

DOI: 10.58490/ctump.2025i90.3688

## KẾT QUẢ SỚM DẪN LƯU TÚI MẬT XUYÊN GAN QUA DA TRÊN BỆNH NHÂN VIÊM TÚI MẬT CẤP ĐỘ III THEO KHUYẾN CÁO TOKYO 2018 TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA THÀNH PHỐ CẦN THƠ

Lê Thành Trí<sup>\*</sup>, Lê Thành Tín<sup>1</sup>, Huỳnh Cẩm Hồng<sup>1</sup>, Bạch Nguyễn Minh Hiền<sup>1</sup>, Phan Thanh Thúy<sup>1</sup>, Đoàn Anh Vũ<sup>1</sup>, La Văn Phú<sup>2</sup>

1. Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

2. Bệnh viện Đa khoa Thành phố Cần Thơ

\*Email: lttrictump@gmail.com

Ngày nhận bài: 25/4/2025

Ngày phản biện: 31/5/2025

Ngày duyệt đăng: 25/8/2025

### TÓM TẮT

**Đặt vấn đề:** Dẫn lưu túi mật xuyên gan qua da là biện pháp giải áp túi mật hiệu quả được chỉ định cho bệnh nhân viêm túi mật cấp có nguy cơ phẫu thuật cao. **Mục tiêu nghiên cứu:** Đánh giá tỉ lệ thành công của kỹ thuật dẫn lưu túi mật xuyên gan qua da trên bệnh nhân viêm túi mật cấp độ III theo khuyến cáo Tokyo 2018 tại Bệnh viện Đa khoa thành phố Cần Thơ qua đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng trước và sau kỹ thuật, đồng thời đánh giá kết quả phẫu thuật bằng bảng phân độ kết quả phẫu thuật Clavien-Dindo. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả tiến cứu kết hợp hồi cứu trên 30 bệnh nhân chẩn đoán viêm túi mật cấp độ III được điều trị bằng PTGBD. Các chỉ số lâm sàng, cận lâm sàng và dữ liệu thủ thuật (thời gian thực hiện, tỉ lệ thành công, đặc tính dịch chọc) cùng biến chứng sau can thiệp được phân tích thống kê ( $p \leq 0,05$ ). **Kết quả:** Tuổi trung bình  $73,83 \pm 10,73$ , tỉ lệ nam chiếm 57%. Về nguy cơ phẫu thuật, 83,33% được phân độ ASA III, 16,67% còn lại được phân độ ASA IV. 100% trường hợp dẫn lưu thành công. Đánh giá theo bảng phân độ kết quả phẫu thuật Clavien-Dindo, có 7 trường hợp (23,33%) có biến chứng sau thủ thuật. Bốn bệnh nhân có biến chứng cấp III (13,33%), hai bệnh nhân có biến chứng cấp IV (6,67%), một bệnh nhân có biến chứng cấp V (3,33%). **Kết luận:** Dẫn lưu túi mật xuyên gan qua da là phương pháp giải áp túi mật hiệu quả, cải thiện triệu chứng sớm ở những trường hợp có nguy cơ phẫu thuật cắt túi mật cao, có tỉ lệ thành công cao.

**Từ khóa:** Dẫn lưu túi mật xuyên gan qua da, viêm túi mật cấp độ III, PTGBD, điều trị viêm túi mật.

### ABSTRACT

## EARLY OUTCOMES OF PERCUTANEOUS TRANSHEPATIC GALLBLADDER DRAINAGE IN PATIENTS WITH GRADE III ACUTE CHOLECYSTITIS ACCORDING TO TOKYO GUIDELINES 2018 AT CAN THO GENERAL HOSPITAL

Le Thanh Tri<sup>\*</sup>, Le Thanh Tin<sup>1</sup>, Huynh Cam Hong<sup>1</sup>, Bach Nguyen Minh Hien<sup>1</sup>, Phan Thanh Thuy<sup>1</sup>, Doan Anh Vu<sup>1</sup>, La Van Phu<sup>2</sup>

1. Can Tho University of Medicine and Pharmacy

2. Can Tho General Hospital

**Background:** Percutaneous transhepatic gallbladder drainage is an effective decompression method for the gallbladder, indicated in patients with acute cholecystitis who are at high surgical risk. **Objectives:** To assess the success rate of percutaneous transhepatic gallbladder drainage in patients with Grade III acute cholecystitis according to the Tokyo Guidelines 2018 at Can Tho General Hospital. The evaluation covers clinical and laboratory characteristics before and after the procedure,

and surgical outcomes are assessed using the Clavien-Dindo classification of surgical complications. **Materials and methods:** A prospective descriptive study combined with retrospective analysis was conducted on 30 patients diagnosed with grade III acute cholecystitis treated with percutaneous transhepatic gallbladder drainage. Clinical signs, laboratory parameters, procedural data (procedure time, success rate, fluid characteristics), and post-procedure complications were statistically analyzed ( $p \leq 0.05$ ). **Results:** The mean age was  $73.83 \pm 10.73$  years with 57% male. Regarding surgical risk, 83.33% were classified as ASA III, while the remaining 16.67% were classified as ASA IV. The percutaneous transhepatic gallbladder drainage success rate was 100%. According to the Clavien-Dindo classification, 7 cases (23.33%) had postoperative complications: four patients (13.33%) experienced Grade III complications, two patients (6.67%) experienced Grade IV complications, and one patient (3.33%) experienced a Grade V complication. **Conclusion:** Percutaneous transhepatic gallbladder drainage is an effective method for gallbladder decompression, with high success rates in symptom improvement for high-risk cholecystectomy cases.

**Keywords:** Percutaneous transhepatic gallbladder drainage, Grade III acute cholecystitis, PTGBD, treatment of acute cholecystitis.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm túi mật cấp độ III là dạng nặng của viêm túi mật (theo phân loại Tokyo Guidelines 2018 [1]). Đặc biệt, dạng bệnh này thường gặp ở những bệnh nhân cao tuổi có bệnh nền phức tạp, khiến cho việc thực hiện phẫu thuật cắt túi mật – phương pháp điều trị tiêu chuẩn - trở nên khó khăn do thể trạng yếu và nguy cơ tai biến phẫu thuật cao. Trong bối cảnh đó, kỹ thuật dẫn lưu túi mật xuyên gan qua da (PTGBD - Percutaneous Transhepatic Gallbladder Drainage) dưới hướng dẫn siêu âm đã được đề xuất như một giải pháp xâm lấn tối thiểu nhằm giải áp túi mật, giảm tình trạng viêm và ổn định bệnh nhân [2]. Mặc dù PTGBD đã được áp dụng rộng rãi trên thế giới nhưng tại Cần Thơ vẫn còn thiếu các báo cáo nghiên cứu cụ thể đánh giá hiệu quả lâm sàng, cận lâm sàng và độ an toàn của kỹ thuật này trong điều trị viêm túi mật cấp độ III theo Tokyo Guidelines 2018 (TG18). Do đó, nghiên cứu này được tiến hành với mục tiêu: Khảo sát các đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá kết quả điều trị qua kỹ thuật PTGBD trên bệnh nhân viêm túi mật cấp độ III tại Bệnh viện Đa khoa Thành phố Cần Thơ, từ đó cung cấp thêm bằng chứng lâm sàng hỗ trợ việc ứng dụng an toàn và hiệu quả của phương pháp này trong điều trị những trường hợp có nguy cơ cao.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 2.1. Đối tượng nghiên cứu

Tất cả bệnh nhân được chẩn đoán viêm túi mật cấp độ III theo TG18 và được điều trị dẫn lưu túi mật xuyên gan qua da tại Bệnh viện Đa khoa Thành phố Cần Thơ từ tháng 4/2023 đến tháng 4/2024.

- **Tiêu chuẩn chọn mẫu:** Bệnh nhân viêm túi mật cấp độ III theo TG18 được chẩn đoán dựa trên các đặc điểm lâm sàng và siêu âm [2] và được điều trị bằng phương pháp dẫn lưu túi mật xuyên gan qua da tại Bệnh viện Đa khoa Thành phố Cần Thơ.

- **Tiêu chuẩn loại trừ:**

- + Rối loạn đông máu nặng chưa kiểm soát được (PT < 50%, Tiểu cầu < 50.000/mm<sup>3</sup>) [3].
- + Bụng có dịch báng [4].
- + Bệnh nhân có chỉ định mổ vì những lý do khác như viêm phúc mạc thẩm mật, chảy máu đường mật ồ ạt, viêm túi mật hoại tử... [5].
- + Bệnh nhân không đồng ý thực hiện kỹ thuật.

## 2.2. Phương pháp nghiên cứu

- **Thiết kế nghiên cứu:** Phương pháp nghiên cứu là mô tả tiến cứu kết hợp với hồi cứu can thiệp lâm sàng không nhóm chứng.

- **Cỡ mẫu:** Chọn 30 bệnh nhân thỏa mãn tiêu chuẩn chọn mẫu trong khoảng thời gian từ tháng 4/2023 đến tháng 4/2024 được đưa vào nghiên cứu.

- **Nội dung nghiên cứu:**

+ Đặc điểm chung của đối tượng: Tuổi, giới, tiền sử nội khoa, tiền sử phẫu thuật, nguy cơ phẫu thuật theo ASA.

+ Đặc điểm lâm sàng của đối tượng nghiên cứu: Thời gian bệnh, triệu chứng lâm sàng, phân độ viêm túi mật cấp theo Tokyo Guidelines 2018.

+ Đặc điểm cận lâm sàng của đối tượng nghiên cứu: Tổng phân tích tế bào máu ngoại vi, bilirubin toàn phần, bilirubin trực tiếp, cấy dịch chọc.

+ Đánh giá kết quả dẫn lưu túi mật xuyên gan qua da: Thời gian thực hiện thủ thuật, thời gian lưu ống, đau sau can thiệp, biến chứng, thang điểm Clavien-Dindo, thời gian hậu phẫu. Theo dõi sau khi xuất viện: Hướng xử trí tiếp theo.

+ Phân tích diễn tiến lâm sàng, cận lâm sàng theo dõi đáp ứng điều trị.

- **Đạo đức trong nghiên cứu:** Nghiên cứu tuân thủ theo quá trình xét duyệt của Hội đồng đạo đức Trường Đại học Y Dược Cần Thơ: Mã số phiếu chấp thuận 23.012.SV/PCT-HĐĐĐ.

## III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

### 3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Trong 30 bệnh nhân, nam chiếm tỉ lệ cao hơn với 17 bệnh nhân (57%), nữ với 13 bệnh nhân (43%). Tuổi trung bình là  $73,83 \pm 10,73$ . Nhóm tuổi 60-79 tuổi và nhóm tuổi  $\geq 80$  chiếm tỉ lệ cao nhất với 43,3%, còn lại là nhóm tuổi  $< 60$  tuổi. Về nguy cơ phẫu thuật, bệnh nhân được đánh giá ASA III trước mổ là 25 bệnh nhân (83,33%), còn lại là ASA IV.

Bệnh lý nội khoa đi kèm nhiều nhất là bệnh tim mạch (37/64), trong đó chiếm tỉ lệ cao nhất là bệnh thiếu máu cục bộ cơ tim (43%), tiếp theo là tăng huyết áp, di chứng nhồi máu não, rối loạn đông máu, suy tim, rung nhĩ. Các bệnh lý ngoại khoa kèm theo chiếm tỉ lệ 20% như sỏi đường mật chưa phẫu thuật, RCC thận phải, u đầu tụy, thủng dạ dày, mổ sỏi đường mật, u gan trái.

100% trường hợp được chẩn đoán viêm túi mật cấp theo tiêu chuẩn trên siêu âm.

### 3.2. Triệu chứng lâm sàng

Thời gian từ lúc khởi phát bệnh đến lúc dẫn lưu trung bình là  $2,25 \pm 1,48$  ngày. 85% số trường hợp được tiến hành dẫn lưu trong vòng 72 giờ, còn lại là dẫn lưu sau 72 giờ. Tất cả bệnh nhân đều xuất hiện triệu chứng đau hạ sườn phải (100%), triệu chứng sốt khi nhập viện gặp ở 57% các bệnh nhân và có 47% tổng số bệnh nhân có triệu chứng đề kháng hạ sườn phải.

### 3.3. Đặc điểm cận lâm sàng

Bảng 1. Một số thay đổi trên cận lâm sàng máu trước và sau khi dẫn lưu

	X ± SD	Giá trị lớn nhất	Giá trị nhỏ nhất	p
Bạch cầu (BC/mm <sup>3</sup> )				0,017
Trước dẫn lưu (N=29)	$16,475 \pm 6,793$	30,640	3,960	
Sau dẫn lưu (N=29)	$10,486 \pm 3,961$	19,900	4,570	
Tỉ lệ Neutrophil (%)				0,198
Trước dẫn lưu (N=29)	$81,67 \pm 10,05$	95,0	47,9	
Sau dẫn lưu (N=29)	$69,83 \pm 13,21$	94,4	43,8	

	X ± SD	Giá trị lớn nhất	Giá trị nhỏ nhất	p
Bilirubin toàn phần (µmol/L)	43,56 ± 43,26	204,5	4,3	0,086
Trước dẫn lưu (N=29)	35,85 ± 54,50	243,5	4,1	
Sau dẫn lưu (N=29)				

Nhận xét: Sau dẫn lưu, số lượng bạch cầu máu giảm rõ rệt và có ý nghĩa thống kê. Các chỉ số liên quan bilirubin máu và tỉ lệ neutrophil máu cũng ghi nhận giảm nhưng chưa có ý nghĩa thống kê.

Bảng 2. Sự thay đổi trên cận lâm sàng máu trước và sau dẫn lưu so với ngưỡng cắt

	Trước dẫn lưu (N=30)		Sau dẫn lưu (N=29)	
	Tần số	Tỉ lệ (%)	Tần số	Tỉ lệ (%)
Số lượng bạch cầu < 9.000 BC/mm <sup>3</sup>	7	24,1	12	41,4
9.000-18.000 BC/mm <sup>3</sup>	7	24,1	15	51,7
> 18.000 BC/mm <sup>3</sup>	15	51,7	2	6,9
Tỉ lệ Neutrophil ≤ 75%	7	24,1	22	75,9
> 75%	22	75,9	7	24,1
Bilirubin toàn phần < 2 mg/dL	16	55,2	19	65,5
≥ 2 mg/dL	13	44,8	10	34,5
Bilirubin trực tiếp < 0,4 mg/dL	9	31,0	15	51,7
≥ 0,4 mg/dL	20	69,0	14	48,3

Nhận xét: Trước dẫn lưu, 51,7% bệnh nhân có bạch cầu > 18.000 BC/mm<sup>3</sup>, nhưng sau dẫn lưu tỉ lệ này giảm mạnh còn 6,9%. Đồng thời, nhóm bệnh nhân có bạch cầu < 9.000 BC/mm<sup>3</sup> tăng từ 24,1% lên 41,4%. Trước dẫn lưu có đến 75,9% bệnh nhân có tỉ lệ Neutrophil > 75%, nhưng sau dẫn lưu chỉ còn 24,1%. Tỉ lệ bệnh nhân có bilirubin toàn phần < 2 mg/dL tăng từ 55,2% trước dẫn lưu lên 65,5% sau dẫn lưu. Tương tự, bilirubin trực tiếp < 0,4 mg/dL cũng tăng từ 31% lên 51,7%.

### 3.4. Kết quả sau dẫn lưu

Thời gian thực hiện dẫn lưu trung bình là 23,50 ± 8,00 phút, với khoảng thời gian thực hiện thủ thuật nhanh nhất là 15 phút (30%) và chậm nhất là 50 phút (3,3%).

Tính chất dịch mật sau chọc là mũ chiếm đa số với 20 bệnh nhân (66,7%), còn lại là dịch trong. Kết quả định danh vi khuẩn dịch chọc trước sử dụng kháng sinh ghi nhận 26 bệnh nhân có kết quả cấy âm tính (86,7%), có 3 bệnh nhân ghi nhận *Klebsiella pneumoniae* (10%) và 1 bệnh nhân ghi nhận *Escherichia coli* (3,3%).

Mức độ đau sau thủ thuật (VAS) trung bình là 4,57 ± 3,97, đau vừa (3,5-7,4 điểm) chiếm ưu thế với 16 bệnh nhân (53,3%), đau nhẹ (≤ 3,4 điểm) với 12 bệnh nhân (40%), còn lại là đau dữ dội (≥ 7,5 điểm).

Thời gian lưu ống dẫn lưu trung bình là 33,12 ± 21,92 ngày, ngắn nhất là 1 ngày và dài nhất là 68 ngày. Phần lớn chưa ghi nhận biến chứng sau thủ thuật với 20 bệnh nhân (66,7%), biến chứng viêm phổi với 4 bệnh nhân (13,3%), cắt túi mật với 4 bệnh nhân (13,3%), chuyển viện với 2 bệnh nhân (6,7%) và 1 bệnh nhân tử vong (3,3%).

Bảng 3. Thang điểm Clavien-Dindo trên bệnh nhân PTGBD

Thang điểm Clavien-Dindo	Tần số	Tỉ lệ (%)
Chưa ghi nhận biến chứng	23	76,67
III	4	13,33
IV	2	6,67
V	1	3,33
Tổng	30	100

Nhận xét: Phần lớn chưa ghi nhận biến chứng sau thủ thuật với 23 bệnh nhân (76,67%), biến chứng ở mức độ III với 4 bệnh nhân (13,33%), biến chứng ở mức độ IV với 2 bệnh nhân (6,67%) và biến chứng nghiêm trọng nhất là mức độ V với 1 bệnh nhân (3,33%).

Thời gian hậu phẫu trung bình là  $9,69 \pm 6,25$  ngày, ngắn nhất là 3 ngày và dài nhất là 29 ngày, thời gian hậu phẫu  $\leq 7$  ngày chiếm tỉ lệ cao nhất với 14 bệnh nhân (53,9%),  $> 14$  ngày với 7 bệnh nhân (26,9%) và 8-14 ngày chiếm tỉ lệ thấp nhất với 5 bệnh nhân (19,2%).

## IV. BÀN LUẬN

### 4.1. Tỉ lệ thành công của PTGBD

Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận tỉ lệ thành công lên đến 100% trong việc dẫn lưu vào túi mật. Kết quả này khá phù hợp với các nghiên cứu trước đó, với ưu điểm là kỹ thuật đơn giản, ít biến chứng và ít ảnh hưởng bởi hô hấp của bệnh nhân [6]. Tỉ lệ phục hồi tốt lên đến 80% mà không cần can thiệp phẫu thuật khẩn cấp. So sánh với nghiên cứu của Abe K. (2012-2017) [7], tỉ lệ thành công cũng đạt (90-100%) cho thấy hiệu quả giảm biến chứng phẫu thuật, đặc biệt ở các bệnh nhân viêm túi mật cấp độ III. Tương tự, nghiên cứu của Mishima K. (2023) [8] cũng khẳng định tính an toàn của kỹ thuật này và khả năng cải thiện triệu chứng.

### 4.2. Các yếu tố ảnh hưởng đến kết quả điều trị

Chúng tôi phân biệt viêm túi mật cấp do sỏi hay không do sỏi vì đây là hai trường hợp khác nhau và có tiên lượng khác nhau, ngoài ra nhiều nghiên cứu nhấn mạnh rằng mức độ nặng của viêm túi mật và tình trạng bệnh nền của bệnh nhân ảnh hưởng lớn đến hiệu quả PTGBD. Viêm túi mật cấp độ III theo TG18 thường kém đáp ứng hơn - nghiên cứu cho thấy tỉ lệ thành công lâm sàng chỉ khoảng 64% ở nhóm này, so với  $> 90\%$  ở độ II hoặc I [6]. Tương tự, tuổi cao và nhiều bệnh đi kèm làm giảm khả năng hồi phục: Nhóm bệnh nhân  $> 65$  tuổi có tỉ lệ thành công thấp hơn hẳn nhóm trẻ [6]. Mặt khác, can thiệp dẫn lưu sớm (trong vòng vài ngày đầu) được khuyến cáo sẽ cải thiện tiên lượng [4], [9]. Đối chiếu với nghiên cứu của chúng tôi, bệnh nhân có tuổi trung bình  $73,83 \pm 10,73$  và 100% thuộc ASA III-IV, là nhóm đối tượng nguy cơ cao. Dù vậy, nhờ thực hiện PTGBD kịp thời (85% được dẫn lưu trong vòng 3 ngày kể từ khởi phát) và chăm sóc tích cực, đa phần người bệnh vẫn đạt kết quả tốt. Các thông kê hồi cứu lớn cho thấy chính mức độ nặng của viêm túi mật (ví dụ suy đa tạng trong độ III) quyết định nhiều đến tỉ lệ tử vong hơn là kỹ thuật dẫn lưu [4], [6].

### 4.3. Kỹ thuật và Biến chứng của PTGBD

PTGBD là phương pháp ít xâm lấn, hiệu quả trong việc giảm áp lực túi mật và xử lý ổ viêm ở bệnh nhân viêm túi mật cấp nặng, đặc biệt khi không thể phẫu thuật ngay do tình trạng toàn thân chưa ổn định. Kỹ thuật này cho phép cố định ống dẫn lưu tốt, hạn chế nguy cơ rò mật vào ổ bụng, tuy nhiên vẫn có thể gặp biến chứng như tràn khí hoặc tràn máu màng phổi. Quy trình thực hiện gồm chọc kim xuyên qua nhu mô gan vào túi mật dưới hướng dẫn siêu âm, sau đó đặt catheter để dẫn lưu dịch mật. Điều này phù hợp với khuyến cáo của

Mishima K. và cộng sự [8], nhấn mạnh vai trò của PTGBD như một biện pháp tạm thời an toàn cho nhóm bệnh nhân nguy cơ cao. PTGBD nhìn chung là một thủ thuật an toàn với tỉ lệ biến chứng dao động từ 5-20%, chủ yếu là các biến chứng nhẹ như tụt ống dẫn lưu, rò mật quanh ống, nhiễm trùng tại chỗ hoặc chảy máu nhẹ, đa số có thể kiểm soát bằng điều trị bảo tồn [4]. Tỉ lệ tử vong liên quan trực tiếp đến thủ thuật rất thấp (~0,001%).

Trong nghiên cứu, tỉ lệ biến chứng sau PTGBD là 23,33%, trong đó viêm phổi chiếm 13,33% và biến chứng nặng theo phân loại Clavien-Dindo độ IV-V chiếm 6,67%. Tỉ lệ này cao hơn so với báo cáo của Mishima K. (2023) [8], với biến chứng  $\geq$  độ IIIa là 5,5% và tử vong 0,5%. Sự chênh lệch có thể liên quan đến sự khác biệt về đặc điểm dân số nghiên cứu, khi nhóm của Mishima trẻ hơn ( $69 \pm 15,2$  tuổi) và ít bệnh lý nền hơn so với nghiên cứu của chúng tôi ( $73,83 \pm 10,73$  tuổi). Tại Việt Nam, nghiên cứu của Nguyễn Thành Nhân (2017) [10] ghi nhận tỉ lệ biến chứng thấp hơn (10,7%), có thể do bệnh nhân trẻ hơn ( $65,42 \pm 16,6$  tuổi) và có ít bệnh nền hơn.

Nghiên cứu không ghi nhận trường hợp nào có các biến chứng nghiêm trọng như chảy máu, tụt hoặc rò ống dẫn lưu, viêm phúc mạc-mật hay thủng gan, các biến chứng nghiêm trọng có tỉ lệ tương đối thấp nhờ quy trình thực hiện thủ thuật và chăm sóc hậu phẫu chặt chẽ.

#### 4.4. Chỉ định PTGBD so với phẫu thuật nội soi cắt túi mật

Theo khuyến cáo của TG18, việc lựa chọn phẫu thuật sớm hay dẫn lưu túi mật cần dựa trên đánh giá toàn trạng người bệnh. Trong viêm túi mật cấp độ III, phẫu thuật nội soi khẩn cấp tiềm ẩn nhiều nguy cơ do mô viêm xơ, dễ gây biến chứng nặng và tỉ lệ chuyển mổ mở cao (~30%) [6], [11]. Nghiên cứu hồi cứu đối chứng (PSM) trên bệnh nhân viêm túi mật độ II/III cho thấy không khác biệt đáng kể về tỉ lệ biến chứng tổng thể, biến chứng đường mật, chuyển mổ mở hay tử vong 30 ngày giữa hai nhóm mổ ngay so với dẫn lưu rồi mổ trì hoãn [11] (với điều kiện phẫu thuật do ekip chuyên gia đảm nhiệm). Tuy nhiên, thời gian mổ ở nhóm viêm nặng không dẫn lưu thường kéo dài hơn (do phẫu tích khó) [11] và thời gian nằm viện có xu hướng lâu hơn nếu tính cả quá trình điều trị biến chứng. Nhìn chung, chiến lược tối ưu được nhiều tác giả đề xuất là thực hiện PTGBD cho bệnh nhân viêm túi mật độ III nguy cơ cao, sau đó cắt túi mật trì hoãn khi bệnh nhân đã ổn định [11].

Trong nghiên cứu, sau khi dẫn lưu thành công, khoảng 10% bệnh nhân vẫn phải can thiệp phẫu thuật nội soi cắt túi mật trong cùng đợt điều trị do viêm chưa được kiểm soát hoàn toàn; số còn lại được xuất viện với ống dẫn lưu và lên kế hoạch mổ phiên sau. Kết quả cho thấy ở những bệnh nhân ổn định, phẫu thuật nội soi sau vài tuần có thể tiến hành an toàn, ít biến chứng, trong khi PTGBD giúp tránh được phẫu thuật nguy hiểm trong giai đoạn cấp tính ban đầu.

## V. KẾT LUẬN

PTGBD là biện pháp an toàn và hiệu quả trong xử trí sớm viêm túi mật cấp độ III, đặc biệt ở những bệnh nhân cao tuổi, có nguy cơ phẫu thuật cao. Phương pháp này giúp kiểm soát nhanh chóng triệu chứng lâm sàng và cải thiện đáng kể các chỉ số cận lâm sàng, góp phần ổn định bệnh nhân để tiến hành các điều trị tiếp theo. Dù tỉ lệ thành công của thủ thuật là rất cao, nhưng biến chứng sau can thiệp vẫn có thể xảy ra, chủ yếu liên quan đến mức độ nặng của bệnh nền. Do đó, việc cân nhắc chỉ định phù hợp cùng với việc nâng cao kỹ năng của phẫu thuật viên là cần thiết để triển khai PTGBD hiệu quả hơn vì ích lợi trong những trường hợp cấp cứu.

**TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. Yokoe M., Takada T., Strasberg S.M., Solomkin J.S., Mayumi T. *et al.* TG13 diagnostic criteria and severity grading of acute cholecystitis (with videos). *J Hepatobiliary Pancreat Sci.* 2013. 20(1), 35-46, doi: 10.1007/s00534-012-0568-9.
2. Mori Y., Itoi T., Baron T.H., Takada T., Strasberg S.M. *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, doi: 10.1002/jhbp.504.
3. Patel I.J., Davidson J.C., Nikolic B., Salazar G.M., Schwartzberg M.S. *et al.* Consensus guidelines for periprocedural management of coagulation status and hemostasis risk in percutaneous image-guided interventions. *J Vasc Interv Radiol.* 2012. 23(6), 727-736, doi: 10.1016/j.jvir.2012.02.012.
4. Bozic D., Ardalic Z., Mestrovic A., Bilandzic Ivisic J., Alicic D. *et al.* Assessment of Gallbladder Drainage Methods in the Treatment of Acute Cholecystitis: A Literature Review. *Medicina.* 2024. 60(1), 5.
5. Nve E., Badia J.M., Amillo-Zaragüeta M., Juvany M., Mourelo-Fariña M. *et al.* Early Management of Severe Biliary Infection in the Era of the Tokyo Guidelines. *J Clin Med.* 2023. 12(14), doi: 10.3390/jcm12144711.
6. Ábrahám S., Tóth I., Benkő R., Matuz M., Kovács G. *et al.* Surgical outcome of percutaneous transhepatic gallbladder drainage in acute cholecystitis: Ten years' experience at a tertiary care centre. *Surg Endosc.* 2022. 36(5), 2850-2860, 10.1007/s00464-021-08573-0.
7. Abe K., Suzuki K., Yahagi M., Murata T., Sako H. *et al.* The Efficacy of PTGBD for Acute Cholecystitis Based on the Tokyo Guidelines 2018. *World J Surg.* 2019. 43(11), 2789-2796, doi: 10.1007/s00268-019-05117-5.
8. Mishima K., Fujiyama Y., Wakabayashi T., Igarashi K., Ozaki T. *et al.* Early laparoscopic cholecystectomy for acute cholecystitis following the Tokyo Guidelines 2018: a prospective single-center study of 201 consecutive cases. *Surg Endosc.* 2023. 37(8), 6051-6061, doi: 10.1007/s00464-023-10094-x.
9. Gao W., Zheng J., Bai J.G. Han Z. Effect of surgical timing on postoperative outcomes in patients with acute cholecystitis after delayed percutaneous transhepatic gallbladder drainage. *World J Gastrointest Surg.* 2024. 16(11), 3445-3452, doi: 10.4240/wjgs.v16.i11.3445.
10. Nguyễn Thành Nhân. Kết quả sớm của dẫn lưu túi mật xuyên gan qua da trong điều trị viêm túi mật cấp do sỏi. Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh. 2017. 99.
11. Lee O., Shin Y.C., Ryu Y., Yoon S.J., Kim H. *et al.* Comparison between percutaneous transhepatic gallbladder drainage and upfront laparoscopic cholecystectomy in patients with moderate-to-severe acute cholecystitis: a propensity score-matched analysis. *Ann Surg Treat Res.* 2023. 105(5), 310-318, 10.4174/astr.2023.105.5.310.