

Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị viêm túi mật cấp do sỏi

Nguyễn Hữu Trí, Trương Minh Tuấn
Trường Đại học Y Dược Huế

Tóm tắt

Đặt vấn đề: Viêm túi mật cấp do sỏi là bệnh lý tiêu hóa thường gặp. Tuy nhiên điều trị viêm túi mật cấp do sỏi còn nhiều quan điểm khác nhau. Đề tài này được thực hiện với mục tiêu khảo sát đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá kết quả sớm điều trị viêm túi mật cấp do sỏi. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu cứu tiến cứu. Gồm 31 bệnh nhân được chẩn đoán viêm túi mật cấp do sỏi, điều trị tại khoa Ngoại Tiêu hóa Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Huế từ tháng 04/2018 đến tháng 04/2019. Bệnh nhân được chẩn đoán viêm túi mật cấp do sỏi theo tiêu chuẩn Tokyo Guidelines 2018. **Kết quả:** Tuổi trung bình $55,8 \pm 19,1$ tuổi. Tỷ lệ nữ/nam là 1,8. Bệnh nhân có chỉ số ASA 1 chiếm 38,7%, ASA 2 chiếm 45,2% và ASA 3 chiếm 16,1%. 100% bệnh nhân có đau bụng. Bệnh nhân có sốt chiếm 51,6%, túi mật lớn chiếm 16,1%, nghiệm pháp Murphy (+) chiếm 61,3%. Siêu âm phát hiện sỏi túi mật trên 96,7%. Túi mật thành dày trên siêu âm chiếm 51,6%. 38,7% bệnh nhân có viêm túi mật mức độ nhẹ, 58,1% mức độ trung bình và 3,2% mức độ nặng. 74,2% bệnh nhân được điều trị bằng cắt túi mật nội soi, 25,8% điều trị bảo tồn. Trong nhóm bệnh nhân mổ cắt túi mật nội soi: không có biến chứng lớn trong mổ, không có trường hợp nào chuyển mổ mở cũng như không có tử vong. Ở bệnh nhân điều trị bảo tồn, một trường hợp tử vong do suy đa tạng. Thời gian nằm viện trung bình ở nhóm phẫu thuật là $10,7 \pm 3,3$ so với $11,3 \pm 5,7$ ở nhóm điều trị bảo tồn. Mức độ viêm túi mật là yếu tố có mối liên quan đến thời gian nằm viện trung bình. **Kết luận:** Điều trị viêm túi mật cấp do sỏi bao gồm phẫu thuật và điều trị bảo tồn. Trong đó, phẫu thuật nội soi cắt túi mật là phương pháp an toàn, hiệu quả đối với những bệnh nhân có chỉ định phẫu thuật.

Từ khóa: viêm túi mật cấp, viêm túi mật cấp do sỏi, phẫu thuật nội soi cắt túi mật, sỏi túi mật.

Abstract

Clinical, laboratory characteristics and outcomes of acute calculous cholecystitis treatment

Nguyen Huu Tri, Truong Minh Tuan
Hue University of Medicine and Pharmacy, Hue University

Background: Acute calculous cholecystitis is a common digestive disease. However, the treatment of acute calculous cholecystitis has many different perspectives. The aims of this study are to investigate the clinical, laboratory characteristics and to evaluate the early outcomes of acute calculous cholecystitis treatment.

Methods: A prospective study consisted of 31 patients, who had undergone treatment for acute calculous cholecystitis at Gastroenterology Department - Hue University of Medicine and Pharmacy Hospital from April 2018 to April 2019. The diagnosis of acute cholecystitis was established according to Tokyo Guidelines 2018.

Results: The mean age was 55.8 ± 19.1 . Male/female ratio was 1.8. The patients were assigned to ASA 1 (38.7%), ASA 2 (45.2%) and ASA 3 (16.1%). The major symptom was abdominal pain, which was observed in all patients. The proportion of patients with fever was 51.6%, palpable gallbladder (16.1%), positive Murphy's sign (61.3%). Ultrasound findings were: gallstones (96.7%), gallbladder wall thickening (51.6%). According to Tokyo Guidelines 2018, patients were classified into the following 3 grades: mild (38.7%), moderate (58.1%) and severe (3.2%). 74.2% of patients underwent laparoscopic cholecystectomy and 25.8% received conservative treatment. In the surgery group, there were no significant intraoperative complications, conversion to open surgery or mortality. The non-surgery group had one fatal case of multiple organ dysfunction. The mean length of hospital stay of the two groups was 10.7 ± 3.3 and 11.3 ± 5.7 days, respectively. The severity grading of acute cholecystitis was an associated factor with the mean length of hospital stay. **Conclusion:** The treatment of acute calculous cholecystitis consists of surgery and conservative management, in which laparoscopic cholecystectomy is an effective and safe method for surgery candidates.

Keywords: acute cholecystitis, acute calculous cholecystitis, laparoscopic cholecystectomy, gallstones.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm túi mật cấp (VTMC) là tình trạng viêm cấp tính của túi mật, là một trong những bệnh lý tiêu hóa thường gặp. Nguyên nhân thường gặp là do sỏi túi mật (90 - 95%) [10]. Ở các nước phát triển tỷ lệ sỏi túi mật gặp ở người trưởng thành chiếm 10 - 15% dân số. Trong đó, khoảng 20% bệnh nhân sỏi túi mật sẽ có triệu chứng hoặc biến chứng. Biểu hiện thường gặp là cơn đau quặn gan và VTMC [12]. Ở Việt Nam trong những năm gần đây, tỷ lệ của sỏi túi mật đã gia tăng đáng kể lên đến 22 - 36% [1].

Phẫu thuật cắt túi mật được chỉ định để điều trị VTMC do sỏi. Kể từ ca cắt túi mật nội soi của tác giả Philip Mouret năm 1987, phẫu thuật cắt túi mật nội soi (CTMNS) đã nhanh chóng được áp dụng phổ biến và trở thành tiêu chuẩn vàng trong điều trị VTMC [13].

Cho đến nay đã có nhiều nghiên cứu, khuyến cáo về điều trị VTMC do sỏi. Tuy nhiên, vẫn còn nhiều quan điểm khác nhau trong vấn đề lựa chọn phương pháp điều trị, hiệu quả của từng phương pháp cũng như thời điểm tối ưu để tiến hành phẫu thuật. Vì thế, chúng tôi thực hiện đề tài với mục tiêu khảo sát đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá kết quả sớm điều trị VTMC do sỏi.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Gồm 31 bệnh nhân được chẩn đoán VTMC do sỏi, điều trị tại khoa Ngoại Tiêu hóa Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Huế từ tháng 04/2018 đến tháng 04/2019.

- Tiêu chuẩn chọn bệnh: bệnh nhân được chẩn đoán VTMC do sỏi theo tiêu chuẩn Tokyo Guidelines 2018 [14]:

A. Dấu hiệu viêm tại chỗ:

(1) Dấu Murphy (+), (2) hạ sườn phải có mass/đau/ấn đau

B. Dấu hiệu viêm toàn thân:

(1) Sốt, (2) CRP tăng, (3) bạch cầu tăng

C. Chẩn đoán hình ảnh: các hình ảnh đặc trưng của VTMC

Chẩn đoán xác định: 1 yếu tố mục A + 1 yếu tố mục B + C

- Tiêu chuẩn loại trừ: bệnh nhân VTMC do sỏi nhưng kèm sỏi ống mật chủ, sỏi đường mật trong gan, viêm tụy cấp, viêm đường mật, u đường mật, u tụy kèm theo.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Nghiên cứu lâm sàng tiến cứu.

Mức độ nặng của VTMC do sỏi được phân theo Tokyo Guidelines 2018 [14]:

- VTMC độ I (nhẹ):

+ Túi mật viêm nhẹ và không có rối loạn chức năng cơ quan.

+ Không có các triệu chứng của viêm túi mật độ II, độ III.

- VTMC độ II (trung bình): VTMC tính kèm với bất kỳ dấu hiệu nào dưới đây:

+ Bạch cầu tăng > 18.000/ml.

+ Sờ được khối ở ¼ bụng trên bên phải.

+ Bệnh nhân đau > 72 giờ.

+ Viêm TM hoại tử, áp xe TM, áp xe gan, viêm phúc mạc mật, viêm TM hoại thư.

- VTMC độ III (nặng): VTMC tính kèm với bất kỳ rối loạn cơ quan nào dưới đây:

+ Rối loạn chức năng tim mạch: hạ huyết áp cần điều trị với Dopamine \geq 5mcg/kg/phút hoặc norepinephrine liều bất kỳ.

+ Rối loạn chức năng thần kinh: giảm mức độ ý thức.

+ Rối loạn chức năng hô hấp: tỷ lệ PaO₂/FiO₂ < 300.

+ Rối loạn chức năng thận: thiếu niệu, creatinin > 2 mg/dl.

+ Rối loạn chức năng gan: PT-INR > 1.5.

+ Rối loạn huyết học: tiểu cầu giảm < 100.000/mm³.

- **Lựa chọn phương pháp điều trị:** chia thành 2 nhóm bảo tồn và phẫu thuật chúng tôi dựa vào mức độ VTMC và tình trạng chung của bệnh nhân phù hợp với thực tế tại đơn vị điều trị:

- VTMC độ I: CTMNS sớm được ưu tiên lựa chọn. Nếu BN có yếu tố nguy cơ cao khi phẫu thuật thì điều trị bảo tồn và cắt TM muộn khi tình trạng ổn định.

- VTMC độ II: CTMNS sớm nếu tình trạng BN cho phép. Nếu BN có yếu tố nguy cơ cao khi phẫu thuật (ASA \geq 3), cân nhắc điều trị bảo tồn hoặc dẫn lưu TM.

- VTMC độ III: cần đánh giá mức độ, điều trị những rối loạn chức năng cơ quan, kết hợp với liệu pháp kháng sinh. Ở những BN có thể chịu được cuộc phẫu thuật, CTMNS sớm có thể thực hiện bởi phẫu thuật viên chuyên khoa kinh nghiệm, trong điều kiện chăm sóc tích cực. Ngược lại ở những BN nặng cần điều trị bảo tồn và chăm sóc toàn diện; nếu tình trạng viêm của TM không kiểm soát được thì nên cân nhắc dẫn lưu TM sớm.

- Theo dõi kết quả điều trị

+ Nhóm bảo tồn: thuốc điều trị, đánh giá diễn biến lâm sàng, cận lâm sàng.

+ Nhóm phẫu thuật: điều trị trước mổ, tai biến trong mổ và chuyển mổ mở, tình trạng bệnh nhân và điều trị sau mổ, biến chứng sau mổ.

- Tái khám đánh giá bệnh nhân tại thời điểm 1 tháng sau khi ra viện.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân viêm túi mật cấp do sỏi

- Đặc điểm chung

Bảng 1. Đặc điểm chung của bệnh nhân

STT	Đặc điểm	Kết quả (n=31)
1	Tuổi (năm)	55,8 ± 19,1* (14 - 94)
2	Tỷ lệ nữ/nam	1,8
3	Địa dư	
	Thành thị	12 (38,7%)
	Nông thôn	19 (61,3%)
4	Chỉ số ASA	
	ASA 1	12 (38,7%)
	ASA 2	14 (45,2%)
	ASA 3	5 (16,1%)

* Trung bình ± SD

Tuổi trung bình của nhóm đối tượng nghiên cứu là 55,8 tuổi, độ tuổi thường gặp nhất là từ 40-79 với 71,0%. Nữ giới chiếm đa số và phần lớn bệnh nhân sống ở vùng nông thôn (61,3%).

- Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng

Bảng 2. Triệu chứng cơ năng và thực thể

Triệu chứng	n=31	%
Sốt	16	51,6
Đau bụng	31	100,0
Đau hạ sườn phải	17	54,8
Buồn nôn	18	58,1
Nôn	12	38,7
Phản ứng HSP	2	6,5
Túi mật lớn	5	16,1
Nghiệm pháp Murphy (+)	19	61,3

Nghiệm pháp Murphy (+) gặp trong 61,3% trường hợp.

Bảng 3. Đặc điểm cận lâm sàng

Đặc điểm cận lâm sàng	n=31	%	
Bạch cầu > 10 G/L	21	67,7	
CRP > 10 mg/L	23	74,1	
Bilirubin TP > 21 µmol/l	4	12,9	
Siêu âm bụng	Túi mật có sỏi	30	96,7
	Thành TM dày	16	51,6
	Túi mật lớn	17	54,8
	Sỏi kẹt cổ TM	12	38,7
	Tụ dịch quanh TM	5	16,1

Siêu âm cho phép phát hiện sỏi trong 96,7% trường hợp. Thành túi mật dày trên siêu âm chiếm 51,6%.

Bảng 4. Mức độ nặng của viêm túi mật cấp theo Tokyo Guidelines 2018

Phân loại bệnh nhân	n=31	%
Nhẹ	12	38,7
Trung bình	18	58,1
Nặng	1	3,2
Tổng	31	100,0

Hầu hết bệnh nhân có mức độ VTMC mức độ nhẹ hoặc trung bình, chỉ 3,2% mức độ nặng.

3.3. Kết quả sớm điều trị viêm túi mật cấp do sỏi

- Phương pháp điều trị:

Bảng 5. Phương pháp điều trị chính

Phương pháp điều trị	n	%
Phẫu thuật cắt túi mật	23	74,2
Điều trị bảo tồn	8	25,8
Tổng	31	100,0

Trong số 31 trường hợp (TH) VTMC do sỏi, có 23 TH được phẫu thuật CTMNS, 8 TH còn lại được điều trị bảo tồn.

Trong nhóm phẫu thuật, chỉ có 1 TH được CTMNS sớm trong 72 giờ đầu và không có TH nào xảy ra tai biến trong mổ cũng như phải chuyển mổ mở.

- **Tai biến và biến chứng sau mổ:**

Không có biến chứng quan trọng trong mổ.

Biến chứng sau mổ có 1 trường hợp (4,3%) nhiễm trùng vết mổ, bệnh nhân được điều trị nội khoa và ra viện sau 7 ngày.

Không có trường hợp nào bị biến chứng chảy máu, áp xe tồn dư, dò mật hay tử vong sau mổ.

- **Tỷ lệ tử vong:**

Một trường hợp (3,2%), bệnh nhân VTMC mức độ nặng được điều trị bảo tồn, tử vong do suy đa tạng.

- **Thời gian nằm viện trung bình và một số yếu tố liên quan:**

Bảng 6. Thời gian nằm viện trung bình

Phân loại bệnh nhân	Thời gian nằm viện trung bình (Trung bình ± SD)
Phẫu thuật cắt túi mật	10,7 ± 3,3
Điều trị bảo tồn	11,3 ± 5,7
Trung bình	10,9 ± 3,9 (2 – 19)

Bảng 7. Liên quan giữa một số yếu tố với thời gian nằm viện trung bình

Yếu tố	Trung bình ± SD	p
Tuổi	≤ 65	0,091
	> 65	
Thời gian khởi phát triệu chứng (giờ)	≤ 72	0,745
	> 72	
Mức độ VTMC	Nhẹ	0,007
	Trung bình	
Phương pháp điều trị	Phẫu thuật	0,758
	Bảo tồn	

Mức độ viêm túi mật là một yếu tố liên quan đến thời gian nằm viện trung bình.

3.4. Kết quả điều trị sau 1 tháng

- Một trường hợp bệnh nhân VTMC mức độ nặng sau điều trị bảo tồn tử vong tại bệnh viện do shock nhiễm trùng từ đường mật/Suy đa tạng.
- Trong các bệnh nhân được tái khám đa số bệnh nhân (29/30 TH) đều ổn định, không có biến chứng và có thể trở lại công việc thường ngày.
- Một trường hợp BN nam 85 tuổi được điều trị bảo tồn, tái phát các triệu chứng của VTMC.

Bảng 8. Thời gian trở lại công việc

Thời gian (ngày)	Số bệnh nhân (n=30)	Tỷ lệ (%)
≤ 7	8	26,7
8 - 14	11	36,7
15 – 21	9	30,0
> 21	2	6,7
Tổng	30	100,0
Trung vị (ngày) (Lớn nhất – nhỏ nhất)	10,0 (3– 30)	

4. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng

- Về đặc điểm lâm sàng:

Tuổi trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là 55,8 ± 19,1 tuổi. Độ tuổi thường gặp nhất là từ 40-79 với 71,0%. Kết quả trên tương tự với nghiên cứu của các tác giả Phan Khánh Việt [4], Lê Quang Minh [2], Hoàng Tuấn Việt [3] với tuổi trung bình dao động từ 46,7 – 61,0 tuổi. VTMC thường gặp ở người lớn tuổi và đây là yếu tố quan trọng liên quan đến biến chứng trong và sau mổ.

Nữ giới chiếm đa số với tỷ lệ nữ/nam là 1,8. Kết quả này khá phù hợp với các nghiên cứu khác như Phan Khánh Việt [4] tỷ lệ nữ/nam là 2, Hoàng Tuấn Việt [3] nữ/nam là 5,14. Giới nữ đã được chứng minh là một trong những yếu tố nguy cơ của sỏi TM qua cơ chế tăng tiết cholesterol, giảm tổng hợp và bài tiết muối mật [12].

Tất cả bệnh nhân trong nghiên cứu đều vào viện vì triệu chứng đau bụng, trong đó đau HSP chiếm tỷ lệ cao nhất 54,8%. Theo TG13, đau bụng là triệu chứng chính trong VTMC, tỷ lệ đau HSP và thượng vị dao động từ 72-93% [14]. Buồn nôn, nôn là các triệu chứng không đặc hiệu thường gặp với tỷ lệ lần lượt là 58,1% và 38,7%.

Ngoài ra, số bệnh nhân có sốt khi vào viện là 16/31 TH (51,6%). Các nghiên cứu cho thấy tỷ lệ bệnh nhân VTMC có sốt dao động từ 10–62% [14]. Điều này cho thấy sốt là triệu chứng thường gặp trong VTMC góp phần giúp chẩn đoán.

Nghiệm pháp Murphy được đánh giá trong trường hợp không khám thấy TM lớn, kết quả dương tính ở 18 BN (61,3%). Kết quả nghiên cứu của Hoàng Tuấn Việt [3] với 60,5%. Dấu hiệu Murphy là

một dấu hiệu đặc trưng trong VTMC, theo nghiên cứu của Jain (2017) [9], dấu Murphy có độ nhạy 62% và độ đặc hiệu là 96%.

- Về đặc điểm cận lâm sàng:

Số BN có bạch cầu tăng chiếm 67,7% trường hợp. Theo Dennis (2015) [7], trong VTMC thì công thức máu bạch cầu thường tăng nhẹ (12 – 15 G/L). Bạch cầu tăng cao có thể gợi ý biến chứng như hoại tử, thủng TM hay viêm đường mật kèm theo. Trong nghiên cứu của chúng tôi có 4 TH bạch cầu tăng trên 15 G/L, trong đó có 1 TH viêm túi mật hoại tử bệnh nhân này được điều trị bảo tồn, bệnh ổn định và ra viện sau 18 ngày; hai trường hợp mổ cắt túi mật nội soi và một trường hợp sốc nhiễm trùng, suy đa cơ quan điều trị tại hồi sức tích cực, sau 2 ngày bệnh tiến triển nặng.

Protein phản ứng viêm (CRP) tăng có ý nghĩa gặp trong 23/30 TH, chiếm tỷ lệ 74,1%. CRP tăng trên 3 mg/L kết hợp với siêu âm có hình ảnh của VTMC có giá trị trong chẩn đoán với độ nhạy 97%, độ đặc hiệu 76%. CRP tăng cao cũng có mối liên hệ với VTM hoại tử [7].

Tất cả bệnh nhân trong nghiên cứu đều được thực hiện siêu âm bụng. Kết quả ghi nhận sỏi TM trong 96,7%. TM lớn và thành dày là những dấu hiệu đặc trưng thường gặp khác với tỷ lệ lần lượt là 51,6% và 54,8%. Nghiên cứu của Borzellino [6] có TM lớn (72,4%) và thành TM dày (28,6%), sự khác biệt này tùy thuộc vào kinh nghiệm của kỹ thuật viên chẩn đoán hình ảnh, cũng như giai đoạn và mức độ của VTMC.

- Phân loại bệnh nhân theo ASA và mức độ viêm túi mật cấp

Phân loại tình trạng sức khỏe bệnh nhân trước

phẫu thuật theo tiêu chuẩn của Hiệp hội Gây mê - Hồi sức Mỹ (ASA) có 12 BN thuộc nhóm ASA 1 (38,7%), ASA 2 có 14 BN (45,2%) và ASA 3 có 5 BN (16,1%). Nghiên cứu của Lê Quang Minh [2], phân loại ASA 1 có 58,8%; ASA 2 chiếm 39,9%, ASA 3 chiếm 1,3%.

Phân độ VTMC theo Tokyo Guidelines 2018, có 12 BN (38,7%) VTMC mức độ nhẹ, 18 BN (45,2%) mức độ trung bình, 1 TH mức độ nặng (3,2%). Nghiên cứu của Lê Quang Minh [2], VTMC mức độ nhẹ chiếm 58,9%, mức độ trung bình 41,1%. Trần Kiến Vũ có 52,1% mức độ nhẹ và 47,9% ở mức độ trung bình.

Phân loại tình trạng sức khỏe theo chỉ số ASA cũng như phân độ VTMC theo Tokyo Guidelines 2018 là những yếu tố quan trọng liên quan đến tỷ lệ biến chứng và tử vong. Nghiên cứu của chúng tôi, trường hợp tử vong có mức độ VTMC là nặng.

4.2. Kết quả sớm điều trị viêm túi mật cấp do sỏi - Lựa chọn phương pháp điều trị:

Trong số 8 TH được chỉ định điều trị bảo tồn vì các lý do: 5 BN thuộc nhóm ASA 3 (tăng huyết áp kiểm soát kém, tai biến mạch máu não cũ, COPD và suy tim), có 1 BN viêm gan do rượu men gan cao >10 lần, 2 TH bệnh nhân già 85 tuổi và nhỏ 14 tuổi.

Các trường hợp được chỉ định phẫu thuật đều thuộc nhóm ASA 1 và ASA 2. Trong nhóm phẫu thuật chỉ 1 TH được phẫu thuật CTMNS sớm trong 72 giờ đầu. Những lý do khiến hầu hết BN được CTMNS muộn là vì BN vào viện muộn sau 72 giờ, BN có bệnh lý phối hợp (tăng huyết áp, đường máu cao...) cần hội chẩn và điều trị trước mổ, điều kiện cơ sở vật chất của bệnh viện cần chờ lên lịch và sắp xếp phòng mổ.

Theo tác giả Okamoto [11], so với cắt túi mật muộn sau khi điều trị đợt cấp thì cắt túi mật trong vòng 72 giờ, thậm chí cắt túi mật trong vòng một tuần có thể giảm chi phí điều trị, giảm thời gian nằm viện cũng như giảm các phương pháp điều trị bổ sung hay điều trị cấp cứu khác do VTMC tái phát trong thời gian chờ mổ cắt túi mật ở nhóm mổ muộn. Vì vậy, đối với VTMC có chỉ định phẫu thuật thì nên áp dụng mổ cắt túi mật sớm.

- Kết quả sớm sau mổ

Ở nhóm phẫu thuật không có TH nào xảy ra tai biến lớn trong mổ cũng như phải chuyển mổ mở. Điều này cho thấy cắt túi mật sớm trong điều trị

VTMC ở những bệnh nhân có chỉ định phẫu thuật là an toàn. Tuy nhiên tất cả BN trong nghiên cứu của chúng tôi đều được sử dụng kháng sinh tĩnh mạch sau mổ và được sử dụng kéo dài cho đến thời điểm ra viện. Điều này là chưa phù hợp so với khuyến cáo của Tokyo Guidelines 2018 [8], đối với VTMC độ I & II chỉ dùng kháng sinh trước, trong phẫu thuật và nên ngưng trong 24 giờ sau phẫu thuật. Vì vậy cần có nghiên cứu đánh giá vấn đề này ở môi trường cụ thể ở chúng ta.

Tất cả BN đều trung tiện trở lại trong vòng 2 ngày đầu sau mổ, với phần lớn TH trung tiện trở lại trong ngày đầu chiếm 69,6%. Đa số bệnh nhân vận trở lại trong ngày đầu sau mổ với 17/23 TH (73,9%).

Trong nghiên cứu, có 1 TH (4,3%) bị nhiễm trùng vết mổ, BN được điều trị nội khoa, thay băng, chăm sóc vết mổ và ra viện sau 7 ngày. Không có trường hợp nào bị biến chứng chảy máu, áp xe tồn dư, dò mật hay liệt ruột sau mổ. Không có tử vong sau mổ.

Thời gian nằm viện trung bình là $10,9 \pm 3,9$ ngày. Trong đó nhóm VTMC mức độ nhẹ có thời gian nằm viện ngắn hơn so với nhóm VTMC mức độ trung bình (MD -3,19 ngày; 95% CI -5,45 đến -0,94; $p = 0,007$).

- Kết quả tái khám

Trong nghiên cứu có 1 TH bệnh nhân VTMC mức độ nặng tử vong. Những BN được tái khám thì đa số (29/30 TH) đều ổn định, không có biến chứng và có thể trở lại công việc thường ngày. Một trường hợp BN nam 85 tuổi được điều trị bảo tồn, vào thời điểm tái khám 1 tháng bệnh nhân tái phát các triệu chứng của VTMC (với đau bụng dữ dội HSP, kèm sốt, buồn nôn và nôn). BN nhập viện và được phẫu thuật CTMNS vào ngày 6. Sau mổ, bệnh ổn định và ra viện sau 10 ngày.

Thời gian trở lại công việc sau khi ra viện có trung vị là 10,0 ngày. Phần lớn BN có thể trở lại làm việc trong vòng 3 tuần đầu sau khi xuất viện với tỷ lệ 93,4%. Kết quả này tương tự với nghiên cứu của Bisgaard [5], thời gian này là 1 tuần.

5. KẾT LUẬN

Điều trị viêm túi mật cấp do sỏi bao gồm phẫu thuật và điều trị bảo tồn. Trong đó, phẫu thuật nội soi cắt túi mật là phương pháp an toàn, hiệu quả đối với những bệnh nhân có chỉ định phẫu thuật.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Lê Trung Hải (2008), "Viêm túi mật", *Bệnh học Ngoại khoa bụng*, NXB Quân đội nhân dân, pp. 162–164.

2. Lê Quang Minh, Nguyễn Cường Thịnh (2012), "Kết quả cắt túi mật nội soi điều trị viêm túi mật cấp", *Tạp chí Y*

dược lâm sàng 108, 7(5), pp. 63–67.

3. Hoàng Tuấn Việt, Nguyễn Hoàng Linh, Bùi Quang King (2008), “Kết quả điều trị cắt túi mật nội soi tại Bệnh viện Đa khoa Sài Gòn”, *Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh*, 12(1), pp. 54–61.

4. Phan Khánh Việt, Lê Trung Hải, Phạm Như Hiệp (2014), “Nghiên cứu thời điểm mổ và đánh giá kết quả điều trị viêm túi mật cấp do sỏi bằng phẫu thuật cắt túi mật nội soi”, *Tạp chí Y học Việt Nam*, 421(1), pp. 38–42.

5. Bisgaard T., Klarskov B., Rosenberg J., et al. (2001), “Factors Determining Convalescence After Uncomplicated Laparoscopic Cholecystectomy”, *Arch Surg*, 136(8), pp. 917.

6. Borzellino G., Massimiliano Motton A., Minniti F., et al. (2016), “Sonographic diagnosis of acute cholecystitis in patients with symptomatic gallstones”, *J Clin Ultrasound*, 44(3), pp. 152–158.

7. Dennis B.M., Wile G.E., and May A.K. (2015), “The Diagnosis of Acute Cholecystitis”, *Acute Cholecystitis*, Springer International Publishing, Cham, pp. 27–40.

8. Gomi H., Solomkin J.S., Schlossberg D., et al. (2018), “Tokyo Guidelines 2018: antimicrobial therapy for acute cholangitis and cholecystitis”, *J Hepatobiliary Pancreat Sci*,

25(1), pp. 3–16.

9. Jain A., Mehta N., Secko M., et al. (2017), “History, Physical Examination, Laboratory Testing, and Emergency Department Ultrasonography for the Diagnosis of Acute Cholecystitis”, *Acad Emerg Med*, 24(3), pp. 281–297.

10. Kimura Y., Takada T., Strasberg S.M., et al. (2013), “TG13 current terminology, etiology, and epidemiology of acute cholangitis and cholecystitis”, *J Hepatobiliary Pancreat Sci*, 20(1), pp. 8–23.

11. Okamoto K., Suzuki K., Takada T., et al. (2018), “Tokyo Guidelines 2018: flowchart for the management of acute cholecystitis”, *J Hepatobiliary Pancreat Sci*, 25(1), pp. 55–72.

12. Stinton L.M. and Shaffer E.A. (2012), “Epidemiology of Gallbladder Disease: Cholelithiasis and Cancer”, *Gut Liver*, 6(2), pp. 172–187.

13. Yannos S., Athanasios P., Christos C., et al. (2013), “History of biliary surgery”, *World J Surg*, 37(5), pp. 1006–1012.

14. Yokoe M., Hata J., Takada T., et al. (2018), “Tokyo Guidelines 2018 diagnostic criteria and severity grading of acute cholecystitis”, *J Hepatobiliary Pancreat Sci*, 25(1), pp. 41–54.