

KẾT QUẢ SỚM PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT TÚI MẬT Ở BỆNH NHÂN VIÊM TÚI MẬT CẤP DO SỎI SAU DẪN LƯU TÚI MẬT XUYÊN GAN QUA DA

Trần Nguyễn Song Toàn¹, Đỗ Sơn Hải^{2*}, Nguyễn Quang Nam²
Nguyễn Thị Diệu Liên³, Lại Bá Thành², Phạm Quang Hưng³

Tóm tắt

Mục tiêu: Đánh giá kết quả sớm phẫu thuật nội soi (PTNS) cắt túi mật ở bệnh nhân (BN) viêm túi mật cấp do sỏi đã được dẫn lưu túi mật xuyên gan qua da. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu hồi cứu kết hợp tiến cứu, mô tả cắt ngang trên 64 BN được chẩn đoán viêm túi mật cấp do sỏi, được dẫn lưu túi mật xuyên gan qua da dưới hướng dẫn của siêu âm và sau đó thực hiện PTNS cắt túi mật tại Khoa Gan - Mật - Tụy, Bệnh viện Quân y 103 từ tháng 02/2021 - 10/2025. **Kết quả:** Tuổi trung bình của BN là $67,41 \pm 15,12$ (30 - 92), tỷ lệ BN nữ chiếm 64,1%. Thời gian trung bình từ khi dẫn lưu túi mật xuyên gan qua da đến PTNS cắt túi mật là $32,4 \pm 12,1$ ngày (3 - 71 ngày). 100% BN được PTNS cắt túi mật hoàn toàn, không có trường hợp nào chuyển mổ mở. Trong mổ, tất cả các BN viêm túi mật cấp đều có mạc nối dính với túi mật, túi mật viêm mũ chiếm 76,6%, có dịch quanh túi mật chiếm 28,1%; thời gian mổ trung bình là $83,37 \pm 20,6$ phút. Biến chứng sau mổ gặp 2 trường hợp (3,1%). Đa số BN có kết quả phẫu thuật tốt (98,4%), thời gian nằm viện trung bình là $6,56 \pm 2,46$ ngày. **Kết luận:** PTNS cắt túi mật sau dẫn lưu túi mật xuyên gan qua da là phương pháp an toàn và hiệu quả với tỷ lệ tai biến, biến chứng thấp, thời gian nằm viện ngắn và kết quả điều trị khả quan.

Từ khóa: Viêm túi mật cấp; Phẫu thuật nội soi cắt túi mật; Dẫn lưu túi mật xuyên gan qua da.

EARLY OUTCOMES OF LAPAROSCOPIC CHOLECYSTECTOMY FOLLOWING TRANSHEPATIC PERCUTANEOUS GALLBLADDER DRAINAGE IN PATIENTS WITH ACUTE CALCULOUS CHOLECYSTITIS

Abstract

Objectives: To evaluate the early outcomes of laparoscopic cholecystectomy in patients with acute calculous cholecystitis who had previously undergone transhepatic percutaneous gallbladder drainage. **Methods:** A retrospective, prospective, cross-sectional

¹Học viện Quân y

²Bệnh viện Quân y 103, Học viện Quân y

³Bệnh viện Đa khoa Hà Đông

*Tác giả liên hệ: Đỗ Sơn Hải (dosonhai@vmmu.edu.vn)

Ngày nhận bài: 27/02/2026

Ngày được chấp nhận đăng: 14/4/2026

<http://doi.org/10.56535/jmpm.v51i6.1953>

descriptive study was conducted on 64 patients diagnosed with acute calculous cholecystitis who underwent ultrasound-guided transhepatic percutaneous gallbladder drainage followed by laparoscopic cholecystectomy at the Hepatobiliary and Pancreatic Surgery Department, Military Hospital 103, from February 2021 to October 2025. **Results:** The average age of patients was 67.41 ± 15.12 (30 - 92), with a female ratio of 64,1%. The mean interval from transhepatic percutaneous gallbladder drainage to laparoscopic cholecystectomy was 32.4 ± 12.1 days (range 3 - 71 days). All patients underwent laparoscopic cholecystectomy without conversion to open surgery. Intraoperatively, all patients with acute cholecystitis presented with omentum adhering to the gallbladder; purulent cholecystitis was observed in 76.6%, and pericholecystic fluid in 28.1%. The mean operative time was 83.37 ± 20.6 minutes. Postoperative complications occurred in 2 cases (3.1%). Most patients achieved good outcomes (98.4%), with a mean hospital stay of 6.56 ± 2.46 days. **Conclusion:** Laparoscopic cholecystectomy following transhepatic percutaneous gallbladder drainage is a safe and effective treatment, with low complication rates, a short hospital stay, and favorable clinical outcomes, and good treatment results.

Keywords: Acute cholecystitis; Laparoscopic cholecystectomy; Transhepatic percutaneous gallbladder drainage.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm túi mật cấp do sỏi là bệnh lý ngoại khoa thường gặp, ước tính có khoảng 10 - 15% dân số thế giới mắc sỏi túi mật. Nguyên nhân chủ yếu là do sỏi kẹt ở ống túi mật gây tắc nghẽn và nhiễm khuẩn. Nếu không được chẩn đoán và xử trí kịp thời, bệnh có thể dẫn đến các biến chứng nặng như hoại tử, thủng túi mật, viêm phúc mạc mật, nhiễm khuẩn huyết, thậm chí tử vong [1]. PTNS cắt túi mật là phương pháp điều trị triệt để viêm túi mật do sỏi. Trong những năm gần đây, PTNS cắt túi mật đã trở thành “tiêu chuẩn vàng” nhờ ưu điểm ít xâm lấn, giảm đau sau mổ, thời gian hồi phục nhanh và giảm biến chứng so với mổ mở [2]. Tuy nhiên, ở những BN có tình trạng toàn thân nặng, nhiều bệnh lý nền (tim mạch, hô hấp, đái tháo đường...) hoặc viêm túi mật cấp mức độ nặng theo

Hướng dẫn Tokyo 2018 (TG18), nguy cơ biến chứng và tử vong khi phẫu thuật cấp cứu là rất cao [3]. Đối với nhóm BN này, dẫn lưu túi mật xuyên gan qua da được xem là giải pháp tạm thời hiệu quả, giúp giảm áp túi mật, kiểm soát nhiễm trùng, cải thiện tình trạng toàn thân và tạo điều kiện cho phẫu thuật cắt túi mật khi BN đã ổn định. Nhiều nghiên cứu cho thấy PTNS cắt túi mật sau dẫn lưu túi mật xuyên gan qua da giúp phẫu thuật an toàn hơn, giảm tỷ lệ chuyển mổ mở, đồng thời vẫn đảm bảo hiệu quả điều trị [4]. Tại Việt Nam, phương pháp này đã được áp dụng ở một số bệnh viện lớn, nhưng cho đến nay vẫn chưa có nhiều nghiên cứu đánh giá đầy đủ về kết quả điều trị. Do đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm: *Đánh giá kết quả sớm PTNS cắt túi mật điều trị viêm túi mật cấp do sỏi ở BN đã dẫn lưu túi mật xuyên gan qua da.*

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu

Gồm 64 BN được chẩn đoán viêm túi mật cấp do sỏi, được dẫn lưu túi mật xuyên gan qua da dưới siêu âm và sau đó PTNS cắt túi mật tại Khoa Gan - Mật - Tụy, Bệnh viện Quân y 103 từ tháng 02/2021 - 10/2025.

* *Tiêu chuẩn lựa chọn*: BN được chẩn đoán viêm túi mật cấp do sỏi, đã dẫn lưu túi mật xuyên gan qua da và được tiến hành PTNS cắt túi mật; tình trạng toàn thân cho phép gây mê và PTNS.

* *Tiêu chuẩn loại trừ*: BN viêm túi mật cấp kèm theo sỏi ống mật chủ (OMC), sỏi đường mật trong gan và các loại u khác kèm theo; phẫu thuật cấp cứu do tai biến sau dẫn lưu túi mật xuyên gan qua da.

2. Phương pháp nghiên cứu

* *Thiết kế nghiên cứu*: Nghiên cứu hồi cứu kết hợp tiến cứu, mô tả cắt ngang.

* *Phương pháp chọn mẫu*: Chọn mẫu thuận tiện, lấy tất cả BN đủ tiêu chuẩn trong thời gian nghiên cứu.

* *Quy trình kỹ thuật*: BN nằm ngửa, gây mê toàn thân, có giãn cơ và đặt nội khí quản. PTNS sử dụng 4 trocar (1 trocar 10mm đặt ở vùng rốn cho camera, 1 trocar 10mm đặt ở vùng dưới mũi ức và 2 trocar 5mm đặt ở hạ sườn phải để đưa dụng cụ). Các thao tác chính trong phẫu thuật gồm gỡ dính, mở túi mật giảm áp (nếu túi mật căng to, khó kẹp giữ), bộc lộ và cắt ống túi mật, giải phóng túi mật khỏi giường túi mật, kiểm tra cầm máu, đặt dẫn lưu dưới gan nếu cần thiết. Túi mật sau khi cắt được cho vào túi bệnh phẩm và lấy ra ngoài qua lỗ trocar rốn.



Hình 1. Hình ảnh túi mật còn dẫn lưu qua PTNS.

(Nguồn: Bệnh viện Quân y 103)

* *Biến số nghiên cứu:* Dữ liệu của BN trước và trong mổ được thu thập gồm tuổi, giới tính, tiền sử bệnh, chỉ số ASA, thời gian trung bình từ khi dẫn lưu túi mật xuyên gan qua da đến PTNS cắt túi mật, kỹ thuật mổ, đặc điểm tổn thương trong mổ, thời gian phẫu thuật, thời gian nằm viện sau mổ, tai biến và biến chứng. Kết quả phẫu thuật trong nghiên cứu được phân loại theo tiêu chuẩn của tác giả Văn Tần (2006) bao gồm: Tốt: Không có tai biến và biến chứng sau phẫu thuật; trung bình: Có biến chứng nhưng điều trị

bảo tồn khỏi; Xấu: Có biến chứng phải mổ lại [5].

* *Xử lý số liệu:* Bằng phần mềm SPSS 22.0 và áp dụng các thuật toán thống kê y sinh học.

3. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu đã được thông qua Hội đồng Đạo đức của Bệnh viện Quân y 103 theo Quyết định số 89/HĐĐĐ ngày 19/8/2024. Số liệu nghiên cứu được Bệnh viện Quân y 103 cho phép sử dụng và công bố. Nhóm tác giả cam kết không có xung đột lợi ích trong nghiên cứu.

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Một số đặc điểm của đối tượng nghiên cứu (n = 64).

Đặc điểm	Kết quả
Tuổi trung bình ($\bar{X} \pm SD$)	67,41 \pm 15,12 (30 - 92)
Nhóm tuổi, n (%)	
≤ 40	8 (12,5)
41 - 60	17 (26,6)
61 - 80	30 (46,9)
> 80	9 (14,1)
Giới tính (nam/nữ), n (%)	41 - 23 (64,1 - 35,9)
Tiền sử bệnh, n (%)	50 (78,1)
Tăng huyết áp	30 (46,9)
Đái tháo đường	11 (17,2)
Đột quy cũ	2 (3,1)
Phẫu thuật bụng	7 (10,9)
Chỉ số ASA, n (%)	
I	30 (46,9)
II	33 (51,6)
III	1 (1,6)

Nghiên cứu được thực hiện trên 64 BN có độ tuổi trung bình là 67,41 \pm 15,12; nhóm tuổi từ 61 - 80 chiếm tỷ lệ cao nhất (46,9%); tỷ lệ BN nữ là 64,1%. Tiền sử

phẫu thuật bụng là 10,9%. Đa số BN có tình trạng toàn thân tốt, với ASA I - II chiếm 98,4%. Thời gian trung bình từ khi dẫn lưu túi mật xuyên gan qua da đến PTNS cắt túi mật là $32,4 \pm 12,1$ ngày.

Bảng 2. Đặc điểm bệnh lý sau dẫn lưu túi mật xuyên gan qua da.

Đặc điểm	Giá trị, n (%)
Đặc điểm tạng dính	
Mạc nối	64 (100)
Tá tràng	20 (31,2)
Dà dày	4 (6,2)
Đại tràng ngang	1 (1,6)
Tình trạng túi mật	
Túi mật to, thành dày	8 (12,5)
Túi mật viêm mủ	49 (76,6)
Túi mật hoại tử	13 (20,3)
Dịch quanh túi mật	18 (28,1)

Tất cả các BN đều được PTNS hoàn toàn cắt túi mật, không có trường hợp nào chuyển mổ mở. Trong quá trình mổ, 100% gặp tình trạng túi mật dính với mạc nối, 49 trường hợp (76,6%) túi mật viêm mủ, 13 trường hợp (20,3%) túi mật hoại tử. Thời gian phẫu thuật trung bình là $83,37 \pm 20,6$ phút. Ngắn nhất là 60 phút, dài nhất là 155 phút.

Bảng 3. Tai biến và biến chứng của phẫu thuật.

Tai biến, biến chứng	Giá trị, n (%)
Tai biến	2 (3,1)
Tổn thương thanh mạc cơ tá tràng	1 (1,6)
Tổn thương đường mật chính	1 (1,6)
Biến chứng	2 (3,1)
Nhiễm trùng	1 (1,6)
Áp xe tồn dư	1 (1,6)

Tỷ lệ tai biến và biến chứng thấp, mỗi nhóm chỉ chiếm 3,1%. Đa số BN có kết quả điều trị tốt sau phẫu thuật (98,4%). Kết quả trung bình là 1,6%; không có kết quả xấu. Thời gian nằm viện trung bình là $6,56 \pm 2,46$ ngày. Ngắn nhất là 3 ngày, dài nhất là 15 ngày.

BÀN LUẬN

Kết quả nghiên cứu cho thấy độ tuổi trung bình của BN là $67,41 \pm 15,12$, chủ yếu là nhóm 61 - 80 tuổi (46,9%), phù hợp với các nghiên cứu trong và ngoài nước. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Nakajima và CS (2009), ghi nhận tuổi cao không phải là yếu tố quyết định mức độ nặng của bệnh, nhưng là yếu tố cần lưu ý khi chỉ định phẫu thuật và tiên lượng hậu phẫu [6]. Trong nghiên cứu, thời gian trung bình từ khi dẫn lưu túi mật xuyên gan qua da đến thời điểm PTNS cắt túi mật là $32,4 \pm 12,1$ ngày. Ngắn nhất là 3 ngày, dài nhất là 71 ngày, một số ít nghiên cứu đã đề cập đến vấn đề này. Tuy nhiên, các tác giả không nêu rõ thời gian cụ thể để lựa chọn thời điểm phẫu thuật sau dẫn lưu túi mật xuyên gan qua da trong viêm túi mật cấp do sỏi. Theo chúng tôi, cần có thời gian điều trị nội khoa để giúp tình trạng viêm thuyên giảm, kết hợp với điều trị bệnh lý mạn tính ổn định, khi đó mới phẫu thuật sẽ giảm thiểu những tai biến có thể xảy ra.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, 100% BN được PTNS hoàn toàn cắt túi mật, không có trường hợp nào phải chuyển mổ mở. Kết quả này cho thấy PTNS cắt túi mật sau dẫn lưu túi mật xuyên gan qua da là khả thi và an toàn, ngay cả ở nhóm BN viêm túi mật cấp mức độ nặng hoặc nhiều bệnh lý nền. Tỷ lệ này cao hơn so với một số nghiên cứu với tỷ lệ chuyển mổ mở dao động từ 1 - 16,7% [7] của tác giả Nguyễn Anh Dũng

và CS và Nguyễn Minh Hoàng và CS [8]. Sự khác biệt này có thể do việc lựa chọn thời điểm phẫu thuật phù hợp sau dẫn lưu, khi tình trạng viêm đã được kiểm soát, cũng như kinh nghiệm của phẫu thuật viên.

Về đặc điểm trong mổ, 100% BN đều có tình trạng dính mạc nối với túi mật; ngoài ra, một số trường hợp ghi nhận dính tá tràng (31,2%), dạ dày (4,2%) và đại tràng ngang (1,6%). Đây là những yếu tố làm tăng mức độ khó của ca mổ, cho thấy vai trò quan trọng của việc kiểm soát viêm và giảm áp túi mật nhờ dẫn lưu trước mổ giúp phẫu tích thuận lợi hơn và hạn chế tai biến. Tình trạng tổn thương túi mật trong mổ cho thấy 76,6% BN có túi mật viêm mũ và 20,3% có túi mật hoại tử. Đây là những dạng tổn thương nặng của viêm túi mật cấp, có nguy cơ cao gây biến chứng nếu không được xử trí kịp thời. Tỷ lệ này cao hơn so với nghiên cứu của Nguyễn Hoàng Anh và CS, phản ánh rõ đặc điểm chọn lọc BN trong nghiên cứu của chúng tôi chủ yếu là các trường hợp không đủ điều kiện phẫu thuật cấp cứu, cần dẫn lưu túi mật để giảm viêm [9]. Kết quả này củng cố vai trò của dẫn lưu túi mật xuyên gan qua da như một biện pháp hiệu quả trước khi tiến hành phẫu thuật triệt để.

Thời gian phẫu thuật trung bình trong nghiên cứu là $83,37 \pm 20,6$ phút, dài hơn so với nghiên cứu của Nguyễn Anh Dũng và CS [7] và Nguyễn Minh Hoàng và CS [8]. Thời gian mổ kéo dài có thể do mức

độ viêm dính nặng, tổn thương túi mật phức tạp và tỷ lệ BN lớn tuổi, có tiền sử bệnh lý nội khoa hoặc phẫu thuật ổ bụng trước đó. Tuy nhiên, thời gian phẫu thuật này vẫn nằm trong giới hạn chấp nhận được. Về tai biến và biến chứng, nghiên cứu ghi nhận tỷ lệ tai biến và biến chứng ở mức thấp (3,1%) và đều được phát hiện, xử trí kịp thời, không để lại hậu quả nặng nề. Kết quả này thấp hơn so với nghiên cứu của Đặng Quốc Ái và CS, cho thấy PTNS cắt túi mật sau dẫn lưu túi mật xuyên gan qua da không làm gia tăng nguy cơ biến chứng nếu được chỉ định đúng và thực hiện theo quy trình [10].

Kết quả sớm sau phẫu thuật cho thấy 98,4% BN có kết quả tốt, thời gian nằm viện trung bình là $6,56 \pm 2,46$ ngày, tương đương với các nghiên cứu trong nước gần đây [8, 9], cho thấy PTNS cắt túi mật sau dẫn lưu túi mật xuyên gan qua da không chỉ an toàn mà còn mang lại hiệu quả cao, rút ngắn thời gian điều trị cho BN.

KẾT LUẬN

100% BN được PTNS cắt túi mật hoàn toàn sau dẫn lưu túi mật xuyên gan qua da, không có trường hợp chuyển mổ mở. Tỷ lệ tai biến và biến chứng thấp (3,1%), thời gian nằm viện ngắn, đa số BN có kết quả điều trị tốt (98,4%). Như vậy, bước đầu cho thấy PTNS cắt túi mật sau dẫn lưu túi mật là phương pháp an toàn và hiệu quả trong điều trị viêm túi mật cấp do sỏi.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Yokoe M, Hata J, Takada T, et al. Tokyo Guidelines 2018: Diagnostic criteria and severity grading of acute cholecystitis (with videos). *Journal of Hepato-Biliary-Pancreatic Sciences*. 2018; 25(1):41-54.
2. Giger UF, Michel JM, Opitz I, et al. Risk factors for perioperative complications in patients undergoing laparoscopic cholecystectomy: Analysis of 22,953 consecutive cases from the Swiss Association of Laparoscopic and Thoracoscopic Surgery Database. *J Am Coll Surg*. 2026; 203(5):723-728.
3. Mori Y, Itoi T, Baron TH, et al. Tokyo Guidelines 2018: Management strategies for gallbladder drainage in patients with acute cholecystitis (with videos). *J Hepatobiliary Pancreat Sci*. 2018; 25(1):87-95.
4. Woohyun J and Park DE. Timing of cholecystectomy after percutaneous cholecystostomy for acute cholecystitis. *The Korean Journal of Gastroenterology*. 2015; 66:209.
5. Văn Tần. Tiến bộ trong cắt túi mật qua nội soi ổ bụng tại Bệnh viện Bình Dân. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2006; 319:163-178.
6. Nakajima J, Sasaki A, Obuchi T, et al. Laparoscopic subtotal cholecystectomy for severe cholecystitis. *Surg Today*. 2009; 39(10):870-899.
7. Nguyễn Anh Dũng, Nguyễn Cao Cương và Trần Hoàng Nhựt. So sánh kết

quả phẫu thuật nội soi cắt túi mật cấp cứu và phẫu thuật nội soi cắt túi mật sau dẫn lưu túi mật trong viêm túi mật cấp do sỏi độ II tại Bệnh viện Bình Dân. *Tạp chí Y Dược học Phạm Ngọc Thạch*. 2022; 302:89-93.

8. Nguyễn Minh Hoàng và Phạm Văn Năng. Cắt túi mật nội soi điều trị viêm túi mật cấp. *Tạp chí Y học Thực hành*. 2004; 491:241-243.

9. Nguyễn Hoàng Anh và Nguyễn Trọng Nhân. Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi cắt túi mật điều trị viêm túi mật do sỏi. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2025; 548(2):117-126.

10. Đặng Quốc Ái, Nguyễn Văn Trường, Nguyễn Văn Phước và CS. 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):31-47.