

KẾT QUẢ SỚM PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT TÚI MẬT VIÊM CẤP DO SỎI TẠI BỆNH VIỆN VIỆT NAM – THỤY ĐIỂN UÔNG BÍ

Vũ Đức Thụy^{1,✉}, Trần Tú Huy¹, Nguyễn Thị Thu Hương²

¹Bệnh viện Việt Nam - Thụy Điển Uông Bí

²Trường Đại học Y Dược Hải Phòng

Nghiên cứu nhằm đánh giá kết quả sớm phẫu thuật nội soi cắt túi mật điều trị viêm túi mật cấp do sỏi tại Bệnh viện Việt Nam – Thụy Điển Uông Bí. Nghiên cứu mô tả 90 trường viêm túi mật cấp do sỏi được phẫu thuật nội soi cắt túi mật tại Bệnh viện Việt Nam - Thụy Điển Uông Bí. Số bệnh nhân có viêm túi mật độ II là 57,9%, nhân 64,4% được phẫu thuật sau 72 h kể từ khi bị bệnh. Phẫu thuật có tỷ lệ thành công là 97,8 %, tỷ lệ đặt 3 trocar vào ổ bụng 71,1%, mở túi mật giảm áp 70,5%, xử lý ống túi mật bằng kẹp hemolock 95,5%. Thời gian phẫu thuật trung bình là $53,8 \pm 14,6$ phút. Số ngày điều trị kháng sinh sau mổ trung bình là $6,9 \text{ ngày} \pm 1,8 \text{ ngày}$. Thời gian nằm viện sau mổ trung bình là $5,8 \pm 2,6 \text{ ngày}$. Phẫu thuật nội soi cắt túi mật điều trị viêm túi mật cấp do sỏi là phương pháp điều trị an toàn, hiệu quả.

Từ khóa: Phẫu thuật nội soi cắt túi mật, viêm túi mật cấp do sỏi.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sỏi túi mật là bệnh lý phổ biến ở khắp nơi trên thế giới. Tại Mỹ, ước tính có khoảng 20 triệu người có bệnh sỏi túi mật. Hàng năm, số người được chẩn đoán viêm túi mật cấp khoảng 200.000 người, trong đó 90%-95% gây ra bởi sỏi làm bít tắc ống túi mật.¹ Chẩn đoán và phẫu thuật cắt túi mật nếu được tiến hành trong thời gian từ 1 - 3 ngày được gọi là chẩn đoán và điều trị giai đoạn sớm, sau thời gian trên gọi là chẩn đoán và điều trị giai đoạn muộn. Phẫu thuật nội soi cấp cứu cắt túi mật đang là phương pháp điều trị phổ biến cho bệnh nhân viêm túi mật cấp do sỏi.² Phẫu thuật có thể gặp những khó khăn do tình trạng viêm của túi mật gây nên như: túi mật căng to, viêm dính và thay đổi giải phẫu vùng cổ túi mật.^{3,4} Trên thế giới cũng như tại Việt Nam, nhiều tác giả đã công bố kết quả phẫu thuật nội soi cắt túi mật để điều trị viêm túi mật

cấp do sỏi, các nghiên cứu gần đây đang tập trung vào thời điểm phẫu thuật (trước 72h và sau 72h), kỹ thuật mổ, tỷ lệ chuyển mổ mở cũng như các biến chứng và biến chứng phẫu thuật. Mặc dù còn nhiều tranh luận về chỉ định, kỹ thuật mổ, và kết quả điều trị nhưng hầu hết các tác giả đều thừa nhận: phẫu thuật nội soi cấp cứu cắt túi mật viêm do sỏi là phương pháp điều trị an toàn, ít biến chứng và giúp người bệnh phục hồi nhanh sau mổ.^{5,6} Chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm mục tiêu đánh giá kết quả sớm phẫu thuật nội soi cấp cứu cắt túi mật viêm cấp do sỏi tại Bệnh viện Việt Nam – Thụy Điển Uông Bí.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

1. Đối tượng

Bệnh nhân được chẩn đoán viêm túi mật cấp do sỏi theo tiêu chuẩn Tokyo Guideline 2018 của Wakabayashi G và cộng sự, được phẫu thuật nội cấp cứu cắt túi mật tại Bệnh viện Việt Nam - Thụy Điển Uông Bí từ tháng 1/2022 đến tháng 6/2024.² Phẫu thuật được thực hiện bởi các phẫu thuật viên có kinh nghiệm phẫu thuật nội soi ổ bụng từ 5 năm trở lên.

Tác giả liên hệ: Vũ Đức Thụy

Bệnh viện Việt Nam - Thụy Điển Uông Bí

Email: Vuducthuhd@gmail.com

Ngày nhận: 04/04/2025

Ngày được chấp nhận: 14/05/2025

Tiêu chuẩn lựa chọn

Bệnh nhân được chẩn đoán viêm túi mật cấp điều trị bằng phẫu thuật nội soi cắt túi mật cấp cứu tại Bệnh viện Việt Nam - Thụy Điển Uông Bí từ ngày 01/01/2022 đến hết ngày 30/06/2024. Bệnh nhân được khám lâm sàng, làm xét nghiệm cận lâm sàng và thăm dò chức năng tại Bệnh viện Việt Nam - Thụy Điển Uông Bí, được hội chẩn đúng và đủ theo quy định.

Tiêu chuẩn loại trừ

- Bệnh nhân có viêm túi mật cấp không có sỏi sỏi túi mật và những trường hợp viêm túi mật cấp có sỏi ống mật chủ kèm theo.

- Kết quả giải phẫu bệnh của túi mật không có viêm túi mật cấp.

2. Phương pháp

Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả: bệnh nhân hồi cứu (01/01/2022 đến 30/06/2023) và bệnh nhân tiền cứu (01/07/2023 đến 30/06/2024).

Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu

Chọn mẫu theo phương pháp lấy mẫu thuận tiện bao gồm tất cả các bệnh nhân phù hợp với tiêu chuẩn nghiên cứu ở trên.

Quy trình nghiên cứu

Bệnh nhân thuộc nhóm hồi cứu sẽ được tìm từ hệ thống lưu trữ của hệ thống máy tính của bệnh viện trong khoảng thời gian đã định như trên, từ khóa là “viêm túi mật”, sau đó các thành viên của nhóm nghiên cứu sẽ chọn ra những bệnh nhân phù hợp và thu thập thông tin từ bệnh án vào bệnh án nghiên cứu. Bệnh nhân thuộc nhóm tiền cứu thông tin sẽ được thu thập ngay từ khi bệnh nhân vào viện đến khi ra viện.

Chẩn đoán

Người bệnh được chẩn đoán viêm túi mật cấp bằng: hỏi bệnh, khám lâm sàng và làm đầy đủ các xét nghiệm cận lâm sàng. Chẩn đoán hình ảnh được thực hiện bằng 2 phương tiện:

siêu âm B mode đầu dò 3.5 MHz và chụp cắt lớp vi tính 32 dãy. Bác sỹ chẩn đoán hình ảnh có kinh nghiệm trên 5 năm đọc kết quả. Tiêu chuẩn chẩn đoán viêm túi mật cấp dựa theo Tokyo Guideline 2018.⁷

Quy trình phẫu thuật

Phẫu thuật viên chính cho người bệnh phải có kinh nghiệm trên 5 năm trong lĩnh vực phẫu thuật nội soi tiêu hóa. Bệnh nhân nằm ngửa, gây mê toàn thân có giãn cơ dài và đặt nội khí quản. Phẫu thuật vào ổ bụng bằng từ 3 - 5 trocar (10mm vùng rốn - camera, 10mm ở vùng dưới mũi ức và 1 - 2 trocar 5mm ở hạ sườn phải. Các thao tác chính trong phẫu thuật gồm: gỡ dính, mở túi mật giảm áp, bộc lộ và xử lý ống túi mật kẹp và cắt) và giải phóng túi mật khỏi giường túi mật, đặt dẫn lưu dưới gan. Túi mật được cho vào túi nilon lấy ra qua lỗ trocar rốn.

Điều trị sau mổ

Sau mổ, người bệnh được điều trị bằng nuôi dưỡng tĩnh mạch từ 12 - 24h, (Cefalospori thế hệ III và Metronidazole), một số trường hợp dùng kháng sinh dự phòng, giảm đau (theo thang điểm đau) và các thuốc điều trị bệnh lý nền (tăng huyết áp, đái tháo đường...).

Các chỉ tiêu nghiên cứu

Các dữ liệu của người bệnh trước và trong mổ được thu thập gồm: tuổi, giới, thời điểm được chẩn đoán xác định và phẫu thuật, tỷ lệ thành công, kỹ thuật mổ, thời gian phẫu thuật, tai biến phẫu thuật. Sau mổ: mức độ đau, thời gian sử dụng kháng sinh, thời gian nằm viện và biến chứng phẫu thuật.

Xử lý số liệu

Số liệu được mã hóa và xử lý bằng phần mềm thống kê y học SPSS 20.0. Các biến số định tính tỷ lệ %, biến định lượng tính giá trị trung bình và độ lệch chuẩn. So sánh 2 giá trị trung bình sử dụng T-test với $p < 0,05$ thì khác biệt có ý nghĩa thống kê.

3. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu đã được thông qua hội đồng đạo đức nghiên cứu của Bệnh viện Việt Nam – Thụy Điển Uông Bí. Quyết định số 1153/QĐ-VNTĐ, ngày 07/05/2023 của Bệnh viện Việt Nam – Thụy Điển Uông Bí.

III. KẾT QUẢ

Nghiên cứu thu thập được dữ liệu của 90 trường hợp theo tiêu chuẩn đề ra. Tuổi trung bình của người bệnh là $62,8 \pm 14,4$ năm, cao nhất 89, nhỏ nhất 25, tỷ lệ người trên 60 tuổi là 60%. Số bệnh nhân nam, nữ lần lượt là 51 và 39.

3. Kỹ thuật mổ

1. Thời điểm phẫu thuật

Nghiên cứu có 38 (42,1%) trường hợp có viêm túi mật độ I và 52 (57,9%) trường hợp viêm túi mật độ II, không có viêm túi mật độ III. Trường hợp được phẫu thuật trước 72 giờ là 32 (35,6%) và sau 72 giờ là 58 (64,4%).

2. Tỷ lệ phẫu thuật thành công

- Tỷ lệ phẫu thuật thành công là 88 người bệnh (97,8%), có 2 (2,2%) trường hợp phải chuyển mổ mở.

- Lý do chuyển mổ mở: trường hợp đầu do không gỡ dính được sẹo mổ cũ, trường hợp còn lại bị chảy máu vùng cổ túi mật do viêm dính.

Bảng 1. Số trocar

Số trocar	Số lượng (n = 88)	Tỷ lệ (%)
3 trocar	64	72,7
4 trocar	23	26,1
5 trocar	1	1,1

Bảng 2. Kỹ thuật cắt túi mật

Kiểu cắt	Số lượng (n = 88)	Tỷ lệ (%)
Xuôi dòng	43	48,8
Ngược dòng	40	45,4
Kết hợp	5	5,8
Cắt gần toàn bộ túi mật	0	0

Nghiên cứu có 62 (70,5%) trường hợp phải mở túi mật hút bớt dịch mật trước khi cắt túi mật. Ống túi mật được xử lý bằng cách kẹp ống túi mật: 84 (95,5%) trường hợp, khâu buộc ống túi mật 4 (4,5%) trường hợp.

Thời gian phẫu thuật

Thời gian phẫu thuật: trung bình $53,8 \pm 14,6$ phút (ngắn nhất 20 phút và dài nhất 135 phút).

Sử dụng kháng sinh

Thời gian sử dụng kháng sinh sau mổ trung bình $6,9 \pm 1,8$ ngày, ngắn nhất là 3 ngày, dài nhất là 16 ngày, số trường hợp được sử dụng kháng sinh dự phòng là 11 (12,5%).

Biến chứng

Nghiên cứu chỉ có duy nhất một bệnh nhân bị biến chứng nhưng là biến chứng nặng và hiếm gặp: tụ máu lớn dưới bao gan và thiếu máu nhu mô gan.



Hình 1. Tụ máu lớn dưới bao gan sau mổ (đầu mũi tên biểu thị khối máu tụ). Bệnh nhân Nguyễn Thị D, 77 tuổi, số hồ sơ: 24.017466

Thời gian nằm viện sau mổ

Thời gian nằm viện sau mổ trung bình $5,8 \pm 2,6$ ngày, ngắn nhất 3, dài nhất 16 ngày. Thời gian nằm viện của nhóm viêm túi mật độ I và độ II lần lượt là: $5,2 \pm 2,9$ và $6,4 \pm 2,4$, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p = 0,035$.

IV. BÀN LUẬN

Tuổi trung bình của người bệnh trong nghiên cứu là $62,8 \pm 14,4$ và người trên 60 tuổi có tỷ lệ là 60%. Kết quả này cho thấy viêm túi mật cấp do sỏi đa số xảy ra ở người cao tuổi. Điều này phù hợp với bệnh lý sỏi túi mật có tỷ lệ mắc tăng dần theo tuổi của con người. Tuy nhiên, nó là 1 trở ngại cho việc thực phẫu thuật và phục hồi sau mổ vì người lớn tuổi có tỷ lệ mắc các bệnh lý nền cao và thể lực suy giảm.

Viêm túi mật cấp chia thành 3 mức độ từ nhẹ đến nặng: I, II, III. Kết quả nghiên cứu cho thấy: 38 (42,1%) bị viêm túi mật cấp độ I, độ II là 52 (57,9%), không có trường hợp nào bị viêm túi mật cấp độ III. Bệnh viện Việt Nam – Thụy Điển Uông Bí là bệnh viện hạng I nằm vùng dân cư đông đúc, giao thông thuận lợi giúp người bệnh tiếp cận nhanh và thuận lợi nên hầu hết

bệnh nhân đến viện ở độ I và II. Nghiên cứu có 1 trường hợp đến viện với biểu hiện sốt đau tức thượng vị và quanh rốn, xét nghiệm có bạch cầu và protein phản ứng C tăng, siêu âm ổ bụng bình thường. Bệnh nhân được nhận vào điều trị tại khoa truyền nhiễm theo hướng nhiễm khuẩn đường ruột sau 5 ngày không đỡ và tiến hành hội chẩn lại và chẩn đoán viêm túi mật độ II. Nghiên cứu của Nguyễn Quang Huy cho thấy tỷ lệ viêm túi mật theo các mức độ I-III lần lượt là: 76,1%; 27,0% và 1,4%.² Các tác giả trong nước không đề cập đến tỷ lệ chẩn đoán muộn, nghiên cứu của Bin Zhu cho thấy tỷ lệ chẩn đoán muộn là 5,05%.⁵ Một số nghiên cứu quốc tế đề cập đến vấn đề phân loại độ viêm túi mật. Theo nghiên cứu của Marcello Di Martino và cộng sự⁷, tỷ lệ viêm túi mật theo các độ viêm lần lượt là: 29,2%; 47,4% và 23,4%. Phần bàn luận tác giả cho biết có sự chậm trễ trong chẩn đoán do chuyển tuyến.⁶

Bệnh nhân viêm túi mật cấp do sỏi nếu được chỉ định và tiến hành phẫu thuật sớm sẽ thuận lợi cho không chỉ người bệnh mà cho cả phẫu thuật viên. Theo hướng dẫn của Hiệp hội gan mật tụy Nhật Bản 2018, thời gian vàng để chỉ phẫu thuật nội soi cắt túi mật viêm là trước 72h.² Nghiên cứu có 32 (35,6%) trường hợp được phẫu thuật trước 72h. Kết quả này cho thấy tỷ lệ phẫu thuật trước 72h của nghiên cứu tương tự như một số nghiên cứu gần đây ở trong nước, nhưng ở ngưỡng cao so với quốc tế.^{2,8,9} Nghiên cứu thấy rằng phần lớn những bệnh nhân đến viện sau 72h có thời gian tự điều trị tại nhà không đi viện sớm. Đặc biệt, nhóm đến viện trước 72h thường có biểu hiện đau bụng dữ dội và hầu hết có sỏi kẹt cổ túi mật. Hiện nay, nhiều tác giả vẫn còn đang tranh luận về thời điểm tối ưu nhất để phẫu thuật nội soi cắt túi mật viêm, đa số ủng hộ phẫu thuật sớm. Marcello Di Martino còn cho rằng kể cả những trường hợp người bệnh đến viện sau 7 ngày, nếu có điều kiện thì vẫn nên phẫu thuật

sớm cho người bệnh.⁷ Các khái niệm phẫu thuật sớm, phẫu thuật trì hoãn hay mốc thời gian 72h kể từ khi có triệu chứng đầu tiên đến khi được phẫu thuật được nhiều nghiên cứu đưa ra nghiên cứu. Bin Zu và Guo-Min Song thực hiện nghiên cứu so sánh giữa mổ trước 72h và sau 72h thấy rằng: phẫu thuật nội soi cắt túi mật cho trước và sau 72 h đều an toàn cho người bệnh. Tuy nhiên, phẫu thuật sau 72h sẽ gặp nhiều khó khăn hơn. Ngoài ra, nếu người bệnh được mổ trước 72h thì sẽ có thời gian phẫu thuật, thời gian nằm viện nằm ngắn hơn, chi phí thấp hơn.^{5,10} Kết quả của nghiên cứu cũng cho thấy nhóm đến sớm có thời gian nằm viện ngắn hơn có ý nghĩa thống kê.

Nghiên cứu có 2 trường hợp phải chuyển mổ mở, tỷ lệ phẫu thuật thành công đạt 97,8%. Lý do chuyển mổ mở: do chảy máu và do dính vùng mổ. Ở trong nước, có báo cáo cho thấy có thời điểm tỷ lệ chuyển mổ mở lên đến 24%.¹¹ Những năm gần đây, các báo cáo cho thấy tỷ lệ chuyển mổ mở đã tiệm cận với quốc tế 2,7% - 7,8%, thậm chí không có chuyển mổ mở. Các lý do chuyển mổ phổ biến là: chảy máu vùng mổ và viêm dính và thủng tạng.^{3-5,6,10} Như vậy, tỷ lệ chuyển mổ mở của nghiên cứu tương tự như các báo cáo trong nước và quốc tế.

Theo kinh điển, phẫu thuật nội soi cắt túi mật được thực hiện qua 3 trocar, khi áp dụng trên những trường hợp viêm túi mật phức tạp hoặc phải gỡ dính do mổ cũ số trocar được đặt tăng lên. Nghiên cứu có tỷ lệ các trường hợp đặt 3, 4 và 5 trocar lần lượt là: 64 (72,7%); 23(26,1%) và 1(1,1%). Hầu hết các trường hợp trocar thứ 4 được đặt khi thực hiện cắt túi mật xuôi dòng để người phụ mổ đỡ gan, cá biệt có trường hợp phải đặt trocar thứ 5 là để gỡ dính mổ cũ. Chúng tôi đồng ý với những luận điểm đặt thêm trocar giống như mổ rộng vết mổ khi cuộc mổ gặp khó khăn, số lượng trocar không nên mặc định là 3, 4 hay 5 vị trí mà nên phụ thuộc vào yêu cầu phẫu thuật.

Viêm túi mật từ độ II trở lên, hầu hết túi mật sẽ bị căng giãn to ra, gây khó khăn cho việc bộ bộ vùng mổ đặc biệt là tam giác mật. Mổ túi mật, hút bớt dịch mật giúp cho phẫu thuật cắt túi mật thực hiện thuận lợi hơn. Nghiên cứu thực hiện mổ túi mật giảm áp cho 62(70,5%) trường hợp, kỹ thuật này có thể làm cho dịch mật chảy ra ổ bụng và được khắc phục bằng hút rửa ổ bụng. Giảm áp túi mật là một kỹ thuật thường thấy trong phẫu thuật nội soi cắt túi mật viêm, tuy nhiên ít tác giả thống kê trong phần kết quả.⁴

Cắt túi mật viêm cấp gặp khó khăn hơn do: túi mật căng to, viêm dính, dễ chảy máu, vùng tam giác gan bị phù nề dính, các mốc giải phẫu không rõ ràng, dễ tổn thương các tạng khác, đặc biệt là tá tràng và ống mật chính. Các trường hợp viêm dính nhiều chúng tôi lựa chọn phẫu thuật xuôi dòng từ đáy về ống túi mật. Phẫu thuật này cần phải đặt thêm trocar thứ 4 để nâng gan. Tất cả các trường hợp đều lấy được toàn bộ túi mật, không phải để lại một phần. Kinh nghiệm của chúng tôi khi cắt túi mật từ đáy đến phần túi Hartmann có thể cắt rời túi mật để tạo thuận lợi cho phẫu thuật phần tiếp theo dễ dàng hơn. Trường hợp kết hợp phối hợp cắt kết hợp cắt xuôi dòng và ngược dòng thì sau khi phẫu tích tam giác gan kẹp được động mạch túi mật rồi chuyển sang cắt xuôi dòng để hạn chế chảy máu. Tỷ lệ áp dụng phẫu thuật xuôi dòng hay ngược dòng theo Trần Quế Sơn: 89,3% được cắt xuôi dòng và 10,7% được cắt ngược dòng, trong đó 10,2% phải để lại 1 phần túi mật.⁴ Nhằm hạn chế mổ mở, từ năm 2006 Yu-Chun Wang và cộng sự thực hiện cắt túi mật theo kiểu xuôi dòng cho 112 trường hợp viêm túi mật cấp. Kết quả rất tốt: chuyển mổ mở 2,7%, biến chứng sau mổ mức độ nhẹ và trung bình 5,5%.⁹ Như vậy, kỹ thuật cắt túi mật nên linh động để hạn chế chuyển mổ mở và tránh tổn thương tạng và đường mật. Ống túi mật thường được xử lý phổ biến bằng kẹp

(nhựa/kim loại) hoặc buộc bằng nơ trong hoặc ngoài cơ thể. Kẹp ống túi mật là phương pháp thuận lợi nhất khi thành của ống túi mật còn đủ dài và không viêm mủn. Nghiên cứu áp dụng 2 kiểu xử lý ống túi mật: kẹp ống túi mật bằng hemolock và khâu buộc ống túi mật với tỷ lệ lần lượt là: 84 (95,5%) và 4(4,5%) trường hợp. Bốn trường hợp có ống túi mật bị viêm mủn nát đến sát hội lưu vào ống gan chung không kẹp bằng hemolock được và được chúng tôi xử lý bằng cách khâu buộc. Một số nghiên cứu so sánh 2 phương pháp khâu buộc và kẹp ống túi mật cho thấy thời gian phẫu thuật ngang nhau, tuy nhiên phương pháp khâu buộc đòi hỏi kỹ năng phẫu thuật viên cao hơn. Như vậy, xử lý ống túi mật của nghiên cứu hầu hết được thực hiện bằng kẹp ống túi mật.

Thời gian phẫu thuật trung bình của nghiên cứu $53,8 \pm 14,6$ phút là tương đương với các nghiên cứu gần đây.^{3-5,6,10} Nhiều nghiên cứu cho thấy: nếu phẫu thuật được thực hiện trước 72h từ khi có triệu chứng lâm sàng thường thì thời gian phẫu thuật ngắn hơn sau 72h. Ngoài ra, kỹ năng của phẫu thuật viên cũng đóng vai trò quan trọng giúp thời gian phẫu thuật không bị kéo dài. Xu hướng chung, thời gian phẫu thuật tiệm cận quanh 60 phút.

Nghiên cứu có thời gian sử dụng kháng sinh sau mổ trung bình là $6,9 \pm 1,8$ ngày, ngắn nhất là 3 ngày, dài nhất là 16 ngày, số trường hợp được sử dụng kháng sinh dự phòng là 11 (12,5%). Hai loại kháng sinh được sử dụng là: Cefotaxim 1g tiêm tĩnh mạch kết hợp với Metronidazol truyền tĩnh mạch. Đa số bệnh nhân trong nghiên cứu có viêm túi mật độ II (57,9%) cho nên thời gian dùng kháng sinh khá dài. Thông kê biến chứng cho thấy, nghiên cứu không có trường hợp nào bị nhiễm khuẩn vết mổ và vùng mổ. Nghiên cứu đề ra tiêu chuẩn sử dụng kháng sinh dự phòng là: viêm túi mật độ I, tuổi dưới 70, không mắc bệnh lý nền, phẫu thuật không phải mở túi mật giảm áp, không có

nhiễm khuẩn phổi hợp. Tất cả các trường hợp sử dụng kháng sinh dự phòng đều thành công. Thực tế là, kháng sinh dự phòng đối với mổ cắt túi mật có kế hoạch đã được nhiều nghiên cứu công bố với kết quả tốt. Tuy nhiên, áp dụng kháng sinh dự phòng cho những trường hợp phẫu thuật nội soi cắt túi mật viêm cấp vẫn còn ít được công bố. Theo nghiên cứu đối chứng của Willemieke và cộng sự cho thấy, sử dụng kháng sinh dự phòng trong phẫu thuật nội soi cấp cứu cắt túi mật viêm không làm tăng tỷ lệ nhiễm khuẩn sau mổ. Tiêu chuẩn loại trừ sử dụng kháng sinh dự phòng của Willemieke là: viêm túi mật độ III, có nhiễm khuẩn phổi hợp, có thai, có sử dụng chụp mật tụy ngược dòng.¹²

Nghiên cứu chỉ có 1 trường hợp bị biến chứng sau mổ rất ít gặp đó là tụ máu dưới bao gan phải. Bệnh nhân nữ 77, chẩn đoán viêm túi mật cấp độ II do sỏi kẹt cổ túi mật. Trong mổ thấy túi mật căng to, thành túi mật phù nề và có mạc nối và giả mạc bám vào. Khi cắt túi mật ở thì giải phóng túi mật khỏi giường túi mật bị chảy máu nhiều phải đốt điện cầm máu khá lâu. Ngày thứ nhất sau mổ bệnh nhân tương đối ổn định, sang ngày thứ 2, người bệnh mệt nhiều, đau tức hạ sườn phải, mạch nhanh, da niêm mạc hồng nhạt, bụng không chướng, dẫn lưu dưới gan ra dưới 100 ml dịch hồng. Xét nghiệm thấy Hemoglobin giảm dưới 90 g/dL, cả hai loại men gan tăng > 8000 IU/dL, chụp cắt lớp vi tính thấy tụ máu lớn ở dưới bao gan phải, chèn ép gây thiếu máu vùng gan ở phía dưới. Bệnh nhân được chuyển khoa hồi sức tích cực điều trị bảo tồn bằng truyền máu, huyết tương, kháng sinh... Sau 16 ngày, bệnh nhân ổn định và được ra viện. Sau 2 tháng khám lại ổ tụ máu dưới bao gan đã thoái triển hoàn toàn. Trường hợp này, chúng tôi cho rằng biến chứng xảy ra có thể do động tác đốt điện cầm máu ở giường túi mật gây ra. Biến chứng tương tự được Stanisław Głuszek và cộng sự công bố năm 2015. Tác giả nêu giả thuyết về chảy máu

dưới bao gan sau mổ: dùng thuốc giảm đau non steroid, bất thường giải phẫu động mạch gan, u mạch gan... biến chứng này rất khó tiên lượng trước mổ.¹³

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật nội cấp cứu cứu cắt túi mật viêm do sỏi là phương pháp điều trị an toàn, hiệu quả đối với viêm túi mật cấp độ I và độ II.

KIẾN NGHỊ

Để làm rõ vai trò của kháng sinh dự phòng trong phẫu thuật nội soi cắt túi mật viêm cấp do sỏi, chúng tôi cho rằng cần thực hiện một nghiên cứu đối chứng về vấn đề này để có bằng chứng khoa học thuyết phục.

LỜI CẢM ƠN

Nhóm tác giả xin gửi lời cảm ơn chân thành đến những người bệnh và gia đình đã chọn Bệnh viện Việt Nam – Thụy Điển Uông Bí để điều trị viêm túi mật cấp do sỏi. Xin cảm ơn: Khoa ngoại tiêu hóa và Tổng hợp, Khoa phẫu thuật gây mê hồi sức và Khoa hồi sức tích cực đã giúp đỡ trong quá trình thực hiện đề tài.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Gallagher JR, Charles A. Acute cholecystitis: a review. *Jama*. 2022; 327(10): 965-975.
- 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). *Journal of Hepato-biliary-pancreatic Sciences*. 2018; 25(1): 73-86.
- Nguyễn Quang Huy, Đặng Khải Toàn, Nguyễn Quốc Cường, Hồng TTT. Nhận xét kết quả sớm phẫu thuật nội soi điều trị viêm túi mật cấp do sỏi tại bệnh viện nhân dân 115. *Tạp chí Y học Việt Nam*, tập 529, số 2, tháng 8 năm 2023.
- Trần Quế Sơn, Nguyễn Ngọc Hùng, Trần Hiếu Học, Vũ Thị Phương Anh, Lường Văn Quý, Hương TT. 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. *Tạp chí Nghiên cứu Y học*. 2024; số 178 (5) - 2024.
- Zhang BZZZYWKGYLN. Comparison of Laparoscopic Cholecystectomy for Acute Cholecystitis within and Beyond 72 h of Symptom Onset During Emergency Admissions. *World J Surg* 36: 2654-2658. 2012;
- Cheng X, Cheng P, Xu P, et al. Safety and feasibility of prolonged versus early laparoscopic cholecystectomy for acute cholecystitis: a single-center retrospective study. *Surgical Endoscopy*. 2021; 35: 2297-2305.
- Masamichi Yokoe, J.H., Tadahiro Takada, et al., Tokyo Guidelines 2018: diagnostic criteria and severity grading of acute cholecystitis (with videos). *J Hepatobiliary Pancreat Sci*. 2018; 25: 41-54, 2018.
- Di Martino M, Mora-Guzmán I, Vaello Jodra V, et al. Laparoscopic cholecystectomy for acute cholecystitis: is the surgery still safe beyond the 7-day barrier? A multicentric observational study. *Updates in Surgery*. 2021; 73: 261-272.
- Wang Y-C, Yang H-R, Chung P-K, Jeng L-B, Chen R-J. Role of fundus-first laparoscopic cholecystectomy in the management of acute cholecystitis in elderly patients. *Journal of Laparoendoscopic & Advanced Surgical Techniques*. 2006; 16(2): 124-127.
- Song G-M, Bian W, Zeng X-T, Zhou J-G, Luo Y-Q, Tian X. Laparoscopic cholecystectomy for acute cholecystitis: early or delayed?: Evidence from a systematic review of discordant meta-analyses. *Medicine*. 2016; 95(23): e3835.
- Thái Nguyên Hưng, Trương Đức Tuấn,

Phan Văn Linh. Đánh giá kết quả phẫu thuật cắt túi mật nội soi cấp cứu điều trị viêm túi mật cấp. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2023; 524(2).

12. van Braak WG, Ponten JE, Loozen CS, et al. Antibiotic prophylaxis for acute cholecystectomy: PEANUTS II multicentre randomized non-inferiority clinical trial. *British*

Journal of Surgery. 2022; 109(3): 267-273.

13. Głuszek S, Kot M, Nawacki Ł, Krawczyk M. Subcapsular liver haematoma as a complication of laparoscopic cholecystectomy. *Videosurgery and Other Miniinvasive Techniques*. 2015; 10(2): 320-323.

Summary

THE EARLY RESULTS OF LAPAROSCOPIC CHOLECYSTECTOMY TO TREAT ACUTE CALCULOUS CHOLECYSTITIS AT VIETNAM - SWEDEN UONG BI HOSPITAL

This study is to evaluate the early results of laparoscopic cholecystectomy to treat acute calculous cholecystitis at Vietnam - Sweden Uong Bi Hospital. This study included 90 patients with acute calculous cholecystitis, who have undergone laparoscopic cholecystectomy in Vietnam - Sweden Uong Bi Hospital from January 2022 to June 2024. Grade II (moderate) acute cholecystitis was 57.9%. There were 58 (64.4%) patients operating beyond 72h of symptoms onset. The success rate of the method was 97.8% %. The rate of placing three trocars into abdominal cavity was 71.1%, intraoperative decompression of gall bladder in 70.5% cases the rate of cystic duct closure by hemolock was 95.5%. The mean operating time was 53.8 minutes. The average time of post-operative antibiotic administration was 6.9 days. The average of postoperative hospital stay was 5.8 days. Aforementioned results suggest that laparoscopic cholecystectomy to treat acute calculous cholecystitis is a safe and effective method.

Keywords: Laparoscopic cholecystectomy, acute calculus cholecystitis.