

RESULT OF PERCUTANEOUS CHOLECYSTOSTOMY IN THE MANAGEMENT OF ACUTE CALCULOUS CHOLECYSTITIS AT MILITARY HOSPITAL 175

Doan Thanh Huy*, Nguyen Van Manh, Nguyen Van Quynh, Bui Hoang Vinh, Tran Van Truong

*Hepatobiliary-Pancreatic Surgery Unit, Department of Abdominal Surgery, Military Hospital 175 -
786 Nguyen Kiem, Hanh Thong Ward, Ho Chi Minh City, Vietnam*

Received: 10/09/2025

Revised: 25/09/2025; Accepted: 20/10/2025

ABSTRACT

Objective: The study aimed to assess the effectiveness and safety of percutaneous transhepatic gallbladder drainage (PTGBD) in treating acute calculous cholecystitis at Military Hospital 175.

Methods: This cross-sectional study was conducted on 65 patients diagnosed with acute calculous cholecystitis who underwent PTGBD at Military Hospital 175 between January 2023 and January 2025.

Results: The average age of the patients was 69.1 years, ranging from 24 to 98. Female patients comprised 53.8% of the study population, and most patients (76.9%) were aged 60 years and older. The majority of patients (75.4%) had an ASA score of $\geq$ III. The technical success rate of PTGBD was 98.5%. Clinical signs of infection significantly improved within the first 48 hours after the procedure, while post-PTGBD complications were observed in 13.8% of patients. Delayed laparoscopic cholecystectomy was performed safely in 51.6% of cases, with a low conversion rate to open surgery at 6.1%.

Conclusion: PTGBD is a safe and effective procedure for managing acute calculous cholecystitis, demonstrating a high technical success rate. It is particularly suitable for controlling infection in high-risk, nonoperative patients. Moreover, the subsequent delayed laparoscopic cholecystectomy is advantageous, with a low conversion rate. Therefore, PTGBD serves as a practical temporizing approach before a second-stage laparoscopic cholecystectomy.

Keywords: Acute cholecystitis; Gallstones; Percutaneous transhepatic gallbladder drainage (PTGBD).

*Corresponding author

Email: thanhhuyp96@gmail.com **Phone:** (+84) 979315473 **Https://doi.org/10.52163/yhc.v66iCD19.3550**

KẾT QUẢ DẪN LƯU TÚI MẬT QUA DA TRONG ĐIỀU TRỊ VIÊM TÚI MẬT CẤP DO SỎI TẠI BỆNH VIỆN QUÂN Y 175 GIAI ĐOẠN 2023-2025

Đoàn Thanh Huy*, Nguyễn Văn Mạnh, Nguyễn Văn Quỳnh, Bùi Hoàng Vinh, Trần Văn Trường

*Đơn vị Phẫu thuật Gan – Mật – Tụy, Khoa Ngoại bụng, Bệnh viện Quân y 175 -
786 Nguyễn Kiệm, P. Hạnh Thông, Tp. Hồ Chí Minh, Việt Nam*

Ngày nhận: 10/09/2025

Ngày sửa: 25/09/2025; Ngày đăng: 20/10/2025

ABSTRACT

Mục tiêu: Nghiên cứu nhằm đánh giá hiệu quả và an toàn của dẫn lưu túi mật qua da (PTGBD) trong viêm túi mật cấp do sỏi tại Bệnh viện Quân y 175.

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu hồi cứu, mô tả cắt ngang trên 65 bệnh nhân viêm túi mật cấp do sỏi được dẫn lưu túi mật qua da tại Bệnh viện Quân y 175 từ 01/2023 – 01/2025.

Kết quả: Tỷ lệ dẫn lưu túi mật thành công đạt 98,5%. Tình trạng nhiễm trùng giảm rõ rệt sau 48h đầu; biến chứng sau PTGBD 13,8%. Có 51,6% BN được phẫu thuật cắt túi mật nội soi trị hoãn an toàn, tỷ lệ chuyển mổ mở thấp (6,1%).

Kết luận: PTGBD trong viêm túi mật cấp do sỏi là an toàn, dễ thực hiện, tỉ lệ thành công cao, phù hợp để kiểm soát tình trạng nhiễm trùng đối với nhóm BN nguy cơ cao, không phù hợp phẫu thuật. PTNS cắt túi mật sau dẫn lưu thuận lợi, tỉ lệ chuyển mổ mở thấp. Do đó, PTGBD là phương pháp điều trị tạm thời để chuẩn bị cho PTNS cắt túi mật thì hai.

Từ khóa: Viêm túi mật cấp; Sỏi túi mật; Dẫn lưu túi mật qua da.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm túi mật cấp do sỏi (VTMC) là một trong những nguyên nhân thường gặp nhất của đau bụng cấp, chiếm khoảng 3–10% các trường hợp [1]. Nếu không được điều trị kịp thời, VTMC có thể tiến triển thành các biến chứng nặng nề như hoại tử, thủng túi mật hoặc nhiễm trùng huyết [2]. Cắt túi mật nội soi sớm hiện vẫn là tiêu chuẩn vàng trong điều trị VTMC. Tuy nhiên, ở bệnh nhân cao tuổi hoặc có nhiều bệnh lý nội khoa kèm theo (bệnh tim mạch, hô hấp, rối loạn đông máu...), phẫu thuật có nguy cơ biến chứng và tử vong cao [3]. Trong các trường hợp này, cần có những phương án điều trị thay thế an toàn hơn. Dẫn lưu túi mật qua da (PTGBD) đã được chứng minh là một phương pháp ít xâm lấn, hiệu quả trong việc giải áp túi mật. Hướng dẫn Tokyo 2018 khuyến cáo PTGBD như là phương pháp điều trị tạm thời hoặc triệt để ở bệnh nhân VTMC mức độ vừa và nặng không đủ điều kiện phẫu thuật [4]. Tại Việt Nam, báo cáo về kết quả điều trị bằng PTGBD còn hạn chế. Do đó, nghiên cứu này được thực hiện nhằm đánh giá kết quả điều trị của PTGBD ở bệnh nhân VTMC do sỏi tại Bệnh viện Quân y 175.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu cắt ngang.

2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu: Nghiên cứu được thực hiện tại Bệnh viện Quân y 175, TP.HCM từ tháng 01/2023 đến 01/2025.

2.3. Đối tượng nghiên cứu: Nghiên cứu bao gồm tất cả bệnh nhân được chẩn đoán viêm túi mật cấp do sỏi và được điều trị bằng dẫn lưu túi mật qua da trong khoảng thời gian nghiên cứu.

- Tiêu chuẩn chọn mẫu

+ Bệnh nhân ≥ 18 tuổi.

+ Chẩn đoán VTMC độ II, III theo hướng dẫn Tokyo 2018 (TG18).

+ Được điều trị bằng PTGBD dưới hướng dẫn siêu âm.

+ Hồ sơ đầy đủ thông tin nghiên cứu.

- Tiêu chuẩn loại trừ

+ Bệnh nhân viêm túi mật cấp không do sỏi.

*Tác giả liên hệ

Email: thanhhuuyh96@gmail.com Điện thoại: (+84) 979315473 <https://doi.org/10.52163/yhc.v66iCD19.3550>

+ Bệnh nhân có biến chứng thủng túi mật hoặc viêm phúc mạc cần phẫu thuật cấp cứu.

2.4. Cỡ mẫu, chọn mẫu: Chọn toàn bộ bệnh nhân được chẩn đoán viêm túi mật cấp do sỏi và được điều trị bằng dẫn lưu túi mật qua da đạt tiêu chuẩn.

2.5. Các biến số thu thập: Tuổi, giới, bệnh nền, triệu chứng lâm sàng, thời gian giảm đau, thời gian hết sốt, WBC, CRP, biến chứng, thời gian nằm viện, kết cục, tỉ lệ được phẫu thuật cắt túi mật sau dẫn lưu.

2.6. Phân tích thống kê: Sử dụng SPSS 26.0, kiểm định t-student cho biến liên tục, Chi-square cho biến định tính, $p < 0.05$ có ý nghĩa.

2.7. Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu tuân thủ các quy định về đạo đức nghiên cứu của Bộ y tế. Nhóm tác giả cam kết nghiên cứu được thực hiện một cách khách quan và không có xung đột lợi ích.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong thời gian nghiên cứu, có tổng cộng 65 bệnh nhân viêm túi mật cấp do sỏi được can thiệp dẫn lưu túi mật qua da. Tuổi trung bình của nhóm bệnh nhân là $69,1 \pm 15,9$ (dao động 24–98 tuổi). Phần lớn bệnh nhân lớn tuổi: nhóm ≥ 60 chiếm 50 trường hợp (76,9%), còn lại 15 trường hợp (23,1%) < 60 tuổi. Nữ giới chiếm 53,8% và nam giới chiếm 46,2%. Đa số bệnh nhân có bệnh lý nội khoa kèm theo (80%), đáng kể nhất là tăng huyết áp (75,4%) và đái tháo đường (43,1%), ngoài ra có 18,5% bệnh nhân có bệnh tim mạch, 21,5% suy thận mạn, và 12,3% có tiền sử phẫu thuật bụng. Tỷ lệ có sốt khi nhập viện khá cao (72,3%), với 47 bệnh nhân. Tất cả bệnh nhân đều có triệu chứng đau hạ sườn phải điển hình (100%), kèm theo 7 trường hợp (10,8%) có biểu hiện vàng da niêm. Thời gian từ khởi phát triệu chứng đến khi nhập viện trung vị 72 giờ (IQR 48–96 giờ), cho thấy đa số bệnh nhân đều đến viện muộn. Về phân loại nguy cơ gây mê (ASA), nhóm ASA I–II chiếm 24,6% và ASA $\geq$ III chiếm 75,4%. Đa số bệnh nhân được xếp loại viêm túi mật cấp độ II theo Tokyo 2018 (73,8%); và 26,2% trường hợp độ III (nặng). Kết quả chi tiết được thể hiện ở Bảng 1.

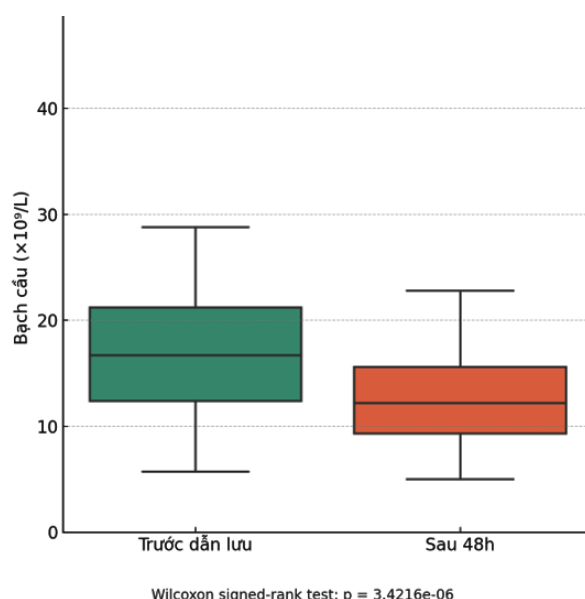
Bảng 1. Đặc điểm dân số và tình trạng lâm sàng

Đặc điểm	Kết quả (n = 65)
Tuổi, trung bình $\pm$ SD (nhỏ–lớn nhất)	$69,1 \pm 15,9$ (24–98) tuổi
Giới, nam/nữ	30 (46,2%) / 35 (53,8%)
BMI, trung vị (IQR)	21,0 (20,0–22,0)
Có sốt lúc nhập viện	47 (72,3%)
Đau HSP và dấu Murphy (+)	65 (100%)

Đặc điểm	Kết quả (n = 65)
Vàng da	7 (10,8%)
Thời gian từ khởi phát đến nhập viện, trung vị (IQR)	72 giờ (48–96 giờ)
Phân loại ASA I / II / III / IV–V	6 (9,3%) / 10 (15,3%) / 41 (67,7%) / 5 (7,7%)
Mức độ viêm túi mật (Tokyo 2018) II / III	48 (73,8%) / 17 (26,2%)

Tất cả bệnh nhân đều được tiến hành dẫn lưu túi mật qua da dưới hướng dẫn siêu âm. Tỷ lệ thành công kỹ thuật của phương pháp PTGBD đạt 98,5% (64/65 trường hợp). Chỉ có 1 bệnh nhân thất bại dẫn lưu (bệnh nhân 84 tuổi, nguy cơ ASA III, can thiệp thất bại do BN không hợp tác và từ chối can thiệp lần 2). Không có biến chứng nghiêm trọng tức thì trong quá trình thực hiện kỹ thuật.

Sau dẫn lưu mật, các triệu chứng lâm sàng và dấu hiệu nhiễm trùng cải thiện rõ rệt trong vòng 48 giờ đầu. Tỷ lệ bệnh nhân còn sốt sau 48 giờ chỉ 18,4%, so với 72,3% có sốt lúc nhập viện. Thời gian trung vị để hết sốt là 16 giờ (IQR 12–24 giờ) tính từ lúc can thiệp. Triệu chứng đau bụng cũng thuyên giảm nhanh sau dẫn lưu; thời gian giảm đau rõ rệt trung vị 25 giờ (IQR 18–40 giờ). Về xét nghiệm, số lượng bạch cầu giảm có ý nghĩa sau 48 giờ. Trung vị WBC giảm từ $16,15 \text{ K}/\mu\text{l}$ (IQR 12,1–21,1) xuống $12,2 \text{ K}/\mu\text{l}$ (IQR 9,3–15,1) ($p < 0,001$ theo Wilcoxon bất cặp). Phổ vi khuẩn thường gặp nhất là *Escherichia coli* (26/56; 46,4%), *Klebsiella* sp. (15/56; 26,7%) *Acinetobacter baumannii* (8/56; 14,2%), *Pseudomonas aeruginosa* (7/56; 12,5%).



Hình 1. Số lượng bạch cầu trước và sau 48 giờ dẫn lưu túi mật qua da (PTGBD)

Thời gian nằm viện trung vị 7 ngày (IQR 5–11 ngày), tổng cộng có 9 bệnh nhân (13,8%) gặp biến chứng liên quan đến dẫn lưu mật, bao gồm cả biến chứng trong khi nằm viện và sau xuất viện. Bảng 2 liệt kê chi tiết các loại biến chứng ghi nhận được. Thường gặp nhất là các sự cố về ống dẫn lưu: có 2 ca (3,1%) bị tụt ống dẫn lưu khỏi túi mật và 2 ca (3,1%) bị tắc nghẽn ống dẫn lưu (do cặn bùn). Ngoài ra, có 1 trường hợp (1,5%) ghi nhận rò rỉ mật quanh ống dẫn lưu sau thủ thuật, được xử trí bảo tồn (dẫn lưu liên tục, chăm sóc vị trí ống) và tự khỏi sau vài ngày. Về các biến chứng nhiễm khuẩn: 2 bệnh nhân (3,1%) diễn tiến viêm phổi mắc phải trong thời gian nằm viện sau dẫn lưu, phải điều trị kháng sinh phổ rộng. Không có trường hợp nào chảy máu nghiêm trọng (xuất huyết trong ổ bụng hoặc chảy máu đường hầm ống) do thủ thuật PTGBD. Tỷ lệ tử vong liên quan đến viêm túi mật cấp trong nhóm nghiên cứu là 3,1% (2/65) – cả hai đều là bệnh nhân cao tuổi (84 và 90 tuổi) có nguy cơ ASA cao, trong đó một trường hợp thất bại dẫn lưu và một trường hợp mặc dù dẫn lưu thành công nhưng diễn tiến nhiễm trùng nặng không hồi phục.

Bảng 2. Các biến chứng ghi nhận được liên quan đến dẫn lưu túi mật qua da (n=65)

Loại biến chứng	Số trường hợp (tỷ lệ %)
Tụt ống dẫn lưu	2 (3,1%)
Tắc nghẽn ống dẫn lưu	2 (3,1%)
Rò rỉ mật quanh ống dẫn lưu	1 (1,5%)
Viêm phổi (viêm phổi bệnh viện)	2 (3,1%)
Chảy máu (xuất huyết)	0 (0%)
Tử vong	2 (3,1%)

Trong nhóm BN được dẫn lưu thành công của chúng tôi, có 33 bệnh nhân (51,6%) được phẫu thuật cắt túi mật nội soi tri hoãn an toàn, với thời gian chờ mổ trung vị 48 ngày (khoảng 25–90 ngày) sau PTGBD. Tỷ lệ chuyển mổ mở thấp (2 ca, 6,1%), chủ yếu do dính viêm quanh túi mật. Các bệnh nhân còn lại (48,4%) không được phẫu thuật do nguy cơ gây mê cao hoặc nguyện vọng cá nhân; những trường hợp này được rút ống dẫn lưu sau 6 tuần và được theo dõi ngoại trú. Trong nhóm không phẫu thuật, ghi nhận 9 bệnh nhân (13,8%) bị tái phát viêm túi mật cấp trong thời gian theo dõi (trung bình sau 6 tháng), đều được xử trí bảo tồn hoặc đặt lại dẫn lưu thành công.

4. BÀN LUẬN

Về đặc điểm dân số và lâm sàng, các bệnh nhân trong nghiên cứu chúng tôi có tuổi trung bình cao ($69,1 \pm 15,9$; 76,9% ≥ 60 tuổi) và tỷ lệ bệnh nền cao (80%). Phân bố độ tuổi khá rộng từ 24 – 98 tuổi, tuổi

trung vị có chênh lệch với một số tác giả khác tuy nhiên có đặc điểm chung là gặp ở BN lớn tuổi, nữ nhiều hơn nam. Theo Nguyễn Tấn Cường tuổi trung bình là 52,4 tuổi; Nguyễn Thanh Sáng tuổi trung vị 65 tuổi nhưng nam nhiều hơn nữ [5]. Tỷ lệ ASA $\geq$ III lên đến 75,4% phản ánh nhóm nguy cơ cao điển hình của viêm túi mật cấp do sỏi—những người dễ rơi vào mức độ nặng, đáp ứng viêm hệ thống mạnh và không tối ưu cho phẫu thuật cấp cứu. Về triệu chứng lâm sàng, đau hạ sườn phải và dấu Murphy dương tính đạt 100%, cho thấy tình trạng túi mật căng to, phù hợp với mức độ viêm từ trung bình đến nặng. Sốt lúc nhập viện 72,3% và WBC có trung vị 16,15 K/ μ L (IQR 12,1–21,1) cho thấy tình trạng nhiễm trùng đáng kể tại thời điểm tiếp cận; cùng với thời gian đến viện muộn (trung vị 72 giờ, IQR 48–96), điều này có thể góp phần vào tỷ lệ mức độ II–III cao (73,8% và 26,2%). Kết quả này tương đồng với báo cáo của tác giả Viste A. với 83,7% bệnh nhân VTMC độ II, tỉ lệ nhiễm khuẩn huyết ở thời điểm nhập viện 34,5% [6].

Nghiên cứu cho thấy PTGBD đạt tỷ lệ thành công kỹ thuật cao (98,5%) và kiểm soát nhiễm trùng nhanh ở quần thể bệnh nhân cao tuổi, nhiều bệnh kèm theo và nguy cơ gây mê cao (ASA $\geq$ III chiếm 75,4%). Sau 48 giờ, tỷ lệ còn sốt giảm từ 72,3% xuống 18,4%, thời gian hết sốt trung vị 16 giờ, và WBC giảm có ý nghĩa (16,15 xuống $12,2 \times 10^9/L$; $p < 0,001$). Kết quả này củng cố vai trò của PTGBD như một biện pháp giải áp và giải quyết nhiễm trùng hiệu quả trong viêm túi mật cấp mức độ II–III, đặc biệt khi phẫu thuật cấp cứu không an toàn. Về an toàn, tỉ lệ biến chứng liên quan đến dẫn lưu là 13,8%, trong đó biến chứng liên quan ống dẫn lưu (tụt/tắc) là thường gặp nhưng đa số nhẹ và xử trí được; không ghi nhận xuất huyết nặng do thủ thuật. Tử vong 3,1% xảy ra ở bệnh nhân rất cao tuổi và nguy cơ ASA cao, phù hợp với đặc điểm bệnh cảnh nặng và đến viện muộn (trung vị 72 giờ). Tỉ lệ này thấp hơn so với Saeed A. S. với tỉ lệ biến chứng sau dẫn lưu là 25% [7] và tác giả Nguyễn Thanh Sáng là 23% [5]. Không có bệnh nhân nào sau PTGBD chảy máu, tụ dịch ổ bụng, viêm phúc mạc mật hay rò mật.

Chiến lược xử trí thì hai cho thấy gần 50% bệnh nhân được cắt túi mật tri hoãn an toàn, tỷ lệ chuyển mổ mở thấp (6,1%). Ở nhóm không phẫu thuật, có 28,1% BN viêm túi mật tái phát trong theo dõi. Điều này phù hợp với quan điểm dẫn lưu tạm thời để giải quyết nhiễm trùng ban đầu và chờ tình trạng ổn định cho phẫu thuật cắt túi mật nội soi thì hai.

5. KẾT LUẬN

Dẫn lưu túi mật qua da (PTGBD) là lựa chọn điều trị an toàn và hiệu quả cho viêm túi mật cấp do sỏi ở nhóm bệnh nhân nguy cơ cao, không thuận lợi cho phẫu thuật. Thủ thuật dễ thực hiện, tỉ lệ thành công

cao, tỉ lệ biến chứng thấp. PTGBD được xem là bước điều trị tạm thời để chuẩn bị cho phẫu thuật cắt túi mật nội soi khi điều kiện cho phép. Cần thêm các nghiên cứu với cỡ mẫu lớn hơn, theo dõi dài hạn và đánh giá chất lượng sống sau dẫn lưu túi mật.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Cook MD, Karim SA, Jensen HK, Bennett JL, Burdine LJ, Bhavaraju A, et al. Percutaneous Cholecystostomy Tubes versus Medical Management for Acute Cholecystitis. *The American Surgeon*TM. 2022 May 1;88(5):828–33.
- [2] Jones MW, Santos G, Patel PJ, O'Rourke MC. Acute Cholecystitis. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025 [cited 2025 Aug 29]. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK459171/>
- [3] Lee CE, Lee SJ, Moon JI, Choi IS, Yoon DS, Choi WJ, et al. Acute cholecystitis in old adults: the impact of advanced age on the clinical characteristics of the disease and on the surgical outcomes of laparoscopic cholecystectomy. *BMC Gastroenterology*. 2023 Sept 25;23(1):328.
- [4] Abe K, Suzuki K, Yahagi M, Murata T, Sako H, Ishii Y. The Efficacy of PTGBD for Acute Cholecystitis Based on the Tokyo Guidelines 2018. *World Journal of Surgery*. 2019;43(11):1.
- [5] Nguyen, Sang & Tam, Vo & Hau, Bui. (2015). The role of percutaneous cholecystostomy in acute calculous cholecystitis. *Y học TP Hồ Chí Minh*. 19. 84-90.
- [6] Viste A, Jensen D, Angelsen JH, Hoem D. Percutaneous cholecystostomy in acute cholecystitis: a retrospective analysis of an extensive series of 104 patients. *BMC Surg*. 2015 Mar 8;15:17.
- [7] Saeed SA, Masroor I. Percutaneous cholecystostomy (PC) in the management of acute cholecystitis in high-risk patients. *J Coll Physicians Surg Pak*. 2010 Sept;20(9):612–5.

