

# OUTCOMES OF LAPAROSCOPIC CHOLECYSTECTOMY FOR ACUTE CHOLECYSTITIS AFTER PERCUTANEOUS GALLBLADDER DRAINAGE AT THONG NHAT HOSPITAL

Do Ngoc Que Anh<sup>1\*</sup>, Nguyen Thi Tam Nhi<sup>2</sup>, Pham Duy Tai<sup>2</sup>,  
Mai Hoang Anh<sup>3</sup>, Le Thanh Nghi<sup>1</sup>, Nguyen Khanh Van<sup>1</sup>, Do Kim Que<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Thong Nhat Hospital - 1 Ly Thuong Kiet, Ward 14, Tan Binh Dist, Ho Chi Minh City, Vietnam

<sup>2</sup>Vo Truong Toan University - National Highway 1A, Tan Phu Thanh, Chau Thanh A, Hau Giang Province, Vietnam

<sup>3</sup>Can Tho University of Medicine and Pharmacy - 179 Nguyen Van Cu, An Khanh Ward, Ninh Kieu Dist, Can Tho City, Vietnam

Received: 24/09/2024

Revised: 02/10/2024; Accepted: 16/10/2024

## ABSTRACT

**Background:** Percutaneous transhepatic gallbladder drainage has been recognized by many centers as an effective method for reducing gallbladder inflammation. It is considered a temporary treatment step prior to cholecystectomy or a definitive solution for patients with multiple surgical risk factors who are not candidates for surgery.

**Objectives:** To evaluate the outcomes of laparoscopic cholecystectomy following gallbladder drainage.

**Subjects and Methods:** A retrospective descriptive study was conducted on 35 patients with acute cholecystitis due to gallstones who underwent laparoscopic cholecystectomy after gallbladder drainage at the Hepato-Pancreato-Biliary Surgery Department, Thong Nhat Hospital, from January 2022 to May 2024.

**Results:** The average age was  $71.14 \pm 12.6$  years. The male-to-female ratio was 1.2:1. The rate of abdominal surgical history was 11.4% of cases, and comorbidities accounted for 91.4%, with cardiovascular disease (80%) and diabetes mellitus (40%) being predominant. ASA III classification was the most common, accounting for 42.9%. 28/35 patients (80%) underwent drainage within 72 hours after diagnosis. Most patients had their drains in place for over 6 weeks (85.75%). The average operating time was  $128 \pm 46.5$  minutes, the average blood loss was  $24.3 \pm 15.3$  ml. Intraoperative complications occurred in 5.8%, with one case (2.9%) of major bile duct injury and one case (2.9%) of duodenal injury. Postoperative complications were observed in 5.7%, including 2 cases of bile leakage. The average postoperative length of stay was  $6.5 \pm 2.6$  days.

**Conclusion:** Laparoscopic cholecystectomy following percutaneous gallbladder drainage has a high success rate and low rates of perioperative complications. Gallbladder drainage is an effective, easily performed, and safe treatment for cases of acute cholecystitis that are not suitable for surgery.

**Keywords:** Acute cholecystitis; Percutaneous gallbladder drainage; Laparoscopic cholecystectomy.

---

\*Corresponding author

**Email:** queanhdo.2000@gmail.com **Phone:** (+84) 914633168 **Https://doi.org/10.52163/yhc.v65iCD10.1640**

# ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT TÚI MẬT DO VIÊM TÚI MẬT CẤP SAU DẪN LƯU TÚI MẬT RA DA TẠI BỆNH VIỆN THỐNG NHẤT

Đỗ Ngọc Quế Anh<sup>1\*</sup>, Nguyễn Thị Tâm Nhi<sup>2</sup>, Phạm Duy Tài<sup>2</sup>,  
Mai Hoàng Anh<sup>3</sup>, Lê Thanh Nghị<sup>1</sup>, Nguyễn Khánh Vân<sup>1</sup>, Đỗ Kim Quế<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Bệnh viện Thống Nhất - Số 1 Lý Thường Kiệt, P. 14, Q. Tân Bình, Tp. Hồ Chí Minh, Việt Nam

<sup>2</sup>Trường Đại Học Võ Trường Toản - Quốc lộ 1A, Tân Phú Thạnh, Châu Thành A, Tỉnh Hậu Giang, Việt Nam

<sup>3</sup>Trường Đại Học Y Dược Cần Thơ - Số 179 Nguyễn Văn Cừ, P. An Khánh, Q. Ninh Kiều, Tp. Cần Thơ, Việt Nam

Ngày nhận bài: 24/09/2024

Chỉnh sửa ngày: 02/10/2024; Ngày duyệt đăng: 16/10/2024

## TÓM TẮT

**Đặt vấn đề:** Dẫn lưu túi mật xuyên gan qua da hiện nay đã được nhiều trung tâm công nhận giúp làm giảm tình trạng viêm của túi mật và được xem là bước điều trị tạm thời trước khi tiến hành cắt túi mật hoặc có thể là một biện pháp triệt để trên những bệnh nhân nhiều yếu tố nguy cơ không phẫu thuật được.

**Mục tiêu:** Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi cắt túi mật sau dẫn lưu túi mật.

**Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu hồi cứu mô tả trên 35 bệnh nhân viêm túi mật cấp do sỏi được phẫu thuật nội soi cắt túi mật sau dẫn lưu túi mật tại khoa Ngoại Gan Mật Tụy, Bệnh viện Thống Nhất từ tháng 01/2022 đến tháng 05/2024.

**Kết quả:** Tuổi trung bình là  $71,14 \pm 12,6$  tuổi. Tỷ lệ Nam/nữ 1,2/1. Tiền sử phẫu thuật bụng chiếm 11,4%, bệnh lý nội khoa phối hợp 91,4%, trong đó bệnh tim mạch (80%), đái tháo đường (40%) chiếm ưu thế. ASA III chiếm tỷ lệ nhiều nhất 42,9%. 28/35 bệnh nhân (80%) được dẫn lưu túi mật trước 72 giờ sau khi được chẩn đoán. Hầu hết các bệnh nhân đều mang ống trên 6 tuần (85,75). Thời gian phẫu thuật trung bình  $128 \pm 46,5$  phút. Lượng máu mất trung bình  $24,3 \pm 15,3$  ml. Biến chứng trong phẫu thuật 5,8%, 1 trường hợp (2,9%) tổn thương đường mật chính, 1 trường hợp (2,9%) tổn thương tá tràng. Biến chứng sau phẫu thuật 5,7%, là 2 trường hợp rò mật. Thời gian nằm viện trung bình sau mổ  $6,5 \pm 2,6$  ngày.

**Kết luận:** Phẫu thuật nội soi cắt túi mật sau dẫn lưu túi mật có tỷ lệ thành công cao, tỷ lệ tai biến và biến chứng chu phẫu thấp. Dẫn lưu túi mật là phương pháp điều trị hiệu quả, dễ thực hiện và an toàn cho những trường hợp VTMC không thể phẫu thuật.

**Từ khóa:** Viêm túi mật cấp; Dẫn lưu túi mật ra da; Phẫu thuật nội soi cắt túi mật.

## 1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm túi mật cấp (VTMC) là bệnh lý ngoại khoa thường gặp, do nhiều nguyên nhân, thường gặp nhất là do sỏi. Diễn tiến tự nhiên của VTMC do sỏi sẽ dẫn đến hoại tử túi mật, viêm phúc mạc, viêm đường mật, nhiễm khuẩn huyết, sốc nhiễm khuẩn, thậm chí tử vong nếu không được điều trị kịp thời [1].

Phẫu thuật nội soi cắt túi mật được xem là phương pháp điều trị tiêu chuẩn cho bệnh lý VTMC. Đây là một phẫu thuật ít xâm lấn, tuy nhiên việc phẫu thuật có thể gặp nhiều khó khăn trong một số trường hợp như TM phù nề do viêm cấp tính, dính vào các tạng lân cận như tá tràng, đường mật chính hoặc biến dạng giải phẫu, mang lại nhiều biến chứng nặng nề như chảy máu, rò mật, tổn thương đường mật chính vẫn thường xảy ra trong và sau mổ.

Tuy nhiên không phải tất cả bệnh nhân VTMC đều được điều trị bằng PTNS vì việc thực hiện PTNS có thể gặp nhiều khó khăn trong những trường hợp VTMC nặng, BN có chống chỉ định PTNS. Tỷ lệ chuyển mổ hở đối với PTNS điều trị VTMC còn cao, có tỷ lệ khoảng 8%. Năm 1921, báo cáo đầu tiên trên thế giới về chọc trực tiếp vào TM. Dẫn lưu túi mật xuyên gan qua da đã được báo cáo đầu tiên vào những năm 1980. Trong vài thập kỷ qua, vấn đề can thiệp đường mật qua da phát triển rộng rãi, đem lại hiệu quả cao trong chẩn đoán và điều trị VTMC.

Dẫn lưu túi mật xuyên gan qua da với hướng dẫn siêu âm ngày nay được nhiều tác giả công nhận cải thiện tình trạng viêm và được xem là bước điều trị tạm thời trước

\*Tác giả liên hệ

Email: queanho.2000@gmail.com Điện thoại: (+84) 914633168 <https://doi.org/10.52163/yhc.v65iCD10.1640>

khi cắt túi mật, hoặc có thể là biện pháp triệt để trên bệnh nhân nhiều yếu tố nguy cơ không thể phẫu thuật được [2],[3]. Tính an toàn và hiệu quả phương pháp này được chứng minh và khuyến cáo tại hội nghị đồng thuận hướng dẫn thực hành năm 2018 tại Tokyo.

Tại khoa Ngoại Gan Mật Tụy bệnh viện Thống Nhất đã triển khai PTNS cắt TM và dẫn lưu túi mật cho những trường hợp VTMC do sỏi từ năm 2014 đến nay nhưng chưa có nghiên cứu đánh giá kết quả thực hiện. Chúng tôi thực hiện nghiên cứu “Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi cắt túi mật do viêm túi mật cấp sau dẫn lưu túi mật ra da tại Bệnh viện Thống Nhất”.

## 2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 2.1. Đối tượng nghiên cứu

Gồm 35 bệnh nhân viêm túi mật cấp do sỏi được chẩn đoán VTMC do sỏi túi mật có chỉ định đặt DLTM xuyên gan qua da tại Khoa Ngoại Gan Mật Tụy - Bệnh viện Thống Nhất và được nhập viện tại khoa để PTNS cắt túi mật khi đủ điều kiện trong thời gian từ tháng 01/2022 đến tháng 05/2024.

- Tiêu chuẩn chọn bệnh

+ Các BN được chẩn đoán VTMC do sỏi, được dẫn lưu túi mật ra da điều trị VTMC và sau đó được phẫu thuật nội soi cắt túi mật.

+ Bệnh nhân đã xuất viện ở Bệnh viện Thống Nhất trong thời gian nghiên cứu.

- Tiêu chuẩn loại trừ

+ Đã được dẫn lưu túi mật ra da tại bệnh viện khác.

+ Bệnh nhân có sỏi ở nhiều vị trí khác ngoài túi mật.

### 2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu hồi cứu, mô tả

- Biến số nghiên cứu: Đặc điểm chung: Tuổi, tỷ lệ nam/nữ, tiền sử phẫu thuật vùng bụng, bệnh lý nội khoa kèm theo, ASA. Kết quả phẫu thuật: Thời điểm đặt dẫn lưu, thời gian mang ống, phương pháp và thời gian phẫu thuật, lượng máu mất trong phẫu thuật, biến chứng trong và sau phẫu thuật, thời gian nằm viện sau phẫu thuật.

## 3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

### 3.1. Đặc điểm chung của nhóm bệnh nhân nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm chung bệnh nhân nghiên cứu

Các thông số		Kết quả	
		Tần số	Tỷ lệ
Độ tuổi trung bình (tuổi)		71,14 ± 12,6 (44 – 92)	
Giới (Nam/Nữ)		1,2/1	
Phân loại ASA	ASA 2	11	31,4
	ASA 3	15	42,9
Tiền sử phẫu thuật vùng bụng		4	11,4
Tiền sử bệnh nội khoa kèm theo	Bệnh lý nội khoa	32	91,4
	Bệnh tim mạch	28	80
	Đái tháo đường	14	40

Nhận xét: Tuổi trung bình là 71,14 ± 12,6 tuổi. Tỷ lệ Nam/nữ là 1,2/1. Tiền sử phẫu thuật bụng chiếm 11,4%, bệnh lý nội khoa 91,4%. ASA 3 chiếm ưu thế với 42,9%.

### 3.2. Đặc điểm phẫu thuật

Bảng 2. Đặc điểm phẫu thuật

Các thông số		Kết quả	
		Tần số	Tỷ lệ
Thời điểm phẫu thuật sau dẫn lưu (ngày)	Trung bình	62,4 ± 20,5 (30 – 120)	
	4 – 6 tuần	30	85,7
	> 6 tuần	5	14,3
Phương pháp tiến hành cắt túi mật	PTNS hoàn toàn	34	97,1
	Chuyển mổ mở	1	2,9
Kỹ thuật cắt túi mật	Gần toàn bộ	1	2,9
	Toàn bộ	34	97,1
Thời gian phẫu thuật trung bình (phút)		128 ± 46,5 (40 – 240)	
Lượng máu mất trong mổ trung bình (ml)		24,3 ± 15,3 (5 – 70)	

Nhận xét: Các bệnh nhân được tiến hành PTNS cắt túi mật sau chọc DLTM trung bình sau 62,4 ± 20,5 ngày, sớm nhất là 30 ngày và muộn nhất là 120 ngày. Hầu hết các trường hợp đều tiến thành PTNS cắt túi mật thành công 34/35 trường hợp (97,1%), 1 trường hợp (2,9%) cần chuyển mổ mở do quá trình gỡ dính ruột non qua nội soi khó khăn. 1 trường hợp (2,9%) chỉ cắt được gần toàn bộ túi mật, cột tại túi Hartmann do viêm dính vào đường mật chính. Thời gian tiến hành phẫu thuật trung bình là 128 ± 46,5 phút, ngắn nhất là 40 phút và dài nhất là 240 phút. Trường hợp phẫu thuật dài nhất do viêm dính nhiều, phẫu tích khó khăn, có tai biến trong mổ cần xử trí.

### 3.3. Kết quả sau phẫu thuật

Bảng 3. Kết quả sau phẫu thuật nội soi cắt túi mật

Các thông số		Kết quả	
		Tần số	Tỷ lệ
Biến chứng trong phẫu thuật	Tổn thương đường mật chính	1	2,9
	Tổn thương các tạng lân cận	1	2,9
Biến chứng sau phẫu thuật	Rò mật	2	5,7
	Chảy máu	0	0
	Nhiễm trùng vết mổ	0	0
Thời gian nằm viện sau phẫu thuật (ngày)		6,5 ± 2,6 (2 - 13)	

Nhận xét: 1 trường hợp tổn thương đường mật chính (2,9%). 1 trường hợp thủng ruột non khi gỡ dính, được

khâu lại hoàn toàn qua nội soi bằng chỉ PDS 4-0, 1 trường hợp thủng ống gan chung được đặt feeding tube 8Fr tại vị trí thủng và khâu kín. 94,2% không ghi nhận biến chứng trong mổ. Có 2/35 trường hợp (5,7%) rò mật sau phẫu thuật và đều đáp ứng với điều trị nội khoa, không ghi nhận các biến chứng sau mổ khác. Số ngày nằm viện trung bình sau phẫu thuật là  $6,5 \pm 2,6$  ngày, ngắn nhất là 2 ngày và dài nhất là 13 ngày. Trường hợp nằm lâu nhất do bệnh lý nội khoa kèm theo nặng (tăng huyết áp, đái tháo đường, đã phẫu thuật K thanh quản).

#### 4. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi, 35 BN được đưa vào khảo sát với độ tuổi trung bình là  $71,14 \pm 12,6$  tuổi, trong đó tuổi lớn nhất là 92 và nhỏ nhất là 44 tuổi. Các giá trị có chênh lệch so với nghiên cứu của nhiều tác giả, tuy nhiên nhìn chung các bệnh nhân đều có đặc điểm chung là ở nhóm tuổi  $> 60$  tuổi. Theo TG 18, tỷ lệ bệnh nhân trẻ tuổi VTMC chỉ chiếm khoảng 6,3%. Ngược lại, tỷ lệ này lại khá cao ở những bệnh nhân từ 50 tuổi trở lên. Saraki, Obuchi [4] cho rằng tuổi cao không phải là yếu tố quyết định mức độ nặng của bệnh nhưng đó là yếu tố cần phải lưu ý khi chỉ định phẫu thuật và tiên lượng bệnh. Tỷ lệ nam mắc bệnh nhiều hơn nữ. Trong nghiên cứu, có 19 nam chiếm tỷ lệ 54,3%, có 16 nữ chiếm tỷ lệ 45,7%, tỷ lệ nam/nữ là 1,2/1. Điều này khác so với nghiên cứu của tác giả Đặng Văn Sơn Đa năm 2023 với tỷ lệ nữ/nam là 1,9/1 [5]. Nghiên cứu của Trần Văn Phoi [7] tại Bệnh viện Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh ghi nhận tỷ lệ nữ/nam là 4/1.

Trong nghiên cứu độ tuổi từ 60 trở lên chiếm 44%, chính vì vậy tỷ lệ các bệnh mạn tính kèm theo là khá cao. Chúng tôi ghi nhận một số bệnh nội khoa của bệnh nhân chưa được kiểm soát tốt: Tăng huyết áp, đái tháo đường, bệnh lý tim mạch (thiếu máu cục bộ cơ tim, bệnh mạch vành, hở van tim). Tăng huyết áp, bệnh mạch vành và đái tháo đường là 2 nhóm chiếm tỷ lệ cao nhất trong nghiên cứu. Chúng tôi ghi nhận được 4 trường hợp bệnh nhân có tiền căn vết mổ cũ tại vùng bụng chiếm 11,4%. Với những bệnh nhân này, khả năng dính trong ổ bụng trong phẫu thuật rất cao. Viêm dính thường gặp ngay phía dưới vết mổ cũ do đó khi đặt trocar đầu tiên ngoài việc áp dụng phương pháp mở, các tác giả khuyên nên lựa chọn vị trí xa vết mổ cũ [8].

Theo nghiên cứu, hầu hết các bệnh nhân đều được phẫu thuật sau thực hiện dẫn lưu túi mật xuyên gan qua da ở thời điểm trên 6 tuần với 30/35 bệnh nhân chiếm 85,7% và 5 trường hợp được phẫu thuật ở thời điểm 4 – 6 tuần chiếm 14,3%, ngắn nhất là 30 ngày và chậm nhất là 120 ngày. Tác giả Callery M. khuyên cáo có thể thực hiện phẫu thuật nội soi sớm trong tuần đầu sau dẫn lưu ở những bệnh nhân trẻ tuổi và không có bệnh lý đi kèm. Các bệnh nhân đều lớn tuổi với 77% trên 60 tuổi và mang nhiều bệnh lý nội khoa kèm theo nên việc lựa chọn thời điểm phẫu thuật sớm sẽ dẫn đến nguy cơ cũng như tai biến chu phẫu cao [9].

Nghiên cứu có 34/35 bệnh nhân được PTNS cắt túi mật sau dẫn lưu và 1 trường hợp phải tiến hành mổ mở chiếm 2,9% do quá trình gỡ dính ruột non qua nội soi khó khăn. Theo nghiên cứu của Nguyễn Văn Qui và Phạm Văn Năng thì tỉ lệ chuyển mổ mở là 16,7% [10], nghiên cứu của Võ Hồng Sơn là 5,6% [11]. Chúng tôi thực hiện phẫu thuật cắt gần toàn bộ túi mật cho 1/35 trường hợp (2,9%) đây là trường hợp có viêm dính khá nhiều tại vùng tam giác Calot và tam giác gan mật, trong thì nội soi gỡ dính khó khăn, chảy máu nhiều khó xác định được các thành phần giải phẫu nên tiến hành chuyển mổ mở, cắt gần toàn bộ túi mật, cột túi mật tại túi Hartmann gần ống túi mật bằng chỉ vicryl 1 – 0. Cắt gần toàn bộ túi mật được áp dụng khi cắt túi mật nội soi truyền thống gặp khó khăn do tam giác Calot hay tam giác gan mật viêm dính, bóc tách khó khăn, chảy máu nhiều. Theo Jun Nakajima và Akira Sasaki nhận xét qua hơn 1236 trường hợp LSC như sau: Việc sử dụng kỹ thuật LSC đã làm giảm đáng kể tỷ lệ tổn thương ống mật đến mức độ gần như không có vì những tổn thương đường mật trong cắt túi mật nội soi thường là hậu quả của sự nhận dạng nhầm ống mật: LSC có thể làm giảm sai lầm này nhờ đó tránh được tổn thương ống mật hay các tạng khác, do vậy làm giảm tỷ lệ chuyển mổ mở trong PTNS cắt túi mật [12].

Thời gian mổ trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi  $128 \pm 46,5$  phút, ngắn nhất là 40 phút và dài nhất là 240 phút. Kết quả cao hơn các nghiên cứu trong nước như Nguyễn Tuấn Ngọc [13] là 91,2 phút và một số nghiên cứu ngoài nước như của Tamotsu Kuroki [14] là 112 phút, Mohammad A. [15] là 96 phút. Kết quả của chúng tôi tương đồng với tác giả Lê Quan Anh Tuấn trong nghiên cứu PTNS cắt túi mật sau dẫn lưu túi mật xuyên gan qua da cho bệnh nhân VTMC với thời gian phẫu thuật là 126 phút [16].

Trong nghiên cứu có 1 trường hợp tổn thương tá tràng do viêm dính nhiều vùng cuống gan và tam giác Calot trong quá trình phẫu tích chảy máu nhiều, không kiểm soát tốt các tạng xung quanh nên bóc tách gây thủng D1 tá tràng, chúng tôi thực hiện khâu lỗ thủng trực tiếp qua nội soi bằng chỉ PDS 4.0, rửa bụng, dẫn lưu dưới gan và Douglas, sau 7 ngày điều trị BN ổn định ra viện. Ngoài ra, chúng tôi gặp 1 trường hợp thủng ống gan chung trong quá trình phẫu tích, do viêm dính chặt túi mật và đường mật. Chúng tôi tiến hành đặt một ống feeding tube 8Fr tại vị trí thủng và khâu kín. BN sau phẫu thuật ghi nhận tình trạng rò mật sau mổ nhưng sau diễn tiến ổn định và xuất viện vào ngày hậu phẫu thứ 11. Để tránh làm tổn thương đường mật trong PTNS cắt túi mật đặc biệt là trong VTMC cần có đội ngũ phẫu thuật viên nội soi có kinh nghiệm, bởi tổn thương đường mật thường là kết quả của một sự nhận định sai về giải phẫu. Cần hạn chế sử dụng đốt điện nếu không cần thiết, nhất là vùng cạnh đường mật chính, không nên quá vội vàng trong phẫu tích mà phải thật cẩn thận, không nên đặt mục tiêu thời gian mổ để phấn đấu, mặc khác cần nắm vững giải phẫu một cách chắc chắn, nên chuyển mổ mở khi cần mặc dù khi mổ nội soi có khó khăn thì mổ mở

cũng không phải đơn giản nhưng việc nhận định qua không gian 3 chiều trực tiếp bằng tay sẽ dễ dàng hơn. Tổn thương đường mật chính là một biến chứng nguy hiểm và đáng sợ trong phẫu thuật cắt túi mật, ảnh hưởng xấu đến tiên lượng bệnh và chất lượng cuộc sống dài hạn.

Rò mật sau mổ là một biến chứng nặng và thường phải mổ lại, nguyên nhân do tụt clip hoặc hoại tử mòm cắt ống túi mật, tổn thương đường mật chính, bỏ sót ống mật phụ cắt phải trong mổ (dị dạng không biết trước) và tổn thương vi quản mật ở giường túi mật (có thể do bóc tách trong lúc mổ). Trong nghiên cứu chúng tôi có 2 trường hợp ghi nhận rò mật sau mổ chiếm 5,7%, đây là 2 trường hợp ghi nhận biến chứng sau phẫu thuật, không ghi nhận các biến chứng khác trong quá trình theo dõi điều trị. Các trường hợp rò mật đều được đặt dẫn lưu theo dõi, các BN đều được theo dõi và điều trị nội khoa thành công. Tác giả Nguyễn Văn Nghĩa [17] có 3 trường hợp rò mật sau mổ được điều trị nội khoa thành công, Nguyễn Văn Hải, Nguyễn Tuấn (2005) cũng có 2 trường hợp rò mật sau PTNS cắt túi mật do viêm cấp cũng tự khỏi sau 1 tuần theo dõi [18].

Nghiên cứu của chúng tôi thời gian điều trị sau mổ trung bình  $6,5 \pm 2,6$  ngày. ngắn nhất là 2 ngày và dài nhất là 13 ngày. Trường hợp nằm lâu nhất do bệnh lý nội khoa kèm theo nặng (tăng huyết áp, đái tháo đường, đã phẫu thuật K thanh quản). Nghiên cứu của chúng tôi khá tương đồng so với tác giả Lê Quan Anh Tuấn là 5,25 ngày [16], Mohammad là 6 ngày [15].

## 5. KẾT LUẬN

Phẫu thuật nội soi cắt túi mật sau dẫn lưu túi mật có tỷ lệ thành công cao, tỷ lệ tai biến và biến chứng chu phẫu thấp. Dẫn lưu túi mật là phương pháp điều trị hiệu quả, dễ thực hiện và an toàn cho những trường hợp viêm túi mật cấp không thể phẫu thuật.

## TÀI LIỆU THAM THẢO

- [1] Hoàng Mạnh An, "Đánh giá kết quả điều trị viêm túi mật cấp do sỏi bằng phẫu thuật cắt túi mật nội soi".
- [2] Trần Thị Chính (2002), "Sinh lý bệnh quá trình viêm", Sinh lý bệnh học, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, tr. 202-218.
- [3] Đỗ Kim Sơn (2003), "Nghiên cứu nguyên nhân và phương pháp xử lý tai biến và biến chứng của phẫu thuật cắt túi mật nội soi tại Bệnh viện Việt Đức", Ngoại khoa[3], tr. 9-13.
- [4] Jun Nakajima, Akira Sasaki, Toru Obuchi và các cộng sự. (2009), "Laparoscopic subtotal chole-

- cystectomy for severe cholecystitis", Surgery today. 39, tr. 870-875.
- [5] Đặng Văn Sơn Đa, Nguyễn Văn Hai và Nguyễn Minh Hiệp (2023), "Đặc điểm lâm sàng và một số kết quả trong điều trị viêm túi mật cấp bằng phẫu thuật nội soi cắt túi mật ở bệnh nhân có bệnh mạn tính", Tạp chí Y Dược học Cần Thơ (69), tr. 112-120.
- [6] Trần Văn Phoi (2003), "Thủng túi mật trong cắt túi mật nội soi", Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh. 7(1), tr. 39-42.
- [7] Nicholas G Csikesz, Jennifer F Tseng và Shimul A Shah (2008), "Trends in surgical management for acute cholecystitis", Surgery. 144(2), tr. 283-289.
- [8] Callery M (2013), "One appraisal of the efficacy of percutaneous cholecystostomy", HPB(Oxford). 15[7], tr. 529.
- [9] Nguyễn Văn Qui và Phạm Văn Năng (2013), "Cắt túi mật nội soi điều trị viêm túi mật cấp", Y học thực hành[6], tr. 32-34.
- [10] Võ Hồng Sơn (2010), "Kết quả phẫu thuật nội soi điều trị viêm túi mật cấp do sỏi", Tạp Chí Y Học Thành Phố Hồ Chí Minh 2010. 14(2), tr. 40-42.
- [11] Jun Nakajima, Akira Sasaki, Toru Obuchi và các cộng sự. (2009), "Laparoscopic subtotal cholecystectomy for severe cholecystitis", Surgery today. 39, tr. 870-875.
- [12] Nguyễn Tuấn Ngọc (2022), "Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi điều trị viêm túi mật cấp do sỏi đã dẫn lưu", Tạp chí Y Dược học Phạm Ngọc Thạch. 1(1), tr. 116-121.
- [13] Tamotsu Kuroki, Mampei Yamashita, Takashi Hamada và các cộng sự. (2021), "Timing of percutaneous transhepatic gallbladder drainage in elective laparoscopic cholecystectomy for acute cholecystitis", Acta Medica Nagasakiensia. 65(1), tr. 1-5.
- [14] Mohammad A Khasawneh, Andrea Shamp, Stephanie Heller và các cộng sự. (2015), "Successful laparoscopic cholecystectomy after percutaneous cholecystostomy tube placement", Journal of Trauma and Acute Care Surgery. 78(1), tr. 100-104.
- [15] Lê Quan Anh Tuấn (2020), "Percutaneous transhepatic gallbladder drainage followed by laparoscopic cholecystectomy for acute cholecystitis", Tạp chí ngoại khoa và phẫu thuật nội soi Việt Nam. 10(04).
- [16] Nguyễn Văn Hải (2005), "Kết quả cắt túi mật nội soi trong viêm túi mật cấp", Y học Thành phố Hồ Chí Minh. 9(2), tr. 109-113.