

# THE RESULTS OF LAPAROSCOPIC CHOLECYSTECTOMY FOR ACUTE CHOLECYSTITIS AT HANOI MEDICAL UNIVERSITY HOSPITAL

Tran Trung Kien<sup>1\*</sup>, Tran Bao Long<sup>1,2</sup>,  
Nguyen Hoang<sup>1,2</sup>, Trinh Quoc Dat<sup>1,2</sup>, Nguyen An Khang<sup>1</sup>, Nguyen Duc Anh<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hanoi Medical University Hospital - 1 Ton That Tung, Kim Lien Ward, Hanoi City, Vietnam

<sup>2</sup>Hanoi Medical University - 1 Ton That Tung, Kim Lien Ward, Hanoi City, Vietnam

Received: 14/10/2025

Revised: 27/10/2025; Accepted: 25/11/2025

## ABSTRACT

**Objective:** To evaluate the clinical and paraclinical characteristics as well as treatment outcomes of acute cholecystitis managed by laparoscopic cholecystectomy at Hanoi Medical University Hospital.

**Patients and methods:** A retrospective descriptive study of 300 patients diagnosed with acute cholecystitis and treated with laparoscopic cholecystectomy at Hanoi Medical University Hospital period 2019-2024.

**Results:** The mean age was  $55.5 \pm 18.3$  years, with a male-to-female ratio  $\approx 1.16/1$ . The most common clinical presentations were right upper abdominal quadrant pain (80%), fever  $> 37.5^\circ\text{C}$  (30.7%), and a positive Murphy's sign (41%). Leukocytosis  $> 10 \text{ G/L}$  was found in 81.3% of patients, including 15.7% with counts  $> 18 \text{ G/L}$ . Imaging revealed gallstones in 90% of cases and a mean gallbladder wall thickness of  $6.2 \pm 2.0 \text{ mm}$ . According to the Tokyo Guidelines 2018, 48% were classified as grade I (mild), 49.7% as grade II (moderate), and 2.3% as grade III (severe). A total of 282 patients underwent early laparoscopic cholecystectomy, while 18 patients received percutaneous cholecystostomy prior to delayed laparoscopic cholecystectomy. The overall success rate of laparoscopic cholecystectomy was 99.3%. No intraoperative complications were recorded; postoperative complications occurred in 3% of cases (including trocar site infection, bleeding, bile leakage, and retained stones), and there was no mortality. The mean operative time was  $74.1 \pm 25.6$  minutes overall, with grade I cases averaging  $64.2 \pm 18.5$  minutes, significantly shorter than grade II cases ( $83.8 \pm 28.3$  minutes;  $p < 0.001$ ). The mean postoperative hospital stay was  $3.34 \pm 1.19$  days.

**Conclusion:** Early laparoscopic cholecystectomy is a safe and effective treatment for acute cholecystitis, with a high success rate (99.3%), no intraoperative complications, a low postoperative complication rate (3%), and a short postoperative hospital stay ( $3.34 \pm 1.19$  days).

**Keywords:** Acute cholecystitis, laparoscopic cholecystectomy, Tokyo Guidelines 2018.

---

\*Corresponding author

Email: trantrungkien1812@gmail.com Phone: (+84) 914986882 Doi: 10.52163/yhc.v66iCD23.3899

# KẾT QUẢ PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT TÚI MẬT ĐIỀU TRỊ VIÊM TÚI MẬT CẤP TẠI BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y HÀ NỘI

Trần Trung Kiên<sup>1\*</sup>, Trần Bảo Long<sup>1,2</sup>,  
Nguyễn Hoàng<sup>1,2</sup>, Trịnh Quốc Đạt<sup>1,2</sup>, Nguyễn An Khang<sup>1</sup>, Nguyễn Đức Anh<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Bệnh viện Đại học Y Hà Nội - 1 Tôn Thất Tùng, P. Kim Liên, Tp. Hà Nội, Việt Nam

<sup>2</sup>Trường Đại học Y Hà Nội - 1 Tôn Thất Tùng, P. Kim Liên, Tp. Hà Nội, Việt Nam

Ngày nhận: 14/10/2025

Ngày sửa: 27/10/2025; Ngày đăng: 25/11/2025

## TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Đánh giá đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị viêm túi mật cấp bằng phẫu thuật nội soi cắt túi mật tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội.

**Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả hồi cứu 300 người bệnh được chẩn đoán viêm túi mật cấp và điều trị bằng cắt túi mật nội soi tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội giai đoạn 2019-2024.

**Kết quả:** Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là  $55,5 \pm 18,3$ ; nam/nữ  $\approx 1,16/1$ . Triệu chứng lâm sàng thường gặp: đau bụng vùng hạ sườn phải (80%), 30,7% sốt  $> 37,5^\circ\text{C}$ , dấu hiệu Murphy dương tính (41%). Bạch cầu máu tăng  $> 10 \text{ G/L}$  ở 81,3% người bệnh, trong đó 15,7%  $> 18 \text{ G/L}$ . Chẩn đoán hình ảnh: 90% trường hợp có sỏi túi mật, thành túi mật dày trung bình  $6,2 \pm 2,0 \text{ mm}$ . Phân loại Tokyo Guildlines 2018: 48% viêm túi mật nhẹ (độ I), 49,7% viêm túi mật trung bình (độ II), 2,3% viêm túi mật nặng (độ III). 282 người bệnh được phẫu thuật nội soi cắt túi mật sớm, 18 người bệnh được dẫn lưu túi mật qua da trước và cắt túi mật nội soi trì hoãn. Tỷ lệ thành công cắt túi mật nội soi đạt 99,3%, không có tai biến trong mổ; 3% có biến chứng sau mổ gồm: nhiễm trùng lỗ trocar, chảy máu, rò mật, sỏi túi mật rơi xuống ống mật chủ và không có tử vong. Thời gian phẫu thuật trung bình chung là  $74,1 \pm 25,6$  phút, ở nhóm viêm túi mật độ I là  $64,2 \pm 18,5$  phút thấp hơn nhóm độ II là  $83,8 \pm 28,3$  phút ( $p < 0,001$ ). Thời gian nằm viện trung bình sau mổ là  $3,34 \pm 1,19$  ngày.

**Kết luận:** Phẫu thuật nội soi cắt túi mật sớm là phương pháp điều trị an toàn và hiệu quả với tỷ lệ cắt túi mật nội soi thành công 99,3%, không có tai biến phẫu thuật, tỉ lệ biến chứng thấp (3%), thời gian hậu phẫu trung bình  $3,34 \pm 1,19$  ngày.

**Từ khóa:** Viêm túi mật cấp, phẫu thuật nội soi cắt túi mật, hướng dẫn Tokyo 2018.

## 1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm túi mật cấp là một cấp cứu ngoại khoa thường gặp. Phẫu thuật cắt túi mật nội soi hiện được coi là phương pháp điều trị triệt để, tiêu chuẩn cho viêm túi mật cấp [1]. Hướng dẫn Tokyo Guildlines 2018 (TG 2018) đưa ra tiêu chuẩn chẩn đoán, phân độ mức độ nặng viêm túi mật cấp (VTMC) dựa trên biểu hiện lâm sàng, cận lâm sàng và chiến lược điều trị, trong đó nhấn mạnh vai trò trung tâm của phẫu thuật trong xử lý VTMC. Phẫu thuật nội soi (PTNS) sớm được ưu tiên cho độ I và II, đối với VTMC độ III cần hồi sức tích cực kết hợp dẫn lưu mật sớm và chỉ định phẫu thuật khi tình trạng người bệnh (NB) cho phép [2-5].

Tại Việt Nam, PTNS cắt túi mật đã trở thành phương pháp thường quy điều trị VTMC trong khoảng hai

thập kỷ qua. Nhiều báo cáo trong nước cho thấy hiệu quả và tính an toàn của PTNS cấp cứu ở VTMC do sỏi mật với tỷ lệ thành công cao, biến chứng thấp và thời gian nằm viện ngắn [6-7]. Nghiên cứu này nhằm mô tả các hình thái và đánh giá kết quả điều trị VTMC bằng cắt túi mật nội soi tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội trong 6 năm theo TG 2018.

## 2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 2.1. Đối tượng nghiên cứu

Nghiên cứu gồm các NB được chẩn đoán xác định VTMC và được điều trị bằng PTNS cắt túi mật tại Bệnh

\*Tác giả liên hệ

Email: trantrungkien1812@gmail.com Điện thoại: (+84) 914986882 Doi: 10.52163/yhc.v66iCD23.3899

viện Đại học Y Hà Nội từ tháng 1/2019 đến 12/2024.

- Tiêu chuẩn lựa chọn: phù hợp với tiêu chuẩn VTMC dựa theo TG 2018: (1) Có triệu chứng tại chỗ (đau hoặc ấn đau vùng hạ sườn phải, dấu hiệu Murphy dương tính, khối vùng hạ sườn phải); (2) Dấu hiệu toàn thân của viêm (sốt > 37,5°C, hoặc bạch cầu > 10 G/L, hoặc CRP ≥ 1 mg/dL); (3) Bằng chứng hình ảnh của VTMC trên siêu âm hoặc chụp cắt lớp vi tính (CT) (thành túi mật dày ≥ 4 mm, túi mật to, dịch quanh túi mật, Murphy siêu âm dương tính). Chẩn đoán xác định khi có tiêu chí (1) + (2) và hình ảnh phù hợp (3) [2].

- Tiêu chuẩn loại trừ: NB VTMC do sỏi nhưng kèm sỏi ống mật chủ, sỏi đường mật trong gan hay kèm phẫu thuật khác trong ổ bụng (khâu lỗ thủng ổ loét dạ dày, tá tràng v.v...).

## 2.2. Phương pháp nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả hồi cứu.

## 3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

300 NB đủ tiêu chuẩn đưa vào nghiên cứu: tuổi trung bình  $55,5 \pm 18,3$  (15-92 tuổi), nhóm tuổi ≥ 50 chiếm tỷ lệ cao nhất (59,3%); nam 53,7%, nữ 46,3%. Có 114 NB (38%) có bệnh kèm theo (tăng huyết áp 26,7%, đái tháo đường 10,7%, bệnh tim mạch 6%, COPD 2%...); 14 NB (4,7%) có tiền sử phẫu thuật tăng trên mạc treo đại tràng ngang.

### 3.1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng

- Thời gian từ khi khởi phát đến nhập viện: 181 NB (60,3%) nhập viện trước 72 giờ từ khi bắt đầu đau bụng. Có 119 NB (39,7%) vào viện muộn sau 3 ngày khởi phát triệu chứng.

- Triệu chứng toàn thân: 208 NB (69,3%) không sốt, 92 NB (30,7%) có sốt > 37,5°C.

- Triệu chứng cơ năng: tất cả 300 NB (100%) đều có triệu chứng đau bụng vùng 1/4 trên bên phải. Vị trí đau chủ yếu vùng hạ sườn phải có 240 NB (80%); đau vùng thượng vị có 23 NB (7,7%); hoặc đau cả vùng thượng vị và hạ sườn phải có 37 NB (12,3%).

- Triệu chứng thực thể: phản ứng thành bụng vùng hạ sườn phải được ghi nhận ở 214 NB (71,3%); có 89 NB (29,7%) bụng không rõ phản ứng. Dấu hiệu Murphy dương tính ở 123 NB (41%). Khối túi mật sờ thấy vùng hạ sườn phải rất hiếm, chỉ 20 NB (6,7%).

**Bảng 1. Số lượng bạch cầu lúc nhập viện (n = 300)**

| Số lượng bạch cầu | Số lượng (n) | Tỉ lệ (%) |
|-------------------|--------------|-----------|
| < 10 G/L          | 9            | 3,0       |
| 10-18 G/L         | 244          | 81,3      |
| > 18 G/L          | 47           | 15,7      |

Số lượng bạch cầu tăng cao ở 291 NB (97%), trong đó có 47 NB (15,7%) bạch cầu tăng rất cao (> 18G/L), chỉ có 9 NB (3%) có bạch cầu < 10 G/L.

**Bảng 2. Kết quả siêu âm ổ bụng (n = 300)**

| Hình ảnh siêu âm                | Có (n)                 | Tỉ lệ (%) | Không (n) | Tỉ lệ (%) |
|---------------------------------|------------------------|-----------|-----------|-----------|
| Túi mật to                      | 218                    | 72,7      | 82        | 27,3      |
| Túi mật thành dày               | 285                    | 95,0      | 15        | 5,0       |
| Sỏi túi mật                     | 270                    | 90,0      | 30        | 10,0      |
| Sỏi kẹt cổ túi mật              | 132                    | 44        | 168       | 56        |
| Dịch quanh túi mật              | 110                    | 36,7      | 190       | 63,3      |
| Túi mật hoại tử                 | 26                     | 8,7       | 274       | 91,3      |
| Độ dày trung bình thành túi mật | 6,2 ± 2,0 mm (4-16 mm) |           |           |           |

Tất cả NB đều được siêu âm, kết quả siêu âm đặc trưng cho VTMC ở hầu hết các trường hợp, trong đó túi mật to gặp ở 218 NB (72,7%), có 285 NB (95%) thành túi mật dày ≥ 4 mm. Độ dày thành trung bình  $6,2 \pm 2$  mm, với khoảng dao động từ 4-16 mm.

Chụp CT ổ bụng: có 165 NB (55%) được chụp CT khi nghi ngờ biến chứng hoặc chẩn đoán phân biệt. Kết quả CT tương tự siêu âm về các dấu hiệu, đồng thời giúp phát hiện 3 NB có apxe quanh túi mật và xác định 10 NB hoại tử túi mật.

**Bảng 3. Phân loại mức độ tổn thương theo TG 2018 (n = 300)**

| Mức độ viêm theo TG 2018 | Số lượng (n) | Tỉ lệ (%) |
|--------------------------|--------------|-----------|
| Độ I                     | 144          | 48,0      |
| Độ II                    | 149          | 49,7      |
| Độ III                   | 7            | 2,3       |

Trong 300 NB, đa số VTMC độ I và độ II 293 NB (97,7%); chỉ có 7 NB (2,3%) được phân loại độ III, đều là những NB có suy tạng.

### 3.2. Kết quả phẫu thuật

**Bảng 4. Chỉ định điều trị theo TG 2018**

| Phân độ TG 2018 | PTNS sớm    | Dẫn lưu túi mật + PTNS trì hoãn |
|-----------------|-------------|---------------------------------|
| Độ I (n = 144)  | 144 (100%)  | 0                               |
| Độ II (n = 149) | 137 (92,0%) | 12 (8,0%)                       |
| Độ III (n = 7)  | 1 (14,3%)   | 6 (85,7%)                       |
| Tổng (n = 300)  | 282 (94,0%) | 18 (6,0%)                       |

PTNS cắt túi mật sớm là phương pháp điều trị chủ yếu (94%); có 18 NB (6%) được dẫn lưu túi mật trước và cắt túi mật trì hoãn, trong đó có 8% ở độ II và 85,7% là độ III.

Dẫn lưu túi mật ra da: 18 NB dẫn lưu túi mật, trong đó có 12 NB độ II được điều trị kháng sinh, các bệnh nội khoa phối hợp và phẫu thuật cắt túi mật ngay trong cùng đợt điều trị; 6 NB độ III được dẫn lưu túi mật, hồi sức tích cực, khi ổn định cho ra viện và hẹn cắt túi mật sau 1 tháng; 1 NB độ III được phẫu thuật cấp cứu vì viêm phúc mạc.

Kết quả phẫu thuật: tỷ lệ thành công cắt túi mật nội soi là 99,3% (298/300 NB). Chỉ có 2 NB (0,7%) phải chuyển mổ mở do viêm dính nhiều, khó phẫu tích và chảy máu động mạch túi mật không kiểm soát được qua nội soi. Không có tai biến trong mổ và cũng không có tử vong.

**Bảng 5. Thời gian cắt túi mật nội soi**

| Phân độ TG 2018 | Số lượng (n) | Thời gian (phút) | p                                                                 |
|-----------------|--------------|------------------|-------------------------------------------------------------------|
| Độ I            | 144          | 64,2 ± 18,5      | $p_{I-II} = 0,0012$<br>$p_{II-III} = 0,87$<br>$p_{I-III} = 0,062$ |
| Độ II           | 148          | 83,8 ± 28,3      |                                                                   |
| Độ III          | 6            | 70,0 ± 18,0      |                                                                   |
| Tổng            | 298          | 74,1 ± 25,6      |                                                                   |

Thời gian mổ trung bình của cả nhóm là 74,1 ± 25,6 phút; thời gian mổ ở nhóm độ I nhanh nhất, sự khác biệt có ý nghĩa so với tổn thương độ II ( $p < 0,01$ ).

**Bảng 6. Thời gian nằm viện sau cắt túi mật nội soi**

| Mức độ viêm      | Độ I (n = 144) | Độ II (n = 148) | Độ III (n = 6) |
|------------------|----------------|-----------------|----------------|
| Thời gian (ngày) | 2,81 ± 0,98    | 3,85 ± 1,18     | 3,2 ± 0,45     |

Thời gian nằm viện sau mổ trung bình là 3,34 ± 1,19 ngày, sự khác biệt có ý nghĩa giữa nhóm viêm độ I và độ II với  $p < 0,05$ .

Biến chứng sau mổ: biến chứng sau mổ thấp với 9 NB (3%) bao gồm: 5 NB nhiễm trùng lỗ trocar đáp ứng tốt với chăm sóc tại chỗ và kháng sinh ngắn ngày, 1 NB đau bụng vàng da sau cắt túi mật (do sỏi ống cổ túi mật rơi xuống ống mật chủ) đã được nội soi mật tụy ngược dòng lấy sỏi, 1 NB rò mật sau mổ đã được nội soi mật tụy ngược dòng đặt stent ống mật chủ, 2 NB chảy máu sau mổ đều được theo dõi sát và truyền máu. Tất cả NB không phải mổ lại và điều trị ổn định ra viện.

## 4. BÀN LUẬN

### 4.1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng

Phần lớn NB VTMC nằm trong nhóm tuổi  $\geq 50$  (59,3%), tỷ lệ nam/nữ  $\approx 1,16/1$ . Điều này tương tự với báo cáo của Cho Eun Lee và cộng sự cho thấy 61,5% NB ở độ tuổi  $\geq 60$  và tỷ lệ nam giới cũng nhỉnh hơn (56,9% nam) [6]. Về bệnh kèm theo, 26,7% NB có bệnh nội khoa mạn tính (tăng huyết áp, đái tháo đường, tim mạch, COPD...), tương tự y văn trong nước [7].

Đa số NB VTMC nhập viện trong 72 giờ từ khi có triệu chứng, các triệu chứng lâm sàng thường gặp là đau bụng chủ yếu vùng hạ sườn phải (80%), phản ứng thành bụng vùng hạ sườn phải là triệu chứng thực thể thường gặp nhất (71,3%) và dấu hiệu Murphy dương tính (41%), hầu hết NB (69,3%) không sốt, chỉ có 30,7% có sốt trên 37,5°C, tương đương với các nghiên cứu ở nước ngoài và trong nước [6-7]. Số lượng bạch cầu  $> 10$  G/L ở hầu hết NB (97%), trong đó có đến 47 NB (15,7%) có bạch cầu  $> 18$  G/L. Siêu âm là thăm dò đơn giản, dễ thực hiện có thể thấy các hình ảnh của VTMC như túi mật to, thành túi mật dày, dịch quanh túi mật, sỏi túi mật, vị trí của sỏi... cũng như các tổn thương khác kèm theo. Có 165 NB (55%) được chụp CT ổ bụng là những trường hợp cần chẩn đoán phân biệt hoặc phát hiện các biến chứng kèm theo.

Phân độ TG 2018 giúp đánh giá mức độ nặng của VTMC một cách khách quan, dễ thực hiện. Trong mẫu nghiên cứu, tỷ lệ VTMC độ III khá thấp (2,3%), điều này tương tự báo cáo của Mishima K và cộng sự (2023) tại một trung tâm ngoại khoa Nhật Bản: tỷ lệ VTMC độ III chỉ khoảng 3,5%, còn lại 56% độ I và 40% độ II [8]. Chúng tôi cho rằng một sự đồng thuận cao trong chẩn đoán và chỉ định phẫu thuật sớm với VTMC ngay từ các tuyến y tế cơ sở đã góp phần quan trọng trong việc hạ thấp tỉ lệ nặng đối với VTMC.

### 4.2. Kết quả phẫu thuật

Khi tình trạng NB cho phép, phẫu thuật viên có kinh nghiệm PTNS thì các trường hợp viêm túi mật độ II có thể cắt túi mật nội soi ngay. Thật vậy, có tới 39,7% NB vào viện muộn  $> 3$  ngày, nhưng chúng tôi vẫn tiến hành phẫu thuật sớm cho hầu hết những NB này thay vì bắt buộc trì hoãn như khuyến cáo trước đây giới hạn 72 giờ, chỉ có 6 NB (2%) độ III và 12 NB (8%) độ II do có bệnh nội khoa phối hợp được chỉ định dẫn lưu túi mật ra da, 1 NB độ III được chỉ định mổ cấp cứu ngay do viêm phúc mạc mật. Với chiến lược điều trị như vậy, nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tỉ lệ PTNS thành công 99,3%, không có tai biến, biến chứng nặng và điều trị phẫu thuật sớm ở nhóm độ II đến muộn không làm tăng biến chứng đáng kể so với nhóm độ I đến sớm, phù hợp với quan sát của Mishima K và cộng sự: so sánh phẫu thuật sớm 0-3 ngày với 4-7 ngày không khác biệt về biến chứng nặng [8].

Vũ Đức Thụ và cộng sự (2025) nghiên cứu 90 NB VTMC do sỏi tại Bệnh viện Việt Nam - Thụy Điển Uông

Bí ghi nhận 38 NB (42,1%) VTMC độ I; 52 NB (57,9%) độ II; 35,6% được phẫu thuật trước 72 giờ; 64,4% được phẫu thuật sau 72 giờ do vào viện muộn; tỷ lệ thành công nội soi 97,8%, thời gian mổ trung bình  $53,8 \pm 14,6$  phút, thời gian nằm viện sau mổ  $5,8 \pm 2,6$  ngày, tỉ lệ biến chứng 1%, kết luận PTNS cắt túi mật điều trị VTMC do sỏi độ I và độ II là phương pháp an toàn và hiệu quả [9]. Điều này cũng được khẳng định trong nghiên cứu của Trần Đình Hoan và cộng sự [10].

Phẫu thuật sớm rõ ràng giúp giải quyết nhanh ổ viêm nhiễm, NB giảm đau đớn, sớm bình phục, rút ngắn thời gian nằm viện, vì vậy giảm chi phí điều trị (bảng 5, 6). Do đó, cũng như các nghiên cứu khác, chúng tôi cho rằng, bất cứ khi nào khả thi thì PTNS cắt túi mật vẫn là tiêu chuẩn vàng để điều trị VTMC. Với nhóm NB VTMC độ III và một số NB độ II có yếu tố nguy cơ như bệnh mạn tính kèm theo cần điều trị, NB được dẫn lưu túi mật qua da trước, sau đó mổ trì hoãn. 12 NB độ II và 6 NB độ III đã được thực hiện dẫn lưu túi mật xuyên gan qua da cấp cứu an toàn. Tất cả những NB này đều cải thiện nhanh sau dẫn lưu như hết sốt, giảm đau rõ rệt sau 48-72 giờ, qua đó tạo điều kiện thuận lợi để phẫu thuật cắt túi mật trong điều kiện tốt hơn.

Trong nghiên cứu hồi cứu của Nguyễn Quang Huy và cộng sự ở 37 NB VTMC độ III theo TG 2018, các tác giả chỉ dẫn lưu túi mật cho 20,8% NB, các NB còn lại được dùng kháng sinh và hồi sức nội khoa, phẫu thuật. Kết quả tỉ lệ tử vong 16,2% [11]. Lý do số NB được dẫn lưu túi mật trong nghiên cứu của Nguyễn Quang Huy và cộng sự còn thấp chưa được làm rõ, tuy nhiên cũng như các nghiên cứu khác, chúng tôi thấy rằng dẫn lưu túi mật qua da là một thủ thuật ít xâm lấn quan trọng để điều trị VTMC, là phương án được lựa chọn cho NB VTMC nặng chưa thể phẫu thuật ngay [12]. Tuy nhiên không phải ở cơ sở y tế nào cũng có thể thực hiện được kỹ thuật này thường quy và an toàn. Ưu điểm của Bệnh viện Đại học Y Hà Nội là có đầy đủ con người, cơ sở vật chất nên có thể thực hiện kỹ thuật một cách an toàn và thường quy bất kỳ khi nào.

Tỉ lệ biến chứng sau mổ trong nghiên cứu của chúng tôi thấp (3%), bao gồm: nhiễm trùng lỗ trocar, chảy máu, rò mật, sỏi túi mật rơi xuống ống mật chủ, tỉ lệ chuyển mổ mở là 0,7%. Đây là những tỉ lệ nằm trong ngưỡng thấp của PTNS cắt túi mật viêm cấp. Tuy nhiên cũng như các tác giả khác chúng tôi cũng gặp phải những khó khăn trong quá trình phẫu thuật như do viêm dính làm mất mốc giải phẫu, dễ gây chảy máu, nguy cơ tổn thương các tạng như ống mật chủ, tá tràng; túi mật căng to khó cầm nắm, sỏi kẹt ống cổ túi mật... Vì vậy, các kỹ thuật hỗ trợ trong quá trình phẫu thuật thường được sử dụng là chọc hút dịch mật, cắt túi mật xuôi dòng, cắt gần toàn bộ túi mật, kỹ thuật giải cứu... Kinh nghiệm phẫu thuật viên cũng như kỹ thuật PTNS tốt có vai trò quyết định đến

thành công và trên hết là việc tuân thủ chiến lược điều trị cá thể hóa theo TG 2018: NB VTMC mức độ nặng được hồi sức và dẫn lưu túi mật trước, NB nhẹ hay trung bình được mổ sớm giải quyết bệnh, tránh các biến chứng do trì hoãn là điều kiện tiên quyết để đạt hiệu quả điều trị cao.

## 5. KẾT LUẬN

PTNS cắt túi mật sớm là phương pháp điều trị chính, an toàn và hiệu quả, áp dụng thành công cho 99,3% NB VTMC, không có tai biến phẫu thuật, tỉ lệ biến chứng thấp (3%), thời gian hậu phẫu  $3,34 \pm 1,19$  ngày.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Pisano M, Allievi N, Gurusamy K, Borzellino G, Coccolini F et al. World Society of Emergency Surgery guidelines for the diagnosis and treatment of acute calculus cholecystitis. *World J Emerg Surg*, 2020, 15 (1): 61.
- [2] Yokoe M, Hata J, Takada T et al. Tokyo Guidelines 2018: Diagnostic criteria and severity grading of acute cholecystitis. *J Hepatobiliary Pancreat Sci*, 2018, 25 (1): 41-54.
- [3] Okamoto K, Suzuki K, Takada T, Strasberg S.M, Asbun H.J et al. Tokyo Guidelines 2018: surgical management of acute cholecystitis (with videos). *J Hepatobiliary Pancreat Sci*, 2018, 25 (1): 73-86.
- [4] Kohga A, Suzuki K, Okumura T, Yamashita K, Isogaki J, Kawabe A. Outcomes of early versus delayed laparoscopic cholecystectomy for acute cholecystitis performed at a single institution. *Asian J Endosc Surg*, 2019, 12 (1): 74-80.
- [5] Loozen C.S, van Santvoort H.C, van Duijvendijk P, Besselink M.G, Gouma D.J et al. Laparoscopic cholecystectomy versus percutaneous catheter drainage for acute cholecystitis in high-risk patients (CHOCOLATE): a multicentre randomised trial. *BMJ*, 2018, 363: k3965.
- [6] Lee C.E, Lee S.J, Moon J.I et al. Acute cholecystitis in old adults: the impact of advanced age on clinical characteristics and surgical outcomes of laparoscopic cholecystectomy. *BMC Gastroenterol*, 2023, 23 (1): 328.
- [7] Đặng Quốc Ái, Nguyễn Văn Trường, Nguyễn Văn Phước, Trần Nguyễn Bảo Tuấn, Trịnh Tuấn Dương, Nguyễn Thị Minh. Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi cắt túi mật điều trị viêm túi mật cấp. *Tạp chí Y học Việt Nam*, 2024, 542 (1): 18-22.
- [8] Mishima K, Fujiyama Y, Wakabayashi T, Igarashi K, Ozaki T, Honda M et al. Early laparoscopic cholecystectomy for acute chole-

- cystitis following Tokyo Guidelines 2018: a prospective single-center study of 201 cases. *Surg Endosc*, 2023, 37 (8): 6051-6061.
- [9] Vũ Đức Thụy, Trần Tú Huy, Nguyễn Thị Thu Hương. Kết quả sớm phẫu thuật nội soi cắt túi mật viêm cấp do sỏi tại Bệnh viện Việt Nam - Thụy Điển Uông Bí. *Tạp chí Nghiên cứu Y học*, 2025, 192 (7): 170-177.
- [10] Trần Đình Hoan, Nguyễn Minh An, Đỗ Mạnh Toàn. Kết quả sớm phẫu thuật nội soi điều trị viêm túi mật cấp do sỏi tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Thái Bình. *Tạp chí Y học Việt Nam*, 2024, 536 (2): 62-66.
- [11] Nguyễn Quang Huy, Phan Lương Huy, Đặng Khải Toàn, Phan Ngọc Phát. Đánh giá kết quả điều trị viêm túi mật cấp độ III do sỏi túi mật theo Hướng dẫn Tokyo 2018 tại Bệnh viện Nhân Dân 115. *Tạp chí Y học Việt Nam*, 2025, 549 (2): 42-46.
- [12] Teoh A.Y.B, Kitano M, Itoi T, Pérez-Miranda M, Ogura T et al. EUS-guided gallbladder drainage versus percutaneous cholecystostomy in high-risk patients with acute cholecystitis (DRAC 1 trial). *Gut*, 2020, 69 (6): 1085-1091.