecystectomy for Acute Calculous Cholecystitis: Is it Time for a Change? *World J Surg*. 2017;41(7):1762-1768.
15. Shang P, Liu B, Li X, et al. A practical new strategy to prevent bile duct injury during laparoscopic cholecystectomy. A single-center experience with 5539 cases. *Acta Cir Bras*. 2020;35(6):e202000607.
16. Serban D, Socea B, Balasescu SA, et al. Safety of Laparoscopic Cholecystectomy for Acute Cholecystitis in the Elderly: A Multivariate Analysis of Risk Factors for Intra and Postoperative Complications. *Medicina (Kaunas)*. 2021;57(3).
17. Strasberg SM, Brunt LM. The Critical View of Safety: Why It Is Not the Only Method of Ductal Identification Within the Standard of Care in Laparoscopic Cholecystectomy. *Ann Surg*. 2017;265(3):464-465.
18. Strasberg SM. A three-step conceptual roadmap for avoiding bile duct injury in laparoscopic cholecystectomy: an invited perspective review. *J Hepatobiliary Pancreat Sci*. 2019;26(4):123-127.
19. Renz BW, Bosch F, Angele MK. Bile Duct Injury after Cholecystectomy: Surgical Therapy. *Visc Med*. 2017;33(3):184-190.
20. Prakash K, Jacob G, Lekha V, et al. Laparoscopic cholecystectomy in acute cholecystitis. *Surg Endosc*. 2002;16(1):180-183.
21. Bundgaard NS, Bohm A, Hansted AK, et al. Early laparoscopic cholecystectomy for acute cholecystitis is safe regardless of timing. *Langenbecks Arch Surg*. 2021;406(7):2367-2373.
22. Madni TD, Leshikar DE, Minshall CT, et al. The Parkland grading scale for cholecystitis. *Am J Surg*. 2018;215(4):625-630.
23. Lee W, Jang JY, Cho JK, et al. Does surgical difficulty relate to severity of acute cholecystitis? Validation of the parkland grading scale based on intraoperative findings. *Am J Surg*. 2020;219(4):637-641.
24. Shrestha A, Bhattarai A, Tamrakar KK, et al. Utility of the Parkland Grading Scale to determine intraoperative challenges during laparoscopic cholecystectomy: a validation study on 206 patients at an academic medical center in Nepal. *Patient Saf Surg*. 2023;17(1):12.
25. Low SW, Iyer SG, Chang SK, et al. Laparoscopic cholecystectomy for acute cholecystitis: safe implementation of successful strategies to reduce conversion rates. *Surg Endosc*. 2009;23(11):2424-2429.

Summary

RESULTS OF LAPAROSCOPIC CHOLECYSTECTOMY DUE TO ACUTE CHOLECYSTITIS USING LAPAROSCOPIC SUCTION IRRIGATION TUBE TO DISSECT: A RETROSPECTIVE ANALYSIS OF 198 PATIENTS AT BACH MAI HOSPITAL

Acute cholecystitis may be complicated by abnormal anatomy, adhesions, inflammation, and stone impaction, resulting in difficulty in the identification of components of the Calot triangle even for experienced hands. This study aimed to evaluate the results of laparoscopic surgery using the laparoscopic suction tube to treat acute cholecystitis. All patients undergoing laparoscopic cholecystectomy (LC) by a single surgeon from January 2020 to April 2022 were prospectively included. There were 144 males and 54 females. The median age of the whole cohort was 62, IQR (47.2 - 73.5) years. CVS was achieved during LC in 135 (68.1%) patients. The rates of gallbladder edema, purulent, and necrotizing inflammation were 70.1%, 11.2%, and 18.7%, respectively. Calot triangle dissection and operation time were 34 minutes (IQR, 26 - 41) and 56.5 minutes (IQR, 49.2 - 67). Laparoscopic total cholecystectomy and subtotal cholecystectomy were performed in 89.8% and 10.2%, respectively. The rate of bleeding complications requiring re-operation and bile leak was 0.5% and 1.01%, respectively. The median time of hospital stay was four days (IQR, 3 - 5). Research shows that laparoscopic aspiration is effective for LC with a low morbidity.

Keywords: Acute cholecystitis, laparoscopic, laparoscopic suction tube, complications, bile leakage, bleeding.