

CLINICAL OUTCOMES OF LAPAROSCOPIC CHOLECYSTECTOMY IN THE MANAGEMENT OF ACUTE CHOLECYSTITIS AT KIEN AN HOSPITAL

Hoang Anh Tu¹, Pham Hai Linh¹

¹Department of Gastrointestinal Surgery, Kien An, Hai Phong, Vietnam-35 Tran Tat Van, Phu Lien Ward, Hai Phong City, Vietnam

Received: 05/11/2025

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

ABSTRACT

Objective: To evaluate clinical, paraclinical characteristics and treatment outcomes of patients with acute calculous cholecystitis undergoing laparoscopic cholecystectomy at Kien An Hospital, Hai Phong.

Methods: A retrospective cross-sectional descriptive study on 52 patients diagnosed with acute cholecystitis and treated with laparoscopic cholecystectomy from January 2024 to August 2025.

Results: Mean age was 46.2 ± 12.8 years, with a female-to-male ratio of 1.5:1. All patients presented with upper abdominal pain (right upper quadrant and/or epigastric). Ultrasound showed gallbladder distension and wall thickening in all cases. Surgery within 72 hours was performed in 71.1% of patients. Mean operative time was 64.1 ± 12.2 minutes (45–110 minutes). Retrograde cholecystectomy was the most common technique (75%). The conversion rate to open surgery was 7.6%. Intraoperative bleeding was the only complication (3.8%), with no postoperative complications. Mean hospital stay was 6.7 ± 1.2 days (5–10 days). Good outcomes were achieved in 87.5% of patients.

Key words: cholecystitis, Tokyo guideline 2018.

*Corresponding author

Email: anhtu2491@gmail.com **Phone:** (+84) 989020491 **DOI:** 10.52163/yhc.v67iCD7.5621



KẾT QUẢ PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT TÚI MẬT ĐIỀU TRỊ VIÊM TÚI MẬT CẤP DO SỎI TẠI BỆNH VIỆN KIẾN AN, HẢI PHÒNG

Hoàng Anh Tú¹, Phạm Hải Linh¹

¹Khoa Ngoại Tiêu hóa, Bệnh viện Kiến An, Hải Phòng-35 Trần Tất Văn, phường Phù Liễn, thành phố Hải Phòng, 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 đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị của bệnh nhân viêm túi mật cấp (VTMC) do sỏi được điều trị bằng PTNS cắt túi mật tại Bệnh viện Kiến An, Hải Phòng

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu hồi cứu, mô tả cắt ngang trên 52 bệnh nhân, được chẩn đoán VTMC và điều trị bằng PTNS cắt túi mật từ tháng 01/2024 đến tháng 08/2025.

Kết quả: Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là $46,2 \pm 12,8$ tuổi, tỷ lệ nữ/nam là 1,5/1. 100% BN vào viện vì đau bụng (HSP và/hoặc thượng vị), trên siêu âm có túi mật to, dày thành. Thời điểm mổ trước 72 giờ chiếm 71,1%. Thời gian mổ trung bình $64,1 \pm 12,2$ phút (45 – 110 phút) Kỹ thuật cắt túi mật ngược dòng được sử dụng phổ biến nhất (75%). Tỷ lệ chuyển mổ mở là 7,6%. Chảy máu là tai biến duy nhất gặp trong mổ (3,8%), không có biến chứng sau mổ. Thời gian nằm viện trung bình là $6,7 \pm 1,2$ ngày (5 – 10 ngày). Kết quả điều trị tốt đạt 87,5%.

Từ khóa: viêm túi mật cấp, Tokyo guideline 2018

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

VTMC là một cấp cứu ngoại khoa thường gặp, nguyên nhân chủ yếu do sỏi túi mật. Bệnh có thể diễn tiến nhanh, dẫn đến các biến chứng nặng như hoại tử, viêm mủ, thủng túi mật hoặc viêm phúc mạc mật nếu không được chẩn đoán và xử trí kịp thời [1], [2] Male/Female ratio: 1/1.09. Gallstones were the most common cause of acute appendicitis (82.9%). Trong bối cảnh gia tăng các bệnh lý rối loạn chuyển hóa, tỷ lệ sỏi túi mật và biến chứng viêm túi mật cấp có xu hướng tăng, đặt ra yêu cầu lựa chọn chiến lược điều trị tối ưu.

Trước đây, điều trị VTMC chủ yếu là nội khoa kết hợp phẫu thuật mở trị hoãn, chỉ can thiệp cấp cứu khi có biến chứng. Sự ra đời và phát triển của phẫu thuật nội soi từ năm 1987 đã làm thay đổi đáng kể quan điểm điều trị. Ban đầu, VTMC được coi là chống chỉ định tương đối của phẫu thuật nội soi do tình trạng viêm dính phức tạp, khó bộc lộ cấu trúc giải phẫu và nguy cơ tai biến cao [3]. Tuy nhiên, với sự tiến bộ của trang thiết bị, trình độ phẫu thuật viên và các khuyến cáo quốc tế như Tokyo Guideline 2018, PTNS cắt túi mật điều trị VTMC hiện được ưu tiên áp dụng trong đa số trường hợp. Tại Việt Nam, cắt túi mật nội soi điều trị VTMC đã được triển khai rộng rãi với nhiều báo cáo kết quả khả quan tại các cơ sở tuyến Trung ương nhưng dữ liệu tại tuyến tỉnh và tuyến cơ sở còn hạn chế, cần được tiếp tục nghiên cứu và đánh giá. Xuất phát từ thực tế đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài này nhằm hai mục tiêu:

(1) Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân VTMC được điều trị bằng phẫu thuật nội soi cắt túi mật tại Bệnh viện Kiến An từ tháng 1/2024 đến tháng 8/2025.

(2) Đánh giá kết quả của phẫu thuật ở nhóm nghiên cứu này.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Gồm 52 bệnh nhân được chẩn đoán xác định VTMC và được thực hiện cắt túi mật nội soi tại Khoa Ngoại Tiêu hóa, Bệnh viện Kiến An trong thời gian từ tháng 01/2024 đến tháng 08/2025.

Tiêu chuẩn lựa chọn: BN được chẩn đoán xác định VTMC trên lâm sàng và cận lâm sàng được chỉ định mổ nội soi cắt túi mật và có kết quả giải phẫu bệnh sau mổ xác nhận là VTMC.

Tiêu chuẩn loại trừ: BN có sỏi ống mật chủ, u đường mật, u đầu tụy kèm theo hoặc các trường hợp VTMC nhưng chỉ định mổ mở ngay từ đầu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế: Nghiên cứu mô tả cắt ngang, hồi cứu.

Phương tiện: Hệ thống máy phẫu thuật nội soi Karl-Storz và bộ dụng cụ PTNS cơ bản

2.3. Quy trình phẫu thuật

Vô cảm: Mê nội khí quản

Bước 1. Đặt 3 trocar tại rốn (optic), hạ sườn phải và dưới mũi ức. Trong trường hợp khó, có thể đặt thêm 1 trocar tại đường nách trước).

Bước 2: Cắt túi mật

Phẫu tích bộc lộ tam giác Calot, bộc lộ ĐM và ống cổ túi mật Kẹp clip và cắt ống cổ túi mật và động mạch túi mật. Dùng móc điện giải phóng túi mật khỏi giường túi mật.

Kĩ thuật hỗ trợ: chọc hút làm xẹp túi mật, khâu treo túi mật...

*Tác giả liên hệ

Email: anhtu2491@gmail.com Điện thoại: (+84) 989020491 DOI: 10.52163/yhc.v67iCD7.5621

Bước 3: Kết thúc phẫu thuật

Bỏ bệnh phẩm vào túi lấy bệnh phẩm

Cầm máu kĩ, đặt dẫn lưu (nếu cần thiết)

Đóng bụng theo giải phẫu

2.4. Các chỉ tiêu đánh giá

Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng: Đặc điểm chung (tuổi, giới), triệu chứng lâm sàng. Hình ảnh siêu âm

Kết quả trong mổ: thời điểm mổ, kỹ thuật thực hiện (ngược dòng, xuôi dòng, cắt gần toàn bộ)

Kết quả sớm sau mổ: thời gian nằm viện, biến chứng sau mổ, thời gian trung tiện, kết quả sau sớm sau mổ (tính trong khoảng thời gian bệnh nhân nằm viện nội trú sau mổ) được chia thành 3 loại theo Nguyễn Văn Tần:

+ Tốt: BN trung tiện từ 24 – 48 giờ, ít đau, không biến chứng, ra viện trong vòng 6 ngày.

+ Trung bình: trung tiện sau 48 giờ, đau nhiều, có biến chứng nhưng điều trị bảo tồn khỏi, ra viện trong vòng 6 – 10 ngày.

+ Xấu: trung tiện sau 48 giờ, đau nhiều và phải dùng giảm đau 3 – 5 ngày, có biến chứng phải mổ lại, ra viện sau 10 ngày.

2.5. Xử lý số liệu: Sử dụng phần mềm SPSS 27.0, các giá trị trung bình trình bày dưới dạng $X \pm SD$, sự khác biệt có ý nghĩa khi $p < 0,05$.

2.6. Đạo đức nghiên cứu: Đề tài nghiên cứu đã được hội đồng đạo đức Bệnh viện Kiến An thông qua

3. KẾT QUẢ**3.1. Đặc điểm chung****Bảng 1. Đặc điểm chung (n = 52)**

Chỉ tiêu nghiên cứu		Kết quả (n=52)
Tuổi trung bình (năm)		46,2 ± 12,8 (27 – 83)
Nữ/nam		1,5/1
Điểm ASA	I	29 (55,8%)
	II	21 (40,4%)
	III	2 (3,8%)
TS phẫu thuật ổ bụng	PT tăng trên ổ bụng	2 (3,8%)
	PT tăng dưới ổ bụng	10 (19,2%)

Nhận xét: Tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là 46,2 ± 12,8 tuổi, thấp nhất 27 tuổi, cao nhất 83 tuổi

Bệnh gặp ở nữ nhiều hơn ở nam, tỷ lệ nữ/nam là 1,5/1.

Đa số BN có điểm ASA I (55,8%). Không trường hợp nào có điểm ASA > III.

Có 12/52 BN có tiền sử phẫu thuật ổ bụng, trong đó 2 BN có tiền sử PTNS khâu lỗ thủng dạ dày tá tràng (3,8%).

3.2. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng

- 100% BN vào viện vì đau vùng bụng trên (thượng vị và/hoặc hạ sườn phải)

- Thời gian đau bụng trung bình là 1,2 ± 0,8 ngày, đa số BN có thời gian đau dưới 72 giờ (84,6%)

- Tại thời điểm vào viện, có 55,8% BN có thân nhiệt < 37,5 độ C

- 100% BN được siêu âm trước mổ, kết quả siêu âm như sau:

Bảng 2. Đặc điểm siêu âm (n = 52)

Kết quả siêu âm		Kết quả (n=52)
Túi mật tăng kích thước		52 (100%)
Thành túi mật dày	≥ 4-6mm	12 (23,1%)
	>6-8mm	29 (55,8%)
	>8mm	11 (21,1%)
Bệnh lý túi mật	Sỏi túi mật đơn thuần	47 (90,4%)
	Sỏi túi mật kết hợp polyp	3 (5,7%)
	Sỏi túi mật kết hợp u cơ tuyến túi mật	2 (3,8%)
Tổn thương khác	Túi mật 2 ngăn	5 (9,6%)
	Sỏi kẹt cổ túi mật	10 (19,2%)
	Dịch quanh túi mật	18 (34,6%)

Nhận xét: 100% BN đều có biểu hiện viêm túi mật cấp trên siêu âm.

Có 5/52 BN có bệnh lý khác kèm theo sỏi túi mật: polyp và u cơ tuyến đáy túi mật

Đặc biệt: 19,2% BN có sỏi kẹt cổ túi mật và 34,6% BN có dịch quanh túi mật trên siêu âm.

3.3. Kết quả trong và sau mổ**Bảng 3. Kết quả trong mổ (n = 52)**

Kết quả trong mổ		Kết quả (n=52)
Thời gian phẫu thuật TB (phút)		64,1 ± 12,2 (45 – 110 phút)
Viêm dính túi mật	Ít	33 (63,5%)
	Nhiều	19 (36,5%)
Kỹ thuật cắt túi mật	Cắt TM ngược dòng	39 (75,0%)
	Cắt TM xuôi dòng	2 (3,8%)
	Cắt gần toàn bộ TM	11 (21,2%)
Kỹ thuật hỗ trợ	Chọc hút dịch TM	16 (30,8%)
	Đặt Surgicel giường TM	1 (1,9%)
Chuyển mổ mở		4 (7,6%)
Giải phẫu bệnh túi mật	Viêm túi mật cấp	52 (100%)
	Hoại tử túi mật	6 (11,5%)
	Polyp túi mật	3 (5,7%)
	U cơ tuyến túi mật	2 (3,8%)

Nhận xét: Đa số BN có thời điểm mổ trước 72 giờ chiếm 71,1%.

Tất cả BN đều có tình trạng viêm dính túi mật, trong đó 63,5% BN viêm dính mức độ ít

Đa số BN được áp dụng kỹ thuật cắt túi mật ngược dòng (75,0%)

Có 17/52 BN phải dùng thêm kỹ thuật hỗ trợ: chọc hút dịch túi mật và đặt Surgicel tại giường túi mật

Có 2 BN (3,8%) BN gặp tai biến trong mổ là chảy máu. Không gặp tai biến tổn thương đường mật.

Có 4/52 BN phải chuyển mổ mở, nguyên nhân là do không nhận được rõ giải phẫu (1 BN), TM dính nhiều (2 BN) và chảy máu (1 BN)

Giải phẫu bệnh sau mổ: 100% BN có kết quả viêm túi mật cấp, 11,5% viêm túi mật hoại tử, 5,7% polyp túi mật, 3,8% u cơ tuyến túi mật.

Bảng 4. Kết quả sau mổ (n = 52)

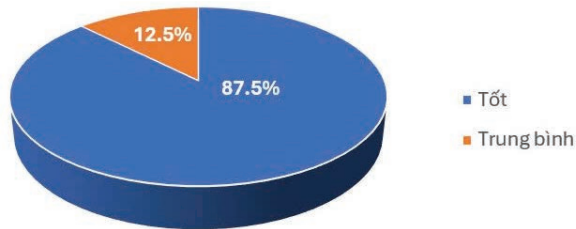
Diễn biến sau mổ		Số bệnh nhân (n= 52)	Tỷ lệ %
Đau sau mổ	Đau ít	45	86,5%
	Đau vừa	4	7,7%
	Đau nhiều	3	5,8%
Thời gian trung tiện	Trước 24 giờ	48	92,3%
	24-48 giờ	4	7,7%
Thời gian nằm viện		6,7 ± 1,2 ngày (5 – 10 ngày).	

Nhận xét: Đa số BN sau mổ đau ít (86,5%). Chỉ có 5,8% BN đau nhiều, đây là những BN chuyển mổ mở.

Tất cả BN PTNS đều có thời gian trung tiện trong vòng 24 giờ sau mổ, không BN nào có tình trạng liệt ruột cơ năng quá 48 giờ

Thời gian nằm viện trung bình là 6,7 ± 1,2 ngày, ngắn nhất 5 ngày, dài nhất 10 ngày.

Không ghi nhận biến chứng sau mổ trong thời gian nằm viện.



Biểu đồ 1. Đánh giá kết quả điều trị (n = 52)

Nhận xét: 87,5% BN có kết quả tốt sau mổ, 12,5 % kết quả trung bình. Không ai có kết quả kém.

4. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung

Chúng tôi ghi nhận độ tuổi trung bình là 46,2 ± 12,8 tuổi, trẻ nhất 27 tuổi, già nhất 83 tuổi, với tỷ lệ nữ/nam là 1,5/1. Kết quả này khá phù hợp với nhận định kinh điển về dịch tễ học sỏi túi mật và viêm túi mật cấp (VTMC) là thường gặp ở phụ nữ trung niên (yếu tố 4F) [2]. Mặt khác, tuổi trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn nhiều tác giả trong nước như Đặng Quốc Ái là 52,4 ± 15,3 tuổi [4], Nguyễn Thị Mỹ Thuyền là 52,88 ± 13,32 tuổi [5], tuy nhiên, sự khác biệt này không quá rõ ràng.

Về tình trạng toàn thân, đa số bệnh nhân có điểm ASA I và II (96,2%), chỉ có 3,8% ở mức ASA III. Đặc điểm này cho phép chúng tôi triển khai PTNS một cách an toàn. Tuy nhiên, có 23,1% bệnh nhân có tiền sử phẫu thuật ổ bụng, đây là yếu tố tiên lượng gây khó khăn khi đặt trocar và gỡ dính, đặc biệt với những BN có tiền sử mổ tăng trên ổ bụng (2 BN có tiền sử PTNS khâu lỗ thủng dạ dày – tá tràng), đòi hỏi phẫu thuật viên phải có kinh nghiệm để tránh tai biến trong mổ.

4.2. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng

Triệu chứng lâm sàng ghi nhận nổi bật là đau bụng và sốt. Đau bụng vùng hạ sườn phải và/hoặc thượng vị gặp ở 100% bệnh nhân, đây cũng là lý do chính khiến BN đến khám và nhập viện, khá tương đương với nghiên cứu của Đặng Quốc Ái (86% đau

bụng khu trú hạ sườn phải) [4]. Sốt là một dấu hiệu có thể gặp trong viêm túi mật cấp, nhưng tỷ lệ BN sốt trong bệnh lý này thường không cao như nhiễm trùng đường mật, chúng tôi ghi nhận có 44,2% BN thân nhiệt > 37,5 độ C tại thời điểm vào viện

Tỷ lệ BN nhập viện sớm < 72 giờ là 84,6%, tác giả Trần Kiến Vũ [6] của Bệnh viện Trà Vinh cũng báo cáo tỷ lệ này là 77,4%. BN vào viện sớm đồng nghĩa với đẩy sớm thời gian phẫu thuật là yếu tố quan trọng giúp giảm mức độ viêm dính và cải thiện kết quả phẫu thuật.

Siêu âm là chẩn đoán hình ảnh đầu tay với những BN nghi ngờ VTMC. Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận 100% BN có dấu hiệu viêm cấp điển hình của túi mật theo tiêu chuẩn của TG18 (tăng kích thước và dày thành) [2]. Đáng chú ý, tỷ lệ thành túi mật dày > 6mm chiếm tới 76,9%, kết hợp với 34,6% có dịch quanh túi mật và 19,2% sỏi kẹt cổ túi mật. Đây là những chỉ số hình ảnh học phản ánh tình trạng viêm cấp tính tiến triển mạnh. Theo Yokoe M [2], sự hiện diện của dịch quanh túi mật và thành túi mật dày trên 6mm là những yếu tố tiên lượng nguy cơ khó khi PTNS, dễ dẫn đến tình trạng viêm dính nặng tại tam giác Calot.

4.3. Kết quả trong và sau mổ

Thời gian phẫu thuật trung bình trong nghiên cứu là 64 ± 12 phút, ngắn nhất 45 phút, dài nhất 110 phút. Kết quả tương đồng với các tác giả Đặng Quốc Ái (2024) là 62,5 phút [4], Trần Kiến Vũ (2015) là 69 ± 12 phút [6], ngắn hơn so với nghiên cứu của Nguyễn Thị Mỹ Thuyền (106,7 ± 44,7 phút) [5] hay Nguyễn Tuấn Ngọc là 94,2 ± 41 phút [7]. 40 nữ, tỉ lệ nam/nữ 0,90. Tuổi trung bình là 57,83 ± 14,3. DLTM thành công 100%. Tỷ lệ PTNS 98,5%, chuyển mổ mở cắt TM là 1,5 % (1 BN. Thời gian mổ ngắn hay dài phụ thuộc phần lớn vào tình trạng viêm dính của túi mật và mức độ nhuần nhuyễn cũng như kinh nghiệm của phẫu thuật viên. Thời gian phẫu thuật của chúng tôi khá ngắn (tương đương với nhiều bệnh viện tuyến Trung ương và tuyến tỉnh) là do đa số BN được can thiệp trước 72 giờ (71,1%), phẫu thuật sớm giúp giảm phản ứng viêm dính.

Về mặt kỹ thuật, giống như nhiều PTV khác, đa số BN trong nghiên cứu của chúng tôi được sử dụng kỹ thuật cắt túi mật ngược dòng (75%). Chúng tôi đồng thời sử dụng kỹ thuật cắt túi mật xuôi dòng và cắt gần toàn bộ túi mật cho 25% BN (3,8% cắt xuôi dòng, 21,1% cắt gần toàn bộ túi mật). Việc sử dụng các kỹ thuật này là giải pháp an toàn tối ưu khi tam giác Calot viêm dính quá mức không thể bóc tách rõ ống cổ túi mật và động mạch túi mật [8], [9] along with the availability of new evidence, prompted the current update of the 2016 WSES (World Society of Emergency Surgery). Điều này hoàn toàn phù hợp với hướng dẫn của TG18 nhằm tránh tổn thương đường mật chính. Kết quả nghiên cứu cho có 1 TH (1,9%) chảy máu rỉ rả trên diện rộng ở giường TM phải cầm máu bằng đốt điện và đặt Surgicel kết hợp cầm máu. Tỷ lệ tai biến trong mổ là 3,8%, bao gồm 2 trường hợp chảy máu: 1 TH phải chuyển mổ mở, 1 TH đặt Surgicel đã bàn luận ở trên.

Có 4/52 BN (7,7%) chuyển mổ mở, chiếm 7,7%. Các nguyên nhân bao gồm: viêm dính nhiều (2 BN), chảy máu (1 BN) và không nhận rõ giải phẫu (1 BN). Tỷ lệ này khác nhau tùy theo từng nghiên cứu: Trần Kiến Vũ có 28/168 BN chuyển mổ mở (16,7%) [6], Đặng Quốc Ái là 8% [4], Nguyễn Thanh Phương là 7,6% [1]. Kết quả này khẳng định rằng dù kỹ thuật PTNS đã rất phát triển, nhưng với VTMC, việc chuyển mổ mở vẫn là một quyết định cần

thiết để đảm bảo an toàn cho bệnh nhân khi đối mặt với tình trạng viêm dính phức tạp tại vùng hạ sườn phải. Về giải phẫu bệnh sau mổ, 100% BN có kết quả viêm túi mật cấp, 11,5% viêm túi mật hoại tử, 5,7% polyp túi mật, 3,8% u cơ tuyến túi mật. Kết quả này khá phù hợp với chẩn đoán trước mổ.

Hậu phẫu ghi nhận diễn biến thuận lợi với 92,3% bệnh nhân có trung tiện trong vòng 24 giờ và 86,5% đau ít, các BN đau nhiều và có thời gian trung tiện muộn đều thuộc nhóm chuyển mổ mở. Thời gian nằm viện trung bình là $6,7 \pm 1,2$ ngày, tương đương với các nghiên cứu được thực hiện tại Bệnh viện tuyến tỉnh như Trần Kiến Vũ (Trà Vinh) $8,1 \pm 2,5$ ngày, Nguyễn Thanh Phương (Quảng Ninh) $6,54 \pm 3,07$ ngày, dài hơn so với nghiên cứu của Đặng Quốc Ái (Bệnh viện Thanh Nhàn) $4,8 \pm 1,8$ ngày [1], [4], [6]. Sự khác biệt này có thể do tiêu chuẩn xuất viện, mức độ bệnh và nhu cầu điều trị của bệnh nhân tại từng cơ sở. Tổng kết nghiên cứu, tỷ lệ kết quả tốt đạt 87,5%, không có trường hợp kết quả kém, tương đồng với tỷ lệ thành công cao (91–97,8%) trong nhiều nghiên cứu khác. Điều này khẳng định phẫu thuật nội soi cắt túi mật là phương pháp hiệu quả trong điều trị viêm túi mật cấp.

5. KẾT LUẬN

PTNS điều trị VTMC do sỏi túi mật tại Bệnh viện Kiến An là phương pháp điều trị an toàn, hiệu quả, ít tai biến và biến chứng, đặc biệt ở những bệnh nhân được mổ sớm trước 72 giờ.

6. TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Phương NT, Tuấn TV, Ái ĐQ. Kết quả phẫu thuật nội soi điều trị viêm túi mật cấp ở người cao tuổi tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Quảng Ninh. Tạp chí Y học Việt Nam. 2024;539(2).
- [2] Yokoe M, Hata J, Takada T, et al. Tokyo Guidelines 2018: diagnostic criteria and severity grading of acute cholecystitis (with videos). J Hepatobiliary Pancreat Sci. 2018;25(1):41–54.
- [3] Özkardeş AB, Tokaç M, Dumlu EG, et al. Early versus delayed laparoscopic cholecystectomy for acute cholecystitis: a prospective randomized study. Int Surg. 2014;99(1):56–61.
- [4] Ái ĐQ, Trường NV, Phước NV, et al. 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).
- [5] Thuyền NTM, Đăng TH. Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi cắt túi mật điều trị viêm túi mật cấp tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Hậu Giang. Tạp chí Y học Việt Nam. 2026;560(1).
- [6] Vũ TK. Nghiên cứu chỉ định, thời điểm mổ và kết quả cắt túi mật nội soi điều trị viêm túi mật cấp tại Bệnh viện Đa khoa Trà Vinh. Tạp chí Y học TP Hồ Chí Minh. 2015;19(1):203–203.
- [7] Ngọc NT, Trang TTM, Thái VTQ, et al. Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi điều trị viêm túi mật cấp do sỏi đã dẫn lưu. Tạp chí Dược học Phạm Ngọc Thạch. 2022;1(1):116–116.
- [8] Pisano M, Allievi N, Gurusamy K, et al. 2020 World Society of Emergency Surgery updated guidelines for the diagnosis and treatment of acute calculus cholecystitis. World J Emerg Surg. 2020;15(1):61.
- [9] 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 Hepatobiliary Pancreat Sci. 2018;25(1):73–86.

