

OUTCOMES OF LAPAROSCOPIC CHOLECYSTECTOMY FOR THE TREATMENT OF ACUTE CALCULOUS CHOLECYSTITIS IN ELDERLY PATIENTS AT VIET NAM – SWEDEN GENERAL HOSPITAL UONG BI

Tran Anh Cuong¹, Le The Son², Bui Van Viet^{1,3}

¹Viet Nam – Sweden General Hospital Uong Bi, Quang Ninh, Viet Nam-Tue Tinh Street, Uong Bi Ward, Quang Ninh, Vietnam

²Department of Surgery, Hai Phong University of Medicine and Pharmacy, Hai Phong, Viet Nam-No. 72A Nguyen Binh Khiem, Gia Vien Ward, Hai Phong City, Vietnam

³Department of Gastrointestinal Surgery, Viet Nam – Sweden General Hospital Uong Bi, Quang Ninh, Viet Nam-Tue Tinh Street, Uong Bi Ward, Quang Ninh, Vietnam

Received: 05/11/2025

Revised: 06/01/2026; Accepted: 04/06/2026

ABSTRACT

Objective: To evaluate the outcomes of laparoscopic cholecystectomy for the treatment of acute calculous cholecystitis in elderly patients at Viet Nam – Sweden Uong Bi Hospital.

Subjects and Methods: A descriptive cross-sectional study combining retrospective and prospective approaches was conducted on 85 patients aged ≥ 60 years who were diagnosed with acute calculous cholecystitis and underwent laparoscopic cholecystectomy between June 2022 and June 2025.

Results: The mean age was 73.7 ± 6.7 years, with a female-to-male ratio of 1.2:1. All patients had underlying comorbidities, with 91.8% having ≥ 2 chronic diseases, predominantly cardiovascular disorders (97.6%). According to the Tokyo Guidelines 2018, grade I-II accounted for 84.7% of cases. The mean operative time was 48.3 ± 17.5 minutes. Most procedures utilized three trocars (81.2%). No intraoperative complications were observed. The mean postoperative pain duration was 2.9 days (VAS 4.1), gradually decreasing over 2–5 days. Mean times to first flatus and oral intake were 2.2 and 2.3 days, respectively. The mean hospital stay was 8.9 days. Surgical site infection occurred in 9% of cases. Good outcomes were achieved in 81.2% of patients, with no cases of poor outcomes.

Conclusion: Laparoscopic cholecystectomy is a safe and effective method for the treatment of acute calculous cholecystitis in elderly patients.

Keywords: Acute cholecystitis, gallstones, laparoscopic surgery, cholecystectomy, elderly patients.

*Corresponding author

Email: ltson@hpmu.edu.vn Phone: (+84) 352653535 DOI: 10.52163/yhc.v67iCD7.5617



KẾT QUẢ PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT TÚI MẬT ĐIỀU TRỊ VIÊM TÚI MẬT CẤP DO SỎI Ở NGƯỜI CAO TUỔI TẠI BỆNH VIỆN VIỆT NAM THỤY ĐIỂN UÔNG BÍ

Trần Anh Cường¹, Lê Thế Sơn², Bùi Văn Việt^{1,3}

¹Bệnh viện Việt Nam Thụy Điển Uông Bí, Quảng Ninh-Đường Tuệ Tĩnh, phường Uông Bí, Quảng Ninh, Việt Nam

²Bộ môn Ngoại-PTTH, Trường Đại học Y Dược Hải Phòng, Hải Phòng-Số 72A Nguyễn Bình Khiêm, phường Gia Viên, thành phố Hải Phòng, Việt Nam

³Khoa Ngoại Tiêu Hóa, Bệnh viện Việt Nam Thụy Điển Uông Bí, Quảng Ninh-Đường Tuệ Tĩnh, phường Uông Bí, Quảng Ninh, Việt Nam

Ngày nhận bài: 05/11/2025

Ngày chỉnh sửa: 06/01/2026; Ngày duyệt đăng: 04/06/2026

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi cắt túi mật điều trị viêm túi mật cấp do sỏi ở người cao tuổi tại Bệnh viện Việt Nam Thụy Điển Uông Bí.

Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu mô tả cắt ngang, kết hợp hồi cứu và tiến cứu trên 85 bệnh nhân ≥ 60 tuổi được chẩn đoán viêm túi mật cấp do sỏi và phẫu thuật nội soi cắt túi mật từ 06/2022 đến 06/2025.

Kết quả: Tuổi trung bình $73,7 \pm 6,7$ tuổi; tỷ lệ nữ/nam = 1,2/1. Theo phân độ Tokyo 2018, độ I-II chiếm 84,7%. Thời gian mổ trung bình $48,3 \pm 17,5$ phút. Phần lớn phẫu thuật sử dụng 3 trocar (81,2%). Không ghi nhận tai biến trong mổ. Thời gian đau sau mổ trung bình 2,9 ngày (VAS 4,1), giảm dần sau 2–5 ngày. Thời gian trung tiện và ăn lại lần lượt là 2,2 và 2,3 ngày. Thời gian nằm viện trung bình 8,9 ngày. Tỷ lệ nhiễm trùng vết mổ là 9%. Kết quả tốt đạt 81,2%, không có trường hợp kết quả kém.

Kết luận: Phẫu thuật nội soi cắt túi mật là phương pháp an toàn và hiệu quả để điều trị viêm túi mật cấp do sỏi ở người cao tuổi.

Từ khóa: Viêm túi mật cấp, sỏi túi mật, phẫu thuật nội soi, cắt túi mật, người cao tuổi.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm túi mật cấp là một bệnh lý ngoại khoa khá thường gặp, chiếm khoảng 3 – 10% trong số các trường hợp đau bụng cấp liên quan đến bệnh lý gan mật, trong đó, viêm túi mật cấp do sỏi chiếm tới 90 – 95% [1]. Tỷ lệ mắc bệnh có xu hướng gia tăng, đặc biệt ở người cao tuổi, nhóm đối tượng từ 60 tuổi trở nên theo quy ước của WHO [2].

Biểu hiện lâm sàng của viêm túi mật cấp điển hình với các triệu chứng đau hạ sườn phải hoặc thượng vị, kèm buồn nôn, nôn và sốt [3]. Ở người cao tuổi, biểu hiện lâm sàng thường không điển hình, tiến triển nhanh bên cạnh đó người cao tuổi thường có nhiều bệnh lý nền phối hợp như tăng huyết áp, đái tháo đường, bệnh tim mạch hoặc bệnh phổi mạn tính gây khó khăn trong chẩn đoán và lập chiến lược điều trị.

Phẫu thuật nội soi cắt túi mật là tiêu chuẩn vàng trong điều trị viêm túi mật cấp do sỏi với nhiều ưu điểm như thời gian phẫu thuật nhanh, tỷ lệ nhiễm trùng, chảy máu, tai biến biến chứng thấp. Tuy nhiên, phẫu thuật nội soi cắt túi mật ở người cao tuổi trong giai đoạn viêm cấp vẫn tiềm ẩn nguy cơ biến chứng và tỷ lệ chuyển mổ mở cao hơn [4].

Tại Bệnh viện Việt Nam Thụy Điển Uông Bí đã triển khai kỹ thuật này từ những năm 2004 đến nay đã trở thành thường quy, và cũng đã thu được những kết quả tốt. Tuy nhiên chưa

có nhiều nghiên cứu chuyên sâu phân tích về hiệu quả phẫu thuật nội soi cắt túi mật ở đối tượng đặc thù là người cao tuổi. Do đó chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm bổ sung những bằng chứng khoa học, xây dựng ý nghĩa thực tiễn, đánh giá hiệu quả của phương pháp điều trị viêm túi mật cấp do sỏi ở người cao tuổi bằng phẫu thuật nội soi cắt túi mật.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Nghiên cứu bao gồm 85 bệnh nhân từ 60 tuổi trở lên, được chẩn đoán viêm túi mật cấp do sỏi, và được phẫu thuật nội soi cắt túi mật tại Bệnh viện Việt Nam Thụy Điển Uông Bí từ tháng 6 năm 2022 đến tháng 6 năm 2025.

Tiêu chuẩn lựa chọn gồm: Bệnh nhân từ 60 tuổi trở lên, được chẩn đoán viêm túi mật cấp do sỏi, được phẫu thuật nội soi cắt túi mật, có đầy đủ hồ sơ bệnh án, bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ: bệnh nhân viêm túi mật cấp do nguyên nhân khác, bệnh nhân được phẫu thuật nội soi cắt túi mật kèm những phẫu thuật khác, hồ sơ bệnh án không đầy đủ, bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu.

*Tác giả liên hệ

Email: ltson@hpmu.edu.vn Điện thoại: (+84) 352653535 DOI: 10.52163/yhc.v67iCD7.5617

2.2. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả, hồi cứu kết hợp tiến cứu, với phương pháp chọn mẫu thuận tiện.

2.3. Thời gian nghiên cứu: từ tháng 6 năm 2022 đến tháng 6 năm 2025.

2.4. Địa điểm nghiên cứu: Khoa Ngoại Tiêu hóa Bệnh viện Việt Nam Thụy Điển Uông Bí.

2.5. Chỉ số nghiên cứu: Tuổi, giới tính, tiền sử, triệu chứng lâm sàng, phân độ Tokyo 2018, thời gian phẫu thuật, đặc điểm phẫu thuật, thời gian trung tiện, thời gian nằm viện, biến chứng, đánh giá kết quả phẫu thuật.

2.6. Thu thập và xử lý số liệu: Số liệu được thu thập, xử lý, thống kê, phân tích và kiểm định bằng phần mềm SPSS 26.0.

2.7. Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu được thực hiện với sự đồng ý của bệnh nhân và đảm bảo bảo mật thông tin. Đề tài đã được thông qua bởi Hội đồng khoa học của Bệnh viện Việt Nam Thụy Điển Uông Bí thông qua, tuân thủ các nguyên tắc đạo đức trong nghiên cứu y sinh học.

3. KẾT QUẢ

3.1. Đặc điểm lâm sàng của nhóm bệnh nhân nghiên cứu

Tuổi trung bình trong nhóm nghiên cứu là $73,7 \pm 6,7$ tuổi (từ 65 đến 89 tuổi). Độ tuổi từ 60- 70 tuổi chiếm phần lớn 43,6%. tỉ lệ nữ/nam là 1,2/1.

Có 17,6% bệnh nhân có tiền sử mổ cũ tại ổ bụng và 12,9% bệnh nhân đã từng có tiền sử phát hiện ra sỏi túi mật. 100% bệnh nhân có bệnh lý nền, trong đó có 91,8% BN có từ 2 bệnh lý mạn tính trở lên, bệnh lý tim mạch hay gặp nhất trong nhóm nghiên cứu chiếm 97,6%.

Đau bụng HSP chiếm 94,1%, 32 trường hợp (37,6%) có hội chứng đáp ứng viêm toàn thân. 27,1% bệnh nhân có nghiệm pháp Murphy (+) và 29,4% bệnh nhân có phản ứng thành bụng tại hạ sườn phải.

Bạch cầu tăng $> 10 \text{ G/L}$ chiếm tổng số 51,6%.

Phân độ theo Tokyo Guideline 2018, chủ yếu là viêm ở mức nhẹ và trung bình chiếm 84,7%.

3.2. Kết quả phẫu thuật

a. Kết quả trong mổ

Thời gian phẫu thuật trung bình là $48,3 \pm 17,5$ phút (Từ 30 phút đến 90 phút).

Phần lớn bệnh nhân được phẫu thuật bằng 3 trocar (81,2%); chỉ có 33 bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu được đặt dẫn lưu giường túi mật.

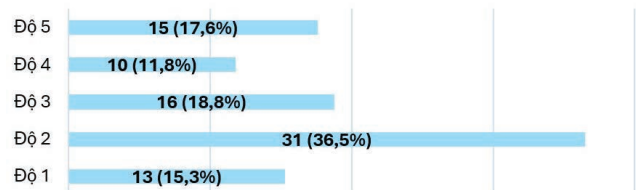
Bảng 1. Tình trạng túi mật trong mổ (n = 85)

Tình trạng túi mật trong mổ		Số lượng	Tỷ lệ %
Kích thước túi mật trong mổ	Căng to	26	30,6%
	Teo nhỏ	8	9,4%
	Bình thường	51	60,0%
Túi mật hoại tử		9	10,6%
Dày thành túi mật		39	45,9%
Có dịch quanh túi mật		12	14,1%

Nhận xét: Qua đánh giá trên màn hình nội soi, kích thước túi mật bình thường là chủ yếu (60,0%), bên cạnh đó có 45,9% túi mật có dày thành và chỉ có 10,6% được nhận định là hoại tử.

Có 15,3% trường hợp có bất thường giải phẫu về ống túi mật, 4,7% trường hợp có bất thường về động mạch túi mật. Không có sự khác biệt về thời gian mổ trung bình giữa nhóm có bất thường giải phẫu và không có bất thường $p = 0,86$ theo Independent Samples t-test.

3.6.3. Phân độ Parkland trong mổ



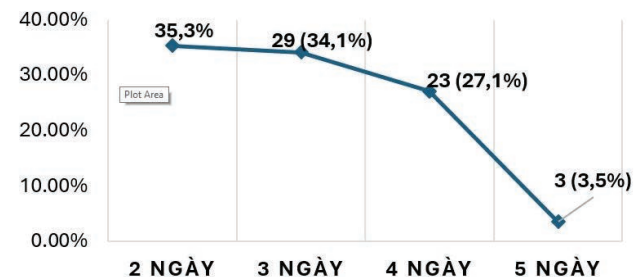
Biểu đồ 1. Phân độ Parkland trong mổ (n = 85)

Nhận xét: Phần lớn bệnh nhân được đánh giá độ II theo phân độ Packland chiếm 36,5%.

Kết quả giải phẫu bệnh túi mật viêm cấp chiếm 29,4%, viêm mạn chiếm 52,9%, hoại tử chiếm 17,6%

100% bệnh nhân không có tai biến trong phẫu thuật

b. Kết quả sau mổ



Biểu đồ 2. Thời gian đau sau mổ (n = 85)

Nhận xét: Thời gian đau sau mổ trung bình là $2,9 \pm 0,9$ ngày, với điểm VAS trung bình là $4,1 \pm 0,7$ điểm (từ 3 đến 5 điểm), bệnh nhân đau giảm dần từ 2 ngày đến 5 ngày.

Đa số bệnh nhân trung tiện ngay sau hậu phẫu ngày thứ nhất (40,0%), trung bình là $2,2 \pm 1,2$ ngày.

Phần lớn bệnh nhân được cho ăn lại vào ngày thứ 2 sau mổ, thời gian cho ăn trung bình là $2,3 \pm 0,7$ ngày (từ 1 đến 4 ngày).

Thời gian nằm viện sau mổ trung bình là $8,9 \pm 2,1$ ngày, ngắn nhất là 5 ngày, dài nhất là 15 ngày.

Bảng 2. Các yếu tố liên quan đến thời gian nằm viện và thời gian mổ

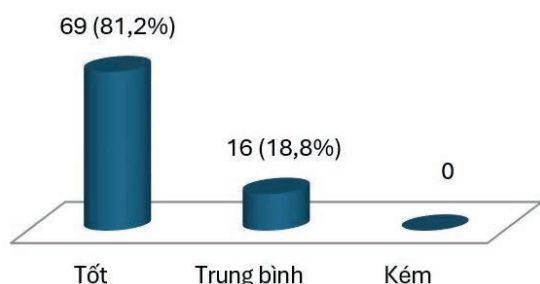
Tiêu chí so sánh		Thời gian nằm viện trung bình (ngày)	Thời gian mổ trung bình (phút)
Phân độ Parkland trong mổ	Độ 1	$8,6 \pm 2,1$	$39,6 \pm 11,3$
	Độ 2	$8,9 \pm 2,2$	$48,5 \pm 16,6$
	Độ 3	$8,8 \pm 1,3$	$48,8 \pm 18,3$
	Độ 4	$9,1 \pm 2,6$	$62,5 \pm 18,7$
	Độ 5	$9,5 \pm 2,4$	$45,3 \pm 17,9$
	p	0,808	0,032

Tiêu chí so sánh		Thời gian nằm viện trung bình (ngày)	Thời gian mổ trung bình (phút)
Chẩn đoán mức độ nặng theo Tokyo 2018	Độ 1	9,1 ± 2,2	37,6 ± 9,9
	Độ 2	9,0 ± 2,3	49,7 ± 12,7
	Độ 3	8,2 ± 1,3	76,9 ± 11,1
	p	0,389	0,00017

Nhận xét: Phân độ Packland càng cao thì thời gian phẫu thuật càng dài ($p < 0,05$). Phân độ Tokyo 2018 càng nặng thì thời gian phẫu thuật càng dài ($p < 0,05$).

Có 5,9% bệnh nhân gặp các vấn đề về bệnh về hô hấp sau mổ, 9% gặp nhiễm trùng vết mổ mức độ nhẹ. đều được điều trị nội khoa ổn định, không có bệnh nhân nào cần tái can thiệp.

3.3. Đánh giá kết quả phẫu thuật

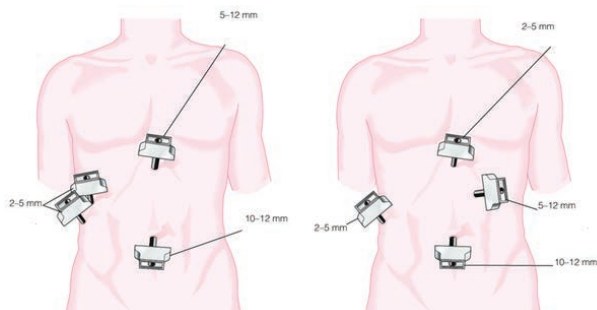


Biểu đồ 3. Đánh giá kết quả phẫu thuật (n = 85)

Nhận xét: Kết quả phẫu thuật tốt đạt 81,2%, không có bệnh nhân đạt kết quả kém.

4. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi, phần lớn bệnh nhân được phẫu thuật nội soi cắt túi mật bằng kỹ thuật 3 trocar (81,2%), chỉ có 18,8% trường hợp sử dụng 4 trocar. Việc sử dụng số lượng trocar khác nhau không đơn thuần là lựa chọn cá nhân, mà phản ánh mức độ khó kỹ thuật và yêu cầu hỗ trợ thao tác trong mổ, nhất là ở nhóm người cao tuổi – vốn có đặc điểm giải phẫu và sinh lý thay đổi. Trong các trường hợp sử dụng 4 trocar, chúng tôi thấy mô viêm dày, gây che lấp vùng tam giác Calot, cần dụng cụ vén gan hoặc kéo các cấu trúc mô để lộ rõ giải phẫu hoặc có dính xung quanh túi mật. Hơn nữa, ở người cao tuổi sẽ có thành bụng ít đàn hồi hơn, gan to, xệ xuống hoặc kém di động, làm việc tạo không gian thao tác bị hạn chế. Việc sử dụng thêm một trocar trong các tình huống này không phải là biểu hiện kỹ thuật kém, mà là biện pháp an toàn nhằm đảm bảo kiểm soát giải phẫu tốt hơn, phòng ngừa tổn thương ống mật chủ hoặc mạch máu. Nghiên cứu của Seshadri và cs. (2024) [5] ghi nhận tỷ lệ sử dụng 4 trocar là 22,4%, chủ yếu trong các ca có viêm mạn, xơ dính hoặc túi mật teo nhỏ.



Hình 1. Vị trí đặt trocar

Phẫu thuật cắt túi mật ngược dòng hiện được xem là một lựa chọn hợp lý và an toàn trong phần lớn các trường hợp, và đã được tích hợp vào các quy trình chuẩn của nhiều hướng dẫn quốc tế nhằm đảm bảo kiểm soát tốt phẫu trường. Nghiên cứu của chúng tôi phần lớn bệnh nhân được phẫu thuật nội soi cắt túi mật ngược dòng chiếm 81,2%, chỉ 18,8% được áp dụng phương pháp xuôi dòng. Sự hiện diện của 16 bệnh nhân được cắt túi mật xuôi dòng phản ánh đặc điểm lâm sàng thường gặp ở người cao tuổi: tình trạng viêm dính do viêm lâu ngày, xơ hóa cổ túi mật hoặc bất thường giải phẫu tam giác Calot, gây khó khăn trong việc tiếp cận từ cổ túi.

WSES 2020 guidelines không khuyến cáo đặt dẫn lưu thường quy, trừ khi có yếu tố nguy cơ cao hoặc kỹ thuật khó khăn, như trong các ca viêm dính phức tạp, dính hoặc tổn thương mạch nhỏ không cầm máu tuyệt đối. Chúng tôi ghi nhận tỷ lệ đặt dẫn lưu giường túi mật là 38,8%, cao hơn so với các ca phẫu thuật túi mật thông thường do đặc điểm nhóm đối tượng là người cao tuổi, với nhiều ca có Parkland độ 3–4 hoặc bất thường giải phẫu vùng cổ túi mật, một yếu tố vốn làm tăng nguy cơ chảy dịch và rò mật sau mổ.

Trong nghiên cứu của chúng tôi thời gian phẫu thuật trung bình là 48,3 ± 17,5 phút, dao động từ 30 đến 90 phút. Theo nghiên cứu của Wong A và cộng sự (2022) [6], thời gian phẫu thuật trung bình là 52 phút ở nhóm bệnh nhân viêm túi mật cấp, không có sự khác biệt đáng kể so với nhóm người trẻ, tuy nhiên có xu hướng kéo dài hơn ở các trường hợp viêm nặng. Tương tự, Mohseni S (2022) [1] ghi nhận thời gian phẫu thuật trung bình khoảng 45–60 phút, phụ thuộc vào mức độ viêm dính và biến đổi giải phẫu tại vùng Calot. Ở người cao tuổi, thời gian phẫu thuật có thể bị ảnh hưởng bởi nhiều yếu tố như tình trạng viêm cấp, xơ dính quanh túi mật, tiền sử bệnh lý nền và nguy cơ gây mê, và kinh nghiệm của phẫu thuật viên. Ngoài ra, việc can thiệp sớm cũng đóng vai trò quan trọng. Theo nghiên cứu của Gurusamy KS, phẫu thuật nội soi sớm trong vòng 72 giờ giúp giảm mức độ viêm dính, từ đó rút ngắn thời gian mổ và giảm biến chứng.

Trong phẫu thuật chúng tôi có sử dụng phân độ Parkland – một hệ thống phân loại tổn thương viêm túi mật dựa trên quan sát trực tiếp trong mổ, đã được nhiều nghiên cứu ứng dụng như một thang điểm khách quan để đánh giá mức độ khó kỹ thuật và nguy cơ tai biến trong phẫu thuật nội soi cắt túi mật. Kết quả thời gian mổ kéo dài ở độ Parkland 4 và 5 (62,5 phút và 45,3 phút) so với độ 1 (39,6 phút) và phân độ Packland càng cao thì thời gian phẫu thuật càng dài ($p = 0,032 < 0,05$), bởi độ Parkland càng cao phản ánh mức độ viêm, xơ dính và khó bóc tách càng lớn. Nghiên cứu của A. Shrestha và cộng sự (2023) [7] đã chỉ ra rằng các trường hợp có phân độ cao (độ IV–V) có thời gian phẫu thuật dài hơn đáng kể so với các trường hợp độ thấp, đồng thời có nguy cơ chuyển mổ mở và biến chứng cao hơn.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, không có bệnh nhân nào gặp tai biến trong mổ, thời gian đau sau mổ trung bình là 2,9 ± 0,9 ngày, với thang điểm VAS trung bình 4,1 ± 0,7 điểm, dao động từ 3 đến 5 điểm. Có tới 69,4% bệnh nhân hết đau sau 2–3 ngày. Phần lớn bệnh nhân trung tiện vào ngày đầu tiên sau mổ (chiếm 40%) và ngày thứ 3 (32,9%), với thời gian trung tiện trung bình 2,3 ± 1,1 ngày. Thời gian cho ăn trở lại trung bình trong nhóm bệnh nhân chúng tôi nghiên cứu

là $2,3 \pm 0,7$ ngày, với phần lớn bệnh nhân được ăn lại vào ngày thứ 2 sau mổ (57,6%). Kết quả này cho thấy ưu thế của phẫu thuật nội soi qua sự kiểm soát các biến chứng chảy máu, kiểm soát đau tốt và phục hồi sớm của nhu động ruột, là một yếu tố quan trọng được các nhà phẫu thuật ngoại khoa tiêu hóa quan tâm trong sau phẫu thuật vào ổ bụng.

Thời gian nằm viện trung bình của bệnh nhân cao tuổi sau phẫu thuật nội soi cắt túi mật là $8,9 \pm 2,1$ ngày, ngắn nhất là 5 ngày và dài nhất là 15 ngày. Thời gian nằm viện trung bình có xu hướng tăng dần theo mức độ nặng của tổn thương mô viêm (Độ 1: $8,6 \pm 2,1$ ngày; Độ 5: $9,5 \pm 2,4$ ngày), tuy nhiên khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p = 0,808$). Tương tự, theo phân độ theo Tokyo 2018 cũng không cho thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p = 0,389$). Kết quả này tương đồng với các tác giả như La Văn Phú (2025) [8] hay Nguyễn Đình Nơi (2024) [9] với thời gian nằm viện trung bình là 8,5 và 7,8 ngày ở nhóm trên 60 tuổi, Loozen CS (2017) [10] cũng ghi nhận thời gian nằm viện trung bình khoảng 6–10 ngày ở bệnh nhân viêm túi mật cấp, phụ thuộc vào mức độ nặng của bệnh và biến chứng sau mổ.

Trong nghiên cứu có 5,9% bệnh nhân mắc biến chứng viêm phổi sau mổ, điều này có thể lý giải do một số yếu tố như suy giảm chức năng hô hấp do tuổi tác, giảm vận động sau phẫu thuật, rối loạn nuốt, hoặc hít phải dịch tiết đường hô hấp trên khi giảm phản xạ ho hoặc tác động từ dụng cụ đặt nội khí quản gây mê. Các bệnh nhân này đều được phối hợp điều trị nội khoa tích cực, bao gồm kháng sinh phổ rộng theo kháng sinh đồ, liệu pháp oxy, dẫn lưu đờm và vật lý trị liệu hô hấp. Không ghi nhận trường hợp nào phải thở máy hoặc chuyển khoa hồi sức tích cực.

Chúng tôi gặp biến chứng nhiễm trùng vết mổ tại rốn ở 9 trường hợp (10,6%). Đây là biến chứng thường gặp trong các can thiệp ngoại khoa, dù tỷ lệ trong phẫu thuật nội soi nói chung đã giảm đáng kể so với mổ mở. Tuy nhiên, ở nhóm bệnh nhân cao tuổi, nguy cơ nhiễm trùng vết mổ vẫn ở mức cao hơn do các yếu tố như giảm sức đề kháng, suy dinh dưỡng, đái tháo đường, hoặc vệ sinh cá nhân hạn chế sau mổ. Tất cả các trường hợp nhiễm trùng vết mổ trong nghiên cứu của chúng tôi xuất hiện từ ngày thứ 3 đến thứ 5 sau phẫu thuật, với biểu hiện lâm sàng bao gồm sưng nề, đỏ da, dịch rỉ tại chỗ và có sốt nhẹ ở 2 trường hợp. Không ghi nhận trường hợp nào nhiễm trùng lan rộng hoặc hình thành áp xe. Tất cả các ca đều được xử trí tác chỉ vết mổ để nặn dịch, kết hợp thay băng hàng ngày, kháng sinh phối hợp. Các vết thương đều tiến triển tốt, không cần can thiệp thêm.

Những trường hợp có biến chứng sau mổ tuy đều không cần can thiệp đặc biệt nhưng vẫn gợi mở một vấn đề quan trọng trong kiểm soát, chăm sóc hậu phẫu cho người cao tuổi. Những bệnh nhân này được xếp vào nhóm có kết quả phẫu thuật mức trung bình bởi chỉ có biến chứng sau mổ độ II theo hệ thống phân loại Clavien-Dindo, còn lại đều đạt kết quả tốt (chiếm 81,2%). Trong bối cảnh phẫu thuật nội soi đã được kỳ vọng là can thiệp ngắn ngày, việc xuất hiện những biến chứng sau mổ nhấn mạnh sự cần thiết của đánh giá nguy cơ ngay từ khi nhập viện, chủ động dự phòng trước phẫu thuật đối với nhóm bệnh nhân đặc biệt này. Đồng thời, cần tăng cường phối hợp liên chuyên khoa giữa Ngoại khoa – điều dưỡng – dinh dưỡng – Nội khoa - phục hồi chức năng trong quá trình điều trị trước cũng như sau phẫu thuật.

5. KẾT LUẬN

Phẫu thuật nội soi cắt túi mật là phương pháp điều trị an toàn và hiệu quả đối với viêm túi mật cấp do sỏi ở bệnh nhân cao tuổi. Thời gian phẫu thuật trung bình phù hợp, tỷ lệ biến chứng thấp và không ghi nhận tai biến nặng trong mổ cho thấy tính khả thi cao của phương pháp này trong thực hành lâm sàng.

Thời gian nằm viện trung bình ở nhóm bệnh nhân cao tuổi, tuy có xu hướng kéo dài hơn so với người trẻ do ảnh hưởng của bệnh lý nền và tình trạng viêm. Các yếu tố như mức độ viêm theo phân độ Parkland, tình trạng toàn thân và biến chứng sau mổ có ảnh hưởng rõ rệt đến kết quả điều trị.

Việc chẩn đoán sớm, lựa chọn thời điểm phẫu thuật hợp lý, kiểm soát tốt bệnh lý nền và theo dõi sát sau mổ đóng vai trò quan trọng trong việc nâng cao hiệu quả điều trị và rút ngắn thời gian nằm viện ở nhóm bệnh nhân này.

Chúng tôi xin trân trọng cảm ơn Ban Giám đốc, cùng toàn thể cán bộ, nhân viên Bệnh viện Việt Nam – Thụy Điển Uông Bí, các bệnh nhân và gia đình đã tạo điều kiện thuận lợi để chúng tôi thực hiện nghiên cứu này.

6. TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] S. Sasphseni, G. A. Bass, M. P. Forssten, et al (2022). Common bile duct stones management: A network meta-analysis. *J Trauma Acute Care Surg.* 93(5), e155-e165.
- [2] L. Helenius, F. Linder, E. Osterman (2025). Relapse in gallstone disease after non-operative management of acute cholecystitis: a population-based study. 12(1)
- [3] Y. Fu, L. Pang, W. Dai, et al (2022). Advances in the Study of Acute Acalculous Cholecystitis: A Comprehensive Review. *Dig Dis.* 40(4), 468-478.
- [4] S. S. Kim, T. R. Donahue (2018). Laparoscopic Cholecystectomy. *Jama.* 319(17), 1834.
- [5] A. Seshadri, A. B. Peitzman (2024). The difficult cholecystectomy: What you need to know. *J Trauma Acute Care Surg.* 97(3), 325-336.
- [6] A. Wong, S. Naidu, R. P. Lancashire, et al (2022). The impact of obesity on outcomes in patients undergoing emergency cholecystectomy for acute cholecystitis. 92(5), 1091-1096.
- [7] A. Shrestha, A. Bhattarai, K. K. Tamrakar, et al (2023). Utility of the Parkland Grading Scale to determine intraoperative challenges during laparoscopic cholecystectomy: a validation study on 206 patients at an academic medical center in Nepal. *Patient Saf Surg.* 17(1), 12.
- [8] La Văn Phú, La Vĩnh Phúc (2025). Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của viêm túi mật cấp do sỏi ở bệnh nhân cao tuổi tại bệnh viện đa khoa thành phố Cần Thơ. *Tạp Chí Y học Việt Nam.* 548(3)
- [9] Nguyễn Đình Nơi, Trần Bảo Long (2024). Kết quả phẫu thuật cắt túi mật nội soi do sỏi túi mật ở người cao tuổi tại Bệnh viện Đa khoa Hợp Lực. *Tạp Chí Y học Việt Nam.* 540(3)
- [10] Loozen CS, et al. (2017). Outcomes of acute cholecystitis treatment. *HPB Journal.*