

KẾT QUẢ SỚM PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT TÚI MẬT SAU DẪN LƯU ĐIỀU TRỊ VIÊM TÚI MẬT CẤP NẶNG TẠI BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y HÀ NỘI

Trần Bảo Long^{1,2}, Lê Tuấn Linh^{1,2}, Trịnh Quốc Đạt^{1,2}
Nguyễn Hoàng^{1,2} và Nguyễn Đức Anh^{1,2,✉}

¹Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

²Trường Đại học Y Hà Nội

Nghiên cứu mô tả loạt ca gồm 14 bệnh nhân viêm túi mật cấp được điều trị dẫn lưu túi mật cấp cứu và phẫu thuật nội soi cắt túi mật trong cùng đợt nằm viện hoặc tái khám khi tình trạng ổn định, tiến hành tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội từ năm 2020 đến 2025. Dẫn lưu túi mật giúp cải thiện rõ rệt các triệu chứng lâm sàng như sốt, đau bụng và các chỉ số nhiễm trùng, rối loạn chức năng cơ quan. Sau dẫn lưu, tất cả bệnh nhân đều được phẫu thuật nội soi cắt túi mật, chỉ có 1 trường hợp phải chuyển mổ mở, không ghi nhận tai biến trong mổ, biến chứng sau mổ gặp ở 1 bệnh nhân bị chảy máu sau rút dẫn lưu ổ bụng cần can thiệp nút mạch. Thời gian nằm viện trung bình sau phẫu thuật là 5 ngày. Kết quả cho thấy phương pháp dẫn lưu túi mật cấp cứu là lựa chọn điều trị khởi đầu hiệu quả và an toàn cho bệnh nhân viêm túi mật cấp mức độ nặng hoặc trung bình và có bệnh lý phối hợp chống chỉ định gây mê, giúp cải thiện tình trạng toàn thân trước khi tiến hành phẫu thuật nội soi cắt túi mật, đảm bảo tính khả thi và an toàn của cuộc mổ.

Từ khóa: Viêm túi mật cấp, sỏi túi mật, phẫu thuật nội soi, dẫn lưu túi mật.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm túi mật cấp (VTMC) là một bệnh lý cấp cứu, có thể gây ra các biến chứng như nhiễm khuẩn huyết, suy đa cơ quan, thậm chí đe dọa tính mạng nếu không được chẩn đoán và xử trí kịp thời. Theo hướng dẫn Tokyo 2018, những trường hợp viêm túi mật cấp độ III hoặc độ II kèm nguy cơ cao liên quan đến phẫu thuật (thang điểm ASA III hoặc IV), dẫn lưu túi mật (DLTM) cấp cứu được xem là phương pháp điều trị ban đầu hiệu quả, giúp giải quyết tình trạng nhiễm trùng và ổn định bệnh nhân (BN).¹ Bên cạnh đó, phẫu thuật cắt túi mật nội soi (CTMNS) sau dẫn lưu được xem là bước điều trị tiếp theo nhằm loại bỏ nguyên nhân gây

bệnh, giảm nguy cơ viêm túi mật tái phát và cải thiện chất lượng sống cho người bệnh.

Kĩ thuật dẫn lưu túi mật qua da dưới hướng dẫn siêu âm lần đầu tiên được báo cáo vào năm 1980 bởi bác sĩ Radder và cs, trình bày ca lâm sàng bệnh nhân nữ 54 tuổi có tiền sử bệnh lý rối loạn thần kinh nặng và viêm mũ túi mật, được dẫn lưu túi mật dưới hướng dẫn siêu âm.² Đây là báo cáo đầu tiên về dẫn lưu túi mật điều trị bệnh nhân viêm túi mật rất nặng thay thế cho phẫu thuật cắt túi mật, góp phần mở ra phương pháp can thiệp ít xâm lấn an toàn, hiệu quả và được sử dụng rất rộng rãi sau này.

Hiện tại, chưa có sự thống nhất về thời gian thực hiện cắt túi mật sau khi dẫn lưu túi mật cấp cứu. Một số báo cáo cho rằng phẫu thuật sớm sau khi ổn định tình trạng nhiễm trùng có thể giảm nguy cơ biến chứng và rút ngắn thời gian nằm viện.^{3,4} Trong khi đó, phẫu thuật trì

Tác giả liên hệ: Nguyễn Đức Anh

Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

Email: ducanhnguyen14hmu@gmail.com

Ngày nhận: 14/10/2025

Ngày được chấp nhận: 11/01/2026

hoãn mang lại nhiều lợi ích ở các bệnh nhân có bệnh lý nền nặng hoặc nhiễm trùng nghiêm trọng, cần thời gian hồi phục trước khi tiến hành phẫu thuật.^{1,5}

Mục tiêu bài viết này nhằm đánh giá độ an toàn, hiệu quả của dẫn lưu túi mật trong điều trị viêm túi mật cấp độ III và kết quả phẫu thuật cắt túi mật nội soi sau dẫn lưu túi mật ở những bệnh nhân có nguy cơ phẫu thuật cao.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

1. Đối tượng

Nghiên cứu gồm các bệnh nhân được phẫu thuật nội soi cắt túi mật sau dẫn lưu túi mật cấp cứu.

Tiêu chuẩn lựa chọn gồm bệnh nhân được dẫn lưu túi mật qua da điều trị viêm túi mật độ II hoặc độ III và sau đó thực hiện phẫu thuật nội soi cắt túi mật trong cùng đợt nằm viện hoặc khi tình trạng ổn định.

Tiêu chuẩn loại trừ gồm các trường hợp dẫn lưu túi mật không do viêm túi mật hoặc viêm túi mật độ I; bệnh nhân được thực hiện các phẫu thuật khác ngoài cắt túi mật nội soi.

2. Phương pháp

Thiết kế nghiên cứu mô tả loạt ca nhằm phân tích đặc điểm lâm sàng và kết quả điều trị, được thực hiện tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội trong giai đoạn từ năm 2020 đến 2025.

Dữ liệu được thu thập từ hồ sơ bệnh án

lưu trữ tại bệnh viện. Các biến liên tục được trình bày dưới dạng trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn (TB $\pm$ SD), biến rời rạc được mô tả bằng tần số và tỷ lệ phần trăm. Phân tích số liệu được thực hiện bằng phần mềm SPSS 20.0. Biến số nghiên cứu bao gồm các thông tin về tuổi, giới, bệnh lý nền, triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng trước- sau dẫn lưu túi mật; thông tin về phẫu thuật như thời gian, khó khăn, cách phẫu tích túi mật, tai biến trong mổ và biến chứng sau mổ.

Tóm tắt quy trình cắt túi mật nội soi và cắt túi mật nội soi theo *Quyết định số 4068/QĐ-BYT ngày 20/9/2019* của Bộ trưởng Bộ y tế về chẩn đoán, điều trị và chăm sóc người bệnh viêm túi mật cấp do sỏi:

DLTM: bệnh nhân nằm ngửa, sát khuẩn, gây tê tại chỗ; chọc kim vào túi mật dưới hướng dẫn siêu âm, hút dịch mật cấy vi khuẩn; luồn dây dẫn qua kim, đặt ống dẫn lưu vào túi mật; cố định ống dẫn lưu và nối với túi chứa dịch.

CTMNS: bệnh nhân nằm ngửa, mê nội khí quản; đặt 3 hoặc 4 trocar (trên rốn, dưới mũi ức và dưới sườn phải), bơm CO₂ ổ bụng; phẫu tích túi mật (xuôi dòng hoặc ngược dòng); kiểm soát ống cổ bằng buộc chỉ tiêu chặm hoặc kẹp clip/hemolok; phẫu tích túi mật khỏi gan, kiểm tra cầm máu; lấy bệnh phẩm gửi giải phẫu bệnh.

Tiêu chuẩn chẩn đoán độ nặng của viêm túi mật theo Hướng dẫn Tokyo 2018^{1,6}:

Bảng 1. Tiêu chuẩn chẩn đoán viêm túi mật mức độ nặng (Độ III) theo Hướng dẫn Tokyo 2018⁶

Mức độ	Tiêu chuẩn
III (nặng) (1 tiêu chuẩn)	Rối loạn huyết động: tụt huyết áp cần dùng thuốc vận mạch
	Rối loạn tri giác với GCS < 15 điểm
	Rối loạn hô hấp với SpO ₂ < 90% hoặc cần thở oxy
	Rối loạn chức năng thận với creatinin máu $\geq$ 180 mmol/l
	Rối loạn chức năng gan với PT-INR $\geq$ 1,5
	Rối loạn huyết học với tiểu cầu máu < 100 G/L.

Mức độ	Tiêu chuẩn
II (trung bình) (≥ 2 tiêu chuẩn)	Tăng bạch cầu máu > 18 G/L Sờ thấy túi mật căng khi khám bụng Thời gian khởi phát triệu chứng > 72 giờ Hình ảnh học gợi ý tình trạng viêm túi mật nặng: hoại tử túi mật, áp xe quanh túi mật, áp xe gan...
I (nhẹ)	Không đạt tiêu chuẩn II hoặc III

3. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu tuân thủ các nguyên tắc đạo đức trong nghiên cứu y học, bảo mật thông tin bệnh nhân. Quy trình dẫn lưu túi mật cấp cứu và cắt túi mật nội soi được ban hành theo *Quyết định số 4068/QĐ-BYT ngày 20/9/2019* của Bộ trưởng Bộ y tế.

III. KẾT QUẢ

Trong 5 năm có 14 bệnh nhân đủ tiêu chuẩn nghiên cứu, trong đó 8 bệnh nhân viêm túi mật độ III chiếm 57,7%, còn lại 6 bệnh nhân viêm túi mật độ II kèm bệnh lý nền nghiêm trọng chưa đủ điều kiện phẫu thuật (ASA 3 hoặc 4 điểm).

Độ tuổi trung bình nhóm nghiên cứu là 72,5 tuổi (38 - 89 tuổi), nam giới chiếm đa số với 78,6%. Đa số bệnh nhân có kèm bệnh lý nền (85,7%), trong đó chủ yếu có từ 2 bệnh lý nền trở lên như: đái tháo đường, tăng huyết áp, bệnh mạch vành, các bệnh lý hô hấp như COPD, viêm phổi, di chứng tai biến mạch máu não. Có 4 bệnh nhân (28,6%) vào viện trong bệnh cảnh sốc nhiễm trùng với biểu hiện tụt huyết áp, lơ mơ hoặc hạ nhiệt độ.

1. Kết quả dẫn lưu túi mật qua da

Tỉ lệ đáp ứng tốt về lâm sàng, cận lâm sàng sau dẫn lưu là 100% (Bảng 2), thời gian nằm khoa Cấp cứu là 3,77 ngày.

Bảng 2. Đáp ứng sau dẫn lưu

Chỉ số	Trước dẫn lưu ($\bar{X} \pm SD$)	Sau dẫn lưu ($\bar{X} \pm SD$)	p
Nhiệt độ ($^{\circ}\text{C}$)	38,3 $\pm$ 1,0	37,0 $\pm$ 0,3	< 0,05
Mạch (lần/phút)	103,1 $\pm$ 12,6	76,8 $\pm$ 10,7	
Huyết áp trung bình (mmHg)	80,2 $\pm$ 17,7	95,2 $\pm$ 7,9	
Bạch cầu máu (G/L)	19,1 $\pm$ 6,4	9,7 $\pm$ 4,0	
Pro-calcitonin (ng/mL)*	46,3 $\pm$ 35,3	10,0 $\pm$ 11,8	
CRPhs (mg/dL)*	22,7 $\pm$ 12,8	5,8 $\pm$ 5,8	

* bệnh nhân có thể được làm xét nghiệm 1 trong 2 hoặc cả 2 chỉ số.

* Nhận xét: Các chỉ số về lâm sàng, cận lâm sàng sau dẫn lưu đều cải thiện ở 100% bệnh nhân.

Tất cả dịch túi mật đều được cấy vi khuẩn, tỉ lệ mọc vi khuẩn là 92,9% (13 bệnh nhân), *E. coli* chiếm 57,4%, *K. pneumoniae* chiếm 14.2% (Bảng 3).

Bảng 3. Kết quả cấy vi khuẩn dịch túi mật

Vi khuẩn	Số mẫu (%)	Kháng sinh đồ: Nhạy/ không nhạy
Không mọc	1 (7,1)	-
<i>E. coli</i>	8 (57,4)	Có
<i>Klebsiella pneumoniae ss. pneumoniae</i>	2 (14,2)	Có
<i>Streptococcus viridans</i>	1 (7,1)	Có
<i>Salmonella sp. (non-typhoidal)</i>	1 (7,1)	Có
<i>Staphylococcus saprophyticus ss. saprophyticus (2+)</i>	1 (7,1)	Có
Tổng	14 (100)	

* Nhận xét: Đa số vi khuẩn nhạy kháng sinh.

2. Kết quả phẫu thuật cắt túi mật nội soi

Thời gian trung bình từ lúc dẫn lưu túi mật đến PTNS cắt túi mật là 20,5 ngày (6 - 60 ngày).

Bảng 4. Kết quả phẫu thuật cắt túi mật nội soi sau dẫn lưu túi mật

Thời gian DL đến phẫu thuật	20,5 ngày	
Thời gian mổ	78,6 phút	
Ngày nằm viện sau mổ	5,1 ngày	
Chuyển mổ mở	1 (7,2%)	
Biến chứng sau mổ	1 (7,2%)	
Cách phẫu tích túi mật	Xuôi dòng	3 (21,4%)
	Ngược dòng	10 (71,4%)
	Giải cứu (cắt túi mật bán phần)	1 (7,2%)

Cắt túi mật giải cứu (bail-out technique) là giải pháp an toàn khi không đạt được CVS (Critical View of Safety) trong cắt túi mật nội soi, bao gồm: cắt túi mật bán phần, mổ mở hoặc dẫn lưu túi mật. Trong nghiên cứu này phẫu thuật viên chọn phương án mổ mở và cắt túi mật bán phần.

Thời gian phẫu thuật là 78,6 phút, tất cả các trường hợp đều gặp khó khăn trong mổ là viêm dính quanh túi mật (Parkland độ 2-3-4), trong đó có 1 trường hợp phải chuyển mổ mở và cắt bán phần túi mật vì tam giác Calot viêm dính nhiều.

Tỉ lệ biến chứng sau mổ là 7,2% (1 bệnh nhân) là bệnh nhân chảy máu sau rút dẫn lưu ổ bụng, sau can thiệp nút mạch bệnh nhân ổn định, ra viện. Kết quả cuối cùng 100% bệnh nhân ổn định ra viện, không có bệnh nhân nào tử vong hay phải chuyển tuyến cơ sở điều trị tiếp.

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi, độ tuổi trung bình của nhóm bệnh nhân nghiên cứu là 72,5 tuổi, trong đó tỉ lệ bệnh nhân nam nhiều hơn nữ xấp xỉ 3,5 lần.

Bảng 5. Thông tin tuổi, giới của nhóm nghiên cứu

Tác giả	Năm	Tuổi trung bình	Giới nam:nữ
Nguyễn Văn Định và cs ⁷	2021	76	1/ 1,6
Nguyễn Thanh Sáng và cs ⁸	2015	66,3	1/ 0,68
Koetsu Inoue et al ⁹	2017	75,0	1/ 0,63
Kujirai et al ¹⁰	2024	70,0	1/ 0,4
Chúng tôi	2025	72,5	1/ 0,3

Đối với bệnh nhân lớn tuổi (> 70 tuổi) hoặc có bệnh lý nền phức tạp, việc lựa chọn phương pháp phẫu thuật cần cân nhắc kỹ. Hướng dẫn Tokyo 2018 khuyến cáo đối với viêm túi mật cấp độ III chỉ nên phẫu thuật cấp cứu khi phẫu thuật viên rất có kinh nghiệm và tại trung tâm chuyên khoa có khả năng điều trị tích cực. Tại bệnh viện Đại học Y Hà Nội, chúng tôi lựa chọn phương án an toàn hơn là dẫn lưu túi mật và sẽ lên kế hoạch mổ cắt túi mật nội soi khi tình trạng bệnh nhân ổn định.

Các báo cáo cho rằng dẫn lưu túi mật giải quyết được 90% bệnh nhân viêm túi mật cấp và là điều trị triệt để trên 54% bệnh nhân viêm túi mật cấp.^{9,10} Theo hướng dẫn Tokyo 2018, cắt túi mật nội soi là điều trị tiêu chuẩn của viêm túi mật cấp, nhưng tỉ lệ tử vong quanh phẫu thuật lên đến 19% ở đối tượng rất nặng hoặc cao tuổi. Với đối tượng này, dẫn lưu túi mật là phương pháp tiếp cận an toàn hơn với tỉ lệ biến chứng và tử vong thấp hơn nhiều.⁶ Dẫn lưu túi mật cấp sau khi triệu chứng viêm túi mật cấp khởi phát < 24h trên những bệnh nhân không đủ điều kiện phẫu thuật cấp cứu được báo cáo làm giảm đáng kể thời gian nằm viện và tỉ lệ chảy máu liên quan đến thủ thuật so với việc thực hiện thủ thuật > 24h.¹¹ Dẫn lưu túi mật được chỉ định khi bệnh nhân viêm túi mật cấp độ III hoặc độ II và bệnh nhân không đủ điều kiện để phẫu thuật ngay. Dẫn lưu túi mật không có chống chỉ định tuyệt đối, chống chỉ định

tương đối hay gặp nhất là tình trạng rối loạn đông máu (tiểu cầu < 50 G/L hoặc INR > 1,5). Với những trường hợp trên, ngoài việc sử dụng kháng sinh sớm, cũng cần lưu ý điều chỉnh rối loạn đông máu để bệnh nhân đủ điều kiện dẫn lưu túi mật sớm.

Kết quả nghiên cứu cho thấy, 100% trường hợp đáp ứng tốt sau dẫn lưu túi mật với các triệu chứng lâm sàng như dấu hiệu sinh tồn, đau bụng và chỉ số nhiễm trùng cải thiện trong vòng 48 - 72 giờ sau dẫn lưu (hết sốt, huyết áp ổn định và bạch cầu, pro-calcitonin hoặc CRP giảm). Không có trường hợp nào phải can thiệp phẫu thuật ngay sau dẫn lưu hoặc phải dẫn lưu túi mật lần 2. Kết quả này cũng tương tự như các nghiên cứu khác trong và ngoài nước.^{8,11} Điều này một lần nữa khẳng định sự hiệu quả và an toàn, là phương pháp điều trị chính mang tính cấp cứu ở những bệnh nhân già yếu, có bệnh lý phối hợp nặng và nguy cơ phẫu thuật cao.

Kết quả cấy dịch túi mật phản ánh tình trạng nhiễm khuẩn nặng và đa dạng vi sinh vật. Tỷ lệ nhiễm vi khuẩn cao (92,9%), chỉ 1 mẫu không mọc vi khuẩn cho thấy phần lớn bệnh nhân viêm túi mật độ 3 có nhiễm khuẩn rõ rệt, phù hợp với mức độ nặng của bệnh. *E. coli* chiếm ưu thế (57,4%): đây là vi khuẩn đường ruột phổ biến nhất gây viêm túi mật, đặc biệt trong bối cảnh tắc nghẽn do sỏi. Điều này khẳng định vai trò của vi khuẩn gram âm và

việc sử dụng kháng sinh sớm trong bệnh sinh. Mặt khác, sự hiện diện của vi khuẩn khác như *Klebsiella*, *Streptococcus viridans*, *Salmonella*, và *Staphylococcus saprophyticus* cho thấy nhiễm khuẩn có thể đa dạng nguồn gốc: đường ruột, da, hoặc máu, cần lựa chọn kháng sinh phổ rộng ngay từ đầu, sau đó điều chỉnh theo kháng sinh đồ. Bên cạnh đó, tất cả vi khuẩn mọc đều nhạy kháng sinh, đây là điểm tích cực, cho thấy việc điều trị kháng sinh sẽ đạt hiệu quả cao nếu được cá thể hóa. Kết quả vi sinh trong nghiên cứu của chúng tôi cũng hoàn toàn tương tự các nghiên cứu khác, cho thấy *E. coli* và *Klebsiella* là hai chủng vi khuẩn phổ biến nhất trong dịch túi mật sau dẫn lưu. Từ đó cho thấy cấy dịch túi mật là xét nghiệm quan trọng để định hướng điều trị kháng sinh, đặc biệt ở bệnh nhân nặng. Trong quá trình điều trị sau dẫn lưu túi mật, cần theo dõi sát lâm sàng và kháng sinh đồ để tránh kháng thuốc và biến chứng nhiễm trùng huyết.^{8,11}

Theo Hướng dẫn Tokyo 2018, bên cạnh dẫn lưu túi mật, bệnh nhân cần được điều chỉnh các rối loạn chức năng liên quan.⁶ Thời điểm phẫu thuật sau dẫn lưu túi mật vẫn chưa được xác định rõ ràng do sự khác biệt giữa các nghiên cứu. Kujirai (năm 2024) thông báo nghiên cứu ảnh hưởng của thời gian từ dẫn lưu túi mật đến cắt túi mật nội soi đối với tỷ lệ biến chứng sau mổ ở bệnh nhân viêm túi mật cấp độ trung bình đến nặng, qua phân tích hồi cứu trên 259 bệnh nhân được phẫu thuật cắt túi mật tại Bệnh viện Saiseikai, Nhật Bản, cho thấy trong số 259 bệnh nhân, 32 người gặp biến chứng hậu phẫu (12,36%), không có tử vong.¹⁰ Điều này nhấn mạnh sự quan trọng của việc tối ưu hóa thời điểm phẫu thuật để giảm thiểu rủi ro. Bên cạnh đó, qua việc phân tích đa biến, kết quả cho thấy thời gian từ dẫn lưu đến phẫu thuật là một yếu tố dự báo độc lập về tỷ lệ biến chứng hậu phẫu. Cụ thể, khoảng thời gian giữa dẫn lưu túi mật

và cắt túi mật nội soi ngắn hơn có liên quan đến tỷ lệ biến chứng phẫu thuật thấp hơn. Hơn nữa, phẫu thuật theo chương trình sớm sau dẫn lưu có thể giúp giảm tỷ lệ biến chứng và cải thiện kết quả điều trị.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, thời gian trung bình từ khi dẫn lưu túi mật đến cắt túi mật nội soi là $20,5 \pm 14,8$ ngày (6 - 60 ngày), trong đó nhóm bệnh nhân được cắt túi mật nội soi trong khoảng từ 2 - 4 tuần chiếm đa số với tỉ lệ 64,28%. Vì số lượng bệnh nhân trong nghiên cứu còn hạn chế, nên chúng tôi chọn mốc thời gian 3 tuần sau dẫn lưu để đánh giá kết quả phẫu thuật. Có thể khẳng định rằng, thời điểm phẫu thuật nên được lựa chọn dựa trên tình trạng lâm sàng của bệnh nhân, nhằm giảm biến chứng và tối ưu hóa kết quả điều trị. Thời gian phẫu thuật trong nghiên cứu là 78,6 phút, ngắn hơn so với một số nghiên cứu trong nước và quốc tế, có thể do sau thời gian điều trị kháng sinh, tình trạng viêm túi mật được kiểm soát mà mức độ khó khăn do viêm dính quanh túi mật thuyên giảm.^{7,8} Cụ thể, một số nghiên cứu cho rằng phẫu thuật cắt túi mật nội soi sau khi triệu chứng đầu tiên khởi phát < 72 giờ hoặc sau 7 ngày giúp làm giảm tỉ lệ tai biến trong mổ, chuyển mổ mở hoặc biến chứng sau mổ.^{9,10}

Mức độ khó khăn trong phẫu thuật cắt túi mật nội soi được đánh giá theo thang điểm Parkland với 5 độ.¹² Tất cả các trường hợp đều có mức độ khó từ độ 2 trở lên, trong đó 1 trường hợp không thể phẫu tích rõ ràng tam giác Calot, phải chuyển mở cắt túi mật bán phần. Trong nhóm nghiên cứu đa số được cắt bỏ hoàn toàn túi mật, có 1 trường hợp phải để lại phần phễu (cắt túi mật giải cứu- bail-out technique) do không thể phẫu tích riêng phễu và ống gan chung. Ống cổ túi mật được kiểm soát bằng buộc chỉ tiêu chậm hoặc kẹp hem-o-lok. Thời gian nằm viện sau mổ là 5 ngày, tương tự các nghiên cứu khác.^{7,8}

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 14 trường hợp được cắt túi mật nội soi sau dẫn lưu túi mật do viêm túi mật độ III tại BV ĐHYHN trong vòng 5 năm từ 2020 - 2025, chúng tôi có một số kết luận sau: Dẫn lưu túi mật là phương pháp an toàn, hiệu quả với tỉ lệ thành công 100%, giúp sớm cải thiện triệu chứng ở những trường hợp có nguy cơ phẫu thuật cao. Thời gian dẫn lưu đến phẫu thuật trung bình 20,5 ngày là thời gian cần thiết nhằm điều chỉnh các rối loạn và điều trị bệnh lý toàn thân. Phẫu thuật cắt túi mật nội soi sau dẫn lưu túi mật điều trị viêm túi mật mức độ nặng là an toàn không có tai biến, thời gian phẫu thuật $78,6 \pm 27,4$ phút, tất cả các trường hợp đều gặp khó khăn trong mổ là viêm dính quanh túi mật (Parkland độ 2-3-4), với 1 bệnh nhân phải chuyển mổ mở và cắt túi mật theo phương pháp giải cứu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Okamoto K, Suzuki K, Takada T, et al. Tokyo Guidelines 2018: flowchart for the management of acute cholecystitis. *J Hepato Biliary Pancreat.* 2018; 25(1): 55-72. doi:10.1002/jhbp.516.
2. Radder RW. Ultrasonically guided percutaneous catheter drainage for gallbladder empyema. *Diagn Imaging.* 1980; 49(6): 330-333.
3. Nve E, Badia JM, Amillo-Zaragüeta M, et al. Early Management of Severe Biliary Infection in the Era of the Tokyo Guidelines. *JCM.* 2023; 12(14): 4711. doi:10.3390/jcm12144711.
4. Borzellino G, Khuri S, Pisano M, et al. Timing of early laparoscopic cholecystectomy for acute calculous cholecystitis: a meta-analysis of randomized clinical trials. *World J Emerg Surg.* 2021; 16(1): 16. doi:10.1186/s13017-021-00360-5.
5. Dewana AM, Namq AJ, Ahmed BS, et al. Optimal timing for cholecystectomy:

unveiling insights from a decade-long study on acute cholecystitis and symptomatic cholelithiasis. *BMC Surgery.* 2025; 25(1): 199. doi:10.1186/s12893-025-02851-7.

6. 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 Hepato Biliary Pancreat.* 2018; 25(1): 73-86. doi:10.1002/jhbp.517.

7. Nguyễn Văn Định, Nguyễn Ngọc Thao, Hà Đề Điền. Đánh giá kết quả phẫu thuật cắt túi mật nội soi sau dẫn lưu túi mật xuyên gan qua da trong điều trị viêm túi mật cấp do sỏi. *Y học Việt Nam.* 2021; 509: 3-9.

8. Nguyễn Thanh Sáng, Võ Đức Tâm, Bùi Hồng Minh Hậu. Vai trò dẫn lưu túi mật qua da trong xử trí viêm túi mật cấp do sỏi. *Y Học TP Hồ Chí Minh.* 2016; 201: 183-189.

9. Inoue K, Ueno T, Nishina O, et al. Optimal timing of cholecystectomy after percutaneous gallbladder drainage for severe cholecystitis. *BMC Gastroenterol.* 2017; 17(1): 71. doi:10.1186/s12876-017-0631-8.

10. Kujirai D, Isobe Y, Suzumura H, et al. Time from drainage to surgery is an independent predictor of morbidity for moderate-to-severe acute cholecystitis: a multivariable analysis of 259 patients. *BMC Surg.* 2024; 24(1): 1-6. doi:10.1186/s12893-024-02688-6.

11. Wang X, Niu X, Tao P, et al. Comparison of the safety and effectiveness of different surgical timing for acute cholecystitis after percutaneous transhepatic gallbladder drainage: a systematic review and meta-analysis. *Langenbecks Arch Surg.* 2023; 408(1): 125. doi:10.1007/s00423-023-02861-0.

12. Madni TD, Leshikar DE, Minshall CT, et al. The Parkland grading scale for cholecystitis. *The American Journal of Surgery.* 2018; 215(4): 625-630. doi:10.1016/j.amjsurg.2017.05.017.

Summary

EARLY OUTCOMES OF LAPAROSCOPIC CHOLECYSTECTOMY AFTER PERCUTANEOUS GALLBLADDER DRAINAGE FOR SEVERE ACUTE CHOLECYSTITIS AT HANOI MEDICAL UNIVERSITY HOSPITAL

A case series study involving 14 patients with grade III acute cholecystitis was conducted at Hanoi Medical University Hospital from 2020 to 2025. These patients were treated with emergency percutaneous trans hepatic gallbladder drainage followed by laparoscopic cholecystectomy either during the same hospitalization or upon follow-up when their condition stabilized. The drainage procedure significantly improved clinical symptoms such as fever, abdominal pain, and infection markers, as well as organ dysfunction indicators. After drainage, all patients underwent laparoscopic cholecystectomy, with only one case requiring conversion to open surgery. No intraoperative complication or postoperative adverse event was recorded. The average hospital stay following surgery was 5 days. The results demonstrate that emergency gallbladder drainage is an effective and safe initial treatment option for patients with severe acute cholecystitis. The procedure stabilizes the patient's general condition prior to laparoscopic cholecystectomy, ensuring the feasibility and safety of the procedure.

Keywords: Acute cholecystitis, gallstones, laparoscopic surgery, gallbladder drainage.