

DOI: 10.58490/ctjump.2026i99.4506

KẾT QUẢ DẪN LƯU TÚI MẬT XUYÊN GAN QUA DA TRONG ĐIỀU TRỊ VIÊM TÚI MẬT CẤP ĐỘ II, III DO SỎI THEO HƯỚNG DẪN TOKYO 2018*Nguyễn Thanh Hùng Em^{1*}, Nguyễn Văn Lâm¹, Trần Phước Hồng²*

1. Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

2. Bệnh viện Đa khoa Châu Đốc

*Email: hungemnt@gmail.com

Ngày nhận bài: 21/02/2026

Ngày phản biện: 30/5/2026

Ngày duyệt đăng: 25/6/2026

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Viêm túi mật cấp độ II, III do sỏi theo Hướng dẫn Tokyo 2018 là những thể bệnh nặng, thường gặp ở bệnh nhân có nguy cơ phẫu thuật cao và dễ xảy ra biến chứng. Dẫn lưu túi mật xuyên gan qua da (PTGBD) là phương pháp điều trị ít xâm lấn, được khuyến cáo nhằm kiểm soát tình trạng viêm nhiễm và ổn định người bệnh trong giai đoạn cấp. **Mục tiêu nghiên cứu:** Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá kết quả dẫn lưu túi mật xuyên gan qua da trong điều trị viêm túi mật cấp độ II, III do sỏi theo Hướng dẫn Tokyo 2018. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Mô tả hồi cứu kết hợp tiền cứu trên 27 bệnh nhân được chẩn đoán viêm túi mật cấp độ II, III do sỏi theo Hướng dẫn Tokyo 2018 và có chỉ định dẫn lưu túi mật xuyên gan qua da từ 1/2024 đến 1/2026 tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ và Bệnh viện Đa khoa thành phố Cần Thơ. **Kết quả:** Tuổi trung bình $76,6 \pm 10,4$; trong đó 96,3% bệnh nhân trên 60 tuổi, nam giới chiếm 66,7%. Viêm túi mật cấp độ II chiếm 66,7% và độ III chiếm 33,3%. Đau hạ sườn phải chiếm 100%, Murphy (+) 96,3%, bạch cầu tăng chiếm 74,1%. Trên siêu âm, sỏi túi mật gặp ở 100% trường hợp, túi mật to 85,2%, thành túi mật dày 66,7% và dịch quanh túi mật 70,4%. Tỷ lệ dẫn lưu túi mật thành công đạt 100%. Sau can thiệp, 66,7% bệnh nhân không ghi nhận biến chứng, các biến chứng gặp với tỷ lệ thấp. Thời gian nằm viện trung bình sau dẫn lưu là $9,3 \pm 6$ ngày, kết quả điều trị tốt và khá đạt 85,2%. **Kết luận:** Dẫn lưu túi mật xuyên gan qua da là phương pháp điều trị an toàn và hiệu quả trong kiểm soát viêm túi mật cấp độ II, III do sỏi, đặc biệt ở bệnh nhân lớn tuổi và nguy cơ phẫu thuật cao.

Từ khóa: Dẫn lưu túi mật xuyên gan qua da, viêm túi mật cấp do sỏi, Hướng dẫn Tokyo 2018.

ABSTRACT

OUTCOMES OF PERCUTANEOUS TRANSHEPATIC GALLBLADDER DRAINAGE FOR GRADE II-III ACUTE CALCULOUS CHOLECYSTITIS: A STUDY BASED ON THE TOKYO GUIDELINES 2018

Nguyen Thanh Hung Em^{1}, Nguyen Van Lam¹, Tran Phuoc Hong²*

1. Can Tho University of Medicine and Pharmacy

2. Chau Doc General Hospital

Background: Acute calculous cholecystitis of grade II and III according to the Tokyo Guidelines 2018 is associated with severe inflammation and a high risk of surgical complications. Percutaneous transhepatic gallbladder drainage (PTGBD) is a minimally invasive treatment recommended to control inflammation and stabilize patients during the acute phase. **Objectives:** To describe the clinical and paraclinical characteristics and to evaluate the clinical outcomes of percutaneous transhepatic gallbladder drainage in patients with grade II-III acute calculous cholecystitis based on the Tokyo Guidelines 2018. **Materials and methods:** A descriptive study combining retrospective and prospective data was conducted on 27 patients diagnosed with grade II-III acute calculous cholecystitis according to the Tokyo Guidelines 2018 who underwent PTGBD

from January 2024 to January 2026 at Can Tho Central General Hospital and Can Tho City General Hospital. **Results:** The mean age was 76.6 ± 10.4 years; 96.3% of patients were older than 60 years, and 66.7% were male. Grade II acute cholecystitis comprised 66.7% of cases, while grade III accounted for 33.3%. All patients presented with right upper quadrant pain. Murphy's sign was positive in 96.3%, and leukocytosis was present in 74.1% of cases. Ultrasonography revealed gallstones in 100% of patients, gallbladder distension in 85.2%, gallbladder wall thickening in 66.7%, and pericholecystic fluid in 70.4%. The technical success rate of PTGBD was 100%. Post-intervention, 66.7% of patients had no recorded complications, and overall complication rates were low. The mean post-drainage hospital stay was 9.3 ± 6 days. Clinical improvement was achieved in 85.2% of patients. **Conclusions:** Percutaneous transhepatic gallbladder drainage is a safe and effective therapeutic option for the management of grade II-III acute calculous cholecystitis, particularly in elderly patients and those at high surgical risk.

Keywords: Percutaneous transhepatic gallbladder drainage, acute calculous cholecystitis, Tokyo Guidelines 2018.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm túi mật cấp do sỏi là một trong những bệnh lý ngoại khoa thường gặp, chiếm khoảng 90% các trường hợp viêm túi mật cấp tại Việt Nam. Bệnh xảy ra khi sỏi gây tắc ống túi mật, dẫn đến tăng áp lực trong lòng túi mật, rối loạn tuần hoàn thành túi mật, nhiễm trùng và hoại tử nếu không được điều trị kịp thời [1]. Theo phân loại của Tokyo Guidelines 2018, viêm túi mật cấp độ II và III là những mức độ nghiêm trọng, đặc trưng bởi tình trạng viêm nhiễm lan rộng kèm theo rối loạn chức năng cơ quan như suy hô hấp, suy tim mạch hoặc rối loạn đông máu. Đây là nhóm bệnh nhân có nguy cơ biến chứng và tử vong cao, đòi hỏi chiến lược điều trị phối hợp giữa hồi sức tích cực, dẫn lưu túi mật và can thiệp phẫu thuật sau khi tình trạng toàn thân được ổn định [2]. Trong bối cảnh đó, kỹ thuật PTGBD được xem là phương pháp điều trị không phẫu thuật, ít xâm lấn, an toàn và hiệu quả, đặc biệt phù hợp với các bệnh nhân viêm túi mật cấp do sỏi thuộc nhóm nguy cơ phẫu thuật cao [3], [4]. Theo Tokyo Guidelines 2018, PTGBD được khuyến cáo là phương pháp dẫn lưu tiêu chuẩn đối với các bệnh nhân viêm túi mật có nguy cơ phẫu thuật cao; trong những trường hợp khó thực hiện phẫu thuật sớm, PTGBD được xem là một lựa chọn điều trị thay thế phù hợp. Phương pháp này giúp giảm nhanh áp lực trong túi mật, cải thiện tình trạng viêm, hạn chế biến chứng nặng và hỗ trợ người bệnh vượt qua giai đoạn cấp tính nguy hiểm [5]. Tuy nhiên, tại Việt Nam nói chung và tại Cần Thơ nói riêng, các nghiên cứu chuyên sâu đánh giá hiệu quả của PTGBD trong điều trị viêm túi mật cấp độ II, III theo Tokyo Guidelines 2018 còn hạn chế. Do đó, nghiên cứu này được thực hiện nhằm cung cấp thêm bằng chứng thực tiễn, hỗ trợ các bác sĩ ngoại khoa trong việc đánh giá và tối ưu hóa kết quả điều trị, với các mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá kết quả dẫn lưu túi mật xuyên gan qua da trong điều trị viêm túi mật cấp độ II, III do sỏi theo Hướng dẫn Tokyo 2018.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Gồm tất cả bệnh nhân viêm túi mật cấp độ II, III do sỏi được chẩn đoán theo Hướng dẫn Tokyo 2018 và điều trị bằng phương pháp PTGBD tại Cần Thơ từ tháng 01/2024 đến tháng 01/2026.

- **Tiêu chuẩn chọn mẫu:** (i) Bệnh nhân được chẩn đoán viêm túi mật cấp độ II, III do sỏi theo Hướng dẫn Tokyo 2018 [6]. (ii) ASA ≥ 3 hoặc CCI ≥ 4 . (iii) Được điều trị bằng

đẫn lưu túi mật xuyên gan qua da. (iv) Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu.

- **Tiêu chuẩn loại trừ:** Bệnh nhân có một trong các yếu tố: Sỏi ống mật chủ cần can thiệp khác (ERCP hoặc phẫu thuật), có sử dụng thuốc kháng đông trước đó, béo phì nặng ($BMI \geq 35\text{kg/m}^2$), biến đổi giải phẫu đường mật phức tạp hoặc tiền sử phẫu thuật (Bismuth II, Roux-en-Y, nối mật ruột), bệnh lý ác tính kèm theo, chống chỉ định với PTGBD.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- **Thiết kế nghiên cứu:** Mô tả hồi cứu và tiền cứu, kết hợp can thiệp lâm sàng ngẫu nhiên không đối chứng.

- **Địa điểm và thời gian nghiên cứu:** Khoa Ngoại tổng hợp Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ, Bệnh viện Đa khoa Thành phố Cần Thơ từ tháng 01/2024 đến tháng 01/2026.

- **Cỡ mẫu:** Công thức tính cỡ mẫu: $n = Z_{1-\frac{\alpha}{2}}^2 \cdot \frac{p(1-p)}{d^2}$

Trong đó: $\alpha = 0,05$, $d = 0,05$, $p = 0,985$ (Theo kết quả của Đoàn Thanh Huy (2025) nghiên cứu PTGBD trên bệnh nhân viêm túi mật cấp do sỏi, thì tỷ lệ thành công của kỹ thuật này là 98,5%) [7]. Dựa vào công thức trên, cỡ mẫu tối thiểu cần đạt là 23 mẫu.

- **Phương pháp chọn mẫu:** Chọn mẫu thuận tiện: bệnh nhân nhập viện tại Khoa Ngoại Tổng hợp Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ, Bệnh viện Đa khoa Thành phố Cần Thơ thỏa tiêu chuẩn chọn mẫu và tiêu chuẩn loại trừ cho đến khi đủ cỡ mẫu ước lượng. Thực tế cỡ mẫu nghiên cứu là 27 bệnh nhân.

- **Nội dung nghiên cứu:**

+ Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu: tuổi, giới tính.

+ Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng: (i) triệu chứng cơ năng, triệu chứng thực thể, phân độ viêm túi mật cấp. (ii) công thức máu (số lượng bạch cầu, tỷ lệ Neutrophil), hoá sinh máu (Bilirubin toàn phần, Bilirubin trực tiếp), đặc điểm viêm túi mật cấp trên siêu âm.

+ Đánh giá kết quả điều trị: mức độ đau (VAS) trước và sau điều trị, thời gian nằm viện sau can thiệp, tai biến trong lúc can thiệp/ biến chứng sau can thiệp, kết quả điều trị.

- **Phương pháp xử lý số liệu:** Nhập liệu và xử lý bằng phần mềm Excel và R studio.

- **Đạo đức trong nghiên cứu:** Nghiên cứu được Hội đồng đạo đức trong nghiên cứu y sinh học của Trường Đại học Y Dược Cần Thơ thông qua ngày 30/10/2025 với phiếu chấp thuận số 25.580.HV/PCT-HĐĐĐ.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Phân bố theo nhóm tuổi, giới tính (n = 27)

Đặc điểm		n (%)
Tuổi	Trung bình ± độ lệch chuẩn	76,6 ± 10,4
	< 40 tuổi	0 (0)
	40-60 tuổi	1 (3,7)
	> 60 tuổi	26 (96,3)
Giới tính	Nam	18 (66,7)
	Nữ	9 (33,3)

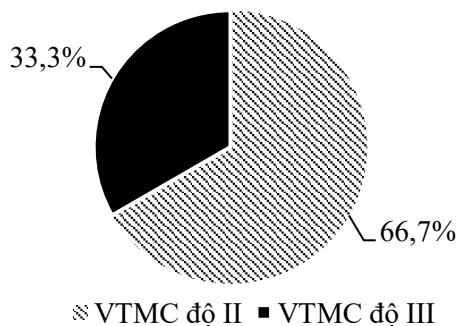
Nhận xét: Tuổi trung bình trong nhóm nghiên cứu là $76,6 \pm 10,4$. Nhóm tuổi > 60 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất (96,3%), tỷ lệ đối tượng nam giới chiếm đa số (66,7%), trong khi nữ giới chỉ chiếm 33,3%.

3.2. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng

Bảng 2. Triệu chứng lâm sàng

Triệu chứng		n (%)
Lâm sàng	Buồn nôn, nôn ói	6 (22,2)
	Sốt	6 (22,2)
	Ăn đau HSP	27 (100,0)
	Murphy (+)	26 (96,3)
	Vàng da	1 (3,7)
VAS	4-6 điểm	0 (0)
	7-10 điểm	27 (100,0)
ASA	III	20 (74,1)
	IV	7 (25,9)

Nhận xét: Trong nghiên cứu của chúng tôi, đau hạ sườn phải ghi nhận ở 100% bệnh nhân; Murphy (+) chiếm 96,3%. Sốt và buồn nôn, nôn ói cùng chiếm 22,2%. Vàng da ghi nhận 3,7%. Trước dẫn lưu, 100% bệnh nhân có VAS 7-10 điểm. ASA III chiếm 74,1% và ASA IV chiếm 25,9%.



Biểu đồ 1. Phân độ viêm túi mật cấp

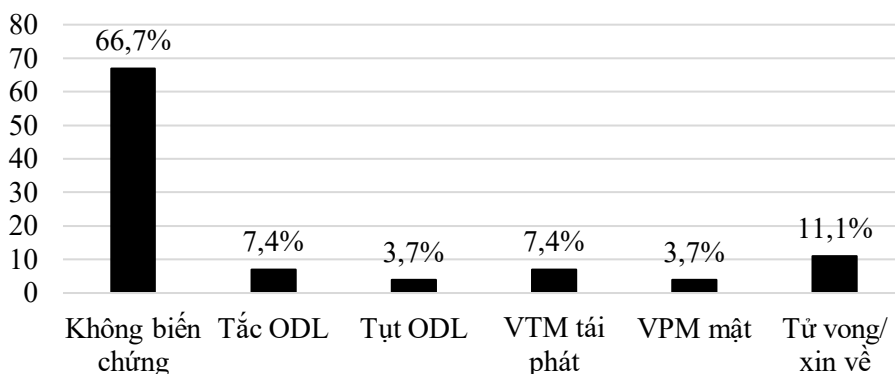
Nhận xét: Viêm túi mật cấp độ II chiếm 66,7%, trong khi độ III chiếm 33,3%.

Bảng 3. Triệu chứng cận lâm sàng

Cận lâm sàng		n (%)
Bạch cầu > 10 G/L		20 (74,1)
CRP > 10 mg/L		8 (29,6)
Bilirubin TP > 21 μmol/l		12 (44,4)
Siêu âm bụng	Thành túi mật dày	18 (66,7)
	Túi mật to	23 (85,2)
	Sỏi túi mật	27 (100,0)
	Dịch quanh túi mật	19 (70,4)
	Sono-Murphy (+)	3 (11,1)

Nhận xét: Về triệu chứng cận lâm sàng, tăng bạch cầu > 10 G/L ghi nhận ở 74,1% trường hợp, trong khi CRP > 10 mg/L chiếm 29,6%. Tăng bilirubin toàn phần > 21 μmol/L được ghi nhận ở 44,4% bệnh nhân. Trên siêu âm bụng, thành túi mật dày gặp ở 66,7% trường hợp; túi mật to chiếm 85,2%. Dịch quanh túi mật chiếm 70,4%, trong khi dấu hiệu Sono-Murphy (+) ghi nhận ở 11,1% trường hợp.

3.3. Đánh giá kết quả điều trị



Biểu đồ 2. Biến chứng sau can thiệp

Nhận xét: Nghiên cứu cho thấy 66,7% bệnh nhân không ghi nhận biến chứng sau can thiệp. Các biến chứng được ghi nhận gồm: tác ODL (7,4%), VTM tái phát (7,4%), tụt ODL (3,7%) và VPM mật (3,7%). Tỷ lệ tử vong/xin về là 11,1%.

Bảng 4. Kết quả điều trị

Kết quả điều trị		n (%)
Thời gian nằm viện sau dẫn lưu	Trung bình ± độ lệch chuẩn	9,3 ± 6
	< 7 ngày	9 (33,3)
	7-14 ngày	14 (51,9)
	> 14 ngày	4 (14,8)
VAS sau dẫn lưu	4-6 điểm	18 (66,7)
	7-10 điểm	9 (33,3)
Dẫn lưu thành công		27 (100,0)
Kết quả	Tốt	18 (66,7)
	Khá	5 (18,5)
	Trung bình	1 (3,7)
	Xấu	3 (11,1)

Nhận xét: Trong nghiên cứu này, thời gian nằm viện trung bình sau dẫn lưu là 9,3 ± 6 ngày. Nhóm nằm viện 7-14 ngày chiếm tỷ lệ cao nhất (51,9%), tiếp theo là < 7 ngày (33,3%) và > 14 ngày (14,8%). Sau dẫn lưu, 66,7% bệnh nhân có VAS 4-6 điểm, 33,3% còn VAS 7-10 điểm. Tỷ lệ dẫn lưu túi mật thành công đạt 100%. Kết quả điều trị ghi nhận tốt 66,7%, khá 18,5%, trung bình 3,7% và xấu 11,1%.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Trong 27 bệnh nhân đủ tiêu chuẩn lựa chọn đưa vào nghiên cứu, nhóm tuổi gặp nhiều nhất là > 60 tuổi chiếm 96,3%, độ tuổi trung bình trong nhóm nghiên cứu là 76,6 ± 10,4 tuổi. Kết quả này tương đồng với Đoàn Thanh Huy là 69,1 ± 15,9 tuổi, nhóm tuổi ≥ 60 chiếm 76,9% [7]. Nguyễn Quang Huy là 72,15 ± 13,56 tuổi [2]. Abraham là 71,43 ± 13,22 tuổi và phần lớn trên 65 tuổi chiếm 71,6% [8]. Ngược lại về giới tính, nghiên cứu của chúng tôi có sự khác biệt so với các nghiên cứu trên khi tỷ lệ nam giới chiếm gấp 2 lần nữ giới.

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

Về triệu chứng lâm sàng, nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận 100% bệnh nhân có đau và ấn đau hạ sườn phải, dấu Murphy dương tính chiếm 96,3%; các triệu chứng như buồn nôn, nôn ói và vàng da xuất hiện với tỷ lệ thấp hơn. Kết quả này tương đồng với Đoàn Thanh Huy [7] và Nguyễn Quang Huy [2], trong đó đau hạ sườn phải là biểu hiện nổi bật ở viêm túi mật cấp độ II, III. Đáng chú ý, tất cả bệnh nhân đều có VAS 7-10 trước dẫn lưu, phản ánh tình trạng viêm cấp nặng; chỉ số này chưa được đề cập cụ thể trong nhiều nghiên cứu trước đây. Về phân loại nguy cơ gây mê, nhóm ASA III chiếm 74,1% và ASA IV chiếm 25,9%, tương đương với Đoàn Thanh Huy [7] (ASA \geq III: 75,4%) nhưng cao hơn Nguyễn Việt Thành [8]. Theo phân độ Tokyo 2018, viêm túi mật cấp độ II chiếm 66,7% và độ III chiếm 33,3%, phù hợp với Đoàn Thanh Huy [7] và Ábrahám [9]. Tuy nhiên, so với nghiên cứu của Nguyễn Việt Thành [8], tỷ lệ độ III trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn đáng kể (33,3% so với 7,5%). Điều này cho thấy nhóm nghiên cứu của chúng tôi có tỷ lệ bệnh nhân nặng và nguy cơ phẫu thuật cao tương đối lớn, phù hợp với chỉ định dẫn lưu túi mật xuyên gan qua da.

Về đặc điểm cận lâm sàng, tỷ lệ bệnh nhân có bạch cầu tăng chiếm 74,1%, tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Hữu Trí [10] (67,7%) nhưng thấp hơn so với Nguyễn Quang Huy [2] (94,59%). Tỷ lệ tăng CRP trong nghiên cứu của chúng tôi là 29,6%, thấp hơn đáng kể so với 74,1% theo Nguyễn Hữu Trí [10]. Sự khác biệt này có thể được giải thích do trong nghiên cứu của chúng tôi, không phải tất cả bệnh nhân đều được chỉ định thực hiện CRP thường quy. So với Nguyễn Hữu Trí [10], tỷ lệ tăng bilirubin toàn phần trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn rõ rệt (44,4% so với 12,9%). Tất cả bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu đều được siêu âm bụng. Kết quả ghi nhận sỏi túi mật chiếm 100%, phù hợp với tiêu chí lựa chọn mẫu. Bên cạnh đó, các dấu hiệu thường gặp khác bao gồm túi mật to (85,2%), thành túi mật dày (66,7%) và dịch quanh túi mật (70,4%). Kết quả này tương đối phù hợp với nghiên cứu của Nguyễn Quang Huy [2], ghi nhận sỏi túi mật chiếm 86,49% và thành túi mật dày \geq 1 cm chiếm 54,05%; cũng như nghiên cứu của Nguyễn Hữu Trí [10] với tỷ lệ phát hiện sỏi túi mật trên siêu âm là 96,7%, thành túi mật dày 51,6% và dịch quanh túi mật 16,1%. Ngoài ra, nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận dấu hiệu Sono-Murphy dương tính trên siêu âm chiếm 11,1%. Dấu hiệu này chưa được đề cập trong các nghiên cứu trước đây, có thể do tỷ lệ phát hiện phụ thuộc nhiều vào kỹ thuật thực hiện và kinh nghiệm của bác sĩ siêu âm.

4.3. Đánh giá kết quả dẫn lưu túi mật xuyên gan qua da trong điều trị viêm túi mật cấp do sỏi

Trong nghiên cứu của chúng tôi, sau can thiệp dẫn lưu túi mật có đến 66,7% bệnh nhân không ghi nhận biến chứng. Một số ít trường hợp xuất hiện biến chứng sau can thiệp, theo thứ tự tần suất giảm dần gồm: tắc ống dẫn lưu, viêm túi mật tái phát, tụt ống dẫn lưu và viêm phúc mạc mật. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Đoàn Thanh Huy [7], trong đó tỷ lệ tụt ống dẫn lưu và tắc nghẽn ống dẫn lưu đều là 3,1%. Tuy nhiên, có 11,1% bệnh nhân xin xuất viện theo yêu cầu gia đình sau can thiệp. Cả 3 trường hợp này đều được phân độ viêm túi mật cấp độ III và có tình trạng sốc trước dẫn lưu, sau can thiệp, tình trạng lâm sàng diễn tiến nặng hơn. Điều này cho thấy tiên lượng dè dặt ở nhóm bệnh nhân nặng, đặc biệt khi việc theo dõi và điều trị không được duy trì đầy đủ. Ngoài ra, 66,7% bệnh nhân ghi nhận mức độ đau theo thang điểm VAS từ 4-6 điểm sau can thiệp. Thời gian nằm viện trung bình sau dẫn lưu là $9,3 \pm 6$ ngày. Tỷ lệ dẫn lưu túi mật thành công đạt 100%. Kết quả

này tương đồng với nghiên cứu của Đoàn Thanh Huy [7], với thời gian nằm viện trung vị 7 ngày và tỷ lệ thành công 98,5%. Nghiên cứu của Nguyễn Việt Thành [9] cũng ghi nhận tỷ lệ chọc dẫn lưu thành công là 98,8%. Về kết quả sớm sau điều trị, 66,7% bệnh nhân được đánh giá ở mức tốt, 18,8% ở mức khá và 11,1% ở mức xấu.

Một hạn chế của nghiên cứu là cỡ mẫu còn nhỏ do tiêu chuẩn chọn mẫu chặt chẽ và số lượng bệnh nhân được thực hiện PTGBD tại hai cơ sở nghiên cứu chỉ tăng lên từ năm 2025 trở đi. Vì vậy, cần có thêm các nghiên cứu với cỡ mẫu lớn hơn trong tương lai.

V. KẾT LUẬN

Dẫn lưu túi mật xuyên gan qua da cho thấy hiệu quả trong điều trị viêm túi mật cấp độ II, III do sỏi theo Hướng dẫn Tokyo 2018. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ dẫn lưu túi mật thành công đạt 100%, 66,7% bệnh nhân không ghi nhận biến chứng sau can thiệp, tỷ lệ kết quả điều trị tốt và khá đạt 85,2%, với thời gian nằm viện trung bình sau dẫn lưu là $9,3 \pm 6$ ngày. Phương pháp này góp phần kiểm soát triệu chứng và tình trạng viêm, đặc biệt phù hợp ở nhóm bệnh nhân lớn tuổi và có nguy cơ phẫu thuật cao.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Đặng Văn Sô Đa, Nguyễn Văn Hai, Nguyễn Minh Hiệp. Đặc điểm lâm sàng và một số kết quả trong điều trị viêm túi mật cấp bằng phẫu thuật nội soi cắt túi mật ở bệnh nhân có bệnh mạn tính. *Tạp chí Y Dược học Cần Thơ*. 2023. 69, 112-120. doi:10.58490/ctump.2023i69.1997.
2. Nguyễn Quang Huy, Phan Lương Huy, Đặng Khải Toàn, Phan Ngọc Phát. Đánh giá kết quả điều trị viêm túi mật cấp độ III do sỏi túi mật theo hướng dẫn Tokyo 2018 tại Bệnh viện Nhân Dân 115. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2025. 549(2), 42-46. doi:10.51298/vmj.v549i2.13749.
3. Patel N, Chick JFB, Gemmete JJ. Interventional radiology-operated cholecystoscopy for the management of symptomatic cholelithiasis: approach, technical success, safety, and clinical outcomes. *AJR Am J Roentgenol*. 2018. 210(5), 1164-1171. doi:10.2214/AJR.17.18690.
4. Winbladh A, Gullstrand P, Svanvik J, Sandström P. Systematic review of cholecystostomy as a treatment option in acute cholecystitis. *HPB (Oxford)*. 2009. 11(3), 183-193. doi:10.1111/j.1477-2574.2009.00052.x.
5. Han J, Xue D, Tuo H, Liang Z, Wang C, et al. Percutaneous transhepatic gallbladder drainage combined with laparoscopic cholecystectomy versus emergency laparoscopic cholecystectomy for the treatment of moderate acute cholecystitis: a meta-analysis. *J Laparoendosc Adv Surg Tech A*. 2022. 32(7), 733-739. doi:10.1089/lap.2021.0579.
6. Yokoe M, Hata J, Takada T, Strasberg SM, Asbun HJ, et al. Tokyo Guidelines 2018: diagnostic criteria and severity grading of acute cholecystitis (with videos). *J Hepatobiliary Pancreat Sci*. 2018. 25(1), 41-54. doi:10.1002/jhbp.515.
7. Đoàn Thanh Huy, Nguyễn Văn Mạnh, Nguyễn Văn Quỳnh, Bùi Hoàng Vinh, Trần Văn Trường. Kết quả dẫn lưu túi mật qua da trong điều trị viêm túi mật cấp do sỏi tại Bệnh viện Quân y 175 giai đoạn 2023-2025. *Tạp chí Y học Cộng đồng*. 2025. 66, 87-91. doi:10.52163/yhc.v66iCD19.3550.
8. 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, doi:10.1007/s00464-021-08573-0.
9. Nguyễn Việt Thành, Nguyễn Thành Nhân, Lê Khôi Nguyên. Kết quả sớm của dẫn lưu túi mật xuyên gan qua da trong điều trị viêm túi mật cấp do sỏi. *Tạp chí Y học TP Hồ Chí Minh*. 2018. 22(2), 53-57.
10. Nguyễn Hữu Trí, Trương Minh Tuấn. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị viêm túi mật cấp do sỏi. *Tạp chí Y Dược học - Trường Đại học Y Dược Huế*. 2020. 10(1), 58-64.